

Una investigación sistemática de la subjetividad del mismo terapeuta en tres primeras sesiones aplicando el ADL (algoritmo David Liberman)

Arboles de decisiones clínicas, contratransferencia, complementariedad estilística*

David Maldavsky et al**

Resumen

La presente investigación se centra sobre la subjetividad del terapeuta, en particular sobre la contratransferencia, el árbol de decisiones clínicas y la complementariedad estilística. La muestra está constituida por tres primeras sesiones de un mismo terapeuta con pacientes de aproximadamente la misma edad en un período cercano. El método empleado para la investigación es el ADL (algoritmo David Liberman), que permite detectar la erogeneidad y las defensas con instrumentos que enfocan diferentes niveles de análisis: relato, frase, componentes paraverbales, palabras.

Palabras clave

árbol de decisiones clínicas, complementariedad estilística, contratransferencia, subjetividad del analista, algoritmo David Liberman

A systematic research on the same therapist's subjectivity in three first sessions, applying DLA (David Liberman algorithm)

Trees of clinical decisions, counter-transference, stylistic complementariness

Summary

The present research is centered on the therapist's subjectivity, specially on the counter-transference, the tree of clinical decisions and the stylistic complementariness. The sample was integrated by three first session (belonging to the same period) of the same therapist, with patients with almost the same age. The method used for the research is DLA (David Liberman algorithm), that allows to research the erotogenicity and the defenses with tools that focus on different levels of analysis: narration, phrase, para-verbal components, words.

Key words

tree of clinical decisions – stylistic complementariness – counter-transference – analyst's subjectivity – David Liberman algorithm

Presentación

Son poco frecuentes las investigaciones psicoanalíticas sobre el aspecto subjetivo del estilo del terapeuta durante las sesiones recurriendo a instrumentos sistemáticos, y menos aún los contrastes entre los estilos de un mismo terapeuta (en sesiones de un periodo cercano) con diferentes pacientes. Una de las dificultades para desarrollar estas investigaciones consiste en la falta de instrumentos sistemáticos para el estudio del discurso que se sustenten en la teoría

* Este trabajo reúne y reformula tres investigaciones, una de ellas (Buceta, Alvarez, Cantis, de Durán, García Grigera y Maldavsky, 2004) expuesta en el Meeting de la SPR 2004 (Roma), la otra (Buceta, Maldavsky, Cantis, de Durán, García Grijera, 2005), en el Congreso de IPA 2005 (Rio de Janeiro), y la otra (Buceta, Cantis, de Durán, García Grijera, Maldavsky, 2005), en el Meeting de la SPR 2005 (Montreal).

** Cristina Buceta, Rita de Durán, Jorge Cantis, Horacio García Grijera

psicoanalítica. Como el estilo del terapeuta está en estrecha relación con el del paciente, el enfoque del problema requiere además de una perspectiva que tome en cuenta el vínculo entre ambos, con lo cual el problema metodológico se complejiza.

En la década de los 80 D. Liberman (1970) tuvo plena conciencia de estos problemas y propuso un método para investigar el vínculo terapéutico en estos términos. Por nuestra parte, hemos intentado refinar y actualizar tales propuestas metodológicas, que expondremos en la primera parte del trabajo. La segunda está dedicada a la aplicación del método (al que denominamos algoritmo David Liberman, ADL) al estudio de tres primeras sesiones de un mismo terapeuta con diferentes pacientes, correspondientes a un periodo cercano. Luego discutiremos los resultados de nuestros estudios para exponer algunos aportes, en una conclusión.

La investigación se centra en dos aspectos de la subjetividad del terapeuta: el estilo (grado de pertinencia clínica, árbol de decisiones) del terapeuta y la contratransferencia. Nos interesa sobre todo dilucidar hasta dónde ambos aspectos son un efecto de las manifestaciones del paciente en la sesión y hasta dónde constituyen un sello personal del terapeuta.

También deseamos saber si los instrumentos contruidos para el análisis del discurso desde la perspectiva psicoanalítica son pertinentes y correctos y poseen suficiente fineza para detectar las sutilezas de las manifestaciones clínicas, contenidas a veces en detalles aparentemente poco relevantes.

I. Método e instrumentos

La investigación del intercambio discursivo en las sesiones con el ADL

El ADL constituye un método de investigación sistemática del lenguaje desde la perspectiva psicoanalítica (Maldavsky, 1997, 1998, 1998b, 1999, 2002a, 2004a, Maldavsky et al., 2000). El método resulta útil para investigar tanto conceptos de la teoría cuanto situaciones clínicas. Ha sido usado, por ejemplo, para refinar la teoría freudiana de las corrientes psíquicas

(Maldavsky, 2004c), y también para estudiar con detalle procesos terapéuticos o la mente del analista.

El método aspira a investigar los dos grandes factores que, según Freud (1916-17), conducen a dar cuenta de las diferencias entre las estructuras clínicas: fijaciones libidinales y defensas. Las erogeneidades estudiadas son^{*}: libido intrasomática (LI), oral primaria (O1), sádico oral secundaria (O2), sádico anal primaria (A1), sádico anal secundaria (A2), fálico uretral (FU), fálico genital (FG)^{**}. En cuanto a las defensas, el método permite estudiar las

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

** Vale la pena realizar algunos comentarios al respecto. Se ha criticado a este enfoque de las erogeneidades, que parte de las propuestas de Freud (1933a) y de Abraham (1924), por poseer un carácter descriptivo. Sin embargo, para Freud (1940a) el desarrollo libidinal puede engarzarse con una meta: neutralizar con mayor vigor la tendencia a la inercia propia de la pulsión de muerte (Maldavsky, 1995a). Precisamente por ello una fijación libidinal a un trauma resta al conjunto de uno de los componentes de Eros; al contrario, dicho componente separado del resto puede transformarse en la brecha que reintroduce el triunfo de la inercia en el seno de las pulsiones de vida (generalmente, por la vía del masoquismo). Otra objeción se refiere al inventario de dichas pulsiones. Se nos puede cuestionar por no incluir en él a la pulsión escópica o a la pulsión invocante, por ejemplo. A ello respondemos que estas constituyen para Freud pulsiones derivadas, como consecuencia de la erotización de un componente de la autoconservación, del mismo modo que la pulsión de aferrar, la pulsión de saber y otras tantas. Bodni (1999) propuso, al respecto, integrar al conjunto una pulsión de transmitir. Otra objeción se centra en que aparentemente dicha teoría de las fijaciones pulsionales se contraponen con la temporalidad psicoanalítica, que destaca el peso de la retroacción. Sin embargo, la retroacción no corresponde tanto al terreno de las pulsiones sino al de las huellas mnémicas, de los recuerdos, vueltos a menudo traumáticos a posteriori, y este es un problema del yo. Y, si nos ubicamos en este terreno, el del yo, advertimos que las fijaciones tienen un papel doble en cuanto a definir cuál es el desenlace del conflicto nuclear (entre los complejos de Edipo y de castración). Por un lado, le aporta a la defensa central de ese momento (represión, desmentida, etc.) una formación sustitutiva específica, un producto psíquico, como la fantasía de ser golpeado (Freud, 1919e). La fijación pulsional aporta, pues, una formación masoquista específica, diferencial para cada estructura clínica. Por otro lado, la fijación pulsional le aporta al conjunto de las defensas del tiempo edípico una anticipación. Una fijación sádico oral secundaria a un trauma suele anticipar que en el tiempo edípico prevalecerá una defensa ante la realidad y la instancia paterna. Es que la temporalidad psíquica es doble: está constituida, sí, por la retroacción, pero también por la anticipación, que es su complemento. Otra objeción se centra en criticar a la pulsión fálico genital como normatizante, como expresión de una presunta madurez. No es esta la posición de Freud. En principio, Freud (1905d) considera que el surgimiento de esta pulsión crea un estado tóxico universal: una tensión erótica no tramitable que persiste duraderamente. Además, al surgir esta pulsión las restantes pasan a constituirse como pulsiones parciales, se reordenan, con los correspondientes conflictos. Asimismo, se crea un conflicto inédito hasta el momento de su surgimiento: la sexualidad se contraponen en el yo a la pulsión de conservación de la especie (Freud, 1940a). Esta pulsión requiere una tramitación diferencial, que Freud (1940a) estipula: desasimilación de la autoridad de los padres y hallazgo de un objeto exogámico, ambos de enorme peso en los procesos subjetivos y fuertemente perturbadores del status quo preexistente.

funcionales y las patógenas, y entre estas las centrales (represión, desmentida, desestimación de la realidad y de la instancia paterna, desestimación del afecto) y las complementarias (identificación, proyección, aislamiento, etc.), así como su estado (éxito, fracaso, etc.). El objetivo central de una investigación puede consistir en detectar el cambio clínico del paciente, es decir, el cambio en la defensa. Pero Freud (1915c) sostenía que las defensas son destinos de pulsión, y en consecuencia el estudio del mecanismo hace necesario primero investigar cuál es la erogeneidad en juego. A su vez, la investigación de la defensa permite realizar conjeturas sobre la eficacia de la pulsión de muerte, y no solo de Eros.

†* Vale la pena realizar algunos comentarios al respecto. Se ha criticado a este enfoque de las erogeneidades, que parte de las propuestas de Freud (1933a) y de Abraham (1924), por poseer un carácter descriptivo. Sin embargo, para Freud (1940a) el desarrollo libidinal puede engarzarse con una meta: neutralizar con mayor vigor la tendencia a la inercia propia de la pulsión de muerte (Maldavsky, 1995a). Precisamente por ello una fijación libidinal a un trauma resta al conjunto de uno de los componentes de Eros; al contrario, dicho componente separado del resto puede transformarse en la brecha que reintroduce el triunfo de la inercia en el seno de las pulsiones de vida (generalmente, por la vía del masoquismo). Otra objeción se refiere al inventario de dichas pulsiones. Se nos puede cuestionar por no incluir en él a la pulsión escópica o a la pulsión invocante, por ejemplo. A ello respondemos que estas constituyen para Freud pulsiones derivadas, como consecuencia de la erotización de un componente de la autoconservación, del mismo modo que la pulsión de aferrar, la pulsión de saber y otras tantas. Bodni (1999) propuso, al respecto, integrar al conjunto una pulsión de transmitir. Otra objeción se centra en que aparentemente dicha teoría de las fijaciones pulsionales se contraponen con la temporalidad psicoanalítica, que destaca el peso de la retroacción. Sin embargo, la retroacción no corresponde tanto al terreno de las pulsiones sino al de las huellas mnémicas, de los recuerdos, vueltos a menudo traumáticos a posteriori, y este es un problema del yo. Y, si nos ubicamos en este terreno, el del yo, advertimos que las fijaciones tienen un papel doble en cuanto a definir cuál es el desenlace del conflicto nuclear (entre los complejos de Edipo y de castración). Por un lado, le aporta a la defensa central de ese momento (represión, desmentida, etc.) una formación sustitutiva específica, un producto psíquico, como la fantasía de ser golpeado (Freud, 1919e). La fijación pulsional aporta, pues, una formación masoquista específica, diferencial para cada estructura clínica. Por otro lado, la fijación pulsional le aporta al conjunto de las defensas del tiempo edípico una anticipación. Una fijación sádico oral secundaria a un trauma suele anticipar que en el tiempo edípico prevalecerá una defensa ante la realidad y la instancia paterna. Es que la temporalidad psíquica es doble: está constituida, sí, por la retroacción, pero también por la anticipación, que es su complemento. Otra objeción se centra en criticar a la pulsión fálico genital como normatizante, como expresión de una presunta madurez. No es esta la posición de Freud. En principio, Freud (1905d) considera que el surgimiento de esta pulsión crea un estado tóxico universal: una tensión erótica no tramitable que persiste duraderamente. Además, al surgir esta pulsión las restantes pasan a constituirse como pulsiones parciales, se reordenan, con los correspondientes conflictos. Asimismo, se crea un conflicto inédito hasta el momento de su surgimiento: la sexualidad se contraponen en el yo a la pulsión de conservación de la especie (Freud, 1940a). Esta pulsión requiere una tramitación diferencial, que Freud (1940a) estipula: desasimilación de la autoridad de los padres y hallazgo de un objeto exogámico, ambos de enorme peso en los procesos subjetivos y fuertemente perturbadores del status quo preexistente.

Un aspecto central del método consiste en operacionalizar a las erogeneidades en términos de escenas contenidas en relatos. Esta operacionalización (que condujo al desarrollo de un instrumento sistemático: una grilla de las escenas como expresión de las erogeneidades) permite estudiar, por ejemplo, la historia infantil del paciente, sus vínculos actuales, sus sueños, etc., tomando en cuenta sus narraciones (ver gráfico I). Si la grilla de los relatos permite inferir cuáles son las erogeneidades eficaces, el estudio de las posiciones del hablante en las escenas que narra permite detectar las defensas, así como su estado. Para ello propusimos una serie de pasos que permiten investigar sistemáticamente dicha posición del hablante. Pero con este enfoque no resulta tan fluida la investigación de lo que ocurre en las sesiones mismas, entre paciente y terapeuta. Para ello no alcanza con tomar en cuenta el análisis del contenido de los relatos sino que se hace necesario complementarlo con otra perspectiva, afín a la de los análisis conversacionales, dialógicos, o a los enfoques del discurso en términos de acciones, como actos de enunciación (prometer, amenazar, implorar, describir, aconsejar, etc.). Este otro enfoque tiene fuerte vigencia en ciencias sociales, y hemos procurado articularlo con la teoría psicoanalítica de las erogeneidades y las defensas, para lo cual construimos una taxonomía de las frases, una categorización de estos actos de enunciación desde la perspectiva de las erogeneidades y las defensas en juego. Esta taxonomía se presenta también como una grilla. La hipótesis básica para crear esta grilla que categoriza a las frases (como actos de enunciación) reside en enfocarlas como formas específicas de desplegar las mismas escenas antes descriptas en el nivel del relato. Dichas escenas ya no están narradas sino actuadas. El paciente no cuenta que reprochó o sufrió un reproche sino que reprocha al terapeuta, etc. Esta categorización de las escenas en términos de frases (y no solo de relatos) fue acompañada de una justificación de las razones para la creación de la correspondiente taxonomía. También fue acompañada de una manualización que permitiera a cada investigador realizar estudios concretos (Maldavsky, 2004a). Además, los actos de

enunciación se expresan a menudo en el nivel de los componentes paraverbales sonoros (ritmo, altura, timbre, etc.), que a su vez también permiten inferir las escenas desplegadas en el vínculo. Por esta razón propusimos una taxonomía de estos componentes paraverbales, con su justificación correspondiente. Todo ello dio lugar a otra grilla, con su manualización. Con estos instrumentos es posible inferir qué erogeneidades quedan expresadas en las frases y los componentes paraverbales (ambos como actos de enunciación), pero la detección de las defensas, su estado, etc., requiere de la consideración de otro enfoque sistemático, más sofisticado, correspondiente a la retórica de las frases y los componentes paraverbales. Propusimos una serie de pasos que permiten investigar sistemáticamente estos procesos retóricos como indicio de las defensas y su estado en las sesiones (Maldavsky, 2004a).

Queda por considerar el estudio de las palabras, para lo cual hemos diseñado un diccionario computarizado (Maldavsky, 2001). A menudo el resultado del estudio con este programa coincide con el de los relatos o con el de las frases, aunque a veces aporta nuevas perspectivas a la investigación. Las diferencias entre los resultados de los análisis de frases y/o relatos y los resultados de los análisis con el programa permiten inferir perturbaciones en la figurabilidad*.

* El método ha sido objeto de diferentes estudios de validez y confiabilidad:

I. Validez

II. Confiabilidad

I.a. Contrastes con estudios que utilizan otros instrumentos

Maldavsky, 1998, 2001a, b, 2003a

Maldavsky, Tebaldi, Cusien, Groisman, Pereyra, 2001

Maldavsky, Alvarez, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2003b

Goldberg, 2002

Maldavsky, D. et al, 2005

II. a. De los instrumentos para el estudio de la erogeneidad

Confiabilidad interjueces

Maldavsky, 1998

Maldavsky et al, 2000

Maldavsky, Alvarez, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2003a, 2003b

Maldavsky, Aguirre, Iusim, Legaspi, Rodríguez, 2004

Repetición de la aplicación de un instrumento del ADL a otros fragmentos del mismo tratamiento

Maldavsky et al., 2000

Kazez, 2002

Romano, Maldavsky, 2004

Contrastes entre dos o más instrumentos del ADL

Alvarez, Maldavsky, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2004

Buceta, Alvarez, Cantis, de Durán, García Grigera, Maldavsky, 2004

Maldavsky, 2002a, b, 2003a

Maldavsky y Almasia, 2002

Maldavsky, Alvarez, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2003a, 2003b

Maldavsky, Aguirre, Iusim, Legaspi, Rodríguez, 2004

Investigación de los árboles de decisiones clínicas, la contratransferencia y la complementariedad estilística

El ADL permite investigar la eficacia de la subjetividad del analista en sus intervenciones. En efecto, también el terapeuta realiza diferentes actos de enunciación: ejemplifica, dramatiza, describe, acompaña (mhm), pregunta, establece nexos causales, hace referencia a estados afectivos, etc. Entonces es posible estudiar los estilos de paciente y

<u>I.b. Contrastes con la investigación clínica</u>	<u>II. b. Del instrumento para el estudio de la defensa</u>
Maldavsky, 1999, 2002b, 2003c	<u>Confiabilidad interjueces</u>
Almasia, 2001	Maldavsky, 1998, 1999
Maldavsky and Almasia, 2002	<u>Repetición de la aplicación de un instrumento del ADL a otros fragmentos del mismo tratamiento</u>
Maldavsky and Truscello de Manson, 2002	Maldavsky et al., 2000
Kazez, 2002	Romano, Maldavsky, 2004
Alvarez, 2001	<u>Contrastes entre dos o más instrumentos del ADL</u>
Maldavsky, D. et al, 2005	Alvarez, Maldavsky, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2004
	Buceta, Alvarez, Cantis, de Durán, García Grigera, Maldavsky, 2004
	Kazez, 2002
	Maldavsky 2003c
	Maldavsky, Alvarez, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2003a, b
	Maldavsky and Almasia, 2002
	Maldavsky, Cusien, Roitman, Tate de Stanley, 2003
	Romano, Maldavsky, 2004
	Maldavsky, D. et al, 2005
	Maldavsky, D. et al, 2006

terapeuta de un modo sofisticado. Resulta más sencillo investigar el estilo del paciente: está compuesto por un manojó de relatos, frases y palabras que expresan varias erogeneidades y defensas combinadas en cuanto a su función, como prevalentes y subordinadas, complementarias. Es más complejo, en cambio, hallar un criterio para ordenar las intervenciones del terapeuta, con el propósito de investigar su estilo, la participación de su subjetividad. Los intercambios discursivos entre paciente y terapeuta no son idénticos a las conversaciones entre amigos o en un matrimonio: el discurso del terapeuta constituye un conjunto de intervenciones orientadas por una meta, lograr un cambio clínico en el paciente. Consideramos conveniente distinguir en el estilo del terapeuta diferentes bloques de intervenciones con un valor introductorio, principal o complementario. El estilo de cada analista con su paciente puede ser formalizado como una combinación específica entre bloques de intervenciones introductorias, principales y complementarias. Dos tipos de preguntas son relevantes: 1) sobre la combinación entre intervenciones introductorias, complementarias y principales en cada bloque, 2) sobre la continuidad o el cambio en la intervención principal de varios bloques durante la sesión. A veces puede detectarse una contradicción entre dos intervenciones introductorias, o dos complementarias, o entre una introductoria y la principal (véase luego el análisis del caso 1) o entre la principal y la complementaria (véase caso 3). Estas consideraciones corresponden a los análisis en el interior de cada bloque. Además, es posible comparar dos estrategias del mismo terapeuta. En efecto, a veces la orientación de las intervenciones principales cambia. Tales modificaciones pueden ser consecuencia de la rectificación de un camino clínico parcialmente erróneo o pueden ser el efecto de los cambios en el discurso del paciente derivados de intervenciones previas pertinentes (véase luego, el análisis del caso 2). Si el cambio implica una reorientación clínica, es posible estudiar el árbol de decisiones del terapeuta en términos de diferentes estrategias: la fracasada y la exitosa.

Este tipo de enfoque (que incluye el estudio del discurso del paciente como una expresión de sus erogeneidades y defensas y el estudio del estilo de su terapeuta) permite investigar también la complementariedad estilística entre ambos y la contratransferencia. Usualmente el estudio de la contratransferencia requiere, como complemento, que el terapeuta ofrezca alguna información adicional sobre sus sentimientos perturbadores durante la sesión. Si no, la contratransferencia puede ser inferida principalmente por la combinación de la investigación de la inadecuación de las intervenciones del terapeuta respecto del paciente (es decir, una falla en la complementariedad estilística) y por las características del estilo del paciente.

En cuanto a la complementariedad estilística entre paciente y terapeuta, recordemos que Liberman (1970) postulaba que, cuando el analista se halla sintonizado empáticamente con el paciente y comprende sus procesos psíquicos, ello se evidencia en interpretaciones que poseen un estilo complementario. Esta es la lista de las complementariedades óptimas del terapeuta que Liberman describía para cada estilo del paciente, con algunas adiciones que nos pertenecen:

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

Liberman justificaba su propuesta sosteniendo que en FG son frecuentes dramatizaciones redundantes y proliferaciones sintácticas y semánticas carentes de síntesis, mientras que en O1 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, FG le aporta el complemento óptimo a O1. Argumentaciones similares conducen a justificar las otras complementariedades en cuanto a los lenguajes del erotismo. Respecto de O2, por ejemplo, su

complemento óptimo es A2, puesto que el primero pone énfasis en el sentir en detrimento del pensar acorde a reglas, que el segundo jerarquiza. También A1 desafía el pensar, al enfatizar la acción aloplástica, y por ello para este A2 es igualmente el complemento óptimo. Respecto de este último, que jerarquiza el pensar en lugar de la decisión y la acción, el complemento óptimo es A1. A su vez, LI, que presta atención a los procesos corporales desprovistos de la cualificación afectiva, el complemento óptimo es O2. Por fin, FU, que posee el mismo grado de redundancia escénica que FG, tiene como complemento a O1.

La propuesta recién descrita resulta, con todo, algo esquemática, ya que en cada manifestación discursiva coexisten varios lenguajes del erotismo, y es conveniente preguntarse cuándo se puede considerar que tal complementariedad óptima se alcanza. Es posible que ello ocurra cuando el erotismo (y la defensa) dominante en el paciente se combine con la intervención central del analista, y no con una introductoria o complementaria (véanse luego los tres estudios clínicos). Pero este punto requiere aún de mayores investigaciones.

II. Contratransferencia y árboles de decisiones clínicas de un mismo terapeuta con diferentes pacientes durante la primera sesión

La investigación que sigue tiene un objetivo central: investigar la subjetividad del terapeuta en cuanto al estilo y la contratransferencia. Tiene también un objetivo secundario: comprobar en los hechos si los instrumentos específicos para investigar la subjetividad del terapeuta (grilla de la complementariedad estilística y categorización de las intervenciones del terapeuta en términos de introductorias, centrales y complementarias) resultan acertados en cuanto a las hipótesis en que se sustentan, eficaces y pertinentes.

Hemos realizado ya (Maldavsky, 2004b; Alvarez, Maldavsky, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2004; Buceta, Alvarez, Cantis, de Durán, García Grigera, Maldavsky, 2004; Maldavsky, Aguirre, Iusim, Legaspi, Rodríguez Caló, Tate de Stanley, 2004; Stanley, Cusien, Truscillo de Manson, Garzoli, Roitman, Maldavsky, Bodni, 2004) varias investigaciones

centradas en estos objetivos, pero en todas ellas consideramos una situación vincular singular, de un terapeuta con un único paciente. En esta oportunidad nos proponemos comparar las grabaciones de tres primeras sesiones de un mismo terapeuta con un paciente varón y dos pacientes mujeres, para investigar la incidencia que el estilo de cada paciente tiene en el estilo del terapeuta y la contratransferencia. Analizaremos brevemente las principales características del discurso de cada paciente y más cuidadosamente las intervenciones correspondientes del terapeuta*.

Paciente 1: Expresión transitoria de la contratransferencia hostil.

Síntesis de la sesión. Belisario (45 años) comenzó la primera sesión de su tratamiento diciendo que entraba en cólera demasiado rápido. Sufría de gran irritabilidad tanto en el seno familiar como en el trabajo. No podía soportar que alguien lo criticara o lo contradijera. Solía hablar con su mujer pero ahora no toleraba ser cuestionado por ella. No toleraba que lo jodieran. Con su esposa había tenido una pelea violenta y desde entonces se había cortado el diálogo. En su trabajo había obtenido recientemente una mejor posición pero no toleraba que lo rectificaran. El ritmo del discurso de Belisario era acelerado, sin respiro y su voz tenía una alta intensidad.

Durante este discurso inicial de Belisario, el terapeuta acompañó su narración, e hizo preguntas tratando de obtener más información. Pero al llegar a este punto de la exposición del paciente cambió. Afirmó que Belisario decía que no toleraba nada, pero que él lo notaba angustiado. El paciente lo interrumpió y afirmó que temía ser un profesional fracasado. Inmediatamente recuperó su estilo catártico, agregando una dramatización en una escena con su esposa. Incluyó una dramatización dentro de otra, para aludir a su propio comentario violento en el intercambio con su mujer. El terapeuta le preguntó si sentía enojo. El paciente afirmó que no. El terapeuta le preguntó si sufría porque sentía que su mujer lo criticaba y dijo que sí.

El terapeuta señaló que el momento en que el paciente decía: “no tolero tal cosa”, era posterior a otro en el que sufría por su especial sensibilidad a la desaprobación ajena. Agregó que el paciente tenía una gran autoexigencia. Belisario coincidió, y comenzó a narrar episodios conectados con este problema. Las intervenciones del terapeuta se volvieron más extensas. Conectó la narración del paciente con algunos de sus sentimientos, creencias y reacciones, y realizó algunas generalizaciones. Sus intervenciones principales eran precedidas por otras, preparatorias, con un carácter de aproximación cautelosa. El paciente había cambiado su ritmo inicial por otro más pausado, y la intensidad de su voz había disminuido. Acompañaba las intervenciones del terapeuta, y agregaba más ejemplos de escenas recientes o pasadas de su vida alrededor de los mismos problemas. Además, el terapeuta hizo un comentario sobre la tendencia del paciente a sufrir accidentes de auto y su severa autocrítica.

Comentando esta primera sesión, el terapeuta dijo que temió que las tendencias violentas del paciente, que se daban tanto dentro de la sesión como en su medio social, podrían incidir en su prestigio profesional como analista.

* Por razones de espacio, hemos preferido sintetizar la versión completa de las sesiones desgrabadas, e incluir sobre todo algunas frases textuales, especialmente significativas, con un resumen del resto.

Análisis del discurso del paciente

Detección de las erogeneidades. Las narraciones de Belisario combinaban en un comienzo básicamente tres lenguajes del erotismo: 1) O2: la pérdida de conexión afectiva con su esposa, 2) A1: la vivencia de que lo jodían, 3) A2, atribuido a un interlocutor que lo contradecía de un modo insoportable. En el segundo momento de la sesión A1 fue reemplazado por LI (anécdotas acerca de accidentes de autos). En el nivel de las frases y los componentes paraverbales prevalecieron 1) LI (discurso catártico), 2) FG (dramatizaciones, exageraciones), 3) FU (frases interrumpidas) y 4) O2 (reproches). FG y FU aparecían como lenguajes complementarios, y O2 y LI, como los más relevantes. En el comienzo prevaleció LI (catarsis). Luego prevaleció O2, FU cambió su sentido, apareció fundamentalmente acompañando frases del terapeuta, y no como autointerrupciones, como al comienzo. Además, en la segunda parte de la sesión tomó cierta relevancia A2 (narración de hechos concretos). Este tipo de frases (A2) era el interrumpido en la primera parte de la sesión.

Detección de las defensas. En el nivel de la narración, el paciente tenía una posición disfórica: vivía en un valle de lágrimas (O2) y sufría humillaciones (A1). Para O2 su mecanismo defensivo (la desmentida) había fracasado y Belisario reaccionaba con ataques de impaciencia. Lo propio ocurría con A1: reaccionaba con violencia cuando se sentía humillado. En ambos lenguajes se daba un cambio de un estado por una acción, que incrementaba los sentimientos displacenteros del paciente. Esto era expresión de una condición aún más fracasada de la misma defensa (desmentida). Desde la perspectiva del yo del paciente había un retorno de lo desmentido.

El análisis de las frases y componentes paraverbales mostraba que las escenas desplegadas durante la primera parte de la sesión también eran disfóricas. Para FU la escena correspondía a una interrupción del avance ambicioso. Para FG, a una imposibilidad de mostrar una armonía estética, usando la dramatización. Respecto de A2, la escena

correspondía a un intento fallido de controlar la realidad. En relación con LI, la escena correspondía a una tendencia a eliminar las tensiones a través de una descarga imposible (discurso catártico), que paradójicamente, dejaba al paciente más exhausto. Con respecto a O2, la escena correspondía a los lamentos (valle de lágrimas) y a las interrupciones impacientes al terapeuta. Las escenas indicaban la falla en las correspondientes defensas: represión (para A2, FU y FG), desmentida (O2) y desestimación del afecto (LI).

En la segunda parte de la sesión, en el nivel de la narración, LI se presentó en una versión disfórica (accidente de autos), correspondiente al fracaso de la desestimación del afecto, pero este lenguaje y su correspondiente defensa, desaparecieron del nivel de las frases y fueron remplazados por A2 en una versión eufórica, dada en la narración de hechos concretos. En consecuencia tuvo mayor vigencia una defensa funcional. Además, en el nivel de las frases, cambió la función de FU (acompañamiento) y, con respecto a FG, las dramatizaciones disminuyeron, pero no las exageraciones. En consecuencia también respecto de FG comenzó a emerger una defensa funcional. No obstante, la principal posición correspondía a O2, en la que se daba una escena disfórica (autoreproche), ligada al fracaso de la desmentida.

En el paciente prevalecía la desmentida, que había fracasado, y que se combinaba con la desestimación del afecto, igualmente fracasada. Estas defensas se complementaban con el fracaso de la represión. En la sesión, inicialmente prevaleció la desestimación del afecto, y luego predominó la desmentida, combinada con algunas defensas funcionales, sobre todo respecto de A2 y FG.

Intervenciones del terapeuta

El terapeuta comenzó acompañando (FU) el discurso del paciente y haciendo preguntas con el propósito de recibir información (A2). Pero casi inmediatamente cambió y se concentró en los afectos (O2). Con esto, trató de disminuir no solo el discurso catártico del paciente,

expresión de LI, sino también la desestimación del afecto. El cambio en el discurso del paciente fue una consecuencia de la insistencia de estas intervenciones del terapeuta, quien formuló tres similares. Cuando Belisario cambió a la prevalencia de O2, el terapeuta enfatizó A2, y como introductorio usó FU, para realizar un acercamiento cauteloso a las tendencias violentas del paciente.

Desde la perspectiva de las intervenciones del terapeuta, en la sesión se advierte tres partes: 1) momento introductorio (pedido de información), 2) referencia a los afectos del paciente, 3) interpretaciones. Los cambios en el tipo de intervención dependían de las modificaciones que iban ocurriendo en el discurso del paciente y no de la sustitución de una estrategia errónea por otra más acertada. Además, en la segunda y la tercera parte de su estrategia clínica se advierten dos sectores: a) introductorio, y b) principal. Los dos sectores pueden ser estudiados más cuidadosamente. La intervención inicial de la segunda parte es ilustrativa. El terapeuta señaló que Belisario decía que no toleraba nada, pero él notaba que sufría de angustia. Esta intervención finalizó con el logro del objetivo clínico: el discurso del paciente se volvió menos catártico, y el terapeuta pudo hablar acerca de la autoexigencia del paciente, etc. No obstante, esta primera intervención del terapeuta en la segunda parte: “Usted dijo que no tolera X, pero”, etc., no solamente destacaba el tema de la afectividad del paciente sino que también contenía una objeción, una estructura-frase que expresaba una crítica a la opinión ajena. Y el paciente había señalado previamente que no toleraba ser rectificado. La afirmación del terapeuta fue doble: 1) el sector principal aludía al afecto del paciente (O2), 2) el sector menos importante, que funcionaba solo como una introducción, era la objeción, y este sector podía ser entendido como una provocación por Belisario. Las posteriores intervenciones introductorias del terapeuta, centradas en la afectividad del paciente, no contenían este tipo de estructuras-frase. Es posible inferir que este tipo de intervención (objeción) fue una expresión de la posición desafiante del terapeuta contra la violencia del paciente. Luego de este

momento, especialmente en el tercer grupo de intervenciones, el terapeuta eligió otros recursos para aproximarse, cautelosamente (FU), a esta posición problemática del paciente. Posiblemente el odio del terapeuta, despertado parcialmente por el discurso del paciente, fue un factor adicional que pudo incrementar su temor durante la sesión cuando supuso que el paciente podía ponerse violento y dañar su prestigio profesional.

En este caso, el principal componente de la secuencia de intervenciones del terapeuta posee una sola rama principal, con cambios internos. Sus intervenciones principales fueron pertinentes, pero las introductorias a ellas contuvieron diferentes opciones, ambas relacionadas con la violencia del paciente en su hablar y su escuchar, una de ellas (A2), menos pertinente. En la estrategia global pertinente un detalle pudo llevar a un resultado inesperado, consistente en el desarrollo de una escena de aceleración recíproca de la violencia entre paciente y terapeuta hasta llegar a un estallido.

Paciente 2: Vivencia contratransferencial transitoria de ser invadido

Síntesis de la sesión. Jacinta (42) comenzó su primera sesión preguntando “Por dónde empiezo”, riendo. Agregó que lo había pensando durante todo el día. Luego, llamando al terapeuta por su nombre, le preguntó si podía tutearlo. El terapeuta asintió. Jacinta dijo que había hecho un tratamiento anterior, con interrupciones. Agregó que tenía algunas cosas algo desubicadas. Necesitaba repensar qué le pasaba con los hombres, y también los problemas con sus padres y un nuevo proyecto laboral. No sabía cómo empezar, como si nunca hubiera hecho... La situación era rara. El terapeuta, quien había acompañado el discurso de la paciente con algunos “mhm”, preguntó entonces “por qué”. La paciente respondió que ella había tenido recientemente algunos logros, pero pensó que era conveniente hacerlo... Agregó: “no sé”.

El terapeuta enumeró los tres problemas mencionados por Jacinta (trabajo, padres, hombres) y le preguntó si prefería empezar por alguno. Jacinta escogió el tema laboral. Por varios años había trabajado como supervisora en una empresa nacional y tenía la opción de obtener la misma posición en una empresa privada. El terapeuta le preguntó si ambas posiciones eran recíprocamente excluyentes. La paciente daba respuestas imprecisas (descripción del tipo de trabajo), pero ante la insistencia del terapeuta, dijo que si tomaba la nueva posición debía renunciar a la anterior. Temía que algo pudiera distraerla durante la evaluación para el nuevo trabajo. Ella se preguntaba por qué quería dejar la posición actual. Allí se sentía tranquila, pero sabía que tenía que cambiar. El terapeuta le preguntó si tenía miedo y Jacinta dijo que sí. Entonces el terapeuta formuló su primera interpretación: la paciente temía que su miedo fuera superior a sus deseos. La paciente asintió. Agregó que el trabajo actual quedaba a metros de su casa (el terapeuta enfatizó esta frase de la paciente). Dijo que era soltera y vivía en la casa de sus padres. Se había comprado un departamento para sí, pero lo vendió y sus padres se mudaron a otra casa. Ella no toleraba permanecer mucho tiempo en la casa en que vivían ahora sus padres. Allí no tenía su propio espacio. Su padre ocupó el

cuarto que antes fue de ella. El terapeuta le interpretó que la cuestión del trabajo era el escenario donde ella desplegaba algo que tenía un común denominador con los otros temas: un conflicto entre lo nuevo, lo desconocido, conectado con la aventura y la ambición, y la seguridad, donde la sorpresa no tenía lugar. Conectó este conflicto con el hecho de que su miedo pudiera ser superior a sus deseos.

Comentando esta primera sesión, el terapeuta dijo que al principio temió que la paciente avanzara intrusivamente sobre él. Durante el curso de la sesión este sentimiento desapareció.

Análisis del discurso de la paciente

Detección de las erogeneidades. En las narraciones se advierte la relevancia de cinco lenguajes: 1) O2, 2) FU, 3) A2, 4) A1, 5) FG. La mayor parte de la sesión fue ocupada por la prevalencia de O2 y sobre todo FU. O2 se expresaba en las referencias de la paciente al apego a sus padres y especialmente en la afirmación de que no tenía lugar en la casa de estos (pérdida del paraíso). FU se expresaba en la tendencia de la paciente a permanecer en la rutina en oposición a la aventura. Tanto O2 como FU se presentaban en versiones disfóricas. A2 se expresaba en el fragmento relacionado con su trabajo (con el correspondiente contrato social, la relevancia del saber tradicional, etc). Esta narración se presentaba en una versión eufórica.

En el nivel del análisis de las frases, la sesión tuvo tres momentos con prevalencias cambiantes. Al comienzo predominaron FU (acercamiento excesivo) y FG (actitud seductora: llamado al terapeuta por su nombre, etc.), con la prevalencia del primero. En el segundo momento predominó FU (desorientación), acompañado por A2 (indecisiones y dudas). En el tercer momento prevalecieron la descripción y la narración de situaciones concretas (A2). En el primer momento la escena correspondiente a FG tuvo una condición eufórica transitoria, pero no para FU (el acercamiento excesivo dejó a la paciente sin orientación). Rápidamente la paciente entró en escenas disfóricas: la desorientación (que interfería en los avances ambiciosos) y las dudas (que interferían en los objetivos de dominio y control usando el conocimiento concreto). En el tercer momento la paciente combinó la narración de un problema concreto (su decisión sobre el cambio de trabajo) con la tendencia a enfatizar las

diferencias jerárquicas entre las dos posiciones, cuando el terapeuta preguntó sobre si podía o no mantener ambas posiciones (“o... o...”). Finalmente, la paciente entendió lo que su terapeuta decía y respondió que debía elegir entre los dos trabajos. Todas estas frases correspondían a una escena de consumación de deseos de dominio y control de la realidad usando el conocimiento concreto (A2), con una versión eufórica.

Detección de las defensas. En el nivel del relato la paciente tenía una posición disfórica en O2, correspondiente al fracaso de una desmentida. Respecto de FU, la versión disfórica de la escena indicaba una represión fracasada. Respecto de A2, la defensa era funcional, mientras que para FG la defensa era una represión fracasada. En el conjunto en sesión prevalecía FU y la represión. En el nivel de las frases, la defensa dominante era la represión, para FU y A2, con el complemento de FG. En ambos casos la defensa fracasó, salvo en el tercer momento, en que A2 correspondió a una defensa funcional. En cuanto a la estructura, en la paciente predominaba la desmentida fracasada, aunque en la sesión prevaleció inicialmente la represión fracasada, antes descrita, y fue este el sistema defensivo que en primer lugar debió encarar el terapeuta.

Intervenciones del terapeuta

Las intervenciones iniciales del terapeuta corresponden a FU (contacto), pero rápidamente cambiaron a A2 (por qué) y luego a una combinación entre A2 (qué tema elige tratar Jacinta) y O1 (reunión de diferentes temas: hombres, trabajo, etc, en un mismo grupo, esto es, diferentes áreas entre las que la paciente debe decidir). La intervención central correspondió a A2, mientras que O1 tuvo un valor introductorio. Las intervenciones siguientes del terapeuta estuvieron centradas en A2 (la paciente tenía que decidir entre los dos trabajos: o.. o..?). Luego el terapeuta preguntó (solo una intervención) sobre los sentimientos de Jacinta (O2) e inmediatamente realizó su primera interpretación: el conflicto entre temores y deseos (A2). Las interpretaciones subsiguientes del terapeuta unieron A2 (insistencia en la oposición

entre temores y deseos) y O1 (reunión de los tres temas introducidos por la paciente anteriormente). Entre sus intervenciones la central correspondió a A2, y O1 tuvo un valor complementario.

Posiblemente, cuando el terapeuta cambió desde la primera intervención (contacto, mhm) hacia el “por qué”, se libró de su perturbadora vivencia de sentirse invadido. Con esta paciente el terapeuta tuvo solo una rama en su estrategia, que resultó pertinente, y cambió su tipo de intervención cuando la paciente modificó su discurso. De continuar vigente su contratransferencia inicial, el terapeuta hubiera sido llevado quizá a un discurso evitativo que a su vez hubiese potenciado la desorientación y la tendencia elusiva de la paciente.

Paciente 3: Vivencia contratransferencial cíclica de ser expulsado

Síntesis de la sesión. Poncia (40) comenzó su primera sesión diciendo que desde hacia un tiempo prolongado se encontraba en un círculo vicioso y no podía disfrutar de las cosas. Pese a sus esfuerzos no abarcaba todo, lo hacía mal, nada alcanzaba. Siempre tenía la carga de algo pendiente: el trabajo, sus tres hijos (entre 4 y 11 años, varones). Tenía trabajo, marido, hijos, y no podía disfrutar. De esa rutina le era difícil salir. Desde un comienzo fueron llamativas las numerosas palabras y frases interrumpidas de la paciente y sobre todo sus frecuentes risas inmotivadas, superpuestas con inspiraciones y suspiros, todo ello intercalado sin aparente conexión con lo expresado en el plano discursivo. Esta modalidad expresiva perduró toda la sesión. La paciente prosiguió diciendo que nunca pensó en consultar con un psicólogo, no era su estilo, pero se daba cuenta de que a veces “uno necesita la mano de un profesional que por ahí...”. El terapeuta, que hasta entonces había interrogado a la paciente pidiendo precisiones, en ese momento le dijo: “que esté a su estilo”. La paciente afirmó que ni siquiera se lo planteaba, siempre tuvo voluntad, además antes disfrutaba, pero hacía dos años se había mudado al pueblo donde había nacido y vivido hasta casarse, antes de trasladarse a la Capital. Durante 13 años vivió en Capital, donde además tenía un estudio de asesoría empresarial. Tras volver a su pueblo de origen, viajaba a la Capital a trabajar, del mismo modo que su esposo. Respecto de su profesión, dijo que no le interesaba mucho, que estuvo influida para elegirla, ya que le gustaban más bien carreras sin salida laboral, como la ecología, la defensa del medio ambiente. Trataba de inculcar al círculo familiar y amistoso esa forma de vida. El terapeuta, había vuelto a formular preguntas recabando información y aclaraciones. Ante ellas Poncia dijo que su madre era profesora de historia, y, cuando nacieron sus hijos, abandonó el trabajo y se quedó en la casa. Su profesión no le redituaba para pagar los gastos. En cambio, su padre siguió trabajando. El terapeuta le preguntó si su madre se había frustrado, y la paciente acordó con él. La madre la había influenciado a los 18 años... y el terapeuta completó: “influenciado para hacer algo que redituara”. La paciente asintió, a partir de lo cual ambos superpusieron sus voces. El terapeuta dijo que ella hubiera podido elegir alguna otra carrera y la paciente dijo “eh” “mm estoy aco...”, y, cuando el terapeuta terminó su intervención ella prosiguió diciendo “sí, sí, no”, y pasó a describir ampliamente su profesión. Terminó diciendo que se sentía acelerada todo el día. El terapeuta le preguntó desde cuándo se sentía así, cómo se le manifestaba el problema, y la paciente dijo que se sentía angustiada, desde hacía cinco meses.

Hacía las cosas sin sentir nada, estaba agobiada, todo la sobrepasaba. Ahora todo la aterraba. “Le aterra”, subrayó el terapeuta, y la paciente acordó. A través de sucesivas preguntas el terapeuta pidió que describiera sus estados, y la paciente contó que hacia cinco meses había cumplido años, pero ya desde el año 2000 en su trabajo tenía clientes con ataque de pánico. Además su padre, cosa increíble, estaba deprimido, dejó de fumar. Ante las preguntas del terapeuta, la paciente contó que todo había ocurrido el año anterior: mudanza, descompensación e insomnio del padre. El padre dejó de fumar porque se ahogaba de noche. El terapeuta dijo entonces que a ella el padre se le había caído, y que eso la había impactado. La paciente admitió que eso lo sintió como una cachetada. El la iba a visitar todos los días, ya que ahora vivían muy cerca. Pero él no se quejaba. Pasó a imitarlo: “no duermo”. A través de sucesivas intervenciones, el terapeuta le dijo que Poncia sentía que había un límite para el padre y también para ella misma, y que percibir eso la enojaba. Las intervenciones del terapeuta fueron interferidas por frases de la paciente, por lo cual este debía responder al mismo tiempo a sus comentarios y objeciones y mantener su línea expositiva sin perder el rumbo. A la intervención del terapeuta la paciente respondió diciendo que ella tendía a absorber todo, pero si no lo hacía se sentía peor, y se refirió “a ese año de descarga”. Ahora el padre estaba mejor, pero ella se sentía mal si decía que no. El terapeuta insistió: a ella la enojaba decir “no” y dejar de hacer esfuerzos. Otra vez las intervenciones del terapeuta quedaron interferidas por la paciente, por lo cual este debió al mismo tiempo responder a sus comentarios en especial a sus objeciones, y conservar su línea argumentativa.

Comentando esta sesión el terapeuta dijo que tuvo la fantasía de que la paciente lo escuchaba de la misma manera en que se leen los volantes de promoción repartidos por la calle: tras una rápida ojeada, se hace un bollo con ellos y se los tira. Así, su vivencia era la de ser rápidamente descartado, eliminado.

Análisis del discurso de la paciente

Detección de las erogeneidades. En el nivel del relato la paciente describió inicialmente escenas ligadas a la ambición y la rutina (FU), al esfuerzo y el sacrificio (O2), al trabajo voluntarioso (A2) y la falta de disfrute (FG). Estas escenas correspondían a una versión disfórica: la paciente no lograba salir de la rutina, el sacrificio no era exitoso y su esfuerzo voluntarioso fracasaba. Cuando avanzó en su exposición y se refirió a su trabajo, se hizo evidente otro tipo de escena: se guiaba por la búsqueda de un logro económico (LI), en lugar de por lo que le gustaba (FG). Por un tiempo la paciente había logrado un éxito económico (LI) y disfrutaba (FG). Pero últimamente la situación había cambiado, estaba agobiada y no disfrutaba, es decir, una versión disfórica de LI y FG. Este énfasis en los relatos correspondientes a LI se incrementó luego: ella tendía a absorber todo, a que se descargaran en ella, hecho que se acentuó desde que volvió a vivir cerca de su familia de origen.

En el nivel de las frases, predominaron las muletillas y las autointerrupciones (FU) de descripciones de escenas concretas y de relatos (A2). Cuando el terapeuta comenzó a intervenir más activamente, aparecieron las interrupciones al terapeuta (FU), así como las objeciones (A2) a lo que este decía, ambas en versiones disfóricas: el terapeuta continuaba con su discurso y rebatía sus críticas. También surgieron frases con referencias a estados afectivos (O2), algunas alusiones a hechos objetivos (A2) y unas pocas dramatizaciones (FG). Se daba una cíclica oscilación entre el primer grupo de frases (combinación entre interrupciones y objeciones al terapeuta, por un lado, y, por el otro, referencias a estados afectivos y a hechos objetivos y dramatizaciones). Cuando prevalecía el primer grupo de frases también tenían relevancia los componentes paraverbales: la risa inmotivada, las inspiraciones y los suspiros (LI). La escena desplegada entonces en el nivel de las frases era disfórica respecto de FU (avances frenados) y A2 (interferencias en descripciones y relatos que, como frases, expresaban la tentativa de controlar y dominar la realidad propia y mundana). También

quedaba interferida la posibilidad de expresar estados afectivos (O2). Pero la escena central se daba en el nivel paraverbal, como tentativa catártica infructuosa (LI), por lo cual Poncia quedaba inmersa en un estado de tensión duradera, el cual contenía también un valor complementario FG, disfórico, correspondiente a una falta de armonía. Por momentos, sin embargo, la paciente se rescataba de esta orientación y describía más ordenadamente sucesos de su cotidianidad (A2), evocaba estados afectivos (O2) y dramatizaba (FG), en cuyo caso las escenas desplegadas tenían un carácter eufórico.

Detección de las defensas: Las diferentes escenas narradas correspondientes a LI, O2, A2, FU y FG, tenían una versión disfórica, expresión del fracaso de la defensa. Para LI, fracasó la desestimación del afecto, para O2, la desmentida, para A2, FU y FG, la represión.

En el nivel de las frases, predominaron las versiones disfóricas de O2, A2, FU y FG. Las defensas correspondientes aparecían igualmente fracasadas. Entre ellas, el fracaso de la desestimación del afecto, correspondiente a LI, parecía dominante y se manifestaba en el terreno paraverbal. Más específicamente, en el vínculo con el terapeuta la paciente manifestó una tendencia a la descarga (expresión de LI y la desestimación del afecto) y una urgencia por interrumpirlo (expresión de FU, con una articulación entre represión y desmentida secundaria) y contradecirlo (expresión de A2 con una articulación entre represión y desmentida secundaria). Esta combinación entre interrupción y contradicción de la palabra del terapeuta indicaban el peso de una desmentida secundaria. La paciente parecía tener un montaje defensivo en el cual la desmentida (de la diferencia sexual) se combinaba con la represión y con la desestimación del afecto. El conjunto había fracasado, y en la sesión se dio una insistencia por reiterar este mismo andamiaje defensivo y su fracaso. Los componentes paraverbales contenían además el valor de una escenificación dramatizada (FG), con un valor disfórico. Tal escenificación ponía en evidencia una combinación entre represión y desmentida fracasadas..En la sesión, se combinaban dos defensas: desmentida secundaria (de la diferencia

sexuada) y desestimación del afecto. Este conjunto de defensas centradas en la desmentida y su fracaso la dejaba más expuesta al fracaso de la desestimación del afecto.

En algunos momentos, sin embargo, las escenas correspondientes a O2, A2 y FG tenían un carácter eufórico, lo cual indicaba que las defensas poseían un carácter normal y exitoso.

Intervenciones del terapeuta

Es posible diferenciar varios momentos en el abordaje clínico. En la mayoría se da una combinación entre intervenciones introductorias y principales, con el agregado a veces de intervenciones complementarias. Las intervenciones introductorias consistían sobre todo en pedidos de información concreta (A2) y en preguntas de localización espacio-temporal (FU) para formular luego acercamientos cautelosos (FU). En cuanto a las intervenciones centrales, se dieron algunos cambios de un bloque de intervenciones al siguiente. 1) La primera intervención central consistió en el completamiento (FG) de una frase inconclusa de la paciente: “que esté a su estilo”. 2) En la siguiente secuencia la intervención consistió en un nexo causal: la influencia materna para que hiciera una carrera que le redituara, cuando podría haber elegido otra. En sí mismas, las frases corresponden a A2, pero la combinación entre ellas, superpuestas con los comentarios de la paciente, contienen además un esfuerzo por mantener el rumbo (FU) y por lograr el completamiento (FG). El terapeuta comenzó tratando de exponer un nexo causal (A2), pero luego debió cambiar hacia FU y sobre todo hacia FG (completamiento), lo cual implica un cambio en la estrategia en el seno de la misma intervención, desde A2 a FG. 3) Como la paciente aludiera a su estado de aceleración, en su intervención central, el terapeuta se refirió a los estados afectivos de Poncia (O2). 4) Cuando esta se refirió a la depresión del padre, el terapeuta pasó a establecer un nexo causal (A2): la caída del padre había impactado a la paciente. 5) Luego el terapeuta estableció otros nexos causales (A2): percibir que su padre tenía límites la enojaba (O2). 6) El terapeuta insistió casi

en seguida con esta misma línea argumentativa, que combinaba A2 con O2. A2 constituía la interpretación central y O2 hacía de intervención complementaria. Pero además otras intervenciones complementarias, intercaladas entre la principal y aquella correspondiente a O2, tenían su peso. Estas consistían en objeciones (A2), respondiendo a las críticas de la paciente y mantenimiento de la orientación (FU) cuando Poncia lo interrumpía. La meta final de estas intervenciones era el completamiento (FG) de la idea que se proponía exponer (A2). Y en estas intervenciones FG prevalece sobre A2. Puede advertirse la complejidad de la estructura de estas intervenciones del terapeuta, que combinan por un lado A2 (como central) con O2 (como complementaria) y por otro lado A2 (como central) con FU y sobre todo con FG (también central), con un cambio en la estrategia clínica. Y en los hechos, el esfuerzo por el completamiento (FG) adquiere mayor peso que el intento de establecer nexos causales (A2). Fue notable el hecho del pasaje de A2 a FG, ambas como intervenciones centrales. Había en ese sentido una interferencia en el pasaje de la intervención central a la complementaria, de cierre, sustituida por otra intervención central.

Si analizamos las respuestas de la paciente y la vivencia del terapeuta de ser expulsado, es posible inferir que algo no anduvo bien en cuanto a su estrategia clínica. Las intervenciones ante las cuales la paciente no respondía con interferencias consistían en los pedidos de aclaraciones (A2) y en las localizaciones espacio-temporales (FU), como complementarias, y en las referencias a los estados afectivos (O2), como central. Pero cuando el terapeuta pretendía establecer nexos causales (A2) la paciente tendía a interferirlo, y entonces este se veía llevado a responder a sus objeciones (A2), mantener el rumbo (FU) y sobre todo completar su idea (FG), con una prevalencia que cambiaba entonces de A2 a FG. Esta tendencia del terapeuta al completamiento (FG) comenzó con su primera intervención central. La segunda intervención central del terapeuta ya muestra esta oscilación desde A2 (nexo causal) a FG (completamiento), y la respuesta posterior de la paciente consistió en aludir por

primera vez a su estado de aceleración en su vida cotidiana. Es decir, la tensión catártica (LI) que la paciente evidenciaba en la sesión en el nivel de los componentes paraverbales, se hizo presente también en el nivel del relato. El terapeuta pasó entonces a usar un estilo complementario (O2) con el de Poncia. Sin embargo, en las intervenciones quinta y sexta se reitera, incrementado, el pasaje de A2 a FG. Es posible que ello convirtiera a la sesión en una escena con un valor doble, en que se combinaban las referencias, por un lado, a los estados afectivos (O2) y, por el otro, a la argumentación racional (A2). Mientras que la primera orientación clínica parecía pertinente, no lo era la segunda, y sobre todo no lo era el cambio en la estrategia de A2 a FG, con la búsqueda del completamiento (FG). Es posible que la paciente sintiera las extensas argumentaciones del terapeuta como una intrusión genital que la dejaba finalmente con otra vivencia de desborde, de desmesura intoxicante (LI). De modo que en parte se repetía en la sesión una escena en que la paciente quedaba desbordada por estímulos insoportables (con un valor FG), sentidos como golpes más que como intervenciones empáticas. Es posible que la primera intervención central del terapeuta, centrada en FG, contuviera ya algo de esta vivencia de quedar atrapado en la búsqueda forzada de completamiento, respecto de alguien que lo desautorizaba y se sostenía en la ausencia de disfrute, vuelta tóxica (LI). Desde el punto de vista de las estrategias clínicas, el terapeuta posee dos árboles de decisiones. Una de ellas, pertinente, enfatizaba O2 en su intervención central, y otro, no pertinente, consistía en un pasaje desde A2 hasta FG, en sus intervenciones centrales. La situación requería ser encarada desde perspectivas renovadas en las sesiones siguientes.

Inferimos que la estrategia centrada en el pasaje de A2 a FG (mediado por las interferencias de la paciente) era expresión de un deseo erótico violento despertado en él por una postura erotizante de la paciente que al mismo tiempo pretendía poner en evidencia la impotencia clínica del terapeuta para transformar su condición tóxica en disfrute. La vivencia

del terapeuta de ser expulsado era consecuencia del deseo (generado en el intercambio durante la sesión) de irrumpir en Poncia intrusivamente.

III. Discusión

Sobre los pacientes y el terapeuta

El diseño de la presente investigación permite centrarse nítidamente en la pregunta acerca de hasta dónde incide el estilo del paciente en el del terapeuta, y hasta dónde este posee ciertos rasgos distintivos, diferenciales, que pueden operar ventajosa o desventajosamente en su abordaje clínico. En los tres casos, los resultados de los análisis de frases permiten inferir las vicisitudes de las defensas. En Belisario, las frases mostraron un cambio en la defensa en la sesión, especialmente la remoción de la desestimación del afecto y la aparición de defensas funcionales ligadas con A2 y FU. También en Jacinta es posible advertir cambios en la sesión: la represión (ligada a A2 y FU) fue remplazada por una defensa funcional. En cambio, en Poncia se advierte la persistencia cíclica de la desestimación del afecto a lo largo de la sesión.

El estilo del terapeuta con Belisario, Jacinta y Poncia tiene evidentes similitudes. Especialmente el énfasis en el esfuerzo por lograr empatía, y luego en las explicaciones. Con Belisario y con Poncia este tipo de intervenciones fue más extenso que con Jacinta, pero las intervenciones activas con Jacinta (preguntas sobre sus sentimientos, interpretaciones), comenzaron antes que con Belisario y sobre todo con Poncia. En el momento inicial las frases acompañantes del terapeuta con Belisario contrastaban con las frases de contacto usadas con Jacinta y las preguntas para recabar información con Poncia. Con Jacinta, el terapeuta utilizó algunas frases para expresar un mayor grado de abstracción reuniendo diferentes temas y tomando en cuenta algunas cuestiones nucleares en común. En cambio, con Belisario el terapeuta generalizó una situación (A2), pero no reunió varias de ellas en el mismo grupo (O1), como con Jacinta; a su vez, con Poncia no llegó a la generalización. Con Belisario el terapeuta tuvo que recurrir a una variedad mayor de recursos (tres intervenciones), tratando de

lograr empatía mientras que con Jacinta utilizó este recurso correspondiente a O2 en una sola intervención; con Poncia, en cambio, fragmentos extensos de sus intervenciones estuvieron destinados a lograr esta meta.

Las dificultades para lograr empatía con Belisario dependieron de las defensas del paciente: la desestimación del afecto y la desmentida, ambas fallidas, y de la hostilidad despertada en el terapeuta, cuya manifestación apareció: en algunos pequeños detalles, y no en su estrategia global. El problema de la empatía con Jacinta fue rápidamente resuelto, pero tal vez la escasez de intervenciones referentes a los afectos dependiera también del temor inicial del terapeuta de ser invadido por la paciente. El sistema defensivo de la paciente incluía la desmentida y sobre todo la represión, ambas fracasadas. Fueron mayores las dificultades del terapeuta para establecer empatía con Poncia. Pese a que insistió con intervenciones O2, el problema se presentó en el pasaje a otro tipo de intervenciones, como las explicaciones y los establecimientos de nexos causales, las argumentaciones ante las objeciones de la paciente, la insistencia en mantener el rumbo y la búsqueda del completamiento. También en Poncia la combinatoria defensiva se centraba básicamente en la desestimación del afecto y la desmentida, ambas fracasadas. Pero, a diferencia de lo que ocurría con Belisario, en esta paciente tales defensas subsistieron.

Respecto del terapeuta, resultan claros los grados diversos de dificultad que le presentaron los tres pacientes. Con Poncia la situación fue de desencuentro y atrapamiento parcial cíclico, con Belisario ocurrió un riesgo de desencuentro transitorio y con Jacinta este riesgo no estuvo presente. Un rasgo del estilo del terapeuta, el énfasis en A2, por momentos se presentaba como no pertinente, hecho advertido sobre todo con Poncia (reforzado por FG) y en mucho menor escala con Belisario. En ambos casos este énfasis del terapeuta en A2 era una respuesta a la tendencia del paciente a interferir en su empatía recurriendo a la desestimación del afecto. Sin embargo, el entrampamiento clínico con Poncia derivó más bien de la

combinación entre A2, que era propio del terapeuta, y FG, que en el terapeuta era una respuesta derivada del estilo de la paciente. Así que en este entrampamiento clínico el estilo no pertinente del terapeuta derivó de una combinación entre componentes propios de su estilo más otros derivados del influjo del estilo de la paciente.

La comparación entre los tres casos pone en evidencia la influencia del estilo del paciente (conjuntos de erogeneidades y defensas) sobre la subjetividad del terapeuta, en particular su estilo y su contratransferencia. Las conclusiones de esta investigación coinciden con las obtenidas en una investigación con un diseño afín (Maldavsky, 2004b), centradas en la comparación entre los estilos y la contratransferencia de tres diferentes terapeutas con sus respectivos pacientes, quienes tenían a su vez estilos notoriamente diversos (en cuanto a los conjuntos de las erogeneidades y defensas implicadas) entre sí. Como aquel otro trabajo, este permite inferir que las intervenciones no pertinentes dejan a paciente y terapeuta atrapados en la repetición de una escena displacentera del paciente en que el terapeuta se coloca inadvertidamente en la posición de un personaje traumatizante.

Sobre el método

Con respecto al diseño del instrumento específico para estudiar las intervenciones del terapeuta, se evidenció su utilidad para destacar el valor de la intervención central, por sobre la introductoria o la complementaria, en cuanto a sus efectos clínicos, positivos o negativos. La consideración de las intervenciones del terapeuta con Belisario y Poncia permite avanzar en cuanto al refinamiento de este instrumento. En efecto, la intervención introductoria no pertinente con Belisario no tuvo mayor eficacia clínica para acentuar el peso de la defensa patógena. Del mismo modo, la intervención complementaria pertinente (cuando la principal no lo era) usando O2 tampoco tuvo eficacia para lograr un cambio en la defensa patógena de Poncia. Así, pues, se advierte que en ambos casos la intervención central es la que tiene el peso mayor para reforzar o modificar transitoriamente la defensa patógena en el paciente. En

el caso de Poncia, además, ciertas intervenciones complementarias terminaron de incrementar su resistencia.

Respecto de los instrumentos empleados en el análisis de los discursos, un aspecto que resulta llamativo es que los resultados de los análisis con el programa computarizado resultaban coincidentes con los resultados de los análisis de frases del terapeuta, y que también se dieron coincidencias entre los análisis de palabras, frases y relatos en cuanto al discurso de Jacinta, pero no en los de Belisario y Poncia. En otras ocasiones (Buceta, Alvarez, Cantis, de Durán, García Grigera, Maldavsky, 2004, Stanley, Cusien, Truscello de Manson, Garzoli, Roitman, Maldavsky, Bodni, 2004) se hicieron presentes estas mismas divergencias, sobre todo con la prevalencia de defensas como la desmentida y la desestimación. Suele ocurrir entonces que en el análisis de las palabras se advierta la eficiencia de las corrientes psíquicas acordes con la realidad y la ley, mientras que en el nivel de las frases, los relatos y los componentes paraverbales se evidencian corrientes psíquicas opuestas a la realidad y la ley. El análisis de los discursos de Belisario y sobre todo de Poncia ponen en evidencia que los componentes paraverbales resultan los mejores indicadores de una serie de escenas que luego quedaron expresadas también en el relato (como LI), aunque no en el nivel de las frases.

Es conveniente encarar ahora el problema de la complementariedad estilística propuesta al comienzo del trabajo con su grilla correspondiente. Puede advertirse que las intervenciones pertinentes del terapeuta coinciden en buena medida con aquellas que la propuesta realizada al comienzo considera tales según cuál sea el estilo de cada paciente. Al menos algunas de las propuestas iniciales sobre complementariedad estilística han mostrado ser acertadas. Como se advierte sobre todo en el tratamiento de Belisario, LI requiere de O2, y O2, a su vez, requiere de A2. Algo similar comprobamos en la investigación de otro intercambio terapéutico (Maldavsky, 2004b). En otro trabajo (Alvarez, Maldavsky, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2004) advertimos que A1 constituye la intervención pertinente para

A2. Sin embargo, FU (y tal vez FG) no requieren solo de O1, sino de una combinación algo más sofisticada. FU y FG se caracterizan por su extrema redundancia, y O1 permite captar lo común a dicha redundancia. Entonces O1 pasa a ser un camino para detectar una clave, pero la intervención que contiene esta clave, a su vez, parece corresponder a otro lenguaje, tal como se evidencia en la exposición del caso Jacinta (en esa ocasión la intervención central correspondió a A2, y la complementaria –aunque podría haber sido también la introductoria- a O1). De modo que, al menos respecto a FU y FG, la propuesta existente debe ser sofisticada. En suma, esta investigación (y otras afines) permite inferir que la propuesta sobre la complementariedad estilística desarrollada al comienzo, 1) se halla confirmada respecto de LI, O1, A1 y A2, 2) debe ser matizada respecto de FU y FG, y 3) no se ha podido investigar respecto de O1.

IV. Conclusiones

Son frecuentes los estudios, en buena medida asistemáticos, sobre las interferencias que el terapeuta aporta a los propósitos del tratamiento, los cuales requieren de un reenfoque del vínculo, a menudo gracias a una supervisión, a la psicoterapia del terapeuta, o a ciertos recursos personales (autoanálisis, etc.). La presente investigación contiene un estudio más sistemático de estas interferencias (sobre todo la contratransferencia) y sus variaciones tomando en cuenta una serie complementaria que involucra también el estilo (erogenidades y defensas) del paciente.

El estilo del terapeuta contiene un repertorio con dos sectores. Uno de ellos es más estable y corresponde a ciertas disposiciones personales. El otro contiene variaciones derivadas del estilo del paciente. En ocasiones el sector más estable de su estilo puede hacer de interferencia parcial en el hallazgo del posicionamiento y la intervención clínica pertinentes, con lo cual pueden darse entrampamientos transitorios o duraderos en el vínculo terapéutico. En estos entrampamientos el terapeuta termina ocupando inadvertidamente el lugar de un

personaje en una escena traumatizante específica del paciente. En este entrapamiento clínico se combinan componentes del estilo propio del terapeuta con los influjos del estilo de cada paciente. Estas conclusiones coinciden parcialmente con las expuestas con anterioridad, y le agregan nuevas precisiones, referidas a los grados de mayor o menor entrapamiento, complementario del mayor o menor poder del sistema defensivo patógeno del paciente.

En cuanto a los instrumentos para la investigación del estilo del terapeuta, el referido a la categorización de las intervenciones clínicas mostró su utilidad para el ordenamiento del material, la posterior articulación con el discurso del paciente y sus cambios y el estudio del árbol de decisiones del terapeuta. En cambio, el instrumento referido a la complementariedad estilística requiere de mayores investigaciones, sobre todo respecto de O1 (no estudiado), FU y FG (parcialmente rectificadas).

Bibliografía

- Abraham, K. (1924) "Breve estudio del desarrollo de la libido a la luz de los trastornos mentales", Revista de Psicoanálisis, II, 2, 1945.
- Almasia, A. (2001) Estudio exploratorio del lenguaje en sujetos con apego a Internet. Tesis de la Maestría en Problemas y Patologías del desvalimiento, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Alvarez, L. (2001) Investigación psicoanalítica del lenguaje en pacientes Psoriásicos, Tesis de la Maestría en Problemas y Patologías del desvalimiento, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Alvarez, L., Maldavsky, D., Neves, N., Roitman, C., Tate de Stanley, C. (2004) "Analysis of the erogencities and the defenses in the second session of Amalie, applying the David Liberman algorithm (DLA)", SPR Meeting, Roma, 2004.
- Buceta, C., Alvarez, L., Cantis, J., de Durán, R., García Grigera, H., Maldavsky, D., (2004) "The trees of clinical decisions of the same therapist with different patients during the first session", SPR Meeting, Roma, 2004.
- Buceta, C., Cantis, J., de Durán, R., García Grigera, H., Maldavsky, D., (2005) "Investigación (con el ADL) de la subjetividad del terapeuta durante las sesiones. Complementariedad estilística, árbol de decisiones clínicas y contratransferencia", Congreso IPA, Río de Janeiro, 2005.
- (2005) "Researching the perturbation of attunement, the resistances of the patient and the countertransferential interferences in a failed treatment: application of DLA (David Liberman algorithm)", SPR Meeting, Montreal, 2005.
- Bodni, O. (1999) "Angustia de castración generacional y sentimiento de intrascendencia", Revista de Psicoanálisis, LVI, 3.
- Freud, S. (1905d) Tres ensayos de teoría sexual, en AE, vol. 7.
- (1915c) "Pulsiones y destinos de pulsión", en AE, vol. 14.
- (1916-17) Conferencias de introducción al psicoanálisis, en AE, vols. 15-16.
- (1919e) "'Pegan a un niño'. Contribuciones al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales", en AE, vol. 17.
- (1933a) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, en AE, vol. 22.
- (1940a) Esquema del psicoanálisis, en AE, vol. 23.
- Goldberg, J. (2002) El lugar del ADL en la clínica psicoanalítica con niños. Tesis de la Maestría en Problemas y Patologías del desvalimiento. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, en curso.
- Kazez, R. (2002) Estudio exploratorio del lenguaje en dos momentos de un tratamiento psicoterapéutico. Tesis de la Maestría en Problemas y Patologías del desvalimiento, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Liberman, D. (1970) Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico, Buenos Aires, Galerna-Nueva Visión, 1971-72.
- Maldavsky, D. (1995a) Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996.
- (1997) Sobre las ciencias de la subjetividad, Buenos Aires, Nueva Visión, 1997.
- (1998) Casos atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1999.
- (1998b) Lenguajes del erotismo, Buenos Aires, Nueva Visión, 1999.
- (1999) Lenguaje, pulsiones, defensas, Nueva Visión, 2000.
- (2001a) Sobre la investigación clínica en psicoanálisis: deslinde de una perspectiva, Subjetividad y procesos cognitivos, 1, 128-158. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Buenos Aires, 2001
- (2001b) Complejizaciones teórico-metodológicas en psicoanálisis, Revista de Psicoanálisis, número especial internacional, 8, 277-311.
- (2002a) Análisis computacional del lenguaje desde la perspectiva psicoanalítica, editado en CD-Rom.
- (2002b) Sobre el cambio en las defensas en la Hora Cinco ("Specimen hour"). Investigación clínica con el algoritmo David Liberman, Intersubjetivo, 4, 2, 13-44, Madrid.
- (2003a) A contribution to the development of a psychoanalytical methodology for research into language. A systematic study of narration as an expression of sexuality, International Journal of Psychoanalysis, 3, 607-635.

- (2003c) La estructura-frase y la metodología de la investigación del discurso desde la perspectiva psicoanalítica. Sobre el valor de los componentes paraverbales, Subjetividad y procesos cognitivos, 3, 58-100.
- (2004a) La investigación psicoanalítica del lenguaje: algoritmo David Liberman, Buenos Aires, Editorial Lugar.
- (2004b) “Investigaciones clínicas con el ADL: contratransferencia, complementariedad estilística, resistencias”, Actualidad Psicológica, en prensa.
- (2004c) Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA), inédito.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A.M., Buceta, C., Bustamante, B., Cantis, J., Cusien, I., de Durán, R., Follmann, A., García Grigera, H., Garzoli, E., Goldberg, J., Iusim, M., Kazez, R., Legaspi, L., Manson, M., Miceli, G., Neves, N., Rembado, J.M., Rodríguez Calo, M., Roitman, C.R., Romano, E., Tarrab, E., Tate de Stanley, C., Widder, F.
- (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.
- (2006) La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL), Editorial Lugar, Buenos Aires, in press.
- Maldavsky, D., Almasia, A. (2002) Análisis con el algoritmo David Liberman del discurso de un paciente con apego a Internet, Subjetividad y procesos cognitivos, 4.
- Maldavsky, D.; Alvarez, L.; Neves, N.; Roitman, C. R.; Tate de Stanley, C.
- (2003a) El ADL y el análisis de las vicisitudes transferenciales en los inicios de un tratamiento psicoterapéutico, Intersubjetivo, 5, 3.
- (2003b) El ADL y la investigación de la subjetividad del analista, Investigaciones en Psicología, 9, 1.
- Maldavsky, D. , Bodni, O., Cusien, I., Lambersky de Widder, F., Roitman, C., Tamburi, E., Tarrab de Sucari, E., Tate de Stanley, C., Truscello de Manson, M.
- (2000) Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas, Nueva Visión, 2001.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Iusim, M., Legaspi, L., Rodriguez Caló, M., Tate de Stanley, C., (2004) “The trees of clinical decisions and the erotic countertransference. A study with David Liberman algorithm”, SPR Meeting, Roma, 2004.
- Maldavsky, D., Tebaldi, S.M, Cusien, I., Groisman, R., Pereyra, F. (2001) Investigación de las defensas en el discurso del paciente con el método de Perry y el ADL, Research Project, UCES, Buenos Aires.
- Maldavsky, D. y Truscello de Manson, M. (2002) Sobre la investigación de las estructuras-frase como expresión de la erogeneidad, Congreso de FEPAL, Uruguay, 2002.
- Romano, E., Maldavsky, D. (2004) Psychotherapy treatment focused in a tattooed patient. The David Liberman Algorithm Method (ADL), SPR Meeting, Rome, 2004.
- Stanley, C., Cusien, I., Truscello de Manson, M., Garzoli, E., Roitman, C., Maldavsky, D., Bodni, O. (2004) “Analyzing the erogeneities and the defenses in the patient’s verbal and paraverbal components (with the David Liberman Algorithm)”, SPR Meeting, Roma, 2004.

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

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