



SOBRE LAS INVESTIGACIONES DE CASO ÚNICO Y LAS COMBINACIONES ENTRE ELLAS, CON ESPECIAL REFERENCIA A LA PERSPECTIVA DE LA INTERSUBJETIVIDAD. ESTUDIOS SISTEMÁTICOS CON EL ALGORITMO DAVID LIBERMAN (ADL)

David Maldavsky
Buenos Aires, Argentina

En este trabajo pretendo describir algunos problemas metodológicos (y las soluciones halladas) ligados con la investigación clínica sistemática de caso único y la posibilidad de reunir varios estudios singulares de casos, en particular cuando se adopta la perspectiva de la intersubjetividad. La primera parte está dedicada a examinar los criterios de Freud para el agrupamiento de casos únicos. En una segunda parte me refiero a las estrategias de análisis en la investigación sistemática de caso único y luego expongo generalidades sobre el método que vengo usando y refinando desde hace más de 10 años, el algoritmo David Liberman (ADL). En la tercera parte presento la síntesis de dos investigaciones. Una de ellas consiste en la comparación entre dos investigaciones: un estudio de caso único y un análisis de los relatos de 10 sujetos ante las láminas del TAT, todos ellos afectados de soriasis. La segunda investigación compara los resultados de los estudios sistemáticos de la primera entrevista con 8 pacientes afásicos. En la cuarta parte del trabajo me centro primero en la discusión de los problemas metodológicos de caso único cuando se parte de la perspectiva de la intersubjetividad. Sintetizo luego otras cuatro investigaciones. La primera consiste en el estudio de la primera sesión de 10 pacientes con sus respectivos terapeutas, y se centra en las diferencias entre los resultados cuando se enfoca o bien el vínculo extratransferencial del paciente, o bien sus actos en sesión, o bien la intersubjetividad. La segunda investigación consiste en el estudio y la sistematización de los atrapamientos clínicos en que participan paciente y terapeuta en la sesión, junto con el enfoque de la contratransferencia. La tercera estudia la complementariedad estilística entre paciente y terapeuta. La cuarta focaliza un momento de la primera sesión, cuando el terapeuta intenta alcanzar una sintonía con el paciente. En la quinta parte del trabajo estudio la intersubjetividad en contextos más amplios. Sintetizo primero una investigación sobre una sesión de terapia de pareja y por fin, de un modo más breve, resumo otras 5 investigaciones que focalizan vínculos fuera del contexto clínico.

Palabras clave: Intersubjetividad, Lenguaje, ADL, Investigación de caso único

In this paper the author intends to describe a strategy and a method for the systematic clinical single-case research and the possibility of joining some of them from the intersubjective perspective. The first part is devoted to examine Freud's criterion for the joining of unique cases. In a second part the author refers to the analysis's strategies in the systematic research of a single-case and then he describes generalities about the method he has been using and refining from more than 10 years, the David Liberman algorithm (DLA). In the third part the author presents the synthesis of two researches. One of them consisted in the comparison of two researches: a study of a single-case and an analysis of the narrations of 10 patients to the images of the Phillipson test, all of them with a psoriasis diagnostic. The second research compares the outcomes of the systematic researches of the first interview with 8 aphasic patients. In the fourth part he focus first in the discussion of the methodological problems of single-case from the intersubjective perspective. Then he summarizes other four researches. The first one is about the study of the first session of 10 patients with their corresponding therapist. It is centered on the comparison among the outcomes of the studies having three different focus: the patient's extra-transference link, his enacted episodes in session and the intersubjectivity. The second research consists of the study and the systematization of the clinical traps in which patient and therapist participate in session, and in the counter-transference. The third one studies the stylistic complementarity between patient and therapist. The fourth one emphasizes a moment of the first session, when the therapist intends to reach an attune with the patient. In the fifth part of the paper the author studies the intersubjectivity in more extensive contexts. The author first summarizes a research on a couple's session and finally, he summarizes other five researches which emphasize links out of the clinical context.

Key Words: Intersubjectivity, Language, ADL, Single Case Research

English Title: On Single Case Research and combinations between them, with special reference to Intersubjective Perspective. Sistematic Studies with David Liberman Algorithm.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Maldavsky, D. (2008). Sobre las investigaciones de caso único y las combinaciones entre ellas, con especial referencia a la perspectiva de la intersubjetividad. Estudios sistemáticos con el Algoritmo David Liberman (ADL). *Clinica e Investigación Relacional*, 2 (1): 185-XX.

[ISSN 1988-2939]

[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen21Mayo2008/tabid/355/language/es-ES/Default.aspx>]

I. Sobre la estrategia freudiana de investigación clínica

I.1. Introducción

La afirmación de que los estudios clínicos psicoanalíticos se dan “caso por caso” no impide que estos puedan ser reunidos según diferentes criterios. La reunión de varios pacientes (o de fragmentos discursivos de un mismo paciente) por un rasgo en común forma parte de la tradición de la investigación en psicoanálisis. A veces la reunión de casos es un trabajo colectivo, realizado en el curso de un extenso período. Primero un autor presenta un paciente con determinado rasgo, luego otro describe un segundo caso, estudiado con mayor precisión y detalle que el primero, un tercer autor compara a ambos y extrae conclusiones más refinadas, un cuarto agrega dos nuevos casos, con algunos componentes diferentes, etc. Widlocher (2001) comparó esta actividad de investigación clínica con la cartografía: un viajero realiza un primer mapa de una región, otro lo mejora, agrega detalles, etc. En estas ocasiones, la creación de una muestra, como se la suele denominar en la actualidad, es acorde con ciertos interrogantes y ciertos objetivos que la investigación pretende alcanzar. En otras ocasiones, un estudio de caso único no rectifica ni agrega aporte alguno a los estudios precedentes, sino que más bien coincide con ellos. Metodológicamente, este otro tipo de estudio puede considerarse como un equivalente de las investigaciones que replican alguna otra, claro que en un contexto no sistemático, como es inherente a los trabajos clínicos.

De modo que la muy rica actividad de investigación clínica en psicoanálisis puede encuadrarse o bien en la tendencia, descrita por Widlocher, a volver cada vez más preciso el análisis de algún problema, o bien a la tendencia a la replicación. Estas dos grandes tendencias a veces quedan oscurecidas por el empleo de términos idiosincráticos por parte de los autores, orientados por el empuje del narcisismo de las pequeñas diferencias, pese a lo cual es posible detectar los rasgos afines concretos expuestos en los trabajos.

Tal comentario sirve de introducción a este apartado sobre las prácticas freudianas de agrupamiento de casos y las estrategias de análisis. Advertimos que Freud reúne materiales heterogéneos; 1) de uno y otro sexo, 2) adultos y niños, 3) descripciones clínicas y textos literarios, 4) fragmentos clínicos y testimonios escritos, 5) varias escenas relatadas, o algunas escenas relatadas y otras que el paciente despliega en sesión. En cuanto al criterio de agrupamiento, en todas las ocasiones este consiste en un rasgo en común. Con estos agrupamientos a veces Freud intentaba encarar interrogantes psicopatológicos, en otras ocasiones pretendía estudiar procesos psíquicos y en otras ocasiones la singularidad de un caso. En cuanto a sus estrategias de investigación, Freud se proponía detectar lo común a los casos así como la singularidad de cada uno.

I.2. Psicopatología

A veces el rasgo que unifica a los casos es una organización psicopatológica, como lo advertimos en relación con la investigación de las paranoias. Freud comparó Schreber (Freud, 1911c) con una paciente con un delirio (Freud, 1915f). Esta comparación tenía el

valor de una aparente autorrefutación. Como Freud había establecido que la paranoia derivaba de una defensa ante la homosexualidad, presentó el caso de un delirio femenino que aparentemente no armonizaba con su teoría. El análisis más fino del caso le permitió acceder a las mismas conclusiones que alcanzó en el análisis de Schreber. Además, al estudiar el caso de paranoia contrario a la teoría psicoanalítica Freud (1915f) hizo alusión a que había generalizado su investigación de la paranoia recurriendo a las opiniones y la experiencia clínica de colegas: “Lo que yo y mis amigos habíamos podido observar y analizar confirmaba hasta entonces sin dificultad el vínculo de la paranoia con la homosexualidad” (pág .265).

Ya mencioné que Freud recurrió a la comparación entre casos de paranoia para autorrefutarse. Si bien el autocuestionamiento en el estudio del caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica es más bien aparente, en el mismo sentido otra tentativa de autorrefutación, esta vez exitosa, se presenta en su análisis del fetichismo (Freud, 1927e). En esta oportunidad Freud intentó cuestionar una fórmula, que distingue a las neurosis de las psicosis. Freud (1924 b) había sostenido que mientras que el neurótico tiene un conflicto con deseos a los que rechaza, el psicótico se opone a la realidad. En el trabajo sobre fetichismo, en cambio, sostuvo que un paciente fetichista se oponía a la realidad (de la castración), pero no por ello estaba psicótico, ni tampoco era un neurótico. Aunque en esta oportunidad no realizó comparaciones explícitas entre casos, sino entre un caso y una fórmula, está implícito el contraste clínico, que retomó más claramente cuando comparó una alucinación psicótica con el fetichismo como defensas ante la castración (Freud, 1940 [1938]). Ambos ejemplos constituyen tentativas de autorrefutación de una fórmula (la paranoia deriva de una defensa ante el deseo homosexual, la psicosis deriva de una defensa ante la realidad), que en un caso es finalmente rechazada y en el otro conduce a refinar la propuesta.

Con esta descripción no pretendo sostener que Freud estaba en lo cierto en su teoría. De hecho, poco más arriba mencioné dos hipótesis contrapuestas respecto a la paranoia: deriva de una defensa contra el deseo homosexual o deriva de una defensa contra la realidad. Freud sostuvo la primera en 1911c, y la segunda en 1924b y otros textos; y parecería que esta última (la paranoia como defensa ante la realidad) subsume a la otra (la paranoia como defensa ante el deseo homosexual), que está subordinada a la primera: una defensa ante el deseo hace de complemento de una defensa central, contra la realidad. Como decía, no pretendo con esto exponer que Freud siempre acertaba en cuanto a la fórmula conceptual, sino que me interesa destacar su modo de agrupar materiales clínicos. Respecto del contraste para refutar una fórmula, cabe agregar que Freud (1927e) era reacio al formuleo: “el esclarecimiento del fetiche tiene aún otro interés teórico. Hace poco, por un camino puramente especulativo, di con el enunciado de que la diferencia esencial entre neurosis y psicosis reside en que en la primera el yo sofoca, al servicio de la realidad, un fragmento del ello, mientras que en la psicosis se deja arrastrar por el ello a desasirse de un fragmento de la realidad, y aún he vuelto otra vez sobre el mismo tema. Pero pronto tuve ocasión de lamentar mi osadía de avanzar tanto” (pág.150). Tal vez ello derive de que las fórmulas encorsetan las posibilidades de estudiar la singularidad de una dinámica psíquica compleja.

También en el estudio de las zoofobias en la infancia el rasgo en común corresponde al terreno psicopatológico. En la comparación sobre las zoofobias se advierte el esfuerzo de Freud por conciliar la investigación de un rasgo en común con el estudio de caso único, ya que tanto Hans como el Hombre de los lobos habían sido objeto de cuidadosos análisis por el creador del psicoanálisis (Freud, 1909b, 1918b). En esta oportunidad Freud comparó un

caso adulto con el de un niño, ambos con una zoofobia infantil. En el primer caso la zoofobia fue investigada recurriendo a una construcción, y en el segundo, por el análisis del material actual.

Otra reunión esclarecedora de casos, con un objetivo ligado al contraste psicopatológico, aparece en “Lo inconsciente”. Primero Freud (1915e) describe algunos rasgos fenoménicos del discurso del esquizofrénico, pero por ese camino no logra un avance sustantivo en su investigación. Entonces, para investigar las “diferencias finas” (pág. 196) entre las formaciones del preconciente en la esquizofrenia y otras patologías, elige este criterio: cómo en los pacientes esquizofrénicos, obsesivos e histéricos se manifiesta una misma fantasía inconsciente, referida a la castración. En esta oportunidad, a Freud le interesaba descubrir las diferencias entre las manifestaciones en varias estructuras psicopatológicas, y para ello tomó un elemento común (la castración) a ellas y el modo diverso en que cada una lo expresaba. En esta ocasión el criterio de reunión entre casos consistió pues en la fantasía universal de castración. También en este texto Freud investiga un problema psicopatológico, pero no se centra en la dinámica de una organización clínica sino en las diferencias entre ellas, del mismo modo en que lo hizo al comparar fetichismo y psicosis.

I.3. Procesos psíquicos

En otras ocasiones el elemento en común que lleva al agrupamiento consiste en una fantasía no universal sino solo general (es decir, que abarca a un grupo más restringido de casos): una alucinación, una trasgresión, un rasgo de carácter, una escena. Entonces el interés de Freud es no tanto hallar lo común en pacientes con una misma estructura clínica, o la diversidad entre estructuras a partir de un componente en común, sino más bien investigar ciertos aspectos de los procesos psíquicos en la infancia o la adultez.

El estudio de las alucinaciones infantiles de dos sujetos (el Hombre de los lobos y un informante innominado) revela esta otra estrategia de análisis, no centrada en la psicopatología (Freud, 1914a). En efecto, la alucinación del informante innominado posee una secuencia de momentos (primero alucinación al servicio de la desestimación ante la castración, luego, reconocimiento de la castración y por fin retorno de lo desestimado en el seno de la alucinación misma) y permite aclarar el fracaso de la defensa ocurrido en el Hombre de los lobos, que culminó en la alucinación que este recordó. Por ello Freud pudo afirmar que la alucinación del Hombre de los lobos correspondió al momento de retorno de lo desestimado. En esta comparación, uno de los casos (Hombre de los lobos) ocupa la posición central y el otro (informante anónimo) una complementaria, que contribuye a esclarecer el primero.

Otro criterio de reunión de casos consiste en la coincidencia en cuanto a la fantasía “pegan a un niño” (Freud, 1919e). Se trata de una fantasía no universal (como la de castración) sino general. Al estudiar los casos Freud establece rasgos dentro de un espectro, de la misma manera que en el estudio sobre la zoofobia infantil. Respecto de los pacientes que componen la muestra de “Pegan a un niño”, algunos son mujeres y otros varones. Freud destaca además que la fantasía masoquista inconsciente puede conducir a otros desenlaces (delirios, rasgos de carácter, perversión), además de la frase sádica en estudio.

La reunión de una escena infantil de una niña y otra reconstruida en una adulta también se advierte en “Dos mentiras infantiles” (Freud, 1913g). La reunión tiene por

objetivo mostrar que ciertas “trasgresiones” infantiles se relacionan con conflictos psíquicos y pueden indicar “predisposiciones a posteriores destinos o futuras neurosis” (pág. 327). En este caso, a Freud le interesó sobre todo lo común a ambos casos.

En otras ocasiones Freud reúne varios casos como ejemplos de lo que desea expresar, e incluso los combina con textos literarios. Así ocurre en “Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico” (Freud, 1916d). En esta oportunidad la muestra está compuesta sobre todo por breves descripciones clínicas y textos de Shakespeare e Ibsen, para referirse a la eficacia de la envidia en un capítulo y de la conciencia moral, en el otro. Textos literarios y breves descripciones clínicas armonizan, se refuerzan recíprocamente.

Otros textos en los que Freud usó muestras muy extensas son sus estudios de los sueños, de los chistes y de la psicopatología de la vida cotidiana (Freud, 1900a, 1905c, 1901b). En ocasiones Freud pretendió no solo mostrar lo común a las manifestaciones que estudió sino algunas diferencias, como por ejemplo que existen varias tendencias en los chistes: agresivos, jocosos, etc. En estos tres estudios Freud se interesó por poner en evidencia la eficacia de lo inconciente en las manifestaciones, así como de algunos mecanismos que permiten el pasaje desde los procesos psíquicos inconcientes a la manifestación.

I.4. Investigación clínica singular

Otro modo en que Freud realizó contrastes estuvo centrado en la investigación clínica de un mismo caso. En esas ocasiones Freud comparaba escenas. Estas comparaciones pueden ser de dos tipos: 1) entre escenas narradas (por ejemplo, una situación actual y un sueño, dos escenas actuales o infantiles, etc.). Cuando entre estas escenas se dan diferencias, Freud recurría a una teoría para explicarlas, por ejemplo, para dar cuenta del pasaje del amor al odio hacia la madre en la niña (Freud, 1931b), 2) entre escenas narradas y escenas desplegadas en sesión. Así ocurrió, por ejemplo, en el análisis del caso Dora (Freud, 1905e), cuando comparó los reproches y críticas de la paciente al padre y los que luego dirigió también contra Freud mismo. El contraste entre estos dos niveles de análisis (el de las relaciones extratransferenciales y el del vínculo transferencial) resultó muy provechoso en la investigación clínica psicoanalítica. En el análisis del caso Dora Freud destacó las coincidencias entre ambos niveles de análisis, pero podemos inferir que luego tomó en cuenta la importancia de que se dieran diferencias entre ellos. En tal caso, ciertos procesos psíquicos del paciente no aparecen relatados (como escenas de los vínculos extratransferenciales) sino sobre todo repetidos, actuados en sesión con el terapeuta, y esta es también una forma de acceso a la conciencia de lo sepultado (Freud, 1914g).

I.5. Estrategias de análisis

En cuanto al análisis de los resultados, advertimos dos opciones: 1) detectar un concepto unificante (el sueño es una realización de deseos, la paranoia deriva de una defensa ante el deseo homosexual), y 2) dar cuenta además de ciertos rasgos diferenciales, pese a los elementos en común (el delirio persecutorio, el erotómano y el celotípico derivan de maneras diferentes de rechazar el deseo homosexual). Esta segunda alternativa parece más sofisticada, y a veces Freud la presenta en un trabajo posterior (como cuando aludió a varios tipos de sueños, no todos ellos ubicables entre los que

constituyen realizaciones de deseos). Una propuesta similar, que contiene lo común y lo diferente, aparece en la comparación entre las zoofobias infantiles o entre las manifestaciones que expresan la castración en esquizofrenias, neurosis obsesiva e histeria.

Freud propone tres modos de abordar teóricamente las diferencias entre los casos que compara. 1) En ocasiones (fantasía “pegan a un niño” y zoofobia infantil) soluciona las diferencias armando espectros (por ejemplo, a veces la fantasía de ser golpeado da lugar a una perversión, en otras ocasiones a un síntoma neurótico, etc.). 2) En otras ocasiones Freud reúne las diferencias en una unidad conceptual, que va desde el éxito hasta el fracaso del mecanismo patógeno (la desestimación de la realidad y la instancia paterna en la alucinación infantil), o desde la frase que expresa el deseo homosexual hasta su distinta denegación parcial (en relación con las paranoias), o desde la fantasía de castración hasta su manifestación diferencial. 3) Una tercera alternativa se presenta cuando en una investigación clínica se detectan diferencias entre escenas relatadas o entre una escena relatada y otra actuada en sesión. Cuando las diferencias se dan entre escenas relatadas Freud interpone una teoría. Cuando las diferencias se dan entre escenas relatadas y desplegadas en sesión Freud postula que esa escena actuada constituye otra forma de relatar episodios eficaces de la vida psíquica que es imposible recuperar como recuerdos. También en esta oportunidad el procesamiento de las diferencias detectadas al realizar comparaciones se realiza apelando a la teoría, en este caso acerca de la memoria en la clínica.

En cuanto a los conceptos a los que Freud apela en sus comparaciones para dar cuenta tanto de los rasgos comunes cuanto de las diferencias, son básicamente dos: fijación pulsional y defensas. En el estudio sobre la fantasía “pegan a un niño” agrega algunas hipótesis complementarias, referidas a la estratificación del preconciente, y en el estudio de la alucinación infantil toma en cuenta los estados de una defensa (exitosa, fracasada), mientras que en el análisis de las zoofobias distingue entre fijación pulsional y yoica (Hombre de los lobos) y fijación sólo yoica, del lenguaje (Hans).

En suma, en las reuniones de materiales (casos clínicos de adultos y de niños, textos literarios, escenas relatadas y actuadas en sesión) Freud intentaba avanzar en estas líneas de investigación: 1) el estudio de las estructuras clínicas en cuanto a sus rasgos comunes y sus diferencias específicas, 2) el estudio de los procesos psíquicos infantiles, que quedan como organizaciones predisponentes al desarrollo de determinado desenlace patológico adulto, 3) el estudio clínico, comparando escenas que el paciente relata o escenas relatadas y escenas desplegadas en sesión. La meta de los contrastes entre casos consistía a veces en poner en evidencia procesos psíquicos comunes, pero, como objetivo más preciso, en dar cuenta también de la singularidad de cada caso.

Como los criterios de agrupamiento pueden variar, un mismo caso a veces resulta ubicado en determinada reunión y en otras ocasiones, en un conjunto diferente. Ya nos hemos referido a que Freud reunió al Hombre de los Lobos con el pequeño Hans, puesto que ambos sufrieron una zoofobia en la infancia, y que también lo reunió con otro sujeto que en su infancia tuvo una alucinación aterradora, consistente en la pérdida de un dedo, como expresión del fracaso de la defensa ante la realidad de la castración. El rasgo por el cual Freud combinó al Hombre de los Lobos con uno de los casos no es reductible al rasgo por el cual lo combinó con el otro. Ambos rasgos están ligados con el complejo de castración, pero en un caso (zoofobia) prevalece la represión, mientras que en el otro predomina la desestimación, ambas fracasadas.

Un problema similar en cuanto a los criterios de agrupamiento se presenta en las

exhibiciones de obras plásticas, ya que cada autor tiene múltiples rasgos singulares y estos no se reducen a un solo aspecto. Por ejemplo, la Tate Gallery (Modern) tiene cuatro salas permanentes en que exhibe obras pictóricas y escultóricas de diferentes autores. Estas obras están agrupadas según ciertos criterios. En una sala se hallan los artistas abstractos, minimalistas, etc., en otra se exhiben las obras de artistas con una tendencia a la manifestación afectiva, al *action painting*, etc. Pero resulta que Picasso aparece en varias salas, ya que algunas de sus obras presentan ciertos rasgos y otras tienen rasgos diferentes.

Estos comentarios conducen a expresar algunas prevenciones respecto de la adopción de la propuesta de que en un fragmento de un caso es posible captar lo central de este, enfoque que Green (2003) sostuvo al afirmar que en la parte de un caso es posible captar el todo. Tal propuesta puede quizás ser mantenida siempre y cuando se tenga conciencia de que se investiga un sector restringido de un caso, y no este en su conjunto.

La investigación de caso único ha sido cuestionada por la falta de representatividad científica de sus resultados, ya que no están avalados por los obtenidos en el estudio de un gran número de pacientes. Sin embargo, esta crítica parte de criterios válidos para otros enfoques y otras disciplinas, como ciertas áreas de la medicina farmacológica, pero ha sido cuestionada por otros sectores de la investigación médica clínica, sobre todo en neurología, donde se insiste en la necesidad de estudiar la singularidad de cada situación terapéutica. Igualmente, la investigación de caso único resulta afín con la actividad clínica en psicoterapia, y, además, puede conducir a la comparación entre los resultados de diferentes estudios singulares.

II. Investigación clínica sistemática de caso único con el algoritmo David Liberman (ADL): estrategia e instrumentos

En lo que sigue expondremos nuestra estrategia y nuestro método de investigación para luego sintetizar varias investigaciones concretas, con un grado creciente de sofisticación, sobre todo aquellas que parten desde la perspectiva de la intersubjetividad.

En el contexto de las investigaciones sistemáticas de caso único se han planteado estrategias diferentes, sea en cuanto a la selección del material, sea en lo concerniente a la combinación de las aplicaciones de varios instrumentos. Respecto de la selección de material, algunos autores (Leitenberg, 1973; Gelso, 1979, pp. 7-36; Kazdin, 1982, 2003; Hilliard, 1993; Yin, 1994; Stake, 1995) proponen investigar grupos de sesiones correspondientes a momentos diferentes del mismo caso. La propuesta es razonable, ya que un paciente suele tener numerosos matices que no son fácilmente captables en una única sesión. Por nuestra parte, proponemos investigar un número menor de sesiones. Nuestro argumento para justificar esta propuesta reside en que el método que aplicamos en la investigación ofrece una variedad y riqueza de resultados tal que resulta suficiente el estudio de una sesión concreta para captar aspectos centrales y secundarios de un caso.

En cuanto a la aplicación de diferentes instrumentos para el estudio de una misma sesión, también se presentan diferentes criterios. Uno consiste en estudiar una misma sesión recurriendo a diferentes instrumentos provenientes de métodos y conceptos frecuentemente no equiparables. Existen varios ejemplos de esta estrategia (Dahl, Kächele, Thomäe, 1988, *Psychotherapy Research*, 1994, 3-4, y Kächele, 2006). La propuesta es razonable, ya que cada instrumento está diseñado para captar matices diferentes de un mismo material clínico.

Sin embargo, se presentan dificultades para articular sus resultados, en la medida en que los métodos parten desde conceptos que no son asimilables sino que incluso a veces resultan incompatibles. El otro criterio consiste en aplicar a un mismo material diferentes instrumentos provenientes de un mismo método, y por consiguiente basados en los mismos conceptos. Cada instrumento está diseñado para captar matices diferentes de una misma realidad clínica, y, si se presentan problemas en cuanto a la armonía entre los resultados de su aplicación, estos problemas no son de tipo conceptual sino que corresponden a las dificultades para dar cabida coherente a los múltiples matices de una realidad compleja. Este segundo criterio es el que hemos empleado desde hace más de 10 años, aplicando el algoritmo David Liberman (ADL).

La investigación clínica sistemática de una primera sesión, un grupo de ellas o todo un tratamiento requiere la consideración de al menos dos niveles de análisis: lo que ocurre en la vida cotidiana del paciente (con familiares, amigos, compañeros de trabajo en sus múltiples relaciones, pareja, el propio cuerpo y el ajeno, etc.), lo que ocurre en la sesión misma. Si nos atenemos a las propuestas de Freud, en ambas ocasiones la investigación ha de plantearse los mismos interrogantes, referidos a las erogeneidades y las defensas (y su estado) del paciente.

Desde este último punto de vista, se hace necesario crear instrumentos que permitan investigar uno y otro nivel de análisis con autonomía para luego combinar sus resultados. Precisamente, el algoritmo David Liberman (ADL) es un método que permite investigar estos dos niveles de análisis. El método parte del supuesto de que las erogeneidades y las defensas (y su estado) se expresan en escenas, las cuales pueden ser o bien relatadas o bien desplegadas en el curso de la sesión. Con esta aclaración es posible dar mayor precisión al doble enfoque: las escenas relatadas corresponden a los procesos y conflictos extrasesión, y las escenas desplegadas, a lo que ocurre en la sesión misma. Entonces es posible presentar más claramente el problema ya mencionado: un paciente puede tener, fuera del tratamiento, un sistema defensivo antes exitoso y ahora fracasado, y, dentro del tratamiento, puede intentar establecer el mismo sistema defensivo, pero exitoso. Entonces ambos enfoques en la investigación pueden conectarse, poniendo en evidencia este intento del paciente en la sesión, en el marco de una posición resistencial que es conveniente encarar clínicamente. En la investigación, la escena relatada hace de marco para comprender la escena desplegada en sesión.

Una explicitación de los instrumentos empleados para el análisis de las escenas permite advertir nuevos problemas metodológicos, más complejos. Para estudiar las relaciones extratransferenciales del paciente (con padres, amigos, etc.), he puesto el acento en el análisis del relato, terreno en el cual he recibido la influencia de los lingüistas y semióticos franceses que se dedicaron al tema (sobre todo Greimas, 1966). Así se hace posible estudiar las escenas narradas. Para estudiar lo que ocurre en las sesiones como expresión de la erogeneidad y la defensa (y su estado), he prestado atención al hecho de que las manifestaciones del paciente son actos, a menudo expresados en frases o parlamentos más extensos, pero también en manifestaciones paraverbales (ritmo, entonación, timbre de la voz), en imágenes visuales (vestimentas, maquillaje, peinado) y en desempeños motrices (tics, regulaciones de la distancia, expresiones faciales, posturas corporales, etc.). Así, pues, en particular en el nivel de lo que ocurre en la sesión nos encontramos con una realidad compleja, rica, que requiere del desarrollo de herramientas específicas para su análisis. En consecuencia, he diseñado cuatro instrumentos que permiten investigar: los actos del habla (en el nivel verbal), las manifestaciones paraverbales, las imágenes, los movimientos. En el

diseño del instrumento para analizar los actos del habla he recibido la influencia de la concepción del lenguaje en autores como Austin (1962) o Searle (1969), y en el diseño del instrumento para el estudio de los movimientos me apoyé en las ideas de Greimas (1970) sobre los programas gesticulares. Con todos estos instrumentos es posible estudiar las escenas desplegadas por el paciente en sesión.

Pero además se presenta otra alternativa, consistente en la investigación de la intersubjetividad, sobre todo la eficacia recíproca durante el intercambio entre paciente y terapeuta. Esta otra perspectiva exige encarar nuevos interrogantes. En principio, como los resultados de los análisis son siempre multivariados, es necesario decidir qué sector de las manifestaciones de cada interlocutor se combina con qué sector de las manifestaciones del otro. Respecto del paciente, las manifestaciones correspondientes a los diferentes resultados de los análisis de las escenas desplegadas permiten formular una pregunta: ¿las intervenciones del terapeuta prestan o no atención a los componentes dominantes del discurso de su interlocutor? Igualmente, se nos presenta la pregunta inversa: ¿a qué sector de lo que el terapeuta expresa responde el paciente? Para encarar ambos problemas es conveniente, en primer lugar, decidir en qué consisten los componentes dominantes en el discurso del paciente y luego otro tanto respecto del terapeuta. Los componentes dominantes en el paciente se infieren por la combinación entre los análisis del relato y las escenas desplegadas en sesión, tomando en cuenta la armonía o la contradicción entre ellas, y en particular la combinación entre defensas exitosas (que suelen incrementar la resistencia) y fallidas. Respecto del terapeuta, entre sus actos del habla es posible diferenciar entre tres tipos de intervenciones, tomando en cuenta sobre todo su función: introductorias, centrales, complementarias. Las intervenciones introductorias habitualmente hacen de acompañamiento del discurso del paciente, o recaban información. Las centrales suelen aludir al estado afectivo del paciente (para establecer una sintonía con él) o mostrar relaciones (causales o de otro tipo) entre sectores de sus manifestaciones, realizar generalizaciones, etc., y las complementarias contienen un resumen de lo dicho, una ejemplificación, etc. Por supuesto, existen muchas otras intervenciones posibles, además de las mencionadas a título de ejemplos, todas ellas ubicables en alguna de estas tres categorías. Entonces es posible preguntarse si la intervención central del terapeuta toca el punto central de la problemática del paciente, esta solo es contemplada en la intervención complementaria, o no aparece ni siquiera aludida. Esta categorización de las intervenciones clínicas permite, además, investigar la armonía interna (y su ausencia) en la secuencia de las intervenciones del terapeuta, ya que puede ocurrir que se den contradicciones entre intervenciones introductorias y centrales, etc. Esta categorización permite también investigar si el terapeuta cambia o no el tipo de intervención central durante la sesión, y si dicho cambio es o no acorde a las circunstancias clínicas, sobre todo al cambio alcanzado en el paciente gracias a las intervenciones previas. Si los cambios en las intervenciones centrales del terapeuta no derivan de una modificación alcanzada en el paciente por las intervenciones previas, es posible estudiar el repertorio de las estrategias del terapeuta y su pertinencia clínica. También es posible detectar entonces a qué sector de las intervenciones clínicas del terapeuta responde el paciente. En ocasiones el paciente desvía la atención del terapeuta al responder a una intervención introductoria, del mismo modo que el terapeuta puede no encontrar la mejor estrategia clínica al encarar las manifestaciones del paciente. Podemos estudiar también cuánto tarda un terapeuta en rectificar una estrategia clínica no pertinente, y cómo responde el paciente ante ello, ya que puede orientar al terapeuta para que continúe con sus desaciertos o se reubique, del mismo modo que puede tender a ratificar o rectificar una intervención clínica pertinente de su terapeuta. En este contexto es

posible estudiar sobre todo dos orientaciones extremas: la complementariedad estilística óptima y el atrapamiento clínico, a los cuales me referiré luego más extensamente.

Considero que tanto los interrogantes sobre tales problemas metodológicos cuanto los criterios para resolverlos han surgido sobre todo al hacer conciente y reflexivo un trabajo de pensamiento que subyace inadvertido en los numerosos psicoanalistas con amplia práctica y fineza clínica cada vez que exponen un caso comentado a la comunidad científico-profesional. De modo que mi esfuerzo por crear un método sistemático de análisis de las manifestaciones clínicas es en el fondo una tentativa de hacer conciente (y por lo tanto accesible a la crítica) un modo de ordenar los materiales, articularlos, jerarquizarlos y dotarlos de la significatividad que es inherente al pensamiento clínico psicoanalítico.

Ya destacamos que el sistema categorial con el cual analizamos los discursos de paciente y terapeuta, está basado en los conceptos freudianos de pulsión y defensa. Respecto de las erogeneidades incluimos LI (libido intrasomática), O1 (oral primaria), O2 (sádico oral secundaria), A1 (sádico anal primaria), A2 (sádico anal secundaria), FU (fálico uretral) y FG (fálico genital). En cuanto a las defensas consideramos, las defensas frente a la realidad y la instancia paterna pueden ser 1) desmentida, 2) desestimación, 3) creatividad/sublimación. Las defensas frente a los deseos pueden ser: 1) represión, 2) creatividad/sublimación. Como se advierte, creatividad y sublimación pueden oponerse o bien al deseo (como en el chiste) o bien a la realidad (como en el humor). En varios de mis libros (1997,2001a, 2001b, 2003, 2005,2006a) así como en un trabajo del número 1.1 de esta misma revista (*Clínica e Investigación Relacional*) pueden encontrarse mayores precisiones sobre el método.

Un criterio de categorización parcialmente similar al del ADL (centrado en la pulsión y la defensa) ha sido expuesto recientemente tanto en Francia como en Estados Unidos. En Francia, Perron (2007) estudió las respuestas a un test proyectivo para niños de su invención y sostuvo que los relatos pueden ser agrupados a partir de los parámetros freudianos expuestos en "Pulsiones y destinos de pulsión", es decir, la pulsión y su procesamiento psíquico por las defensas (represión, transformación en lo contrario, etc.). Claro que su enfoque carece de un método sistemático de análisis, y, en cuanto a las pulsiones, el repertorio de las que considera es el incluido en el ya mencionado trabajo de Freud, por lo cual resultan excluidas algunas a las que Freud le daba importancia teórica y clínica, como la oralidad o el erotismo fálico genital. De todos modos, Perron solo aplica su propuesta a las respuestas a un test proyectivo.

Es notable que casi simultáneamente, Holt (2007) haya propuesto un sistema categorial bastante afín para el análisis de las respuestas a tests proyectivos como el Rorschach o el TAT. El autor propone estudiar 1) los contenidos en términos de los deseos eróticos y hostiles, 2) los aspectos formales (desplazamiento, contradicción) y 3) las defensas. Salvo los aspectos formales, las otras dos categorías coinciden con las que propusimos respecto del ADL. Dichos aspectos formales podrían corresponder a las defensas secundarias (como el desplazamiento) o bien a las vías para operacionalizar una defensa como la desmentida o la desestimación (como la contradicción lógica). En cuanto a la primera categoría, la de los deseos, Holt afirma que, luego de haber usado diferentes repertorios para estudiar motivaciones, volvió a elegir el modelo freudiano, al cual al mismo tiempo se propone testear. El enfoque de Holt, como el ADL, contiene un instrumento sistemático y una manualización, pero, como el de Perron, no ha sido aplicado a los estudios clínicos, a diferencia del ADL.

III. Investigaciones sobre agrupamientos de estudios sistemáticos de pacientes

En este apartado pretendo sintetizar dos investigaciones con el ADL en que agrupamos estudios sistemáticos de caso único. En la primera comparamos un estudio clínico de caso único con un estudio del discurso de 10 sujetos ante las láminas del TAT, todos ellos afectados de soriasis. En la segunda, comparamos la investigación sistemática de la primera entrevista de 8 pacientes afásicos.

III.1. Investigaciones sobre erogeneidades y defensas en las soriasis

La primera investigación contiene la comparación entre los resultados del estudio de 10 sujetos (que no estaban en psicoterapia) que padecían una soriasis con los resultados de un estudio de caso único de un paciente con la misma patología. En realidad, se trata de tres investigaciones: los 10 casos, la sesión del paciente soriásico, la comparación entre las dos primeras. La primera investigación (10 casos) estudió (Maldavsky et al. 2007) a sujetos que concurrían a un consultorio de atención de enfermedades de la piel. Ninguno de ellos había tenido un tratamiento psicoterapéutico. A cada uno se le administró el TAT y luego se estudiaron sus respuestas con el ADL. Fue posible agrupar a los sujetos en tres conjuntos, cada uno de los cuales se caracterizaba por manifestar ciertas erogeneidades y defensas (y su estado): 1) un grupo con mayor riqueza en el repertorio de erogeneidades y con defensas más benignas y con un estado exitoso, 2) un grupo con igual riqueza en cuanto al repertorio de las erogeneidades, pero con defensas más patógenas y fracasadas, y 3) un grupo con menor riqueza en cuanto al repertorio de las erogeneidades y con defensas igualmente patógenas y fracasadas. En el primer grupo los síntomas soriásicos eran leves y esporádicos, en el segundo eran crónicos pero controlados, y en el tercero, incontrolables. Es decir, fue posible reunir los resultados de la investigación en un panorama coherente y significativo. En las conclusiones de la investigación pudimos combinar por un lado el espectro de los resultados de la investigación de las erogeneidades y las defensas, y por el otro lado el espectro de la levedad o gravedad de la soriasis.

Las otras dos investigaciones (la sesión del paciente soriásico y la comparación entre las conclusiones de ambos estudios) corresponden a un trabajo más reciente (Manson, M., Alvarez, L., Maldavsky, D., 2007). El paciente (cuya soriasis en el presente estaba controlada) aludió a algunas escenas previas de su relación conflictiva de pareja que culminaban en una afección psicósomática incontrolable. Fue posible detectar que en determinados momentos de su vida y también de la sesión en el paciente prevalecieron diferentes combinaciones entre erogeneidades y defensas (y su estado), algunas más y otras menos severas. El resultado del análisis de alguno de estos momentos coincide con el resultado del estudio de alguno de los tres grupos de sujetos con soriasis. Otros resultados, en cambio, conducen a inferir la existencia de combinaciones entre erogeneidades y defensas parcialmente diferentes de las detectadas en el análisis de los relatos obtenidos con el TAT.

Esta descripción de ambas investigaciones y su combinación vuelve a plantear el problema de la reunión de casos. En las investigaciones antedichas, el criterio de reunión se basó en el síntoma, pero luego se hizo necesario encontrar otro criterio para excluir o incluir a varios sujetos en determinados subgrupos. También el material de la sesión requirió de criterios de agrupamientos que tuvieron en cuenta los cambios clínicos. En consecuencia puede advertirse que un criterio centrado en las manifestaciones clínicas (como la soriasis) puede

permitir el agrupamiento, mientras que otros criterios, más centrados en los conceptos psicoanalíticos (erogeneidades y defensas), conducen a destacar las diferencias.

Más allá de ello es posible advertir que en todos los relatos de los sujetos soriásicos predominaron dos erogeneidades: LI y O1, y las correspondientes defensas (desestimación del afecto y desmentida, respectivamente), por lo cual es posible concluir que se dan ciertas coincidencias básicas. Estas erogeneidades y defensas son además las mismas que detectamos al estudiar el material clínico del paciente. Por lo tanto, es posible reunir a los sujetos investigados por ciertos resultados generales que los incluyan a todos, o diferenciarlos en un espectro considerando, por un lado, el estado de las defensas ya mencionadas, y, por otro lado, la existencia o no de otras erogeneidades y defensas (y su estado), con un valor complementario.

III.2. Investigaciones sobre erogeneidades y defensas en las afasias

Otro ejemplo de investigación de varios pacientes, con la estrategia de estudio del caso único y la posterior comparación entre los resultados, se centró en la entrevista inicial de 8 pacientes afásicos con su terapeuta (Maldavsky et al., 2006b, 2007b, 2007c, 2007d). El estudio se centró en la primera entrevista de cada paciente, que fue analizada cuidadosamente con el ADL. Los pacientes tenían una mayor o menor limitación de su expresión verbal, y la perturbación somática de la que derivó la afasia tenía también rasgos diferenciales. Algunos tenían una jerga idiosincrásica y otros eran verborrágicos. Pese a ello, fue posible encontrar rasgos comunes a todos ellos en cuanto a las erogeneidades y las defensas así como algunos otros rasgos que permitían reunirlos en subgrupos.

En nuestros estudios de cada uno de los 8 casos hallamos que LI y la desestimación del afecto eran dominantes. Sin embargo, entre ellos encontramos una cierta variación. Algunos pacientes comenzaron la entrevista replegados y carentes de vitalidad (con una prevalencia de LI y la desestimación exitoso-fracasada del afecto) y luego, ante las intervenciones del terapeuta, daban respuestas banales y evitativas (LI y desestimación exitosa del afecto), hasta que, como consecuencia de los señalamientos del terapeuta referidos al estado afectivo, dicho mecanismo fracasaba y emergía la angustia. También se daban situaciones mixtas, en las cuales los componentes paraverbales expresaban la angustia (desestimación fracasada del afecto) mientras que el discurso se volvía catártico (desestimación exitosa del afecto). En otras ocasiones, advertimos un pasaje de la apatía y la desconexión a las crisis de violencia recíproca en la familia. En tal caso, la desestimación del afecto pasaba también desde el estado exitoso/ fracasado al estado exitoso. Otra alternativa, más benigna, consistió en que LI y la desestimación del afecto fueron remplazados, en el nivel paraverbal, por O2 y la defensa acorde a fines, mientras que en el nivel verbal prevalecieron A2 y la defensa exitosa acorde a fines. Es decir, la defensa patógena quedaba parcialmente removida y sustituida por otras, funcionales. Otra modalidad en que se advirtieron LI y la desestimación fracasada del afecto consistió en ciertas manifestaciones verbales, como el no poder completar una frase por perder la orientación sintáctica, porque la palabra requerida no se hallaba disponible o por fallas en la pronunciación. Tales manifestaciones se hacían sobre todo evidentes cuando el paciente salía de su abroquelamiento defensivo, y ponía en evidencia un retorno de la situación traumática (coma), inherente pues a LI y la desestimación fracasada del afecto. En tal caso la falla correspondía a A2 y la defensa acorde a fines, es decir, era una falla que complementaba a la desestimación del afecto. En suma, advertimos que en los pacientes predominaban los mecanismos propios de una

neurosis traumática.

Las diferencias entre ellos correspondían al estado de la defensa patógena (exitoso, fracasado, mixto, con algunas situaciones clínicas en que coexistían dos estados de la misma defensa en la entrevista) o a su remoción parcial y su reemplazo por un mecanismo más benigno.

Esta síntesis pone en evidencia las dificultades y posibilidades que ofrece la investigación sistemática de caso único y la reunión de varias de ellas en un conjunto en que se pretende articular los hallazgos parciales incluyendo las similitudes y diferencias entre los casos. Claro está, metodológicamente hablando, esta nueva síntesis solo contiene, como novedad, una reunión de varios casos únicos y la exposición de los resultados de la comparación entre ellos. Con ello no he agregado demasiado a lo antes expuesto, salvo el hecho de que todos los estudios fueron de caso único, y no una combinación entre un estudio de caso único y otro en el cual el material se recolecta apelando al TAT.

Todas las investigaciones reseñadas hasta aquí se centraron en el discurso de sujetos con una misma patología en común (soriasis, en la primera investigación y afasia, en la segunda). En todos los estudios hemos contrastado las escenas relatadas y las desplegadas por el paciente en la sesión, lo cual nos condujo a detectar ciertas diferencias entre algunos casos, sobre todo en cuanto al estado de la defensa. En los relatos (es decir, en las escenas extratransferenciales), estas defensas se manifestaban fracasadas, mientras que en los actos del habla (es decir, en las escenas desplegadas en sesión) las defensas patógenas resultaban exitosas, lo cual indicaba que el paciente pretendía restablecer con el terapeuta un sistema defensivo previo, con la consiguiente resistencia en las sesiones. Pero no consideramos aún la perspectiva de la intersubjetividad, como en las investigaciones que sintetizaremos en el próximo apartado.

IV. Investigaciones sobre agrupamientos de estudios sistemáticos de la intersubjetividad en la clínica

El problema del agrupamiento se vuelve más complejo cuando el enfoque de la investigación se atiene a una perspectiva intersubjetiva. Por mencionar solo algunas posibilidades centradas en rasgos del terapeuta, podemos citar las diferencias etarias, de género, de credo, de orientación teórica, de estrategia, táctica o técnica (por ejemplo, entre quienes realizan intervenciones transferenciales y quienes no lo hacen, o lo hacen muy esporádicamente). Claro que en tal caso la perspectiva intersubjetiva es más bien aparente: se ha desplazado el rasgo clasificatorio desde el paciente hasta el terapeuta. Mas afín con dicha perspectiva sería una investigación que, por ejemplo, comparara los tratamientos de pacientes soriásicos realizados por terapeutas de uno y otro sexo, o de diferente edad, etc.

Por nuestra parte, hemos realizado diferentes investigaciones en que agrupamos casos únicos desde la perspectiva de la intersubjetividad. A continuación resumiremos 4 investigaciones: 1) sobre las diferencias entre los estudios extratransferenciales, intrasesión e intersubjetivos en una muestra consistente en la primera sesión de 10 pacientes con sus terapeutas correspondientes, 2) sobre los atrapamientos clínicos en sesión y la contratransferencia, 3) sobre la complementariedad estilística entre paciente y terapeuta, y 4) sobre la búsqueda de la sintonía en la primera sesión individual de 15 pacientes con sus respectivos terapeutas.

IV.1. Investigación sistemática en tres niveles (extratransferencia, intrasesión, intersubjetividad) en la primera sesión de 10 pacientes con sus respectivos terapeutas

Comenzaré sintetizando una investigación de la primera sesión de 10 pacientes con sus respectivos terapeutas, todos ellos con una orientación psicoanalítica y entre 25 y 35 años de experiencia (Maldavsky et al., 2006a). Cada sesión fue cuidadosamente estudiada como caso único. En esta investigación estudiamos las relaciones extratransferenciales e intrasesión de los pacientes, y agregamos además una tercera dimensión de análisis, la de la intersubjetividad. Esta otra dimensión de análisis requirió de un nuevo instrumento que permitiera establecer jerarquías entre las intervenciones del terapeuta. Para el paciente, la jerarquía puede ser encarada al detectar qué es lo prevalente en una escena (relatada o desplegada), para lo cual la manualización del ADL ofrece varias recomendaciones orientadoras. En cambio, para establecer jerarquías en las intervenciones del terapeuta es conveniente distinguir entre las que son introductorias (por ejemplo, recabar información), centrales (búsqueda de la sintonía, establecimiento de nexos, etc) y complementarias (ejemplificaciones, síntesis, repeticiones de una intervención central, aclaración de una frase previa, etc.).

Munidos de los instrumentos del ADL investigamos entonces en los tres niveles de análisis: escenas narradas, escenas desplegadas, intersubjetividad. La muestra estaba constituida por 10 pacientes (Belisario, Jacinta, Poncia, Estefanía, Celina, Serafín, Carmen, Corina, Norberto y Froilán) y 4 terapeutas (A, B, C y D). Los 6 primeros correspondían al terapeuta A, la séptima a B, la octava a C y los dos últimos a D.

En el nivel de las relaciones extratransferenciales (relatos), el estudio de la primera sesión de cada uno de los 10 casos permitió inferir 1) la estructura psicopatológica del paciente y 2) por qué consultó. Para la detección de la estructura clínica de cada caso, nos resultó de utilidad tomar en cuenta la fijación pulsional y la defensa del paciente. Para inferir por qué cada paciente consultó sobre todo prestamos atención al estudio de las defensas, ya que la consulta suele derivar del fracaso de mecanismos patógenos que hasta un momento previo permitieron mantener un equilibrio psíquico. Como consecuencia de nuestra investigación de las relaciones extratransferenciales (relatos) establecimos un *ranking* de gravedad clínica entre los 10 casos en el que tomamos, como criterio básico, la seriedad de la defensa patógena dominante, el estado de dicha defensa y su combinación con otras defensas patógenas (y su correspondiente estado).

En el nivel de las escenas desplegadas intrasesión estudiamos las erogeneidades y las defensas (y su estado) del paciente durante la sesión, lo cual nos permitió inferir si hubo o no cambio clínico y, en caso de que lo hubiere, si este había sido positivo o negativo. Detectamos que 3 de los pacientes mantuvieron durante la sesión la misma defensa y su estado (exitoso) y que en un cuarto paciente se incrementaron además los rasgos patológicos de carácter en un estado exitoso. Estos 4 pacientes abandonaron el tratamiento al poco tiempo. Una quinta paciente comenzó la sesión con defensas caracterológicas exitosas, pero luego las reemplazó por mecanismos más benignos. Los otros pacientes comenzaron la sesión con mecanismos patógenos fracasados y luego los reemplazaron por otros más benignos. Salvo los 4 mencionados en primer término, los demás pacientes continuaron el tratamiento. No puede decirse que esta investigación arroja resultados representativos del porcentaje de abandono de los pacientes, ya que algunos de los terapeutas (como D) eligió presentar casos especialmente difíciles. Pero sí es posible inferir que, cuando un paciente mantiene un estado exitoso de una defensa patógena, o pasa a

desarrollar esta posición en la sesión, existen riesgos de un rápido abandono del tratamiento. Así, que, en el nivel de las escenas desplegadas en sesión, fue posible estudiar 1) los cambios clínicos positivos o negativos y 2) el riesgo de abandono del tratamiento. Este estudio de las escenas intrasesión permitió crear un segundo *ranking* de la severidad clínica de cada caso, que tiene fuertes diferencias con el obtenido del análisis del relato. Por ejemplo, en una paciente que desde el punto de vista diagnóstico tenía una estructura psicótica, prevaleció en sesión la desestimación de la realidad fracasada, mientras que en un paciente con un diagnóstico de estructura trasgresora, predominó durante la sesión una desmentida exitosa y por lo tanto, en el *ranking* intrasesión este último resultó más grave que la primera.

El paso siguiente consistió en comparar ambos niveles de análisis. Esta comparación condujo a integrar ambos estudios, con el consiguiente enriquecimiento de la investigación de la estructura de cada caso, al incluir nuevos matices y aspectos en la investigación previa. Como existían algunas diferencias parciales entre escenas relatadas y desplegadas fue posible o bien anticipar que más adelante el paciente desplegaría ante el terapeuta algunas escenas narradas que no se hicieron tan claramente presentes durante la sesión, o bien que el paciente relataría ciertas escenas que fueron desplegadas en sesión pero quedaron solo esbozadas en el nivel extratransferencial.

En relación con la intersubjetividad, en cada investigación consideramos sobre todo la alianza terapéutica, que operacionalizamos según la propuesta de Liberman (1970). Combinamos dos conceptos: 1) intervenciones clínicas pertinentes y no pertinentes del terapeuta, 2) rectificaciones o ratificaciones inadvertidas realizadas por el paciente. Cuando se da un vínculo de colaboración, el paciente ratifica inadvertidamente los aciertos clínicos del terapeuta y rectifica sus desaciertos, y cuando se da un vínculo resistencial, la relación ratificación/rectificación respecto de los aciertos/desaciertos clínicos del terapeuta se invierte.

En el estudio del discurso del terapeuta tomamos en cuenta dos factores respecto de las intervenciones no pertinentes: 1) la función (introdutoria, central o complementaria) de la intervención errónea, 2) su frecuencia. Una mayor frecuencia de intervenciones centrales erróneas constituye un extremo del espectro, y el otro lo es la baja frecuencia de intervenciones introductorias o complementarias erróneas. En el paciente, defensas como la desestimación y sobre todo la desmentida pueden inducir estas intervenciones clínicamente no pertinentes. Este enfoque de la intersubjetividad condujo a proponer otro *ranking* de severidad de la situación clínica, que no coincide con ninguno de los otros dos: el enfoque de la gravedad de cada estructura enfatiza la severidad de la defensa y su estado en el momento de la consulta, el enfoque de la situación clínica durante la sesión se centra en el estudio del cambio (o no) del estado de las defensas patógenas y su eventual reemplazo por otro, y el enfoque de la intersubjetividad destaca la relación entre la actitud de colaboración (o su ausencia) en el paciente y la pertinencia o no de las intervenciones del terapeuta.

El estudio reseñado hasta aquí muestra las diferencias en cuanto a la investigación sistemática del caso único desde la perspectiva intrapsíquica y desde un enfoque intersubjetivo.

IV.2. Investigación sistemática de los atrapamientos clínicos y la contratransferencia

Ya he destacado que, desde la perspectiva de la intersubjetividad es conveniente partir de la investigación de la alianza terapéutica, con las contribuciones correspondientes de

paciente y terapeuta en ella. Este punto de partida, que permitió realizar parte de la investigación recién sintetizada, condujo además a otros estudios. Uno de ellos se refiere a las estereotipias y los atrapamientos clínicos y el otro, a las complementariedades estilísticas. En efecto, tomé en cuenta, como criterio básico, si en el tratamiento había fluidez o estereotipia, las cuales se presentaban como atrapamiento clínico. Caractericé la fluidez como una relación en que 1) el terapeuta tenía una estrategia clínicamente pertinente, y 2) el paciente inadvertidamente ratificaba los aciertos clínicos del terapeuta y rectificaba sus desaciertos. En las estereotipias, en cambio, 1) el terapeuta tenía estrategias clínicas parcial o totalmente no pertinentes y 2) el paciente inadvertidamente ratificaba sus desaciertos clínicos y rectificaba sus aciertos. El análisis de las escenas se centró no solo en las erogeneidades y defensas del paciente, sino también en las del terapeuta.

Al comparar los resultados de los análisis de las escenas referidas a vínculos extratransferenciales y de las escenas desplegadas en sesión nos fue posible advertir que por momentos el terapeuta inadvertidamente pasaba a ocupar el lugar de un personaje en una escena traumatizante para el paciente (Maldavsky et al., 2006a). Esta situación constituía un atrapamiento clínico durante la sesión.

En el contexto de la investigación clínica sistemática que pretende reunir varios casos clínicos resulta de utilidad poder disponer de una categorización de estos atrapamientos clínicos. Para realizarla fue necesario un paso adicional, consistente en el estudio de las erogeneidades y defensas del terapeuta. En nuestro estudio de la primera sesión de 10 pacientes con su terapeuta concluimos que cuando el vínculo es fluido, en el terapeuta prevalecen la creatividad y la defensa acorde a fines, pero cuando predominan las estereotipias en el terapeuta (y no solo en el paciente) sobresalen defensas patógenas. Entonces postulamos que es posible categorizar las situaciones de atrapamiento intersubjetivo entre paciente y terapeuta tomando en cuenta el enfoque freudiano de las fijaciones pulsionales y las defensas. Sostuvimos que pueden darse estas cuatro opciones: 1) paciente y terapeuta coinciden en cuanto a la erogeneidad y la defensa patógena, 2) paciente y terapeuta difieren en cuanto a erogeneidad y defensa, 3) paciente y terapeuta difieren en cuanto a la erogeneidad y coinciden en cuanto a la defensa, 4) paciente y terapeuta difieren en cuanto a la defensa y coinciden en cuanto a la erogeneidad.

Los estudios clínicos posteriores, en que intentamos aplicar esta categorización, condujeron a un refinamiento en el análisis de los atrapamientos intersubjetivos. Por un lado, hemos advertido que en el curso de una misma sesión pueden darse varios tipos de atrapamiento, en que paciente y terapeuta ocupan posiciones diferentes en cuanto a la distribución de las erogeneidades y las defensas. Por otro lado, hemos advertido que, además, en los atrapamientos clínicos en la sesión también cobra importancia el estado de la defensa en paciente y terapeuta. Estos hallazgos abren el camino al refinamiento de este sector de la investigación de los nexos intersubjetivos durante los atrapamientos clínicos en la sesión.

Además propuse otro criterio clasificatorio, ligado más bien con las historias del paciente. Ya mencioné que estos atrapamientos consistían en que se repetía en el tratamiento alguna escena traumatizante para el paciente, y en dicha escena el terapeuta ocupaba inadvertidamente un lugar. A menudo la escena traumatizante es advertible en el nivel del relato. Por ejemplo, Corina era una paciente con una posición sacrificial por la cual, en nombre del amor, toleraba el maltrato por parte de su novio. Además, decía que ella lo comprendía, que él había sufrido mucho, etc. Cuando la madre y los amigos manifestaban su enojo con el novio, ella respondía con estos mismos argumentos sacrificiales. En la primera sesión, tras requerir información y escuchar estos relatos, la terapeuta pasó a atacar

al novio de Corina del mismo modo que lo hacían la madre y los amigos, y la paciente le respondió con los mismos argumentos que esgrimía ante ellos. Otras pocas escenas de atrapamiento clínico durante la sesión parecían no tener su complemento en el nivel de los episodios que el paciente relataba, y tal vez podrían ser entendidas como repeticiones de situaciones que el paciente no podía narrar, pero que formaban parte de vivencias insoportables para él, como la de ser dado de baja, la de haber sido desahuciado por su ambiente. Por ejemplo, Serafín, un paciente alcohólico y cocainómano que consultó tras un coma por volver a consumir, tuvo al comienzo de la primera sesión un discurso banal, exhibicionista y desafiante, después de lo cual dijo que él no sabía si tomaba alcohol porque era adicto o porque le gustaba. El terapeuta le respondió: será porque le gusta. Casi en seguida el paciente, que estaba sentado, se puso de pie y, tocando insistentemente con la punta de sus dedos al terapeuta, pasó a pedirle a este que respondiera a la pregunta de por qué tomaba. Contó luego algunas escenas ligadas con las fiestas en las que se emborrachaba y aludió a su familia, que lo reconvenía por ello de manera sistemática. El terapeuta aludió al enojo del paciente y a su tendencia de desafío ante las normas. Hacia el final de la hora el terapeuta se rectificó y le dijo que más bien Serafín vivía en un estado de semi somnolencia que le gustaba. El paciente aceptó este comentario.

Cuando el terapeuta aludió al enojo y la actitud desafiante respecto de las normas la escena que se dio en sesión parecía similar a aquellas en las que su familia lo reconvenía inútilmente. En este punto, la escena desplegada en sesión coincidía con una del relato del paciente. Pero cuando al comienzo de la hora el terapeuta le dijo Serafín que bebía porque le gustaba y no porque tuviera una adicción, en el fondo estaba manifestando su no disposición a tratar al paciente: era una manera de darlo de baja, de desahuciarlo. Pese a que esta escena desplegada en la sesión no tenía su equivalente en el nivel del relato, podemos suponer que debió de formar parte de la historia infantil del paciente mismo, que era irrecuperable como relato, pero se expresaba como repetición, y esta escena había sido posiblemente un factor decisivo para conducirlo al consumo. Los atrapamientos clínicos que acabo de describir son acompañantes de perturbaciones contratransferenciales en el terapeuta, es decir, de estados afectivos que hacen de interferencia en la conexión con el paciente, tal como lo describía Freud (1910d). Aunque luego dedicaremos unas páginas a sintetizar estudios sobre el trabajo clínicamente pertinente del terapeuta durante la primera sesión, cabe destacar aquí que esta perturbación contratransferencial tuvo, en todos los casos que investigamos, un enlace fuerte con el tipo de atrapamiento clínico específico, en el cual participaban las erogeneidades y las defensas de paciente y terapeuta. En particular se advierte la eficacia de los sistemas defensivos caracterológicos exitosos o exitoso-fracasados del paciente en el desarrollo tanto de los mecanismos patógenos en el terapeuta cuanto de la especificidad de las manifestaciones contratransferenciales perturbadoras. En consecuencia, estas perturbaciones contratransferenciales parecían derivar más del tipo de vínculo establecido entre paciente y terapeuta que de la neurosis del terapeuta mismo. Esto se advierte especialmente en el caso del terapeuta A, del cual estudiamos la primera sesión con 6 pacientes diferentes. En la primera sesión de estos 6 pacientes las manifestaciones contratransferenciales que investigamos fueron a veces más duraderas, sobre todo con Poncia y Serafín, y a veces más puntuales y esporádicas, como ocurrió con Belisario y Celina, e inclusive no existieron, como sucedió con Jacinta. En estas manifestaciones contratransferenciales no fue posible detectar indicios que llevaran a concluir que eran el producto de una hipotética estructura neurótica propia del terapeuta. Por ejemplo, en el comienzo de la sesión con Poncia, el terapeuta completó una frase que la paciente dejó interrumpida.

Esta acción tenía un valor intrusivo de ostentación hostil de su poder, ya que solo es posible tal completamiento de la frase inconclusa ajena si se cuenta con un proceso identificatorio con el interlocutor. Este empleo hostil de la capacidad identificatoria que al terapeuta le permitió completar la frase de la paciente tuvo su complemento al final de la hora, cuando el terapeuta pasó a luchar por completar sus propias frases, a menudo interrumpidas por la paciente. Pero ante Jacinta, quien también dejó una frase inconclusa al comienzo de la hora, el mismo terapeuta intervino con una pregunta tendiente a poner el énfasis en los problemas por los que la paciente consultaba. En el momento en que aparecieron las frases inconclusas, los sistemas defensivos de una y otra paciente eran diferentes. Mientras que en Poncia prevalecían mecanismos caracterológicos evitativos y desafiantes y una tendencia catártica, todos ellos exitosos, en Jacinta, en cambio, predominaban defensas caracterológicas fracasadas. La frase inconclusa de Poncia contenía una insinuación descalificante de cualquier psicoterapia, y al completarla el terapeuta empleó una capacidad identificatoria con la paciente al servicio de una escalada de descalificaciones recíprocas. La frase inconclusa de Jacinta, a su vez, ya no expresaba una descalificación de cualquier psicoterapia sino el fracaso de su tendencia a un avance excesivamente audaz que no podía sostener. Para Poncia, la frase inconclusa era una insinación de un pensamiento hostil, y para Jacinta, era expresión de su desorientación. Por lo tanto, en una y otra paciente el estado de la defensa expresada en la frase inconclusa difería. Inferimos que las diferencias entre las intervenciones clínicas ante las frases inconclusas de una y otra paciente parecían depender más del sistema defensivo (y sobre todo su estado) de las pacientes que de la hipotética neurosis del terapeuta. Estas inferencias armonizan con la idea de Freud, quien afirmaba que la contratransferencia deriva del sentir inconciente que se instala en el terapeuta por el influjo del paciente.

IV.3. Investigación sistemática de las complementariedades estilísticas entre paciente y terapeuta

Hasta aquí nos hemos referido a los atrapamientos clínicos entre paciente y terapeuta durante la sesión. También es posible investigar la inversa, cuando se da la fluidez en la relación entre paciente y terapeuta, y ambos articulan su discurso de una manera funcional, acorde con la meta clínica. En tal caso, entre paciente y terapeuta se da una complementariedad estilística óptima. D. Liberman (1970) propuso que para cada estilo del paciente existe un complemento óptimo del terapeuta, a lo cual proponemos solo un agregado, para LI.

Complementariedades estilísticas entre paciente y terapeuta

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

Liberman justificaba sus hipótesis sosteniendo que en el lenguaje del erotismo fálico genital son frecuentes dramatizaciones redundantes y proliferaciones sintácticas y semánticas carentes de síntesis, mientras que en el lenguaje del erotismo oral primario prevalecen la tendencia a la abstracción y la falta de compromiso en un despliegue de escenas. De tal modo, este último lenguaje del erotismo le aporta al primero su complemento óptimo, al

conducir a detectar lo común en la redundancia, y con ello a sustituir una defensa patógena (represión) por otra, más benigna. Viceversa, el lenguaje del erotismo fálico genital le aporta el complemento óptimo al oral primario. Argumentaciones similares conducen a justificar las otras complementariedades en cuanto a los lenguajes del erotismo. Respecto del erotismo sádico oral secundario, por ejemplo, su complemento óptimo es el sádico anal secundario, puesto que el primero pone énfasis en el sentir en detrimento del pensar acorde a reglas, que el segundo jerarquiza. Liberman utilizó argumentos similares respecto de las restantes complementariedades estilísticas. El erotismo sádico central secundario privilegia el pensamiento por sobre la toma de decisiones y las acciones correspondientes, mientras que para el erotismo sádico anal primario, el lenguaje constituye una forma de acción, etc. Puede advertirse que Liberman se interesaba sobre todo por el estilo del terapeuta, que expresa su propia subjetividad al mismo tiempo que posee un objetivo clínico, y dejaba a un lado otros enfoques de las intervenciones, que tienden a considerar su carácter de actos clínicos (interpretación, señalamiento, etc.), y no su carácter de acto del habla.

El mismo problema ha sido encarado por un equipo brasileño-canadiense (Wiethaeuper, D., et al., 2004) que se basó en las ideas de Liberman para diseñar un método de investigación de los estilos comunicacionales de paciente y terapeuta. Este método no considera el problema de la pulsión y la defensa, y, salvo el trabajo que estamos reseñando, no desarrolló otras investigaciones. Recurriendo a la sistematización de los estilos los autores estudiaron la complementariedad estilística entre paciente y terapeuta y coincidieron con las propuestas de Liberman. Por nuestra parte, realizamos investigaciones concretas de diferentes vínculos paciente-terapeuta y llegamos a conclusiones parcialmente diferentes de la de Liberman y del equipo brasileño-canadiense (Maldavsky et al., 2006a).

En nuestra investigación nos encontramos con una dificultad inicial, dado que el análisis de los discursos de paciente y terapeuta arrojaba resultados multivariados, y en consecuencia se nos hizo necesario hallar un criterio para decidir qué fragmento del discurso de cada interlocutor podía ser relacionado con el del otro. Volvimos a aplicar el criterio de elegir en el discurso del paciente el erotismo y la defensa y su estado dominantes en el nivel de los estudios sintagmáticos en los actos del habla, los componentes paraverbales, etc. y, en el discurso del terapeuta, a privilegiar las intervenciones centrales. Postulamos entonces que para testear la hipótesis de Liberman sobre las complementariedades estilísticas entre paciente y terapeuta, es conveniente comparar: 1) la erogeneidad y la defensa dominante en los actos del habla del paciente y 2) la intervención central del terapeuta.

En cuanto a los resultados de nuestro testeo, merece una exposición más detallada. Encontramos que, en términos generales, la propuesta de Liberman para LI, O2, A1 y A2 es válida. No sucede lo mismo con FU y FG, para las cuales Liberman propuso intervenciones O1. En los hechos observamos que, si el terapeuta usa intervenciones A2 (poner el énfasis en las relaciones en una familia, establecer conexiones entre situaciones concretas, etc.), obtiene modificaciones clínicas positivas. De todos modos, cuando se agrega alguna intervención O1, la perspectiva que el terapeuta tiene se enriquece. En los hechos, ante un discurso del paciente en que prevalece FU, un terapeuta puede interpretar correctamente su significado (por ejemplo, mostrarle que cuando el paciente está por renunciar a un cargo laboral para obtener un empleo mejor, se encuentra ante un conflicto entre sus deseos ambiciosos y la angustia y tiende a evitar el problema). Esta intervención corresponde a A2. El terapeuta también puede generalizar esta propuesta (por ejemplo, plantear que el mismo conflicto y la evitación ocurren en otras situaciones laborales), lo cual también corresponde a A2. El terapeuta ha realizado solo una generalización. Sin embargo, si el terapeuta une

escenas dispersas en la misma ecuación (conflicto entre deseos ambiciosos y angustia, siempre resuelto con la evitación), ya no realiza una generalización sino una acción distinta: la unión de diferentes situaciones en una clase, lo cual corresponde a una intervención O1 (por ejemplo, si el terapeuta destaca que lo mismo que le ocurre al paciente con su trabajo, le sucede en su vida amorosa y en la relación con sus padres). En consecuencia, podemos decir que, cuando en el paciente predominan FU y FG, la intervención central parece ser A2, y que las intervenciones O1 parecen enriquecer la perspectiva clínica y ampliar el alcance del significado de las situaciones conflictivas.

También notamos que cuando en el paciente prevalece O2, especialmente si está acompañado por una desmentida exitosa, ocurrirá un rechazo de las intervenciones A2. En esta ocasión ello no deriva de que la intervención sea errónea, sino de que el paciente desarrolla una resistencia al trabajo terapéutico. Con ello estamos incluyendo, como se advierte, un segundo concepto: no solo la erogeneidad sino también la defensa.

Algo similar ocurre con los actos del habla LI del paciente. Cuando están combinados con una desestimación del afecto fracasada o exitosa/fracasada, las intervenciones clínicas O2 son el mejor complemento. Pero cuando LI está acompañado de una desestimación exitosa del afecto, primero el terapeuta necesita hacer algunas intervenciones LI (por ejemplo, centrarse en los estados corporales del paciente, y no en sus estados afectivos) para establecer el vínculo, luego generalizarlo (A2) y luego poder cambiar a O2.

Un mayor grado de elaboración nos condujo a distinguir diferentes intervenciones A2. Entre ellas figuran: 1) la exhortación a pensar en conjunto acerca de los problemas del paciente durante la sesión, 2) la indicación al paciente para que se concentre en sí mismo y no en los demás, 3) la diferenciación entre las funciones en un vínculo, por ejemplo entre los miembros de una familia, 4) el establecimiento de vínculos entre las diferentes escenas. El primer tipo de intervenciones A2 no permite obtener resultados clínicos concretos, en el sentido de lograr modificaciones en el sistema defensivo del paciente, como pueden lograrlo las intervenciones A2 de los tipos 2, 3 ó 4.

En las situaciones clínicas en que en el paciente predomina A2, la propuesta de Liberman (el recurso a intervenciones A1) es adecuada, pero además este punto requiere mayor elaboración. Las intervenciones A1 parecen tener un valor más amplio en un tandem con las intervenciones A2, sobre todo ante resistencias caracterológicas exitosas del paciente en la sesión. De hecho, las intervenciones A1 suelen combinarse con algunas intervenciones A2, que contienen los argumentos para una intervención A1. En ese caso, la referencia a nexos causales, a hechos concretos, etc., que pertenece a A2, es la base para una intervención A1, que tiene el valor de una acción (proponer el cambio de tema, denunciar una situación concreta de la sesión o de fuera de ella, etc.).

El estudio de las complementariedades estilísticas sugiere que el tratamiento puede ser exitoso si el terapeuta no repite los lenguajes del paciente sino que utiliza otros. Si repite los lenguajes del paciente, el terapeuta corre el riesgo de reforzar sus defensas, mientras que el estilo complementario puede removerlas. Existe una excepción: cuando en las manifestaciones del paciente se combinan LI con la desestimación exitosa del afecto. En ese caso, el paciente tiene estados orgánicos de disolución de la conciencia como espacio psíquico para la sensorialidad y las cualidades afectivas. Ya mencionamos que entonces la primera intervención clínica central, el intento de sintonizar con el paciente, es también LI (la descripción del estado corporal del paciente), incluyendo la posibilidad de una generalización (A2 con una función complementaria). Luego de eso, el terapeuta puede usar O2, en una nueva intervención central, como un intento de rescatar la sensibilidad del paciente a las cualidades. Sin embargo,

muy a menudo se hace necesario primero establecer nexos entre los procesos orgánicos del paciente y algunos sucesos de la cotidianeidad reciente (ya que se trata de neurosis actuales), antes de poder hacer las ya mencionadas referencias a los estados afectivos. Y estas referencias intermedias a las conexiones entre estados corporales y situaciones contextuales corresponde a A2. En suma, se da un pasaje de LI a A2, y de allí a O2.

Resumiendo, 1) la complementariedad estilística de O1 no fue testada, 2) otras complementariedades (las de FU y FG) fueron parcialmente rectificadas, 3) otras (las de LI, O2 y A2) fueron más o menos elaboradas. Además, destacamos que es necesario considerar no solo cuál es la erogeneidad dominante sino también la defensa y su estado.

IV.4. Investigación sistemática de la búsqueda de sintonía en la primera sesión

En otra investigación me interesé (Maldavsky, D., 2007e) en las intervenciones prototípicas de los terapeutas durante la primera sesión con 15 pacientes. Me valí de la clasificación de los tipos de intervenciones (introdutorias, centrales y complementarias) para detectar su significación y su secuencia. Las intervenciones introductorias consistieron básicamente en el establecimiento de contacto y el pedido de información y las centrales fueron de tres tipos: 1) tentativas de sintonía con el paciente (sobretudo con sus estados somáticos y afectivos), 2) enlaces causales, generalizaciones, comparaciones, etc., y 3) indicaciones, puesta de límites, etc. Las intervenciones complementarias contenían ejemplos o ampliaciones de lo expuesto en las intervenciones centrales, así como repeticiones, síntesis, etc. Este primer paso me permitió fragmentar la sesión y reunir fragmentos comunes a todas ellas.

En efecto, fue posible advertir que en la primera sesión de un tratamiento el terapeuta tiene una secuencia prototípica de intervenciones, sean estas o no clínicamente pertinentes. El terapeuta comienza recabando información (intervención introductoria) y luego pasa a formular una primera intervención central, consistente en intentar establecer una sintonía con el paciente. Luego pasa a formular otras intervenciones centrales, sobre todo enlaces causales o indicaciones, etc. Este tipo de fragmentación y el descubrimiento de la secuencia de intervenciones prototípicas del terapeuta permitió recortar solo los primeros momentos de la sesión (pedido de información, tentativa de sintonía y comienzo de establecimiento de nexos, etc.). A veces esta secuencia se repitió varias veces, sin un pasaje a otros tipos de intervenciones centrales (comparaciones, etc.), en buena medida porque la tentativa de lograr la sintonía con el paciente parecía no haberse alcanzado. Fue posible 1) categorizar varios tipos de intervenciones que tienen como meta establecer la sintonía, 2) detectar la cantidad de intervenciones clínicas que tienen esta meta, 3) estudiar el pasaje de un tipo de intervención a otro, ambos a la búsqueda de la sintonía, 4) investigar cuánta información requiere un terapeuta para pasar desde las intervenciones introductorias hasta esta primera intervención central (búsqueda de la sintonía), 5) considerar qué momento de la vida psíquica del paciente (el pasado, el presente de la sesión) es seleccionado para conectar con la sintonía, 6) inferir qué consecuencias clínicas tiene la falta de este primer tipo de intervención central o el hecho de que esta se centre en el vínculo extratransferencial pasado y no en el presente de la sesión, 7) relacionar las dificultades del terapeuta para alcanzar este objetivo y el tipo y (sobre todo) el estado de las defensas del paciente, 8) captar la mayor o menor perturbación (o incluso la ausencia de perturbación) en el establecimiento de la sintonía en el vínculo, y 9) colegir las defensas funcionales (acorde a fines y creatividad) y las patógenas (represión, desmentida) operando en el terapeuta

durante esta actividad.

Del conjunto compuesto por la primera sesión de 15 pacientes me he concentrado en las interferencias en la sintonía y sus consecuencias de solo 10 casos. De los 5 restantes, 3 no presentan problemas y los 2 restantes ponen en evidencia problemas similares a los de otros, sobre todo las interferencias derivadas de no enfatizar la situación central o las tentativas fallidas por sintonizar con el paciente hasta hallar el camino para llegar al objetivo.

El estudio de la primera sesión de los 10 pacientes restantes con sus respectivos terapeutas permite notar que estas perturbaciones de la sintonía tienen diferentes rasgos. Para analizar la perturbación en la sintonía afectiva hemos considerado sobre todo 1) la capacidad del terapeuta para rectificarse y 2) la posibilidad de desarrollar o no una estrategia clínica pertinente incluyendo no solo la sintonía sino el pasaje al momento ulterior.

Podemos agrupar estas perturbaciones en dos categorías: en la primera, los problemas fueron transitorios, en la segunda, insalvables. En el primer grupo advertimos: 1) la dificultad del terapeuta para recabar información significativa debido a la tendencia evitativa de una paciente, 2) el carácter inoportuno del énfasis del terapeuta en los afectos de la paciente, que condujo a un incremento de su regresión patógena 3) el apresuramiento por realizar intervenciones centrales consistentes en el establecimiento de nexos, etc., antes de sintonizar con el paciente, lo cual exigió luego un cambio en la orientación clínica, 4) el autosabotaje interno parcial por parte del terapeuta, al promover un riesgo de irritación en el paciente al mismo momento que aludía a sus afectos, 5) las dificultades para obtener información y para sintonizar con el paciente esperando respuestas orientadoras de su parte, hasta que esta actitud clínica fue reemplazada por la interpretación del estado afectivo seguida por la argumentación para sostener esta interpretación pese a las resistencias de la paciente, y 6) las interferencias en el pasaje desde las intervenciones centrales para establecer la sintonía a las intervenciones centrales consistentes en establecer nexos, etc. Las primeras cuatro dificultades fueron finalmente superadas durante la primera sesión. En todos los casos, prevalecieron en los pacientes defensas patógenas fracasadas.

En el segundo grupo hallamos otras perturbaciones, más severas, en cuanto a sintonizar con el paciente: 1) el atribuirle un estado afectivo, y no uno somático, como hubiera sido pertinente, 2) el centrarse en relaciones extratransferenciales actuales solo secundarias, y no en las más importantes en el momento actual, 3) el centrarse en el pasado del paciente, y no en el presente, 4) el atribuir al paciente un estado afectivo que no parecía central en este, 5) el omitir por completo la tentativa de establecer una sintonía. Las opciones 3 y 4 de este segundo grupo pertenecen a un mismo caso. Estas perturbaciones en la búsqueda de establecer una sintonía pueden atribuirse en buena medida a las resistencias de los pacientes, quienes desarrollaron en sesión defensas patógenas exitosas o exitoso-fracasadas.

En consecuencia, las perturbaciones en la sintonía no coinciden con la mayor o menor gravedad del diagnóstico psicopatológico de los pacientes y de los mecanismos defensivos que emplea, sino más bien con el carácter más o menos exitoso o fracasado de dichas defensas.

Estudiamos también las rectificaciones (o su ausencia) en las intervenciones del terapeuta y su eficacia clínica. Dos terapeutas no rectificaron orientaciones clínicas no pertinentes y los restantes ocho sí lo hicieron. De estos ocho casos, en cinco la rectificación condujo a desarrollar una nueva estrategia completa (1. recolección de información, 2. sintonía, 3. establecimiento de nexos, etc.). En los otros tres casos la rectificación resultó

solo parcial, y no fue posible desplegar una nueva estrategia completa. Con dos de ellos el terapeuta llegó solo al momento de recabar información, sin alcanzar a sintonizar con el paciente. Con el tercero, llegó a sintonizar con el paciente sin poder pasar al momento siguiente. En consecuencia, fue posible advertir también que varios de los terapeutas tenían dos estrategias clínicas, de las cuales solo una de ellas era pertinente, y que podían rectificarse y hallar un camino más adecuado desde la perspectiva clínica.

La toma inicial de contacto y la obtención de información parecen hacer de fundamento de la posterior orientación clínica pertinente o errónea del terapeuta. La primera intervención central, a la búsqueda de la sintonía con el paciente, focaliza más un estado que un proceso, circunstancia que a su vez merece un breve comentario. La investigación de los procesos en psicoterapia resulta más frecuente, y tiene un carácter dinámico: el paciente dijo o hizo tal cosa empujado por tales conflictos, por el empleo de tal defensa, etc. En cambio el estudio de los estados parece tener un carácter menos preciso: los estados pueden ser compuestos, y es necesario acceder a ellos apelando a procesos psíquicos sofisticados del terapeuta, como lo expondré a continuación.

La sintonía con el paciente implica por un lado un proceso identificatorio centrado muy frecuentemente en el estado afectivo (a veces en su estado somático) en el momento de la sesión y por otro lado un trabajo intelectual del terapeuta consistente en detectar la escena con que dicho afecto se enlaza en el presente. Esta detección de la escena (entre las múltiples que suele relatar y desplegar un paciente) requiere de la sensibilidad del terapeuta, la cual deriva de su formación previa, la existencia o no de interferencias por sus propias defensas patógenas y las perturbaciones contratransferenciales en buena medida derivadas del discurso del paciente. El tipo de sintonía básica que el terapeuta aspira a alcanzar, sobre todo en la primera sesión, corresponde al momento actual. Este parece ser el nexo clave. En ocasiones, un terapeuta puede establecer nexos similares (entre estados afectivos o corporales y escenas relatadas o desplegadas por el paciente) para encarar otros momentos, fuera de la sesión en sí misma. Tales otros nexos son igualmente importantes como orientadores de posteriores intervenciones referidas a la historia y el presente extratransferencial del paciente, pero no hacen necesariamente de guía respecto de la situación clínica presente en la terapia, a diferencia de la intervención de búsqueda de sintonía en la primera terapia. Desde esta perspectiva, el trabajo de sintonizar con el paciente implica la actividad realizada durante el período inicial, en que el terapeuta recaba información, ya que solo si ha logrado obtenerla podrá escoger un fragmento pertinente, al cual intentará abrochar un estado afectivo.

La búsqueda de la sintonía con el paciente exige una regresión funcional del terapeuta y, según ya lo mencioné, un énfasis en los estados, más que en las acciones, y en particular los estados afectivos. Sin embargo, no siempre la sintonía implica una conexión con los afectos del paciente sino, de modo más regresivo, con sus estados somáticos. Por ello, más que aludir a la empatía (que parece corresponder a procesos más “psíquicos”, como los afectos), prefiero englobar el problema de este tipo de intervenciones clínicas prototípicas aludiendo a la sintonía con el paciente, sea su estado afectivo, sea su estado corporal. El estudio que he realizado permite advertir que la sintonía puede implicar cuatro diferentes actividades por parte del terapeuta: 1) preguntar al paciente qué siente, 2) preguntar si siente un afecto específico (que el terapeuta designa), 3) interpretar un afecto que el paciente no llega a captar, 4) describir un estado somático, en lugar de la cualidad, del matiz afectivo, como paso previo a la interpretación de un afecto.

En todos los casos estudiados las perturbaciones en las intervenciones tendientes a

sintonizar con el paciente fueron una consecuencia de las defensas patógenas de los pacientes desplegadas durante la primera sesión. Como interferencia clínica fueron más eficaces aquellas defensas que durante la sesión tenían un carácter exitoso. A estas interferencias en cuanto a la sintonía durante la primera sesión se agregaban resistencias de contratransferencia del terapeuta. La creatividad (que implica una regresión funcional) del terapeuta puede inferirse por 1) la pertinencia en la elección de la escena sobre la cual interroga en relación con el afecto del paciente, 2) la pertinencia de la elección del momento para intentar sintonizar con el paciente y 3) el tipo de afecto que termina abrochando con dicha situación. La creatividad también puede advertirse cuando el terapeuta logra rectificarse y pasar de una orientación clínica no pertinente a otra más adecuada.

Cabe agregar, por fin, que el texto freudiano donde más podemos aprovechar para estudiar el concepto de empatía es el libro dedicado al chiste (1905c). En este libro, además de destacar los procesos intrapsíquicos de la empatía y su relación con la creatividad, Freud pone el énfasis en la eficacia de los nexos intersubjetivos, tal como también se advierte en el estudio sobre los 15 casos. Se advierte que el empleo de defensas patógenas exitosas por parte del paciente constituye una interferencia en la empatía y la creatividad del terapeuta, quien a veces puede, sin embargo, sobreponerse a este obstáculo, en cuyo caso se ve necesitado de proteger la conexión empática y las intervenciones clínicas consiguientes contra las resistencias subsistentes en el paciente.

V. Investigaciones sistemáticas de la intersubjetividad en contextos más complejos

Hasta ahora solo nos referimos a las investigaciones sobre la intersubjetividad en una situación en que participan solo paciente y terapeuta. En la medida que aumenta la cantidad de participantes en un vínculo, se hace necesario complejizar el enfoque. En una terapia de pareja, por ejemplo pueden darse atrapamientos clínicos entre los pacientes, entre uno de los pacientes y el terapeuta, etc. Igualmente, en el nivel de las escenas desplegadas en sesión suele incrementarse la importancia de los componentes paraverbales y los movimientos, y en consecuencia se hace necesario decidir si lo prevalente es lo expuesto con palabras o es un bostezo, un eructo o un chasquido de lengua, etc.

Existen además contextos intersubjetivos que ya no corresponden a la situación clínica sino a otros tipos de vínculos: laborales, socio-políticos, institucionales. Claro está, en estos vínculos ya no tienen vigencia los interrogantes referidos al diagnóstico, el motivo de consulta, el cambio positivo o negativo en la sesión, las intervenciones del terapeuta, la complementariedad estilística, la búsqueda de la sintonía y sus interferencias, los atrapamientos clínicos, etc. El empleo del ADL en estas investigaciones permite, en algunos estudios, inferir las erogeneidades dominantes, y en consecuencia un conjunto de escenas, de personajes, de espacios, valores o ideales, objetos, etc. Estas investigaciones corresponden pues al plano de la representación social, claro que dentro de un modelo complejo de análisis que incluye también a las defensas y su estado.

En este apartado sintetizaremos algo más extensamente nuestra investigación clínica de una sesión de terapia de pareja y de una manera más breve las restantes, que no corresponden del todo al terreno clínico. Prestaremos aquí menos atención a las investigaciones en psicología social ya que, si bien en todos los casos se trata de casos únicos, singulares, o de varios de ellos reunidos, se presenta un cambio de enfoque respecto de las investigaciones clínicas: no resulta posible estudiar el vínculo en sí mismo, ya que solo contamos con las manifestaciones de uno de sus participantes, y no del

conjunto. Uno de los estudios se centra en las relaciones entre Ricardo, su madre, lady Anne (esposa de Ricardo) e Isabel (madre de una joven a la cual Ricardo pretendía desposar), en el texto de Shakespeare. Otro estudio focaliza los comentarios de madres de niños autistas en un sitio electrónico de intercambio. Comparamos los resultados de esta investigación (que emplea el ADL) con los resultados de otra, en la que se utilizan otros métodos de estudio de casos pero que posee el mismo marco conceptual que la primera. Un tercer estudio investiga las respuestas de un grupo de empleados bancarios en un período de crisis en el cual sufrieron múltiples presiones simultáneas y contradictorias de los clientes y las autoridades. Otro de los estudios investiga proyectos de vida de adolescentes tardíos de uno y otro sexo, en un período de crisis económico-político en la Argentina. El quinto estudio se centra en las páginas web de instituciones de discapacitados en diferentes países: Argentina, Brasil, Estados Unidos, Canadá, España, Francia, Gran Bretaña e Italia. Aunque en estos estudios tenemos en cuenta la perspectiva de la intersubjetividad, analizamos solo una parte de ella, correspondiente a las manifestaciones disponibles, y formulamos además algunas inferencias más amplias, que involucran al conjunto.

V.1. Investigación sistemática de una sesión de terapia de pareja

Comenzaremos con el análisis de la segunda sesión de una terapia de pareja (Britti, A.M., Alvarez, L., Neves, N., Roitman, C.R, Tate de Stanley, C., y Maldavsky, D, 2007). La misma tuvo una estructura notable. En la primera parte, ante la pregunta de la terapeuta referida a cómo habían pasado la semana, el marido pasó rápidamente a reclamar una correspondencia afectiva y sexual de su esposa, y esta a acusarlo de ejercer presión sobre ella, y a aducir que en estas condiciones ella no podía responder espontáneamente a la demanda del esposo. La terapeuta se hacía eco de los argumentos de la mujer. El marido aludió también a un problema económico que lo llenó de angustia. En toda esta primera parte de la sesión, el esposo profería insistentes chasquidos de lengua. En la segunda parte de la sesión, ante la insistencia del paciente en que su esposa también tenía problemas, la terapeuta se centró en la mujer, quien entonces narró la única escena concreta ocurrida entre la sesión precedente y la actual: ella se había sentido menos presionada y se había acercado sexualmente al marido. En sesión este le respondió que ella le había practicado una fellatio sin permitirle que él a su vez la tocara. La terapeuta alcanzó a decir que no le habían dicho nada antes sobre esta escena, pero los pacientes ya no la escuchaban: se entreveraron en una discusión a gritos (ella aducía que él la presionaba y él argumentaba que ella no le correspondía en el terreno afectivo y sexual) hasta el final de la hora. En esta segunda parte fue la esposa, y no el marido, quien profirió constantes chasquidos de lengua.

Al analizar con el algoritmo David Liberman la sesión estudiamos ciertos rasgos de cada paciente pero sobre todo nos centramos en el vínculo entre ellos y con la terapeuta. En el marido, quien reclamaba el amor de su esposa, sobre todo advertimos una combinación entre O2 y la desmentida. En la mujer, que denunciaba las presiones del marido, predominaban A1 y la desmentida. Es decir, se daba un enfrentamiento entre dos desmentidas ligadas con erogeneidades diferentes (O2 para el hombre, A1, para la mujer) y con ello ambos quedaban atrapados en un vínculo sin salida, ya que para cada uno el otro aparecía como fuente de displacer. Sin embargo, ambos se unificaban en otro punto: el chasquido de lengua, al que hemos estudiado, a partir de sugerencias de Liberman, como expresión de un discurso falso, no creíble: palabras y hechos no coinciden, lo cual corresponde a O1y la desmentida. Consideramos que, entre las escenas desplegadas, estos componentes paraverbales, correspondientes a O1, eran los dominantes. Por lo tanto,

era falso que el marido demandaba el amor de su esposa y que esta denunciaba la presión de aquel. La alianza de base en esta pareja se basaba en el refuerzo de un discurso recíproco falso. Además, la insatisfacción sexual en la relación que relataron y la referencia a la situación económica angustiante para el marido, corresponden a LI y la desestimación del afecto, y también los gritos del final de la hora parecen expresar este mismo conjunto de erogeneidad y defensa.

Es posible inferir que la alianza básica en esta pareja se basó en una combinación entre LI y la desestimación del afecto y O1 y la desmentida, y que consultaron porque las defensas correspondientes fracasaron en su vida cotidiana, por lo cual aparecieron las crisis de angustia y una vivencia de falta de confianza básica, como ocurre cuando palabras y hechos no coinciden. En el comienzo de la sesión prevaleció una alianza entre la paciente y la terapeuta, ambas unificadas en la denuncia contra el marido (A1 y desmentida), pero luego la terapeuta quedó desconcertada y paralizada ante la escena sexual relatada por ambos cónyuges y terminó en silencio ante los gritos de la pareja en la sesión. Así que la terapeuta padeció un primer atrapamiento clínico al aparecer como colaboradora de la paciente en una lucha vindicatoria contra el marido y luego sufrió un segundo atrapamiento clínico, esta vez ante la alianza de la pareja contra ella, por lo cual la terapeuta sufrió una revelación tardía de una situación inesperada y además de las descargas catárticas del matrimonio. En esta situación en los integrantes de la pareja el estado de la desmentida, acompañante de O1, y de la desestimación del afecto (ligada a LI) era exitoso. De modo que los pacientes lograron restablecer en sesión el estado exitoso de la defensa patógena, en lugar del fracaso que los llevó a consultar.

En esta investigación consideramos: 1) los relatos de cada paciente, 2) las escenas desplegadas en sesión por uno y otro, 3) la relación de pareja, 4) la relación de cada miembro de la pareja con la terapeuta, 5) la relación de los dos pacientes unidos con la terapeuta. Todo ello implica una mayor complejización en el análisis, sobre todo en el momento en que se hace necesario articular los diferentes hallazgos parciales en un todo coherente en el cual a menudo, como en este caso tienen fuerte relevancia los componentes paraverbales.

V.2. Investigaciones sistemáticas de la intersubjetividad en el terreno psicosocial

Comencemos con una investigación afín a la recién reseñada, pero aplicada al campo de la literatura. Me refiero al análisis de algunas escenas del texto de Shakespeare sobre Ricardo III. Las escenas que estudiamos corresponden a las relaciones de Ricardo con tres mujeres: su madre, lady Anne (su esposa) e Isabel, la madre de otra joven a la que también pretendía desposar. Por un lado, estudiamos las relaciones que Ricardo tenía con lady Anne y con Isabel. Una y otra comenzaba manifestándole su odio, ya que él había matado a hombres de una y otra familia (esposo, hijos, etc., de las mujeres), y terminaba quebrada por una mezcla de seducción, ostentación de poder y mentiras que Ricardo desplegaba. En un comienzo, prevalecían en ambas mujeres A1 y la defensa acorde a fines exitosa, y por fin, ambas quedaban ubicadas en una posición de inermidad ante las mentiras de Ricardo (O1 y desmentida fracasada). En tales escenas (ocurridas entre dos personajes) Ricardo pasaba de A1 y la desmentida fracasada a O1 y la desmentida exitosa.. Pero había una escena en la cual participaban Isabel, Ricardo y su madre, que requiere un análisis más complejo. Por ejemplo, la madre de Ricardo tenía que reforzar la hostilidad ante su hijo,

incluyendo no solo la que ha tenido desde siempre (A1 y la desmentida) sino otra adicional (A1 y la defensa acorde a fines), derivada de la presencia de Isabel, quien lo atacaba porque este había matado a sus hijos. En consecuencia, la madre de Ricardo debía redoblar su hostilidad como demostración ante ella, y su hijo se dejaba maltratar, ambos reunidos en una alianza para seducir, por motivos distintos, a Isabel. En esta alianza, A1 quedaba al servicio de una fachada, es decir, expresaba O1 y la desmentida exitosa. En esta apariencia, la madre triunfaba en un primer momento, ya que lograba maldecir a su hijo (A1 y la desmentida exitosa), pero luego este obtenía su rédito, ya que lograba conquistar a Isabel y, a través de ella, a su hija como futura esposa (O1 y la desmentida exitosa). Este análisis, como el precedente, pone en evidencia la necesidad de complejizar el enfoque cuando se incrementa el número de intervinientes en una relación, claro que en el terreno de un texto literario. No se puede afirmar que este es un estudio intersubjetivo con pleno derecho, porque en el fondo todos los personajes son creaciones de un autor, y no sujetos poseedores de su propia vida pulsional y sus defensas. Y aunque podemos aceptar el carácter universal de lo que Shakespeare nos muestra, se trata de un texto literario, y no un intercambio ocurrido en los hechos.

Pasemos ahora a la segunda investigación, centrada en la relación paterno-filial en el tratamiento de niños autistas. Esta investigación contiene el contraste entre dos métodos que estudian dos muestras parcialmente similares. Ambas investigaciones se basaron en los mismos conceptos, en particular en relación con las defensas. Por un lado se estudió la evolución clínicamente positiva de niños autistas tratados de pequeños junto con sus padres. Para sistematizar los datos, la investigadora construyó (Kaufmann, L., 2007) unas grillas en las que quedaban operacionalizadas diferentes variables relacionadas con las manifestaciones tanto del niño como de sus padres en las sesiones. Fue posible advertir que al principio del tratamiento en los padres predominaba una captación del hijo como carente de subjetividad, y que a su vez el niño tendía a reforzar este circuito restando subjetividad a sus padres. En consecuencia, predominaba entre ellos un vínculo basado en la desestimación del afecto y la correspondiente ausencia de las cualidades psíquicas. La terapeuta, que había llegado a estas conclusiones apelando a unas grillas de categorización de las manifestaciones del niño y de sus padres, con un equipo contrastó (Maldavsky, D., et. al, 2007g) estas conclusiones con las obtenidas al estudiar unas páginas web en las que padres de niños autistas relataban sus respectivas experiencias con sus hijos. Para estudiar estos relatos recurrimos al algoritmo david Liberman (ADL) y llegamos entonces a la conclusión de que en las madres, que hablaban de sus hijos, como si carecieran de subjetividad y fueran solo cuerpos (manipulables o no), predominaba la desestimación del afecto. Por lo tanto, ambas conclusiones resultaban coincidentes.

Como se advierte en este caso, el estudio del discurso de las madres en la página web pudo ser combinado con un estudio clínico, por lo cual, gracias a este complemento, resultó más fácil el análisis desde la perspectiva de la intersubjetividad. Por ello, la síntesis de esta investigación, así como la de la anterior, tiene un valor transicional. En las 3 restantes la perspectiva intersubjetiva conduce a aventurarse en un terreno más especulativo. Comencemos con la primera. En el 2001 se produjo una crisis económico-política en Argentina, que incluyó una sucesión de presidentes de la Nación con un poder precario, la brusca caída del valor de la moneda y la casi total imposibilidad de retirar depósitos de los bancos. Los empleados bancarios eran presionados simultáneamente por los clientes y por los directivos, ambos con objetivos contrapuestos: los primeros, recuperar sus depósitos, los segundos, proteger el banco de una hemorragia monetaria que los dejara insolventes. En ese entonces, en el marco de una tarea de fortalecimiento institucional, el

psicólogo del equipo de trabajo solicitó a empleados de dos sucursales correspondientes a distintos bancos que respondieran por escrito a varias preguntas referidas a cómo veían el pasado, el presente y el futuro en su trabajo. El análisis de estas respuestas fue parte de una tesis de doctorado (Plut, S., 2005) y de un trabajo ulterior (Maldavsky et al., 2006e), ambos centrados en el estrés laboral. Concluimos que para varias erogeneidades, sobre todo LI, A2 y FU, predominaba la defensa acorde a fines fracasada, pero que para O2 la defensa era la desmentida, empleada de un modo funcional. Es decir, los empleados bancarios resolvían el conflicto entre las dos presiones (y las identificaciones correspondientes con ambos sectores en pugna) recurriendo a una defensa (la desmentida) que a menudo es patógena, aunque en ciertas situaciones extremas, como la que estamos describiendo, no lo es. También sostuvimos que esta “solución” (recurriendo a argumentos tales como que había que sacrificarse y hacer el esfuerzo por cuestiones afectivas, como en una familia) era una manera de procesar el sentimiento de injusticia de los empleados y que, de proseguir la situación, posiblemente el equilibrio que habían logrado se perdiera y aparecieran manifestaciones psicósomáticas, crisis de pánico, etc.

La cuarta investigación abarcó el mismo período crítico en Argentina pero se centró en una muestra diferente y obtenida con otras técnicas. Durante los años 2000 y 2002 se administró el Test de Relaciones Objetales (Test de Phillipson) a 44 mujeres y 49 hombres que contaban entre 20 y 30 años (Maldavsky, D., et. al. 2006d). Para esta investigación sólo se estudiaron las respuestas a 4 láminas, entre ellas las láminas en blanco. El objetivo de la investigación consistió en detectar si había diferencias en cuanto a proyectos de vida en la adolescencia de varones y mujeres en un momento de crisis. Concluimos que en ambos grupos prevalecían las mismas erogeneidades (O2, FU, FG) y defensas fracasadas, pero que se daban diferencias en cuanto al estado de las defensas acorde a fines que empleaban. En las mujeres se advertía una actitud más activa que en los hombres en lo concerniente a los proyectos en el terreno laboral y el compromiso afectivo. Las diferencias no correspondían a las erogeneidades (que ponen en evidencia una cosmovisión) sino al estado de las defensas funcionales: en los hombres prevalecía el éxito/fracaso y en las mujeres el éxito.

Estas dos investigaciones se centraron en grupos de sujetos reunidos a partir de un criterio: su pertenencia a determinada actividad laboral en un momento dado, en la primera investigación, su adscripción al grupo de los adolescentes tardíos, en la segunda. En ambos casos nos fue posible detectar las erogeneidades y las defensas dominantes y su estado. Consideramos a cada una de las dos muestras como representativas de grupos más amplios. En ambas investigaciones consideramos las respuestas obtenidas en un contexto socio-económico y político, pero en los hechos sólo pudimos estudiar tales respuestas, lo cual incluye el estudio del ideal, la representación-grupo, las escenas, los personajes, los espacios, los objetos, pero solo de una de las partes, y no de la o las otras. Por ello, la perspectiva de la intersubjetividad aparecía como referencia a un marco global, que resultaba imposible investigar de manera concreta como intercambio de recíprocas influencias entre las partes. Esta deficiencia fue especialmente notable en relación con la investigación sobre adolescentes. Estudios más recientes en este grupo etario (pero con muestras de años posteriores) revelaron respuestas similares a las previas, pese a que ya se habían atenuado los problemas más críticos de los años previos. Por ello fue necesario matizar las conclusiones, y dar relevancia no tanto a la situación crítica puntual sino a otros factores económicos-políticos y sociales de carácter más crónico.

La quinta investigación requiere a su vez un enfoque conceptual más complejo (Maldavsky et. al., 2008). En primer lugar, la muestra no ha sido obtenida con instrumentos

específicos de recolección de material, como ocurrió en las dos investigaciones previas, sino que está constituida por páginas web creadas por instituciones que representan a grupos de discapacitados. Seleccionamos 4 páginas por país, y estudiamos las de Argentina, Brasil, Estados Unidos, Canadá, Francia, España, Gran Bretaña e Italia. Como el material disponible era muy extenso, elegimos centrarnos en el portal de cada página web, que es el equivalente de la página inicial de un periódico o la tapa de una revista de actualidad.

Por un lado, comparamos las portadas de las páginas web de cada país y por otro las de diferentes países. Advertimos que las páginas web de cada país tienen fuertes semejanzas en cuanto a las erogeneidades implicadas y los correspondientes personajes, escenas, ideales o valores, espacios, etc. En cambio, se diferencian de las páginas de otros países, sobre todo en cuanto a la erogeneidad dominante. Por ejemplo, en Francia prevalece A1 y en España, A2. Las defensas acompañantes no son patógenas: a veces prevalece la defensa acorde a fines y a veces la creatividad. Una misma erogeneidad, como A2, era manifestada con mayor o menor riqueza de expresión en páginas de diferentes países. Para llegar a esta conclusión primero debimos operacionalizar el concepto (grado de expresividad).

Postulamos (Maldavsky, D., 2007) que a veces, al comparar dos discursos, se hace necesario distinguir entre una mayor o menor riqueza de recursos expresivos dentro de un mismo lenguaje del erotismo. Ambos discursos poseen los mismos lenguajes del erotismo, e inclusive las mismas defensas y el mismo estado de ellas, pero uno es notoriamente más expresivo que el otro. En la clínica esta diferencia puede darse, por ejemplo, entre dos discursos de un mismo paciente, ocurridos con una distancia de un par de años, y en tal caso la alternativa que queda es aludir a un incremento o disminución de su riqueza expresiva. Un problema similar se puede presentar en el terreno psicosocial, al comparar dos discursos de diferentes periódicos, escritores, etc. Las diferencias en cuanto a la riqueza expresiva abarca a ambos niveles de análisis. En el nivel del relato, algún texto puede incluir escenas o rasgos de algún personaje que otros no. Es posible que la diferencia en cuanto a la expresividad entre ambos textos se detecte más en el terreno de las escenas desplegadas (sea por apelar a diferentes recursos: verbales, paraverbales, motrices, sea en el interior de uno de dichos recursos). En este terreno es conveniente destacar que, en el interior de un mismo lenguaje del erotismo, la insistente repetición del mismo repertorio, como ser las dramatizaciones para FG, o las síntesis para A2, o las injurias para A1, no es indicio de riqueza expresiva sino de estereotipia. En cambio, una combinación entre elogios, promesas, exageraciones, comparaciones metafóricas y dramatizaciones, es un indicio más claro de riqueza expresiva. Igualmente, podemos comparar dos periódicos que aluden a un mismo hecho, por ejemplo un atentado en Alemania contra un grupo turco o gitano. Un periódico puede limitarse a informar del episodio, mientras que otro trae aproximadamente la misma información, pero además aporta una foto de la calle donde ocurrió el incidente o un mapa del barrio, y una nota adicional con una opinión sobre los conflictos étnicos y su origen en esa región. Los textos de ambos periódicos son básicamente A2 en cuanto a los actos del habla (aunque el contenido relatado puede corresponder a A1), pero el segundo periódico posee mayor riqueza expresiva que el primero. El grado de expresividad es una forma de operacionalizar mecanismos no patógenos, como la creatividad o la defensa acorde a fines, y, en el plano que nos ocupa ahora, es indicador del mayor o menor interés de las instituciones por desarrollar la página web.

Una vez detectadas las diferencias en cuanto a las erogeneidades implicadas y la mayor o menor expresividad de cada página, se nos hizo necesario conectar nuestros hallazgos con otros factores, referidos a los usuarios de dichas páginas, la historia de las

instituciones de discapacidades en esa zona y su relación con sectores de la actividad pública nacional o regional. Entonces pudimos establecer nexos entre los actores sociales, las políticas sanitarias y otros factores. Por ejemplo, en las páginas de España, en las que predomina A2, el mensaje (básicamente informativo) es pobre en relación con los recursos que el formato web ofrece, y los destinatarios son asociaciones locales y organismos intermedios, que hacen de enlace con el Estado. En Francia en cambio, prevalece A1, con una tendencia a reivindicar los derechos de los discapacitados. El mensaje es rico en relación con los recursos que el formato web ofrece, y los destinatarios son no solo las asociaciones y los organismos intermedios, sino también los ciudadanos, que tienen fuerte participación en los movimientos de protesta pública. El estudio de estas páginas web puede resultar útil, además, para realizar inferencias sobre las representaciones contenidas en el terapeuta cuando se hace cargo del tratamiento de un paciente discapacitado

Discusión y conclusiones

En mi libro *Sobre las ciencias de la subjetividad* (1997) sostuve que las prácticas científicas en diferentes disciplinas conducen al desarrollo de una epistemología, o al menos a sectores específicos de ella, y destacué que en psicoanálisis es necesario disponer de anécdotas epistemológicas que enriquezcan la reflexión, del mismo modo que ocurre con algunas anécdotas que jalonaron los avances en otras ciencias.

Las investigaciones que he reseñado en este trabajo pueden ser consideradas como una parte de tales anécdotas, en particular en torno de dos problemas: la investigación sistemática y la intersubjetividad.

Lo común a ambos problemas se puede reunir en la propuesta acerca del psicoanálisis como ciencia. Lo es en la medida en que su práctica se acompaña de métodos de investigación sistemática basados en sus conceptos fundamentales, y también lo es si la práctica clínica no depende solo del encuentro entre dos participantes sino también si se atiene a reglas precisas y si los terapeutas cuentan (a sabiendas o de manera inadvertida) con criterios para la autorectificación, que se vuelvan eficaces durante el trabajo clínico.

Las investigaciones recién reseñadas intentan mostrar sobre todo que es posible cumplir con el primero de estos requisitos, es decir que existe un método de estudio sistemático que se basa en los conceptos psicoanalíticos básicos. Además, una parte de los estudios reseñados, los centrados en la intersubjetividad en la clínica, también intentan poner en evidencia que los terapeutas obedecen a criterios implícitos para autorrefutarse durante la sesión y para hallar caminos alternativos de abordaje clínico (rectificación). Asimismo, se advierte que tales criterios operantes en las sesiones promueven una inquietud o un desazón epistemológica cuando el terapeuta no acierta con el camino clínico, y que acompaña a otros malestares que puede sufrir.

El hecho de que el terapeuta a veces tenga dos estrategias, una de las cuales es clínicamente no pertinente, y que se rectifique y pase a desarrollar una adecuada a las circunstancias, conduce a sugerir que durante la sesión opera con una posición que, metodológicamente, se asemeja al falsacionismo (Popper, 1972), en el sentido de buscar no tanto convalidar sus conjeturas, sino autorrefutarse. Dicho en términos de Freud (1950a {1895}), el terapeuta parece sobreinvertir el sector dispar, aquello que no coincide con sus conjeturas, y quizá el no hallar una clave para entender dicho sector se le transforme en fuente de malestar en las sesiones. El hallazgo de la complementariedad estilística parece ser consecuencia de haber alcanzado una mejor comprensión de la situación clínica concreta.

El ADL ha surgido y se ha desarrollado en el esfuerzo por procesar una permanente tensión entre, por un lado, los conceptos freudianos básicos (pulsión y defensa) y por otro los desarrollos metodológicos recientes en la investigación sistemática y en la jerarquización de la intersubjetividad. En nuestras investigaciones intentamos mostrar que es posible combinar todas estas orientaciones recurriendo a la perspectiva de la complejidad.

He sintetizado aquí 12 investigaciones. Dos de ellas se centran en tipos de pacientes, otras 4, en la intersubjetividad en la clínica individual, 1, en la intersubjetividad en una terapia de pareja, y otras 5, en la intersubjetividad en contextos más amplios. Los hallazgos de estas investigaciones conciernen al terreno clínico y al psicosocial, y han sido resumidos en las páginas precedentes. Algunos otros hallazgos corresponden al terreno psicopatológico. Por ejemplo, en las afecciones psicósomáticas prevalece la combinación entre 1) LI y la desestimación del afecto, y 2) O1 y la desmentida, y en las afasias predomina la combinación entre 1) LI y la desestimación del afecto y 2) A2 y la defensa acorde a fines. Además, hemos inferido (Maldavsky et. al, 2007h) que en las afasias la lesión cerebral afecta la capacidad de recurrir al pensamiento abstracto, inherente a O1. Otros hallazgos, por fin, conciernen al terreno conceptual psicoanalítico, sobre todo a la estructura del yo. Entre ellos figuran la revalorización y el empleo sistemático del concepto freudiano de corrientes psíquicas (Maldavsky et al., 2005), el advertir que una misma erogeneidad puede ser procesada simultáneamente por dos o más mecanismos o que un mismo mecanismo, como la desmentida, puede combinarse simultáneamente en un mismo paciente con dos o más erogeneidades y tener un estado diferente con cada una de ellas.

REFERENCIAS

- Austin, J. L. (1962). *How to do things with words*. Oxford University Press: Oxford, England
- Britti, M., Alvarez, L., Neves, N., Roitman, C.R, Tate de Stanley, C., y Maldavsky, D., (2007). Exigencias de amor, presiones y chasquidos de lengua en una sesión de pareja, estudiada con el algoritmo David Liberman (ADL), *Actualidad Psicológica*, N° 352, pp. 7-11.
- Dahl, H. Kächele, H., Thomae, H., eds., (1988) *Psychoanalytic process research strategies*, New York, Springer-Verlag.
- Freud, Sigmund (1900a). [1899] *La interpretación de los sueños*, en AE, vols. 4-5.
- Freud, Sigmund (1901b). *Psicopatología de la vida cotidiana*, en AE, vol. 6.
- Freud, Sigmund (1905c). *El chiste y su relación con lo inconsciente*, en AE, vol. 8.
- Freud, Sigmund (1905e). Fragmento de análisis de un caso de histeria, en AE., vol. 7.
- Freud, Sigmund (1909b). Análisis de la fobia de un niño de cinco años, en AE, vol. 10.
- Freud, Sigmund (1910d). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica, en AE, vol. 11.
- Freud, Sigmund (1911c [1910]). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Demencia paranoides) descrito autobiográficamente, en AE, vol. 12.
- Freud, Sigmund (1913g). Dos mentiras infantiles, en AE, vol. 12
- Freud, Sigmund (1914a). Acerca del *fausse reconnaissance* ("déjà raconté) en el curso del trabajo psicoanalítico, en AE, vol. 13
- Freud, Sigmund (1914g). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II), en AE, vol. 12.

- Freud, Sigmund (1915e). Lo inconciente, en AE, vol. 14.
- Freud, Sigmund (1915f). Un caso que contradice la teoría psicoanalítica, en AE, vol. 14.
- Freud, Sigmund (1916d). Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico, en AE, vol. 14.
- Freud, Sigmund (1918b). De la historia de una neurosis infantil, en AE, vol. 17.
- Freud, Sigmund (1919e). Pegan a un niño. Contribuciones al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales, en AE, vol. 17.
- Freud, Sigmund (1924b). Neurosis y psicosis, en AE, vol. 19.
- Freud, Sigmund (1927e). Fetichismo, en AE, vol. 21.
- Freud, Sigmund (1931b). Sobre la sexualidad femenina, en AE, vol. 21.
- Freud, Sigmund (1940). La escisión del yo en el proceso defensivo, en AE, vol. 23.
- Gelso, C. J. (1979). Research in counselling, Methodological and professional issues, *The counselling psychologist*, 8, 7-36.
- Green, A. (2003). The pluralism of science and psychoanalytic thinking, Leuzinger-Bohleber, Marianne et al (eds), *Pluralism and unity?* pp. 26-44,. IPA editions.
- Greimas, A. J. (1966). *Semántica estructural*, Madrid, Gredos, 1971.
- Greimas, A. J. (1970). *En torno al sentido*. Madrid, Fragua, 1973.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research, *J. Consult, Clinical Psychology*, 61, 3, 373-380.
- Holt, Robert R., (2007)., Primary Process Scoring Manual, *Handbook of Clinical Scoring Systems for Thematic Apperceptive Techniques* Taylor and Francis, NY.
- Kazdin, A. E., (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. New York:Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th ed.) Allyn and Bacon, Boston.
- Kächele, H., Albani, C., Buchheim, A., Hölzer, M., Hohage, R., Mergenthaler, E., Jiménez, J. P., Leuzinger-Bohleber, M., Neudert-Dreyer, L. and Thomä, H.. (2006). The German specimen case, Amalia X: Empirical studies, *International Journal of Psychoanalysis*, vol 87, nº3, 809-826.
- Kaufmann, Liliana (2007)., El niño pequeño con signos clínicos de autismo, sus padres y el tratamiento psicodinámico, Tesis de Doctorado, UCES.
- Leitenberg, H. (1973). The use of single-case methodology in psychotherapy research, *J. Abnorm. Psychol.*, 82, 1, 87-101
- Maldavsky, D. (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1997.
- Maldavsky, D. (2001). Análisis computacional del lenguaje desde la perspectiva psicoanalítica, editado en CD Rom.
- Maldavsky, D. (2003). *La investigación psicoanalítica del lenguaje: algoritmo David Liberman*, Buenos Aires, Editorial Lugar.
- Maldavsky, D., Bodni, O., Cusien, I., Lambersky de Widder, F., Roitman, C., Tamburi, E., Tarrab de Sucari, E., Tate de Stanley, C. y Truscello de Manson, M. (2001). *Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas*, Nueva Visión, 2001.
- Maldavsky, D., et al. (2005). *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)*, UCES ed. Buenos Aires.

- Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A. Ma., Buceta, C., Cantis, J., de Durán, R., Cusien, I., Falise, C., Frigerio, R., García, K., García Grigera, H., Garzoli, E., Iusim, M., Jarast, G., Kazmierski, J., Lacher, G., Manson, M., Neves, N., Plut, S., Rodríguez Calo, M., Roitman, C., Romanisio, O., Scilleta, D., Sloin de Berenstein, R., Tarrab, E., Tate de Stanley, C., Varela, R. (2006a). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*, Editorial Lugar, Buenos Aires, en prensa.
- Maldavsky D., Alvarez L., Britti A.M., Neves N., Roitman C.R., Tate de Stanley, C., (2006b). Libidinal fixations and defenses in psoriasis illness: analysis of the discourse with DLA, SPR Meeting, Edimburgo.
- Maldavsky, D., y Caride, M.R., (2006d). Are there differences between young women's and men's life projects? Studying the psychosocial field with David Liberman algorithm (DLA), SPR Meeting, Edimburgo.
- Maldavsky, D., Plut, S., Stein, E. (2006e). "Work stress and social trauma in bank employees during the political, economical and social Argentinean crisis of 2001-2002", SPR Meeting, Edimburgo.
- Maldavsky, D., et al., (2007a). El caso Z revisado. Investigación sistemática de las erogeneidades y las defensas en el contexto intersubjetivo con el algoritmo David Liberman (ADL), *Clínica e Investigación relacional*, Vol1 (1), pp. 192-224.
- Maldavsky, D., Cantis J., de Durán R. y García Grigera H., (2007b). Un caso de afasia estudiado con el algoritmo David Liberman (ADL), enviado.
- Maldavsky, D., Cantis J., de Durán R. y García Grigera H, (2007c)., Un caso de afasia con fluencia motriz y paraverbal, *Summa Psicológica*, Chile, en prensa.
- Maldavsky D., Cantis J., de Durán R., García Grigera H., (2007d). Tres casos de afasia: investigación de las erogeneidades, las defensas y su estado con el algoritmo David Liberman (ADL). *Subjetividad y procesos cognitivos*, nº 10, pp. 79-138.
- Maldavsky, D., (2007e)., The therapist's achievements and difficulties in the attunement to the patient during the first session: a study of 15 cases, enviado.
- Manson M., Alvarez, L., Maldavsky D., (2007f). Sobre las fijaciones pulsionales, las defensas y su estado en un paciente con soriasis, estudiado con el algoritmo David Liberman (ADL), *Subjetividad y procesos cognitivos*, Nº 11, en prensa.
- Maldavsky, D., y Scilleta, D., (2007g). Investigación acerca del vínculo madre – hijo con diagnóstico de autismo, Jornadas de desvalimiento, UCES.
- Maldavsky D., Cantis, J., de Durán R., García Grigera, H., (2007h). Contributions to the clinical, psychopathological and theoretical research into aphasic patients using the David Liberman algorithm (DLA), enviado
- Maldavsky, D., (2007). La riqueza expresiva como operacionalización de la creatividad, www.psicoolisis.com.ar.
- Maldavsky, D., y Stein, E. (2008). Análisis exploratorio del discurso de las asociaciones de discapacitados en Argentina, Brasil, España y Francia. Aplicaciones del algoritmo David Liberman (ADL), *Actualidad Psicológica*, en prensa.
- Perron, Roger (2006). Decir, no decir, decir de otro modo, en *Subjetividad y procesos cognitivos* nº 10, UCES, Buenos Aires.
- Plut, S. (2005). Estudio exploratorio del estrés laboral y trauma social en los empleados bancarios durante el corralito, Tesis de Doctorado, UCES.
- Searle, John (1969). *Speech acts: An essay in the philosophy of language*. Cambridge, England: Cambridge University

- Stake, R. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Widlöcher, Daniel (2001). Sobre la cuestión de la refutabilidad y la investigación clínica planificada en psicoanálisis, en *Subjetividad y procesos cognitivos*, 1, UCES ed, Buenos Aires.
- Wiethaeuper, D., Bouchard, M-A., Rosenbloom, S. (2004). "Linguistic styles and complementarities in analyzing character", *International Journal of Psychoanalysis*, 2004, 6.
- Yin, R. K., (1994). *Case study research: Design and methods* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.