

Maldavsky, D. (2009). Nuevos desarrollos en investigaciones de diagnóstico y cambio clínico en psicoterapia. *Revista Itinerario*, 4(11).

Revista del Área de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la UdelaR (Uruguay)
PSICOTERAPIA/INVESTIGACION

Nuevos desarrollos en investigaciones de diagnóstico y cambio clínico en psicoterapia

David Maldavsky

Historia del desarrollo de un método sistemático de investigación clínica psicoanalítica

Estudios recientes han vuelto a destacar el valor de las investigaciones clínicas “caso por caso”. Se ha resaltado su importancia para estudiar las combinaciones específicas entre diferentes mecanismos funcionales y patógenos en un paciente durante una entrevista diagnóstica así como sus cambios positivos y negativos durante un tratamiento. También se destacó que estas investigaciones permiten focalizar en las intervenciones del terapeuta, su función y su eficacia positiva o negativa sobre el paciente. Del mismo modo, estos estudios hacen posible prestar atención de manera más precisa y detenida sobre la contratransferencia y su relación con los deseos y defensas del paciente.

Para realizar estas investigaciones, algunos autores prefieren mantenerse en el contexto clásico de los trabajos que contienen fragmentos de un caso con comentarios, enfocados desde alguna perspectiva psicoanalítica (Freud, Klein, Lacan, Winnicott, Fairbairn, o una combinación entre los conceptos de varios de ellos). Estos estudios han contribuido a enriquecer notablemente la comprensión clínica de casos complejos, así como la construcción o reelaboración de algunos sectores de la teoría psicoanalítica. Pese a ello, metodológicamente hablando tienen una debilidad, consistente en su falta de sistematicidad.

Para responder a estas exigencias metodológicas, se desarrollaron diferentes instrumentos que permiten estudiar de manera sistemática las entrevistas y sesiones. El problema de muchos de dichos instrumentos es que fueron diseñados con prescindencia de los conceptos psicoanalíticos básicos, y en consecuencia arrojan resultados que no es fácil compatibilizar con las corrientes teóricas y clínicas del psicoanálisis. Precisamente, el algoritmo David Liberman (ADL) se desarrolló a partir del interés por realizar investigaciones sistemáticas de entrevistas y sesiones pero empleando instrumentos diseñados a partir de conceptos psicoanalíticos.

El camino para diseñar instrumentos que permitan estudiar sesiones y entrevistas a partir de conceptos psicoanalíticos estaba lleno de problemas, que fue necesario encarar de manera progresiva. El primero de tales problemas consistió en decidir cuáles eran los conceptos psicoanalíticos centrales que los instrumentos podían investigar. Este fue quizá el punto de discusión más complejo. Finalmente concluimos que los conceptos centrales son pulsión y defensa. El texto central que orientaba la propuesta fue Pulsiones y destinos de pulsión (Freud, 1915). La pulsión se expresa en términos de deseos, que se combinan con diferentes defensas, sea opuestas a ellos (y a favor del superyó y/o la realidad), sea acordes con ellos (y opuestas al superyó y/o la realidad). También tomamos en cuenta que no alcanza estudiar la defensa sino también el estado, ya que muchos síntomas derivan no tanto de la defensa sino de su fracaso,

mientras que otras manifestaciones, como la megalomanía, deriva del éxito de ciertos mecanismos. Así que finalmente decidimos que los conceptos centrales eran la pulsión (y el deseo correspondiente) y la defensa (y su estado exitoso, fracasado o mixto).

El paso siguiente consistió en crear el repertorio tanto de las pulsiones como de las defensas así como del estado de estas últimas. Para ello recurrimos básicamente a la teoría psicoanalítica freudiana, que nos permitió afirmar que las pulsiones dominantes, eficaces, son las siguientes: 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). Toda propuesta de un repertorio requiere una argumentación. La libido intrasomática ha sido mencionada por Freud, aunque nunca la denominó. Freud (1926) sostuvo, en efecto, que inmediatamente después del nacimiento sobreviene una investidura narcisista de órganos como corazón y pulmones, los cuales se convierten en el primer objeto libidinal. Además, se nos podría cuestionar por no incluir en el repertorio a la pulsión escópica o a la pulsión invocante, por ejemplo. A ello respondemos que estas constituyen para Freud pulsiones derivadas, por la erotización de un componente de la autoconservación, del mismo modo que la pulsión de aferrar, la pulsión de saber y otras tantas. Bodni (1999) propuso, al respecto, integrar al conjunto una pulsión de transmitir. Otra objeción se centra en criticar a la pulsión fálico genital como normatizante, como expresión de una presunta madurez. No es esta la posición de Freud. En principio, Freud (1905d) considera que el surgimiento de esta pulsión crea un estado tóxico universal: una tensión erógena no tramitable que persiste duraderamente. Además, al surgir esta pulsión las restantes pasan a constituirse como pulsiones parciales, se reordenan, con los correspondientes conflictos. Asimismo, se crea un conflicto inédito hasta el momento de su surgimiento: la sexualidad se contrapone en el yo a la pulsión de conservación de la especie (Freud, 1940a). Esta pulsión requiere además una tramitación diferencial, que Freud (1940a) estipula: desasimiento de la autoridad de los padres y hallazgo de un objeto exogámico, ambos de enorme peso en los procesos subjetivos y fuertemente perturbadores del status quo preexistente.

En cuanto a las defensas, también debimos diferenciar entre las centrales, que permiten distinguir de manera más gruesa entre las organizaciones psíquicas (por ejemplo, neurosis, psicosis), y otras, secundarias, que permiten distinguir entre las variedades dentro de la misma organización psíquica (por ejemplo, neurosis obsesiva, histeria). Todas las defensas han sido concebidas por Freud (1915) como destinos de pulsión, y nosotros aprovechamos de esta hipótesis para establecer un enlace fuerte entre ambos conceptos. Llegamos entonces a esta conclusión, tanto respecto de las defensas centrales (Tabla I) como respecto de las secundarias (Tabla II):

Tabla I: Pulsiones y defensas centrales

Tabla I: Pulsiones y defensas centrales

Pulsiones			Defensas centrales
LI			Desestimación del afecto
O1	O2	A1	Desmentida
			Desestimación de la realidad y la instancia paterna
A2	FU	FG	Represión con o sin el agregado de rasgos caracterológicos
LI	O1	O2	Acorde a fines
A1	A2	FU	Creatividad
FG			Sublimación

Tabla II: Pulsiones y defensas secundarias

LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
-regresión pulsional	-regresión pulsional	-regresión pulsional	-regresión pulsional	-regresión pulsional		
-regresión yoica	-regresión yoica	-regresión yoica	-regresión yoica	-anulación		
-evitación	-escisión	-escisión yoica	-escisión yoica	-aislamiento		
generalizada	intracanal	-introyección	-introyección	-formación reactiva		
-introyección orgánica	-proyección	-identificación	-identificación	-control		
-incorporación	-introyección	-proyección	-proyección	-sofocación del afecto		
-expulsión	-transformación	-transformación	-transformación			
-proyección orgánica	en lo contrario	en lo contrario	en lo contrario			
-identificación adhesiva	-vuelta la propia	contra	contra	contra		
-escisión del yo primitivo	persona	la persona	la persona	propia		
	-mimetismo	persona	persona			
	real					

Una vez creados los repertorios de las pulsiones y las defensas y su combinación, fue necesario encontrar las vías de operacionalizar dichos conceptos. Entre ellos, el concepto pulsión no había sido operacionalizado hasta el momento. Por nuestra parte, recurrimos a un término intermediario, el de vivencia de satisfacción y de dolor. Para Freud, estas vivencias hacen de mediadoras entre las exigencias pulsionales y el mundo simbólico. En efecto, en estas vivencias se combinan un estado afectivo, una percepción y una motricidad específicas a partir del empuje de una pulsión. De esta combinación derivan las huellas mnémicas. Partimos del supuesto freudiano de que cada pulsión debe encontrarse con una vivencia específica, que entonces se vuelve eficaz, y describimos los rasgos de cada vivencia (en cuanto a afecto, percepción y motricidad) para combinarse con la pulsión correspondiente. Por ejemplo, para O1, a) los afectos que se presentan, al menos los pertenecientes a la gama de la angustia y la gama del dolor, son pánico y terror (para la gama de la angustia) y sentimiento de futilidad (de la gama del dolor), b) la motricidad se caracteriza por tender a la extracción de una esencia (o líquido), de una clave abstracta (dedos, lengua, ojos) y c) la formalización de la materia sensible es puntiforme. En cambio, para FG, a) los afectos que se presentan son horror (para la gama de la angustia) y asco (para la gama del dolor), b) la motricidad se caracteriza por ser ondulatoria, tendiente a la totalización estética y c) la formalización de la materia sensible consiste en el embellecimiento totalizante. En cuanto a la operacionalización del concepto defensa, parece derivar de la investigación de la pulsión. A ello agregamos diferentes instrucciones que permiten al investigador decidir si la defensa es funcional o patógena, si es exitosa, fracasada o mixta, etc.

Estábamos en condiciones de desarrollar instrumentos específicos para investigar las situaciones clínicas. Entonces nos preguntamos qué aspectos de las situaciones clínicas queríamos investigar. Nos respondimos que por un lado nos interesaban los relatos de los pacientes, como lo hacía Freud cuando estudiaba las escenas de un sueño o de un episodio de la vida cotidiana del paciente, y que por el otro lado nos interesaban los hechos ocurridos durante las entrevistas o sesiones, como puede ser un lapsus, una risa, un jugueteo con un bolso, etc. De hecho Freud combinaba ambos estudios, ya que por un lado analizó la escena en que Dora acusaba a su padre, y por otro lado tomó en cuenta que finalmente lo acusó a él mismo en una sesión. El primer

análisis corresponde al nivel de los sucesos extratransferenciales, mientras que el segundo tipo de análisis corresponde a lo que ocurre intrasesión.

En consecuencia, diseñamos instrumentos para estudiar los deseos y las defensas y su estado tanto en el nivel de los relatos como en el nivel de los sucesos ocurridos intrasesión. Los instrumentos para analizar relatos resultan menos complejos que los que estudian los sucesos intrasesión, ya que estos últimos pueden ser acciones realizadas al hablar (acusaciones, lamentos, relatos, evasivas, alabanzas, descargas catárticas) pero también expresiones paraverbales (risa, tos, eructo, ronquera, languidecimiento sonoro) y desempeños motrices (jugueteo con un bolso, ponerse de pie, tocar al terapeuta, mirar mensajes en el teléfono celular). Contábamos con la guía de las escenas relatadas, que nos permitió ordenar los otros terrenos, ya que estas mismas escenas podían presentarse no en los relatos sino desplegadas durante las entrevistas o sesiones. Como Freud por momentos analiza también palabras, nos vimos llevados a construir además un diccionario computarizado que permite detectar las pulsiones en ese nivel.

Así que el algoritmo David Liberman (ADL) se convirtió en un conjunto de instrumentos que permiten estudiar pulsiones y defensas y su estado en diferentes niveles. Si aplicamos todos los instrumentos del ADL, llegamos a contar con una muy compleja cantidad de resultados que es necesario compatibilizar. Para poder reunir el conjunto en una totalidad coherente recurrimos a un concepto freudiano, el de corrientes psíquicas coexistentes. Este concepto permite pensar al paciente no como una unidad rotulable como histérico, etc., sino como una combinación compleja de varios componentes en pugna, alianza, subordinación o dominancia, todo ello de manera estable o cambiante. Así que, cuando se trata de realizar estudios complejos de un caso, el concepto de corrientes psíquicas nos aporta el punto de llegada, de plasmación de los resultados en un todo coherente. Hemos sintetizado así una historia de más de 10 años en cuanto al desarrollo y el empleo del algoritmo David Liberman, que fue jalonada por numerosos trabajos y libros (Maldavsky, D., 2003, 2005 y 2007, Maldavsky, D., et al., 2000, 2005 y 2007a)

Pruebas recientes de validez

Las pruebas de validez abarcan diferentes terrenos. Algunas corresponden a la validez conceptual, tema que expusimos sobre todo al comienzo de este trabajo. Entre las otras pruebas de validez figuran la predictiva, la convergente y la externa, que describiremos a continuación.

Validez externa. La prueba de validez externa implica testear si los resultados de una investigación concreta pueden aplicarse a otras poblaciones. Para dilucidar este punto, comparamos los resultados de dos investigaciones con el ADL dedicadas a pacientes con soriasis. La muestra de la primera de ellas estaba constituida por las respuestas de 10 enfermos de soriasis a las láminas del TAT. La segunda estaba compuesta por una sesión de un paciente afectado de la misma enfermedad. El resultado de la primera investigación agrupaba a los pacientes en tres conjuntos de mayor o menor gravedad en su organización psíquica, la cual coincidía con la mayor o menor gravedad de su patología orgánica. Este resultado estaba constituido por una combinación entre deseos, defensas y estados. El resultado de la segunda investigación mostraba que el paciente estudiado tenía estados cambiantes (sea durante su historia extrasesión, sea durante la sesión misma), de mayor o menor gravedad. Estos diferentes estados coincidían con los diferentes tipos de organización psíquica detectados en el estudio de los 10 entrevistados. Es decir que el mismo paciente podía ser incluido, en determinado momento, en uno de los grupos de los 10 enfermos y en otro momento en un grupo diferente.

Aun más, algunos estados del paciente, que no coincidían con la organización de ninguno de estos tres grupos, parecían indicar que existían otras alternativas además de las tres detectadas en el análisis de los 10 casos. Además, el estudio de la sesión permitió estudiar la dinámica del pasaje desde alguno de estos estados a otro. La conclusión que extrajimos de esta prueba de validez externa es que la investigación de caso único puede combinarse armónicamente con la investigación de una muestra más amplia, darle un sesgo dinámico a los estudios de varios casos e incluso promover un refinamiento en ellos (Maldavsky, D., 2008c).

Validez predictiva. Las pruebas de validez predictiva suelen ser altamente valoradas como indicadores de la potencia de un método de investigación. Por nuestra parte, realizamos varias de ellas, de las cuales aquí solo mencionaremos dos. Una de las pruebas es en realidad posdictiva o retrodictiva, en el sentido de que lleva a inferir algo que ocurrió en un tratamiento ya terminado. Se trata de un caso en que estudiamos la intersubjetividad y pusimos más bien el énfasis en las intervenciones del terapeuta. La paciente tenía rasgos histriónicos con estallidos de enojo vindicatorio. El análisis del discurso del terapeuta mostró que, en las sesiones iniciales, este tenía dos tipos de intervenciones. En una de ellas enfatizaba el dolor y la tristeza de la paciente (en nuestra jerga, esto corresponde a O2), y en la otra promovía el establecimiento de nexos causales, jerarquías posicionales en la familia de la paciente, etc (en nuestra jerga, A2). El resultado de las intervenciones del primer tipo consistía en que la paciente aumentaba su histrionismo rabioso. Quizá ello se debiera a que la paciente decía que su madre fingía aludir a los afectos para manipularla. Así que podía ser que la paciente escuchara al terapeuta como si fuera un vocero de la palabra materna. En cambio, las intervenciones que enfatizaban la racionalidad en los vínculos resultaban exitosas: la paciente podía pensar y recordar nuevas escenas, conectarlas entre sí y con recuerdos infantiles. Luego de constatar estos dos tipos de estilo en las intervenciones del terapeuta, estudiamos con el programa computarizado de análisis de las palabras 20 sesiones del mismo tratamiento, y en particular las intervenciones del terapeuta. Entonces descubrimos que en el terapeuta predominaban en algunas sesiones O2 y en otras A2. En estas últimas, además, O2 tenía igualmente fuerte relevancia. Claro que una cosa es analizar palabras y otra es estudiar frases, como las que el terapeuta le decía a la paciente. Además, podía ocurrir que, en las sesiones posteriores a las que analizamos inicialmente, las intervenciones O2 fueran clínicamente pertinentes, en lugar de inadecuadas. Así que expusimos una conjetura predictiva con dos estructuras "si... entonces" que le hacían de antecedentes: 1) si el resultado de los análisis de las palabras coincidían con los de las frases (y entonces en el terapeuta continuaban siendo muy relevantes las intervenciones O2), y 2) si estas intervenciones O2 eran clínicamente no pertinentes, como lo fueron en las sesiones iniciales, 3) entonces era posible conjeturar que el terapeuta pretendía protegerse y proteger a la paciente de su contratransferencia erótica, derivada en buena medida de los rasgos del discurso de la paciente. Luego de expuesta esta conjetura volvimos a estudiar una de las sesiones posteriores del caso. En esta el terapeuta recurría a intervenciones O2 de manera más insistente que en el comienzo del tratamiento, y dichas intervenciones parecían ser clínicamente no pertinentes. Al terminar la hora, el terapeuta, ya a solas, grabó un comentario: en esa sesión había sentido menos contratransferencia erótica (Maldavsky, D., et al., 2005).

Otro de los estudios de validez predictiva se centró en la primera sesión del tratamiento de 10 pacientes (con diferente tipo de patología) con sus respectivos terapeutas. Entre los múltiples estudios realizados (cambio clínico, contratransferencia, etc.), investigamos las defensas y su estado en los relatos de los pacientes y las escenas que desplegaron durante la sesión. Advertimos que los pacientes habían consultado por el fracaso de un mecanismo patógeno, es decir, por el quiebre de una parte o de todo su sistema defensivo patológico. Sin embargo, en la sesión algunos de ellos mostraron desde el comienzo que dicha defensa patógena había

recuperado un estado exitoso, con lo cual la sesión se volvía muy resistencial. A veces el terapeuta lograba con sus intervenciones superar esta resistencia, y la defensa patógena aparecía en la sesión en una versión fracasada, pero más a menudo no ocurrió así. Aquellos pacientes en que la defensa patógena exitosa quedó instalada durante la sesión abandonaron el tratamiento al poco tiempo. Entonces sentamos una conjetura predictiva: si el paciente logra reinstalar durante la primera sesión una defensa patógena exitosa, y el terapeuta no consigue rectificar esta situación, el tratamiento habrá de fracasar (Maldavsky, D., et al., 2005). La puesta a prueba de esta conjetura fue realizada en varias oportunidades, de las cuales señalaremos solo dos. Una de ellas fue un tratamiento de pareja, cuyos integrantes tenían defensas patógenas fracasadas fuera de sesión, pero que en el tratamiento lograron reinstalar una alianza resistencial basada en sus defensas patógenas exitosas, como parte de un contrato narcisista y un pacto denegativo patológicos. En consecuencia, la terapeuta quedaba permanentemente desinformada y desconcertada por las escenas que se sucedían en las sesiones. Esta terapia fue interrumpida tras un corto período de tratamiento, que fue improductivo (Maldavsky, D., et al., 2008b). Otro de los testeos de esta conjetura tuvo un carácter diferente. Una paciente concurrió a tratamiento en buena medida porque su hermana había iniciado el suyo con otra terapeuta. Durante el tratamiento (que duró alrededor de 4 años) la paciente mantuvo de manera casi inalterada una conducta triunfalista basada en defensas patógenas exitosas, y la terapeuta quedaba embargada de sentimientos de fracaso profesional y de preocupación impotente por la paciente. Pese a las insistentes intervenciones de la terapeuta que pretendió revertir esta situación, durante los 4 años del tratamiento no hubo cambios, salvo un progresivo incremento del peso de las defensas patógenas exitosas. La paciente narraba de manera desafiante escenas extrasesión en que se exponía de diferentes maneras a peligros para su cuerpo. Se advertía que realizaba grandes esfuerzos por seguir asemejándose a su hermana, recurriendo a una desmentida cuyo éxito le resultaba cada vez más mantener. Finalmente, su hermana, ya casada, quedó embarazada, y ella logró también quedar embarazada por un amante, casado con otra mujer, al cual no le pidió consentimiento. Sin embargo, el embarazo de la paciente terminó en aborto y la paciente se desmoronó y abandonó bruscamente el tratamiento. En este caso, la defensa patógena exitosa no condujo a un rápido abandono del tratamiento, pero igualmente hizo que este resultara un fracaso. En realidad, la demanda misma de tratamiento estuvo ligada al esfuerzo de la paciente por mantener su desmentida de la diferencia con su hermana. Como ambas estaban en tratamiento, y por lo tanto seguían siendo idénticas desde la perspectiva de la paciente, ya lo demás (lo que le dijera la terapeuta, lo que le relataba a esta) tenía importancia menor (Maldavsky, D., et al., 2005). Si comparamos ambos testeos de validez predictiva referida al fracaso clínico, advertimos que en una de las pruebas la conjetura queda confirmada en el corto plazo, mientras que en la otra se confirmó en un plazo mucho más largo. Se advierte, además, que el testeo fue posible por la sensibilidad del ADL para detectar no solo la defensa sino su estado.

Validez convergente. Pasemos, por fin, a resumir algunos estudios de validez convergente del ADL. Estos estudios tienen alto valor en la comunidad científica. Consisten en comparar los resultados de las aplicaciones de diferentes métodos a un mismo material. Entre estos métodos, algunos ya están reconocidos, y otro es el que será testeado en cuanto a su valor para la investigación. Si los resultados de los métodos ya establecidos y el nuevo divergen totalmente o si coinciden por completo, el método que es objeto de testeo tendrá pocas posibilidades de reconocimiento científico. Si existen diferencias moderadas entre los métodos, las cuales pueden ser explicadas por las diferencias entre las categorías estudiadas o entre los procedimientos usados, y si además estas diferencias revelan que el nuevo método es sensible para la captación de determinados matices que los métodos precedentes no detectaban, entonces este nuevo método puede obtener reconocimiento científico. Hecha esta introducción, es hora que

sinteticemos dos pruebas de validez convergente. En la primera comparamos los resultados de la aplicación del ADL a una entrevista diagnóstica con los resultados de otros siete equipos, en particular con dos de ellos. En la segunda comparamos los resultados de la aplicación del ADL a otra entrevista diagnóstica con los resultados de la aplicación del DMRS, un método diseñado por Perry et al para el estudio de las defensas, y que cuenta con reconocimiento en la comunidad científica.

Comencemos con la primera. En 1994 se publicó en *Psychotherapy Research* la primera entrevista textual de Mrs. Smithfield, una paciente de alrededor de 25 años, quien había tenido hacía poco un accidente automovilístico mientras manejaba, y antes había sufrido varias violaciones. La última estuvo a cargo de un shamán que logro fascinarla. Su marido, proveniente del sudeste asiático, la había abandonado a poco de llegar a EEUU, y una pareja más reciente acababa de decirle que la había engañado con otra mujer en el mismo lecho de la pareja. Durante la entrevista la paciente pareció colaboradora aunque carente de afectos, y además cada tanto tenía eructos por los que pedía disculpas. Como hemos dicho, la entrevista fue analizada por 7 equipos de investigadores, todos los cuales apelaron a metodologías más bien cualitativas. Dichos trabajos fueron publicados en el ya mencionado número de *Psychotherapy Research*, de 1994. Elegimos realizar la comparación con los estudios de dicho número porque los autores tomaban en cuenta, como el ADL, deseos y defensas, combinación que no es fácil de encontrar en otras investigaciones clínicas. Por nuestra parte, analizamos la entrevista y publicamos el resultado de nuestro estudio antes de iniciar la comparación con los resultados de los otros 7 equipos. Apelamos a un enfoque cualitativo, igual que el de los otros 7 equipos. Al analizar los resultados de estos otros 7 trabajos, advertimos que varios solo tomaban fragmentos pequeños de la entrevista, o bien realizaban estudios muy restringidos en cuanto al marco conceptual. De modo que nos quedamos con 4 de los estudios que comparamos de a uno con los resultados del ADL. Cada trabajo tenía un análisis del material y luego una síntesis del propio análisis. En el primer estudio, comparando los resultados de la aplicación del ADL con los de cada uno de los trabajos, recurrimos a las síntesis finales de cada uno de dichos trabajos. Luego comparamos los resultados de los 7 estudios juntos (tipo rashomón) con los del ADL. Como advertimos que los análisis de los trabajos con los que comparábamos los trabajos era más rica que las síntesis, comparamos dichas síntesis con los resultados de la aplicación del ADL. Para realizar una y otra comparación debimos "traducir" los resultados de los otros estudios a los conceptos del ADL, en términos de deseos y defensas y su estado. El primer tipo de comparación (entre cada trabajo y el estudio con el ADL) resultó poco fructífero. Solo tres de los estudios (Rosenberg et al, M. Horowitz, Perry) parecían suficientemente ricos y complejos como para establecer una comparación. En cambio, la segunda comparación (el ADL contrastado con los resultados de los otros trabajos reunidos) mostró coincidencias mayores. Prácticamente, la suma de todos los otros trabajos coincidía con el enfoque global del ADL. Sin embargo, de este modo no podíamos tener claridad en cuanto a qué privilegiaba cada uno de estos estudios en cuanto a pulsiones y defensas. En consecuencia, nos quedamos con dos de los estudios, que tenían mayor complejidad en los análisis y los resultados. Sin embargo, estos resultados resultaban contrastantes. Mientras que uno de ellos (Rosenberg et. al, 1994) privilegiaba los aspectos más regresivos de la paciente y desconocía la importancia de los deseos y las defensas más funcionales, el otro (Perry, 1994) daba preeminencia a sectores menos regresivos de la paciente y a los deseos y las defensas funcionales. Concluimos que nuestro estudio coincidía con el de Perry en cuanto a captar matices similares en cuanto a deseos y defensas, pero coincidía con el de Rosenberg et al en cuanto a privilegiar en el conjunto el peso de los componentes más regresivos. En suma, la prueba de validez convergente mostró que el ADL es sensible a captar los matices diferenciales respecto de las pulsiones y las defensas de la paciente así como el peso que tenían ciertos aspectos

funcionales y patógenos en el conjunto. Pudimos concluir que se daban diferencias moderadas entre los demás resultados y el nuestro (Maldavsky, D., 2009d).

En cambio, la segunda prueba de validez convergente compara ya resultados de investigaciones con una resolución cuantitativa, estadística. Es conveniente aclarar este punto. El solo hecho de mencionar "estadística" suele levantar resistencias en quienes practican la clínica psicoanalítica, e inclusive en quienes prefieren el terreno teórico. Ciertamente, es conveniente estar alerta respecto de la aparente contundencia de algunos estudios cuantitativos que muestran no lo nuclear de los deseos y las defensas de un paciente sino las manifestaciones periféricas, resistenciales. Ello nos llevó a proponer una puntuación diferencial para determinados momentos claves, de alto valor significativo en los estudios diagnósticos, como ser, en el nivel del relato, la narración del estado del paciente al concurrir a la entrevista, o el motivo de consulta, y, en el nivel de las escenas desplegadas durante la entrevista misma, cuando responde a las intervenciones centrales del terapeuta, o el final de la hora, así como los componentes paraverbales (risas, suspiros, llanto, languidecimiento sonoro, gritos, bostezos). Además, dedicamos estudios complementarios (una especie de prueba de validez convergente entre dos modos de investigar con el ADL, la cualitativa y la estadística) a comparar los resultados de nuestras investigaciones cualitativas de los casos con los resultados de nuestras investigaciones estadísticas, y llegamos a la conclusión de que, en algunas ocasiones, el resultado estadístico permite refinar aún más los resultados de la investigación cualitativa y le da mayor precisión a los asertos cualitativos, que son siempre algo más difusos; a su vez, la investigación cualitativa permite interpretar los resultados estadísticos al organizar el conjunto en términos de las corrientes psíquicas copresentes (Maldavsky, D., 2008e, 2009a).

Hecha esta salvedad, volvamos a nuestro segundo testeo. En esta ocasión comparamos un caso que nos envió gentilmente J.C. Perry y que había ya estudiado con el DMRS con un enfoque cualitativo y otro cuantitativo. Para el DMRS, ambos enfoques, cualitativo y cuantitativo, tienen una resolución estadística. El método estudia solo defensas, y no deseos. En la entrevista enviada por Perry, el paciente (Cátulo) describió una tentativa suicida, una adicción severa, de la cual decía haberse recuperado, y estallidos de violencia, además de un reciente fracaso en un vínculo de pareja, motivo de la consulta. Durante la entrevista misma el paciente osciló entre lamentarse por el abandono, accesos de furia, sobre todo contra su padre y un posible novio que quizá tuviera la mujer que lo había abandonado, un llanto angustiado y catártico por temor a volverse loco, momentos en que exhibía recursos irónicos, y otras escenas en que podía relatar e inclusive pensar sobre sus problemas o en que manifestaba su angustia por no poder recordar ciertos episodios importantes de su vida. Hacia el final de la hora prevaleció un rasgo irónico. Para comparar ambos resultados, primero debimos tratar de hallar equivalencias entre las categorizaciones de las defensas de uno y otro método. Concluimos que existen coincidencias solo parciales en cuanto a los clusters de las defensas. El DMRS distingue entre dos tipos de defensas neuróticas, donde el ADL distingue solo una, y del mismo modo el DMRS diferencia varias defensas que podrían corresponder a las patologías narcisistas no psicóticas, donde el ADL solo diferencia una. Pero al mismo tiempo el ADL distingue un grupo de defensas propias de las neurosis de carácter, y otra para las psicosis, mientras que el DMRS no propone nada al respecto. También se nos hizo necesario comparar los respectivos procedimientos empleados en la investigación. Sobre todo nos resultó importante el hecho de que, mientras el DMRS investiga todas las defensas en un mismo nivel, que reúne relatos y escenas desplegadas en la entrevista, el ADL distingue entre ambos niveles, y puntúa como más importantes los resultados de los análisis de las escenas desplegadas en la entrevista que los resultados de los análisis de relatos de los episodios extrasesión. He aquí el panorama de las defensas que detectó el DMRS en su versión más completa (cuantitativa) (Tabla III):

Tabla III: Defensas (nivel cuantitativo) según el DMRS

Defensas nivel cuantitativo	Nº	%
Maduras	6	8
Obsesivas	5	6.67
Neuróticas de otro tipo	25	33.33
Narcisistas	5	6.67
Desmentida	8	10.67
Borderline	2	2.67
Acción	24	32
TOTAL	75	100

En su versión cualitativa el DMRS detectó 24 defensas (Tabla IV).

Tabla IV: Defensas (nivel cualitativo) según el DMRS

Defensas nivel cualitativo	Nº	%
Maduras	3	12.5
Obsesivas	1	4.17
Neuróticas de otro tipo	8	33.33
Narcisistas	2	8.33
Desmentida	3	12.5
Borderline	1	4.17
Acción	6	25
TOTAL	24	100

En cuanto al estudio de los deseos y las defensas con el ADL dio dos resoluciones estadísticas, una para los relatos y otra para las escenas desplegadas (Tablas V y VI).

Tabla V: Deseos y defensas (relato) según el ADL

	%
LI desestimación del afecto	21,48
A2 represión	17,59
FU represión+rasgos caracterológicos	14,77
O2 desmentida	5,82
A2 acorde a fines	13,20
A1 acorde a fines	7,08
LI acorde a fines	5,02
A1 desestimación de la realidad y la instancia paterna	4,06
O2 acorde a fines	3,39
O1 desmentida	3,05
A1 desmentida	1,62
FG acorde a fines	1,43
A2 represión+rasgos caracterológicos	0,77
FU acorde a fines	0,72
TOTAL	100

Tabla VI: Deseos y defensas (escenas desplegadas) según el ADL

%

A2 acorde a fines	47,31
LI desestimación del afecto	19,20
A2 represión+rasgos caracterológicos	13,79
A1 desmentida	8,15
O2 desmentida	5,10
FG represión+rasgos caracterológicos	3,10
O2 acorde a fines	2,94
A2 represión	0,41
	100
TOTAL	

Estos resultados pueden reunirse para conformar una unidad, para el cual no hay diferencias entre estos dos niveles de análisis (Tabla VII):

Tabla VII: Deseos y defensas (escenas relatadas y desplegadas) según el ADL

	%
A2 acorde a fines	34,93
LI desestimación del afecto	20,03
A2 represión+rasgos caracterológicos	9,05
A2 represión	6,65
A1 desmentida	5,77
FU represión+rasgos caracterológicos	5,37
O2 desmentida	5,36
O2 acorde a fines	3,10
A1 acorde a fines	2,58
FG y represión+rasgos caracterológicos	1,98
LI acorde a fines	1,82
A1 desestimación de la realidad y la instancia paterna	1,47
O1 desmentida	1,10
FG acorde a fines	0,52
FU acorde a fines	0,27
	100
TOTAL	

Una simplificación mayor conduce a tomar en cuenta solo las defensas en el relato (Tabla VIII), en las escenas desplegadas (Tabla IX) y en ambos niveles de manera conjunta (Tabla X).

Tabla VIII: Defensas en el relato según el ADL

	%
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
	100
TOTAL	

Tabla IX: Defensas en las escenas desplegadas según el ADL

	%
Acorde a fines	50.26

Desestimación del afecto	19.20
Represión+rasgos caracterológicos	16.88
Desmentida	13.24
Represión	0.42
TOTAL	100

TOTAL
Finalmente, he aquí el resultado de la combinación entre ambos estudios (en los relatos y las escenas desplegadas) de las defensas con el ADL (Tabla X)

Tabla X: Defensas en relatos y escenas desplegadas según el ADL:

Defensa	%
Acorde a fines	43,21
Desestimación del afecto	20,03
Represión+rasgos caracterológicos	16,39
Desmentida	12,24
Represión	6,65
Desestimación de la realidad y la instancia paterna	1,48
TOTAL	100

En cuanto al análisis cualitativo con el ADL, consistió en describir diferentes fragmentos psíquicos copresentes en el paciente. Uno de ellos es funcional, acorde a fines, otro es psicótico, y un tercero está compuesto en verdad por varios sectores: uno neurótico, otro, centrado en

rasgos caracterológicos histéricos, fóbicos y obsesivos, y un tercero, de tipo narcisista no psicótico. El sector funcional y la combinación entre varios sectores parecen aliarse para neutralizar la emergencia del componente psicótico, el cual se hace presente sobre todo en los momentos de estallido de violencia y la tentativa suicida. Cuando dicho componente no se vuelve dominante, entonces se da una combinación entre los sectores restantes (el funcional y las otras corrientes psíquicas patógenas, no psicóticas), que cobran preeminencia de manera alternante. En el momento del estallido psicótico, en el paciente se daba una combinación entre la vivencia de quedar atrapado en las mentiras ajenas (en cuyo caso predominaba la combinación entre O1 y desestimación fracasada de la realidad y la instancia paterna) y la violencia vindicativa (en cuyo caso predominaba el compuesto entre A1 y desestimación exitosa de la realidad y la instancia paterna). A ello se agregaban, como complemento, la urgencia catártica satisfecha (LI y desestimación exitosa del afecto) y el olvido de los hechos (A2 y represión exitosa). En el presente de la entrevista, el paciente estaba menos asediado por protegerse de estos estallidos psicóticos, por lo cual predominaba la combinación antes mencionada entre una corriente psíquica acorde a fines y diferentes corrientes psíquicas patógenas no psicóticas.

Es hora de comparar los resultados de la aplicación de ambos métodos. El resultado de los análisis cuantitativos con el DMRS consiste en que el paciente se ubica en un grado intermedio de severidad clínica.. Para ser más precisos, el DMRS detecta sobre todo defensas neuróticas no obsesivas sino de otro tipo y acting out. En tercer lugar, con bastante diferencia en cuanto al porcentaje, se halla la desmentida. Las defensas maduras tienen una relevancia solo relativa. En cuanto al ADL, su análisis estadístico da preeminencia a la desestimación del afecto y a la represión+rasgos caracterológicos y relega a un tercer lugar, algo más distante, a la desmentida. La defensa funcional, acorde a fines, tiene mucha relevancia. Además, los resultados de la aplicación del ADL en los dos niveles de análisis (relatos y escenas desplegadas en la entrevista) muestran que, en el presente, el paciente tenía una organización psíquica dominante que era más benigna de la que había tenido en otros momentos de su historia. Se advierte también que los resultados de la aplicación del DMRS y del ADL son afines. Las diferencias mayores derivan de que, mientras que el DMRS destaca la importancia de otras defensas neuróticas (no obsesivas), el ADL presta atención a la represión+rasgos caracterológicos. Como el DMRS no cuenta con equivalentes de estas defensas, podemos presumir que algunos de los resultados del estudio de Perry podrían corresponder en realidad a este otro grupo de mecanismos. La segunda diferencia se da en cuanto a las defensas funcionales, que el ADL destaca con mayor peso que el DMRS. La diferencia entre los resultados referidos al peso adjudicado por uno y otro método respecto de las defensas funcionales parece depender de los procedimientos de investigación seguidos por el DMRS y por el ADL. El DMRS puntúa como equiparables todos los episodios que analiza, mientras que el ADL puntúa con un valor diferenciado los relatos y las escenas desplegadas durante la entrevista, y les adjudica a estas últimas un valor más alto que a los episodios narrados. El argumento que justifica esta decisión es que la entrevista permite detectar el estado actual del paciente, que resulta de gran importancia en todo diagnóstico. Del mismo modo, entre los relatos, el ADL adjudica un puntaje diferenciado a los episodios del pasado y a los inmediatamente anteriores a la entrevista en curso, que permiten estudiar cómo llega el paciente a la consulta. El argumento para tomar esta decisión es similar y complementario del argumento antes mencionado, referido al puntaje mayor para la entrevista. La valoración de los episodios que permiten inferir el estado del paciente al concurrir a la consulta es, en efecto, complementaria de la valoración de las escenas desplegadas en la entrevista. Pues bien, en el caso de la entrevista a Cátulo, los episodios inmediatamente anteriores a la entrevista, así como las escenas desplegadas durante la entrevista, muestran un funcionamiento psíquico del paciente con defensas menos patógenas que el estado que se infiere a partir de otros episodios de los relatos sobre situaciones precedentes. Esta preeminencia dada a los estados recientes del

paciente tiene sus consecuencias en la evaluación final del caso con el ADL, y explica la diferencia con el DMRS en cuanto a la valoración de las defensas funcionales. De todos modos, ambos métodos coinciden en ubicar al paciente en un grado intermedio de severidad clínica. Más allá de las afinidades y diferencias parciales ya comentadas, existen otras diferencias entre los métodos. Ello se advierte sobre todo cuando se comparan los resultados cualitativos de la aplicación del DMRS y del ADL. Mientras que el estudio cualitativo con el DMRS coincide en buena medida con el resultado de su estudio cuantitativo, el del ADL incluye dos conceptos adicionales: el deseo y el estado de la defensa. La importancia de estos dos conceptos se advierte, por ejemplo, cuando el ADL se centra en el estudio del momento del estallido de violencia, y destaca que en ese momento están presentes dos versiones de la desestimación de la realidad y la instancia paterna (es decir, una defensa propia de las psicosis), una de ellas (combinada con A1) exitosa y la otra (combinada con O1) fracasada. En verdad, el estallido de violencia parece derivado de que paciente se siente atrapado en las mentiras ajenas (O1 y desestimación de la realidad y la instancia paterna fracasada), y ante ello reacciona con un estallido de furia vengativa (A1 y desestimación de la realidad y la instancia paterna exitosa). Además, este enfoque cualitativo con el ADL no presenta un corte sincrónico del paciente sino que incluye la diacronía, las transformaciones en los procesos psíquicos del paciente, al pasar desde la prevalencia de un conjunto de defensas hasta el predominio de otro. Igualmente, puede incluir también el estudio de las intervenciones del entrevistador y el vínculo entre este y el paciente. Sin embargo, esta fineza en la captación de matices que posee el ADL insume un mucho mayor costo de tiempo y esfuerzo de elaboración que el empleo del DMRS, el cual resulta un instrumento de más fácil implementación. De modo que uno u otro método puede resultar de utilidad según el proyecto de investigación que se desee desarrollar. Los enfoques estadísticos conducen a realizar un diagnóstico sincrónico que es menos apto para dar cuenta de la dinámica psíquica en la entrevista y en otros momentos de la vida del paciente, pero que resulta más útil para realizar comparaciones entre casos. En cambio, el diagnóstico cualitativo con el ADL puede rendir mejores frutos en los estudios clínicos de los diferentes momentos de una entrevista o de los estados cambiantes en la vida cotidiana del paciente. Igualmente, este enfoque cualitativo permite estudiar el efecto de las intervenciones del entrevistador sobre el paciente, así como la dinámica intersubjetiva entre ambos. Si además nos interesa estudiar los cambios clínicos de un paciente pueden resultar de utilidad los estudios cuantitativos con el ADL, sobre todo los más sofisticados, que permiten focalizar no solo en las defensas sino en su estado así como en el deseo que se combina con ellas (Maldavsky, D., 2009c, Maldavsky, D., et al., 2009)

Breve comentario sobre el uso del ADL en las investigaciones clínicas y los avances instrumentales en curso

Hemos empleado la mayor parte de estas páginas para relatar la historia de la creación del algoritmo David Liberman y para describir las pruebas de validez. Hemos realizado también numerosas pruebas de confiabilidad, de las que no podemos informar en estas páginas. Preferimos referirnos brevemente a las aplicaciones del ADL en las investigaciones clínicas. En las páginas precedentes se habrá podido apreciar la utilidad del ADL en estudios diagnósticos complejos, como los de Mrs. Smitthfield y Cátulo. También se habrá advertido el empleo del método para investigar cambio clínico positivo y negativo, sobre todo al tomar en cuenta las modificaciones en cuanto a las defensas y/o su estado. Igualmente, se habrá notado que el ADL

permite realizar estudios desde la perspectiva de la intersubjetividad, por ejemplo al investigar la contratransferencia. Asimismo, ejemplificamos cómo es posible estudiar con el ADL un tratamiento extenso, de alrededor de 4 años de duración. Otros estudios, más finos, se centran en la investigación del trabajo de sintonía del terapeuta con el paciente en la primera sesión y su relación con el mecanismo de la creatividad (Maldavsky, D., 2009d). También estudiamos problemas clínicos de alta incidencia social, como los de los pacientes violentos (Maldavsky, D., 2009d), o las discapacidades, entre ellas las afasias (Maldavsky, D., et al., 2007b, 2007c, 2007d). Tres de los libros dedicados al ADL (Maldavsky, D., 2000, 2005, 2007a) contienen numerosos análisis clínicos con diferentes diseños, entre los cuales incluimos también fragmentos de las Memorias de Schreber y otros casos muy estudiados en la literatura psicodinámica reciente.

Entre los avances en curso, figuran el refinamiento del instrumento para el estudio de los componentes paraverbales, un rediseño de los instrumentos para el análisis de los deseos en los relatos, así como el recurso a modernos recursos informáticos que pueden combinarse con las diferentes propuestas de análisis de relatos, actos del habla y palabras.

Entre los avances en curso, figuran el refinamiento del instrumento para el estudio de los componentes paraverbales, un rediseño de los instrumentos para el análisis de los deseos en los relatos, así como el recurso a modernos recursos informáticos que pueden combinarse con las diferentes propuestas de análisis de relatos, actos del habla y palabras.

Gráfico 1 – Distribución por franja etaria del total de la muestra y por sexo

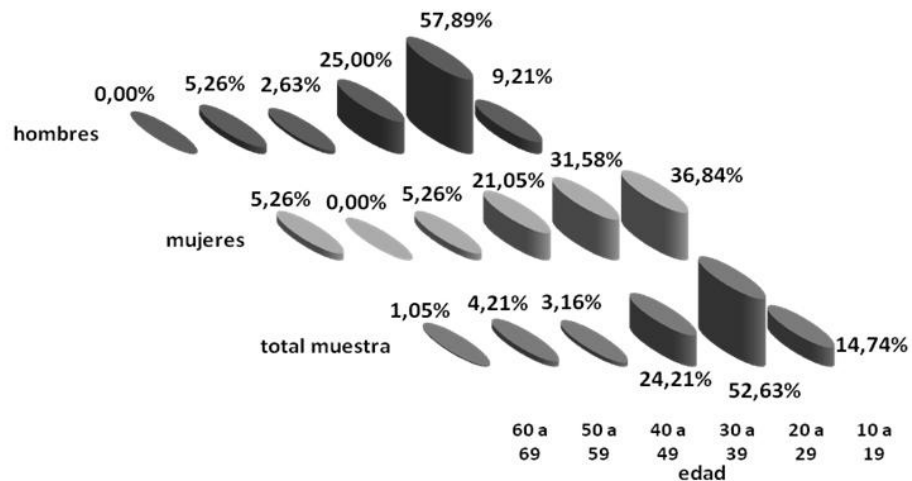


Tabla 1 – Último nivel de instrucción alcanzado

nivel de formación	mujeres	hombres	total muestra
primaria	0,0%	10,5%	8,4%
secundaria	89,5%	63,2%	68,4%
utu	0,0%	7,9%	6,3%
terciaria	0,0%	2,6%	2,1%
sin registro	10,5%	15,8%	14,7%

Gráfico 2 – I.A.E. en total de la muestra

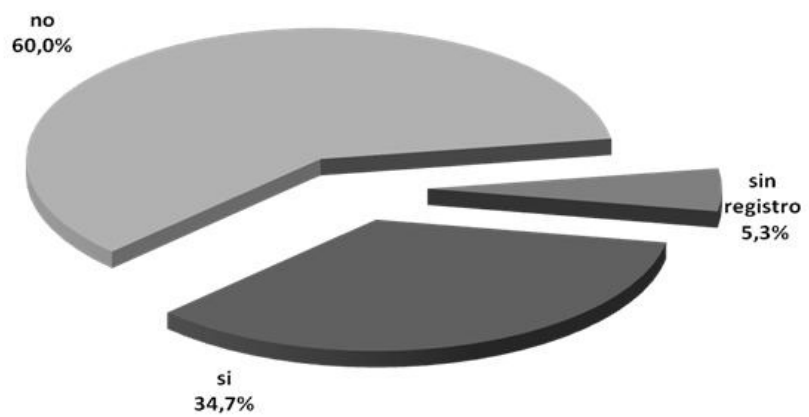


Gráfico 3 – Tipo de consumo según DSM IV en el total de la muestra y por sexo.

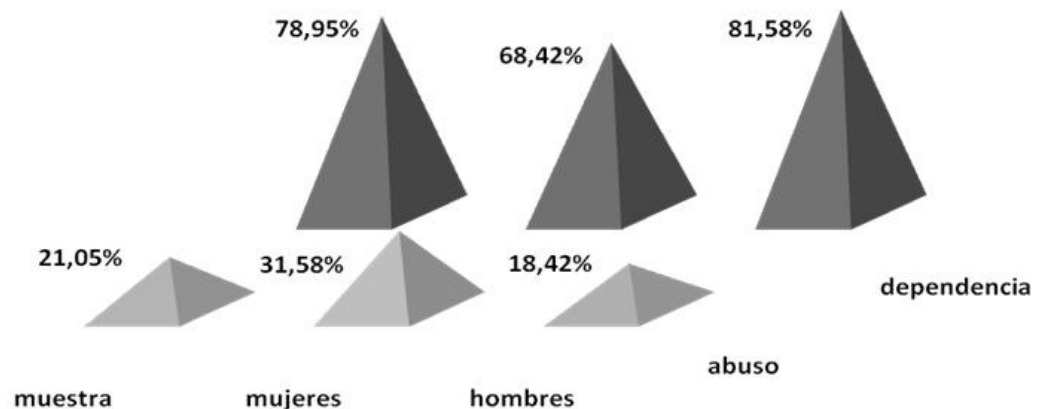
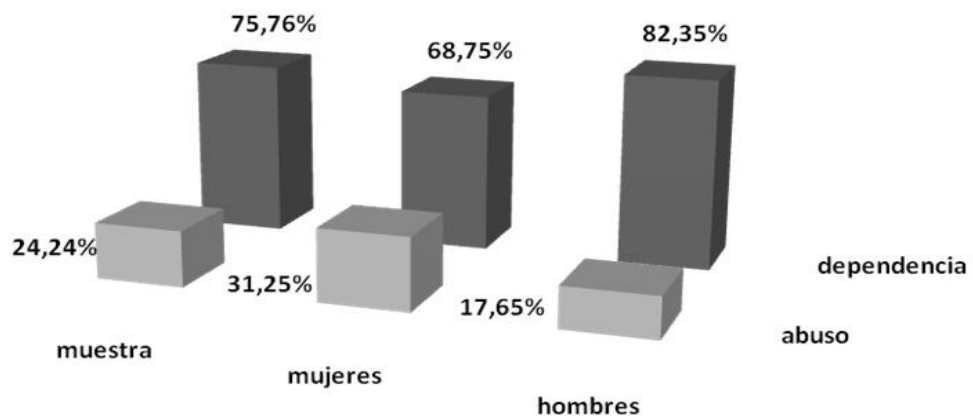


Tabla 2 – Número de I.A.E. en el total de pacientes con I.A.E.

<i>cantidad de i.a.e.</i>	<i>cantidad de pacientes</i>	<i>porcentaje</i>
1	10	30,3%
2	10	30,3%
3	7	21,2%
4	3	9,1%
7	1	3,0%
10	1	3,0%
s/r	1	3,0%
<i>total</i>	33	100,0%

Gráfico 4 – Tipo de consumo según DSM IV en pacientes con I.A.E. y según el sexo



Bibliografía

Bodni, O. (1999) Angustia de castración generacional y sentimiento de intrascendencia, *Revista de Psicoanálisis*, LVI, 3.

Freud, S. (1905d) Tres ensayos de teoría sexual, en *AE*, vol. 7.

(1940a) Esquema del psicoanálisis, en *AE*, vol. 23.

Horowitz, M. (1994) "Configurational Analysis and the Use of Role-Relationship Models to Understand Transference", *Psychotherapy Research*, 4, N. 3-4, 1994.

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

(2005) Un diccionario computarizado para la investigación del discurso desde la perspectiva psicoanalítica, *Revista del Instituto de Investigaciones*, Vol. 10, N°1, pp.

(2008a) 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*, UBA, pp. 79-116

(2008b) Testeos de validez pre y posdictiva del algoritmo David Liberman (ADL), *Revista Acta Psiquiátrica*, en prensa.

(2008c) Testeos de validez convergente, de validez de constructo y de validez externa del algoritmo David Liberman (ADL), enviado.

(2008d) Testeos de validez convergente del algoritmo David Liberman (ADL), por publicarse en la *Revista del Instituto de Investigaciones*, UBA.

(2008e) Un estudio de validez convergente de los resultados de la investigación con el ADL y de su reelaboración estadística, Depsicoterapia, en prensa.

(2009a) Una prueba de validez convergente entre la investigación cualitativa y la investigación cuantitativa empleando el ADL, enviado.

(2009b) Diagnóstico de un paciente con una adicción, una tentativa suicida y estallidos graves de violencia. Una aplicación del algoritmo David Liberman (ADL) a una entrevista clínica, Subjetividad y procesos cognitivos, en prensa.

(2009c) Una prueba de validez convergente entre el DMRS y el ADL, enviado.

(2009d) The therapist's achievements and difficulties in the attunement to the patient during the first session, enviado.

(2009e) Wishes and Defenses in 12 Violent Patients, Meeting de la SPR, Chile 2009.

Maldavsky, D., et al., (2000) et. al., Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas, Nueva Vision, 2001.

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

Maldavsky, D., Tate de Stanley, C., Alvarez, L., Britti, A.M., Neves, N. y Roitman, C.R., Libidinal fixations and defenses in psoriasis illness: analysis of the discourse with DLA, SPR Meeting, Edimburgo, 2006.

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

Maldavsky, D., Cantis J., de Durán R. y García Grigera H., (2007b) Un caso de afasia estudiado con el algoritmo David Liberman (ADL), Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, sent.

Maldavsky, D., Cantis J., de Durán R. y García Grigera H, (2007c), Un caso de afasia con fluencia motriz y paraverbal, Summa Psicológica, Chile, sent.

Maldavsky D., Cantis J., de Durán R., García Grigera H., (2007d) Tres casos de afasia: investigación de las erogeneidades, las defensas y su estado con el algoritmo David Liberman (ADL). Subjetividad y procesos cognitivos, nº 10, pp. 79-138.

Maldavsky, D., et al., (2008a) 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, UBA, vol. (13), pp. 79-116.

(2008b) Intersubjective traps during a session of a couple psychotherapy, Meeting de la SPR, Barcelona 2008.

(2009) Two convergent validity tests of the David Liberman algorithm (DLA), Meeting de la SPR, Chile 2009.

Perry, C. (1994) "Assessing Psychodynamic Patterns Using the Idiographic Conflict Formulation Method", Psychotherapy Research, 4, N. 3-4, 1994.

Rosenberg, S., et al., (1994) The consensual response psychodynamic formulation: Part 2: Application to case of Ms. Smithfield, Psychotherapy Research, Vol. 4, nº 3-4, 1994