

(2008f) Testeos de validez pre y posdictiva del algoritmo David Liberman (ADL), *Revista Acta Psiquiátrica*, 55, 1, 13-25.

### Summary

The author starts with a description of the method, the David Liberman algorithm (DLA), and then he discusses two validity tests: pre and post dictive. The study of post-dictive validity consists in inferring the defense mechanism the therapist has implemented against his own erotic counter-transference. This inference is confirmed. On the other hand, pre-dictive validity tests are referred to a failure in the psychotherapeutic treatment that can be anticipated when the therapist is unable to deal with the prevailing successful pathogenic defenses of the patient. This anticipation is confirmed..

Key words: pre-dictive validity test, David Liberman algorithm, defenses, drives

### Pre- and post-dictive validity tests of the David Liberman algorithm (DLA)

David Maldavsky

### Resumen

El autor comienza con una descripción del método, el algoritmo David Liberman (ADL) y luego expone dos testeos de validez: pre y posdictiva. El estudio de validez posdictiva constituye una inferencia sobre la defensa del terapeuta contra su propia contratransferencia erótica, la cual fue confirmada. Los testeos de validez predictiva se refieren a la anticipación de un fracaso del tratamiento psicoterapéutico si en el paciente prevalecen defensas patógenas exitosas que el terapeuta no logra revertir. Esta anticipación fue confirmada.

Palabras clave: validez predictiva, validez posdictiva, algoritmo David Liberman, defensas, pulsiones

### Testeos de validez pre y posdictiva del algoritmo David Liberman (ADL)

David Maldavsky

#### Objetivos

En este trabajo realizaremos dos estudios de validez de un método de investigación del discurso construido a partir de las propuestas freudianas, el algoritmo David Liberman (ADL). La validez de un método queda fortalecida si es posible mostrar que dicho método tiene capacidad predictiva o posdictiva. En consecuencia, este trabajo tiene tres partes. En la primera parte, nos concentraremos en la somera descripción del método y sus procedimientos, en la segunda nos abocaremos a testear su validez pre y posdictiva. Podemos agregar que, como se trata de un método que a) consta de diferentes instrumentos y b) se basa en la teoría freudiana, la argumentación que expondremos responde a esta doble complejidad, y por lo tanto tomará en cuenta diferentes detalles y precisiones conceptuales y combinaciones entre herramientas. Por lo demás, cabe recordar que años atrás hemos publicado en esta misma revista un trabajo donde discutíamos cuestiones más generales de validez y confiabilidad del ADL (Maldavsky, 2000).

#### Primera parte: Conceptos, instrumentos y procedimientos

##### 1. Conceptos e instrumentos del ADL

El algoritmo David Liberman (ADL) ha sido diseñado para detectar fijaciones pulsionales y defensas (y su estado) en el discurso. Puede estudiar de un modo

diferencial las escenas extra-transferenciales cuanto las que ocurren durante la sesión. El ADL toma en cuenta varios niveles de análisis: 1) relato, 2) actos del habla (frases y componentes paraverbales), 3) palabras. Mientras que el análisis permite estudiar los conflictos extratransferenciales del paciente, el análisis de los otros tres niveles permite investigar las escenas intrasesión. El inventario de las fijaciones pulsionales que el ADL detecta incluye: libido intrasomática (LI); oral primaria (O1); sádico oral secundaria (O2); sádico anal primaria (A1); sádico anal secundaria (A2); fálico uretral (FU) y fálico genital (FG). Como se advierte, a las fijaciones pulsionales descritas por Freud, le agregamos la libido intrasomática, que el creador del psicoanálisis menciona al aludir a que, inmediatamente después del nacimiento, ciertos órganos (corazón, pulmones) reciben una extraordinaria investidura narcisista (Freud, 1926d). En cuanto a las defensas, es posible diferenciar entre las centrales y las complementarias. Las centrales pueden ser: 1) sublimación/creatividad/acorde a fines, 2) represión, 3) desmentida, 4) desestimación de la realidad y de la instancia paterna, 5) desestimación del afecto. Estas defensas pueden ser exitosas, fracasar, o ambas cosas. Solo las últimas cuatro son defensas patógenas. La represión predomina en las neurosis de transferencia, la desmentida, en los rasgos patológicos de carácter, sobre todo los de tipo narcisista, la desestimación de la realidad y de la instancia paterna, en las psicosis, y la desestimación del afecto (Maldavsky, 1992, 1995; Mc. Dougall, 1989), en las patologías psicósomáticas y adictivas, en las traumatofilias y en las neurosis postraumáticas. Es posible inferir una fijación pulsional por el análisis de las escenas relatadas o desplegadas en sesión como actos del habla. Es posible inferir la defensa investigando la posición del hablante en las escenas que narra o que despliega al hablar.

Para el análisis de las pulsiones y los deseos, el ADL dispone de varios instrumentos. El estudio de los relatos y los componentes verbales y paraverbales se realiza apelando a grillas específicas, y el estudio de las palabras, recurriendo a un programa computarizado. El análisis de las defensas se realiza recurriendo a un conjunto de instrucciones que tienen una secuencia definida. Algunas instrucciones permiten investigar la defensa en el nivel del relato y otras permiten su estudio en el nivel de los actos del habla y los movimientos (Maldavsky, 2003, Maldavsky et al. 2005).

El ADL arroja resultados multivariados: pueden coexistir varios deseos y defensas eficaces, con el predominio transitorio o estable de alguno de ellos. Respecto de las defensas, el ADL está diseñado además para detectar su estado (exitoso, fracasado, etc.). Con los instrumentos del ADL (grillas, programa computarizado, secuencia de indicaciones) es posible analizar el discurso del paciente. Para estudiar el discurso del terapeuta, y sobre todo su eficacia sobre el paciente, el ADL cuenta con otro instrumento, que complementa a los precedentes. Este consiste en diferenciar las intervenciones del terapeuta por su función. Estas pueden ser: 1) introductoria, 2) central, 3) complementaria. Es posible además investigar las secuencias de intervenciones del terapeuta para detectar si sus cambios son acordes con las modificaciones del discurso del paciente, y por lo tanto se mantiene la misma estrategia, o si, por el contrario, implican una rectificación, una modificación en la orientación clínica. Recientemente hemos publicado en esta misma revista (Maldavsky, D., et al., 2008) un estudio con el ADL centrado en un caso de afasia. En dicho estudio mostramos el empleo del método y describimos con mayor detalle algunos de sus instrumentos.

## 2. Procedimientos en el empleo de los instrumentos del ADL

Los procedimientos seguidos en las investigaciones con el ADL difieren según el proyecto que tenga el autor. Si este desea estudiar una sesión para realizar un

diagnóstico, entonces es conveniente que compare los resultados de los estudios de los episodios relatados y desplegados en la sesión. Si en cambio el autor desea comparar el intercambio ocurrido durante varias sesiones, entonces es conveniente que se centre en las escenas desplegadas, y que el análisis de los relatos le sirva de complemento. Si desea comparar varios casos que poseen el mismo rasgo, como por ejemplo estallidos de violencia en la vida cotidiana, entonces es conveniente centrar la investigación en los relatos de tales sucesos y sus determinantes, y tomar el estudio de las escenas desplegadas en la sesión como su complemento. Además, el investigador puede emplear en diferentes combinaciones los mismos instrumentos, lo cual también depende de los objetivos que se proponga, tal como se advertirá en la descripción posterior de varias de los estudios ya realizados.

## Segunda parte: Testeo de validez predictiva y posdictiva del ADL

### Presentación

Los testeos de validez predictiva y posdictiva en psicoterapia requieren despojarse de una postura ingenua. Es conveniente recurrir a formulaciones “si... entonces”, es decir, tomar en cuenta un número considerable de variables que pueden afectar el aserto de los enunciados pre o posdictivos. Entre los factores que pueden afectar el poder del afecto al menos dos resultan claros. Por un lado, la validez de algunos asertos relacionados con la situación clínica depende de las intervenciones del terapeuta, quien puede rectificar la orientación de sus intervenciones y con ello alterar un camino para el tratamiento que parecía anticipable. Por otro lado, esta validez de los asertos pre y posdictivos depende de que en el mismo paciente, en quien ponemos nuestra atención, haya variables que no pudimos captar en su total dimensión. Estas dos limitaciones de los enunciados pre y posdictivos también abarcan a aquellas investigaciones centradas en el terapeuta: los cambios en el paciente pueden alterar un camino para el tratamiento sin que nos sea posible anticiparlo y además en el terapeuta mismo pueden haber variables que no captamos en su total dimensión.

Estos comentarios no solo pretenden alertar respecto de un exceso de optimismo en cuanto a los enunciados pre y posdictivos sino que contienen una anticipación referida a los recaudos que expondremos poco después en nuestro modo de formular dichos enunciados.

En cuanto a los testeos pre y posdictivos que presentaremos son de dos tipos. Uno es un testeo posdictivo acerca de ciertos rasgos de la contratransferencia del terapeuta en un tratamiento ya terminado (sección A). Este tipo de testeo es similar al que podríamos formular en relación con un paciente, cuando decimos que, a partir de determinados relatos de su vida cotidiana y de lo que ocurre en las sesiones, inferimos que en su infancia la muerte de un hermano dejó a su madre sumida en una nostalgia irrestañable. Cuando el terapeuta le comenta esta conjetura al paciente, este puede hablar con una tía o con la madre misma, quien corrobora o no esta situación y la magnitud que tuvo. Del mismo modo, podemos formular un enunciado posdictivo respecto del terapeuta y tratar de encontrar elementos que le quiten o le otorguen validez. El otro tipo de testeo consiste en anticipar el fracaso de un tratamiento (sección B). Dicho fracaso no siempre implica un rápido abandono de la terapia; también puede implicar que esta se extiende a lo largo de los años con un mantenimiento del mismo estado psíquico del paciente o con un empeoramiento progresivo, a veces pese a los esfuerzos del terapeuta.

#### A. Testeo de validez posdictiva de una investigación sobre la contratransferencia erótica

El testeo de validez posdictiva que describiremos a continuación tiene tres pasos. En el primero presentaremos el análisis del cual surgió la conjetura inicial, referida a la defensa del terapeuta contra una contratransferencia erótica en buena medida promovida

por las manifestaciones de la paciente en la sesión. En dicho primer paso combinaremos el estudio de las escenas narradas por la paciente, el estudio de las escenas desplegadas en sesión, el estudio de las intervenciones del terapeuta. Estas últimas serán enfocadas por un lado como escenas desplegadas (en el nivel de los actos del habla) y por otro lado como conjuntos de palabras. La conjetura sobre la contratransferencia erótica derivó del análisis de una sesión, y el estudio de la extensión de la validez empírica de esta conjetura llevó a dar otros dos pasos, consistentes en la tentativa de investigar nuestra conjetura en material posterior. En un segundo paso analizaremos las palabras contenidas en el discurso del terapeuta, cuyo resultado compararemos con el resultado del estudio de las palabras en la sesión inicial. Al detectar las coincidencias entre estos resultados, formularemos la conjetura posdictiva más amplia. En un tercer paso estudiaremos brevemente otra sesión con el objetivo de contrastar esta conjetura. En dicho estudio recurriremos al análisis de los actos del habla del terapeuta. El estudio culmina con la referencia a una frase que este dijo una vez terminada dicha sesión, que parece coincidir con nuestras conjeturas.

#### A. 1. Surgimiento de la conjetura sobre la defensa del terapeuta contra su contratransferencia erótica

María (22 años) concurrió en medio de un conflicto con un ejecutivo que pretendió extorsionarla como venganza porque ella lo rechazó tras una actitud general de seducción, como la que había tenido con otros hombres de empresa. En las sesiones, la paciente manifestó sus conflictos con una figura materna que la incitaba a hacer un sacrificio; cuando la paciente lo hacía, suponía que la madre se exhibía a sí misma y reforzaba su narcisismo utilizando para ello a su hija. El argumento de la madre incluía la exhortación a que María resignara sus propios bienes (juguetes, por ejemplo) en beneficio de gente humilde, y la paciente, luego de seguir estos preceptos, tenía un estallido de furia impotente y vengativa, incontrolable. Desde el punto de vista de la paciente, su madre utilizaba O2 al servicio de FG (lucimiento exhibicionista). En la paciente, en cambio, predominaba entonces A1 (afán vengativo). Este deseo vengativo se combinaba en María con un incremento de su propia disposición a una dramatización exhibicionista (FG) como instrumento para lograr la venganza. En sesión la paciente recurría a menudo a la narración de hechos concretos y al pensamiento referido a tales hechos (A2). Pero tales recursos quedaban interferidos por súbitas dramatizaciones histriónicas (FG) que se combinaban con expresiones de rabia (A1). Finalmente, prevalecía este histrionismo rabioso.

En una de las sesiones iniciales del tratamiento (la cuarta) el terapeuta puso en evidencia a su vez un repertorio de recursos que incluían cuatro componentes: O2, A2, FU y FG. Entre ellos prevalecían los dos primeros, en especial O2. En consecuencia, el terapeuta tendió a enfatizar el peso de los afectos, sobre todo la tristeza, en la paciente. La paciente respondió a estas intervenciones con un incremento de la hostilidad (no contra el terapeuta sino contra su madre o su pareja) y un despliegue recurrente a dramatizaciones que a su vez ella misma interrumpía. En el terapeuta esta orientación clínica culminaba en frases que expresaban sus dudas y su desorientación. En la misma sesión el terapeuta modificó luego su orientación clínica y tomó otra opción existente en su repertorio. El terapeuta pasó entonces a enfatizar las confusiones y el desorden generados en el pensamiento de la paciente por el discurso de su madre. En él O2 quedó sustituido por A2 como organizador del conjunto. Entonces la paciente comenzó a pensar y extraer conclusiones. En el terapeuta este cambio en la orientación clínica culminaba en frases en que expresaba un orden y una orientación crecientes. El momento difícil de resolver abarcó el período en que el terapeuta tendió a enfatizar los estados afectivos de María. Podemos inferir que para la paciente el terapeuta se

transformó en un aliado o un representante de la madre, ya que en ambos prevalecía una argumentación centrada en O2. Finalmente, cuando el terapeuta reemplazó O2 por A2, la paciente rápidamente encontró la manera para seguir adelante en su trabajo terapéutico. En el fragmento recién mencionado de la cuarta sesión pueden distinguirse en las intervenciones del terapeuta dos fragmentos (A y B) claramente definidos. En el fragmento A el terapeuta desarrolló dos estrategias (I y II). En ambas las intervenciones iniciales tenían el mismo carácter: 1) acompañamiento del discurso de la paciente, 2) indicación preparatoria de la intervención central. La diferencia entre las estrategias se hacía evidente cuando el terapeuta realizaba la intervención central. En la estrategia I el terapeuta enfatizó los estados afectivos de la paciente, como es inherente a O2. Esta secuencia de intervenciones del terapeuta terminó con que este ponía en evidencia sus dudas (A2) y su falta de orientación (FU), lo cual corresponde a un desenlace disfórico. En la estrategia II, el terapeuta prestó atención a los procesos de pensamiento, al orden en los vínculos, etc. (A2). El terapeuta terminó evidenciando que estaba orientado y seguro de la pertinencia de su abordaje clínico. Luego, en el fragmento B el terapeuta utilizó solamente la estrategia II (Tabla I).

Tabla I: Estrategias clínicas en dos fragmentos de la cuarta entrevista

Fragmento A	
Secuencia de intervenciones en la estrategia I	Secuencia de intervenciones en la estrategia II
1) FU (acompañamiento)	1) FU (acompañamiento)
2) A2 (indicación preparatoria)	2) A2 (indicación preparatoria)
3) O2 (intervención central)	3) A2 (intervención central)
4) A2/FU (dudas y desorientación): resultado disfórico	4) A2: resultado eufórico
Dominancia lógica: O2/A2/FU	Dominancia lógica: A2/FU

Secuencia de intervenciones en el Fragmento B
1) FU (acompañamiento)
2) A2 (indicación preparatoria)
3) A2 (intervención central)
Dominancia lógica: A2/FU, coincidente con la estrategia II

Es conveniente evaluar clínicamente las intervenciones del analista. Tanto las manifestaciones de la paciente cuanto la secuencia de las intervenciones conducen a concluir que la estrategia I no era pertinente, y que la estrategia II era adecuada. La estrategia I aumentó la resistencia de la paciente, mientras que la estrategia II contribuyó a la creación y el reforzamiento de la alianza terapéutica y permitió a la paciente extraer algunas conclusiones.

Una vez alcanzadas estas conclusiones, es conveniente analizar estos dos fragmentos (A y B), el primero de los cuales con las dos Estrategias, del discurso del terapeuta con el programa computarizado (diccionario) del ADL que investiga palabras. El análisis arroja estos resultados correspondientes al nivel de las palabras (Tabla II):

Tabla II: Análisis computarizado de fragmentos A y B

Fragmento A	
Estrategia I	Estrategia II
1. A2 30.24%	1. FU 29.46%
2.O2 23.81%	2. A2 21.17%
3. FG 15.87%	3. FG 19.88%
4. FU 15.12%	4. O2 19.33%

Fragmento B
1) FU 30.50%
2) A2 23.30%
3) FG 17.79%
4) O2 12,71%

En consecuencia, respecto del discurso del terapeuta, los resultados de los análisis de los actos del habla y de las palabras son afines, especialmente considerando la relevancia de O2 en la estrategia I, que no prevalece en la estrategia II.

Este análisis termina con la formulación de una hipótesis sobre la estrategia I del terapeuta. Afirmamos que, cuando el terapeuta enfatizaba O2 de manera clínicamente no pertinente, trataba de defenderse contra una perturbadora contratransferencia erótica promovida en parte por el discurso exhibicionista de la paciente con un deseo vindicativo subyacente.

#### A.2 . Estudio de la extensión de la conjetura sobre la defensa del terapeuta contra su contratransferencia erótica y formulación de un aserto posdictivo

Una vez establecida la conjetura sobre la defensa del terapeuta contra su propia contratransferencia erótica es conveniente investigar la extensión de este aserto. Para avanzar en esta dirección puede resultar útil estudiar el discurso (en el nivel de las palabras) del terapeuta en 20 sesiones del primer año de tratamiento con el programa computarizado. El análisis computarizado detecta estas prevalencias entre las palabras (Tabla III).

Tabla III: Análisis computarizado de 20 entrevistas

(terapeuta)

1. A2	o	1. O2
2. O2		2. A2
3. FG		3. FU
4. FU		4. FG

Puede advertirse que en ambos casos, O2 tiene fuerte relevancia. En consecuencia, es posible extender la conjetura referida a la defensa contra la contratransferencia erótica a un conjunto más amplio de situaciones clínicas. Claro que la posibilidad de sostener una extensión de nuestra conjetura depende de al menos dos condiciones: 1) que, como en el sector precedente de nuestro estudio, el resultado de nuestro análisis de las palabras coincida con el resultado del análisis de los actos del habla, y 2) que, como en el sector precedente de dicho estudio, las intervenciones del terapeuta sean clínicamente no pertinentes. Así que podemos formular un aserto posdictivo que tiene dos condiciones, es decir, con una doble fórmula “si... entonces”: 1) si en las sesiones estudiadas con el programa computarizado se mantiene la coincidencia entre los resultados de los análisis de palabras y actos del habla (por lo cual en el nivel de los actos del habla tiene relevancia O2), y 2) si las intervenciones del terapeuta siguen siendo no pertinentes,

entonces 3) el terapeuta continúa sufriendo los efectos de la defensa contra su contratransferencia erótica.

### A.3. Contraste del aserto posdictivo y comentario final

Llegados a este punto es conveniente dar un nuevo paso. Este consiste en intentar contrastar el aserto posdictivo recién expuesto. Para ello elegimos al azar una sesión de seis meses después, en la cual estudiamos el discurso de paciente y terapeuta. En este estudio es posible advertir que los relatos y los actos del habla de la paciente tienen rasgos similares a los de la sesión estudiada con anterioridad, aunque los componentes histriónicos estaban acompañados de una violencia vengativa más atenuada. En cuanto al terapeuta, es posible advertir que 1) los resultados de los estudios de las palabras y de los actos del habla seguían siendo coincidentes, 2) las intervenciones O2 del analista seguían siendo clínicamente no pertinentes. A ello se agrega el hecho de que la Estrategia II, clínicamente pertinente, casi no tenía lugar en las intervenciones del terapeuta, es decir que en la mayor parte de la sesión predominó O2. Además, luego de finalizada dicha sesión el terapeuta grabó un comentario inusual: dijo que en ella había sentido menor contratransferencia erótica...

Finalmente, deseamos comentar que esta investigación puede ser tomada como un testeo de validez posdictiva utilizando el ADL, en este caso gracias a una combinación entre tres niveles de análisis: el de las escenas en el nivel de los relatos, el de las escenas en el nivel de los actos del habla, el de las palabras. La posdicción no tiene una estructura simple (si pasó tal cosa, entonces podemos inferir que también pasó tal otra) sino una más elaborada (si pasó esto, y además pasó esto otro, entonces podemos inferir que pasó tal otra), lo cual resulta más acorde con los enfoques metodológicos de realidades complejas.

### B. Testeo de la validez predictiva del fracaso clínico a partir de la investigación del estado exitoso de la defensa

Consideremos ahora otra investigación, que consiste más bien en una propuesta general de carácter predictivo, referida al riesgo de fracaso clínico y su relación con el estado de la defensa. Cabe destacar que el fracaso clínico muy a menudo se hace evidente por el abandono prematuro del tratamiento, pero que también se infiere por la persistencia en un tratamiento sin cambio positivo o inclusive con un empeoramiento, hasta que el proceso culmina en un hundimiento generalizado. La pregunta que nos formulamos es si el estado de la defensa patógena puede ser un indicador para anticipar un fracaso clínico. Vale la pena recordar que la defensa patógena puede ser exitosa (cuando logra rechazar algo y mantener la ilusión de omnipotencia), fracasada (cuando lo rechazado retorna y aparece un fuerte sentimiento de inferioridad) o mixta (cuando lo rechazado no retorna pero igualmente aparece un fuerte sentimiento de inferioridad). Habremos de estudiar la primera sesión de 10 pacientes con su correspondiente terapeuta, para detectar, en tres niveles de análisis, el estado de la defensa y su relación con el abandono prematuro del tratamiento.

Este estudio predictivo tiene un diseño complejo, ya que se basa en el estudio detenido que realizamos de la primera sesión de 10 pacientes con sus respectivos terapeutas, todos ellos con una orientación psicoanalítica y entre 25 y 35 años de experiencia (Maldavsky et al., 2006a). Cada sesión fue cuidadosamente estudiada como caso único. En esta investigación estudiamos las relaciones extratransferenciales e intrasesión de los pacientes, y agregamos además una tercera dimensión de análisis, la de la intersubjetividad, que involucra la relación paciente-terapeuta. Munidos de los instrumentos del ADL investigamos entonces los tres niveles de análisis: escenas narradas, escenas desplegadas, intersubjetividad. Luego de realizados estos estudios con el ADL pasamos a comparar sus resultados, tomando como parámetro central los tres

niveles de análisis, lo cual nos condujo a establecer tres rankings diferentes de la gravedad de cada caso. El contraste entre estos rankings nos permitió inferir la importancia del estado de la defensa en la sesión y su eficacia sobre el rápido abandono del tratamiento por parte del paciente.

La muestra estaba constituida por 10 pacientes (Belisario, Jacinta, Poncia, Estefanía, Celina, Serafín, Carmen, Corina, Norberto y Froilán) y 4 terapeutas (A, B, C y D). Los 6 primeros correspondían al terapeuta A, la séptima a B, la octava a C y los dos últimos a D.

#### B. 1. Ranking de la seriedad clínica en el nivel de las relaciones extratransferenciales (relatos)

En el nivel de las relaciones extratransferenciales (relatos), el estudio de la primera sesión de cada uno de los 10 casos permitió inferir 1) la estructura psicopatológica del paciente y 2) por qué consultó. Para la detección de la estructura clínica de cada caso, nos resultó de utilidad tomar en cuenta los deseos y las defensas del paciente. Para inferir por qué cada paciente consultó sobre todo prestamos atención al estudio de las defensas, ya que la consulta suele derivar del fracaso de mecanismos patógenos que hasta un momento previo permitieron mantener un equilibrio psíquico. Como consecuencia de nuestra investigación de las relaciones extratransferenciales (relatos) establecimos un ranking de gravedad clínica entre los 10 casos en el que tomamos, como criterio básico, la seriedad de la defensa patógena dominante, el estado de dicha defensa y su combinación con otras defensas patógenas (y su correspondiente estado). 1. Celina (desestimación fracasada del afecto más desestimación fracasada de la realidad y del ideal), 2. Serafín (desestimación fracasada del afecto más desmentida fracasada), 3. Poncia (desestimación fracasada del afecto más desmentida y rasgos evitativos de carácter fracasados), 4. Corina (desmentida exitosa), 5. Norberto (desmentida exitosa y represión fracasada), 6. Belisario (desmentida fracasada), 7. Jacinta (desmentida fracasada y rasgos de carácter evitativo fracasados), 8. Froilan (desmentida fracasada y rasgos fracasados de carácter evitativo-ambiciosos), 9. Carmen (rasgos de carácter evitativo fracasados), 10. Estefanía (represión fracasada).

#### B. 2. Ranking de la severidad clínica en el nivel de las relaciones intrasesión (actos del habla, componentes paraverbales)

En el nivel de las escenas desplegadas intrasesión estudiamos los deseos y las defensas (y su estado) del paciente durante la sesión, lo cual nos permitió inferir si hubo o no cambio clínico y, en caso de que lo hubiere, si este había sido positivo o negativo. Detectamos que 3 de los pacientes (Serafín, Corina y Norberto) mantuvieron durante la sesión la misma defensa y su estado (exitoso) y que en un cuarto paciente (Froilán) se incrementaron además los rasgos patológicos de carácter en un estado exitoso. Estos 4 pacientes abandonaron el tratamiento al poco tiempo. Una quinta paciente (Carmen) comenzó la sesión con defensas caracterológicas exitosas, pero luego las reemplazó por mecanismos más benignos. Los otros 5 pacientes comenzaron la sesión con mecanismos patógenos fracasados y luego los reemplazaron por otros más benignos. Salvo los 4 mencionados en primer término, los demás pacientes continuaron el tratamiento durante al menos dos años. No puede decirse que esta investigación arroje resultados representativos del porcentaje de abandono de los pacientes, ya que algunos de los terapeutas (como D) eligió presentar casos especialmente difíciles. Pero sí es posible inferir que, cuando un paciente mantiene un estado exitoso de una defensa patógena, o pasa a desarrollar esta posición en la sesión, existen riesgos de un rápido abandono del tratamiento. Así, que, en el nivel de las escenas desplegadas en sesión, fue posible estudiar 1) los cambios clínicos positivos o negativos y 2) el riesgo de abandono del tratamiento. Este estudio de las escenas intrasesión permitió crear un segundo ranking de la severidad clínica de cada caso, que tiene fuertes diferencias con el



obtenido del análisis del relato. Por ejemplo, en Celina, una paciente que desde el punto de vista diagnóstico tenía una estructura psicótica, prevaleció en sesión la desestimación de la realidad fracasada, mientras que en un paciente como Norberto, con un diagnóstico de estructura trasgresora, predominó durante la sesión una desmentida exitosa y por lo tanto, en el ranking intrasesión este último resultó más grave que la primera. En consecuencia, dentro del ranking de intra-sesión la condición de Norberto parecía ser más seria que la de Celina.

Para decidir acerca de la gravedad de cada caso fue necesario evaluar los cambios clínicos ocurridos durante la sesión. El único cambio clínico negativo durante la sesión fue el reemplazo (en la sesión de Froilán) de una defensa funcional exitosa por rasgos de carácter patológicos exitosos. También es necesario evaluar los cambios clínicos positivos. Al final de la sesión varios de los pacientes parecieron implementar una defensa exitosa acorde a fines, a pesar del hecho que al principio de la sesión evidenciaron defensas patológicas con diferentes niveles de severidad. En consecuencia, existían dos opciones para decidir acerca de las evoluciones satisfactorias tomando en cuenta las diferencias entre el principio y el final de la sesión: o bien la mejor evolución se detectaba en la mayor diferencia entre el principio y el final de la sesión en cuanto al cambio de las defensas, o bien, a la inversa, la mejor evolución se advertía en el cambio clínico más pequeño en los mecanismos en juego. El criterio que adoptamos fue el último. Nuestro argumento fue que los cambios clínicos más importantes podrían no ser fácilmente sostenibles a lo largo del tiempo, y que más bien nos llevaban a anticipar la reaparición de conflictos y defensas previas. Con este criterio, fue posible establecer un ranking formado por las escenas intra-sesión investigadas. La escala, de mayor a menor severidad de la situación clínica, es: 1. Serafín (desestimación exitosa del afecto más desmentida exitosa y rasgos exitosos de carácter), 2. Norberto (desmentida exitosa), 3. Corina (desmentida exitosa), 4. Froilán (principio de la sesión: defensa exitosa acorde a fines, final de la sesión: rasgos de carácter evitativo-ambiciosos exitosos), 5. Poncia (oscilación entre, por un lado, desestimación exitosa del afecto, desmentida y rasgos de carácter evitativo y por otro lado, defensa exitosa acorde a fines), 6. Celina (principio de la sesión: desestimación del afecto fracasada más desestimación fracasada de la realidad y del ideal, final de la sesión: represión fracasada), 7. Belisario (principio: desestimación fracasada del afecto más desmentida fracasada, final: defensa exitosa acorde a fines), 8. Carmen: (principio: rasgos de carácter evitativo exitosos, final: defensa exitosa acorde a fines), 9. Estefanía (principio: desmentida exitosa más represión fracasada, final: represión fracasada), 10. Jacinta. (principio: rasgos de carácter evitativo fracasados, final: defensa exitosa acorde a fines).

### B. 3. Ranking de severidad clínica en el nivel de la intersubjetividad

En relación con la intersubjetividad, en la investigación de cada sesión consideramos sobre todo la alianza terapéutica, que operacionalizamos según la propuesta de Liberman (1970). Un número considerable de trabajos (Ackerman et al, 2001, 2003, 2005, Allen et al, 1990, Beutler et al, 1986, Bordin, 1979, Castonguay et al, 2006, Dormaar et al, 1999, Gaston, 1990, Greenson 1965, Gomes-Schwartz, 1978, Hartley y Strupp, 1983, Hatcher et al, 2006, Henry et al, 1986, Henry y Strupp, 1994, Henstchel, 2005, Henstchel et al, 1997, Horvath, 2006, Horvath and Greenberg, 1989, Horvath y Symonds, 1991, Lambert, 1992, Luborsky et al, 1996, Marmar et al, 1989, Meissner, 2006, Paterson, 1983, Safran y Muran, 2006, Salvio et al, 1992, Samstag, 2006, Saunders et al, 1989, Strupp and Binder, 1984, Zetzel, 1956) definieron y estudiaron algunos de estos aspectos. Hay coincidencia entre la mayoría de los autores en cuanto a la importancia de la alianza terapéutica para el éxito o fracaso del tratamiento. Respecto de la operacionalización del concepto de la alianza terapéutica combinamos dos

aspectos: 1) intervenciones clínicas pertinentes y no pertinentes del terapeuta, 2) rectificaciones o ratificaciones inadvertidas realizadas por el paciente. Cuando se da un vínculo de colaboración, el paciente ratifica inadvertidamente los aciertos clínicos del terapeuta y rectifica sus desaciertos, y cuando se da un vínculo resistencial, la relación ratificación/ rectificación respecto de los aciertos/desaciertos clínicos del terapeuta se invierte. En el estudio del discurso del terapeuta tomamos en cuenta dos factores respecto de las intervenciones no pertinentes: 1) la función (introdutoria, central o complementaria) de la intervención errónea, 2) su frecuencia. Una mayor frecuencia de intervenciones centrales erróneas constituye un extremo del espectro, y el otro lo es la baja frecuencia de intervenciones introductorias o complementarias erróneas. En el paciente, defensas como la desestimación y sobre todo la desmentida pueden inducir estas intervenciones clínicamente no pertinentes. El porcentaje de las intervenciones no pertinentes del terapeuta con cada paciente discrimina entre las intervenciones introductorias y centrales. Durante la sesión, 6 terapeutas realizaron intervenciones centrales erróneas; el terapeuta de 1) Norberto, 100%, 2) la de Corina, 65%, 3) el de Serafín, 65%, 4) el de Froilán, 65%, 5) el de Poncia, 53%, 6) el de Celina, 5%. Los 4 terapeutas restantes solo realizaron intervenciones introductorias no pertinentes: 7) la de Carmen, 50 %, 8) el de Belisario, 5%, 9 y 10) los de Jacinta y Estefanía, 0%. Este enfoque sobre la intersubjetividad nos lleva a proponer otro ranking de la severidad de la situación clínica: 1) Norberto, 2) Serafín, 3) Corina, 4) Froilán, 5) Poncia, 6) Celina, 7) Carmen, 8) Belisario, 9) Jacinta, 10) Estefanía. Este tercer ranking no coincide con ninguno de los dos anteriores: el enfoque de la gravedad de cada estructura enfatiza la severidad de la defensa y su estado en el momento de la consulta, el enfoque de la situación clínica durante la sesión se centra en el estudio del cambio (o no) del estado de las defensas patógenas y su eventual reemplazo por otro, y el enfoque de la intersubjetividad destaca la relación entre la actitud de colaboración (o su ausencia) en el paciente y la pertinencia o no de las intervenciones del terapeuta.

#### B. 4. Discusión

Las posiciones de algunos de los pacientes dentro de los rankings tienen ciertas afinidades en los tres niveles de análisis (especialmente Corina, Serafín, Belisario y Estefanía y sus correspondientes terapeutas). Otras posiciones tienen cierta similitud en cuanto a dos de los tres niveles, y poseen diferencias en relación al nivel restante: las posiciones de Poncia, Froilán, Norberto, Celina, Carmen y Jacinta (y sus correspondientes terapeutas) coincide en los rankings en los niveles de análisis intra-sesión e intersubjetivo. Sin embargo, la coincidencia plena entre estos dos niveles de análisis corresponde a 5 pacientes: Poncia, Froilán, Celina, Carmen y Belisario. Podemos entonces concluir que, aunque el estudio en el nivel de análisis extra-transferencial nos permite detectar algunos problemas del caso, las otras dos perspectivas (intra-sesión, intersubjetividad) parecen ofrecer una comprensión más fina y detallada de la situación clínica en los hechos concretos y, en particular, con el terapeuta específico de cada paciente.

#### B. 5. Conclusiones referidas a la anticipación de un fracaso clínico

Esta extensa síntesis de nuestra investigación nos permite conjeturar que 1) si en un tratamiento prevalece en el paciente un sistema defensivo patógeno exitoso y 2) si las intervenciones clínicas del terapeuta no logran atenuar la extensión de estas defensas, o promover cambios en ellas, entonces 3) es posible anticipar que el tratamiento habrá de fracasar.

#### Bibliografía

- Ackerman, S. J., y Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171–185.
- Ackerman, S. J., y Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33.
- Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J., Knowles, E. S. (2005). Ratings of therapist Dynamic Activities and Alliance Early and late in Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, practice, training*. Vol 42 (2) 232-235.
- Allen, J. G., Gabbard, G. O., Nesome, G. W. y Coyne, L. (1990). Detecting patterns of change in patient's collaboration within individual psychotherapy sessions. *Psychotherapy*, 27, 522-530.
- Beutler, L. E., Crago, M., y Arizmendi, T. G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S. L. Garfield and A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 257-310). New York: Wiley.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., Holtforth, M. G. (2006) The Working Alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 43, No. 3, 271–279
- Cramer, P. (2006) Protecting the self; defense mechanisms in action., Guilford, Nueva York.
- Doormar, M., Kijkman, S. I. M., and de Vries, M. W. (1989). Consensus in patient-therapist interactions: A measure of the therapeutic relationship related to outcome. *Psychotherapy Psychosomatica*, 51, 69-76.
- Erikson Erik, (1950), *Infancia y Sociedad*, 1950, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Freud, Ana, (1980), *El Yo y los mecanismos de defensa*, Barcelona: Editorial Paidós.
- Freud, S., (1905d) *Tres ensayos de teoría sexual*, en AE, vol. 7.
- (1926d) *Inhibitions, symptoms and anxiety*, in SE, vol. 20
- (1933a) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, en AE, vol. 22.
- Gaston, L. y Marmar, C. R. (1990). *Manual for the California psychotherapy alliance scales*. Manuscrito inédito.
- Greenson, Ralph R. (1965) The working alliance and the transference neurosis, *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 34, 155-181.
- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Predictions of outcome from process variables. *Journal of consulting and clinical psychology*, 46, 1023-1035.
- Hartley, D. E. and Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytical theories* (Vol. 1). Hillsdale, NJ: The analytic press.
- Hatcher, R. L., Barends, A. W. (2006) How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 43, No. 3, 292–299
- Henry, W. P., Schacht, T. E. y Strupp, H. H. (1986) Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54, 27-31
- Henry, W.P., Strupp, H.H.(1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A.O. Horvath y L.S. Greenberg (Eds.) *The working alliance: Theory, research and*

*practice*. New York: Wiley and Sons.

Hentschel, U. (2005) Therapeutic alliance: The best synthesizer of social influences on the therapeutic situation? On links to other constructs, determinants of its effectiveness, and its role for research in psychotherapy in general. *Psychotherapy Research*. Vol. 15 (1-2), 9-23.

Hentschel, U., Kiessling, M. A., y Rudolf, G. (1997). Therapeutic Alliance and Transference: an exploratory study of their empirical relationship. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 254-262.

Holt, R. R., (2007), Primary Process Scoring Manual, Handbook of Clinical Scoring Systems for Thematic Apperceptive Techniques, Sharon Rae Jenkins (ed.), Taylor and Francis, NY.

Horvath, A.O. (2006) The Alliance in Context: Accomplishments, Challenges and Future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 43, No. 3, 258–263

Horvath, A.O. y Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of counseling psychology*, 36, 223-233.

Horvath, A.O., y Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

Lacan, J. (197-58), De una cuestion preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis, en Escritos, vol.2, Mexico, Siglo XXI, 1984

Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross and M. R. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.

Lieberman, D. (1970) Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico, Buenos Aires, Galerna-Nueva Visión, 1971-72

Luborsky L., y Crits-Christop, P., Understanding Transference: The CCRT Method:. New York: Basic Books, 1990

Luborsky, L. et al (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (Haq-II): psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 260-271.

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

Marmar, C. R., Gaston, L., Gallagher, D. y Thmpson, L. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of nervous and mental disease*. 177, 464-472.

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

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

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

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

Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A.M., Buceta, C., Bustamante, B., Cantis, J., Cusien, I., de Durán, R., Follmann, A., García Grigera, H., Garzoli, E., Goldberg, J., Iusim, M., Kazez, R., Legaspi, L., Manson, M., Miceli, G., Neves, N., Rembado, J.M., Rodríguez Calo, M., Roitman, C.R., Romano, E., Tarrab, E., Tate de Stanley, C., Widder, F.(2005) *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Lieberman algorithm (DLA)*, UCES ed., Buenos Aires.

Maldavsky, D., Aguirre A., Álvarez L., Bodni O., Britti M. A., Buceta C., Cantis J., Durán R. de, Cusien I., Falise C., Frigerio R., García K., García Grigera H., Garzoli E., Iusim M., Jarast G., Kazmierski J., Lacher G., Manson M., Neves N., Plut S., Rodríguez

- Calo M., Roitman C., Romanisio O., Scilleta D., Sloin de Berenstein R., Tarrab E., Tate de Stanley C., Varela R., (2007) *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el Algoritmo David Liberman (ADL)*, Ed. Lugar, Buenos Aires.
- Maldavsky, D., Durán R., Cantis J., García Grigera H., (2008) Un caso de afasia estudiado con el algoritmo David Liberman, *Acta Psiquiátrica*, 54, 2.
- Maldavsky, D.; Rembado, J.M., (2008), Estado actual del diseño en curso de un instrumento en el marco del método psicoanalítico ADL, IV Jornadas de Investigación en Psicología y VI Jornadas de Actualización del algoritmo David Liberman, UCES 2008
- Maldavsky, D. y Wainer, A., (2008) Revisión de un procedimiento del ADL para la detección de un tipo de defensas en el nivel del relato, IV Jornadas de Investigación en Psicología y VI Jornadas de Actualización del algoritmo David Liberman, UCES 2008
- Meissner, W. W. (2006) The Therapeutic Alliance-A Proteus in Disguise. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 43, No. 3, 280-285
- Patterson, M. L. (1983). *Nonverbal behavior: A functional perspective*. New York: Springer-Verlag.
- Perron, R. (2006) How to do research? Reply to Otto Kernberg, *International Journal of Psychoanalysis*, vol 87, n°4, pp. 927-932
- Perry, J.C (1990), *Wishes and Fears: A Standardized List for Assessing Dynamic Motives*. Copyright J.C Perry, M.D., Cambridge MA.
- Perry, J.C., Augusto, F., y Cooper, S.H., (1989). Assessing psychodynamic conflicts: 1. Reliability of the Idiographic Conflict Formulation Method, *Psychiatry*, 52, 289-301
- Safran, J. D., Muran, J. C. (2006) Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 43, No. 3, 286-291
- Salvio, M., Beutler, L. E., Engle, D., Wood, J. M. (1992). The strength of therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 2, 31-36.
- Samstag, L. W. (2006) The working alliance in psychotherapy: An overview of the invited papers in the special section. *Theory, Research, Practice, Training*, Vol. 43, No. 3, 300-307
- Saunders, S. M., Howard, K. I., y Orlinsky, D. E. (1989). The therapeutic bond scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment*, 1, 323-330
- Strupp, H. H., y Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Vaillant, G. (1992) *Ego mechanism of defense: a guide for clinicians and researchers*, American Psychiatric Press, Inc., Washinton, DC.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.