

(2008d) El enfoque clínico freudiano, la investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL) y el empleo de la estadística: un ensayo preliminar, *Depsicoterapia*, 22 de marzo de 2009.

El enfoque clínico freudiano, la investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL) y el empleo de la estadística: un ensayo preliminar

David Maldavsky

En este trabajo pretendemos proponer el uso de la estadística como un auxiliar en la investigación sistemática de base freudiana empleando el algoritmo David Liberman (ADL). Lo hemos dividido en seis partes. En la primera parte describiremos el camino recorrido en cuanto a la investigación sistemática con un fundamento en los conceptos freudianos así como nuestra propuesta general referida al uso del recurso estadístico, en la segunda mencionaremos algunos de nuestros empleos previos de dichos recursos estadísticos en investigaciones sistemáticas, en la tercera propondremos un modo más complejo de recurrir a la estadística en nuestras investigaciones, en la cuarta expondremos nuestro criterio para asignar puntajes a las diferentes escenas, en la quinta nos referiremos a los puntajes generales y específicos para las escenas, y en la sexta, por fin, discutiremos nuestra propuesta.

El enfoque clínico freudiano, la investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL) y el empleo de la estadística: un ensayo preliminar



22/03/2009 - Por: **David Maldavsky**

Introducción

En este trabajo pretendemos proponer el uso de la estadística como un auxiliar en la investigación sistemática de base freudiana empleando el algoritmo David Liberman (ADL). Lo hemos dividido en seis partes. En la primera parte describiremos el camino recorrido en cuanto a la investigación sistemática con un fundamento en los conceptos freudianos así como nuestra propuesta general referida al uso del recurso estadístico, en la segunda mencionaremos algunos de nuestros empleos previos de dichos recursos estadísticos en investigaciones sistemáticas, en la tercera propondremos un modo más complejo de recurrir a la estadística en nuestras investigaciones, en la cuarta expondremos nuestro criterio para asignar puntajes a las diferentes escenas, en la quinta nos referiremos a los puntajes generales y específicos para las escenas, y en la sexta, por fin, discutiremos nuestra propuesta.

I. El desarrollo de la investigación clínica con el ADL y el recurso a la estadística

A lo largo de los años hemos intentado, en primer lugar, establecer cuáles son los conceptos fundamentales que Freud emplea para estudiar diferentes problemas, psicosociales y clínicos, en segundo lugar, examinar con detalle cada uno de dichos conceptos y, en tercer lugar, aplicarlos al estudio de diferentes problemas clínicos y psicosociales incluyendo las manifestaciones artísticas y literarias (Maldavsky, D., 1968, 1976, 1980, 1986, 1990, 1992, 1993, 1995a, 1995b, 1997, 1998, 1999, 2001, 2002; Maldavsky et al., 2001). Consideramos que los dos grandes conceptos a los que Freud apela para dar cuenta de la significación de las diferentes manifestaciones son pulsión y defensa, así como su estado. Habiendo llegado a este punto, nos dedicamos a desarrollar un método basado en los conceptos freudianos y que pretende replicar de manera consciente los procesos que desarrolla inadvertidamente un psicoanalista cuando encara el estudio de una manifestación clínica o psicosocial (Maldavsky, D., 2003; Maldavsky et al., 2005, 2007). Hemos denominado al método algoritmo David Liberman (ADL), en homenaje a nuestro generoso maestro, que fue pionero en el desarrollo de la investigación sistemática con un fundamento psicoanalítico. El método permite detectar las pulsiones y las defensas y su estado en las manifestaciones de diferente tipo, para lo cual cuenta con diferentes instrumentos. Globalmente hablando, el método pretende investigar estos dos conceptos en las escenas, las cuales pueden ser narradas o desplegadas al hablar. Además, desarrollamos pruebas de validez predictiva y convergente, así como pruebas de confiabilidad interjueces, cuyos resultados fueron satisfactorios (Maldavsky 2008a, 2008b). Hemos publicado varios libros y trabajos en revistas con referato sobre la descripción y la aplicación del ADL a diferentes campos, especialmente la clínica, y además se han desarrollado diferentes tesis de maestría o de doctorado que aplicaron alguno o

varios de sus instrumentos. Asimismo, otros autores apelan al ADL en sus trabajos publicados en revistas de diferente tipo, y existen otras muchas investigaciones en curso. Este es el punto en que nos hallamos en este momento. Por ello creemos conveniente dar un nuevo paso, más ambicioso, referido al empleo de los recursos estadísticos. Como se advierte, consideramos que no es conveniente empezar a discutir sobre cuestiones de estadística en psicoanálisis sino aguardar para encarar el tema a partir de estudios ya realizados. Y consideramos que, en relación con el ADL ha llegado ese momento. Para encarar el problema del valor de la estadística como auxiliar en la investigación clínica sistemática con el ADL es conveniente dar a nuestra propuesta un marco general. Los estudios con el ADL suelen arrojar resultados multivariados, sea al tomar en cuenta un mismo nivel de análisis, sea al tomar en cuenta las combinaciones entre varios de ellos. En consecuencia, es posible advertir que en un paciente coexisten varias pulsiones, varias defensas así como diferentes estados de estas. En consecuencia, si se pretende armonizar este conjunto, se hace necesario decidir qué es lo dominante y encontrar un criterio para justificar la decisión. Freud advirtió un problema similar y empleó una metáfora proveniente de los análisis químicos para aludir al tema: diferentes sustancias tienen la misma composición, y la diferencia no se halla en qué es lo que compone a cada una de ellas sino más bien en la combinación específica entre los elementos y su distribución. Algo semejante se encuentra en la propuesta referida al ADN en los estudios recientes. Llevado esto a nuestro terreno de reflexiones, podemos decir que en diferentes pacientes podemos hallar algunos fragmentos en que predomina la desmentida, otros en que predomina la creatividad, o la represión, y que el problema es más bien saber si la creatividad queda al servicio de la desmentida o a la inversa. Del mismo modo, advertimos que en varios pacientes la desmentida es la defensa dominante, y que a veces esta es exitosa y en otros momentos fracasa, y puede resultar decisivo saber cuál de estos dos estados de la defensa predomina, ya que este hecho es orientador respecto de la mayor o menor seriedad clínica de cada caso. Aplicando los instrumentos del ADL podemos detectar de manera sistemática qué pulsión, qué defensa y qué estado de esta predomina en diferentes sectores de una sesión. Suele ocurrir que entonces se adviertan varias pulsiones y defensas, con mayor o menor importancia. Siendo un problema de distribuciones y proporciones, se infiere que estos estudios pueden traducirse en términos estadísticos. En tal caso, podemos decir que en tal paciente existe un 30 % de desmentida y un 22% de creatividad, etc. Pero esta diferencia estadística, que llevaría a concluir que la desmentida predomina sobre la creatividad, puede ser engañosa y no reflejar los hechos clínicos. En efecto, estos números expresan sobre todo la frecuencia en que predomina una u otra defensa, y la experiencia clínica revela que a veces lo más insistente puede ser expresión de una apariencia que impide acceder a sectores nucleares del caso. Así ocurre a menudo con pacientes que presentan numerosos rasgos histriónicos, hiperordenados o actuadores, los cuales a su vez pueden encubrir otros componentes psíquicos nucleares, que se hacen evidentes solo en muy contadas ocasiones. En consecuencia, más que dejarse guiar siempre por los resultados basados en la frecuencia, consideramos conveniente compatibilizar dichos resultados con otros, que privilegian sectores nucleares de un paciente, lo cual, a su vez, requiere contar con un criterio para decidir cuáles son dichos sectores nucleares y cuál es su peso en cuanto a la estadística. Este es el marco de nuestra propuesta de recurrir a la estadística para expresar los resultados de nuestras investigaciones que pretenden al mismo tiempo atenerse a la conceptualización freudiana. Cabe agregar que el hecho de intentar llevar un caso a una fórmula (o varias de ellas) basada en porcentajes suele estar sostenido en un intento de establecer comparaciones, de mostrar proporciones entre elementos. Estos elementos pueden corresponder al mismo paciente, por ejemplo la comparación entre dos sesiones, o entre una escena que el paciente relata y otra que desarrolla en la sesión, entre el comienzo y el final de la sesión, entre las respuestas del paciente ante intervenciones clínicas pertinentes y no pertinentes, o entre las pulsiones que se combinan en un mismo o varios fragmentos. También pueden establecerse comparaciones entre casos, considerando sea algunos fragmentos, sea períodos extensos. Igualmente, puede compararse un caso o una sesión, etc., con una medida estándar de normalidad o patología, etc.

II. Comparaciones entre resultados del análisis con el ADL

En este apartado discutiremos tres tipos de resoluciones estadísticas a las que hemos apelado hasta ahora para encarar problemas diferentes en cuanto a las comparaciones entre los resultados de las aplicaciones de los instrumentos del ADL.

1. Compatibilización entre los resultados de la aplicación de diferentes instrumentos del ADL al mismo material. El problema de las comparaciones entre resultados de las aplicaciones de los instrumentos del ADL surgió desde el comienzo del desarrollo del método. En un comienzo el problema se presentó al comparar los resultados de los análisis de los relatos y los estudios de las palabras con el programa computarizado (Maldavsky, D., 2001, Maldavsky et al., 2000). Luego se agregó el problema de comparar estos dos resultados y los estudios de actos del habla, a los cuales casi en seguida sumamos los análisis de los componentes paraverbales y, en menor escala, las investigaciones de los desempeños motrices (Maldavsky, D., 2003; Maldavsky et al., 2005, 2007). En consecuencia, se hacía necesario armonizar los resultados derivados de la aplicación de diferentes instrumentos y que enfocaban sectores disímiles de la misma muestra. Para ello apelamos al concepto de corrientes psíquicas coexistentes, en que alguna prevalece sobre las demás. En cada ocasión, ante las divergencias entre los resultados referidos a las pulsiones, las defensas y su estado, es necesario hallar criterios para decidir cuál es el sector prevalente (Maldavsky, D., 2003; Maldavsky et al., 2005, 2007). Es decir, en estas situaciones nos interesa hallar un camino para compatibilizar resultados divergentes. Un ejemplo de esta aplicación de diferentes instrumentos del ADL a una muestra es el análisis del material clínico de un niño que relataba algunas escenas, al tiempo que desplegaba otras verbalmente y un tercer grupo de escenas con la motricidad. A su vez, como

esta motricidad tenía un componente histriónico, dramático, y por lo tanto constituía también una forma de narrar una escena mimicamente, nos fue necesario considerar no solo la escena desplegada (dramatización) sino la escena narrada mediante la mimesis. Así que nos vimos llevados a compatibilizar los resultados de los análisis de cuatro escenas, dos narradas (una con palabras y otra con la mimesis) y dos desplegadas (una con palabras y la otra consistente en la dramatización). En otras ocasiones se nos hizo necesario comparar las escenas relatadas, las escenas desplegadas al hablar y las que se expresan mediante los componentes paraverbales. En tales casos, advertimos que pueden darse concordancias o diferencias entre estos análisis, y que, cuando se dan divergencias, a veces el resultado del estudio de los componentes paraverbales puede coincidir con el de los relatos pero no con el de las frases o a la inversa, o puede diferir de ambos, así como puede coincidir por momentos con el de los relatos y luego con el de las frases, etc. (Maldavsky et al., 2005). Este tipo de problema, y sobre todo su resolución, agregaron sin embargo algunas ventajas, conceptuales y metodológicas. La ventaja conceptual consiste sobre todo en que los estudios sistemáticos se volvieron tan finos como los análisis clínicos más cuidadosos, e inclusive más que ellos. La ventaja metodológica es que la existencia de resultados no idénticos pero habitualmente afines de la aplicación de diferentes instrumentos del ADL fortalecía los valores positivos en las pruebas de confiabilidad interna del método. En cuanto a la estadística en este tipo de estudios, la empleamos sobre todo en el análisis de las palabras, pero no llegamos a diseñar y realizar una investigación de los porcentajes en cuanto a los actos del habla y los relatos (Maldavsky., D., 2001; Maldavsky et al., 2007).

2. Estudio de una muestra compuesta por pacientes, terapeutas o binomios paciente-terapeuta diferentes.

Un segundo tipo de problema consiste en comparar ya no una muestra constituida por un mismo discurso al que se le aplican diferentes instrumentos del ADL sino una muestra compuesta por el discurso de varios terapeutas, o de pacientes, o diferentes vínculos paciente-terapeuta (Maldavsky, D., 2007). En esta ocasión ya no nos interesa armonizar resultados de la aplicación de diferentes instrumentos a un mismo discurso, sino establecer comparaciones entre pacientes, terapeutas, etc., y combinar estas comparaciones con otros estudios (por ejemplo, mayor o menos gravedad de la somatización, abandono-continuidad en el tratamiento, etc.). Es decir, también en este segundo tipo de investigación es necesario compatibilizar resultados, pero ya no para entender el funcionamiento psíquico de un paciente sino para entender las diferencias entre ellos respecto de determinado parámetro. A veces el problema de la comparación resulta relativamente fácil de resolver, ya que los pacientes evidencian diferencias marcadas en cuanto a la defensa patógena dominante o en cuanto a la defensa funcional. Pero otras veces es necesario extremar los recursos para describir las diferencias, ya que también en estas comparaciones entre pacientes, entre terapeutas, etc., pueden encontrarse similitudes globales en cuanto a las defensas centrales y diferencias en cuanto a los aspectos más finos, relativos 1) sea a otras defensas centrales que complementan a la hegemónica, 2) sea al estado de la defensa central, 3) sea a las defensas secundarias a la defensa central. Es decir que para responder a las exigencias de una mayor fineza en cuanto a la descripción de las diferencias entre casos es posible recurrir, por ejemplo, a estas tres alternativas: 1) que en uno de los casos la desmentida se combina con la creatividad mientras que en otro la desmentida se combina con la represión, todas ellas defensas centrales, 2) que en uno de los casos la desmentida es exitosa y en el otro es fracasada, o 3) que en uno de los casos la desmentida se combina con la escisión del yo mientras que en el otro se combina con la fragmentación intracanal, siendo la escisión y la fragmentación intracanal dos tipos diferentes de división del yo complementarias de la desmentida. Por ejemplo, un paciente que padecía una soriasis, narró en una sesión que había bebido unos vasos de vino, luego de lo cual se fue a dormir, como desmayado. Pudimos inferir que el paciente conservaba la misma defensa central, la desestimación del afecto, y que, al fracasar esta, el paciente recurrió a la incorporación y la fuga. Esto implicaba un cambio parcial en cuanto al sistema defensivo, ya que en un comienzo la misma defensa central, la desestimación del afecto, al fracasar, dio paso a la introyección orgánica, de donde derivó la afección psicósomática, mientras que en la ingesta de alcohol recién mencionada esta misma defensa central se combinó con la incorporación. Mientras que la introyección orgánica cae fuera del control del yo oficial, que no puede decidir acerca de ella, la incorporación implica precisamente una decisión de este yo, y por lo tanto esta última defensa muestra una menor inermidad psíquica que la primera. En este caso la estadística puede ser empleada para poner en evidencia, por ejemplo, el porcentaje de coincidencia en cuanto a las pulsiones y las defensas centrales en juego, así como su estado, y para mostrar cómo, en el nivel de las defensas complementarias, pueden apreciarse las diferencias relativas. Este esfuerzo por dar cuenta de las diferencias mayores y sobre todo de las diferencias finas resulta costoso pero se hace necesario cuando intentamos discutir acerca de afinidades y desemejanzas entre casos, así como acerca de la evaluación de los cambios en un caso. Una de las recompensas de este esfuerzo se da en cuanto a la claridad en las discusiones clínicas. La otra recompensa se da en el terreno metodológico, al otorgar al ADL un valor positivo en las pruebas de validez discriminante.

3. Estudio de una muestra compuesta por pacientes marcadamente semejantes.

En el estudio recién mencionado del paciente con soriasis es posible advertir lo necesario y lo complejo que resulta el intento de dar cuenta de las diferencias entre casos. A veces estos difieren en cuanto a las defensas centrales, en cuanto al estado, en cuanto a las defensas complementarias. Pero existen problemas aún más complejos, los que se advierten al intentar dar cuenta de lo común y sobre todo lo diferente entre los resultados del estudio de fragmentos distintos del mismo caso, así como de pacientes que tienen fuertes coincidencias en cuanto a sus rasgos. Si se trata de un mismo paciente, los distintos sectores estudiados pueden corresponder a la misma sesión o entrevista (por ejemplo, el comienzo y el final de la sesión, o las respuestas del paciente

cuando el terapeuta formula dos tipos de intervenciones correspondientes a estrategias clínicas diferentes) o a entrevistas o sesiones distantes una de otra. Entonces las diferencias entre las sesiones o fragmentos de ellos pueden consistir no tanto en que cambien las defensas o su estado, sino más bien en que alguna defensa patógena disminuye o aumenta su extensión y, complementariamente, alguna defensa funcional acrecienta o atenúa su influencia. La misma fineza en cuanto al enfoque de la investigación puede ser necesaria para estudiar una muestra compuesta por pacientes muy similares entre sí, inclusive en cuanto a sus defensas patógenas secundarias, y entre los cuales la mayor diferencia consiste en el grado de expansión de este conjunto de mecanismos a costa de sectores yoicos dominados por defensas funcionales. En una y otra ocasión no queda más remedio que establecer comparaciones cuantitativas. Por ejemplo, si se trata de un mismo paciente podemos advertir que, mientras que en una sesión tiene un estallido de violencia que le impide escuchar al terapeuta por el resto de la hora, en una sesión posterior su furia queda atenuada lo suficiente como para poder intercambiar a los pocos minutos con su terapeuta. Del mismo modo, si se trata de una comparación entre dos casos, podemos advertir que uno de los pacientes logra formular seis relatos sin que las autointerrupciones lo perturben, y sólo se ve entorpecido por dichas autointerrupciones en cuatro relatos, que quedan inconclusos, mientras que otro paciente solo logra concluir dos relatos, y otros seis quedan interferidos. Estas comparaciones pueden llegar a formularse en términos de porcentajes sea de la extensión mayor o menor de los silencios en un mismo paciente en diferentes sesiones, sea de relatos terminados o interrumpidos, etc., para cada uno de los pacientes. Tales porcentajes corresponden a un sector acotado del material en cuestión. Hemos usado este enfoque al comparar dos sesiones de un mismo paciente, quien en una de ellas tuvo un discurso catártico que en la siguiente no se hizo evidente, o para estudiar las intervenciones pertinentes y no pertinentes de un terapeuta que procuraba protegerse y proteger a la paciente de su contratransferencia erótica, y que aumentó el porcentaje de sus intervenciones no apropiadas con el curso del tratamiento (Maldavsky et al., 2005). También comparamos entre sí las cantidades de frases proferidas por varios pacientes afásicos y establecimos nexos significativos entre los correspondientes porcentajes y el tipo y el estado de las defensas patógenas y funcionales (Maldavsky et al., 2007a, 2007b). Este es el punto hasta el cual hemos llegado en el momento actual. Resulta evidente que existen muchas otras alternativas de empleo de los recursos estadísticos en la investigación clínica sistemática de base freudiana. En lo que sigue pretendemos exponer algunas nuevas propuestas de avance en este terreno.

III. Resultados estadísticos y análisis clínicos

En este apartado pretendemos discutir el problema de cómo los resultados estadísticos pueden expresar los hallazgos clínicos en una investigación sistemática con el ADL. Nos parece que la respuesta a este problema no es unívoca, y que en todos los casos solo puede formularse si se tiene en cuenta el problema que el investigador desea considerar. Puede ser, por ejemplo, que el interrogante de la investigación se centre en torno de las similitudes y diferencias entre varios materiales, como ser el sueño de Freud de la inyección a Irma, con sus correspondientes asociaciones y restos diurnos, varios cuentos de Bioy Casares, el filme Rebecca, una mujer inolvidable, de Hitchcock, y los relatos de un paciente con marcados rasgos ambiciosos y que suele conquistar mujeres que él supone un territorio ya "marcado" por otro hombre. Entonces se podrán encontrar coincidencias entre los diferentes resultados de los análisis concretos, los cuales corresponden sobre todo a la pulsión dominante. Sin embargo, pueden darse diferencias en cuanto a alguna otra pulsión, que en los relatos tiene una función complementaria. Por ejemplo, mientras que en el sueño de Freud también tienen importancia las preocupaciones corporales, en otras ocasiones, como en el filme de Hitchcock, cobra relieve el peso de una mujer vengativa, etc. Estos otros rasgos de los relatos ponen en evidencia otras pulsiones, y conducen a encontrar otras afinidades, como las del sueño de Freud y los discursos de pacientes psicósomáticos, y las del filme de Hitchcock y los discursos de pacientes suspicaces. Sea como fuere, cada uno de estos estudios en particular puede traducirse en una resolución estadística: en el sueño de Freud, x% de determinada pulsión, x% de tal otra, etc, mientras que en el filme de Hitchcock se advierte x% de la misma pulsión dominante en el sueño de Freud, y x% de otra pulsión. A su vez, el segundo sector del resultado del análisis del texto de Freud puede compararse con el porcentaje de las pulsiones detectadas en el discurso de pacientes psicósomáticos, etc. Este estudio resulta relativamente simple. Podemos complejizarlo algo más, por ejemplo estudiando una pareja en la cual la desmentida fracasada predomina en uno y otro integrante. Es probable que cuando iniciaron el vínculo establecieron un contrato narcisista basado en un refuerzo recíproco de esta misma defensa en su versión exitosa, pero en la actualidad dicho contrato quedó quebrado, y en consecuencia el hombre reprocha a la mujer que esta no le muestra su amor y la mujer acusa al marido que este la presiona. Se advierte entonces que entre ellos la defensa es la misma, y que también lo es el estado de la defensa, y que la diferencia se da en cuanto a las pulsiones en juego. En el hombre predomina el deseo de ser amado y en la mujer el afán justiciero y vengativo. Así que ambos miembros de la pareja coinciden en cuanto a la defensa y su estado y difieren en cuanto a la pulsión y el deseo correspondiente. Sin embargo, supongamos que también advertimos que en la mujer tiene importancia un deseo de dominar la realidad recurriendo a un pensar concreto y ordenado, deseo este acompañado de una defensa acorde a fines, que la conduce a escuchar las intervenciones del terapeuta y responder a ellas con un proceso reflexivo. A su vez, cuando su marido capta este proceso reflexivo en su esposa, tiende a enojarse y a insistir con el reclamo amoroso, al tiempo que descalifica las intervenciones que el terapeuta les dirige por considerarlas poco cálidas y comprensivas. Por su parte, la mujer suspende entonces su propia actividad reflexiva para responder acaloradamente al marido con sus argumentos habituales centrados en el sentimiento de injusticia. De modo tal que ambos miembros de la pareja tienen en común un mismo deseo, de dominar la realidad gracias a la racionalidad y el orden, y una misma defensa funcional, acorde a fines. Pero

esta defensa tiene un estado diferente: transitoriamente exitoso en la mujer (hasta que se acalora en su respuesta a los reclamos del marido) y fracasado en el hombre. En consecuencia, la investigación de ambos miembros de la pareja puede culminar en una resolución estadística, en la cual se estudien las proporciones relativas de los deseos y las defensas comunes y diferentes. Como defensas comunes figuran la desmentida y la defensa acorde a fines. También puede realizarse un estudio estadístico del estado de las defensas. Quizá la diferencia entre marido y mujer no se halle en la proporción que tiene la defensa acorde a fines en uno y otra, sino en el estado de dicha defensa, ya que en la mujer en un x% de la sesión resulta exitosa, mientras que en el hombre siempre ha fracasado. En síntesis, ambos coinciden en cuanto a la defensa principal (desmentida) y su estado (fracasado), y en cuanto a la defensa complementaria (acorde a fines) y la pulsión correspondiente (ligada al deseo de dominar la realidad gracias a la racionalidad y el orden), pero difieren en cuanto a la pulsión central (en uno ligada al deseo amoroso y en la otra ligada al afán justiciero) y sobre todo en cuanto al estado de la defensa complementaria, que en la mujer por momentos es exitosa. Un estudio estadístico puede dar cuenta de las proporciones relativas de los deseos comunes y las defensas y su estado en cada uno de ellos y de las proporciones comparativas de uno y otro de los integrantes. Desde el punto de vista clínico resulta más importante la diferencia centrada en el estado transitoriamente exitoso de la defensa acorde a fines. Y esta diferencia clínica entre ambos, así como sus afinidades en la defensa central, etc., pueden quedar reflejadas en términos estadísticos.

IV. La estadística y la relevancia clínica de determinadas escenas

Hasta aquí mencionamos las posibilidades y ventajas del empleo de la estadística en la investigación clínica sistemática con un fundamento freudiano. El problema está en cómo implementar los medios para hacerlo, tema que constituye el centro del presente apartado. El problema central consiste en dar una respuesta razonable a los cuestionamientos centrados en que la redundancia y la insistencia no siempre nos resulta la orientación decisiva. Como se advertirá en lo que sigue, nuestro camino para resolver el problema consiste en tratar de traducir en términos estadísticos el modo de reflexión clínica psicoanalítica. Es conveniente considerar entonces el problema de la contradicción entre un análisis centrado en la reiteración y un análisis centrado en el privilegio de determinados sectores del material. Tenemos cierta experiencia en cuanto a la consideración de este problema, ya que realizamos varios estudios que nos llevaron a proponer ciertos criterios generales (Maldavsky, 2001, 2003; Maldavsky et al., 2005, 2007). En efecto, hemos sostenido que el análisis con el ADL permite obtener dos tipos de resultados, estadístico y lógico. Este tipo de aserto ha sido frecuentemente destacado cuando hacemos análisis de actos del habla y análisis de palabras, aunque puede extenderse al terreno de los estudios sobre los relatos. Ambos resultados coinciden en un punto: contienen una síntesis de los estudios parciales en que resulta decisiva la apreciación de la estructura psíquica global del paciente y el predominio de ciertos sectores por sobre otros en el conjunto. Las diferencias entre los resultados estadísticos y lógicos se dan en cuanto a los caminos para llegar a ellos. En el análisis lógico el investigador da preeminencia a ciertos sectores claves de la muestra, como ser el final de la hora, los sucesos relatados que corresponden al motivo de consulta o al núcleo problemático de la sesión, etc. Luego reúne el conjunto con el enfoque de las corrientes psíquicas y a partir de este resultado presenta una apreciación global del caso, el cual incluye un diagnóstico complejo, en el que destaca la coexistencia de varios fragmentos con el predominio de alguno de ellos. El resultado final implica reunir el análisis del caso con las categorías psicopatológicas y diagnósticas. En el análisis estadístico el investigador adjudica puntajes a los distintos sectores de la entrevista o sesión y finalmente reúne estos puntajes parciales en cifras que a su vez puede llegar a comparar con los de otros pacientes. Podrá llegar a incluir en dicho resultado final una combinación entre diferentes sectores del paciente y el puntaje adjudicado a cada uno de ellos. La utilidad de este segundo tipo de análisis es que permite establecer más fácilmente comparaciones entre casos e inclusive entre sesiones diferentes del mismo caso, lo cual, por supuesto, resulta necesario para evaluar el cambio clínico, positivo o negativo.

Claro que en esta oportunidad no podemos quedarnos con esta propuesta general sino que se nos hace necesario encarar el problema de expresar estadísticamente la relevancia que damos a un enfoque lógico por encima de otro que destaca solo el peso de la frecuencia. Idealmente, este último estudio debería dar los mismos resultados que el primero. Para que ello ocurra, las operaciones del análisis estadístico de un caso deben asemejarse a las realizadas en el análisis lógico. En consecuencia, en el análisis estadístico debería quedar reflejado también el valor diferente de ciertos sectores de la entrevista (como el final), así como ciertas partes de los relatos que el paciente realiza (como las narraciones referidas al motivo de consulta). Cabe agregar, además, que no conviene dejar fuera de este análisis las intervenciones clínicamente pertinentes o no del terapeuta, ya que estas pueden tener un valor decisivo en cuanto a las escenas que se desarrollan durante la sesión. Por lo tanto, en la evaluación de la sesión también es conveniente considerar este punto.

V. Propuesta de puntajes

Lo que sigue constituye una tentativa de operacionalizar las actividades del investigador cuando debe evaluar el material de un paciente en una sesión en su conjunto con los recursos del ADL, lo cual permite, a su vez, justificar la adjudicación de puntajes a una muestra determinada. Es conveniente considerar dos problemas: 1) los criterios para adjudicar puntajes a las defensas y su estado y 2) los criterios para adjudicar puntajes a cada escena según su importancia relativa. Estos últimos criterios son los más conectados con la tentativa de destacar el criterio lógico por sobre el que privilegia la frecuencia. Si nuestro interés fuera más bien investigar un tema (la

violencia, el humor, los sueños), el diseño de la investigación sería diferente del que propondremos aquí, el cual se ajusta más bien al propósito de estudiar el material del paciente durante una sesión íntegra. Los dos grandes análisis que es conveniente puntuar corresponden a las escenas relatadas y las desplegadas en sesión. A su vez, a menudo entre estas es conveniente distinguir entre los componentes verbales y los paraverbales, y más ocasionalmente es necesario incluir también los componentes motrices. En ambos análisis (escenas relatadas y desplegadas) se puntúan todos los episodios, y en cada uno de ellos se considera la defensa principal y su estado. Si se desea realizar un estudio más preciso, es conveniente puntuar la pulsión acompañante de la defensa principal. Se obtendrá así un puntaje de las defensas y su estado (e inclusive de las pulsiones correspondientes) por cada escena analizada, hasta completar el estudio. Nuestra propuesta de puntaje tiene dos sectores. Uno de ellos tiene un carácter general, y se refiere al valor de cada defensa y su estado. El otro tiende a implementar nuestro esfuerzo por destacar la prevalencia lógica por sobre la redundancia en el estudio específico de una sesión en su conjunto. Por supuesto, si los objetivos cambian, también será diferente el diseño de la investigación. Consideremos primero el enfoque general, que contiene una propuesta referida al valor de cada defensa y su estado. El estado (exitoso, fracasado, mixto) de la defensa recibe diferente puntaje. En efecto, las defensas funcionales exitosas tienen un alto puntaje positivo, mientras que las defensas patógenas exitosas tienen un puntaje equivalente, pero negativo. Las defensas funcionales exitoso/fracasadas tienen un puntaje algo menor, y del mismo modo ocurre con las defensas patógenas exitoso/fracasadas, claro que con un puntaje negativo. En cuanto a las defensas funcionales fracasadas, tienen un puntaje menor, del mismo modo que las defensas patógenas fracasadas, pero este último es negativo. Entre las defensas funcionales, el puntaje mayor corresponde a la defensa acorde a fines, seguida por la creatividad y la sublimación. Entre las defensas patógenas, el mayor puntaje corresponde a la desestimación del afecto, seguida por la desestimación de la realidad y la instancia paterna, la desmentida, la represión más rasgos caracterológicos y por fin la represión. Lo que sigue contiene una propuesta de otorgar un puntaje a cada defensa y a cada estado de esta. Se advierte que hemos equiparado los puntajes máximos para la principal defensa funcional exitosa y la principal defensa patógena también exitosa. Un puntaje es en realidad el negativo del otro. Luego otorgamos un puntaje 10 puntos menor al estado exitoso-fracasado de esta misma defensa, etc.

Funcionales	Exitosa	Exit/Frac.	Fracasad	Patógenas	Exitosa	Exitosa/Frac.	Fracasada
Acorde a fines	150	140	130	Desestimación del afecto	150	140	130
Creatividad	90	80	70	Desestimación de la realidad	120	110	100
Sublimación	30	20	10	Desmentida	90	80	70
				Represión y rasgos caracterológicos	60	50	40
				Represión	30	20	10

Lo que sigue corresponde ya no tanto a la propuesta general sino más bien a la específica, centrada en el estudio del material del paciente durante la sesión en su conjunto. Es posible advertir que no todas las escenas tienen el mismo puntaje, puesto que, como ya mencionamos, nos interesa destacar un enfoque lógico por sobre uno centrado en la redundancia. Este aspecto tiene una importancia capital en nuestra propuesta de incluir recursos estadísticos en la investigación con el ADL. El método intenta poner en evidencia una forma de pensar la clínica a partir de las categorías freudianas, y la introducción de la estadística debe atenerse a este mismo principio, incluyendo entonces una valoración de ciertos sectores con independencia de que tengan mayor o menor presencia en lo evidente. En la argumentación y las propuestas que siguen es conveniente ir de lo

general a lo particular. Partimos de la base de que el objetivo de la investigación consiste en estudiar la situación clínica actual del paciente, y no sus determinantes históricas ni sus fijaciones tempranas. Este objetivo puede quedar reflejado en el puntaje que asignamos a las diferentes escenas. Pasemos ahora a formular nuestra argumentación y la propuesta de puntaje específico respecto de las escenas relatadas. En el nivel del relato cobran relieve aquellas escenas que aluden a la situación crítica reciente que parece motivar la consulta o la cuestión central que habrá de tratarse en la sesión, es decir, lo que suele denominarse el punto de urgencia. En los hechos suele ocurrir que el investigador detecta fácilmente un conjunto de escenas más importantes que otras. Estas últimas constituyen anécdotas aclaratorias, desvíos o referencias a un pasado infantil o adolescente, y no tanto alusiones a las situaciones recientes que constituyen el centro del problema. Entonces el investigador puede seleccionar bastante fácilmente un manojito de escenas centrales entre las cuales a su vez deberá tomar una decisión más fina. Algunos episodios pueden ser tomados como: A1) antecedentes recientes del problema, otros como A2) factores atenuantes o multiplicadores del problema, otros como A3) consecuencia del problema, otros como A4) ejemplos y repeticiones de la situación problemática, y otros, por fin, como B) elementos nucleares del problema. Entonces proponemos asignar a todo este conjunto diferente puntuación. Los episodios B (que habitualmente quedan restringidos a uno o dos relatos) componen su puntaje gracias a la multiplicación de su valor por el número equivalente a la cantidad de todas las otras escenas relatadas (incluidas las A) en la sesión. Por ejemplo, si un paciente relata otras 25 escenas, entonces el episodio considerado central se multiplica por 25, pero si hay dos episodios centrales, cada uno se multiplica por 12,5. En cuanto a todos los otros episodios considerados relevantes (conformados por A1, A2, A3 y A4), se multiplica su valor por la cantidad de escenas restantes, distribuidas entre todos. Por ejemplo, si en el caso de las 25 escenas que no son B hay dos escenas A1, una escena A2, otras dos A3 y una escena A4, entonces resulta que existen 6 escenas A, entre las cuales se distribuye el valor de las 19 restantes. Así, el valor de cada una de las seis escenas se multiplica por la sexta parte de 19, es decir por 3,33. Consideremos ahora la argumentación y los porcentajes que proponemos respecto de las escenas desplegadas, las cuales se expresan a menudo por sus componentes verbales y a veces también por sus componentes paraverbales. Las escenas desplegadas corresponden todas al presente, así que tienen gran importancia para estudiar el estado actual del paciente, a diferencia de algunas partes de las escenas relatadas, que pueden tener menor relevancia. Por ello proponemos asignar a las escenas desplegadas el doble del puntaje de las escenas relatadas. Pero además tienen especial relevancia las escenas desplegadas de cierre de la hora y las que corresponden a las respuestas del paciente a las intervenciones centrales del terapeuta. Las primeras (cierre de la hora) tienen un valor decisivo, y por ello proponemos asignarle un valor resultante de la multiplicación por la cantidad de las restantes escenas desplegadas en los actos del habla (por ejemplo, si hay otras 10 escenas desplegadas en el terreno verbal, se multiplica el valor de la escena desplegada del final de la hora por 10). A las segundas (respuestas a intervenciones centrales) proponemos asignarle un valor que surge de la distribución del total de las escenas. Por ejemplo, si entre las 10 escenas recién mencionadas, solo en 5 aparecen respuestas a las intervenciones centrales del terapeuta, se multiplica el valor de estas 5 por 2, cifra que deriva de dividir dichas 10 escenas por las 5 con respuestas a intervenciones centrales del terapeuta. Además, las escenas desplegadas en sesión tienen diferente extensión, lo cual también debe quedar expresado en forma proporcional en el puntaje adjudicado a esa escena. Hasta aquí la argumentación para justificar la asignación de valores en general y en particular a las escenas desplegadas sobre todo en el terreno verbal, aunque algunos comentarios previos también involucran a los componentes paraverbales, que es conveniente considerar más específicamente en lo que sigue, en cuanto a la argumentación y el puntaje. Entre las escenas desplegadas tienen mayor importancia aquellas que se expresan no por la palabra sino por la motricidad o los componentes paraverbales (salvo ocasiones, como cuando un paciente es actor o tiene un gran manejo de estos recursos). Así que proponemos asignar a estas escenas desplegadas recurriendo a modalidades no verbales cuatro veces el valor del puntaje de las escenas narradas en general. Es conveniente fragmentar las escenas paraverbales tomando como base la fragmentación de las escenas desplegadas en el terreno verbal. De modo que si existen 10 escenas desplegadas en el terreno de los actos del habla, habrá otras tantas en el nivel paraverbal. Proponemos adjudicar a dichas escenas el valor correspondiente a la defensa multiplicado por 4, y a este resultado sumarle el porcentaje correspondiente a la extensión de la escena, que es el mismo porcentaje que consignamos para las escenas desplegadas verbalmente como consecuencia de su extensión. Pero, como ocurre en los otros terrenos, también algunos sectores de dichos componentes paraverbales tienen más jerarquía que otros. En estudios previos advertimos que a veces dichos componentes paraverbales tienen fuerte conexión con las escenas relatadas y que otras veces más bien se conectan con las escenas desplegadas. En consecuencia, proponemos adjudicar un puntaje más relevante a los componentes paraverbales acompañantes 1) del relato de la escena problemática central y 2) de la escena desplegada del final de la hora. El puntaje que daremos a una y otra escena paraverbal surge de la suma de todas las otras escenas desplegadas (siguiendo nuestro ejemplo previo, serán 8 escenas paraverbales, a menos que el paciente relate en el momento final de la sesión su motivo de consulta más importante), la cual expresa un puntaje total que debe ser compartido por ambas escenas paraverbales centrales en partes iguales (es decir, los resultados de una y otra escena paraverbal se multiplica por 4).

En consecuencia, he aquí nuestro puntaje diferenciado para las escenas, que acompañan al puntaje general inherente a cada defensa.

I.	Escenas	relatadas:	su	valor	relatadas
1)	Escenas	relatadas:	su	valor	especifico
2)	Escenas relatadas centrales: Motivo de consulta: 2 a) en caso de ser un único relato, multiplicar su valor especifico por el número constituido por las restantes escenas relatadas; 2 b) si es más de un solo relato,				

multiplicar el valor específico de cada escena por el número constituido por las restantes escenas relacionadas, repartido entre tales relatos centrales.

3) Escenas relacionadas semicentrales (antecedentes, atenuantes y multiplicadores, consecuencias, equivalentes): multiplicar su valor por el número de las restantes escenas relacionadas, repartido entre las distintas escenas semicentrales

II. Escenas desplegadas

II. 1. Escenas desplegadas en el nivel verbal

1) Escenas desplegadas en el nivel verbal: su valor específico por dos, a lo cual se suma el porcentaje correspondiente a la extensión de la escena en el conjunto de las escenas desplegadas.

2) Escena desplegada de cierre de la sesión en el nivel verbal: su valor por el número constituido por la cantidad de las escenas restantes, con el agregado de la proporción correspondiente.

3) Escenas desplegadas de respuesta verbal a una intervención central del terapeuta: su valor específico por el número constituido por la cantidad de las escenas restantes, con el agregado de la proporción correspondiente.

II. 2. Escenas desplegadas en el nivel paraverbal

1) Escenas desplegadas en el nivel paraverbal: su valor específico por cuatro, con la misma proporción de las escenas desplegadas verbales.

2) Escena desplegada en el nivel paraverbal de cierre de la sesión y escena desplegada en el nivel paraverbal correspondiente al relato del motivo de consulta: su respectivo valor por el número constituido por la cantidad de escenas restantes a ambas, repartido por partes iguales para cada una, con el agregado de la proporción correspondiente.

VI. Discusión

A lo largo de esta exposición hemos avanzado desde las propuestas generales a otras cada vez más específicas que pretenden incluir el enfoque estadístico en el empleo del ADL. Terminamos la exposición con una asignación de puntajes a las escenas según su importancia relativa en la muestra, con lo cual intentamos poner el énfasis en un enfoque centrado en las prevalencias lógicas por sobre la repetición y la insistencia.

Entonces es posible realizar estudios estadísticos tanto parciales como totales. Es posible estudiar la proporción de incidencia de las pulsiones, la proporción de las defensas inherentes a las patologías narcisistas no psicóticas y los rasgos patológicos de carácter, por un lado, y la creatividad, por el otro, así como la proporción entre las defensas funcionales exitosas y las defensas patógenas exitosas, etc. También es posible estudiar el conjunto de la sesión incluyendo las diferentes pulsiones, defensas y estados. En tal caso, el resultado global debería poder expresarse en términos de porcentajes correspondientes a las diferentes corrientes psíquicas coexistentes en el paciente. Como a veces ocurre que las combinaciones entre corrientes psíquicas detectadas en el nivel del relato no coinciden con las combinaciones inferidas en el nivel de las escenas desplegadas en sesión, puede ser necesario expresar los resultados con puntajes por cada defensa en las escenas relacionadas y en las desplegadas en sesión.

Si se desea realizar un estudio más sintético, entonces es conveniente realizar un doble puntaje: por un lado, para las defensas funcionales, por el otro, para las patógenas, y luego combinar ambos con una resta. Para obtener el puntaje global de un caso por un lado sumamos los valores correspondientes a las escenas en que prevalecen las defensas funcionales y por otro sumamos los valores correspondientes a las escenas en que predominan las defensas patógenas. Luego restamos al valor de las defensas patógenas el valor de las defensas funcionales. Cuanto más bajo sea el resultado final, menos grave es el caso. Es posible apreciar la gravedad de un caso al ubicar la cifra obtenida como resultado final en una de las bandas de puntajes, que corresponden a los diferentes tipos de patología clínica. Cuanto más alto el puntaje total alcanzado por un paciente, mayor es la seriedad de su patología. Una alta cantidad de escenas en que predominan defensas funcionales exitosas combinada con una baja cantidad de escenas en que prevalecen defensas patógenas como la represión y que han fracasado conducen a evaluar el caso como benigno, y, a la inversa, una baja cantidad de escenas en que predominan defensas funcionales fracasadas combinada con una alta cantidad de escenas en que prevalecen defensas patógenas como la desestimación exitosa llevan a evaluar el caso como grave.

Hecha esta argumentación, es conveniente volver sobre el interrogante que nos parece hace de base a toda nuestra propuesta: si de este modo queda representada la forma de pensamiento psicoanalítico respecto de las situaciones clínicas. Ninguna respuesta genérica parece válida a priori, salvo una serie de estudios sistemáticos con objetivos específicos (sea el análisis del material de un caso, sea la investigación de las intervenciones del terapeuta, sea la detección de las pulsiones y defensas en un acto violento, en una tentativa suicida, en un tic, etc.) que muestren el acierto o el desacierto de esta propuesta, con lo cual el presente texto queda como una introducción a las investigaciones concretas.

Bibliografía

Maldavsky, D., (1968) Las crisis en la narrativa de Roberto Arlt. Algunas contribuciones de las ciencias humanas a la comprensión de la literatura, Buenos Aires, Escuela.

(1976) Teoría de las representaciones, Buenos Aires, Nueva Visión, 1977.

(1980) El complejo de Edipo positivo: constitución y transformaciones, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1982.

(1986) Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1988.

(1990) Procesos y estructuras vinculares, Buenos Aires, Nueva Visión, 1991.
(1992) Teoría y clínica de los procesos tóxicos, Buenos Aires, Amorrortu Editores,
(1993) Judeidad. Modalidades subjetivas, Buenos Aires, Nueva Visión, 1993.
(1995a) Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996.

(1995b) Linajes abúlicos, Buenos Aires, Paidós, 1996.
(1997) Sobre las ciencias de la subjetividad, Buenos Aires, Nueva Visión, 1997.
(1998) Lenguajes del erotismo, Buenos Aires, Nueva Visión, 1999.
(1999) Lenguaje, pulsiones, defensas, Nueva Visión, 2000
(2001) Análisis computacional del lenguaje desde la perspectiva psicoanalítica, editado en CD Rom.

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

(2008a) Testeos de validez convergente del algoritmo David Liberman (ADL), enviado.
(2008b) Testeos de validez pre y posdictiva y de validez de constructo del algoritmo David Liberman (ADL), enviado

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

Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A. Ma., Buceta, C., Cantis, J., de Durán, R., Cusien, I., Falise, C., Frigerio, R., García, K., García Grigera, H., Garzoli, E., Iusim, M., Jarast, G., Kazmierski, J., Lacher, G., Manson, M., Neves, N., Plut, S., Rodríguez Calo, M., Roitman, C., Romanisio, O., Scilleta, D., Sloin de Berenstein, R., Tarrab, E., Tate de Stanley, C., Varela, R. (2007) La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL), Editorial Lugar, Buenos Aires.

Maldavsky, D., Bodni, O., Cusien, I., Roitman, C., Tamburi, E., Tarrab de Sucari, E., Tate de Stanley, C., Truscello de Manson, M. (2000) Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas, Nueva Visión, 2001.

Maldavsky D., Cantis J., de Durán R., García Grigera H., (2007a), Un caso de afasia con fluencia motriz y paraverbal, Revista Summa Psicológica, pp. 101-120

Maldavsky D., Cantis J., de Durán R., García Grigera H., (2007b) Tres casos de afasia: investigación de las erogeneidades, las defensas y su estado con el algoritmo David Liberman (ADL). Subjetividad y procesos cognitivos, n° 10, 79-138