

# **LA INVESTIGACIÓN DE LA VIOLENCIA EN LOS PROCESOS INTERSUBJETIVOS CON EL ALGORITMO DAVID LIBERMAN (ADL): MUESTRAS, ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN, INSTRUMENTOS, PROCEDIMIENTOS**

## ***THE RESEARCH OF VIOLENCE IN THE INTERSUBJECTIVE PROCESSES WITH THE DAVID LIBERMAN ALGORITHM (DLA): SAMPLE, RESEARCH STRATEGIES, INSTRUMENTS, PROCEDURES***

**David Maldavsky\***

### **Resumen**

En el contexto de los problemas de las relaciones de poder y la intersubjetividad, nos pareció pertinente exponer un estudio acerca de la violencia. En él pretendemos reunir siete investigaciones clínicas en que se aplicó el algoritmo David Liberman (ADL) al análisis de muestras de diferente tipo de sujetos que protagonizaron, de alguna manera, escenas violentas. No solo las muestras sino también los procedimientos, las estrategias de análisis y los instrumentos eran disímiles, de modo que se hizo necesario un trabajo crítico para compatibilizar sus resultados en el intento de estudiar la violencia desde la perspectiva de la intersubjetividad. En primer lugar expondremos las definiciones y el método, y luego las investigaciones concretas, con un comentario referido a cada muestra, las estrategias, los instrumentos específicos del ADL y los procedimientos implementados. Por fin, presentaremos una síntesis que pretende articular los diferentes hallazgos parciales.

**Palabras clave:** violencia, intersubjetividad, estrategias de investigación, procedimientos.

### **Summary**

In the context of the problems of power relationships and intersubjectivity, we found it appropriate to expose a study about violence. In this study we expect to gather seven clinical researches in which the David Liberman algorithm (DLA) was applied to the

---

\* Director del Doctorado en Psicología y de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento UCES. Dirección: República Árabe Siria 3319 Piso 5° B (C1425EYQ) Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: dmaldavsky@elsitio.net

analysis of samples belonging to different types of subjects that were involved, in some way, in violent scenes. Not only the samples but also the procedures, the strategies of analysis and the instruments were different, so it became necessary to carry out a critical work to make compatible their results, in the intention of studying violence from the perspective of intersubjectivity. First we will expose the definitions and the method, and then the concrete investigations, with a comment referred to each sample, the strategies, the specific instruments of the DLA and the procedures implemented. Finally, we will present a synthesis that expects to articulate the different partial findings.

**Key words:** violence, intersubjectivity, strategies of research, procedures.

### **I. Definiciones operacionales**

El objetivo de esta investigación es no tanto investigar la violencia en sí misma en los vínculos sino más bien describir las muestras, las estrategias, los instrumentos y los procedimientos con los cuales el algoritmo David Liberman permite estudiarla. En consecuencia, es más un trabajo centrado en problemas de método más que en problemas clínicos concretos. Entre las diferentes formas en que la violencia se puede expresar, en esta oportunidad nos interesa considerar aquellas manifestaciones caracterizadas por 1) la intrusión somática en la periferia externa del propio cuerpo o del ajeno, sobre todo la piel, el tímpano o un ojo, 2) la perturbación en el equilibrio químico interno del propio cuerpo o el ajeno por efecto de sustancias que eventualmente pueden conducir a la muerte, o 3) la creación de estados de desvitalización o de tensión extrema en el propio sujeto o en un sujeto ajeno, apelando a diferentes recursos, incluso las palabras, sobre todo los gritos, los chillidos o un hablar hipnótico que genera somnolencia.

En cuanto a la definición de la subjetividad, parte desde la perspectiva de que cada yo debe responder a una triple exigencia: de las pulsiones, de la realidad y de los imperativos superyoicos, siendo la principal la que proviene desde las pulsiones. En los nexos intersubjetivos, cada uno de los participantes establece relaciones con los demás, entendidos como sujetos que a su vez deben responder a las mismas exigencias, en particular las pulsionales.

Estas relaciones de yo con sus exigencias pulsionales, superyoicas y de la realidad son a menudo conflictivas y se expresan como un conjunto de defensas que constituyen una totalidad compleja, en sí misma heterogénea, ya que cada yo suele dar diferentes soluciones a los conflictos recién mencionados. Por lo tanto, la perspectiva de la intersubjetividad implica sobre todo tomar en cuenta las relaciones entre sujetos en cada uno de los cuales se dan diferentes transacciones, sobre todo entre deseos y defensas. El estudio de esta complejidad requiere combinar el enfoque de los procesos intrapsíquicos y los vinculares, los cuales a su vez se atienen a determinadas leyes en cuanto a los intercambios.

## II. Método

El algoritmo David Liberman (ADL) es un método diseñado para detectar los deseos y las defensas (así como su estado) en las manifestaciones clínicas, sociales y culturales. Cuenta para ello con diferentes instrumentos. Uno detecta las pulsiones y los deseos en los relatos, mientras que un conjunto de ellos investiga estos mismos conceptos en las escenas desplegadas, sea verbales, sea paraverbales, sea motrices. Otros instrumentos permiten inferir también las defensas y su estado en relatos o en los episodios desplegados. El repertorio de los deseos es: libido intrasomática (LI), oral primaria (O1), sádico oral secundaria (O2), sádico anal primaria (A1), sádico anal secundaria (A2), fálico uretral (FU) y fálico genital (FG). En cuanto al repertorio de las defensas centrales, es: sublimación, creatividad, acorde a fines, represión, desmentida, desestimación de la realidad y la instancia paterna, desestimación del afecto. Tanto en los relatos como en los episodios desplegados, el ADL tiende a organizar las muestras en términos de escenas, episodios o anécdotas. Las escenas no son en sí mismas observables, sino que se requiere de un trabajo para transformar la muestra textual en un preparado apto para la aplicación de los instrumentos del ADL. Mientras que el análisis de los relatos puede ser útil para investigar los procesos psíquicos en las relaciones extra-transferenciales, otros instrumentos, que permiten estudiar actos del habla, componentes paraverbales y la motricidad, son útiles para investigar los procesos psíquicos durante las entrevistas y sesiones.

Se han realizado investigaciones de validez convergente, de validez pre y posdictiva, de validez del constructo del ADL (Maldavsky 2009a, 2009b, 2009c). Entre estas pruebas de validez destaca una comparación entre los resultados de los análisis de las defensas realizados con el DMRS (Defense Mechanisms Rating Scale) y el ADL en una muestra compuesta por 74 fragmentos. El estudio arrojó un índice kappa de ,737 (significación estadística: 0,000). También se han realizados diferentes estudios de confiabilidad (Roitman, Alvarez, Maldavsky, Rembado, Plut, Tate de Stanley 2009), entre los cuales destaca un estudio de confiabilidad interjueces con una muestra compuesta por 65 relatos. Participaron en el estudio de confiabilidad cuatro investigadores capacitados en el empleo del ADL para detectar deseos y defensas. Los resultados de los estudios oscilaron entre un coeficiente kappa de ,729 respecto de los deseos y de ,667 respecto de las defensas; y un coeficiente kappa de ,603 para los deseos y de ,459 para las defensas (en todos los casos, significación estadística: 0,000).

El estudio de las relaciones intersubjetivas exige inferir los deseos y las defensas (así como su estado) de quienes intervienen en los intercambios. Por lo tanto, es necesario encontrar medios para estudiar no solo los procesos intrapsíquicos en uno de los intervinientes sino también en los demás participantes, así como las relaciones entre ellos. Este requisito conduce a diseñar investigaciones en que se jerarquizan tanto ciertos procesos de recolección de la muestra y de selección de los fragmentos significativos, cuanto la elección de los instrumentos y los procedimientos para investigarlos.

### **III. Un enfoque meta-analítico de investigaciones con el ADL**

Las investigaciones meta-analíticas recogen e intentan armonizar los resultados de otras investigaciones realizadas sobre un mismo problema u otros afines. La tentativa de armonizar resultados no fácilmente compatibles requiere a veces reconsiderar las muestras, las estrategias, los instrumentos y los procedimientos implementados en cada ocasión, y que pueden incidir en las conclusiones. Tomando en cuenta estos aspectos, la investigación que sigue solo en parte puede ser considerada meta-analítica, ya que todos en todos los estudios reseñados más abajo se recurrió al ADL. Sin embargo, en cada ocasión la muestra investigada, así como las estrategias, los instrumentos y los procedimientos implementados difieren, y por ello es posible incluir a este estudio en el rubro del metaanálisis. La exposición que sigue reseña y discute investigaciones de la violencia en los relatos (III. 1), en los relatos y las escenas desplegadas (III. 2), en los relatos, las escenas desplegadas y el intercambio con el terapeuta (III. 3) y en los intercambios entre los integrantes de una pareja entre sí y con la terapeuta (III. 4).

#### *III.1. Estudio de la violencia en los relatos*

Los estudios de los relatos permiten realizar solo de manera indirecta una investigación de la violencia desde la perspectiva de la intersubjetividad. Sin embargo, constituyen un buen punto de partida para la detección de los deseos y las defensas en un paciente.

##### **III.1.a. Estudio de los deseos y defensas en los relatos de una paciente con prácticas violentas**

La investigación de la violencia en los procesos intersubjetivos recurriendo al análisis de los relatos exige primero armar una muestra en la que quedan reunidas aquellas escenas que correspondan a situaciones de violencia así como a sus antecedentes mediatos e inmediatos. Es posible aplicar a dicha muestra los instrumentos que permiten detectar los deseos y las defensas (así como su estado).

El análisis de la primera entrevista de Saveria puede resultar útil para exponer esta orientación. Se trata de una paciente que consultó luego de una internación psiquiátrica de dos semanas por haber golpeado severamente a una ex pareja con un objeto contundente. Saveria había realizado tratamiento años atrás por episodios de desborde hostil contra su madre, a quien ella consideraba sorda, ya que parecía no oír sus reclamos y en cambio escuchaba permanentemente al hermano de la paciente. Como consecuencia de esta situación la paciente comenzaba a levantar la voz y se iba enfureciendo. La escena de violencia con su ex pareja tenía características similares, ya que este dejó de contestar a sus insistentes reclamos y prefirió dar preeminencia a la relación que había iniciado con una nueva pareja. En esta situación fue que Saveria lo golpeó y solicitó ella misma la internación. Pese a que los relatos de los episodios de violencia redundaban claramente en torno de la asociación con la sordera del interlocutor y los celos, una segunda serie de relatos parecía tener también interés, y estaba

centrada en que la paciente se había hecho adepta de una doctrina indígena que, según ella decía, le permitía tener las claves para develar los enigmas subjetivos de quienes la rodeaban, inclusive el mismo terapeuta al que estaba consultando. Esta creencia le permitió a la paciente recuperar su equilibrio y su paz interior, y por ello creía estar en condiciones de no repetir los estallidos de violencia que la habían caracterizado en el pasado. En suma, a partir del material disponible fue posible establecer dos órdenes de relatos, uno ligado a la violencia y otro ligado a la posesión o no de una clave para develar incógnitas respecto de los seres de quienes la paciente dependía afectivamente. Luego de realizar este recorte del conjunto de anécdotas que parecía pertinente analizar, se aplicaron los instrumentos de los análisis de los deseos y las defensas en los relatos. La conclusión de esta investigación consiste en que, en el momento de la consulta, en la paciente predominaban O1 y desmentida exitosa, combinada con LI y desestimación exitosa del afecto. También se advierte que en el estallido de violencia A1 y la desmentida resultó exitosa, al consumir un afán vindicatorio, y que también en el acto de descarga la desestimación del afecto acompañante de LI era igualmente exitosa. En cambio, en el desencadenante del estallido de violencia pareció tener relevancia LI y la desestimación fracasada del afecto. En cada una de estas ocasiones la paciente adjudicaba a otras personas determinadas funciones (por ejemplo, quien no la escuchaba, o quien le permitía develar una clave) y ella, a su vez, desplegaba funciones complementarias, eufóricas o disfóricas.

Si bien esta investigación no permitió investigar los procesos intersubjetivos en ocasión de una práctica violenta, al menos hizo posible avanzar en la consideración de 1) las funciones que la paciente se adjudicaba y las que atribuía a otros, y 2) la diferenciación entre dos momentos, uno detonante y otro correspondiente al estallido de la violencia.

### III.1.b. Estudio de los deseos y defensas en relatos de episodios detonantes y de episodios de violencia

Es posible realizar un diseño de la investigación con un doble enfoque paradigmático, sea de los episodios de violencia, sea de los diferentes factores que aparecen como posibles detonantes, para decidir si realmente existen o no nexos más firmes entre unos y otros y realizar el correspondiente análisis.

Con este enfoque se analizó el material de todo el tratamiento de Lorena, una paciente internada por haberse infligido cortes en la piel (Maldavsky, Rembado, Scilletta 2009). Durante la internación tuvo en una ocasión un episodio en que volvió a realizarse cortes similares. La estrategia de la investigación consistió en estudiar los relatos, y los procedimientos implicaron reunir los episodios de corte y sus antecedentes, tanto los ocurridos antes de consultar como el que la paciente protagonizó durante la internación. Al conjunto de anécdotas referidas a los antecedentes y a los actos de violencia en sí mismos se le aplicaron los instrumentos del análisis de los relatos para

la detección de los deseos y las defensas y su estado. Se detectaron los principales deseos y defensas (y su estado) en las anécdotas referidas a los antecedentes de los actos de corte y a los momentos de corte en sí mismos, se los comparó y se establecieron nexos entre los resultados correspondientes. Entre los factores detonantes figuran dos: el estar excluida de un espacio y el no entender la lógica de los interlocutores de los cuales ella dependía. El primero de tales factores se extendía en el tiempo, mientras que el segundo era más puntual, y constituyó entonces el desencadenante específico. En cambio, en los momentos de violencia predominaban una tendencia a la descarga (que le permitía rescatarse de la apatía) y una práctica vengativa, que no permitía recuperarse de la vivencia de haber quedado expuesto a la dependencia de sujetos incomprensibles, aunque sí tener un sentimiento triunfalista vindicatorio. En consecuencia, en las escenas detonantes predominaban LI y la desestimación fracasada y O1 y la desmentida fracasada, mientras que en los momentos de estallido prevalecían LI y la desestimación exitosa del afecto y A1 y la desmentida exitosa.

Las conclusiones de este segundo tipo de investigación pueden armonizar con las del estudio de los relatos de Saveria, ya que si bien en la investigación de esta no se había puesto el énfasis en los antecedentes de las escenas de violencia, el estado actual de la paciente, que creía disponer del acceso a una clave que la preservaba de quedar expuesta a la incomprensión de la mente ajena y por lo tanto que la preservaba de sufrir nuevos estallidos de violencia, parece compatible con la hipótesis de que un detonante de dichas escenas de violencia consiste en no lograr entender las claves de la vida psíquica de los personajes de los que el sujeto depende. El análisis de los relatos de Lorena permite inferir que, del mismo modo que Saveria, la paciente adjudicaba a otros determinadas funciones y se colocaba a ella misma en funciones complementarias, eufóricas o disfóricas, tanto en el momento en que detonaba la conducta violenta cuanto en el momento del estallido mismo.

### *III.2. Estudio de la violencia en los relatos y las escenas desplegadas*

#### *III.2.a. Estrategias de análisis de los estudios microanalíticos*

Una segunda estrategia de investigación consiste en focalizar no tanto en las narraciones sino en los episodios desplegados por un paciente en las entrevistas clínicas. En tal caso la muestra está constituida por escenas desplegadas de violencia durante entrevistas terapéuticas. Tales estudios son microanalíticos y el análisis de los episodios ocurridos en las sesiones suele requerir una combinación con el estudio de las narraciones. Esta estrategia de estudios microanalíticos incluye tres niveles de investigación de las escenas desplegadas: actos del habla, componentes paraverbales, motricidad. Por ejemplo, puede ocurrir que el paciente grite e inclusive que empuje al terapeuta, pero que sus actos del habla expresen que le pide que este no lo desahucie, mientras que la expresión facial manifiesta la turbiedad de la conciencia de un estado tóxico. En consecuencia, el análisis de los episodios de violencia desplegados en las entrevistas clínicas suelen requerir de un enfoque que tome en cuenta diferentes sec-

tores de las manifestaciones. Este hecho requiere aplicar varios de los instrumentos del ADL que estudian las escenas desplegadas y, luego de obtenidos los resultados de cada uno de estos estudios parciales, intentar armar el conjunto estableciendo las prevalencias relativas. Resulta fructífero reunir varios episodios afines de violencia intrasesión (o de sus antecedentes), con lo cual se hace posible compararlos entre sí y encontrar las redundancias y las diferencias correspondientes.

Un nuevo paso en un proyecto de investigación de este tipo consiste en el estudio no solo de las escenas que un paciente despliega en las entrevistas sino de su correlación con episodios que el mismo paciente ha relatado. La correlación entre escenas desplegadas y relatadas implica un trabajo elaborativo adicional, ya que suele ocurrir que las escenas desplegadas expresen solo un sector de aquellas relatadas. Las relaciones entre escenas desplegadas y anécdotas relatadas pueden ser múltiples. A veces la violencia en sesión surge cuando el paciente relata determinadas anécdotas en que predomina un hundimiento apático de su familia que termina contagiándolo, en otras ocasiones cuando, al referirse a ciertos episodios, supone que el terapeuta se ha desconectado, lo ha desinvertido por suponer que el relator miente, a veces el paciente repite en la sesión escenas similares a las relatadas, o transforma un resultado displacentero en la escena relatada por otro eufórico en los episodios desplegados. En consecuencia, es conveniente estar preparado para establecer nexos de isomorfismo solo parcial entre las escenas relatadas y las anécdotas desplegadas, que pueden consistir en una inversión del signo (de disfórico a eufórico), en una relación entre la parte (en el nivel de la escena desplegada) y el todo (en la anécdota relatada), entre la supuesta causa y la supuesta consecuencia, etc. Este isomorfismo solo parcial en cuanto al valor relativo de cada sector respecto del otro exige también estar preparado para que los resultados de los análisis de una y otra muestra tampoco coincidan, y que sea necesario encontrar criterios para armonizarlos. La situación es aún más compleja cuando se pretende ampliar el estudio de las escenas desplegadas por un paciente e incluir toda la sesión o entrevista. Esta decisión puede derivar de que durante el intercambio con el terapeuta no hay indicadores evidentes de prácticas violentas, las cuales sí aparecen en los relatos, aunque durante la sesión íntegra pueden aparecer indicadores de los antecedentes o consecuencias de dichas prácticas. Sea como fuere, se hace necesario compatibilizar los resultados de ambos estudios, extra-transferencial e intrasesión. Para ello es posible recurrir a dos criterios. Uno de ellos es cuantitativo, y consiste en privilegiar las escenas desplegadas por sobre los relatos, y, entre dichas escenas desplegadas, dar preferencia a los componentes motrices y paraverbales por sobre los actos del habla. El otro criterio para armonizar estos resultados heterogéneos de los relatos y las escenas desplegadas es conceptual, y consiste en decidir qué parte de la escena relatada efectivamente se repite en el nivel de los actos del habla, ya que resulta ser un sector dominante en su posicionamiento en el conjunto de la escena.

También es posible combinar de un modo más complejo el estudio de todas las narraciones y las escenas desplegadas en una entrevista o sesión para llegar a realizar un

diagnóstico más amplio de la estructura psíquica del paciente que ha sido protagonista activo o pasivo de situaciones de violencia. Claro está, este proyecto de investigación no se centra específicamente en las escenas de violencia sino en una visión algo más amplia de los procesos psíquicos del sujeto que protagoniza de uno u otro modo dichas escenas. Este enfoque permite tener un panorama de los procesos intrapsíquicos de quien participa en estas escenas, lo cual constituye un aporte indirecto al análisis de las situaciones de violencia en sí mismas.

### III.2.b. Estudio de las escenas desplegadas y de los relatos del paciente

Un ejemplo de una estrategia de investigación diagnóstica, que combina análisis de relatos y de escenas desplegadas es el estudio de la entrevista de Mrs. Smithfield. La paciente fue descrita en estos términos (Rosenberg et al., 1994): “Se trata de una mujer divorciada de 23 años, recientemente graduada de una maestría, que vende flores en un esquina en Boston. La entrevistada describió un gran número de traumas recientes, relacionados entre sí. Su descripción carecía de expresiones afectivas. Describió sus experiencias y sus razones para solicitar tratamiento con extrema vaguedad. Los traumas que describió incluían un grave accidente de auto y 5 violaciones. El accidente de auto la dejó con una pérdida de memoria, pero ella no sabía si dicha pérdida de memoria era consecuencia de factores orgánicos o psíquicos, y esta fue una de las razones para solicitar tratamiento. Después de terminar sus estudios secundarios la paciente se mudó a África, donde se casó con un nativo. Sin embargo, al llegar ambos a EEUU, este desapareció misteriosamente y nunca regresó, lo cual constituyó otro trauma, y consiguientemente la paciente se divorció.

“La paciente era hija única, de padres que describió como exitosos y bien educados y que la empujaron a formarse académicamente. La paciente los describía como personas que la descuidaban afectivamente, no le prestaban atención y carecían de empatía. La paciente describió a su madre como manipuladora y desconfiada de los otros, y se describió a sí misma como similar a ella en cuanto a la falta de confianza y en la expectativa de una desilusión. Por otro lado, describía a su padre más positivamente. Dado que él había sido abandonado por su primera esposa, la paciente lo veía parecido a ella. La paciente también se refirió a haber sido dejada de lado, haber sido tomada como chivo expiatorio y quedado como víctima para sus compañeros en el colegio” (p. 237).

Esta entrevista fue analizada en varias oportunidades con el ADL con diferentes propósitos diagnósticos (Maldavsky 2008, 2009b). Los principales estudios siguen dos orientaciones, una cualitativa y otra cuantitativa. En la investigación cualitativa, los resultados de los estudios en el nivel del relato permitieron distinguir entre una organización psíquica no patológica y otra centrada en defensas patógenas. La organización no patógena de la paciente parecía basarse en la predominancia de la defensa acorde a fines, que la llevó a consultar, a aprobar la maestría, y a recuperarse de la crisis luego de su regreso de África y luego del accidente automovilístico. Con respecto a la orga-

nización patógena, cobran relevancia tres sectores: 1) represión más rasgos caracterológicos histéricos y fóbicos, los cuales corresponden a una presentación fenoménica, 2) desmentida, que generó rasgos caracterológicos “apasionados”, centrados en el sacrificio y el auto-reproche (O2) por un lado y la denuncia de abusos sufridos (A1) por el otro, y 3) desmentida, que la lleva a desconocer situaciones concretas de riesgo en favor de pensamientos abstractos (O1), combinada con LI y la desestimación del afecto, la cual la lleva a sufrir una alteración orgánica como camino para resolver el conflicto. Este tercer grupo de defensas contiene una mezcla entre rasgos caracterológicos esquizoides y diferentes tipos de perturbaciones somáticas (enfermedades, embarazo-aborto, consumo de drogas, accidente). Si bien la paciente prefería definirse de acuerdo con el segundo fragmento (“apasionado”), lo nuclear y efectivo era el permanente retorno de las fallas en el sistema defensivo correspondiente al tercer fragmento. Entonces la paciente quedaba sobre todo con una vivencia de exclusión y abandono y al mismo tiempo de desconcierto, de incertidumbre respecto de la lógica con que pensaban sujetos de los que ella dependía. Así ocurrió con un chamán que prometió iniciarla en el acceso a una revelación y con ello se ganó la fascinación de la paciente, situación que culminó en sus últimas violaciones.

En el nivel de los actos del habla, predominaron en la paciente los mismos componentes recién enumerados. Si bien eran evidentes sus intentos de colaborar con la tarea terapéutica, los tres sistemas de deseos y defensas patógenos antes mencionados se hicieron fuertemente evidentes. La mayor diferencia entre los relatos y las escenas desplegadas en la entrevista consistía en que en estas últimas el estado de sus defensas patógenas era exitoso, mientras que en sus relatos dicho estado había fracasado. Sobre todo se hacía evidente el éxito de la defensa en los actos del habla y en el terreno paraverbal. En los actos del habla predominaba un estado exitoso de la desmentida para mantener la ilusión de que en el tratamiento alcanzaría una revelación como la que pretendió obtener con el chamán ya mencionado, quien terminó abusando de la paciente. En el terreno paraverbal, en cambio, prevalecía una desestimación exitosa del afecto que se hacía evidente en sus insistentes eructos.

Respecto del estudio de las escenas de violencia en sí mismas, estas se hacen evidentes en el nivel del relato, mientras que en la entrevista no se advierte tanto el equivalente de una situación de abuso sino su antecedente previo (es decir, la idealización de una posible revelación de una clave, correspondiente a O1 y la desmentida exitosa), al cual luego podría seguir una situación en que quedaba inerte ante una nueva repetición de hechos inesperados y violentos. Este estudio puede contribuir a tomar en cuenta cómo un paciente puede contribuir a promover el despliegue de la violencia que luego padece, al promover una alianza en el refuerzo de la desmentida exitosa ligada con O1.

Respecto del enfoque diagnóstico del caso, poco antes se consignó una descripción de sus principales corrientes psíquicas y las prevalencias relativas correspondientes,

todo ello recurriendo a un enfoque cualitativo. Es posible combinar ese análisis de los componentes funcionales y patógenos (con sus tres grupos de defensas) en los niveles de los relatos y las escenas desplegadas con un enfoque que deriva de la aplicación de criterios cuantitativos, que arrojan estos resultados (Cuadro I):

**Cuadro I: Análisis estadístico de las escenas relacionadas y desplegadas**  
**Escenas relacionadas**

<b>Defensas patógenas</b>		
Defensas caracterol. + FU	Exitoso	6,34%
Desestimación del afecto + LI	Fracasado	82,08%
Desmentida + O1	Exitoso	4,00%
Desmentida + A1	Exitoso	1,25%
Defensas caracterol. +FU	Fracasado	3,78%
Desmentida + A1	Fracasado	0,97%
Desmentida + O2	Fracasado	1,55%

<b>Defensas funcionales</b>		
Acorde a fines + LI/O2/A2/FG	Exitoso	86,59%
Acorde a fines + A1	Fracasado	13,40%

Defensas patógenas: 78,75% Defensas funcionales: 21,24%

Escenas desplegadas

<b>Defensas patógenas</b>		
Desestimación del afecto	Exitoso	82,17%
Desmentida + O1	Exitoso	13,65%
Represión + A2	Exitoso	2,09%
Represión y rasgos caract. + FG	Exitoso	2,07%

**Defensas funcionales**

Acorde a fines + A2 100%

Defensas patógenas: 54,98% Defensas funcionales: 45,01%

Pueden advertirse algunas coincidencias entre los resultados cuantitativos en uno y otro nivel de análisis (narraciones y escenas desplegadas). Estos consisten sobre todo en que, en el terreno de los mecanismos funcionales, predomina la defensa acorde a fines, y que, en el terreno de las defensas patógenas, resulta central la desestimación del afecto. Inclusive se advierte que los porcentajes de los análisis de las escenas relacionadas y desplegadas son llamativamente coincidentes en cuanto a la jerarquía de este mecanismo.

También aparecen diferencias entre los resultados de uno y otro nivel de análisis, correspondientes tanto al estudio de las defensas patógenas cuanto a la detección de las defensas funcionales, así como a las relaciones entre ambos resultados. En cuanto a la diferencia referida a las defensas patógenas, es posible advertir que, mientras que, en el nivel del relato, los rasgos caracterológicos exitosos combinados con FU, en su versión exitosa o fracasada, tienen importancia, en los actos del habla estos rasgos caracterológicos combinados con FU no tienen mayor relevancia. Tal vez la razón para esta diferencia resida en el hecho de que FU y la represión más los rasgos caracterológicos exitosos o fracasados están presentes en solo una de las escenas relatadas correspondientes al motivo de consulta. En la medida en que en el relato aparecen muchas escenas referidas también a un pasado más lejano, y no solo al presente, puede presentarse esta discordancia.

La segunda diferencia entre ambos niveles de análisis (escenas desplegadas y relatadas) corresponde al estudio de las defensas funcionales. Más específicamente, la diferencia corresponde al tipo de deseo que se combina con dichas defensas: mientras que en el nivel de los actos del habla la defensa acorde a fines exitosa se combina con A2, en el nivel del relato esta misma defensa se combina con una variedad mayor de deseos. Para justificar esta diferencia otra vez es posible recurrir al argumento previo: en el nivel del relato aparece reflejado el análisis de escenas que no corresponden necesariamente a la realidad clínica actual de la paciente sino a situaciones pasadas. En consecuencia, estas diferencias pueden ser consideradas no tanto desde la perspectiva del tipo de defensa (funcional o patógena) sino desde la perspectiva de las escenas relatadas y las desplegadas. En efecto, estas últimas revelan con mayor especificidad que las escenas relatadas cuál es la realidad clínica de la paciente en el momento de la consulta.

En esta misma línea del contraste entre ambos niveles de análisis (escenas relatadas y desplegadas en la entrevista), puede advertirse que la proporción de defensas funcionales y patógenas en cada nivel difiere llamativamente, y que, evaluada la paciente por sus relatos, resulta ser más grave que si se la evalúa por las escenas que despliega en la entrevista.

Cabe preguntarse si los resultados cuantitativos recién resumidos armonizan con los resultados del análisis cualitativo con el ADL sintetizado poco antes. Es conveniente distinguir entre el contraste de los resultados de ambas investigaciones en el nivel del relato y en el de las escenas desplegadas. En el nivel del relato, se advierte que existen coincidencias solo parciales entre los resultados de ambos análisis en cuanto a los deseos y las defensas tanto patógenas cuanto funcionales. En efecto, el análisis estadístico arroja porcentajes que otorgan cierta importancia a los rasgos caracterológicos evitativo-ambiciosos, y además ponen en evidencia una mayor variedad de recursos defensivos funcionales de la paciente, en el sentido de que la defensa acorde a fines se combina con una gran variedad de pulsiones.

En cambio, la comparación entre los resultados de ambos estudios en el nivel de las escenas desplegadas arroja mayores coincidencias. Sin embargo, cabe destacar que el énfasis en LI y la desestimación exitosa del afecto deriva de que el estudio estadístico refleja el puntaje correspondiente a las escenas desplegadas en los componentes paraverbales.

Sea como fuere, los estudios diagnósticos del caso conducen a describir una organización del aparato psíquico que en el momento de la consulta (análisis de las escenas desplegadas) correspondían a una paciente moderadamente perturbada, mientras que en momentos previos de su vida (análisis de los relatos) parecía haber sufrido un mayor grado de perturbación.

La comparación entre esta investigación y las precedentes muestra que, pese a que el estudio diagnóstico de Mrs. Smithfield pone en evidencia un rico repertorio de deseos y defensas, incluyendo las funcionales, entre los deseos combinados con defensas patógenas predominan LI y la desestimación del afecto y O1 y la desmentida, mecanismos que en el momento de la sesión resultaban exitosos, aunque en el de los relatos hubiera fracasado, sobre todo la desestimación del afecto. La diferencia en cuanto a los porcentajes entre LI y la desestimación del afecto, por un lado, y O1 y la desmentida, por el otro, en el nivel de los relatos (en que prevele más la primera combinación deseo-defensa) derivaba de que las anécdotas incluían un momento inicial eufórico inherente a O1 y la desmentida exitosa, que luego fracasaba, y por fin predominaba, en el cierre, el padecimiento de la intrusión orgánica (LI y la desestimación fracasada del afecto). Como en el nivel del relato predomina el cierre de la anécdota para dar predominio al conjunto, en el nivel cuantitativo se pierden algunos matices que en cambio conservan su valor en el enfoque complementario cualitativo, y que llevan a prestar atención a los antecedentes de esta intrusión orgánica con que terminan los relatos.

En cuanto a las situaciones de violencia en el contexto intersubjetivo, estas investigaciones por un lado coinciden con las precedentes en cuanto a mostrar que los estallidos de violencia tienen un período previo en que predominan O1 y la desmentida exitosa y LI y la desestimación exitosa del afecto, y que la violencia, sea activa, sea auto-infligida, sea padecida, es posterior al fracaso de este sistema defensivo. Estos resultados de la investigación referidos a los antecedentes de las escenas de violencia desde la perspectiva de la intersubjetividad son comunes a los casos estudiados, aunque estos difieran en el hecho de que en una el sujeto fue activo (Saveria), en otra fue activo-pasivo (Lorena) y en otra fue pasivo (Mrs. Smithfield). Este último estudio permite extraer otras conclusiones, referidas a cómo un sujeto puede inducir en sus interlocutores el despliegue de un sector de los intercambios que culminan en las prácticas violentas.

Otro estudio, que fue publicado en un número anterior de esta misma revista (Maldavsky, 2009d), corresponde a Cátulo, un paciente con prácticas adictivas, una tentativa suicida y varios estallidos de violencia en que destruía partes de su propia vivienda. Como la descripción y el análisis del caso fueron realizadas con anterioridad, aquí solo se consignará una síntesis del análisis cualitativo de relatos y escenas desplegadas y luego un análisis cuantitativo. En el análisis cualitativo es posible presentar la complejidad del caso como una combinación entre corrientes psíquicas con un predominio cambiante.

En el caso de Cátulo se combinan varias corrientes psíquicas. En una de ellas coexisten la desmentida, la represión + rasgos caracterológicos y la desestimación del afecto. Este conjunto se contrapone por un lado a la desestimación de la realidad y la instancia paterna y por el otro lado a defensas funcionales, acorde a fines. En consecuencia, el resultado del estudio cualitativo con el ADL describe diferentes estados del paciente que pueden sucederse o combinarse. Además, toma en cuenta no solo la defensa sino su estado, así como el deseo con el cual dicha defensa se combina.

En el momento en que predominaba el componente psicótico, se combinan O1 y A1 y la desestimación de la realidad y la instancia paterna, que era exitosa para A1 (despliegue del afán de venganza) pero fracasada para O1 (quedar preso de las mentiras ajenas) y LI y la desestimación exitosa del afecto. La desestimación de la realidad y la instancia paterna era dominante en esos momentos. La amenaza de irrupción de esta defensa requirió cada vez más que el paciente apelase a la desestimación del afecto como el recurso extremo para frenar la emergencia de un estallido psicótico.

Entonces, desde el punto de vista diagnóstico es posible distinguir entre dos alternativas correspondientes a los rasgos más estables del paciente: o bien prevalecen los componentes psicóticos, o bien predominan los componentes neuróticos, y los rasgos caracterológicos, la desmentida y la desestimación del afecto. Cuando predominan los primeros, el paciente puede llegar a tener estallidos de violencia o realizar una tentativa suicida. Cuando predominan los segundos, a su vez, se presentan cinco alternativas: no poder pensar o recordar, ser un “pesado”, tener una crisis de angustia, desatar amenazas contra el padre o un presunto novio de su ex pareja, o ponerse “divertido”.

En cada una de estas alternativas, cambian las defensas y su combinación. Durante la entrevista misma el paciente osciló entre momentos en que contribuía con los relatos a describir sus problemas a los cuales además procuraba entender (A2 y defensa exitosa acorde a fines), y otros momentos en que predominaban las defensas patógenas. Entre estos momentos en que prevalecía la defensa patógena, 1) en unos no lograba recordar y entenderse a sí mismo (A2 y represión exitosa combinada con A2 y la defensa acorde a fines fracasada y con LI y la desestimación exitosa del afecto), 2) en otros se

ubicaba como un “pesado” (O2 y desmentida exitoso-fracasada, combinada con LI y la desestimación del afecto exitoso-fracasada y con FU, la represión + rasgos caracterológicos evitativos exitosos), 3) en otros tenía estallidos de angustia (O2 y desmentida fracasada combinada con LI y la desestimación del afecto fracasada y con FU y la represión + rasgos caracterológicos evitativos fracasados), 4) en otros tenía ataques de furia vengativa (A1 y la desmentida exitosa, LI y la desestimación exitosa del afecto y FG y la represión + rasgos caracterológicos histriónicos), y 5) en otros procuraba mostrarse divertido (O2 y O1 y desmentida exitosa combinada con LI y la desestimación del afecto exitosa, con FG y represión + rasgos histriónicos fracasados y con A2 y represión + rasgos irónicos exitosos). Puede advertirse que en todos los momentos en que predominan las defensas patógenas están presentes LI y la desestimación del afecto (con diferentes estados), en casi todas las ocasiones acompañadas por O2 y la desmentida (con diferentes estados), y a veces por A1 y la desmentida.

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

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

En cuanto al análisis cuantitativo, fue posible discriminar 87 relatos y 24 escenas desplegadas, en algunas de las cuales predominaban componentes paraverbales especialmente significativos. Estos análisis culminaron en sendas grillas que contienen los resultados referidos a cada una de los relatos en cuanto a deseos, defensas y estados. Estas grillas, que a su vez tienen considerable extensión, pueden ser resumidas en

versiones de conjunto, sea para los relatos, sea para las escenas desplegadas. He aquí el resultado de estas versiones de conjunto, en que solo se considera la defensa dominante (Cuadros II y III).

### Cuadro II: Defensas en el relato

	%
Acorde a fines	30,84
Desestimación del afecto	21,48
Represión	17,60
Represión + rasgos caracterológicos	15,53
Desmentida	10,48
Desestimación de la realidad y la instancia paterna	4,07
<b>Total</b>	<b>100,00</b>

### Cuadro III: Defensas en las escenas desplegadas

	%
Acorde a fines	50,26
Desestimación del afecto	19,20
Represión + rasgos caracterológicos	16,88
Desmentida	13,24
Represión	0,42
<b>Total</b>	<b>100,00</b>

En los resultados estadísticos, llama la atención la diferencia entre los puntajes globales correspondientes a los relatos y a las escenas desplegadas. Estas diferencias de puntajes revelan que el estado del paciente en el momento de la consulta tiene fuertes contrastes con su estado en otros momentos de su vida. Estamos acostumbrados más bien a encontrar diferencias entre ambos niveles de análisis referidas al estado de la defensa patógena, que puede ser fracasado en los episodios relatados pero volverse exitoso durante la entrevista misma. Pero en los estudios estadísticos recién consignados no se tuvo en cuenta el estado de la defensa, así que las diferencias detectadas al comparar los resultados de uno y otro nivel de análisis son otras.

El contraste mayor entre los resultados se encuentra en que: 1) la desestimación de la realidad y la instancia paterna aparece en los relatos, pero no en las escenas desplegadas, 2) la defensa acorde a fines tiene mayor peso en las escenas desplegadas que en los relatos, y 3) la represión resulta más significativa en los relatos que en las escenas desplegadas.

Es posible advertir que la investigación cualitativa y la investigación estadística con el ADL se potencian, controlan y enriquecen recíprocamente. La investigación cualitativa

interpreta los resultados estadísticos, mientras que estos últimos rectifican y exigen mayor refinamiento a la argumentación de la primera.

Respecto del problema de la violencia y los procesos vinculares, esta investigación coincide con las precedentes en destacar el peso de O1 y la desmentida fracasada combinada con LI y la desestimación exitoso-fracasada del afecto en el momento detonante, y de A1 y la desmentida y LI y la desestimación del afecto, ambas exitosas, en el momento del estallido. Pero además destaca la importancia de un antecedente de estos estallidos, cuando el paciente desarrolla rasgos irónicos de carácter (A2 y represión + rasgos caracterológicos exitosos), que luego fracasan y dan lugar a la situación en que cree ser víctima de mentiras y de una expulsión. En consecuencia, pudo inferirse que estos rasgos irónicos de carácter se combinan también con O1 y la desmentida y LI y la desestimación del afecto, transitoriamente exitosas, antes de fracasar. Es posible inferir que, del mismo modo que ocurrió en algunas de las escenas relatadas, el paciente, una vez en soledad, pase de “ser divertido” a suponerse víctima de engaños y exclusión, y que por lo tanto algo similar ocurra poco después de salir de la entrevista.

Los dos estudios precedentes tienen un diseño similar, en que se emplean los mismos instrumentos, con los mismos procedimientos y con estrategias de investigación cualitativo-cuantitativa. Las diferencias entre los resultados dependen sobre todo de las muestras, correspondientes respectivamente a una paciente que sufrió y a un paciente que realizó prácticas violentas. Sin embargo, también en este punto se advierten similitudes entre ambos, ya que los dos pacientes pretendieron recuperar en la entrevista un estado exitoso de las defensas patógenas, que anticipaba un posterior fracaso de estas y la consiguiente reiteración de los estallidos de violencia.

Además de estos estudios sistemáticos de carácter diagnóstico de pacientes que participaron en escenas de violencia, es posible mencionar algunos otros en que se aplicó el ADL con objetivos afines. Entre ellos figuran una investigación de entrevistas a 10 delincuentes juveniles (Maldavsky y Rembado, 2005), así como una investigación de tres denuncias (realizada en cada ocasión por una madre) contra un padre que abusaba de su hija o hijo (Torres, 2009). Estas investigaciones son esclarecedoras de los procesos psíquicos de un sujeto interviniente en escenas de violencia, pero no están diseñadas para contribuir a la investigación de la intersubjetividad de las situaciones de violencia ni se centraron en el estudio de los episodios de violencia y sus antecedentes. Pese a ello, se trata de investigaciones que ponen en evidencia la riqueza de matices de los deseos y defensas de los sujetos investigados y que además permiten crear rangos diferenciales en cuanto a la mayor o menor seriedad de la perturbación psíquica de cada uno.

### *III.3. Estudio de la violencia en los intercambios paciente-terapeuta*

El enfoque de los hechos expuesto hasta aquí solo permite investigar la perspectiva de uno de los intervinientes. En efecto, a veces las escenas de violencia son sencillas

e involucran solo a uno o dos sujetos, o a un sujeto y a objetos, pero en otras ocasiones es necesario diferenciar entre el sujeto activo, el que la sufre, el investigador, el testigo, el que hace de instrumento para ejecutarla, el que hace de paragolpes, etc., y quien habla puede ocupar solo una o eventualmente dos de estas funciones. A veces esta dificultad puede zanjarse con el estudio de las manifestaciones de otros tantos sujetos participantes en la escena global, en cuyo caso se hace necesario compaginar diferentes estudios que a su vez pueden o no armonizar.

Sea como fuere, la escena relatada o protagonizada por cada uno de los sujetos exige construir las relaciones intersubjetivas apelando a un mayor trabajo inferencial, ya que los análisis de los deseos y las defensas de cada uno de los sujetos tienden a mostrar posicionamientos diferentes, con mecanismos exitosos o fracasados según las circunstancias, y es necesario construir un episodio más complejo en que cada interviniente aporta algo. También es posible dar otro paso en la investigación y estudiar las escenas desplegadas de violencia en el contexto del tratamiento en sí mismo, en el vínculo paciente-terapeuta.

### III.3.a. Estudio de las escenas desplegadas por el paciente y su relación con las intervenciones del terapeuta

Es posible combinar el estudio de las escenas de violencia del paciente durante la sesión con el estudio de las intervenciones del terapeuta. Este enfoque de la violencia desde la perspectiva de la intersubjetividad exige también incluir en el conjunto una nueva muestra, configurada por las intervenciones del terapeuta. Como es poco frecuente que el terapeuta durante las sesiones realice relatos, el terreno de la investigación de su discurso lleva a tomar en cuenta más bien sus actos del habla. Y así como respecto del discurso del paciente es necesario encontrar criterios para decidir acerca de la importancia relativa de cada fragmento, algo similar ocurre respecto de las intervenciones del terapeuta. Para decidir sobre este punto el ADL propone diferenciar entre intervenciones introductorias (contacto, recabar información), centrales (sintonía con el paciente, establecimiento de nexos) y complementarias (síntesis, ejemplificaciones, ampliaciones de las intervenciones centrales). Esta clasificación puede servir como criterio para destacar la hegemonía de las intervenciones centrales, las cuales, como cualquier otro discurso, pueden ser objeto de estudio en cuanto a los deseos y defensas (así como su estado).

Este enfoque de las escenas desplegadas de violencia intrasesión fue empleado en el estudio de la primera entrevista de Serafín (Maldavsky et al., 2007). El paciente concurre con una venda en la cara, ya que dos días atrás se había golpeado al caer al piso en un estado de inconsciencia luego de haber consumido alcohol y drogas, en contra de las indicaciones de su psiquiatra, quien le administraba antidepresivos. En consecuencia, este tratamiento psiquiátrico se había interrumpido. El paciente hablaba con voz gangosa y algo entorpecida pero recurría a un lenguaje histriónico para describir

su vida de trabajo y su relación con la esposa y los hijos, pero sobre todo a las fiestas a las que concurría y donde no podía dejar de beber e incluso a veces consumir cocaína. Tras unos 15 minutos de comenzada la entrevista, con el mismo lenguaje histriónico el paciente preguntó si él era un adicto o si tomaba porque le gustaba. El terapeuta le respondió que tal vez el paciente tomaba porque le gustaba. Entonces Serafín se puso de pie, levantó el tono de voz y se acercó perentoriamente al terapeuta, a quien empezó a empujar con la punta de sus dedos en un hombro, mientras le reclamaba que le respondiera por qué tomaba. El terapeuta entonces pasó a intentar sintonizar con los estados del paciente, y hacia el final de la hora logró establecer que en este, más que estados afectivos, prevalecía un estado somático, una tendencia al amodorramiento somnoliento que el paciente reconoció como propia y que le resultaba placentera.

Fue posible poner el énfasis en la escena de violencia en la entrevista, que incluyó los gritos y el empujar al terapeuta, y que ocurrió luego del comentario del terapeuta referido a que el paciente tomaba alcohol porque le gustaba, comentario que fue posterior a que el paciente desplegara en sesión una combinación entre un estado de apatía indiferente y un discurso no creíble. La intervención del terapeuta (el paciente bebía porque le gustaba) ponía en evidencia que este no estaba dispuesto a comprometerse en el tratamiento del paciente recurriendo a su pensar y que lo estaba abandonando, como su psiquiatra precedente. La escena de violencia quedó interrumpida porque el terapeuta cambió su orientación clínica y pasó a tratar de sintonizar con los estados del paciente. El cambio en el terapeuta se dio al pasar desde las intervenciones introductorias a las centrales, cuando emitió una opinión acerca de por qué el paciente bebía, antes de establecer la sintonía con este. Luego se rectificó y pasó a intentar la sintonía con el paciente.

El estudio de la escena de violencia desplegada en la sesión y sus antecedentes y su atenuación incluyó el enfoque de los actos del habla de paciente y terapeuta, así como de los componentes paraverbales y motrices. El análisis con los instrumentos del ADL permitió detectar una combinación compleja de elementos en las escenas desplegadas, que eran la expresión de determinados deseos y defensas. Fue posible concluir que en el momento en que surgió la violencia intrasesión el paciente pasó a sentirse desahuciado, desalojado del tratamiento (LI y desestimación del afecto exitoso-fracasada) y eliminado del pensamiento de un personaje del cual dependía (O1 y desmentida fracasada). En este punto el resultado de la investigación de las escenas desplegadas durante la entrevista parece coincidir con los de los estudios antes reseñados. Sin embargo, este estudio le agrega a los precedentes dos elementos adicionales. Uno de ellos consiste en contar con elementos para inferir que, con su discurso banalizante (LI y desestimación exitosa del afecto) y de rechazo de su realidad de adicto (O1 y desmentida exitosa) el paciente indujo la escena en que finalmente fue desalojado de un espacio y de los pensamientos del personaje del cual dependía. El otro consiste en disponer de material para inferir que la escena de violencia se atenuó, en lugar de

acelerarse, cuando el interlocutor cambió de posición, dio un espacio al paciente y se dispuso a pensar en él.

Por lo demás, la intervención en que el terapeuta desahució al paciente permite inferir que este pasó a ocupar inadvertidamente el lugar de un personaje en una escena traumatizante del paciente, punto que será reconsiderado luego.

### III.3.b. Combinación entre el análisis de las escenas desplegadas y de los relatos del paciente y el estudio de las intervenciones del terapeuta

Hasta este punto el estudio del vínculo paciente-terapeuta incluyó sobre todo las escenas desplegadas por uno y otro. También es posible combinar las estrategias previas de análisis de las escenas de violencia, incluyendo además el análisis de los relatos y no solo el de las escenas desplegadas por paciente y terapeuta. Con este enfoque más complejo puede ocurrir que se detecte que el paciente se mantiene (tanto en sus relatos cuanto en sus escenas desplegadas) en una insistente posición apática e insincera y que termina logrando que en el terapeuta despierte un estallido de furia impotente (sobre todo por haber sido ingenuo y haber creído previamente en el paciente) contra la cual debe emprender una lucha desgastante para evitar manifestarla de manera improductiva. También puede ocurrir que el terapeuta se contagie el estado de somnolencia de un paciente y que, luego de recuperarse de esta condición y de intervenir con otro enfoque, escuche que el paciente le relate episodios de abuso en la niñez, que le recuerdan al terapeuta los sufridos por él mismo. O bien puede ocurrir que en el terapeuta despierten deseos eróticos (homo o heterosexuales) en respuesta a una convocatoria de un paciente que repite durante las sesiones una escena de abuso y violencia con la que pretende neutralizar otra de mayor riesgo, sobre todo la desvitalización o la irrupción de un ataque de angustia. Todos estos ejemplos incluyen la consideración tanto de los relatos y las escenas desplegadas por el paciente en la sesión como también de las intervenciones del terapeuta.

Una breve escena de este tipo se dio en la primera entrevista del tratamiento de Belisario, estudiada en otra oportunidad (Maldavsky et al., 2005, 2007). Este comenzó la primera sesión de su tratamiento diciendo que se enfurecía muy fácilmente. Sufría de gran irritabilidad, tanto con su familia como en el trabajo. No podía soportar que alguien lo criticara o contradijera. Mientras discutía con él, su esposa tuvo una crisis violenta y terminó arrojándole una silla. Él solía hablar con su mujer, pero ahora el diálogo se había interrumpido. El no toleraba que lo cuestionaran, no toleraba que lo jodieran. No soportaba que lo tomaran por tonto y le mintieran en el trabajo. Recientemente había obtenido un puesto mejor en su trabajo, pero no soportaba que lo corrigieran.

Durante este discurso catártico inicial de Belisario, el terapeuta acompañó sus narraciones (“mhm”) y le hizo algunas preguntas para obtener información. Pero en

un momento cambió: comentó que Belisario decía que no toleraba nada, pero que él pensaba que el paciente estaba angustiado. El paciente lo interrumpió para decir que temía fracasar como profesional. No obstante, inmediatamente recuperó su estilo catártico y agregó la dramatización de una discusión con su esposa. Dentro de esta dramatización incluyó otra, donde se refirió a sus comentarios violentos respecto de esos intercambios maritales. El terapeuta le preguntó si estaba enojado y Belisario respondió que no. Entonces el terapeuta le preguntó si sufría porque su esposa lo criticaba y contestó que sí.

Luego el terapeuta resaltó que el momento en que el paciente dijo que no toleraba al otro fue posterior a otro momento en que sintió dolor por su especial sensibilidad ante la desaprobación de los demás. Agregó que el paciente tenía una gran autoexigencia. Belisario estuvo de acuerdo y comenzó a describir episodios conectados con este problema, incluyendo una tendencia a los accidentes automovilísticos. Las intervenciones del analista se volvieron más extensas. Empezó a conectar las narraciones del paciente con sus sentimientos, creencias y reacciones. Las intervenciones clínicas centrales fueron introducidas por algunas intervenciones preparatorias, con el valor de acercamientos cautelosos. El paciente agregó más ejemplos (escenas recientes o pasadas de su vida) con respecto a los mismos problemas.

Comentando esta primera sesión, el terapeuta dijo que temió que un estallido de violencia (en la sesión o en su entorno social) de Belisario arruinara el prestigio que tenía como analista.

Las narraciones de Belisario combinaban básicamente dos deseos: 1) O2 (la pérdida de la conexión afectiva con su esposa), 2) A1 (el hecho de sentirse agredido). Tanto O2 como A1 se combinaban con la desmentida fracasada.

En el nivel de las frases en un comienzo prevalecieron: 1) LI (discurso catártico), 2) O2 (reproches), 3) FU (oraciones interrumpidas), y 4) FG (dramatizaciones, exageraciones). FU y FG tenían un valor complementario, y O2 y LI eran los centrales. Al principio prevaleció LI y luego O2. En el nivel de los actos del habla, FU y FG se combinaban con la represión fracasada, O2 con la desmentida también fracasada, y LI con la desestimación del afecto fracasada. Al avanzar la sesión LI y la desestimación del afecto dejó de tener vigencia y fue remplazada por A2 y defensa acorde a fines exitosa (relatos de hechos concretos). En cuanto a O2, siguió acompañado de una desmentida fracasada (reproches).

El terapeuta comenzó acompañando el discurso del paciente (“mhm”) y haciendo algunas preguntas con el objetivo de recabar información. Pero casi inmediatamente cambió el foco de sus intervenciones hacia el afecto del paciente. Es decir, en el principio sus recursos correspondían especialmente a FU (“mhm”) y a A2 (pedido de

información). Pero luego el terapeuta cambió a O2 (énfasis en los afectos). Con ello trató de sintonizar con el paciente y de atenuar su discurso catártico. El cambio en el discurso del paciente fue una consecuencia de la insistencia del terapeuta en estas intervenciones. Cuando Belisario cambió a su vez y dio prevalencia a O2, el terapeuta recurrió a intervenciones que enfatizaban los nexos causales (A2). Como complemento, recurrió a un acercamiento cauteloso (FU) a las referencias a la violencia del paciente.

Desde la perspectiva de las intervenciones terapéuticas, la entrevista tuvo tres partes: 1) momento introductorio (“mhm”, recabar información), 2) referencias a los afectos del paciente, 3) establecimiento de nexos. Los cambios en el tipo de intervención central dependieron de las modificaciones ocurridas en el discurso del paciente. Además, la segunda y la tercera parte de la estrategia clínica del terapeuta tuvo dos sectores: a) introductorio y b) central. Ambos sectores introductorios pueden ser estudiados más cuidadosamente. La primera intervención del terapeuta en el Fragmento 2 fue ilustrativa. El terapeuta planteó que Belisario dijo que no toleraba nada, pero que él creía que el paciente estaba angustiado. Esta intervención inició el segundo momento en la estrategia clínica, que terminó por lograr la meta terapéutica: el discurso del paciente se volvió menos catártico y el terapeuta pudo hablar de la autoexigencia del paciente, etc. No obstante, la primera intervención del terapeuta (“usted dice que no soporta nada, pero...” etc.) no solo enfatizó la cuestión de la afectividad del paciente, sino que también contenía una objeción, un acto del habla que expresaba una oposición a la opinión del paciente. Y este había dicho previamente que no soportaba que alguien lo criticara.

La afirmación del terapeuta era doble: 1) el sector principal estaba dedicado a los afectos del paciente (O2), 2) el sector menos importante, que funcionaba solo como una introducción a la parte principal, era una objeción. Y el paciente podía entender esta parte menos importante como una provocación. Las siguientes dos intervenciones introductorias del terapeuta, que acompañaron a las intervenciones centrales referidas a los afectos del paciente, no contenían este tipo de acto del habla (objeción). Es posible inferir que este tipo de intervención (“pero”) eran una expresión de la rebeldía y la posición desafiante del terapeuta ante la violencia del paciente. Luego de este momento, especialmente en el Fragmento 3, el terapeuta encontró otros recursos (FU) para acercarse (cautelosamente) al problema de la reacción violenta del paciente. Posiblemente el odio del terapeuta (parcialmente despertado por el discurso del paciente) fue un factor adicional que pudo incrementar su angustia durante la sesión, cuando temió que el paciente se volviera violento y lo perjudicara como profesional.

La parte introductoria menos pertinente de la intervención central implicó un riesgo de despertar una reacción violenta por parte del paciente. Es decir, en una estrategia clínica global pertinente, un detalle podría haber llevado a un resultado inesperado.

El detalle operaba como un posible auto-sabotaje del trabajo terapéutico. Sin embargo, en los hechos, cuando el paciente respondió a la primera intervención central del terapeuta, eligió prestar atención a su sector central (referido al estado afectivo) y no al introductorio (objeción).

Desde la perspectiva de la intersubjetividad, se advierte que durante la sesión pudo llegar a repetirse la escena que condujo al paciente a la consulta terapéutica, es decir, un estallido de violencia multiplicado como el que ocurrió entre él y su esposa. Este es un tipo de escena desplegada en el vínculo paciente-terapeuta cuando en el primero predominan los procesos psíquicos violentos. El terapeuta corrió el riesgo de ocupar inadvertidamente el lugar de un personaje en una escena traumatizante del paciente.

Una alternativa diferente puede inferirse por el estudio de las intervenciones del terapeuta de Mrs. Smithfield, en la entrevista diagnóstica investigada poco antes para inferir las estructuras intrapsíquicas de la paciente. El terapeuta, por su parte, realizó intervenciones clínicamente pertinentes para recabar información y establecer la sintonía con la entrevistada, pero hacia el final de la hora desarrolló un muy extenso discurso referido al panorama general de los problemas de la paciente, que esta acompañó con frases alentadoras, hasta que, como despedida, la consultante dijo: “No hay problemas”.

El cierre de la entrevista por parte del terapeuta suele dar la tónica de la significación global del intercambio desde la perspectiva de sus intervenciones clínicas. En esta oportunidad podemos inferir que, desde la perspectiva de las escenas desplegadas, el extenso párrafo final expuesto por el terapeuta ponía en evidencia el predominio de O1 y la desmentida exitosa. En consecuencia, podría llegar a desarrollarse entre paciente y terapeuta una escena similar a la que esta tuvo con el shamán, quien prometió abrirle el camino hacia la revelación de una verdad esencial y finalmente abusó de ella. El cierre por parte de la paciente puso en evidencia, además, cómo esta alentaba este tipo de escena desplegada entre ambos, a la búsqueda de una alianza entre desmentidas. En consecuencia, en el vínculo intra-sesión podía repetirse una situación en que el terapeuta ocupaba inadvertidamente el lugar de un personaje en un fragmento de la escena traumatizante de la paciente, en este caso el comienzo eufórico de dicha escena.

Los ejemplos recién reseñados (la relación de Belisario con su terapeuta y la de Mrs. Smithfield con el suyo) muestran una alternativa de riesgo de atrapamiento vincular en que el terapeuta inadvertidamente podía aparecer como la reedición de un personaje traumatizante de las escenas extra-transferenciales del paciente.

También es posible concluir que existe una variedad de alternativas que cada paciente desarrolla y que propone a su interlocutor, y del mismo modo ocurre con el terapeuta.

En efecto, una cosa es promover, como podría ocurrir entre Mrs. Smithfield y su terapeuta, una alianza en cuanto a la revelación de una verdad (O1 y desmentida exitosa) y otra es crear, como podría ocurrir entre Belisario y su terapeuta, una aceleración recíproca en la violencia engeuecida (LI y desestimación exitosa del afecto combinada con A1 y desmentida exitosa). Estas y otras alternativas corresponden a atrapamientos clínicos, en que se crea, de manera transitoria o duradera, una situación de recíproca estimulación de posiciones traumatizantes correspondientes a las escenas padecidas por el paciente.

#### *III.4. Enfoque de los procesos intersubjetivos entre una pareja matrimonial y su terapeuta*

Aún es posible investigar situaciones más complejas, en que la escena de violencia se despliega entre dos o más integrantes de una pareja o una familia, y el terapeuta interviene de uno u otro modo para encarar la situación, e incluso puede quedar involucrado en dicha escena en una posición equivalente a la de quien sufre el ataque, lo instiga, queda como testigo impotente, lo actúa, etc. En este sentido, resulta instructivo la siguiente muestra y el detallado análisis posterior.

1. Al principio de la segunda sesión, ambos miembros de la pareja (Juliana de 32 años y Víctor, de 45) comentaron que durante la semana anterior su relación había mejorado. Juliana dijo que se había sentido bajo menos presión por parte del marido, que había podido actuar más libremente. Víctor agregó que él también se estaba sintiendo mejor al ver que su esposa estaba mejor. Luego él se preguntó cuándo querría ella realmente acercarse a él, y dijo que necesitaba que ella le mostrara que lo amaba, y que se sentía sexualmente atraída por él. Mientras hablaba, desarrolló una manifestación paraverbal insistente: chasqueaba su lengua. Juliana respondió que los reclamos del marido eran una presión que ella no podía tolerar, y que así no podría acercarse a él espontáneamente. La terapeuta señaló que Víctor estaba nuevamente presionando a su esposa. Él rechazó esta intervención e insistió: no estaba bien porque le faltaba aquello que consideraba lo más importante. Juliana respondió que la semana anterior él había estado de mal humor debido a sus problemas económicos. Él replicó que su relación con ella y sus problemas personales eran cosas diferentes y que no debía mezclarlas. Dijo que un cliente le había dado un cheque que solo podía cobrar en dos meses y que por eso necesitaba dinero. La falta de dinero para trabajar lo puso en una mala situación. No obstante esto, aseguró que podía disfrutar de la vida. Luego dijo que Juliana era una excelente persona, y que había logrado cambios importantes. Nuevamente chasqueó la lengua mientras hablaba y dijo que su esposa tenía problemas sexuales. La terapeuta, quien hasta ese entonces solo había señalado el hecho de que Víctor presionaba a su esposa, preguntó a Juliana su opinión al respecto.

2. Juliana contestó que la pasión entre ella y su esposo había terminado. La presión que sufría por parte de su marido asfixiaba su deseo de estar cerca de él. Quería recobrar su deseo y sentir el estado amoroso de antes. Mientras chasqueaba la lengua

repetidas veces, agregó que él siempre la criticaba a ella y a su familia. Quería sentirse libre. Víctor le preguntó por qué se había sentido mejor la semana anterior y ella respondió que porque él no la había presionado. Comenzaron a interrumpirse uno al otro y a levantar la voz. Juliana le pidió que dejase de presionarla, cosa que él negó haber hecho. La terapeuta dijo que Víctor dependía fuertemente de las expresiones de cariño de su esposa, a lo cual él replicó que no quería una amiga. La terapeuta afirmó que ella traducía las ideas de Juliana: ella quiso decir que si no estuviera bajo tanta presión... Víctor la interrumpió y dijo que quizás Juliana se sentía diferente ahora. La terapeuta le preguntó a Juliana su opinión acerca de su cambio durante la semana, a lo que ella respondió que usualmente le preocupaba que Víctor querría tener relaciones sexuales, pero que la semana anterior no lo había manifestado y ella se sintió libre para acercarse a él. La terapeuta comentó que no habían mencionado este episodio antes. Juliana agregó que la relación sexual no fue satisfactoria y que Víctor la culpaba por ello. Víctor no estuvo de acuerdo, dijo que él no le reprochaba, pero introdujo la pregunta acerca de cuál sería el problema. Luego agregó que Juliana le había practicado sexo oral y que esto había ocurrido tras 15 días sin contacto alguno. Juliana dijo que quiso hacerlo para que él se sintiera mejor. Víctor agregó que Juliana no quedó satisfecha ni buscó que él la estimule, a lo que ella replicó que no se sentía bien y que le dolía un ovario. Continuaron interrumpiéndose mutuamente. Víctor se refería a su esposa como “mi amor”, “bebé”, etc., mientras Juliana se preguntaba si él no la estaría presionando al usar estas denominaciones. La paciente empezó a chasquear su lengua nuevamente, mientras agregaba que Víctor dijo que su vida sexual le parecía insatisfactoria. Víctor, en cambio, dijo que ella estaba poniendo palabras inexactas en su boca. Los pacientes continuaron discutiendo e interrumpiéndose mutuamente mientras la terapeuta permanecía en silencio hasta que terminó la hora.

En el nivel de las narraciones podemos detectar dos tipos de escenas: 1) las que corresponden a la vida diaria de la pareja antes de consultar, y 2) aquellas sucedidas recientemente. Las primeras incluyen: 1) los reproches de Víctor y sus demandas de una vida sexual y amorosa más satisfactoria con su esposa, y 2) la vivencia de Juliana de ser presionada por su esposo. Las narraciones de Víctor expresaban O2 y la desmentida fracasada, mientras que las de Juliana eran manifestaciones de A1 y la desmentida fracasada. Ambos pacientes compartían el mismo mecanismo, así como también su estado (desmentida fracasada) pero diferían en el deseo implicado (O2 para Víctor y A1 para Juliana). Las escenas en que Víctor demandaba ser amado corresponden a la situación en que alguien pide a otro que exprese cierto estado afectivo, como si satisfacer esta demanda fuera lo mismo que hacer movimientos voluntarios. La justificación de esta paradoja es la demanda de amor del individuo. Si el otro (es decir aquel a quien se demanda amor) desea cuestionar o evitar esta demanda, entonces los reproches del otro (el individuo demandante) pueden interferir con estos recursos del demandado. Esta paradoja, que implica que “egoísmo” sea llamado “amor”, contiene una contradicción semántica (un significante está expresando el afecto opuesto), y

corresponde a O2. En esta escena Víctor era activo y Juliana pasiva. En cambio, la escena en que Juliana acusaba a Víctor de presionarla implicaba que ella se rehusaba a cumplir con uno de los votos matrimoniales, es decir, compromiso afectivo y sexual. La escena parecía ser similar a esas situaciones en que rehúsa hacer algo que previamente se había comprometido a hacer, mientras al mismo tiempo acusa al otro de ser despótico. Así, el individuo se considera a sí mismo una “excepción”. La escena corresponde a una paradoja pragmática, que incluye una contradicción entre órdenes que hacen al interlocutor sentirse atrapado: 1) tengo que forzar al otro y a mí mismo para hacer honor al contrato, 2) tengo que hacer una excepción no merecida con mi interlocutor. Este tipo de escena corresponde a A1. En ella, Juliana era activa y Víctor pasivo. Este intercambio entre actitudes paradójales (semántica, pragmática) caracterizaba a la parálisis en la relación de pareja desde el inicio del tratamiento.

No obstante, al estudiar la historia reciente, es posible observar otro tipo de escena (relación sexual): para Víctor el encuentro no fue satisfactorio mientras que Juliana no tuvo un orgasmo sino que por el contrario sintió dolor. Este intercambio corresponde a LI y la desestimación del afecto fracasada para ambos. Esta historia reciente fue complementada por escenas secundarias, correspondientes a la constante actitud de reproche de Víctor y las acusaciones de Juliana.

El breve comentario de Víctor acerca de sus problemas financieros expresa un estado de angustia, la cual puede ser conectada con la que sintió durante el encuentro sexual insatisfactorio (angustia tóxica). Esta historia también corresponde a LI y la desestimación fracasada del afecto. Un segundo aspecto de ambas escenas (es decir, problema económico y relación sexual) era que ambos integrantes de la pareja aparentaban algo que era falso (recibir un pago, tener una relación sexual). El contraste entre la apariencia y los hechos corresponde a O1 y desmentida. En esta escena Víctor era pasivo, sufría las contradicciones entre apariencia y hechos, y Juliana era activa, al menos en el encuentro sexual. Para Víctor, la desmentida había fracasado, mientras que fue exitosa (al menos transitoriamente) para Juliana. Esta contradicción apariencia-hechos corresponde a una paradoja lógica.

En suma, el núcleo de este episodio reciente (relación sexual) combinaba O1 y la desmentida con LI y la desestimación del afecto. Entre ambos, predominó LI y la desestimación fracasada del afecto. Las demandas de Víctor (O2 y desmentida) y las acusaciones de Juliana (A1 y desmentida) surgieron luego del encuentro sexual, y tenían un valor complementario de los mecanismos centrales (O1 y desmentida y LI y desestimación del afecto) recién mencionados.

Además, los pacientes se refirieron vagamente a situaciones en que habían disfrutado de la vida en común. Estas situaciones corresponden a FG y la represión más rasgos caracterológicos, y tienen un valor secundario.

Hasta este punto hemos considerado las narraciones de ambos pacientes. Es conveniente considerar ahora las escenas desplegadas, enfoque que requiere el análisis de los actos del habla y los componentes paraverbales de ambos pacientes. Las demandas de amor de Víctor (O2 y desmentida) y las acusaciones de Juliana (A1 y desmentida) eran equivalentes de las que surgieron en las escenas narradas. Pero el estado de la defensa era diferente: mientras que en el nivel de los relatos la desmentida había fracasado, en las escenas desplegadas durante la sesión era exitosa. Además, Víctor usaba determinados actos del habla que parecían ser expresiones de amor (“bebé”, “mi amor”) pero que, de hecho, mostraban que consideraba a su esposa como poco inteligente (A1 y desmentida exitosa). A pesar de decir que su esposa exageraba al acusarlo de ser demandante, en realidad desplegaba esta escena en el vínculo en sesión.

Los actos del habla de ambos miembros de la pareja referidos a problemas físicos y económicos corresponden a LI y la desestimación fracasada del afecto. Las referencias exageradas de Juliana a su anterior capacidad para disfrutar de la sexualidad corresponden a FG y la represión más rasgos caracterológicos. El mismo valor tienen las expresiones exageradas de Víctor con respecto a su disfrute de la vida diaria (FG y represión más rasgos caracterológicos). FG y la represión más rasgos caracterológicos tenía un valor complementario. Las interrupciones recíprocas corresponden a FU y la represión más rasgos caracterológicos que también tenía un valor complementario.

Entre los componentes paraverbales, el más importante fue el chasquido de lengua, correspondiente a O1 y la desmentida fracasada. La escena es similar a la de un bebé que cree que está chupando el pecho de la madre pero en realidad se está engañando a sí mismo. La acción de chasquear la lengua señala ese momento doloroso en que el individuo se da cuenta que ha estado engañándose a sí mismo. El chasquido de lengua acompañó determinados fragmentos de actos del habla de ambos miembros de la pareja. Mostraban que lo que ambos decían era ficticio. En el caso de los actos del habla de Víctor, los enunciados ficticios eran los siguientes: 1) su afirmación de sentirse mejor porque su esposa estaba mejor, 2) sus demandas de amor, mientras que en el caso de los actos del habla de Juliana, los enunciados ficticios eran: 1) su afirmación de estar furiosa porque Víctor interfería con deseo de libertad, 2) su afirmación de que Víctor la presionaba con respecto a tener relaciones sexuales. En suma, varios enunciados centrales de ambos miembros de la pareja pueden ser considerados falsos. Era falso que Víctor se sentiría mejor si su esposa fuera afectuosa con él y demostrara más interés en un acercamiento sexual. Era igualmente falso que los problemas sexuales de Juliana se originaran en la conducta opresiva de Víctor y su maltrato. En la primera parte de la sesión, centrada en la presión de Víctor sobre Juliana, él era quien chasqueaba la lengua, mientras que durante la segunda parte, centrada en los problemas sexuales de Juliana, era ella quien lo hacía. Este movimiento, que corresponde a O1 y la desmentida, tenía la función central, y la demanda de amor (O2 y desmentida) y las acusaciones (A1 y desmentida) tenían una función complementaria.

Además, un segundo componente paraverbal (gritar y levantar la voz al discutir) corresponde a una manifestación catártica (LI y desestimación exitosa del afecto). Los componentes paraverbales (que expresaban respectivamente a LI y la desestimación exitosa del afecto y a O1 y la desmentida fracasada) eran los aspectos más relevantes de las escenas desplegadas. Entre ellos, prevalecía O1.

Es posible estudiar cada paciente por separado combinando el análisis de los relatos y las escenas desplegadas. En el caso de Juliana, el análisis de las narraciones y las escenas desplegadas revela que existe una combinación entre LI y la desestimación del afecto, O1 y la desmentida y A1 y la desmentida, con el predominio de los dos primeros. La combinación entre O2 y la desmentida (referencias a las relaciones con su propia familia) tenía un valor complementario. Víctor compartía con su esposa la presencia de LI y la desestimación del afecto y O1 y la desmentida, e inclusive de O2 y la desmentida y de A1 y la desmentida, con el predominio de los dos primeros.

También es posible estudiar los intercambios entre los integrantes de la pareja. Existe entre ellos una combinación de varios atrapamientos intersubjetivos. Las demandas de Víctor (O2 y desmentida) se combinan con las acusaciones de Juliana (A1 y desmentida). En este atrapamiento, ambos miembros de la pareja coincidían en cuanto a la defensa pero diferían en cuanto al deseo. Asimismo, podemos detectar otra trampa entre Víctor y Juliana. La misma incluye un discurso ficticio (O1 y desmentida) y la catarsis, acompañada de una pérdida de energía vital o económica (LI y desestimación del afecto). En este atrapamiento, ambos miembros de la pareja compartían tanto el deseo como la defensa en sesión.

La combinación entre las demandas de amor de Víctor (O2) y las acusaciones de Juliana (A1) aparecieron tanto en las escenas narradas como en las desplegadas. No obstante, mientras que en escenas narradas (que correspondían a las relaciones extra-transferenciales) O2 y A1 estaban acompañadas por la desmentida fracasada, durante la sesión ambos deseos se combinaban con la desmentida exitosa. Los componentes catárticos de Juliana y Víctor durante la sesión eran equivalentes de la descarga insatisfactoria, especialmente durante el encuentro sexual (LI). Pero mientras que en el análisis de los relatos LI se combinaba con la desestimación fracasada del afecto, durante la sesión esta defensa resultó exitosa. La contradicción entre las apariencias y los hechos en la vida cotidiana de los pacientes era equivalente a los componentes paraverbales (como el chasquido la lengua) en la sesión, lo cual indicaba que la mayoría de las afirmaciones de Juliana y Víctor eran falsas (O1). La defensa que acompañaba a O1 era también la desmentida. No obstante, mientras en la vida cotidiana de la pareja esta defensa fallaba, durante la sesión resultaba exitosa.

Es posible observar que algunos de los rasgos caracterológicos (sobre todo los relacionados con FU y FG) tenían cierta relevancia en la fachada habitual de la pareja. En

consecuencia, fue posible detectar un triple grupo de deseos y defensas: 1) FU y FG combinados con represión más rasgos caracterológicos, 2) el núcleo “pasional” del conflicto (O2 y desmentida en Víctor y A1 y desmentida en Juliana), y 3) su fundación eficiente (O1 y desmentida y LI y desestimación del afecto). La falla en las defensas correspondientes a LI y O1 fueron determinantes en el pedido de terapia.

La categorización previa de los atrapamientos intersubjetivos permite entender mejor las relaciones conflictivas de pareja. Este enfoque puede ser útil para investigar la relación con la terapeuta durante la sesión.

La estrategia de la terapeuta consistió en centrarse primero en Víctor y luego en Juliana. No obstante, cuando la terapeuta se centró en Juliana, volvió transitoriamente a enfocar la actitud de Víctor e intentó que este atenuase su demanda de compromiso afectivo y sexual hacia su esposa. Esta intervención clínica condujo a que Víctor replicara que en las relaciones de pareja la dependencia afectiva era normal. Por otro lado, la intervención clínica dirigida a Juliana, a quien preguntó por qué ella había cambiado, tuvo dos respuestas diferentes: 1) una más general, consistente en afirmar que la presión de Víctor había matado su deseo por él, 2) otra más específica, consistente en el relato de una relación sexual, que de hecho constituyó el núcleo de la sesión.

La tendencia inicial de la terapeuta a traducir las ideas de Juliana (primera parte de la sesión) fue reemplazada por un sentimiento de sorpresa cuando la pareja describió su relación sexual y luego de parálisis ante los gritos entre ambos, en la segunda parte de la sesión. La traducción de las ideas de Juliana expresaba la identificación de la terapeuta con ella, y su sentimiento de parálisis fue una consecuencia de la falla de esta defensa.

Durante la primera parte de la sesión la terapeuta cayó en de dos tipos de atrapamiento clínico: con respecto a Víctor, ella ocupó el lugar de un personaje acusatorio (A1 y desmentida), y con respecto a Juliana, adoptó una actitud ingenua (FG y represión exitosa), mientras que Juliana tenía una actitud vengativa (A1 y desmentida exitosa) hacia Víctor. La terapeuta entró en una alianza con Juliana y criticó la actitud del marido respecto a ella: es decir, usó los mismos argumentos que Juliana (A1 y desmentida), y él respondió con O2 y desmentida. No obstante, durante la segunda parte de la sesión, cuando la terapeuta quedó sorprendida y permaneció paralizada, cayó dentro de una nueva trampa clínica: había creído en lo que Juliana decía, pero luego se dio cuenta que su discurso era ficticio. En consecuencia, la posición de la terapeuta fue similar a la de Víctor respecto de Juliana. Pero la posición de Víctor también era falsa y, por ende, la terapeuta estaba atrapada en una situación donde ambos miembros de la pareja desplegaban una alianza patológica basada en O1 y la desmentida exitosa. En consecuencia, la terapeuta ocupaba el lugar del personaje ingenuo y traumatizado de ambos miembros de la pareja. Además, el estado de sorpresa y parálisis de la terapeuta la hicieron quedar expuesta a los gritos catárticos de la pareja (LI y la desestimación

fracasada del afecto). Es posible concluir que los pacientes trataron de recuperar el estado exitoso de los mecanismos patológicos que habían fallado en su vida cotidiana y habían determinado su pedido de psicoterapia.

La perspectiva intersubjetiva puede centrarse en los intercambios de la pareja durante la sesión, así como en la relación pacientes-terapeuta. La primera perspectiva intersubjetiva (intercambios de pareja) coincide con la intrapsíquica: ambos pacientes mostraron una regresión creciente durante la sesión, apelaron a mecanismos defensivos cada vez más severos.

La segunda perspectiva intersubjetiva (relación pacientes-terapeuta) permite observar que durante la primera parte de la sesión la apariencia “pasional” de los intercambios entre Juliana y Víctor (que combinaban acusaciones y demandas) fue dominante, y que no hubo un relato de episodios recientes de la vida cotidiana de la pareja. Durante la primera parte de la sesión, la terapeuta apareció como una aliada de Juliana. La desmentida, combinada tanto con O2 como con A1, resultó exitosa para todos. Cuando la terapeuta le pidió a Juliana su opinión acerca de sus problemas sexuales, tuvo lugar un cambio clínico: la pareja, que hasta ese momento había manifestado una rígida y paralizada oposición el uno respecto del otro (debido a que ambos apelaban a una desmentida exitosa), pasó a coincidir en cuanto a sus deseos y defensas (LI y desestimación del afecto y O1 y desmentida). A pesar de que la terapeuta también compartía estos mismos deseos y defensas, no coincidía con la pareja en cuanto al estado de las defensas: este era exitoso en los pacientes y fracasado en la terapeuta. Durante la segunda parte de la sesión, el cambio clínico se debió al hecho de que la terapeuta dejó de ubicarse como aliada de Juliana, al preguntar acerca de sus problemas sexuales. Juliana respondió a este cambio con el relato de un episodio, con lo cual intentaba mostrar que no tenía problemas sexuales (desmentida), pero el diálogo entre marido y mujer pronto reveló un problema más complejo, estudiado poco más arriba. El cambio apareció entonces en Juliana, quien renunció a su intento de paralizar la situación clínica al usar a la terapeuta como una aliada, y pasó a establecer una nueva alianza con su esposo.

A pesar de todo esto, es posible que otros dos hechos tuvieran mayor relevancia: 1) los pacientes narraron un episodio concreto de su vida cotidiana reciente, 2) la terapeuta pasó de ser una aliada de Juliana a sufrir el impacto de la nueva información, así como de la alianza resistencial entre los pacientes. La primera evaluación del cambio clínico durante la sesión (la regresión de los pacientes en cuanto a sus deseos y en particular a las defensas y su estado) se centró en un enfoque intrapsíquico y de la relación de pareja. La segunda evaluación del cambio clínico (los pacientes dieron nueva información a la terapeuta, la terapeuta puso fin a su alianza con Juliana) incluyó no solo el intercambio entre los pacientes, sino también la posición de la terapeuta. Y esta segunda perspectiva del cambio clínico parece ser la más relevante: los pacientes

revelaron nuevos conflictos y situaciones sin salida, y la terapeuta permaneció en silencio. Este silencio y el estado de parálisis de la terapeuta suelen surgir cuando un paciente (o una pareja) despliega una escena catártica, como la que predominó en la última parte de la sesión.

Es posible diferenciar entre cuatro tipos de atrapamiento intersubjetivo tomando en cuenta dos variables: deseos y defensas. Las combinatorias concretas pueden consistir en: 1) coincidencias en deseos y defensas, 2) diferencias en deseos y defensas, 3) coincidencias en cuanto a las defensas y diferencias en cuanto los deseos, 4) coincidencias en cuanto a los deseos y diferencias en cuanto a las defensas. Respecto de la relación entre los miembros de la pareja, pueden detectarse dos tipos de atrapamiento: 1) tipo 3: Juliana y su esposo compartían la misma defensa (desmentida) pero diferían en cuanto al deseo (O2 para Víctor y A1 para Juliana), 2) tipo 1: ambos miembros de la pareja compartían el deseo y la defensa (LI y desestimación del afecto, así como O1 y desmentida).

Además, en cuanto a la relación paciente-terapeuta podemos observar otros cuatro atrapamientos intersubjetivos, distribuidos en las dos partes de la sesión. En la primera parte, y con respecto a Juliana, la terapeuta desplegaba FG y la represión exitosa, mientras en Juliana prevalecieron A1 y la desmentida (tipo 2). Con respecto a Víctor, la terapeuta tradujo las ideas de Juliana y le pidió que no la presionase. En esta escena la terapeuta abogó a favor de Juliana (A1 y desmentida), y Víctor respondió con O2 y la desmentida. Este atrapamiento clínico es tipo 3. En la segunda parte de la sesión la terapeuta descubrió que había creído de manera ingenua en la fachada ficticia de ambos miembros de la pareja (O1 y desmentida exitosa para Juliana y Víctor, pero fracasada para la terapeuta) Este atrapamiento clínico es tipo 1. Además, la escena catártica entre los miembros de la pareja, correspondiente a LI y la desestimación exitosa del afecto, estaba acompañada por el impacto en la terapeuta (LI y desestimación fracasada del afecto). También este atrapamiento clínico es tipo 1. En cuanto a los cambios ocurridos en las alianzas patológicas durante la sesión, cabe destacar que al principio Juliana se había unido a la terapeuta contra su esposo, y luego se unió a su esposo en oposición a la terapeuta.

Es posible concluir que ambos miembros de la pareja comparten dos tipos de deseos, que corresponden a LI y O1, y difieren en otros dos: O2 en Víctor y A1 en Juliana. No obstante, A1 es un deseo secundario en Víctor, y para Juliana lo mismo ocurre con O2. En consecuencia, ambos miembros de la pareja daban relevancia a A1, O2, O1 y LI, con un predominio de O1 y LI. Además, en el discurso de la terapeuta también predominaron estos mismos deseos y defensas.

#### **IV. Discusión y conclusiones**

En la presente investigación se ha realizado una síntesis de varias investigaciones sistemáticas de sesiones en que participaron sujetos que protagonizaron de alguna

manera prácticas violentas. Las investigaciones diferían en cuanto a los objetivos, las muestras, las estrategias de investigación, los procedimientos y los instrumentos. Sin embargo, todas ellas condujeron a conclusiones similares, referidas a las diferencias entre los momentos en que la violencia detona y en que finalmente estalla. También fue posible estudiar cómo cada sujeto puede promover la repetición de las escenas que culminan en violencia en los vínculos.

En los detonantes de las escenas de violencia, suele haber un pasaje desde el estado exitoso de la desmentida combinada con O1 y la desestimación del afecto combinada con LI hasta un estado fracasado de estas mismas defensas, a lo cual sigue el estallido de violencia, en que predominan A1 y la desmentida y LI y la desestimación del afecto, ambas exitosas. El terapeuta puede aparecer inadvertidamente como un sujeto que participa en facilitar la condición detonante, sea al favorecer el estado exitoso inicial de las defensas, sea al promover su pasaje al estado fracasado o al incrementar el estallido de violencia en sí mismo, ante el cual queda sin recursos.

Más allá de estos hallazgos concretos, cabe destacar la importancia de un tipo de estudio como el presente, que pretende más bien reunir múltiples investigaciones clínicas en que se aplica el ADL a muestras diferentes, con estrategias, objetivos, instrumentos específicos y procedimientos solo parcialmente coincidentes. La reunión de tales investigaciones parte también de la explicitación de un objetivo, así como de criterios específicos para incluir y comparar los resultados.

Investigaciones con este formato suelen suplir la ausencia de otro tipo de investigación, en que se reúnen varios casos con problemas afines, a los que se le aplican los mismos criterios de selección de la muestra, los mismos procedimientos, instrumentos y estrategias. Es de desear que nuevas investigaciones sistemáticas con el ADL puedan combinarse con la presente, en torno de estos mismos problemas u otros, de tipo clínico o psicosocial.

### **Bibliografía**

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

Maldavsky, D. (2009a). Testeos de validez convergente, de validez de constructo y de validez externa del algoritmo David Liberman (ADL). *Summa Psicológica*, 6(1), 125-134.

Maldavsky, D. (2009b, abril 23). Un estudio de validez convergente de los resultados de la investigación con el ADL y de su reelaboración estadística. *Depsicoterapia.com*

Maldavsky, D. (2009c). Evaluaciones de validez pre y posdictiva del algoritmo David Liberman (ADL). *Revista Acta Psiquiátrica*, 55(1), 13-25.

Maldavsky, D. (2009d). Diagnóstico de un paciente con una adicción, una tentativa suicida y estallidos graves de violencia. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13, 90-143.

Maldavsky, D. et al. (2005) *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)*. Buenos Aires: UCES.

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

Maldavsky, D. y Rembado, J.M. (2005). Researching libidinal fixations and defenses into tattooed jailed adolescents using DLA (David Liberman algorithm). Trabajo presentado en SPR Meeting. Toronto, Canadá.

Maldavsky, D.; Rembado, J.M. y Scilletta, D. (2009). Un estudio sobre la violencia autoinfligida y sus antecedentes con el algoritmo David Liberman (ADL), *Actualidad Psicológica*, XXXIV(380), 10-13.

Roitman, C.; Alvarez, L.; Maldavsky, D.; Rembado, J.M.; Plut, S. y Tate de Stanley, C. (2009). Two inter-judge reliability tests of the applications of the David Liberman algorithm (DLA). Trabajo presentado en SPR Meeting. Santiago de Chile.

Rosenberg, S. et al. (1994). The consensual response psychodynamic formulation: Part 2: Application to case of Ms. Smithfield. In *Psychotherapy Research*, 4(3-4).

Torres, M.V. (2009). Estudio exploratorio de madres que denuncian abuso sexual intrafamiliar (Tesis de Doctorado). UCES. Buenos Aires.

*Fecha de recepción: 14/08/09*

*Fecha de aceptación: 3/10/09*