

DIAGNOSTICO DE UN PACIENTE CON UNA ADICCION, UNA TENTATIVA SUICIDA Y ESTALLIDOS GRAVES DE VIOLENCIA

UNA APLICACION DEL ALGORITMO DAVID LIBERMAN (ADL) A UNA ENTREVISTA CLINICA

DIAGNOSIS OF A PATIENT WITH AN ADDICTION, A SUICIDAL ATTEMPT AND SERIOUS OUTBURSTS OF VIOLENCE

AN APPLICATION OF THE DAVID LIBERMAN ALGORITHM (DLA) TO A CLINICAL INTERVIEW

David Maldavsky*

Resumen

Este trabajo investiga de manera sistemática los procesos psíquicos (considerados como combinaciones entre pulsiones y defensas y su estado) e intersubjetivos en un paciente, en el cual se combinan el consumo, una tentativa suicida y la violencia, junto con otras manifestaciones menos severas. En primer lugar se expone la muestra, constituida por la síntesis de una entrevista enviada generosamente por J.C. Perry y luego se presentan los interrogantes que el trabajo se propone responder, el método de investigación empleado (el algoritmo David Liberman, ADL) y los procedimientos. Como se trata de un estudio diagnóstico, se definen también cómo se lo concibe (articulación entre diferentes corrientes psíquicas y sus cambios, y entre los procesos intrapsíquicos e intersubjetivos durante la entrevista y en la historia del paciente), así como los pasos que resulta necesario seguir. A continuación se analiza extensamente la muestra con dos estrategias diferentes: 1) tener un panorama global de las diferentes corrientes psíquicas, y 2) dar coherencia al conjunto de resultados parciales alcanzados. Por fin se realiza una discusión de los resultados de los análisis y se formulan las conclusiones, que incluyen unos breves comentarios sobre una novedad en cuanto al método de análisis (criterio de articulación entre resultados diferentes). El trabajo aporta además algunas novedades acerca de un modo más económico de exponer los análisis de la entrevista.

Palabras clave: *corrientes psíquicas, defensas, relatos, escenas desplegadas, atrapaamiento clínico.*

Summary

This paper investigates the psychic processes (considered as combinations between the drives and the defenses and their state) and the intersubjectivity (in the therapeutic

* Doctor en Filosofía y Letras. Director del Doctorado en Psicología y de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento de UCES. Dirección: República Arabe Siria 3319 Piso 5° B (1425), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Dirección: E-mail: dmaldavsky@elsitio.net

exchange) in a patient, in which the consumption, a suicidal attempt and the violence are combined, together with other less severe manifestations. In first place the author exposes the sample, constituted by the synthesis of an interview generously sent by J.C. Perry. Thereafter the author presents the questions that the paper expects to answer, the method of investigation (the David Liberman algorithm, DLA) and the procedures. As it is a diagnostic study, we also define how it is psychoanalytically conceived (as an articulation between different psychic currents and their changes, and between the intrapsychic and intersubjective processes during the interview and during different periods of the patient's life). After that we analyze extensively the sample with two different strategies: 1) having a global perspective of the interacting psychic currents, and 2) giving coherence to the clusters of our partial results. Finally, the author discusses the outcomes of the analysis and proposes some conclusions, which include some brief comments about an innovation regarding the method of analysis (criterion of articulation between different results). The paper also shows new resources to briefly expose the analysis of the interview.

Key words: psychic currents, defenses, narrations, displayed scenes, clinical trap.

I. Muestra

A continuación presentaremos una síntesis de la extensa entrevista diagnóstica realizada a Cátulo luego de la primera sesión con una psicoterapeuta. Esta entrevista fue realizada por otro psicoterapeuta, perteneciente al equipo de Perry. Se advertirá que hemos fragmentado la entrevista en 24 sectores. Para ello nos hemos guiado por el cambio en el tipo de intervención del entrevistador. Dicha fragmentación nos permitirá luego (en los apartados correspondientes a VI.1.2) investigar las escenas desplegadas en la entrevista, tanto por el paciente como por el entrevistador. Asimismo, nos permitirá investigar la dinámica intersubjetiva entre ambos. Al comienzo de cada escena consignamos el porcentaje de extensión en el conjunto de las manifestaciones del paciente durante la entrevista, y al final de cada escena incluimos unas abreviaturas que explicitan la pulsión, la defensa y el estado correspondiente, cuyo significado se aclara más adelante (V.1.1.b, pág. 113). Las mismas abreviaturas se usarán también para consignar el análisis de las escenas relatadas (V.1.1.a).

1 (2,50%). Tras saludarse recíprocamente, Cátulo dice que el día previo había hablado con una psicoterapeuta y ha estado viendo al doctor Pérez desde hacía un mes. Agrega que no sabe qué está mal en él (riendo), si lo supiera, no estaría allí. Agrega que tiene que ser frontal y honesto, y que él no tiene ganas de hacer la entrevista, repetir eso. El día anterior fue muy duro. Tuvo un problema al llegar a su casa. Parece que cuanto más lo repite, tiene más problemas con eso, pero debe hacerlo, debe averiguarlo. El entrevistador comenta que el paciente quiere decir que cuanto más lo despierta... Sí, afirma el paciente, cuanto más sigue despertándolo... Supone que no es bueno para él intentar olvidarlo porque hay algo que está mal, y olvidar no va a hacer que se resuelva el problema. Y el día anterior había sido muy duro. Llegó a su casa y se sentía fatal. El doctor Avicena y él se refirieron a eso como el "sentimiento fatal". Fue realmente malo, y estubo pensando... A veces, cuando él tiene ese sentimiento, él desea que un camión lo atropelle, que lo mate en vez de... Entonces no tendría que hacerlo él mismo. Es realmente duro describirlo y es duro vivir con eso. O2 D E

2 (0,90%). El entrevistador comenta que es muy feo que la muerte sea sentida como quizá el único camino... El paciente lo interrumpe diciendo que la muerte se siente como algo bienvenido cuando él se siente de esa forma. El entrevistador completa su propia frase: para escapar del dolor. El paciente comenta: para salir de eso, y acuerda con el entrevistador. Agrega: sí, es realmente feo, un sentimiento fatal. O2 D E

3 (6,50%). El entrevistador le pregunta si el paciente ha llegado a pensar en suicidarse haciendo algo activo. El paciente responde que sí, y relata que ha intentado suicidarse antes. Una vez esto lo dejó en una terapia intensiva, y eso lo asustó hasta el punto de querer que sea otro quien lo haga, y desea solo morir. Cuando parece que nadie va a hacerlo por él, empieza a pensar en las maneras de hacerlo lo menos dolorosamente posible. El día previo había tenido pensamientos suicidas otra vez. Inclusive se fue a dormir pensando en cómo matarse y que no le doliera o hiciera sufrir a otras personas. Ante la pregunta del entrevistador, el paciente narra que en una ocasión intentó ingerir una sobredosis, tomó todas las prescripciones de drogas que había en el armario del baño de la habitación que compartía con tres compañeros, y luego tomó alcohol, y así intentó matarse. En ese momento no sabía por qué lo hacía, se sentía mal, pero todavía era... Con el doctor Avicena y con la terapeuta estuvo hablando el día anterior acerca de que recientemente había roto con una persona a la que había amado como nunca en su vida. Estaba empezando a salir con ella cuando intentó suicidarse. Por eso sabe que el hecho de cortar con ella no es lo que lo hace sentir así. Ella rompió con él porque dijo que él era pesado. Siempre estuvo deprimido sin conciencia de ello, y ahora que se terminó la relación, las cosas son realmente duras. Ante una nueva pregunta del entrevistador, el paciente dice que cortaron a fines de mayo, y poco después él llamó al doctor Avicena. El es el único psicoterapeuta en Algeciras y él lo llamó, estaba desesperado. Agrega que el día precedente le había dicho a la terapeuta... Tras intentar evocar su nombre aclara que lo ha olvidado, y prosigue: el día precedente le había dicho que de vez en cuando tenía brotes violentos, empezaba a golpear cosas. Hizo daños serios en un departamento en Jaén. La semana precedente destruyó su baño porque enloqueció consigo mismo. Una vez que empieza a deprimirse y después enloquece, luego se desmaya y más tarde encuentra el daño. El entrevistador le dice que por lo tanto no recuerda cuándo lo hace. El paciente responde que no lo recuerda, él no planea conscientemente romper algo. Solo se da cuenta luego cuando mira el daño. Se pone tan furioso que solo... El supone que enloquece. El entrevistador le pregunta si se enoja con él mismo. El paciente responde que no lo recuerda. El día anterior le había dicho a la psicoterapeuta que recordaba claramente qué lo había hecho enojar. Estaba pensando en Claudia otra vez, la chica con la cual rompió, o que rompió con él, como ella lo diría. Pensó en ella con otra persona. Este es el único pensamiento que pudo recordar antes de encontrar el daño. Pensó en ella con otra persona y destruyó el baño. Luego que vio el daño que había hecho chequeó a su compañero de cuarto y su amiga. El sabía que estaban en el departamento cuando ocurrió, y él quería asegurarse de que no los había herido. No podía vivir pensando que podía herir a alguien, no es culpa de él. A2 R+ E

4 (7%). El entrevistador le dice que eso lo hizo sentir peor... El paciente superpone su voz con la del entrevistador y agrega que luego solo empeora, mientras el entrevistador completa su frase: así se siente más suicida. El paciente agrega que cuando se siente

fatal empeora. No puede controlarlo, la única forma de parar es irse a dormir, es la única manera en que puede ayudarse. Realmente apesta vivir así, lo odia, no es gracioso no poder ser feliz. No sabe qué está mal. El entrevistador le pregunta si se ha sentido así por un tiempo. El paciente dice que su estado empeoró por el final de la relación. Relata que su madre decía que él siempre había tenido cambios drásticos de humor. Durante un minuto está bien y en el siguiente podría tener el deseo de darle una paliza al mundo o estar muy enojado y sin querer hablar con nadie. Esto se intensifica en situaciones estresantes. Este corte en la relación lo empujó a lo peor. Cuando estaba con Claudia, no se dio cuenta de que era un peso todo el tiempo, de que parecía deprimido. No lo pensó. Solo lo pensó cuando ella le dijo que esa era la razón para no verlo más, no era divertido estar cerca de él, siempre estaba deprimido. El dormía todo el tiempo. Leyó sobre depresión que los síntomas son el dormir todo el tiempo, la pérdida de apetito. Eso le pasó a él cuando vivía con ella. Nunca quería hacer nada, solo dormía. Ante la pregunta del entrevistador el paciente dice que antes vivía junto con ella, y que recuerda momentos en que se sentía feliz. No sabe si era una felicidad falsa o solo... El pensaba que se sentía feliz. Si pudiera elegir entre su vida y la de ella, él daría su vida por ella. “Yo solo...” Obviamente no era tan feliz como él pensaba que era. Supone que está así desde hace un tiempo y ni siquiera se ha dado cuenta. Su madre decía que él era un solitario. Siempre se apartaba de la gente y tenía esos cambios de humor. Ella se preguntaba por qué. El no sabe cuál es la causa. El doctor Avicena le ha dado valeriana, pero “todavía me siento... o sea, esto... esto... destruir el baño fue solo la semana pasada”, y él no sabe qué se supone que eso le hace, pero no cree que se espere que produzca ese tipo de cosas. Mientras el entrevistador asiente el paciente prosigue: él pensó que estaba tomando eso para intentar controlar algo, pero cuando empieza a sentirse mal, como cuando está removiendo cosas como en el presente y desde el día anterior, solo empeora. La única manera de detenerlo es irse a dormir. Es tan difícil ir a dormir cuando sigue empeorando, cada vez es peor, cuanto más tarda en ir a dormir, peor es lograr dormir. El salió la noche y llegó el martes por la mañana y se fue a dormir al mediodía y no despertó hasta el miércoles a la mañana. Hay momentos en que no puede dormir, hay momentos en que puede dormir (ríe suavemente). Se le está destrozando, se le está haciendo mierda la cabeza, y no sabe qué hacer al respecto. Tiene miedo de morir solo, sin esposa ni hijos. Tiene ese miedo horrible de morir sin matrimonio feliz y una pareja de hijos. El pensó que Claudia era la elegida, incluso le propuso matrimonio, y por un tiempo pensaron que iban a casarse, pero luego se convirtió en un pesado. O2 D E

5 (3,80%). Ante la pregunta del entrevistador dice que estuvo con ella dos años. Estuvo cerca de Algeciras por tres años y luego de un año en Jaén la conoció. Vivió con ella casi un año y medio. Vivieron juntos en las cercanías de Jaén. Tenía una linda casa, algunos caballos, y todo eso se ha ido. Ahora está atascado en un departamento de un dormitorio en Algeciras. El entrevistador le pregunta si se sorprendió cuando ella dijo que quería terminar la relación y el paciente responde que sobre todo estaba herido. El entrevistador comenta que el paciente no lo veía venir. El paciente concuerda con él. Agrega que sabía que estaban con problemas pero estaba tratando de trabajar sobre eso. Había problemas aquí y allá, pero no pensó que fueran suficientes como para terminar. El entrevistador le pregunta cuál es el problema que sintió... Interrumpiéndolo, el paciente responde que él sintió que no se estaban comunicando bien, que había una

falta de comunicación. Después él tomó un trabajo nocturno y entonces estaban con horarios opuestos, y no tenían tiempo suficiente para estar juntos, pero era mucho más complicado de lo que él pensaba. El no sabía que era tan pesado y ahora que mira hacia atrás lo era. No puede culparla. Se sintió suicida, pero se culpa a sí mismo por ello (se le quiebra la voz). Mira hacia atrás y era una carga. No sabe por qué demonios estaba deprimido. Es decir, por alguien a quien amó tanto. El entrevistador le pregunta si no estaba preocupado durante la relación porque podían terminar y si se sentía bastante seguro de eso. El paciente llora. Tras una pausa dice que no es justo y luego agrega que se sentía muy seguro. Agrega que la estúpida depresión lo arruinó, le va a arruinar la vida, si no hace algo con eso. Y no sabe qué hacer con eso. A2 R E-F

6 (1%). El entrevistador le dice que parece que ha dado un paso que tiene sentido... El paciente lo interrumpe diciendo que es lo único que puede pensar... Y el entrevistador prosigue: empezar terapia, y le pregunta al paciente si ha hecho tratamiento alguna vez antes. El paciente responde que luego del intento de suicidio, en que lo hospitalizaron, le dieron el alta a condición de que fuera a un psicólogo, y no fue. No lo pensó, y ahora se patea en el culo por ello por el resto de su vida. A2 R+ E

7 (9%). Ante las preguntas del entrevistador agrega que eso ocurrió alrededor de dos años atrás. El estaba bien cuando empezó a salir con Claudia. Ella fue quien lo sacó del hospital. Les prometió que lo vigilaría de cerca, que ella lo llevaría al psiquiatra del hospital. El fue a ver al psiquiatra en el hospital y aguardó durante dos horas en la sala de espera, lo mandó al diablo y se fue. Si hubiera hecho algo después, quizá todavía estaría con ella. Pero en ese momento ella estaba viendo a un psiquiatra porque era una hipocondríaca muy mala y constantemente pensaba que tenía un problema, una enfermedad. Frente al dolor más leve en el cuerpo, ella pensaba que era algo malo. Dramatiza entonces a Claudia preguntándose qué tiene ante un dolor en el pecho. Ella estuvo mucho tiempo yendo al hospital a ver a un psiquiatra, y el no quería hacer lo mismo porque no necesitaba que los dos fueran a psiquiatras en ese tiempo. Solo quería estar ahí para ella en lugar de tratar de resolver sus propios problemas, y ahora los de ella están más resueltos, ella los tiene bajo control hasta el punto de no necesitar medicación, y él siente que ella no está ahora para él, y él necesita a alguien. No está enojado con ella por eso. Debería estarlo pero no lo está. Solo desea que ella trate de entender que él necesita ayuda. Ante las preguntas del entrevistador relata que la vio la semana anterior, que el viernes la llevó a cenar. Tuvo que acordar con ella que eran solo amigos que iban a cenar y puso lo mejor de sí "para actuar feliz y feliz". Probablemente ella pensó que era la medicación, porque ella sabe que él la está tomando. Luego él se fue a trabajar, y lo mismo ocurrió el sábado. Al llegar a su casa el sábado de noche destruyó el baño. Se fue a dormir al volver del trabajo y al despertar, pensando en la noche previa, se sintió peor, y esa fue la primera vez en mucho tiempo que hubo violencia. La última vez que se puso violento fue el intento de suicidio, esa fue la última vez en que realmente hizo daños graves, donde tuvieron que gastar mucho dinero en reparaciones. Supone que todos tienen ataques de furia y tiran algo, pero no destruyen departamentos enteros y hacen agujeros en la pared. Su departamento tiene agujeros en todas las paredes, donde arrojó muebles y cosas así. No es tan seguido que la situación se pone violenta, la mayor parte del tiempo puede conseguir dormir antes de enojarse. Porque él debe tomar la medicina cuando no planea ir a la cama. Se va a

la cama cuando todos los demás se están levantando. Eso es lo que hace. Si se siente mal, solo toma la medicación un poco más temprano y se va a dormir. Después, con un poco de suerte, se siente mejor cuando se despierta. A veces está sorprendido por no haber faltado todavía al trabajo, porque hay momentos en que no tiene ganas de ir al trabajo. Eso no tiene nada que ver con él, porque a él le gusta tener... Se siente inseguro si no tiene trabajo. En diciembre del 88 no tuvo trabajo por un mes y se puso ansioso. Se sintió muy vulnerable, o más como paranoico no teniendo trabajo. Acompañado de un "mhm" del entrevistador agrega que no tiene nada que ver con él querer faltar al trabajo, le gusta ir a trabajar. Le gustaba ir a trabajar. Ahora no le gusta siquiera dejar la casa. Le decía el día anterior a la psicoterapeuta que tiene problemas inclusive en el estadio de fútbol, estando entre la multitud. La multitud le está empezando a preocupar. El terapeuta le pregunta si se pone nervioso y el paciente aclara que se pone muy miedoso, con un sentimiento de inseguridad cuando está atascado en alguna multitud. Nunca fue así antes. A veces ni siquiera desea ir a trabajar solo porque no quiere ver a otro ser humano. Reitera que antes nunca fue así. Siempre ha sido un poco solitario, pero le gustaba estar en contacto con la gente, no podía ser un ermitaño ("Mhm" acompaña el entrevistador) que vivía en las montañas solo. Pero ahora hay momentos en que siente como si eso fuera genial, irse lejos de toda la raza humana. Para él no es posible irse a las montañas, entonces piensa en irse lejos de la raza humana de otra manera. "Matate y no tendrás más conflictos con ellos", agrega. FG R+ E

8 (0,50%). El entrevistador comenta que suena como si ahora él se sintiera peor que antes. El paciente responde que puede recordar haber estado herido en momentos previos. Nunca sintió el dolor que siente ahora. FG R+ E

9 (3,60%). El entrevistador comenta que el paciente había dicho que pensaba que terminaría sin casarse y sin tener hijos, y, ante la respuesta afirmativa del paciente, le pregunta si tiene hace mucho este pensamiento. El paciente responde que sus padres se divorciaron cuando él era pequeño, y que muchas noches vio llorar a su madre. Ahora ella está felizmente casada. Si esa es la razón por la cual él tiene tanto miedo de quedar solo, no tendría que sentirlo así, porque ella está muy felizmente vuelta a casar. Acompañado del "mhm" del entrevistador, agrega que a menudo él la vio llorar sola. Ante las preguntas del entrevistador agrega que él tenía seis años cuando sus padres se divorciaron. Puede recordar muchas noches... Ella tenía novios en un lado y otro, pero él recuerda que desde los seis años hasta sus últimos años de la adolescencia, eran solo ellos tres: su madre, su hermanito y él. Puede recordarla llorando sola, sin tener un hombre en la casa. El tuvo que conseguir un trabajo cuando tenía 14, para ayudar a vestir al hermano y a él mismo y para alimentarse. No era legal tener un trabajo, pero a él no le importaba. Ante nuevas preguntas del entrevistador relata que creció en un suburbio de Almagro, que no es un vecindario muy lindo, es casi como un gueto. No tiene nada contra ninguna raza, pero hay allí un montón de grupos étnicos diferentes, creció en un área muy violenta, era todo lo que su madre podía pagar. Recuerda haber tenido que defender a su hermanito y cosas como esas. Recuerda tener que ser el hombre de la casa y, sin embargo, a él le gustaba ese sentimiento. Ese sentimiento no lo molestaba. El se sentía importante cuando lo hacía. O2 A E

10 (1,30%). El entrevistador comenta que era una fuente de orgullo. El paciente concuerda con él y prosigue diciendo que se sentía bien por hacer eso. El quiere tener una

esposa algún día, y quiere tener hijos que pueda educar a la manera que piensa deben ser educados, y no a la manera... El nunca veía al padre. Solo lo veía cuando estaba durmiendo en el sillón, le contó el día anterior al doctor. Si hay una persona en el mundo a la cual él verdaderamente odia, es su padre. Si alguien le dijera que está muerto, a él no le importaría. Ni siquiera se molestaría en volar para ir al funeral. A1 D E

11 (2,90%). El entrevistador le dice que el paciente había dicho que cuando el padre estaba viviendo todavía con la familia en que el paciente estaba... El paciente dice que el único momento en que lo veía él estaba durmiendo en el sillón. La razón por la que se divorciaron es que estaba engañando a su madre. Y cuando estaba en la casa, dormía en el sillón. Eso es todo lo que recuerda de él. El entrevistador concluye que el padre no estaba allí para él y para el hermano, incluso cuando vivían juntos. El paciente responde que el padre y el hermano tenían una relación excelente, incluso en el presente. Pero nadie en su familia menciona al padre delante de él, porque ellos tienen miedo de sus cambios de humor. Ellos no saben cómo va a reaccionar él si empiezan a hablar del padre. Ante las preguntas del entrevistador relata que a veces ha reaccionado muy mal y cuando su madre ha mencionado al padre, él ha hablado con ella con un tono de voz en que normalmente no hablaría. Recuerda una vez que ella lo mencionó para decirle que lo llame al menos en el día del padre y él estalló. Le pegó a la pared, salió de la casa y no volvió por un par de días. El no es así, de odiar a alguien, porque generalmente trata de llevarse bien con cualquiera, pero esa es una persona que él dice honestamente que podría odiar, y la odia. A1 D E

12 (4,90%). El entrevistador le pregunta qué piensa acerca de por qué él odia tanto al padre y el hermano, y él tienen una... Interrumpiéndolo, el paciente dice que no puede explicarlo. Como ya dijo, Filomeno y él tienen una relación ahora... Filomeno vive en Venecia, se graduó en la universidad y está trabajando para una aerolínea de Estados Unidos, y se contacta con sus padres. El hermano vivió con él por un tiempo para hacer dinero para estudiar y solía contarle cómo estaba el padre, y en cualquier momento... A veces él solo decía que no hablasen del tema, y otras se volvía despiadado con eso. Lo amenazaba con echarlo de su departamento y cosas así si mencionaba el nombre de ese tipo otra vez. E incluso ahora está en el proceso de solicitar el cambio de apellido, porque tiene el de su padre y está esperando que la corte de la región lo llame. Necesita una fecha de la corte para cambiarlo por el del padraastro, para llevar su apellido legal. Una vez su hermano y él tuvieron una discusión muy mala sobre eso, una verdadera pelea a puñetazos por eso. El fue quien provocó la parte física de eso, porque se volvió loco. El no hace esas cosas. O sea, ciertas cosas lo ponen violento. El día anterior le decía a la psicoterapeuta que él trata de evitar las confrontaciones físicas, trata de evitarlas. Trata de detenerlas entre otras personas, pero hay ciertas cosas... Pensar en Claudia con alguien más... Si descubre quién es ese alguien más, le dijo a la psicoterapeuta el día anterior, él piensa que intentaría matarlos. Intentaría asesinar a esa persona. Si alguna vez el padre lo encuentra, y él está enojado, no sabe lo que haría, sabe que sería muy violento. Supone que el padre ha tratado de llamarlo antes, pero él se negaba a hablarle. En toda su vida el padre le ha molestado, y últimamente, cualquier chica con la que ha estado por mucho tiempo, pensar en ella con otro tipo lo pondría violento, pero nunca pensaría en matar a una persona. Esta vez con Claudia, si descubre que ella estuvo con otro tipo, si se entera quién es ese tipo, él en serio ha premeditado cómo mataría a esa persona.

Exclama que él no hace eso, el pensar en matar a alguien no tiene nada que ver con él. No quiere pasar su vida en prisión, pero cuando realmente se vuelve loco, eso es lo que piensa. A1 D E

13 (7,50%). El entrevistador le pregunta cuál es el origen del odio contra el padre, si es el hecho de que él abandonó a la familia. El paciente responde que el padre nunca estuvo para él. No piensa que sea justo. El hermano vivió con el padre por un tiempo. Parecía como que él estaba allí para el hermano, y en realidad no es cosa de celos. El pudo haber tenido una relación con el padre si hubiera querido, pero no quiso. Mientras el entrevistador acompaña el relato del paciente con un “mhm”, este agrega que elige no tener relación con el padre. El pudo haberlo visto, ya que hasta el 86 vivió en una ciudad cercana. El hermano tenía una relación con el padre, y el paciente eligió no tener una relación con él, nunca lo vio, en realidad no sabía quién era el tipo, no se sentía cómodo con él. No quería estar con él porque no sabía qué decirle. “Y él nunca hizo... en... en ese momento, cuando yo era bastante joven, él nunca hizo el intento de ponerse en contacto conmigo”. Parece que después intentó hablar con el hermano y con él. El entrevistador concluye que entonces el hermano por algunos años tampoco tuvo contacto con él. El paciente acepta este comentario, y el entrevistador le pregunta si su enojo es en parte consecuencia de la forma en que el padre dejó a la madre, y el paciente coincide con él. El entrevistador le pregunta entonces cómo se sintió la madre. El paciente responde que él la lastimó mucho. “Como si ella... Ella fue a un psiquiatra. Tomó antidepresivos por un tiempo muy largo después que él la dejó”. El no sabe quién pidió el divorcio primero. Pero él sabe que él la lastimó muy mal. El sabe que el padre la estaba engañando y esa es una cosa con la que él no está de acuerdo. Lo que nunca haría a una mujer sería engañarla. Otra cosa que nunca haría si finalmente tiene hijos algún día sería abandonarlos. El padre nunca pagó los alimentos (se le quiebra la voz). Repite que nunca abandonaría a sus hijos. Si tiene algunos, nunca los abandonaría. Si tiene una mujer, nunca la engañaría, nunca la abandonaría. El entrevistador le pregunta si el odio que siente contra el padre desde antes es consecuencia de una depresión, y agrega si el paciente no recuerda haberse sentido triste o deprimido porque había sido abandonado cuando era pequeño, y si este no es un sentimiento antiguo. El paciente asiente y agrega que Francisco fue el primer novio de la madre que le gustó. Ante la pregunta del entrevistador, el paciente aclara que ella está casada con él ahora, y agrega que ahora se refiere a él como padre. “Mhm”, dice el entrevistador, mientras el paciente prosigue relatando que recuerda los novios que la madre solía llevar a la casa. “Yo era muy cruel. Y yo no... probablemente porque no confiaba en ninguno de ellos”. Porque viendo lo que su padre hizo se imaginaba que esa era la forma en que actuaba todo hombre adulto. En un chico, ese es el punto de vista, y es probablemente natural pensarlo así. “Mhm”, repite el entrevistador. El paciente agrega que él era despiadado con todos los novios que su madre tenía. Ella estuvo soltera por bastante tiempo. Ella no se volvió a casar hasta que él tuvo 17. El recuerda haber sido despiadado con muchos de sus novios. Puede recordar que él quería tener un padre, pero no lo quería a su padre. El estaba ahí, y el paciente se hubiera podido acercar y empezar a hacer contacto con él en cualquier momento, pero no le gustaba, lo odiaba. Sabía lo que le había hecho a su madre y no lo apreciaba. A1 D E

14 (1,10%). El entrevistador dice que el paciente no confiaba en su padre. El paciente repite: “no confiaba en él, exactamente”. Recuerda estar celoso de todos los otros chicos de la escuela porque ellos tenían padres con quienes hacer las cosas. El nunca tuvo mucho de padres, porque su madre tenía que romperse el culo trabajando para intentar

alimentar dos chicos y vestirlos. Su maldito padre ni siquiera estaba al día con la ayuda económica. Entonces había que pedir los malditos cheques de ayuda, que eran apenas unas pesetas por semana (resoplidos). LI D E

15 (7,40%). El entrevistador le pregunta qué piensa que contribuyó para que él sea un solitario, como lo decía la madre, incluso cuando era chico. El paciente responde que él tenía un grupo de amigos muy selecto. Podría haber salido a buscar más, pero eso, por una u otra razón, no le gustaba. Si ellos no congeniaban con él, él se mantenía alejado. Estaba contento con un par de amigos y no tanto con ser amigo de un enorme grupo. Nunca tendría un montón de amigos, solo tenía uno o dos amigos que se quedaban con él. El entrevistador le pregunta si sería adecuado decir que en realidad tenía que confiar en alguien para que sea un amigo (“Sí”, dice el paciente), que si alguien parecía de poca confianza (“Sí”, repite el paciente), él lo descartaba. El paciente responde que sería adecuado decirlo. Si él no confiaba, sí. Piensa que es probablemente así también en el presente. Si desconfía de alguien, no se relaciona con él. Normalmente trata de confiar en la gente, pero si hay una cosa, tal vez algo que ni siquiera hace concientemente, entonces la evita. Acompañado del “mhm” del entrevistador prosigue diciendo que luego que Claudia y él terminaron, una chica estaba interesada en él, lo llamaba y todo, pero él se negó a relacionarse con ella, no confía en ella. No sabe por qué, pero tiene un mal sentimiento sobre ella, y no hará nada para salirse de su camino y hacer contacto con ella. De hecho, sale de su camino para evitarla. Quizá sea algo con la confianza, no lo sabe. El entrevistador le pregunta si cuando era joven y empezó a estar interesado en las chicas también era cauteloso con las mujeres que podrían... El paciente responde que tuvo muchas novias y empezó a interesarse por las chicas a edad muy temprana. Tuvo muchas novias, pero nunca ha terminado con una chica, siempre él ha sido dejado.

Acompañado del “mhm” del entrevistador prosigue diciendo que nunca dejó a nadie (pausa) y también raras veces estuvo sin novia. Generalmente cuando lo dejaban, tenía suerte como para encontrar a alguien en un mes o menos. Solo en un par de ocasiones que puede recordar estuvo sin una novia por un tiempo muy largo. Recuerda que en esos momentos estuvo muy deprimido y solo, y se sentía fatal, aunque no de una manera tan intensa como en el presente. No puede recordar cuándo se sintió tan mal. Incluso cuando murieron parientes no se sintió así de mal. Y, como ya dijo, cuando empieza a empeorar, “yo me pongo... mi... una vez que comienzo a pensar acerca de algo como esto, como repetir en estas sesiones de terapia y todo, solo empeora, y la única manera en que paro es ir a dormir”. “Mhm”, dice el entrevistador, y el paciente prosigue diciendo que tiene miedo de que algún día no va a poder dormir y va a empezar a empeorar y se va a poner violento y quizá tenga éxito en suicidarse. Esto no es algo placentero, por eso está ahí. El entrevistador le dice que parece que si tiene una novia, como en el pasado, eso tranquiliza el dolor. El paciente responde que parece que no tiene tantos problemas con ella. Pero Claudia, la novia más reciente que tuvo, en uno de los períodos más largos, era una relación que escondía, él no sabía que estaba tan deprimido hasta que se terminó y miró hacia atrás. Y estaba actuando justo, casi palabra por palabra, los signos de depresión de la guía médica de su casa. “Sí”, dice el entrevistador, y el paciente prosigue: él supone que una relación solo lo esconde para él. A2 A E

16 (2,70%). El entrevistador comenta que de alguna manera “enmascara (ambos superponen sus voces y dicen la misma frase) el dolor y la depresión”. El paciente agrega que el dolor y la depresión están dentro de él. Supone que está tan hambriento de una relación porque enmascara... (“Sí”, dice el terapeuta), y el paciente agrega: “es como muy obvio”. El estuvo sentado pensando sobre ello. Intenta pensar en respuestas para darles a los terapeutas, una posible razón que parece muy lógica para él. El entrevistador le pregunta si cuando era más joven y se ponía en una relación se sentía bien. El paciente responde afirmativamente. El entrevistador le pregunta si él sentía que podía confiar en la chica. El paciente le responde que tenía que confiar en alguien, si no, no estaría con ella. “Mhm”, dice el entrevistador, y el paciente prosigue diciendo que entablaba una relación muy fácil y rápidamente, pero si no confiaba en la persona ni siquiera le importaba, la evitaría. Así es con cualquiera, la evita. El entrevistador le pregunta si le preocupaba que ella se fuera y el paciente responde que no. Si él alguna vez tenía ese tipo de pensamiento nunca se hubiera puesto de novio (“Mhm”, dice el entrevistador), y siempre necesitó una novia, porque si no se sentía triste todo el tiempo. A2 A E

17 (10,50%). El entrevistador le pregunta por qué piensa él que llegado un punto lo dejaban, y si todas tuvieron razones diferentes. El paciente dice que probablemente tuvieron razones diferentes, nunca engañó a ninguna de las novias, entonces no puede decirlo. Claudia le pegó en la cara, y cuando él dio un paso al costado y miró, ella tenía razón. Ha pasado tanto tiempo, han pasado dos años desde la última novia que tuvo, es difícil recordar por qué las otras novias se deshicieron de él. Cuando él tuvo un problema con las drogas, se sintió fuerte por Claudia. O lo dejaron por el problema de las drogas, y él no puede culparla por eso. Por eso es difícil para él contarle de su infancia, porque no recuerda mucho de eso ahora, porque se estropeó con las drogas. Mucho de su infancia no lo recuerda, no recuerda un montón de cosas. El entrevistador le pregunta cuándo se metió con las drogas. El paciente responde que empezó a los 18. Empezó bebiendo cerveza cuando tenía 13, 14 años, y luego comenzaron las drogas. La marihuana empezó alrededor de los 15-16 años, en el secundario. Estaba empezando el secundario. Los peso pesados empezaron cuando estaba terminando la secundaria. El entrevistador le pregunta qué tipo de drogas tomaba. El paciente responde que tomaba heroína. Luego dejó el hábito, que es algo de lo que está orgulloso, es algo que lo hace intentar sentirse bien. Agrega (imitándose a sí mismo) que él se dice que va a ir a buscar ayuda para la depresión, que él mismo dejó la heroína. Pero esa es otra cosa que lo deprime. Si pudo dejar una droga como esa, por qué demonios no puede ser feliz. Eso lo asusta, porque si esto es más poderoso que esa cosa, está en problemas. Le costó mucho dejarla. El entrevistador le pregunta si se convirtió en un usuario diario. El paciente responde “Casi”, y agrega que se inyectaba. Por un tiempo estuvo en rehabilitación pero no por la heroína, sino por la cocaína. El dejó la heroína, pero todavía tiene el hábito de la cocaína y un problema con el alcohol. Por eso estaba en rehabilitación. Ya ha dejado la heroína, pero volvió a caer en la cocaína. Y por eso no recuerda mucho de su vida en determinados puntos, especialmente ese período en que terminó el secundario hasta cumplir 20 más o menos. Es una gran imagen horrorosa para él, no puede recordar mucho lo que pasó. Acompañado del “mhm” del entrevistador, prosigue diciendo que en ese período se casó su madre, entonces no sabe mucho, inclusive sobre el casamiento. Para él es verdaderamente difícil pensar en cosas como esas. El entrevistador

le pregunta si eso se debe a que a menudo estaba drogado, y el paciente asiente. Agrega que siempre estaba drogado con algo. Aclara que su madre aun en el presente fuma marihuana, y sus dos padres eran hippies. Lo único que recuerda es la espalda de su padre en el sillón. Y la madre sabía que él había probado las drogas, “pero nunca supo que tenía un problema con ella, con ellas”, hasta que lo admitió él mismo una noche durante la rehabilitación, y entonces se enteró de todo. Ella ni siquiera se dio cuenta de que él estaba usando heroína hasta que le dijo que lo había hecho, y que dejó el hábito él mismo, y ahora está ahí para deshacerse de otros problemas. Ante la pregunta del entrevistador el paciente relata que él se mudó por un tiempo después de graduarse. Se mudó y consiguió un compañero de cuarto. Ahí fue que empezó realmente el problema de la heroína. Estaba haciendo bastante dinero y tenían un departamento muy barato, y lo dejó y se mudó otra vez a casa de su madre. Tenía problemas con cualquier cosa que tomara (coca, cualquier tipo de píldora, Valium, estimulantes, tranquilizantes), cualquier cosa que pudiese poner en su boca y tragar. Empezaba a hacer cosas así. Luego se mudó de vuelta y consiguió su propio lugar, y algo salió mal allí y se mudó de vuelta a casa de su madre. Fue entonces que admitió que estaba en rehabilitación. Se limpió y no mucho después de eso se mudó al pueblo donde vive ahora para conseguir un lindo trabajo, hacer un poco de dinero y comenzar de nuevo en otro lugar. Extraña mucho su pueblo. Es el único de la familia en la zona. Sus parientes más cercanos están a mucha distancia y eso no le gusta. Pasó un par de Navidades en ese pueblo solo, no es un lindo sentimiento. Está en bancarrota como para volar a su casa, y no se podía ir del trabajo. “Mhm”, acompaña el entrevistador, y el paciente agrega: “Hay un... no puedo... ese es el único momento en que puedo recordar sintiéndome tan mal como ahora, cuando pasé Navidad yo solo”. El tenía que pasar la noche con Claudia y se quedó dormido y ella no lo pudo despertar. Su puerta estaba cerrada y ella golpeaba para despertarlo. Se despertó a las 2 de la mañana y se dio cuenta de lo que había pasado. Fue el peor sentimiento en el mundo. Recuerda haberse sentido suicida.

A2 A E

18 (5,50%). El entrevistador le pregunta si eso se debía a que se sentía solo. El paciente aclara que sintió que se había portado mal con Claudia porque sabía que probablemente también ella estaba pasando la Navidad sola, y se sintió tan estúpido por quedarse dormido así y ni siquiera escuchar, cuando tenía planeado ir a verla. “Mhm”, dice el entrevistador, y el paciente agrega que tuvo ganas de matarse. El entrevistador le pregunta qué fue lo que provocó el intento de suicidio luego que empezaron a salir juntos. El paciente dice que no lo sabe. El estaba en su casa, tomando un par de cervezas, y estaban empezando a salir, y no se veían de manera consistente. Se veían cada tanto, con idas y venidas. Pero había una chica que decía que estaba embarazada de él, solo para intentar engañarlo. No era verdad, porque él ni siquiera tuvo sexo con esta chica. Recuerda que eso le estaba causando mucho estrés porque solo era la palabra de ella contra la suya. Hasta que algo pasó. Pero él no sabe por qué intentó suicidarse esa noche. Se sentía debilitado. Claudia lo llamó y él le dijo cómo se sentía y esa fue la primera vez que ella le dijo que lo quería. Después desarrolló una confianza en ella, pero en ese momento estaba muy lejos, estaba empeorando mucho y había tomado todas las pastillas y las había tragado. Entonces se enojó, porque estaría muerto pronto, con un poco de suerte. Entonces rompió cosas por varios miles de pesetas, inclusive el departamento. Tenía una guitarra linda y cara con la que destruyó el departamento, el televisor.

Claudia había llamado al encargado de la tienda porque estaba preocupada, a ella no le gustó su tono de voz. El encargado fue a verlo, lo encontró atontado y lo llevó al hospital. Allí lo hicieron vomitar y lo pusieron en terapia intensiva. Lo que le causó el estrés fue que alguien reclamara que iba a tener un hijo de él, cuando no era verdad. No fue la primera vez que pasó, pero no podía recordar por qué no se iba y mandaba todo al diablo. El no confiaba en Claudia en ese momento, luego confió en ella, cuando ella dijo que lo amaba. No recuerda por qué intentó suicidarse, se sentía para la mierda. Acompañado del “Mhm” del entrevistador prosigue diciendo que es gracioso, no puede recordar por qué lo hizo, pero eso es lo más cercano a tener éxito en hacerlo, casi se mató. Podría haber muerto en un par de horas si nadie hubiera ido, y ni siquiera puede decir por qué lo hizo. “Es decir, todos están con mucho estrés, pero (ríe irónicamente) no puedo saber por qué por qué llegué tan cerca”. A2 R+ E

19 (2,30%). El entrevistador le pregunta si no saberlo hace todo más espantoso, y el paciente acuerda con él. Eso le recuerda que se imagina en una celda acolchada, rebotando en las paredes con un chaleco de fuerza, y agrega que tiene un bisabuelo que fue institucionalizado. Siempre le temió a obras como Edipo rey, esa gente loca, no puede mirar esas obras, lo asustan. Puede imaginarse a sí mismo tocando fondo hasta ese punto y ser institucionalizado y llevado de aquí para allá, rebotando en una habitación sin que nadie crea una palabra de lo que dice, porque creen que está loco. Así se empezó a sentir en el hospital. Pedía permiso para fumar y se lo negaban, pedía que lo dejaran volver a su casa y no se lo permitían, pensaban que estaba loco. Eso lo molestaba, lo angustiaba, no lo deprimía. Pensaba en su bisabuelo y cosas como esas. No quiere que su vida termine así, quiere tener esposa e hijas, una cerca de estacas (se le quiebra la voz). Sabe que es una ambición muy grande en el presente, pero no puede ser malo querer eso. LI D E

20 (10%). El entrevistador le dice que quiere tener una vida de familia que le fue negada cuando era pequeño. El paciente acuerda con él y agrega que, si tiene que decir que su padre fue bueno para algo, es que aprendió cómo no criar un hijo. Quiere poder hacerlo, quiere mostrar a todos lo que puede hacer, que sabe cómo criar hijos y que puede criar dos buenos hijos, tener una vida feliz, tener un agradable y feliz ambiente hogareño. El entrevistador le pregunta cómo fue su madre, como modelo de cómo deberían comportarse las madres. El paciente responde que nunca podría decir nada malo de ella. No puede creer por lo que pasaron y que los tres hayan sobrevivido y todo saliera bien. El entrevistador le pregunta si ella estuvo presente para él. El paciente responde que ella estuvo siempre para él, hubo cosas en que no pudo ayudarlo porque es mujer, como jugar al fútbol, pero estuvo presente para él. El entrevistador le pregunta si ella era cariñosa y el paciente responde que era muy cariñosa, y que todavía lo es, todavía lo llama para asegurarse de que todo va bien con su terapia. Es la única persona que está ahí para él (se le quiebra la voz). Sería muy lindo volver con ella, pero no es posible, no puede vivir el resto de su vida con ella, pero por lo menos estar cerca y poder decirle “Hola” sin que le cueste dinero, solo para decirle que la aprecia. “S?”, dice el entrevistador. El paciente agrega que ahora se tiene que preocupar por la cuenta de teléfono, no habla tan seguido con ella. Ella le da algún apoyo económico por semana. Ella cree que él debe volver la su pueblo. A él le gustaría hacerlo, pero no hay trabajo, no puede vivir allí. Tiene familia allí, tiene amigos, solo desea que ellos vengan adonde

está él y se reacomoden allí. Eso tampoco es posible. Ante las preguntas del entrevistador el paciente dice que está trabajando de noche en un supermercado y que odia su trabajo. El aceptó el trabajo porque le prometieron que pronto estaría trabajando de día. Tiene mucha experiencia en negocios de venta al público, pero nunca quisieron ponerlo de día. “Mhm”, dice el entrevistador, y el paciente prosigue diciendo que está buscando otro trabajo, porque está cansado de este, está en un horario diferente a todos, y eso no es divertido. “Sin embargo, admitirlo (ríe irónicamente) no me haría mucho mejor que como me siento ahora”. Vuelve del trabajo y se va a dormir y se estaba en el departamento. Tiene ese trabajo (ríe irónicamente) y vuelve a la casa. Luego agrega que toca la guitarra y se va a dormir. Duerme, trabaja y toca. En los días libres generalmente duerme. Tiene un compañero de cuarto, ambos son buenos amigos, pero tienen horarios diferentes (“Mhm”, dice el terapeuta), y entonces no pueden estar juntos y hacer algo, inclusive si tienen el día libre. El ha trabajado la noche anterior, y entonces probablemente esté durmiendo, y cuando él despierta su amigo se está yendo a dormir.

El entrevistador le dice que entonces no tiene con quién salir. El paciente asiente y agrega que, como ya dijo, tiene problemas para confiar en la gente. Ante las preguntas del entrevistador agrega que en el trabajo tiene un buen amigo, Juan, que ahora está de vacaciones por dos semanas. El entiende que el paciente no tenga auto y no tiene problemas en pasarlo a buscar y llevarlo al trabajo. Cuando tienen el día libre solo quieren dormir (ríe irónicamente) porque los dos trabajaron la noche anterior y si quieren levantarse y hacer algo, cuando están despiertos y listos para salir, ya es la 1 de la madrugada. Una vez fueron a un juego de pelota, pero estaban cansados. “Es decir, no podés tener un momento realmente lindo cuando estás queriendo ir a dormir después de haber trabajado toda la noche”. El trabajo es físicamente exigente, “así que cuando salís tenés ganas de ir a casa, ir a dormir”. Fueron a una carrera de autos y estuvo genial, fue un lindo momento, pero después llegó a casa y estaba tan cansado que se fue a dormir el resto de la semana. Se da cuenta de que este trabajo no lo va a ayudar, “no podés ser una persona depresiva y trabajar en el tercer turno, no te va a ayudar”. Por eso está buscando otros empleos. Imagina que si se va a ayudar a sí mismo y a ayudar a que lo ayuden, tiene que salir de ese trabajo, porque allí no es feliz. Tiene que tener un trabajo, porque -si no- no es feliz, pero no puede tener este trabajo y ser feliz. Está pagando sus cuentas, pero no está feliz allí. No le gusta ser un búho nocturno y estar en el turno contrario al resto del mundo, aunque no le importe mucho verlos. Su compañero de cuarto y él son amigos muy cercanos pero nunca hacen nada juntos. A2 A E

21 (3,80%). El entrevistador le pregunta si tocar la guitarra es una forma de tranquilizarse. El paciente responde negativamente. El disfruta haciéndolo y le gustaría tocar en una banda, le gustaría ser un músico profesional algún día. Está muy insatisfecho de la manera en que está tocando. Ha intentado sentirse mejor tocando pero solo está insatisfecho por la manera en que suena. Lo ha grabado y no le gusta. No puede persuadirse de tocar cuando se siente así porque lo hace sentir más inseguro. Está tratando de motivarse para salir y probar para una banda. Cuando intenta tocar cuando se siente fatal, está muy infeliz con eso. No le gusta para nada y no lo ayuda, solo empeora las cosas. El entrevistador le pregunta si ello deriva de que no puede sentirse satisfecho con su desempeño. El paciente responde afirmativamente y dice que no está orgulloso de

eso. Si se siente bien y después toca, disfruta, pero, si no, se siente peor porque no está satisfecho, no está orgulloso, se mata a tiros si toca cuando se siente así.

Es una situación sin salida, lo asusta, porque se puede ver a sí mismo en los mismos pasos que su bisabuelo y terminar en una institución pudriéndose. El se pone muy suicida y pueden pensar que debería estar encerrado por el resto de su vida y nadie lo escucharía pensando que está loco. Esa es una gran fobia suya, morir solo por ahí sin tener oportunidad de criar hijos y tener una familia. La otra fobia que siempre ha tenido es el miedo a las arañas. Ahora está empezando a desarrollar una fobia a las muchedumbres. No es como una agorafobia. A él no le importa dejar el departamento, no quiere ir a lugares donde hay mucha gente, como los subterráneos. Los subterráneos en la hora pico lo aterran. Ni siquiera se sube. A2 A E

22 (2%). El entrevistador le pregunta si tiene alguna idea de por qué puede ser así. El paciente responde negativamente. El entrevistador le pregunta si teme que lo hieran y el paciente niega otra vez. Eso lo angustia, lo hace poner nervioso, no lo hace sentir fatal como cuando piensa en Claudia dejándolo. No sabe si es un miedo o qué, empezó últimamente y esto lo asusta, porque si ahora van a empezar a salir también estas fobias raras, piensa que se está volviendo loco. Muy pronto lo van a encerrar en algún lugar (quiebre de la voz), va a estar en una celda acolchada y va a rebotar en las paredes y vivir el resto de su vida como un loco. El no está loco, solo está deprimido y no sabe por qué, no quiere que nadie piense que está loco (sollozos). No es divertido estar deprimido todo el tiempo. Le gustaría reír en algún momento, lo dice en serio. No es justo (sollozos). LI D E

23 (2,20%). El entrevistador le pregunta si la terapeuta que lo vio el día anterior lo iba a... Interrumpiéndolo, el paciente dice que está empezando (un poco más calmo). Pero ella parecía muy perdida. Ella sabe lo que está haciendo pero le sugirió unas pocas cosas y él le dijo que no le servían. Ella le sugirió que cuando se sienta así que piense en algo feliz, y no hay nada. Haría cualquier cosa para poder pensar en eso que lo haría feliz, que son cosas imposibles como que Claudia volviera a él. Lo haría feliz mudarse otra vez a su pueblo, pero son dos cosas que no van a suceder, y pensar en ellas solo empeora las cosas, porque sabe que no van a suceder. Llorando dice que es una situación sin salida. Con sollozos agrega que no se puede hacer feliz, no importa cuánto lo intente, no puede. En otros momentos "estaré riéndome y estaré sonriendo y teniendo un buen momento con alguien... pero no es real", porque si fuera real, no se sentiría así (suspiros). LI D E

24 (1,10%). El entrevistador le dice que necesitan terminar. El paciente dice que le gustaría hablar un poco más, se siente terrible en ese momento, y solo quiere irse a casa. El entrevistador le pregunta si es el momento de dormir y el paciente dice que pronto lo será. El tiene que ir a la cama alrededor del mediodía. Todavía tiene que ir a cobrar su cheque e ir al supermercado y todas esas cosas divertidas. Se prepara para irse. El entrevistador le desea la mejor de las suertes. A2 R+ E

II. Problema

El presente material nos permite investigar diferentes problemas. En esta oportunidad hemos decidido focalizar en el diagnóstico del paciente. Partimos de una concepción psicoanalítica del diagnóstico, que implica, por un lado, la coexistencia entre diferentes

corrientes psíquicas y, por el otro, el intercambio con el terapeuta. Las relaciones entre las corrientes psíquicas coexistentes en un mismo momento de la sesión o entrevista pueden ser de conflicto o subordinación-complementariedad, con la hegemonía de alguna de ellas. En el momento siguiente pueden darse cambios en los estados de las defensas, en las relaciones de conflicto o subordinación y en el predominio de alguna de ella sobre las demás. Algo similar puede ocurrir con el vínculo entre quienes participan en la entrevista. Por momentos este puede contribuir a promover cambios positivos en el paciente y en otros puede reforzar alguna defensa patógena. Esta propuesta complejiza el análisis, pero lo vuelve más cercano al pensamiento clínico, ya que implica por un lado pensar el cambio intrapsíquico y por el otro las modificaciones en el vínculo.

III. Método: algoritmo David Liberman

Para lograr nuestro objetivo aplicaremos el algoritmo David Liberman (ADL), un método empleado en las investigaciones de los deseos y las defensas y su estado en el discurso del paciente y el entrevistador (Maldavsky et al., 2007). El ADL permite estudiar de un modo diferencial las situaciones extra-transferenciales tanto como las que ocurren durante la entrevista o sesión. El ADL toma en cuenta varios niveles de análisis: 1) relato, 2) actos verbales del habla y componentes paraverbales, 3) palabras. Mientras que el análisis de los relatos permite estudiar los conflictos extratransferenciales del paciente, el análisis de los otros tres niveles (actos verbales del habla, componentes paraverbales, palabras) permite investigar las escenas intrasesión. 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). 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, 1995; Mc Dougall, 1989), en las patologías psicósomáticas 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.

Para el análisis de las pulsiones y los deseos, el ADL dispone de varios instrumentos. El estudio de los relatos y los componentes verbales y paraverbales se realiza apelando a grillas específicas, y el estudio de las palabras, recurriendo a un programa computarizado. 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 y los movimientos (Maldavsky, 2003, Maldavsky et al., 2005).

El ADL arroja resultados multivariados: pueden coexistir varios deseos y defensas eficaces, con el predominio transitorio o estable de alguno de ellos. Respecto de las defensas,

el ADL 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, el ADL cuenta con otro instrumento, que complementa a los precedentes. 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.

IV. Procedimientos en el empleo de los instrumentos del ADL

Los procedimientos seguidos en las investigaciones con el ADL difieren según el proyecto que tenga el autor. Si este desea estudiar una sesión o entrevista para realizar un diagnóstico, entonces es conveniente que compare los resultados de los estudios de los episodios relatados y desplegados en la entrevista o sesión. A ello es conveniente agregarle un estudio del motivo de consulta y otro del estado actual del paciente (lo cual implica comparar el estado que tiene al concurrir a la sesión o entrevista y los procesos psíquicos desarrollados durante la entrevista misma. También es conveniente agregar qué efectos han promovido en el paciente las intervenciones del terapeuta o entrevistador. Si en cambio el autor desea comparar el intercambio ocurrido durante varias sesiones, entonces es conveniente que se centre en las escenas desplegadas, y que el análisis de los relatos le sirva de complemento. Si desea comparar varios casos que poseen el mismo rasgo, como por ejemplo estallidos de violencia en la vida cotidiana, entonces es conveniente centrar la investigación en los relatos de tales sucesos y sus determinantes, y tomar el estudio de las escenas desplegadas en la sesión como su complemento.

El análisis de los relatos tiene una secuencia prototípica de pasos, que comienza con la categorización de las narraciones del paciente según sus temas, la búsqueda de redundancia o complementariedad entre ellas (por ejemplo, las escenas de los estallidos de violencia pueden ser precedidas por episodios de provocaciones e insultos, y/o por estados de somnolencia, y entonces es conveniente reunir y comparar no solo los estudios de los episodios de violencia sino también las escenas en que aparecen provocaciones, o estados de sopor, con autonomía de los episodios de violencia). Luego se detectan las secuencias narrativas concretas, e inclusive se puede construir una ideal, que reúne varias de las escenas antes reunidas y comparadas, con lo cual termina el preparado del texto que permite su análisis. A este preparado se le aplican los instrumentos para detectar los deseos y las defensas y su estado. La aplicación de estos instrumentos arroja resultados multivariados en dos sentidos: por un lado, cada relato suele evidenciar la coexistencia de varios deseos y defensas, con el predominio de alguno de ellos; por otro lado, diferentes relatos suelen evidenciar que coexisten varios deseos y defensas, cada uno de los cuales predomina en alguno de ellos, y por lo tanto es necesario decidir cuál de todos ellos predomina en el conjunto. Entonces es posible distinguir entre un predominio estadístico (es prevalente la combinación entre un deseo y una defensa que resulta más numerosa) y un predominio lógico (es prevalente la combinación entre un deseo y una defensa que permite dar mayor coherencia al conjunto, lo cual habitualmente

es detectable por el estudio del modo en que finaliza la entrevista o sesión así como el fragmento investigado).

A su vez, el análisis de las escenas desplegadas en sesión también tiene una secuencia prototípica. Habitualmente hemos tomado como criterio de fragmentación las intervenciones del terapeuta, que van variando a lo largo de la sesión o entrevista. Claro está, este criterio de fragmentación es pertinente sobre todo si se desea estudiar los cambios ocurridos en el paciente durante la sesión, pero no lo es en otras circunstancias, como cuando se intenta investigar qué escena despliega un paciente al relatar diferentes episodios (el estallido de violencia, el episodio de sopor, la escena en que es humillado, etc.). En este último caso, el criterio de fragmentación es básicamente el de los temas que el paciente relata. La aplicación de este otro sector del ADL (análisis de escenas desplegadas) también arroja resultados multivariados, por lo cual se hace necesario distinguir qué es lo prevalente en cuanto a la combinación entre deseo y defensa, y se presentan los dos criterios antes expuestos, el estadístico y el lógico.

El paso siguiente suele ser la tentativa de reunir en un todo coherente el conjunto de los resultados obtenidos al analizar los episodios relatados y los desplegados durante la entrevista. Como se trata de dar cabida a un conjunto amplio de resultados de los análisis, proponemos recurrir a la teoría freudiana de las corrientes psíquicas como un modelo que permite tener una visión de conjunto del caso sin correr el riesgo de mutilaciones y reduccionismos. Para Freud (1918b; 1927e; 1940e) las corrientes psíquicas constituyen orientaciones de los diferentes yo cuando deben encarar el conflicto sobre todo entre la pulsión y la realidad. Las corrientes psíquicas suelen coexistir y conducir a diferentes transacciones, como la de la desmentida. El concepto permite pensar la complejidad de las diferentes manifestaciones clínicas en que confluyen orientaciones contradictorias, conflictivas, con transacciones de diverso tipo entre ellas. Entonces, es posible concebir diferentes combinaciones entre deseo y defensa. Algunas de estas combinaciones quedan subordinadas a otra, central, y entonces o bien constituyen un medio al servicio de esta última, o bien hacen de fachada superficial encubridora de otra u otras. En otras ocasiones una combinación entre deseo y defensa, de carácter patógeno, entra en conflicto con otra, de tipo más benigno. También es posible que se presenten ambas alternativas: un conjunto de combinaciones incluye una orientación patógena con sectores centrales y subordinados y una orientación más benigna, en conflicto con la primera.

En el enfoque diagnóstico es conveniente además incluir una perspectiva que de cabida a los cambios intrapsíquicos del paciente: si bien en algunos momentos una corriente psíquica puede tener la hegemonía y tomar a otras como subordinadas o complementarias, y a su vez pretende oponerse a otra u otras, en otros momentos, esta hegemonía puede cambiar parcial o totalmente, sea porque se reagrupan de otra manera la combinación entre el componente central y los subordinados y complementarios, sea porque alguna otra corriente psíquica adquiere mayor poder y se transforma en dominante. Además, las intervenciones del entrevistador pueden favorecer o interferir determinados fragmentos psíquicos del paciente. La reunión del conjunto de los hallazgos parciales de la aplicación de los diferentes instrumentos del ADL suele ser el punto culminante de una investigación clínica, o al menos de un fragmento importante de ella.

En los estudios diagnósticos suele detectarse, como en esta oportunidad, una variedad de pulsiones y defensas (y su estado), en cada uno de los niveles de análisis. En consecuencia, surge el problema de decidir acerca de las hegemonías relativas de alguno de estos componentes, acerca de las relaciones entre estos componentes (subordinación, conflicto, etc.), los cambios en cuanto a hegemonías y otros tipos de relaciones entre ellos y acerca de la eficacia positiva o negativa de las intervenciones del entrevistador. Se podrá advertir que en este trabajo hemos seguido una estrategia mixta: para decidir acerca de las hegemonías globales, recurrimos a un estudio estadístico, y para decidir acerca de la organización coherente del conjunto (es decir, acerca de los vínculos de subordinación, etc., de los componentes y sus cambios, así como acerca de la eficacia de las intervenciones del entrevistador), seguimos un enfoque microanalítico de algunos sectores nucleares de la muestra que seleccionamos aplicando criterios que procuramos explicitar.

V. Análisis

Tal como ya destacamos, el diagnóstico del paciente requiere la reunión de diferentes análisis concretos: la historia, el motivo de consulta, así como el estado con que llegó a la entrevista y los procesos psíquicos que desarrolló en ella, del mismo modo que las intervenciones del entrevistador y el vínculo entre ambos participantes. El análisis de la historia del paciente, del motivo de consulta y del estado con que llegó a la presente entrevista requiere del estudio de los relatos. En cambio, el estudio de los procesos psíquicos desarrollados durante la entrevista misma, así como el análisis de las intervenciones del entrevistador y del vínculo entre ellos requiere del análisis de las escenas desplegadas. Comenzaremos realizando un enfoque global del conjunto de pulsiones y defensas dominantes (V. 1), y luego intentaremos reunir (a través de estudios microanalíticos) dicho conjunto en un todo coherente que permita pensar la organización psíquica y sus cambios (V. 2), así como los efectos que las intervenciones del entrevistador tienen sobre ella (V. 3).

V. 1. Enfoque global de las pulsiones y las defensas

V. 1. 1. Análisis de la historia del paciente

V. 1. 1. a. Transformación de la muestra en relatos

Comenzaremos con una formalización de la muestra en términos de 87 relatos. Agrupamos a estos relatos con un criterio temático y, dentro de cada tema, cronológicamente. Esta combinación entre criterios temáticos y cronológicos también nos ha resultado útil para organizar cada una de las 87 narraciones. En el ordenamiento de cada relato en particular la cronología suele coincidir con una secuencia causal, donde lo que se presenta como causa aparece primero y lo que aparece como consecuencia queda expuesto después.

Los temas que detectamos son: 1) familia (20 relatos), 2) relación con terapeutas (12 relatos), 3) Claudia y la depresión (10 relatos), 4) violencia (10 relatos), 5) pensamientos y tentativas suicidas (9 relatos), 6) trabajo y esparcimiento (8 relatos), 7) consumo (6 relatos), 8) miedos y soledad (5 relatos), 9) amistades y noviazgos (5 relatos), 10) dormir (2 relatos). He aquí la lista:

Tema A: Familia. 20 relatos	
I) 1. El nunca veía al padre, 2. el padre siempre dormía en el sillón. LI D F 1	II) 1. Su padre engañaba a su madre y los abandonó a todos, 2. su madre se deprimió y él también. O2 A F 1
III) 1. Sus padres se divorciaron cuando él tenía 6 años, 2. quedaron solos su madre, su hermano y él, 3. él vio muchas noches llorar sola a su madre. O2 A F 2	IV) 1. El quería tener un padre, 2. no confiaba en su propio padre. FU A E 1
V) 1. Su madre, su hermano y él sobrevivieron, 2. no lo puede creer. FG A E 1	VI) 1. Tuvo que conseguir un trabajo ilegal a los 14 años para ayudar económicamente a su madre, 2. debió defender a su hermano de gente violenta en el vecindario, 3. él se sentía importante cuando lo hacía. A1 A E 1
VII) 1. El padre nunca estuvo para él, 2. eso no es justo. A1 D F 4	VIII) 1. El trata de llevarse bien con cualquiera, 2. a su padre lo odia. A1 D E 1
IX) 1. Todos en su familia temen sus cambios de humor cuando mencionan al padre, 2. nadie en su familia lo menciona en su presencia. A1 D E 2	X) 1. Su madre le pidió que llame al padre en el día del padre, 2. él le pegó a la pared, 3) se fue de la casa y no volvió por un par de días. FU R + E 1
XI) 1. El padre vivió con el hermano por un tiempo, 2. él no está celoso, 3. no se siente cómodo con el padre. FU R + E 3	XII) 1. El hermano vivió con el paciente, 2. Cátulo lo amenazaba con echarlo del departamento si volvía a mencionar al padre. A1 D E 3
XIII) 1. Su hermano y él discutieron respecto del padre, 2. él se volvió loco, 3. provocó una pelea a puñetazos. LI D E 2	XIV) 1. El padre ha tratado de llamarlo, 2. él se negaba a hablarle. FU R + E 2
XV) 1. Su padre no estaba al día con el aporte económico, 2. él debía pedir los cheques de ayuda. LI D F 3	XVI) 1. Ha solicitado el cambio del apellido paterno por el del padrastro, 2. está esperando que la corte de la región lo llame. A2 A E 1
XVII) 1. La madre se mantuvo soltera por bastante tiempo, 2. él no confiaba en los novios que ella traía, 3. se ponía hostil con ellos. A1 D E 5	XVIII) 1. Francisco fue el primer novio de la madre que a él le gustó, 2. ahora ambos están casados, 3. él se refiere a Francisco como padre. A2 A E 2
XIX) 1. Su madre estuvo presente para él, 2. incluso ahora lo llamaba para asegurarse de que la terapia va bien. O2 A E 3	XX) 1. En el pueblo en que reside no tiene familiares, 2. extraña mucho su pueblo, 3. no puede dejar el trabajo por falta de dinero. A2 A E 3

Tema B: Relación con terapeutas. 12 relatos	
XXI) 1. Claudia concurrió mucho tiempo al hospital a ver a un psiquiatra por su hipocondría, 2. él no necesitaba que los dos fueran a psiquiatras al mismo tiempo. FU R+ E 4	XXII) 1. Al sacarlo de la hospitalización por la tentativa de suicidio, Claudia se comprometió a llevarlo al psiquiatra, 2. él fue a ver al psiquiatra del hospital, 3. tras aguardar dos horas en la sala de espera, lo mandó al diablo y se fue. FU R + E 5
XXIII) 1. Ahora Claudia tenía sus problemas bajo control y no necesitaba medicación, 2. no está enojado con ella, 3. desea que ella entienda que él necesita ayuda. O2 A E 4	XXIV) 1. Claudia y él cortaron la relación en mayo, 2. él estaba desesperado, 3. poco después consultó a un psicoterapeuta. A2 A E 4
XXV) 1. El doctor Avicena le había dado valeriana, 2. él pensó que estaba tomando eso para controlarse, 3. sin embargo la semana precedente destruyó el baño. LI D E 4	XXVI) 1. El día anterior habló con una terapeuta, 2. tuvo un problema al llegar a su casa, se sentía fatal, 3. no quiere repetir eso en la entrevista actual. FU R + E 6
XXVII) 1. El día anterior se habían despertado los recuerdos, 2. al llegar a su casa deseó morir. O2 D F 1	XXVIII) 1. La terapeuta le dijo que recordase momentos felices, 2. eso solo empeora las cosas, 3. no tiene salida. A2 R+ F 1
XXIX) 1. Empieza a sentirse mal o a remover cosas (como el día anterior), 2. entonces todo empeora. A2 R + F2	XXX) 1. El día precedente la terapeuta le sugirió unas pocas cosas que no le servían, 2. parecía un poco perdida. FU R + E 7
XXXI) 1. El día precedente habló con alguien de la institución, 2. él no sabe qué está mal en él. A2 R E -F 5	XXXII) 1. Estuvo pensando en respuestas para dar a los terapeutas, 2. quiere encontrar una razón lógica para él. 3. no sabe qué le pasa. A2 R E-F 6
Tema C. Claudia y la depresión: 10 relatos	
XXXIII) 1. Con Claudia vivió casi dos años, 2. pensaron en casarse, 3. él se convirtió en un pesado. O2 D F 2	XXXIV) 1. Claudia y él estaban con problemas, 2. él estaba tratando de trabajar sobre eso, 3. no pensó que fueran suficiente para terminar la relación. A2 A F 7
XXXV) 1. El suponía que el problema eran los horarios opuestos, 2. el problema era más complicado, 3. era una carga para ella. O2 D F 3	XXXVI) 1. El se sentía bastante seguro de la relación, 2. no es justo lo que ocurre, 3. la estúpida depresión lo arruinó. O2 D F 4

<p>XXXVII) 1. La última Navidad había quedado en pasar la noche con Claudia, 2. se quedó dormido y no escuchó que Claudia lo llamaba, 3. cuando se dio cuenta de lo que había pasado tuvo pensamientos suicidas. O2 D F 5</p>	<p>XXXVIII) 1. No había escuchado a Claudia y la había dejado sola durante la noche de Navidad, 2. se sintió estúpido, 3. tuvo ganas de matarse. O2 D F 6</p>
<p>XXXIX) 1. Siempre estuvo deprimido sin conciencia de ello, 2. ella rompió con él porque era pesado, 3. ahora las cosas son realmente duras. O2 D F 7</p>	<p>XL) 1. Cuando estaba con Claudia no se dio cuenta de que estaba deprimido, 2. ella lo dejó por eso, 3. el corte en la relación lo empujó a lo peor. A2 R+ F 3</p>
<p>XLI) 1. Tenían una linda casa y caballos, 2. en cambio, ahora está solo y atascado en un departamento de un dormitorio. A2 A F 8</p>	<p>XLII) 1. El viernes previo la llevó a cenar, solo como amigos, 2. puso lo mejor de sí para mostrarse feliz, 3. él supuso que ella pensaría que era por la medicación. O1 D E 1</p>
<p>Tema D. Violencia: 10 relatos</p>	
<p>XLIII) 1. Siempre ha tenido cambios drásticos de humor, desde el bienestar a la violencia y el mutismo, 2. esto se intensifica en situaciones de estrés LI D F 5</p>	<p>XLIV) 1. La mayor parte del tiempo consigue dormir antes de enojarse, 2. si se siente mal, toma antes la medicación y se va a dormir, 3. con un poco de suerte, se siente mejor al despertar. LI A E 1</p>
<p>XLV) 1. Todos tienen ataques de furia y tiran algo, 2. él destruye departamentos enteros y hace agujeros en las paredes. LI D E 7</p>	<p>XLVI) 1. El paciente empieza a deprimirse, 2. enloquece y se pone violento, 3. luego se desmaya. LI D E F 6</p>
<p>XLVII) 1. Cátulo no planea romper algo, 2. no recuerda lo que hace, 3. solo se da cuenta al despertar del desmayo y ver el daño. A2 A F 9</p>	<p>XLVIII) 1. La semana precedente, luego de la cena con Claudia fue a trabajar, y lo mismo el día siguiente, 2. al volver del trabajo y pensar en la noche previa se sintió peor, 3. esa fue la primera vez en mucho tiempo que hubo violencia. LI D E 8</p>
<p>XLIX) 1. Cátulo pensó que Claudia estaría con otro hombre, 2. destrozó el baño. LI D E 9</p>	<p>L) 1. Vio el daño realizado en el baño, 2. se aseguró de que su compañero de cuarto y la amiga no estuvieran heridos. A2 A E 10</p>
<p>LI) 1. Cuando se vuelve loco, piensa en matar, 2. no quiere pasar su vida en prisión A1 A E 2</p>	<p>LII) 1. El trata de evitar las peleas, 2. Si descubre con quién está Claudia, intentaría matarlo. A1 DT E 1</p>

Tema E. Pensamientos y tentativas suicidas: 9 relatos	
LIII) 1. Estaba empezando a salir con Claudia, 2. por eso sabe que esa no fue la causa de su tentativa suicida, 3. él no sabe por qué lo hizo. A2 R E -F 11	LIV) 1. Una chica mentía diciendo que él la había embarazado, 2. él no lograba ni rebatirla ni alejarse, 3. eso le creaba mucho estrés. LI D F 10
LV) 1. Ingerió todas las pastillas que encontró en el departamento, 2. se sentía debilitado. LI D E-F 11	LVI) 1. Claudia lo llamó por teléfono y le dijo que lo amaba, 2. él le dijo cómo se sentía. O2 A E 5
LVII) 1. Pensó que pronto moriría con un poco de suerte, 2. se enfureció y rompió objetos por varios miles de pesetas, entre ellos su guitarra. LI D E 12	LVIII) 1. A Claudia no le gustó su tono de voz, 2. habló con el encargado del negocio donde Cátulo trabajaba, 3. el encargado lo encontró atontado y lo llevó al hospital. LI A E 2
LIX) 1. En el hospital lo hicieron vomitar, 2. quedó internado en terapia intensiva. LI A E 3	LX) 1. El episodio suicida lo asustó mucho, 2. el día previo había tenido pensamiento suicidas, 3. se fue a dormir pensando en cómo matarse sin sufrir ni hacer sufrir a otros. O2 D F 8
LXI) 1. Nunca sufrió tanto como en el presente, 2. no puede irse lejos de los demás, 3. entonces piensa en suicidarse O2 D F 9	
Tema F. Trabajo y esparcimiento: 8 relatos	
LXII) 1. A él le gusta trabajar, 2. hay momentos en que no tiene ganas de ir al trabajo. A2 A F 12	LXIII) 1. Hace un tiempo no tuvo trabajo por un mes, 2. se sintió ansioso, vulnerable y paranoico. LI D F 13
LXIV) 1. Tiene experiencia en negocios de venta al público, 2. está trabajando de noche, 3. está buscando otro trabajo con un horario diurno. A2 A E 13	LXV) 1. Con este trabajo está pagando sus cuentas, 2. no le gusta estar en el turno contrario al resto del mundo. FG A F 1
LXVI) 1. Vuelve del trabajo y se va a dormir, 2. en los días libres generalmente duerme, 3. se pudre en el departamento. A1 A F 2	LXVII) 1. Tiene un compañero de cuarto, 2. cuando uno despierta el otro se está yendo a dormir, 3. eso no es divertido. A1 A F 3
LXVIII) 1. Tiene un amigo del trabajo, 2. cuando tienen un día libre solo quieren dormir. A1 A F 4	LXIX) 1. Le gusta tocar la guitarra, 2. cuando está mal, no le gusta lo que toca, 3. eso empeora las cosas A2 R + F 4

Tema G. Consumo: 6 relatos	
LXX) 1. Se estropeó con la drogas, 2. no recuerda mucho de su infancia. A2 A F 14	LXXI) 1. A los 13-14 años empezó con la cerveza, 2 luego pasó a la marihuana, 3. más tarde a las drogas pesadas LI D E 14
LXXII) 1. En el período en que su madre se casó él estaba permanentemente drogado, 2. tiene una gran imagen borrosa de esa época, 3. no recuerda qué pasó. A2 R E-F 15	LXXIII) 1. Le costó mucho dejar la heroína, 2. se siente orgulloso por haberlo logrado. A2 A E 16
LXXIV) 1. Gracias a la rehabilitación se limpió, 2. se mudó a otro pueblo para trabajar. A2 A E 17	LXXV) 1. Su madre fumaba marihuana, inclusive en el presente, 2. ella nunca advirtió que él tenía problemas con las drogas, 3. se enteró de todo durante su rehabilitación. A2 A E 18
Tema H. Miedos y soledad: 5 relatos	
LXXVI) 1. Su madre decía que era un solitario, 2. ella se preguntaba por qué, 3. él no sabía cuál era la causa. A2 R E-F 19	LXXVII) 1. Siempre fue un poco solitario, pero le gustaba el contacto con la gente, 2. ahora teme estar atascado en alguna multitud, 3. quiere irse lejos de la raza humana. FU R + E 8
LXXVIII) 1. Tiene miedo de morir solo, sin pareja e hijos, 2. se le está destrozando la cabeza, 3. no sabe qué hacer. A2 R E -F 20	LXXIX) 1. Ha desarrollado fobias raras, 2. piensa que se está volviendo loco, 3. teme que lo internen. FU A F 1
LXXX) 1. Cuando estaba hospitalizado pensaban que estaba loco, 2. no lo dejaban volver a su casa, 3. le angustia parecerse al bisabuelo hospitalizado. FU A F 2	
Tema I. Amistades y noviazgos: 5 relatos	
LXXXI) 1. Si en su juventud los demás no le resultaban confiables, los descartaba, 2. estaba contento con tener solo un par de amigos. FU R+ E 9	LXXXII) 1. Si no confiaba en una chica, la evitaba, 2. no le importaba si ella se iba. FU R + E 10
LXXXIII) 1. Tuvo muchas novias, 2. nunca dejó a alguna sino que fue dejado. O2 D F 10	LXXXIV) 1. Si una chica lo dejaba, enseguida encontraba otra, 2. cuando estaba solo por un tiempo largo se deprimía. O2 D F 11
LXXXV) 1. Una chica está ahora interesada en él, 2. él no confía en ella, 3. se negó a relacionarse con ella. FU R + E 9	
Tema J. Dormir: 2 relatos	
LXXXVI) 1. No puede controlar su malestar cuando se siente fatal, 2. la única forma de detener el malestar y ayudarse es dormir. LI D E 15	LXXXVII) 1. La única forma de detener el malestar es dormir, 2. cuanto más empeora, más tarda en lograr dormir. LI D F 16

Como se advierte, algunos de los relatos tienen cierta superposición, pese a lo cual los conservamos porque cada uno posee matices diferenciales. Aplicamos a cada uno de estos relatos los instrumentos del ADL para la detección de las pulsiones y las defensas (y su estado). Nos resulta imposible en este trabajo mostrar toda esta parte de nuestro análisis, por lo cual preferimos dar algunos ejemplos. Los dos ejemplos que escogimos se refieren a la relación con los terapeutas, y constituyen una parte central de la entrevista, ya que es la más reciente: I) (relato XXX) 1. El día precedente la terapeuta le sugirió unas pocas cosas que no le servían, 2. parecía un poco perdida, y II) (relato XXXII): 1. Estuvo pensando en respuestas para dar a los terapeutas, 2. quiere encontrar una razón lógica para él, 3. no sabe qué le pasa.

El primero de estos dos relatos se centra en su relación con su nueva terapeuta. En el sector 1 de su relato alude a la inutilidad de las intervenciones de la terapeuta, con lo cual el paciente se ubica en una posición triunfalista ante alguien incompetente (A2 y represión+rasgos caracterológicos hiper-críticos). En el sector 2 de su relato ubica a la terapeuta en la posición de alguien desorientado, ante él mismo que parecía contar con una orientación (FU y represión+rasgos caracterológicos ambiciosos). En ambas ocasiones la defensa patógena parece exitosa. El segundo de estos dos relatos corresponde íntegramente a A2 y la tentativa fallida de contribuir a su tratamiento recurriendo a su propio pensamiento (A2 y defensa fracasada acorde a fines). Su “no saber” parece testimoniar a la represión exitosa combinada con A2, la cual resulta entonces la razón por la cual fracasa la defensa acorde a fines. Precisamente, con este relato el paciente se presenta a la entrevista, es decir, en una situación de imposibilidad de pensar acerca de sí.

Dados estos ejemplos de análisis de los 87 relatos, podemos pasar a una visión panorámica de los resultados de nuestra aplicación del ADL a cada uno de ellos.

V. 1. 1. b. Resultados

Se habrá advertido que en cada casillero que contiene un relato (y también al final de cada escena desplegada) hemos incluido además tres notaciones. La primera corresponde a la pulsión dominante, la segunda a la defensa (A: Acorde a fines, R: Represión, R+: Represión+rasgos caracterológicos, D: Desmentida, DT: Desestimación de la realidad y la instancia paterna, D (solo cuando sigue a LI): Desestimación del afecto) y la tercera al estado de la defensa (E: Exitoso, F: Fracasado, E-F: Mixto). Este tipo de notación acompañante de cada uno de los relatos permite, por ejemplo, apreciar qué tipo de pulsión, de defensa, etc., prevalece en relación con cada tema. Por nuestra parte, nos restringiremos ahora a mostrar la prevalencia estadística simple de algunas pulsiones y defensas, de lo cual da cuenta el siguiente listado:

Tabla: Defensas patógenas, análisis del relato

Erogeneidades, defensas patógenas y su estado	Nº	%
L1 desestimación del afecto (exitosa, fracasada o mixta)	16	29,09
O2 desmentida (exitosa o fracasada)	11	20
FU represión+rasgos caracterológicos (exitosos o fracasados)	11	20
A2 represión (exitoso-fracasada)	6	10,99
A1 desmentida (exitosa o fracasada)	5	9,09
A2 represión+rasgos caracterológicos (exitosos o fracasados)	4	7,27
A1 desestimación de la realidad y la instancia paterna (exitosa o fracasada)	1	1,82
O1 desmentida (exitosa o fracasada)	1	1,82
TOTAL	55	100

Tabla: Defensas funcionales, análisis del relato

Erogenidades, defensas funcionales y su estado	Nº	%
A2 acorde a fines (exitosa o fracasada)	14	43,75
O2 acorde a fines (exitosa o fracasada)	5	15,62
A1 acorde a fines (exitosa o fracasada)	5	15,62
FU acorde a fines (exitosa o fracasada)	3	9,37
LI acorde a fines (exitosa o fracasada)	3	9,37
FG acorde a fines (exitosa o fracasada)	2	6,25
TOTAL	32	100

Tabla: Resumen defensas funcionales y patógenas, análisis del relato

Tipo de defensa	Nº	%
Defensas patógenas	55	63,22
Defensas funcionales	32	36,78
TOTAL	87	100

V. 1. 1. c. Comentarios

Entre las defensas patógenas, estadísticamente cobran relevancia LI y la desestimación del afecto, acompañada en forma relativamente pareja por O2 y la desmentida y por FU y la represión combinada con los rasgos caracterológicos evitativos. También tienen relevancia A1, combinada a veces con la desmentida y a veces con la desestimación de la realidad y la instancia paterna y A2, unida a veces a la represión y a veces a la represión combinada con rasgos caracterológicos hipercríticos. En menor escala importa O1.

Es posible distinguir en consecuencia entre seis componentes dominantes en cuanto a la estructura patógena: 1) un componente tóxico (LI y desestimación del afecto), 2) un componente depresivo (O2 y desmentida), 3) un componente paranoide (A1 y desmentida o desestimación de la realidad y la instancia paterna), 4) un componente caracterológico evitativo (FU y represión combinada con los rasgos caracterológicos fóbicos y 5) un componente caracterológico obsesivo (A2 y represión combinada con rasgos hipercríticos) y 6) un componente neurótico (A2 y la represión).

Entre los componentes funcionales, predomina la defensa acorde a fines, combinada sobre todo con A2 y en menor escala con O2 y con A1. Tienen cierta importancia FG, FU y LI.

En consecuencia, las defensas que corresponderían al fragmento psicótico del paciente aparecen en una baja proporción (1,82%), lo cual corresponde a momentos puntuales en que este componente adquirió la hegemonía en los procesos psíquicos del paciente.

V. 1. 2. Análisis de la entrevista

V. 1. 2. a. Transformación de la muestra en escenas desplegadas

Se habrá advertido que, al presentar la muestra, incluimos una numeración inicial, la cual corresponde a una fragmentación del texto en 24 escenas que no están relatadas sino desplegadas durante la entrevista. El criterio para diferenciarlas está constituido

por un cambio en las intervenciones del terapeuta, por ejemplo el pasaje desde la tentativa de recabar información hasta la tentativa de sintonizar con el paciente.

V. 1. 2. b. Inventario de los tipos de escenas desplegadas (actos verbales del habla y componentes paraverbales)

En el terreno de los actos del habla prevalecieron 1) las exageraciones (“hubo un montón de cosas en que ella no pudo ayudarme”), manifestaciones de deseos (“me gustaría”) y dramatizaciones (“Luego me dijo: ‘No es divertido estar alrededor tuyo, siempre estás deprimido’”) (FG), 2) las minimizaciones (“un poco”) y autointerrupciones (“Siempre he sido propenso a estos cambios de humor, que... Un minuto estoy bien y el próximo minuto puedo estar queriendo darle una paliza al mundo”) (FU), 3) los relatos de hechos concretos (“Estoy trabajando de noche en un supermercado, ahora, y lo odio. La única razón por la que tomé el trabajo fue porque me prometieron que pronto estaría trabajando de día, porque tengo mucha experiencia en negocios de venta al público, pero ellos nunca quisieron ponerme de día”), las objeciones y negaciones (“No sé qué está mal”) y los enlaces causales (“yo pensé que la razón por la que estaba tomando eso era para intentar controlar algo”) (A2), 4) denuncias de una situación como injusta (“no es justo”), 5) las referencias a estados afectivos (“cuando yo... cuando yo me siento bien y me siento bien... yo... yo no estoy pensando realmente en... No me siento fatal, por decirlo... después toco y disfruto, pero si lo intento hacer mientras me siento de esa manera, yo soy... me hace sentir peor”) (O2), 6) las alusiones a situaciones aparentes que el paciente cree falsas (“Estaré riéndome y estaré sonriendo y teniendo un buen momento con alguien... pero no es real”) (O1) y 7) las referencias a cuestiones económicas (“Tuve... conseguí... Yo, yo tuve que conseguir un trabajo cuando tenía 14 años para ayudar a ponerle ropa a mi hermano y a mí y alimentarnos”, “Mi maldito padre ni siquiera se mantenía al día con la ayuda económica. Entonces había que llamarlo para que pagara los malditos cheques de ayuda, que eran x pesetas semanales”, “Hice un daño de cómo x pesetas en el departamento”) (LI).

En el terreno paraverbal se hicieron evidentes dos series claramente diferenciadas. Por momentos se manifestaban quiebres de la voz y llanto y sus equivalentes, y en otros momentos el paciente mostró una risa irónica.

Podemos inferir que en otros momentos predominaba una tendencia catártica, pero nos faltan elementos como para avanzar en nuestra investigación, ya que no contamos con acceso al material sonoro correspondiente. Por ello hemos integrado el análisis de los componentes paraverbales en el estudio de los actos del habla, y no como una entidad independiente.

V. 1. 2. c. Análisis

El lector podrá advertir que al presentar la muestra en cada una de las 24 escenas hemos agregado dos notaciones, una inicial y otra final al final. La inicial, entre paréntesis, indica el porcentaje de extensión de la escena en el conjunto. La final está conformada por las mismas iniciales que aparecen en los cuadros que contienen a los relatos, y que permiten apreciar la pulsión, la defensa y el estado dominantes. Esta notación nos permite estudiar el tipo de escena desplegada que desarrolla Cátulo en relación con cada relato o con cada tema.

En cada una de las 24 escenas antes mencionadas es posible detectar numerosos actos verbales del habla, a veces combinados con componentes paraverbales. Tanto los actos verbales del habla cuanto los componentes paraverbales permiten inferir la eficacia de ciertas pulsiones y defensas (y su estado). En consecuencia, se hace necesario decidir cuál de todas estas pulsiones y defensas (y su estado) resulta prevalente. Para ello contamos con un criterio orientador: resulta prevalente aquello que se presenta en el cierre del fragmento.

Daremos un ejemplo de nuestro modo de fragmentar el texto en escenas desplegadas y de analizar el material. En la escena inicial (que va antecedida por el número 1), cuando el entrevistador recaba una información inicial, el paciente describe su estado luego de la entrevista con su terapeuta, ocurrida el día precedente, y el consiguiente incremento de sus pensamientos suicidas. Termina el fragmento con una referencia al carácter penoso de su estado. El paciente parece oscilar entre la exageración, el lamento, la tendencia a poner distancia con el entrevistador y la tendencia catártica. Tomando en cuenta el cierre del fragmento, optamos por dar privilegio a la segunda alternativa (lamento), lo cual implica el predominio de O2 y la desmentida en un estado exitoso.

En respuesta a esta escena desplegada por Cátulo, en la escena siguiente (que va antecedida por el número 2) el entrevistador pretende sintonizar con su estado afectivo, y el paciente, tras interrumpirlo, acuerda con él en cuanto al carácter penoso de su estado, lo cual implica que se mantiene el predominio de la pulsión, la defensa y el estado precedentes.

Vale la pena destacar que a lo largo de toda la entrevista se mantiene el predominio del despliegue de escenas correspondientes a estas cuatro pulsiones (LI, O2, A2 y FG), con algunas pocas variaciones que conciernen sobre todo a la defensa acompañante de A2. En varias escenas, un relato concreto (A2) e incluso un enlace causal (también A2) culmina en una exageración (FG) o un lamento (O2), o inclusive en una exageración de un lamento, con lo cual en el conjunto predomina FG.

V. 1. 2. d. Resultado

Entre estas 24 escenas, en 18 predominan las defensas patógenas y en 6 las defensas funcionales. Entre las defensas patógenas, en 4 escenas predominan LI y la desestimación del afecto exitosa, en 4 A1 y la desmentida exitosa, en 4 escenas A2 y la represión+rasgos caracterológicos exitosos; en otras 3 escenas O2 y desmentida exitosa, en 2 escenas FG y la represión+rasgos caracterológicos exitosos y en 1 escena A2 y la represión. Entre los mecanismos funcionales, en 5 escenas predomina A2 y la defensa acorde a fines (exitosa en todas), y en 1 escena predomina O2 y la defensa acorde a fines, en su estado exitoso.

He aquí el listado de las pulsiones y las defensas para cada escena (solo la pulsión y la defensa dominantes) en una primera versión de los porcentajes, tomando en cuenta solo la cantidad de escenas:

Tabla: Defensas patógenas, análisis de escenas desplegadas en la entrevista

Erogeneidades, defensas patógenas	Nº	%
LI y desestimación del afecto	4	22,22
A1 y desmentida	4	22,22
O2 y desmentida	3	16,67
A2 y represión+rasgos caracterológicos	4	22,22
FG y represión+rasgos caracterológicos	2	11,11
A2 y represión	1	5,55
TOTAL	18	100

Tabla: Defensas funcionales, análisis de escenas desplegadas en la entrevista

Erogeneidades, defensas funcionales	Nº	%
A2 y defensa acorde a fines	5	83,33
O2 y defensa acorde a fines	1	16,67
TOTAL	6	100

Tabla: Resumen defensas funcionales y patógenas, análisis de escenas desplegadas en la entrevista

Tipo de defensa	Nº	%
Defensas patógenas	18	75
Defensas funcionales	6	25
TOTAL	24	100

Un segundo enfoque de los porcentajes es bastante diferente, ya que toma en cuenta la extensión de cada escena en que predomina determinada pulsión con la correspondiente defensa:

Tabla: Pulsiones y defensas según número de escenas y su extensión, análisis de escenas desplegadas en la entrevista

Pulsiones	Defensas	Nº Escenas	% Extensión
A2	Acorde a fines	5	34,4
A1	Desmentida	4	16,6
A2	Represión+rasgos caracterológicos	4	14,1
LI	Desestimación del afecto	4	7,6
O2	Desmentida	3	10,4
FG	Represión+rasgos caracterológicos	2	9,5
A2	Represión	1	3,8
O2	Acorde a fines	1	3,6
	TOTAL	24	100

Tabla: Resumen extensión defensas patógenas y funcionales, análisis de escenas desplegadas en la entrevista

Tipo de defensa	% Extensión
Defensas patógenas	62
Defensas funcionales	38
TOTAL	100

Este segundo resultado estadístico difiere del primero, ya que la proporción entre defensas patógenas y funcionales (acorde a fines) pone en evidencia un funcionamiento psíquico menos patógeno de Cátulo en la entrevista. Además, muestra que tanto la desmentida como los mecanismos de los cuales derivan los rasgos patológicos de carácter tienen fuerte incidencia entre las defensas patógenas. Este segundo enfoque de la entrevista nos parece más afinado que el primero.

V. 1. 3. Análisis global de los relatos y las escenas desplegadas

Los resultados de los análisis de los relatos y de las escenas desplegadas por el paciente en la entrevista en su versión más fina muestran una afinidad solo parcial. Respecto de las defensas patógenas, en el nivel de los relatos, un número significativo, estadísticamente dominante, corresponde a LI y la desestimación del afecto (29,09%), seguido en cuanto a su importancia por O2 y la desmentida (20%), FU y la represión+rasgos caracterológicos (20%) y por A2 y la represión o la represión+rasgos caracterológicos (18,26%). En cambio, en el nivel de las escenas desplegadas, desde la perspectiva estadística advertimos que, entre las defensas patógenas, predominan A2 y la represión o la represión+rasgos caracterológicos (17,9%), A1 y la desmentida (16,6%), O2 y la desmentida (10,4%), FG y la represión+rasgos caracterológicos (9,5%) y LI y la desestimación del afecto (7,6%).

En cuanto a las defensas funcionales, globalmente los resultados de los análisis de los relatos y de las escenas desplegadas son afines, ya que en ambos niveles tienen algo menos del 40% del total. En cambio, existen diferencias en cuanto a la pulsión que se combina con la defensa funcional (acorde a fines).

Las diferencias más fuertes se dan respecto del peso de LI y la desestimación del afecto en el nivel del relato, contrapuesto al peso decisivo de A2 y la represión o la represión+rasgos caracterológicos en el nivel de las escenas desplegadas.

Estas diferencias en cuanto a los resultados correspondientes a la defensa patógena en uno y otro nivel de análisis permiten plantear la pregunta acerca de si el estado del paciente en el momento de la entrevista coincide o no con su organización psíquica en diferentes momentos de su vida, tal como se evidencian en sus relatos. En la tentativa de responder a estos interrogantes estudiaremos el motivo de consulta y el estado del paciente en el momento de concurrir a la presente entrevista y al terminar la hora de dicha entrevista.

V. 2. La organización psíquica y sus cambios

V. 2. 1. Motivos del tratamiento (análisis de relatos)

Cátulo ha sido tratado en tres oportunidades, cada una por razones diferentes: 1) para “limpiarse” de las drogas, cuando vivía todavía en el mismo pueblo que su familia, 2)

por la tentativa suicida, 3) como consecuencia de la separación de Claudia porque él era un pesado. En la segunda oportunidad el tratamiento quedó abortado casi desde un comienzo y fue sustituido por el apego a Claudia. La tercera consulta fue posterior a la ruptura con ella. La entrevista que estudiamos forma parte de esta tercera consulta.

El análisis de los motivos de cada uno de los tres tratamientos requiere tomar en cuenta determinados relatos que Cátulo ha realizado. Para estudiar el motivo de la primera terapia es conveniente considerar los relatos referidos a su adicción, que abarcan desde la adolescencia temprana hasta el momento posterior al casamiento de su madre, cuando el paciente recibió tratamiento y se “limpió” (relatos LXX - LXXV). Los relatos referidos a la relación con las parejas de su madre, y en particular con Francisco, así como con su madre misma, pueden orientar esta investigación (relatos XVI - XVIII). En cuanto a los motivos de la segunda terapia, es conveniente tomar en cuenta los relatos referidos a la tentativa suicida y el primer estallido de violencia (relatos XLIII - LXI), así como sus antecedentes (relatos XLVI y XLIX). A su vez, el estudio de los motivos del tercer tratamiento requiere considerar la terminación de la relación con Claudia, sus razones y sus consecuencias (relatos XXXIII - XLII).

Durante la internación posterior a su estallido de violencia combinado con la tentativa suicida temió que no lo autorizaran a salir del hospital, como a su bisabuelo psicótico. La salida de esta internación fue posible gracias a la intervención de Claudia, quien se comprometió a que él consultara a un psiquiatra. Pero Cátulo sustituyó la consulta por el apego a Claudia, que se transformó en su pareja estable. En el año y medio posterior a la internación los episodios de violencia pasaron a ser neutralizados con el dormir (relatos LXXXVI y LXXXVII). En este período se dio además un progresivo deterioro de su relación con Claudia (posiblemente por sus estados de depresión y somnolencia) que terminó en ruptura de la pareja (relatos XXXIX y XL). A partir de entonces su violencia se acompañó de celos. El motivo de consulta del tercer tratamiento parecía ligado con la separación de Claudia, ya que ocurrió apenas cortada la relación.

La mudanza a otro pueblo y los problemas con la chica que le adjudicaba la paternidad de su embarazo perturbaron este nuevo equilibrio. La escena previa a la internación por la tentativa suicida incluyó el acto de destrucción de su guitarra, como expresión del ataque hacia su propia corriente psíquica basada en la creatividad (relato LVII). Esta segunda internación también deriva de un nuevo incremento de LI y la desestimación exitosa del afecto combinada con la tendencia evitativa. El consumo que determinó su primera internación fue sustituido por la ingesta de medicamentos para suicidarse, de lo cual derivó dicha segunda internación. A ello se agregó el estallido de violencia, que también corresponden a LI y la desestimación exitosa del afecto, aunque la escena culminó con el paciente debilitado y atontado, es decir, con un cambio en cuanto al estado de la defensa (desestimación del afecto exitoso-fracasada).

Las escenas precedentes a la segunda internación ponen también en evidencia algunas otras modificaciones en el sistema defensivo del paciente. En efecto, la desestimación del afecto exitosa en el momento del consumo se combinó con un cambio en otra defensa: la desmentida quedó reemplazada por la desestimación de la realidad y la instancia paterna. Los estallidos de violencia constituían momentos en que desplegaba

una práctica vindicatoria, correspondiente al estado exitoso de dicha defensa. Pero al mismo tiempo estos estallidos ponían en evidencia el fracaso de una desestimación de la realidad y la instancia paterna ligada a la cuestión de la verdad y la mentira, como se infiere por el análisis de las escenas referidas a la imposibilidad del paciente de responder a las supuestas mentiras de la chica que decía que él la había embarazado. La misma defensa (desestimación de la realidad y la instancia paterna) se combinaba con dos escenas diferentes: una ligada a los sentimientos de injusticia y otra ligada con la cuestión de quedar atrapado en las mentiras ajenas. En la primera escena (injusticia) la defensa se combinaba con A1 y era exitosa. En la segunda escena (atrapamiento en mentiras ajenas) la defensa se combinaba con O1 y había fracasado. La escena ligada con la violencia y la injusticia parecía ligarse sobre todo con la figura paterna, mientras que la escena ligada con el atrapamiento en las mentiras ajenas parecía más bien conectada con una figura femenina. Así, pues, en el motivo de la segunda internación participaron LI y la desestimación exitosa del afecto y O1 y A1 y la desestimación de la realidad y la instancia paterna, fracasada para O1 y exitosa para A1. A ello se agrega el fracaso de A2 y la defensa acorde a fines e inclusive las tendencias evitativas (FU y represión+rasgos caracterológicos). Estas tendencias resultaron exitosas en el momento de la tentativa suicida y fracasadas en el momento del estallido de violencia.

Pasemos a considerar ahora el estado del paciente en el momento del tercer motivo de consulta. A diferencia de los motivos para ser asistido en la segunda internación, en la situación más reciente en Cátulo parece predominar otro factor: el fracaso de la “solución” consistente en recurrir a la pareja con Claudia.

La “solución” de la pareja con Claudia parecía incluir una combinación entre las corrientes psíquicas antes mencionadas. Por un lado, mantenía la actividad laboral, lo cual podía ser expresión de A2 y la defensa exitosa acorde a fines, y por el otro, se incrementó la tendencia a dormir, que pasó a ser predominante, y que derivaba de la combinación entre componentes evitativos (FU y represión+rasgos caracterológicos exitosos), el vengarse de su pasividad ante el padre al hacerle lo mismo a Claudia (A1 y desmentida exitosa), la pena por hallarse lejos del hogar familiar (O2 y desmentida fracasada) y la tendencia a autosuprimirse mediante la alteración orgánica (LI y desestimación exitosa del afecto). Con el dormir, además, Cátulo neutralizaba el desarrollo de otra corriente psíquica, la desestimación de la realidad y la instancia paterna en una versión exitosa. A lo largo de la relación con Claudia pareció incrementarse el poder de las defensas patógenas (en el esfuerzo por neutralizar la corriente psíquica centrada en la desestimación de la realidad y la instancia paterna) por sobre los mecanismos funcionales, que pasaron a fracasar. El episodio de la Navidad anterior a la ruptura con Claudia muestra en efecto que Cátulo no pudo mantener su compromiso con ella (festejar juntos), en lugar de lo cual se quedó dormido. Así que el término “pesado”, con el cual el paciente aludía a la razón por la cual Claudia se separó de él, condensaba por un lado el fracaso de su defensa acorde a fines y por el otro su tendencia evitativa exitosa, su afán de venganza exitosa, su pena por la distancia de su familia y su inclinación exitosa a la alteración somática.

La separación de Claudia dejaba al paciente expuesto a la situación en que se hallaba cuando solo lo dejaron salir de la internación (por su tentativa suicida) porque ella se

ofreció como garantía para que él se tratase. Precisamente, el temor de Cátulo a ser tomado por loco e internado (como su bisabuelo) por sus fobias incomprensibles parece ser otro factor que lo condujo a consultar. Los relatos de Cátulo referidos a los estallidos de violencia (básicamente ataques contra la propia vivienda y sus contenidos) se asemejaban a las anécdotas de cómo el bisabuelo se arrojaba contra las paredes de la habitación en que estaba encerrado. Este nuevo enfoque introduce otro factor en nuestro estudio de las defensas patógenas, correspondiente a O1 y la desmentida fracasada. Antes de ser internado por la tentativa de suicidio y el estallido de violencia, el paciente quedó indefenso frente a los dichos (que él consideraba una mentira) de una joven que afirmaba que él la había embarazado. En esta escena el paciente quedaba indefenso ante acusaciones injustas, pero además ante las mentiras que no podía refutar. También sufrió una situación similar cuando no creyeron su palabra y solo lo dejaron salir de la internación por la intervención de Claudia. Entonces el paciente se debió de asimilar a sí mismo al bisabuelo psicótico internado. En síntesis, el paciente consultó en la tercera oportunidad porque la separación de Claudia lo dejaba expuesto a seguir el destino de su bisabuelo psicótico.

V. 2. 2. Análisis del estado del paciente al asistir a la entrevista (relatos)

Tomando en cuenta los temas de los relatos referidos a la situación actual de Cátulo, concluimos que las situaciones con amigos y otras relaciones, así como con el trabajo y el esparcimiento tienen un valor secundario. En cuanto a la relación con la familia, tiene fuerte importancia, pero más bien opera como contexto general. Del mismo modo, el problema del dormir parece tener en la situación actual un valor contextual. En cambio, el problema de la violencia, sus pensamientos suicidas, sus temores, su relación con Claudia y su contacto con los terapeutas constituyen los temas centrales. El problema de la violencia, ligado con sus estallidos irrefrenables, se combina con sus temores al suicidio y a volverse loco. La relación con Claudia aparece en el presente como un factor central para que el paciente tenga un estallido de violencia, desarrolle pensamientos suicidas y tema volverse loco. A su vez, la relación con los terapeutas se combina con estos temores ya que ha incrementado sus pensamientos suicidas y su temor a enloquecer, y Cátulo anticipa que algo similar puede llegar a ocurrir en la presente entrevista.

En consecuencia, es posible concluir que sus temores a las propias tendencias violentas y suicidas y a volverse loco eran un problema central, y que tanto la separación de Claudia como el tratamiento pueden dejarlo más indefenso ante estas tendencias y ante la locura. El episodio de violencia reciente, así como la primera sesión de psicoterapia, anterior a esta entrevista, parecen haber sido los problemas centrales más inmediatos del paciente. Entre ellos, el estallido de violencia a su vez parece ligarse con su desconfianza respecto del tratamiento, y este último parece ser el problema central.

La relación con el tratamiento incluye una secuencia de momentos: 1) al salir de la tentativa de suicidio combinada con violencia dos años antes se le indicó tratamiento, 2) Cátulo no aceptó la indicación y se apegó a Claudia, 3) una vez en pareja con ella, progresivamente se volvió más pesado y se quedaba dormido, aunque no reconocía su problema, 4) Claudia se separó de él y Cátulo admitió que era un pesado, 5) realizó una consulta y recibió medicación, 6) pese a ello no logró reconquistar a Claudia y la semana precedente tuvo un estallido de violencia, 7) el día previo tuvo una primera entrevista con

una terapeuta que parecía medio perdida y proponía soluciones no efectivas, 8) a la noche tuvo una reactivación de los pensamientos suicidas, 9) está pensando qué cosa adecuada decirle a los psicoterapeutas, no sabe qué le pasa y teme no tener salida, no poder conciliar el sueño y terminar encerrado como su bisabuelo loco, quien se arrojaba con furia contra las paredes de su celda de internación.

Los momentos 7, 8 y 9 parecen los dominantes, mientras que los precedentes más bien corresponden a antecedentes previos. Estas escenas parecen equivalentes del descreer de la palabra de Claudia o de la chica que mentía y su consecuencia: no entender qué le pasa y la vivencia de que no tiene salida, salvo la locura violenta y suicida. Tales escenas también parecen ser equivalentes del período posterior al divorcio de sus padres, sobre todo desde la pubertad del paciente, en que convivió con su madre y el hermano y comenzó a drogarse.

Pero si prestamos atención al momento 9 llegamos a otras conclusiones. Entonces podemos construir una secuencia que combina 1) el haber entrado en contacto con una terapeuta que parecía medio desorientada y le proponía caminos que él consideraba inútiles, 2) el hecho de que la entrevista le hubiera removido situaciones difíciles de tolerar y le hubiera incrementado pensamientos suicidas así como el temor a la locura, y 3) el haber estado pensando qué podía decir a los terapeutas que tuviera lógica y el no saber qué le pasaba, con lo cual pensaba que no tenía salida (desesperanza). Esta secuencia, precisamente, corresponde al momento de la consulta. La escena reúne su desconfianza respecto de la terapia, su tendencia a proponer algún otro camino y el no encontrarlo, con lo cual no tiene esperanzas.

El estado del paciente en el momento de concurrir a la entrevista tiene pues mayor relación con las objeciones (correspondientes a A2) de Cátulo al tratamiento, así como con su dificultad para saber qué le pasa, que lo deja sin esperanzas (escena que también corresponde a A2) y no con los motivos que lo llevaron a las terapias previas. La escena de cierre del episodio recién construido expresa una tentativa (fallida) de contribuir con la terapia. La escena corresponde, según ya lo indicamos, a A2, combinado con 1) la defensa acorde a fines fracasada, en cuanto al deseo de contribuir con el tratamiento, y con 2) la represión exitosa, en cuanto al no saber qué le pasa, con lo cual cierra la escena. En el paciente se combina el éxito de la defensa con el displacer por no saber qué le pasa. En consecuencia, la represión exitoso-fracasada resulta dominante.

Hasta este punto consideramos el estado del paciente al concurrir a la entrevista. Es conveniente complementar este enfoque con un estudio de los procesos psíquicos nucleares desarrollados durante la entrevista misma y sobre todo al concluir esta.

V. 2. 3. Procesos psíquicos nucleares del paciente durante la entrevista

V. 2. 3. a. Combinaciones entre componentes verbales y paraverbales (risa, llanto) en las escenas desplegadas

El estudio de los componentes nucleares de la entrevista requiere en primer lugar sentar algunos criterios para seleccionar cuáles son. Consideramos que uno de los sectores centrales de la entrevista es el cierre de esta, y que además existen otros fragmentos especialmente significativos. En efecto, el paciente combina en algunos sectores de su

discurso actos verbales del habla y componentes paraverbales, y en otros sectores recurre solo a actos verbales del habla. En consecuencia, consideramos que aquellos fragmentos en que se da la combinación recién mencionada son también sectores nucleares de la entrevista. Dedicaremos pues nuestra atención a ambos sectores nucleares de la entrevista, es decir, aquellos en los que se combinan actos verbales del habla y componentes paraverbales, y aquellos que corresponden al final de la entrevista.

Los dos tipos diferentes de componentes paraverbales no se presentan combinados entre sí (es decir, una mezcla de risa y llanto) sino separados, y combinados a su vez cada uno de ellos con diferentes tipos de escenas desplegadas en el terreno de los actos verbales del habla. En consecuencia, estudiaremos por separado cada una de estas combinaciones entre componentes paraverbales y actos verbales del habla.

La combinación entre la risa y los actos del habla verbales aparece en varias escenas. Una de ellas corresponde al inicio de la entrevista, cuando el paciente afirma: “No sé qué es lo que está mal conmigo”, a lo cual acompaña una risa. En la segunda mitad de la entrevista, al describir las limitaciones de su vida en el presente, sobre todo el trabajo nocturno y el pudrirse en su departamento, Cátulo afirma: “Lo que tengo es trabajo”, e inmediatamente ríe con ironía. Entre ambos ejemplos se intercala otro, que parece aclarar la secuencia que incluye a la risa. En este otro ejemplo, Cátulo relata su tentativa de suicidio y pretende describir qué lo llevó a ello. Entonces dice: “No sé por qué... me sentía para la mierda. Ni siquiera recuerdo por qué lo habré hecho. Pero eso... y es gracioso, no puedo recordar por qué lo habré hecho, pero eso es lo... lo más cercano que llegué a tener en éxito en hacerlo. Eso es lo más cercano”, y casi en seguida prosigue: “Y ni siquiera sé por qué lo hice. No puedo saber cuál es la razón. Es decir, todos están bajo mucho estrés, pero... (ríe irónicamente) no puedo saber por qué llegué tan cerca”. El entrevistador le pregunta si eso lo hace más angustiante para él, y Cátulo responde: “Sí, eso lo hace realmente espantoso, cuando no sabés por qué estás intentado suicidarte”.

Los ejemplos corresponden a la ironía, la cual implica una actividad intelectual, como la que también advertimos en el cierre de la entrevista. Tal risa es expresión de un rasgo de humor conectado con A2. Pero la escena desplegada en el terreno de los actos del habla en la entrevista es expresión de una versión disfórica de A2, es decir, la imposibilidad de recordar, de saber o de entender, o la referencia a lo que tiene, que la risa descalifica. En consecuencia, en el humor de Cátulo un fragmento propio se ríe (componente paraverbal) del sufrimiento o el fracaso de otro fragmento (actos verbales del habla). Los recursos de quien ríe (intelectualización concreta) corresponden a A2, y los recursos de quien padece el fracaso o la limitación corresponden también a A2. Pero en el terreno verbal A2 es procesado por la defensa acorde a fines fracasada subordinada a la represión exitosa, mientras que en el terreno paraverbal A2 es elaborado por la represión+rasgos caracterológicos exitosos. Podríamos asimilar esta escena entre componentes verbales y paraverbales a una situación vincular, en que un sujeto sufre por el fracaso de la tentativa de pensar y elaborar sus propios problemas usando la racionalidad (A2 y la defensa acorde a fines fracasada, subordinada a la represión exitosa) y otro sujeto ríe irónicamente ante dicho fracaso (A2 y la represión+rasgos caracterológicos irónicos). Entre ambos componentes, prevalece el paraverbal, que da la tónica al conjunto y le da a la escena un carácter irónico.

Otras escenas en que participa la risa se combinan con el relato de actividades a las que Cátulo describe como carentes de encanto. En tal situación, la risa irónica (componente paraverbal) se combina con una escena que en los actos verbales del habla incluye relatos (A2 y defensa exitosa acorde a fines) combinados con comentarios referidos a la falta de encantos de la tarea descrita (FG y la represión+rasgos caracterológicos fracasados). En la escena verbal, predominan FG y la represión+rasgos caracterológicos fracasados. De modo que la ironía recae en esta escena sobre el relato de la falta de encanto de la tarea: A2 y la represión+rasgos caracterológicos exitosos (dominantes) se combinan con FG y la represión+rasgos caracterológicos fracasados. En síntesis, la ironía de Cátulo recae sobre su malestar, el cual puede originarse o bien en su imposibilidad de saber qué le pasa o en su imposibilidad para realizar actividades con encanto.

Podemos encarar ahora el estudio de las combinaciones entre llanto (y sus equivalentes) y actos verbales del habla en la escena del final de la entrevista. En esta extensa escena del final de la hora advertimos una compleja secuencia de momentos. Comencemos con una descripción de dicha escena. Hacia el final de la entrevista el paciente se refiere a las angustias (a las multitudes) que le han aparecido recientemente y que le resultan incomprensibles. Agrega que esto no lo deprime sino que lo asusta, porque piensa que se está volviendo loco. Agrega: “Muy pronto me van a encerrar en algún lugar (quiebre de voz), voy a estar en una celda acolchonada y voy a rebotar en las paredes y vivir el resto de mi vida”. Exclama: “¡No estoy loco, no lo estoy!” y prosigue: “Es decir, solo estoy deprimido, y no sé por qué, y no quiero que nadie piense que estoy loco (sollozos). Pero no es divertido estar deprimido todo el tiempo. Me gustaría reír en algún momento, lo digo en serio. No es justo (sollozos)”. Ante la pregunta del entrevistador relata que la terapeuta a la que vio el día anterior le dio algunas recomendaciones que no le sirven, y luego prosigue: “Es (llorando), como te dije, una situación sin salida (sollozos)”. Casi inmediatamente continúa: “Nada parece funcionar. Porque en otros momentos sí, estaré riéndome y estaré sonriendo y teniendo un buen momento con alguien... Pero no es real, solo... No puede ser real, porque si fuera real, porque si fuera real no me sentiría así (suspiros)”. El terapeuta le dice que necesitarán terminar.

A ello Cátulo responde: “Me gustaría... realmente no puedo... hablar un poco más”. El entrevistador le pregunta si ese es el momento de irse a dormir y Cátulo responde que lo hará “pronto”, y agrega: “yo... yo tengo que ir a la cama alrededor del mediodía. Me gustaría... todavía tengo que ir a cobrar mi cheque (“Mhm”, dice el terapeuta) e ir al supermercado y todas esas cosas divertidas”. Como cierre, el terapeuta responde: “Está bien, la mejor de las suertes”.

Hemos dividido los actos del habla de esta secuencia final de la hora en dos grupos. El punto de separación entre ambos grupos consiste en la intervención del terapeuta que le dice a Cátulo que la hora ha terminado, luego de lo cual el paciente prosigue su discurso unos momentos más. En el primero de dichos grupos aparecen los componentes paraverbales centrados en el llanto y sus equivalentes que se combinan con los actos verbales del habla. En el segundo grupo solo advertimos actos verbales del habla.

Comencemos con el primer grupo (en el cual se combinan actos verbales del habla y componentes paraverbales). En las manifestaciones del paciente prevalecen, en cuanto

a los componentes verbales, las alusiones a una apariencia falsa (O1), las referencias a estados afectivos, los lamentos (O2), los enlaces causales y las objeciones y negaciones (A2), las autointerrupciones (FU) y las alusiones al deseo (FG). En el conjunto de los actos del habla prevalecen finalmente O1 (no es real) y O2 (alusión a su sentir). El enlace causal (A2) conecta O1 y O2, con un predominio de O2. A su vez, la alusión a que le gusta (reír en un buen momento), correspondiente a FG, es lo desautorizado como no real, y por lo tanto queda subordinado a O1 y O2.

En cuanto a los componentes paraverbales, se combinan LI y O2 en quiebres de la voz, llantos y sollozos, los cuales contienen una descarga catártica y una expresión de estados afectivos con un valor de manipulación del interlocutor. La escena parece corresponder a la tentativa de conmover al interlocutor (O2) y de despertar lástima (LI), con un predominio de LI combinado con la desestimación del afecto exitosa.

Este primer análisis resulta algo esquemático y poco refinado, pero puede complejizarse al realizar el estudio de la combinación entre los actos del habla y los componentes paraverbales. En este fragmento los componentes paraverbales constituyen un conjunto complejo. Es conveniente realizar algunas diferenciaciones. La expresión de los componentes paraverbales comienza con un quiebre de la voz, al cual siguen tres series de sollozos, que se combinan con una de llanto (entre la segunda y la tercera serie de sollozos) y otra de suspiros (como cierre del fragmento). El quiebre inicial de la voz y los suspiros del final hacen de extremos de la secuencia, mientras que los sollozos parecen anteceder y continuar al punto culminante, de llanto. Así que nos encontramos con un punto culminante (los estallidos de llanto) con dos niveles preparatorios (quiebre de la voz y sollozos), de tensión, y otros dos niveles ulteriores, de descompresión (otra vez sollozos y por fin suspiros). El quiebre inicial de la voz acompaña a una anticipación, a la manera de una frase de promesa de tipo displacentero referida a su propio futuro. La primera serie de sollozos acompaña a actos del habla que expresan un deseo (no desea que piensen que está loco). La serie siguiente de sollozos acompaña a la manifestación de protesta ante la injusticia. El llanto acompaña al inicio de la descripción del fracaso de las intervenciones terapéuticas y sobre todo a una conclusión que reitera (su situación no tiene salida). Luego de esta frase aparecen los sollozos nuevamente, y por fin, hacia el final del fragmento, los suspiros. Estos suspiros parecen corresponder a la culminación de una secuencia descalificante de las intervenciones del terapeuta del día precedente.

Esta secuencia constituye una respuesta a la pregunta del entrevistador acerca de lo que haría la terapeuta a la que vio al día precedente. La secuencia comienza con la afirmación de que nada parece funcionar, la cual parece ser una crítica a la intervención de la terapeuta del día precedente. A ello sigue una argumentación que justifica esta afirmación. Esta argumentación comienza con una alusión a las recomendaciones de la terapeuta que vio el día previo. Esta le había dicho que tratase de recordar episodios agradables de su vida. A ello el paciente responde en principio afirmativamente (“en otros momentos sí, estaré riéndome”, etc.), pero luego objeta la situación presuntamente agradable como no real, porque si lo fuera no se sentiría como se siente. Es entonces que aparecen los suspiros. La crítica de que nada parece funcionar consiste, pues, en una crítica a la propuesta de la terapeuta del día precedente, que parece no adecuada porque tales recuerdos no son reales, lo cual se demuestra por el estado afectivo que él tiene en el presente.

Si tomamos en cuenta la combinación entre actos verbales del habla y componentes paraverbales en esta escena, podemos concluir que el núcleo de dicha escena está conformado por el momento culminante, el de llanto, combinado con determinados actos del habla que expresan la desesperanza del paciente respecto de la posibilidad de ser ayudado por la psicoterapia, lo cual lo deja en una situación sin salida. La escena verbal parece corresponder básicamente a A2 y la defensa acorde a fines fracasada, mientras que los componentes paraverbales, dominantes en el conjunto, corresponden a LI y la desestimación exitosa del afecto.

Consideremos ahora el segundo grupo de actos del habla de Cátulo, posteriores al momento en que el entrevistador da por terminado el intercambio. Dicho grupo está compuesto a su vez por dos fragmentos, divididos por una intervención del entrevistador. El primer fragmento, inmediatamente ulterior a que el entrevistador dé por terminada la hora, comienza con una frase de Cátulo que queda interferida por otra, a su vez interrumpida y luego seguida por una tercera, que continúa a la primera. Entonces la frase interrumpida y luego proseguida sería “Me gustaría hablar un poco más”. La frase intermedia (“yo no puedo”) parece ser la razón por la cual quiere hablar un poco más. Por lo tanto, la secuencia reconstruida podría ser: “yo no puedo interrumpir todavía, me gustaría hablar un poco más”. Por lo tanto, el conjunto estaría organizado por un enlace causa-consecuencia. En la causa estaría su no estar todavía en condiciones de irse, y en la consecuencia la manifestación de un deseo (“hablar un poco más”). La manifestación del deseo corresponde a FG y la defensa acorde a fines, y el enlace causal, a A2, también acompañado de la defensa acorde a fines. Predomina FG. Claro que la forma concreta de expresar el conjunto revela el peso de FU.

La segunda secuencia, posterior a un comentario del entrevistador, comienza con una breve respuesta al entrevistador (pronto tendrá que irse a la cama), que corresponde al relato de un hecho concreto y sobre todo de una obligación, todo lo cual corresponde a A2 y la defensa acorde a fines. Pero inmediatamente reaparece la frase “Me gustaría...”, que esta vez resulta una interferencia en el relato de lo que todavía tiene que hacer (cobrar el cheque e ir al supermercado). La combinación entre FG (expresión de un deseo), A2 (relato de hechos concretos y obligaciones) y FU (autointerrupciones) se reitera, pero esta vez lo dominante es A2, con lo que cierra la entrevista. La última frase (“y todas esas cosas divertidas”) contiene un rasgo de humor irónico (A2), y su última palabra (“divertidas”) resulta redundante con otras idénticas o equivalentes (gracioso, lindo) que aparecen en fragmentos previos, a menudo para decir que algo no es gracioso o no es lindo, es decir. “Gracioso”, “lindo” y “divertido” parecen corresponder a FG, mientras que el afirmar que algo no es gracioso es expresión de A2. En este final irónico a costa de sí mismo prevalece la represión+rasgos caracterológicos. En cuanto al fragmento psíquico sobre el cual recae la ironía, corresponde a FG y la represión+rasgos caracterológicos fracasados.

La combinación entre los conjuntos de frase 1 y 2 pone en evidencia una manifestación de un deseo (y su justificación) seguida de su consumación (en los hechos, el paciente habla “un poco más”). Sin embargo, se advierte que lo que Cátulo desea no es decir algo específico, sino más bien seguir manteniendo el contacto por un momento más y

quizá poder organizarse. De hecho, en el cierre del relato Cátulo hace referencia a sus futuras acciones (cobrar el cheque, ir al supermercado). Es decir, Cátulo tiene la apariencia de haberse organizado. Dicha organización se da en torno de un componente irónico (A2 y represión+rasgos caracterológicos exitosos), a expensas del placer frustrado por el embellecimiento (FG y la represión+rasgos caracterológicos fracasados).

V. 2. 3. b. Una visión de conjunto de las combinaciones entre componentes paraverbales y actos del habla y del final de la entrevista

Cuando aparece la risa, la escena parece corresponder a la ironía, en la cual un sector, dominante, disfruta de la impotencia de otro sector, que no logra saber qué le pasa o que padece la falta de encanto de las actividades que realiza. La escena corresponde a A2 y la represión+rasgos caracterológicos exitosos, a costa a veces de A2 y la combinación entre la defensa acorde a fines fracasada y la represión exitosa y a veces de FG y la represión+rasgos caracterológicos fracasados. En cambio, cuando aparece el llanto, la escena parece corresponder a una tendencia catártica ligada al carácter inútil del esfuerzo por tratar de recuperarse apelando a la razón. En tal escena el carácter inútil del esfuerzo corresponde a A2 y la defensa acorde a fines fracasada, y el llanto expresa a LI y la desestimación exitosa del afecto, que resulta dominante.

En el final de la hora esta segunda combinación (A2 y defensa acorde a fines fracasada y LI y desestimación del afecto exitosa) parecía tener el carácter dominante, pero luego el paciente solicita permanecer un momento más, durante el cual cambia fuertemente su posición. Ya no aparecen componentes paraverbales, y se da una combinación entre FG y la represión+rasgos caracterológicos y A2 y represión+rasgos caracterológicos). La ironía aparece cuando el paciente relata actividades que considera carentes de encantos. La ironía a costa de sí mismo de este final de la entrevista se asemeja a la risa que el paciente desplegó mientras afirmaba que no lograba entender qué le pasaba. Pero mientras que cuando ríe mientras afirma que no sabe qué pasa A2 y la represión+rasgos caracterológicos exitosos se combinan con A2 y la defensa acorde a fines fracasada combinada con la represión exitosa, cuando ríe al afirmar que algo no es lindo, A2 y la represión+rasgos caracterológicos exitosos se combinan con FG y la represión+rasgos caracterológicos fracasados. La risa irónica acompañante de A2 combinada con la defensa acorde a fines fracasada y con la represión exitosa incluye un componente catártico (LI y desestimación exitosa del afecto), que permite al paciente desembarazarse de la angustia acompañante de la imposibilidad de saber qué le pasa. En cambio, la ironía acompañante del fracaso de la tentativa de embellecimiento de tareas tediosas, que advertimos en el final de la hora, no posee el mismo componente catártico, y deja al paciente en una posición más claramente triunfalista.

En consecuencia, en los dos momentos del final de la entrevista (el primero compuesto por una combinación entre llanto y actos verbales del habla y el segundo compuesto solo por actos verbales del habla) se dan elementos diferentes. En el primero A2 combinada con la defensa acorde a fines fracasada subordinada a la represión exitosa se articula con LI y la desestimación exitosa del afecto (dominante), mientras que en el segundo A2 y la represión+rasgos caracterológicos irónicos exitosos (prevalente) se combina con FG y la represión+rasgos caracterológicos fracasados. Esta segunda combinación hace de cierre del conjunto.

V. 2. 4. El estado del paciente al concurrir a la entrevista y el estado del paciente al finalizar la entrevista

El estudio del estado del paciente al concurrir a la entrevista y el que tenía al salir de ella conduce a concluir que en ambas ocasiones prevalece A2. En el nivel del relato, A2 se combina con la defensa acorde a fines fracasada subordinada a la represión exitosa, y en el nivel de las escenas desplegadas, A2 se combina con la represión+rasgos caracterológicos hipercríticos exitosos.

Ya destacamos además que, en el nivel de los relatos tienen predominancia LI y la desestimación del afecto, O2 y la desmentida y FU y los rasgos caracterológicos evitativos. En cuanto a las escenas desplegadas, fue posible advertir que, en el cierre de la hora, el paciente debió hacer un esfuerzo para pasar desde un conjunto defensivo afín al que describimos hasta A2 y la represión+rasgos caracterológicos

Pero el hecho de que el paciente pase desde centrarse en estos problema (por un lado violencia, consumo y tentativa suicida y por el otro su tristeza por la pérdida de su pareja y del hogar materno) hasta privilegiar las críticas y objeciones al tratamiento y sobre todo la ironía indica que es necesario considerar un problema clínico más complejo, que combina la severidad del caso en sí mismo con las dificultades para colaborar en el tratamiento (en el nivel del relato) y con la resistencia opuesta a este (en las escenas desplegadas durante la entrevista).

El entrevistador dio por terminada la hora cuando se desplegaba la escena 23, y el paciente pidió quedarse un momento más para reponerse. En dicha escena 23 predomina la catarsis, que expresa a LI y la desestimación del afecto exitosa, pero, según ya lo indicamos, el paciente aspiraba a dar otro cierre a la sesión, desplegando sus rasgos caracterológicos irónicos.

Estos rasgos caracterológicos parecen ser el destino para su deseo de saber, de alcanzar un grado mayor de control y conocimiento sobre sí mismo, es decir, parece ser un destino para A2. En este sentido, parecen ser el complemento del éxito de la represión y el fracaso de la defensa acorde a fines, ambas defensas acompañantes de dicho deseo. Podríamos decir que el fracaso de esta tentativa de saber acerca de sí va acompañado de un cambio de la defensa acompañante de A2: en lugar de la defensa acorde a fines exitosa aparecen la represión+rasgos caracterológicos exitosos. Esta secuencia entre dos defensas diferentes combinadas con A2 (primero, fracaso de la defensa acorde a fines subordinado al éxito de la represión, segundo, desarrollo de la represión+rasgos caracterológicos irónicos exitosos) abarca también la relación entre componentes verbales y la risa como componente paraverbal. Más adelante volveremos también sobre este punto, al aludir a la perspectiva intersubjetiva en la sesión, es decir, al estudio del intercambio paciente-terapeuta.

Respecto de O2 combinada con la desmentida exitosa, sobre todo predomina cuando el paciente alude a su relación con Claudia o a la nostalgia de su pueblo y su familia, en particular la madre. En tales ocasiones la escena desplegada es básicamente un lamento, una queja dolorida por la falta de amor. En cuanto a LI y la desestimación exitosa del afecto, aparece en relación con tres temas: cuando alude a su furia asesina

contra el padre, cuando se refiere a su primera tentativa suicida y la internación de la cual temió no salir y cuando se refiere a sus temores a estar loco y a su desesperanza respecto a la nueva terapia, iniciada el día precedente, que no podría frenar su precipitación en la locura, similar a la de su bisabuelo.

Cabe preguntarse también por el valor de FG y la represión+rasgos caracterológicos exitosos, que tiene un valor estadísticamente significativo en el análisis de las escenas desplegadas. Es posible advertir que en la escena 24, de cierre de la entrevista, en el paciente aparece un rasgo irónico el cual se combina con una referencia a FG y la represión+rasgos caracterológicos fracasados (alusión a la falta de encanto de las tareas que debe realizar). Ello parece indicar que, cuando Cátulo pretendía sobreponerse a sus tendencias catárticas apelando a la ironía, en el personaje sobre el cual dicha ironía recaía prevalecía una aspiración al embellecimiento, que quedaba decepcionada.

V. 3. Intervenciones del entrevistador

Es conveniente considerar ahora las intervenciones del entrevistador (introdutorias, centrales, complementarias), así como el carácter que tienen unas y otras. Este análisis nos permitirá dar un nuevo paso, consistente en el estudio de la intersubjetividad, es decir, de cómo el paciente ratifica o rectifica una orientación positiva o negativa del entrevistador y cómo este responde a dichas rectificaciones y ratificaciones del paciente. Entre las 24 escenas desplegadas en la entrevista, en 9 ocasiones el terapeuta realiza intervenciones introductorias, consistentes sobre todo en pedido de mayor información (A2). En la escena final realiza un cierre, una despedida (FU). En las 14 escenas restantes el entrevistador realiza intervenciones centrales. Entre ellas, 6 consisten en intervenciones tendientes a sintonizar afectivamente con el paciente, 1 constituye un refuerzo de la indicación de tratamiento y las 7 restantes, por fin, son intervenciones centrales tendientes a establecer nexos causales. Solo con este último tipo de intervención central podemos considerar que el terapeuta ha desarrollado una estrategia clínica completa (la cual incluye dos tipos de intervenciones centrales: las tendientes a sintonizar con el paciente y las tendientes a establecer nexos de analogía, causalidad, etc.), y por lo tanto estamos en mejores condiciones de evaluar su pertinencia clínica. En relación con el establecimiento de nexos, es posible advertir que el terapeuta desarrolla dos estrategias clínicas. La primera abarca desde las escenas 12 a la 16 y la segunda que incluye la 19 y la 22. En la primera estrategia clínica se advierte que el terapeuta establece dos tipos de nexos causales. Uno de ellos consiste en enfatizar el peso de la desconfianza del paciente y el otro consiste en aludir al enmascaramiento de la depresión mediante las relaciones con las novias. El primer nexo causal (centrado en la desconfianza) en realidad repite las propuestas del paciente y el segundo (centrado en el enmascaramiento de la depresión recurriendo al vínculo de pareja), en cambio, introduce una propuesta diferente, que el paciente tilda finalmente como obvia. La segunda estrategia clínica del terapeuta (escenas 19 y 22) consiste en centrarse en la angustia del paciente, que atribuye a dos fuentes: el no entenderse a sí mismo (escena 19) y la desconfianza (escena 22). La intervención centrada en la desconfianza coincide con la orientación clínica precedente, mientras que la intervención centrada en la primera fuente de la angustia (por no entenderse a sí mismo) parece dar más claramente en el blanco, y pone en evidencia un punto problemático central durante la entrevista misma. La escena nuclear desplegada en la sesión parece ser la de un paciente que no sabe

qué le pasa y un terapeuta que no encuentra la orientación clínica más pertinente o, dicho con las palabras del paciente, un terapeuta un poco perdido. En efecto, solo un 14,3 % de las intervenciones correspondientes a las estrategias clínicas completas del terapeuta resultaron pertinentes, y, además, luego de haber sido ratificado por el paciente en cuanto a la pertinencia de sus intervenciones, el terapeuta volvió a insistir en una dirección clínicamente no adecuada.

He aquí el análisis de las intervenciones del terapeuta. Solo consignamos la pulsión y la defensa dominantes.

Tabla: Intervenciones del Terapeuta, análisis intersubjetivo

Escena N°	Tipo de Intervención	Pulsión, defensa
1	Recabar información	A2 Acorde a fines
2	Sintonía con el paciente	O2 Acorde a fines
3	Recabar información	A2 Acorde a fines
4	Sintonía con el paciente	O2 Acorde a fines
5	Recabar información	A2 Acorde a fines
6	Indicación terapia	A2 Acorde a fines
7	Recabar información	A2 Acorde a fines
8	Sintonía con el paciente	O2 Acorde a fines
9	Recabar información	A2 Acorde a fines
10	Sintonía con el paciente	O2 Acorde a fines
11	Recabar información	A2 Acorde a fines
12	Establecimiento de nexos	A2 Acorde a fines
13	Establecimiento de nexos	A2 Acorde a fines
14	Establecimiento de nexos	A2 Acorde a fines
15	Establecimiento de nexos	A2 Acorde a fines
16	Establecimiento de nexos	A2 Acorde a fines
17	Recabar información	A2 Acorde a fines
18	Sintonía con el paciente	O2 Acorde a fines
19	Establecimiento de nexos	A2 Acorde a fines
20	Sintonía con el paciente	O2 Acorde a fines
21	Recabar información	A2 Acorde a fines
22	Establecimiento de nexos	A2 Acorde a fines
23	Recabar información	A2 Acorde a fines
24	Despedida	FG Acorde a fines

Las intervenciones centrales A2 (establecimiento de nexos) se focalizan en primer lugar en torno del conflicto con el padre y, como complemento, en el conflicto con los grupos. El terapeuta insiste a lo largo de los fragmentos 12-15 en la hipótesis referida a la desconfianza del paciente respecto de su padre y los conocidos, y el paciente acepta esta propuesta. La razón por la cual fragmentamos la secuencia de intervenciones del terapeuta es que en realidad este formula su propuesta en varios momentos sucesivos. En primer lugar (escena 12) le pregunta a Cátulo por qué le parece que odia al padre, en segundo lugar (escena 13) establece un primer nexo causal, centrado en la idea de que Cátulo odia al padre porque este lo abandonó, y que entonces el paciente quedó sumido en la depresión. Como el paciente responde que él no confiaba en el padre,

el terapeuta se orienta en esta dirección (escena 14): Cátulo odiaba al padre porque desconfiaba de él. En la escena 15 el terapeuta extiende esta hipótesis (referida a la desconfianza) para explicar la dificultad de Cátulo para hacer amistades. Pero como luego Cátulo se refiere a su propio estado de depresión al ser abandonado por las novias, el terapeuta (escena 16) establece otro nexo causal: las novias le permiten enmascarar la depresión. A ello el paciente termina respondiendo que le parece que esta hipótesis es muy obvia. Con este comentario de Cátulo culmina un ciclo de intervenciones centrales A2, en las que el terapeuta intenta establecer nexos causales entre problemas del paciente y algunos de los procesos psíquicos que parecen ser determinantes. Podemos decir que esta primera tentativa del terapeuta se centró sobre todo en dos hipótesis: la de la desconfianza y la del enmascaramiento de la depresión. El resultado fue solo parcialmente satisfactorio, porque si bien el paciente rectifica al terapeuta, en esas escenas predominan A2 y la defensa exitosa acorde a fines, predominio que se extiende hasta la escena 18 inclusive.

Poco más adelante (escenas 19 y 22) el terapeuta intenta establecer otros nexos, centrados en el origen de la angustia del paciente. Comienza (escena 19) aludiendo a que el no entender lo que le pasa vuelve todo más angustiante. Logra entonces que el paciente relate su angustia por seguir el destino de su bisabuelo. La intervención del entrevistador resulta pertinente, y se origina en el comentario del paciente, en el fragmento 18, referido (riendo) a que no sabía por qué había intentado suicidarse. Para el paciente este no saber los motivos de su tentativa suicida corresponde a A2 y la defensa fracasada acorde a fines subordinada a la represión exitosa, y la risa, a A2 y la represión+rasgos caracterológicos exitosos. Esta última defensa, expresada en el terreno paraverbal, es dominante, pero la otra, expresada en el terreno verbal, tiene también su importancia. Precisamente, el terapeuta pone el énfasis en este aspecto, y su intervención parece pertinente. Luego, en la escena 22, procura retomar la hipótesis de la desconfianza (temor del paciente a ser herido), pero Cátulo insiste en orientarlo hacia la angustia de ser tomado por loco y quedar encerrado como el bisabuelo, al que no entendían. De modo que el paciente rectifica la orientación clínica del terapeuta centrada en la desconfianza y enfatiza la importancia de la angustia por seguir el destino de su bisabuelo. Puede advertirse que, cuando el terapeuta se centra en establecer enlaces causales ligados con la angustia de Cátulo, en este se produce un cambio en la defensa, ya que en los actos del habla y los componentes paraverbales de dichas escenas 19 y 22 predominan LI y la desestimación exitosa del afecto.

Tal vez el hecho de acercarse al cierre de la hora sea otro factor que acentúa esta tendencia regresiva del paciente, quien considera que no tiene salida, salvo la suerte, que podría llevarlo a morir pronto (relato LVII) o a dormir pronto (relato LXXXVI y LXXXVII). Finalmente Cátulo logra recomponerse y apelar a A2 y la represión combinada con rasgos caracterológicos irónicos. Pero la última intervención, de despedida, del entrevistador (“La mejor de las suertes”) reintroduce el problema de la falta de salida, salvo que la suerte lo acompañe, para morir o para dormir pronto. En efecto, el paciente aludió en dos oportunidades a la suerte: cuando se refirió a sus dificultades para conciliar el sueño (XLIV) y cuando se refirió a su próxima muerte en la tentativa suicida (LVII). De modo que, cuando el entrevistador le desea que tenga suerte le desea que tenga alguno de estos dos destinos, los cuales no dependen del esfuerzo por saber

qué le pasa al paciente. Este parece ser el resultado de las tentativas del entrevistador de establecer nexos causales y las rectificaciones recibidas por parte del paciente.

VI. Discusión

En este sector procuraremos, en primer lugar, articular en un conjunto coherente los resultados de nuestros análisis precedentes respecto del paciente, y, en segundo lugar, estudiar la entrevista desde la perspectiva de la intersubjetividad.

VI. 1. Sobre las diferencias y las compatibilidades entre los resultados de los análisis

VI. 1. 1. Presentación

En este apartado discutiremos extensamente algunas de las diferencias detectadas al analizar el discurso del paciente e intentaremos establecer relaciones entre ellas. Básicamente examinaremos dos problemas: 1) las diferencias entre los resultados de los análisis de los relatos y los correspondientes a los estudios de las escenas desplegadas y la tentativa de compatibilizar los resultados correspondientes, y 2) las diferencias entre los resultados lógicamente dominantes en uno y otro nivel de análisis (relatos y desplegadas durante la entrevista) y su posible compatibilización. Aplicaremos un método para intentar compatibilizar las diferencias entre los resultados obtenidos en los análisis. Dicho método se basa en criterios internos, es decir en recurrir a las escenas relatadas en que se haya dado una combinación entre elementos afín con la que se presenta en la situación concreta de los resultados contradictorios que pretendemos armonizar.

Sinteticemos primero los resultados alcanzados en nuestros análisis e introduzcamos los interrogantes correspondientes. Se habrá advertido que los análisis de los relatos y los de las escenas desplegadas han puesto de manifiesto una contradicción entre resultados desde el punto de vista estadístico. En efecto, en el nivel de los relatos predominan determinadas pulsiones combinadas con defensas patógenas: LI y la desestimación del afecto, O2 y la desmentida y A2 y la represión o la represión+rasgos caracterológicos. En cambio, en el nivel de las escenas desplegadas predominan A2 y la represión o la represión+rasgos caracterológicos, O2 y A1 combinadas con la desmentida y FG combinada con la represión+rasgos caracterológicos. La constatación de este contraste entre los resultados nos conduce al planteo del primer interrogante, referido al valor de estas diferencias y las posibilidades de establecer algún tipo de articulación entre ellas.

Existe un segundo problema, que deriva de una observación más fina, centrada ya en las prevalencias lógicas. En el nivel del relato se da una diferencia entre las prevalencias estadísticas y las lógicas, ya que en este último nivel prevalece A2. En cambio, en el nivel de las escenas desplegadas, las prevalencias estadísticas y las lógicas coinciden en torno de A2. Pero, respecto de A2, que es la pulsión prevaleciente en ambos niveles de análisis desde el punto de vista lógico, advertimos que entre las escenas relatadas y las desplegadas en sesión se presenta una diferencia, referida al tipo de defensa. En efecto, mientras que en el nivel del relato prevalece una represión exitoso-fracasada, en el nivel de las escenas desplegadas predomina la represión+rasgos caracterológicos exitosos. Así que, en relación con el peso de A2, prevalente en ambos niveles de análisis, es necesario responder a estas preguntas: 1) qué implica la contradicción que detectamos entre los análisis estadísticos y las dominancias lógicas en el nivel del relato

y en el de las escenas desplegadas, y 2) qué implican las diferencias en cuanto a la represión exitoso-fracasada ligada a A2 en el nivel de los relatos en relación con el estado del paciente en el momento de la consulta y la represión+rasgos caracterológicos irónicos exitosos en el de las escenas desplegadas en la entrevista. Aspiramos a examinar los problemas con cierto detalle y a hallar formas de compatibilizar las diferencias entre los resultados alcanzados. Para lograr una armonía entre estos resultados preferimos recurrir menos a soluciones teóricas y más a los resultados prácticos, sobre todo en el análisis de esta misma muestra. Sobre todo esperamos encontrar algunas escenas que el paciente haya relatado o desplegado en que hayan aparecido combinaciones (entre varias pulsiones y varias defensas) similares a las existentes entre las diferencias detectadas en nuestros análisis.

VI. 1. 2. Sobre la defensa lógicamente dominante y su estado en cada nivel de análisis
Deseamos comenzar por examinar el problema de la compatibilización entre los resultados de nuestros análisis para avanzar en el estudio de la situación clínica del paciente en el momento presente. Ello implica seleccionar solo ciertas partes de la muestra (sobre todo las ligadas con A2) y poner además el énfasis en el problema de la defensa dominante. Comenzaremos por examinar los problemas referidos a A2, recién mencionados. Entre los dos interrogantes ya descritos, el referido a la diferencia entre la represión exitoso-fracasada en el nivel del relato y la represión+rasgos caracterológicos exitosos en el nivel de las escenas desplegadas resulta más sencillo de responder. En el momento de concurrir a la entrevista, el éxito de la represión en el nivel del relato deja al paciente en una posición disfórica respecto de su deseo de saber, y por lo tanto la defensa es exitoso-fracasada, mientras que el éxito de los rasgos irónicos de carácter lo deja en un estado eufórico. Es posible que esta segunda posición sea una respuesta eufórica a la versión disfórica de la posición que Cátulo tenía al concurrir a la entrevista.

Podemos concluir que la escena relatada en que el paciente se declara impotente para entender lo que le pasa se complementa con la escena irónica desplegada en el final de la hora. La segunda (escena irónica desplegada en la entrevista) constituye la respuesta patógena triunfalista del paciente ante su propia desesperanza.

El segundo problema (diferencias entre los resultados estadísticos y lógicos en el nivel del relato y en el de las escenas desplegadas) resulta más complejo, y a su vez requiere una subdivisión en dos sectores. En efecto, en el nivel de los relatos se da una combinación entre LI y la desestimación del afecto exitosa (predominante desde la perspectiva estadística) y A2 y la represión exitoso-fracasada del deseo de saber (predominante desde el punto de vista lógico).

En el nivel del relato, el fracaso de la defensa acorde a fines por el éxito de la represión, combinadas ambas defensas con A2, conduce hacia la escena en que el paciente con fuerte angustia se anticipa a sí mismo encerrado en una celda como su bisabuelo psicótico (LXXX). En tal caso, se da un cambio: A2 y la defensa acorde a fines fracasada por el éxito de la represión se combinan con LI y la desestimación fracasada del afecto. En la escena que despierta la angustia del paciente la desestimación del afecto ya no es exitosa sino fracasada.

En cambio, el éxito de la represión+rasgos caracterológicos combinados con A2 que detectamos en el terreno de las escenas desplegadas conduce a otro tipo de episodios, que es conveniente describir algo más. En efecto, las ironías del paciente pueden acompañar al fracaso de la tentativa de saber qué le pasa (A2 y defensa acorde a fines fracasada subordinada a la represión exitosa, con lo cual el estado final de la represión es exitoso-fracasado) o al fracaso de la tentativa de embellecimiento de su cotidianidad (FG y represión+rasgos caracterológicos fracasados). Si se trata de la primera alternativa (ironía a costa del fracaso de su esfuerzo por saber qué le pasa por el éxito de la represión), la escena se conecta con la ya descrita: una fuerte angustia por sufrir el destino del bisabuelo psicótico. Si se trata de la segunda alternativa (ironía por la falta de encanto de su cotidianidad), entonces la escena podría asemejarse a esa en la que se presentó “feliz y feliz” ante Claudia, a la que trató de convencer de que estaba tomando la medicación administrada por el psiquiatra, escena que culminó en un estallido de violencia. En esta escena, el “feliz y feliz” corresponde a la desestimación del afecto exitosa, acompañante de LI, y la ironía misma corresponde a A2 y la represión+rasgos caracterológicos exitosos.

Así, pues, en el nivel de las escenas desplegadas, hallamos fuertes coincidencias con los procesos psíquicos recién descritos en relación con las escenas relatadas. En efecto, casi hasta el final de la entrevista el paciente parecía encaminarse hacia una situación en que se combinaban LI y la desestimación exitosa del afecto (descargas catárticas) y A2 y la defensa acorde a fines fracasada por el éxito de la represión (no saber qué le pasa), lo cual conducía a la vivencia de estallido de la cabeza (LI y desestimación fracasada del afecto). Es decir, este final se asemejaba al que se dio en el nivel de las escenas relatadas con un enfoque estadístico. Sin embargo, al final de la entrevista Cátulo hace un esfuerzo por transformar la escena en otra, en que LI y la desestimación del afecto exitoso se combina con A2 y la represión+rasgos caracterológicos exitosos.

En el cierre de la sesión se dio pues ese tipo de ironía ligado con el fracaso del embellecimiento, y por lo tanto la escena se asemejaba a la del encuentro con Claudia que luego conduciría hacia los celos, la presunción de que ella era falsa y el posterior estallido de violencia.

Como se habrá observado, para dar coherencia a las diferencias existentes entre los resultados de nuestros análisis hemos recurrido a establecer conexiones entre estas y las combinaciones concretas entre varias pulsiones y defensas en las escenas que Cátulo relató o desplegó. Entonces la aparente incompatibilidad entre los resultados se puede resolver en una unidad significativa. De este modo podemos entender el momento actual de Cátulo al incluirlo en una escena similar a otras en que empezó mostrándose con un estado “feliz y feliz” y terminó con un estallido de violencia.

VI.1.3. Un diagnóstico complejo

Cabe destacar que el análisis que realizamos en el apartado previo toma más en cuenta los procesos psíquicos del paciente durante la entrevista, y no tanto su diagnóstico clínico. Para arribar a una conjetura diagnóstica, tomamos en cuenta el análisis de la totalidad de los relatos y de las escenas desplegadas en sesión, así como las intervenciones del entrevistador y las escenas construidas entre ambos durante la entrevista. Con ello intentamos,

al mismo tiempo, responder al primer interrogante formulado en VI.1.1, referido a la articulación de los resultados de nuestros estudios correspondientes a varios niveles de análisis, incluyendo no solo las dominancias lógicas sino también las estadísticas, contrastantes (en el nivel de los relatos) con las primeras.

Entonces en nuestro enfoque incluimos algunos rasgos permanentes del paciente, otros que se desarrollaron durante la entrevista y otros que fueron promovidos por el entrevistador. Respecto de los rasgos más permanentes, podemos conjeturar que en el paciente tienen hegemonía LI y la desestimación del afecto y O2 y A1 y la desmentida, y que ambos sistemas defensivos a su vez recurren a A2 y la defensa acorde a fines, a A2 y la represión o a A2 y la represión+rasgos caracterológicos como mecanismos complementarios. También tienen cierta importancia secundaria FU y FG y la represión+rasgos caracterológicos. Estos diferentes componentes (rasgos caracterológicos, desmentida y desestimación del afecto) se combinan para neutralizar el desarrollo de la desestimación de la realidad y la instancia paterna. En el momento en que predominaba el componente psicótico, se combinaban O1 y A1 y la desestimación de la realidad y la instancia paterna, que era exitosa para A1 (despliegue del afán de venganza) pero fracasada para O1 (quedar preso de las mentiras ajenas) y LI y la desestimación exitosa del afecto. La desestimación de la realidad y la instancia paterna era dominante en esos momentos. La amenaza de irrupción de esta defensa requirió cada vez más que el paciente apelase a la desestimación del afecto como el recurso extremo para frenar la emergencia de un estallido psicótico. Entonces, desde el punto de vista diagnóstico es posible distinguir entre dos alternativas correspondientes a los rasgos más estables del paciente: o bien prevalecen los componentes psicóticos, o bien predominan los componentes neuróticos, y los rasgos caracterológicos, la desmentida y la desestimación del afecto. Cuando predominan los primeros, el paciente puede llegar a tener estallidos de violencia o realizar una tentativa suicida. Cuando predominan los segundos, a su vez, se presentan cinco alternativas: no poder pensar o recordar, ser un “pesado”, tener una crisis de angustia, desatar amenazas contra el padre o un presunto novio de su ex pareja, o ponerse “divertido”. En cada una de estas alternativas, cambian las defensas y su combinación, como lo expondremos poco más adelante.

Durante la entrevista misma el paciente osciló entre momentos en que contribuía con los relatos a describir sus problemas a los cuales además procuraba entender (A2 y defensa exitosa acorde a fines), y otros momentos en que predominaban las defensas patógenas. Entre estos momentos en que prevalecía la defensa patógena, 1) en unos no lograba recordar y entenderse a sí mismo (A2 y represión exitosa combinada con A2 y la defensa acorde a fines fracasada y con LI y la desestimación exitosa del afecto), 2) en otros se ubicaba como un “pesado” (O2 y desmentida exitoso-fracasada, combinada con LI y la desestimación del afecto exitoso-fracasada y con FU, la represión+rasgos caracterológicos evitativos exitosos), 3) en otros tenía estallidos de angustia (O2 y desmentida fracasada combinada con LI y la desestimación del afecto fracasada y con FU y la represión+rasgos caracterológicos evitativos fracasados), 4) en otros tenía ataques de furia vengativa (A1 y la desmentida exitosa, LI y la desestimación exitosa del afecto y FG y la represión+rasgos caracterológicos histriónicos), y 5) en otros procuraba mostrarse divertido (O2 y desmentida exitosa combinada con LI y la desestimación del afecto exitosa, con FG y represión+rasgos histriónicos fracasados y con A2 y

represión+rasgos irónicos exitosos). Puede advertirse que en todos los momentos en que predominan las defensas patógenas están presentes LI y la desestimación del afecto (con diferentes estados), en casi todas las ocasiones acompañadas por O2 y la desmentida (con diferentes estados), y a veces por A1 y la desmentida.

Entre las múltiples preguntas que surgen a partir de este inventario de las diferentes combinaciones entre componentes en el fragmento patógeno no psicótico del paciente, una nos parece central, referido a las razones para la mudanza desde una de estas combinaciones entre componentes hasta otra. Solo pudimos estudiar con algún detalle la mudanza del final de la hora, cuando el paciente logró pasar de una combinación tipo 3 a otra tipo 5. También sostuvimos, de manera algo más tentativa, que el paciente podía pasar de una combinación de componentes tipo 5 a otra en que se sentía atrapado en las mentiras ajenas y con un afán de venganza incontenible, momento en el cual predominaban las defensas psicóticas. Precisamente, este pasaje lleva a inferir, a posteriori, que en el momento en que se presenta “divertido” el paciente está desplegando una escena de falsedad, como la que luego padece respecto de las mujeres que mienten.

Los problemas que condujeron a Cátulo a los tratamientos (la ingesta, la tentativa suicida seguida de la violencia, el abandono por parte de Claudia porque era un pesado) estuvieron más bien ligados con el debilitamiento de su sistema defensivo complejo y el creciente poder de la corriente psíquica psicótica. Pero apenas Cátulo entró en contacto con el equipo terapéutico emergió un sistema resistencial basado en A2 y la represión+rasgos caracterológicos exitosos, que se transformó en un problema insoslayable para el trabajo clínico. Este sistema defensivo caracterológico anticipaba los riesgos de otro estallido de violencia auto o heteroagresiva, como ocurrió en ocasiones precedentes.

Nuestro modo de encarar el interrogante sobre el diagnóstico del caso introduce la perspectiva de las múltiples corrientes psíquicas copresentes en el paciente y sus relaciones de conflicto, subordinación o complementariedad, y así intentamos exponerlo en el presente apartado. En esta perspectiva incluimos 1) una corriente psíquica no patógena, 2) una corriente psíquica psicótica y 3) un conjunto de corrientes psíquicas que van desde la neurosis y los rasgos caracterológicos hasta la organización psíquica narcisista no psicótica. El tercero de estos grupos de componentes parece el central. Pero además nuestro enfoque diagnóstico incluye la perspectiva de la intersubjetividad, es decir, el modo en que Cátulo despliega su organización psíquica en la entrevista y en que promueve en el interlocutor determinadas respuestas. Como decía Liberman, solo es posible concebir al paciente no en abstracto sino con su terapeuta. Con esta afirmación nos introducimos en el apartado siguiente.

VI. 2. La intersubjetividad y el atrapamiento clínico durante la sesión

En el análisis de la entrevista precedente también aplicamos el ADL a las intervenciones del entrevistador. Recurrimos también a una diferenciación de dichas intervenciones en tres tipos: introductorias, centrales y complementarias. Estudios precedentes (Maldavsky et al, 2007) nos han conducido a prestar atención a una secuencia entre intervenciones introductorias (por ejemplo, recabar información) e intervenciones centrales, las cuales suelen ser de dos tipos: las que tienden a alcanzar la sintonía con el

paciente y las que tienden a establecer enlaces causales, de equivalencia, etc. Suele darse una secuencia de intervenciones introductorias, intervenciones centrales tendientes a sintonizar con el paciente e intervenciones centrales tendientes a establecer un enlace causal. Esta secuencia suele constituir una estrategia clínica, que puede tener contradicciones internas (por ejemplo entre intervenciones introductorias e intervenciones centrales). Asimismo, pueden presentarse varias estrategias clínicas, en las cuales las diferencias pueden corresponder al modo de sintonizar con el paciente, al tipo de enlace causal establecido, etc. Pues bien, en nuestra investigación precedente estudiamos las diferentes estrategias clínicas del entrevistador y su pertinencia. Además, el final de la entrevista nos permitió investigar una escena desplegada en el contexto intersubjetivo. Así que ahora resumiremos los resultados de nuestros análisis precedentes y nos concentraremos en el enfoque de la entrevista desde la perspectiva de la intersubjetividad. Por fin realizaremos algunas observaciones generales respecto de esta perspectiva de análisis.

Como se recordará, el entrevistador tuvo sobre todo dos estrategias clínicas. Las diferencias entre ellas residieron en el carácter ampliamente mayoritario de una de ellas y en el tipo de enlace causal que estableció. Una de ellas corresponde a 6 de los 7 grupos de intervenciones clínicas. En este grupo el enlace causal que el entrevistador estableció se centró en destacar o bien la desconfianza del paciente o bien que la relación de pareja le permitía encubrir la depresión. La otra estrategia clínica, que correspondió a un solo grupo de intervenciones clínicas, se centró en el temor del paciente a enloquecer por no saber qué le pasaba. La primera estrategia clínica del entrevistador fue sobre todo cuestionada por el paciente, mientras que la segunda fue reafirmada por este, pese a lo cual el entrevistador volvió a insistir en una orientación no pertinente.

Hacia el final de la hora Cátulo tuvo un momento de angustia (pensando que la terapia no lo ayudaría) del cual logró sobreponerse. Entonces el entrevistador le deseó “la mejor de las suertes”. La escena desplegada por el entrevistador al despedirse puede combinarse con otras dos, en que el paciente también aludió a la suerte: para morir pronto y para conciliar el sueño y despertar en mejores condiciones. De modo que la frase de despedida del entrevistador puede ser entendida en uno u otro sentido y, en ambos casos, en la orientación de que las soluciones para el paciente habrían de provenir sobre todo de la alteración somática (dormir o morir pronto), y no tanto del trabajo terapéutico. Nos preguntamos si este tipo de despedida no constituye el despliegue de una escena en que el entrevistador ocupa la posición de un personaje que le transmite al paciente la opinión de que no es posible ayudarlo mediante un tratamiento psicoterapéutico, es decir, un entrevistador que finalmente desahucia al paciente. En tal caso, el terapeuta aparece como un personaje que acuerda con el fragmento del paciente que considera que el esfuerzo por tratar de saber qué le pasa resultará fracasado. En tal caso, el terapeuta se ubica en la posición de un personaje que, tras la apariencia de una despedida amable (FU y defensa exitosa acorde a fines), anticipa el fracaso de un esfuerzo, y por consiguiente la desesperanza (A2 y defensa acorde a fines fracasada).

En otras oportunidades investigamos algunas situaciones en que un entrevistador o terapeuta sufre un atrapamiento clínico, es decir, ocupa inadvertidamente la posición de un personaje traumatizante para el paciente, tal como ocurre en esta ocasión. También

llegamos a sistematizar los tipos de atrapamiento clínico posible, los cuales se distinguen por las combinaciones entre pulsiones y defensas dominantes en uno y otro de los participantes en el vínculo. A veces paciente y terapeuta coinciden en la pulsión y difieren en la defensa, a veces, a la inversa, coinciden en la defensa y difieren en la pulsión, a veces coinciden en pulsión y defensa y a veces, por fin, difieren en cuanto a la pulsión y la defensa.

En esta entrevista el atrapamiento clínico también puede ser estudiado desde esta perspectiva. En efecto, en el final de la hora en el paciente predominan A2 y la represión+rasgos caracterológicos (exitosos), mientras que en el terapeuta prevalecen A2 y la defensa acorde a fines fracasada. Es decir, paciente y terapeuta coinciden en la pulsión y difieren en la defensa.

Pero además observamos que se despliega en un contexto intersubjetivo la escena que consideramos nuclear en el paciente, es decir, la escena en que un fragmento psíquico padece porque no logra saber qué le pasa (A2 y la defensa acorde a fines fracasada por el éxito de la represión) y otro fragmento se coloca en una posición irónica ante el primero (A2 y la represión+rasgos caracterológicos exitosos).

Como se recordará, poco antes expusimos que esta posición irónica del paciente integra un conjunto más amplio, en el cual se incluyen defensas como la desmentida exitosa o la desestimación del afecto exitosa. Pues bien, el vínculo con el terapeuta parece haber afianzado esta posición en el paciente, que puede anticipar otro momento de estallido de violencia.

VII. Conclusiones

Uno de los intereses de este caso consiste en que contamos con una muestra muy rica que permite investigar los procesos psíquicos de pacientes que presentan problemas de violencia, combinados con antecedentes de adicción grave al alcohol y las drogas y con una tentativa suicida igualmente severa.

En los estallidos de violencia predominaron dos defensas: la desestimación de la realidad y la instancia paterna y la desestimación del afecto. Esta última tenía un carácter exitoso, sobre todo en el momento de la descarga de violencia, aunque luego culminaba con un estado de desvitalización, correspondiente a un estado exitoso-fracasado de esta misma defensa. Pero resulta más importante lo que ocurre con la desestimación de la realidad y la instancia paterna. En efecto, esta defensa se puede combinar con diferentes pulsiones. En este caso, se combina con la pulsión sádico anal primaria y con la pulsión oral primaria. En el momento del estallido de violencia, la desestimación de la realidad y la instancia paterna combinada con la pulsión sádico anal primaria se presenta como exitosa, como ejecución de una venganza. En cambio, la misma defensa combinada con la pulsión oral primaria resulta fracasada, ya que el paciente se sentía atrapado en las falsedades ajenas. Como defensa complementaria, tiene gran importancia el hecho de que en ninguno de los dos episodios de violencia el paciente haya podido emprender la fuga, como expresión de las tendencias caracterológicas evitativas. Junto con todo ello ha fracasado la capacidad del paciente de recurrir a defensas exitosas acorde a fines que le permitieran mantener la racionalidad y el contacto con la

realidad. Este es, pues, el panorama de las corrientes psíquicas operantes en el momento de los estallidos de violencia: 1) desestimación de la realidad y la instancia paterna exitosa (combinada con la pulsión sádico anal primaria), 2) desestimación de la realidad y la instancia paterna fracasada (combinada con la pulsión oral primaria), 3) desestimación del afecto exitosa y luego exitoso-fracasada, 4) rasgos caracterológicos evitativos fracasados, 5) defensa fracasada acorde a fines conectada con la racionalidad y el contacto con la realidad combinada con una represión exitosa.

La consulta que dio origen a este tratamiento derivó de la angustia del paciente ante el riesgo de que se repitiera ese tipo de estallido. De hecho, poco después de realizadas unas consultas psiquiátricas iniciales, y antes de comenzar la psicoterapia, en el paciente volvió a ocurrir dicho desenlace, en que la corriente psicótica prevaleció en el conjunto. De todos modos, la solicitud de este tercer tratamiento revela que el paciente tenía un cierto desarrollo de una angustia anticipatoria acorde a fines, que sin embargo no resultó suficiente.

Sin embargo, el estado del paciente antes de concurrir a la presente entrevista difería de los motivos que lo condujeron a las diferentes terapias. La entrevista que estudiamos fue precedida por una tentativa de reconquistar a Claudia, la ex pareja que lo había abandonado por pesado y por una primera sesión de psicoterapia. En la tentativa de reconquista de la ex pareja (luego de haber recibido una medicación por parte del psiquiatra del equipo tratante), el paciente simuló estar feliz, pero luego supuso que Claudia ya estaba en pareja con otro hombre y tuvo un nuevo estallido de violencia. En cuanto a la sesión que precedió a esta entrevista, incrementó el poder de la corriente psíquica psicótica, ya que se le removieron pensamientos que le costaba tolerar. Por ello, Cátulo concurre a la presente entrevista con el supuesto de que era imposible que una psicoterapia lo ayudara a encarar sus problemas y que más bien contribuiría a empeorarlos.

La presente entrevista se desarrolló en este clima de desesperanza en que Cátulo supuso que no podría recibir ayuda alguna. Ante esta realidad el paciente desarrolló dos escenas en que se combinaban actos verbales del habla y componentes paraverbales, que a su vez eran de dos tipos, la risa y el llanto. El llanto se combinaba sobre todo con actos del habla en que aludía a su desesperanza en cuanto a ser ayudado por su psicoterapeuta, quien proponía soluciones inútiles. Por lo tanto se combinaba una actitud hipercrítica, la imposibilidad de saber qué le pasaba y la catarsis (llanto), que era lo dominante. En cuanto a la risa, aparecía en relación con dos tipos de actos del habla: aquellos en que aludía a su no saber y aquellos en que aludía a su imposibilidad de embellecer su realidad actual. La primera combinación entre actos verbales del habla y componentes paraverbales (risa) corresponden al éxito de la represión y el consiguiente fracaso de la defensa acorde a fines en la tentativa de pensar su realidad y superar los problemas que lo aquejan gracias a la psicoterapia (en el nivel verbal) y el rasgo irónico triunfalista (en el nivel paraverbal), que resulta el dominante. El segundo tipo de combinación entre actos verbales del habla y componentes paraverbales (risa) corresponden al fracaso de la defensa caracterológica tendiente a embellecer su realidad y el rasgo irónico triunfalista (en el nivel paraverbal). Dos de estas combinaciones entre componentes paraverbales (risa y llanto) y actos verbales del habla involucran al fracaso de la tentativa acorde a fines de dominar racionalmente su realidad al comprenderla. Si

bien por momentos el paciente pretendía ubicarse en una posición triunfalista ante esta imposibilidad de saber qué le pasaba y en recibir ayuda de la psicoterapia, sobre todo importa su estado de creciente angustia y descontrol ante el riesgo de seguir el destino de su bisabuelo psicótico. Hasta casi el final de la hora predominó la combinación entre llanto y referencias al fracaso del esfuerzo por saber qué le pasaba y a la falta de utilidad de la psicoterapia. Pero al final de la hora hubo un cambio súbito, y pasó a prevalecer el refugio en la ironía triunfalista a costa de su imposibilidad de embellecer la realidad. Esta otra alternativa es equivalente a la combinación entre risa y fracaso de la tentativa de embellecimiento. Esta escena puede asemejarse a la que desarrolló el paciente con Claudia al intentar reconquistarla, y fue luego seguida por el último estallido de violencia.

Una combinación de un grupo restringido de relatos y de escenas desplegadas permite investigar las similitudes y diferencias entre el modo en que el paciente llegó a la entrevista y lo que ocurrió en ella. En efecto, nos fue posible advertir que, aunque concurrió a la entrevista sufriendo la imposibilidad de saber qué le pasaba (represión exitosa y defensas acorde a fines fracasadas), luego desarrolló una ironía triunfalista resistencial (defensas caracterológicas exitosas). La relación entre estos dos componentes se asemejaba a la relación entre la imposibilidad de saber qué le pasaba (actos verbales del habla) y la risa (componentes paraverbales) que se daba en el nivel mismo de las escenas desplegadas durante la entrevista.

A su vez, el terapeuta desarrolló estrategias clínicas parcialmente exitosas. Solo un 14,3 % de sus intervenciones centrales en dichas estrategias resultó pertinente, con lo cual pudo contribuir a incrementar el supuesto desesperanzado del paciente respecto de su posibilidad de ser ayudado por una psicoterapia para encarar sus problemas.

En cuanto a la perspectiva de la intersubjetividad, nos fue posible establecer que hacia el final de la hora el entrevistador ocupó inadvertidamente para el paciente el lugar de un personaje que lo desahucia en cuanto a la posibilidad de ser ayudado por una psicoterapia, por lo cual se da un intercambio entre dos personajes, en uno de los cuales (el entrevistador) predominan defensas funcionales fracasadas, mientras que en el otro (el paciente) prevalece la ironía como rasgo caracterológico. Es decir, se despliega en el vínculo entre ambos una escena que también había desplegado en la entrevista en el paciente mismo, sea en la conexión entre los problemas que traía a la entrevista y la actitud que desarrolló en ella, sea en la conexión entre componentes paraverbales y actos verbales del habla.

Es hora de encarar el problema del diagnóstico. Dejamos este problema para un momento avanzado de nuestra exposición ya que nos atuvimos a la propuesta de Liberman, quien afirmaba que solo era posible pensar en el paciente en su relación con su entrevistador o terapeuta. Por lo tanto, el diagnóstico del paciente (con su terapeuta) exige considerar el análisis de la totalidad de los relatos y de las escenas desplegadas, así como la totalidad de las intervenciones del terapeuta y las escenas construidas entre ambos. Igualmente, requiere poner en evidencia la organización psíquica del paciente y sus cambios, así como los efectos de las intervenciones del entrevistador o terapeuta. Si tomamos en cuenta esta perspectiva podemos distinguir entre algunos rasgos que parecen pertenecer al paciente, otros desarrollados con el entrevistador y otros reforzados

por el vínculo entre ambos. En cuanto a los rasgos que parecen pertenecer al paciente hemos diferenciado tres sectores, cada uno de ellos basado en diferentes mecanismos: 1) defensas acorde a fines y en menor grado creatividad, 2) represión o represión+rasgos caracterológicos, desmentida y desestimación del afecto, 3) desestimación de la realidad y la instancia paterna. En los momentos de equilibrio psíquico se combinaban los dos primeros grupos de defensas, con la prevalencia del segundo de ellos. En esos momentos quedaban neutralizados los riesgos de que en la vida psíquica del paciente predominara la corriente psíquica psicótica. Pero cuando prevalecían los estallidos de violencia, la conducta suicida o un consumo incontrolable de alcohol y drogas, entonces en los procesos psíquicos de Cátulo dominaban los mecanismos psicóticos. En la corriente psíquica psicótica de Cátulo es posible, a su vez, deslindar dos componentes. Uno de ellos está centrado en los sentimientos incontrolables de injusticia, como ocurre en los pacientes paranoicos, y el otro se organiza en torno de la falta de confianza básica en la palabra de la persona de la cual se depende, y que es tomada como falsa, tal como ocurre en los pacientes esquizofrénicos. Entre ambos, el más evidente es el primero, pero el segundo nos pareció decisivo para el desencadenamiento de los estallidos descontrolados. A su vez, cuando estos componentes psicóticos quedaban neutralizados, se daba una combinación entre los restantes sectores de su organización psíquica en la cual predominaba la desmentida combinada con la desestimación del afecto, con el acompañamiento de la represión o de la represión+rasgos caracterológicos.

Durante la entrevista misma los componentes psicóticos del paciente quedaron neutralizados, y el paciente osciló entre intentar colaborar con el trabajo del entrevistador (relatos, intentos de pensar sus problemas), evidenciar el fracaso de esta tentativa (represión exitoso-fracasada combinada con desestimación del afecto exitosa), ubicarse como un “pesado” (desmentida exitoso-fracasada combinada con la desestimación del afecto exitoso-fracasada y con la represión+rasgos caracterológicos evitativos exitosos), sufrir un estallido de angustia (desmentida fracasada combinada con la desestimación del afecto fracasada y con la represión+rasgos caracterológicos evitativos fracasados) tener un ataque de furia (desmentida exitosa combinada con la desestimación del afecto exitosa y con la represión+rasgos caracterológicos histriónicos) y mostrarse divertido (desmentida exitosa combinada con la desestimación del afecto exitosa, con la represión+rasgos histriónicos fracasados y con la represión+rasgos irónicos exitosos).

En cuanto al vínculo con el entrevistador, terminó fortaleciendo en el paciente la tendencia irónica a costa de la imposibilidad de saber qué le estaba pasando, y desde esta perspectiva la entrevista promovió un incremento de sus defensas patógenas exitosas, con lo cual era posible anticipar otro momento de desorganización yoica.

Cabe agregar, finalmente, que en esta oportunidad hemos agregado una novedad metodológico-procedimental, que corresponde al criterio para tratar de articular resultados que parecen contradictorios, sea en el mismo nivel de análisis (escenas desplegadas, por ejemplo), sea entre niveles de análisis (escenas relatadas y escenas desplegadas, por ejemplo). Dicho criterio consiste en intentar articular los resultados contradictorios recurriendo al estudio de algunas escenas relatadas o desplegadas que contengan ensamblados componentes equivalentes de los que intentamos armonizar. Este criterio

permite evitar recurrir a argumentos más bien conceptuales para conciliar resultados contradictorios, y al mismo tiempo puede enriquecer de manera inesperada la discusión de los resultados alcanzados.

Bibliografía

Freud, S. (1918b), “De la historia de una neurosis infantil”. En: *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, vol. 17.

Freud, S. (1927e), “Fetichismo”. En: *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, vol. 21.

Freud, S. (1940e), “La escisión del yo en el proceso defensivo”. En: *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, vol. 23.

Mc Dougall, Joyce (1989), *Teatros del cuerpo*, Madrid, Yebenes, 1989.

Maldavsky, D. (1992), *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.

Maldavsky, D. (1995), *Linajes abúlicos*, Buenos Aires, Paidós, 1996.

Maldavsky, D. (2000), “Sobre los instrumentos de investigación de los mecanismos de defensa: validez y confiabilidad. Aportes al desarrollo de una metodología psicoanalítica”. En: *Acta Psiquiátrica*, 46(3):221-34.

Maldavsky, D. (2003), *La investigación psicoanalítica del lenguaje: algoritmo David Liberman*, Buenos Aires, Editorial Lugar.

Maldavsky, D. (2005), “Un diccionario computarizado para la investigación del discurso desde la perspectiva psicoanalítica”. En: *Revista del Instituto de Investigaciones*, Vol. 10, N° 1.

Maldavsky, D. (2008a), “El enfoque clínico freudiano, la investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL) y el empleo de la estadística: un ensayo preliminar”. En: *Depsicoterapia*, en prensa.

Maldavsky, D. (2008b), “Un estudio de validez convergente de los resultados de la investigación con el ADL y de su reelaboración estadística”. En: *Depsicoterapia*, en prensa.

Maldavsky, D. et al. (2002), “Análisis computacional del discurso periodístico con un enfoque psicoanalítico. Contribuciones a la psicología política”. En: *Revista del Instituto de Investigaciones*, UBA, Año 7, N° 3.

Maldavsky, D. et al. (2006a), “Nuevos avances en el estudio de la subjetividad del analista durante la sesión con el algoritmo David Liberman (ADL). Sobre la contratransferencia, la

complementariedad estilística y los árboles de decisiones clínicas”. En: *Revista del instituto de Investigaciones*, UBA, Año 12, N° 1, 57-91.

Maldavsky, D. *et al.* (2006b), “Una investigación sistemática de la subjetividad del mismo terapeuta en las tres primeras sesiones aplicando el ADL”. En: *Revista del Instituto de Investigaciones*, UBA, Año 11, N° 1, 85-110.

Maldavsky, D. *et al.* (2007a), *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*, Buenos Aires, Editorial Lugar, 2007.

Maldavsky, D. *et al.* (2007b), “Un caso de afasia estudiado con el algoritmo David Liberman (ADL)”. En: *Acta Psiquiátrica*, pp. 96-110.

Maldavsky, D. *et al.* (2008a), “El caso Z (Donnet y Green) revisado. Investigación sistemática de las erogeneidades y las defensas en el contexto intersubjetivo con el algoritmo David Liberman (ADL), Clínica e Investigación relacional”. En: *Revista electrónica de Psicoterapia*, Vol. (1), 1, pp. 192-224.

Maldavsky, D. *et al.* (2008b), “Un análisis de tres niveles (estructura psíquica, intrasesión, intersubjetividad) de una primera sesión de 15 años atrás (Ms. Smithfield) usando el algoritmo David Liberman (ADL)”. En: *Revista del Instituto de Investigaciones*, UBA, Vol. (13), pp. 79-116.

Fecha de recepción: 16/03/09
Fecha de aceptación: 30/04/09