

Nuevos avances en el estudio de la subjetividad del analista durante la sesión con el algoritmo David Liberman (ADL)

Sobre la contratransferencia, la complementariedad estilística y los árboles de decisiones clínicas\*

New advances in the research on the therapist's subjectivity during the session using the David Liberman algorithm (DLA)

On the counter-transference, stylistic complementarity and the trees of clinical decisions

David Maldavsky, Liliana Alvarez, Ana María Britti, Nilda Neves, Clara R. Roitman y Cristina Tate de Stanley

Palabras claves: Subjetividad del analista, erogeneidades, defensas, complementariedad estilística.

Key words: Therapist's subjectivity, erotogenicities, defenses, stylistic complementarities.

Resumen

Este trabajo continúa una línea de investigación centrada en la subjetividad del terapeuta a través del estudio de su discurso. Este estudio requiere tomar en cuenta también el discurso del paciente. En trabajos previos investigamos cuatro primeras sesiones de un mismo terapeuta (terapeuta A) con diferentes pacientes. Respecto del terapeuta estudiamos su árbol de decisiones clínicas, su contratransferencia y la complementariedad de su estilo con el del paciente. Llegamos entonces a ciertas conclusiones que consideramos triplemente provisionarias: 1) porque solo enfocamos a un único terapeuta, 2) porque solo tomamos en cuenta una primera sesión, 3) porque solo se consideraban determinados casos, mientras que otros no formaban parte de la muestra. Con un segundo grupo de investigadores estudiamos una primera sesión de otro terapeuta (terapeuta B). En esta oportunidad pretendemos estudiar una primera sesión de otro terapeuta (terapeuta C). Tras la síntesis del caso, describiremos brevemente el método empleado, el algoritmo David Liberman (ADL) para luego aplicarlo al análisis de la sesión. Después compararemos este análisis con los resultados de estudios previos.

Summary

This paper continues a research program on the therapist's subjectivity through the study his/her discourse during the session. In previous papers we research four first session of the same therapist (Therapist A) with different patients. Concerning the therapist, we studied his tree of clinical decisions, his countertransference and the complementarity between his style and the patient's one. We found some conclusions that can be considered triply provisory: 1) because we only focused on one therapist, 2) because we just considered a first session, 3) because we only studied certain cases, while others were not part of the sample. With a second team of research we studied a first session of another therapist (Therapist B). In the present paper we want to study a first session of another therapist (Therapist C). First we show the case and briefly describe the method, David Liberman algorithm (DLA), and thereafter we apply it to the analysis of the session. Finally we compare this analysis with the previous study.

---

\* Este trabajo se presenta, de manera más sintética, en el Annual Meeting de la Society for Psychotherapy Research (SPR), Edimburgo, 2006.

Nuevos avances en el estudio de la subjetividad del analista durante la sesión con el algoritmo David Liberman (ADL)  
Sobre la contratransferencia, la complementariedad estilística y los árboles de decisiones clínicas

I. Síntesis de la sesión

1. Corina (33) comienza aludiendo a que llegó antes de hora, tocó timbre y luego se dijo que tenía que llamar sobre la hora. Entonces se quedó sentada esperando en la puerta. Había salido temprano porque no conocía bien el viaje. “Para asegurarte”, comenta la terapeuta. La paciente concuerda con la terapeuta: suele llegar tarde a todos lados. La terapeuta comenta que esta vez eso no ocurrió. La paciente agrega que está tratando de ser más prevenida y en seguida comenta: “qué linda oficina, yo estoy armando la mía todavía”.

2. La terapeuta le pregunta por qué la está consultando. Corina responde que está triste, que hay factores que influyen en eso, que no sabe cómo explicarle. Está con estrés, se hizo análisis de sangre, tiene “los glóbulos rojos chicos” por el ritmo de vida que lleva. Es hiperkinética, no se puede quedar quieta. Está de novia hace diez años y no puede manejar esa relación, está en una etapa muy difícil. El novio, Francisco, es muy especial, con una personalidad muy fuerte, y ella no es la misma de antes. Antes estaba feliz y ahora está triste. Ante una pregunta de la terapeuta, aclara que ahora tiene treinta y tres años. Hace un par de años que dejó de ser la misma (y dramatiza lo que sus allegados le dicen (que está apagada, que tenga salidas personales). Agrega que se dedicó mucho y se perdió dentro del noviazgo, dejó muchas cosas de lado, y que eso le hizo mal.

Ante la pregunta de la terapeuta dice que ella estudió y se puso de novia, se recibió y quiere casarse y tener hijos, y él no comparte esos proyectos. Dramatizando al novio, cuenta que él le había prometido que el año próximo se casarían y luego que lo harían este mismo año. A ella esta frase la había impactado, porque estaban en abril y tenían una casa por reformar. “El da vueltas, da vueltas, y entonces es como que yo estoy como... Es... la desesperación, pero es como que me da bronca, tengo impotencia de no poder hacerme entender”. Ella le explica lo que siente y lo que le pasa y él la mira. Esto la afecta, hecho que se nota en el trabajo, “todo el mundo se da cuenta que estoy mal”. Una amiga le recomendó que hiciera psicoterapia (y dramatiza a su amiga). Algunos conocidos hacen terapia y le cuentan lo que les pasa, y ella se interesó, empezó a leer libros de autoayuda. Se sintió identificada con lo que leía, por ejemplo respecto de los celos. Al leer esos libros se autocrítica. La terapeuta comenta que, según lo que la paciente dice, es celosa. La paciente lo acepta y agrega que va a ser celosa “toda la vida, como un calvario que uno lleva, pero no lo demuestro tanto; si no, lo voy a asfixiar”. Ella es muy posesiva, no puede cambiar rápidamente.

La terapeuta le pregunta por qué está deprimida y con estrés. La paciente se corrige: no está con estrés sino cansada. Se levanta cansada, con ojeras. Se hizo exámenes médicos, no tiene la lucidez que posee cuando está bien. La terapeuta le pregunta cómo duerme, y la paciente dice que le cuesta dormir, que duerme entre las dos y las siete y no hace siesta. Si durmiera siesta, de noche se desvelaría. De noche se levanta, es inquieta, duerme con la TV prendida. Mira TV, da vueltas, a veces escucha la radio. Ante nuevas preguntas de la terapeuta cuenta que vive con sus padres. “Hace dos años me agarró una locura de irme a vivir sola.” Empezó a buscar vivienda y el novio la “empezó a perseguir” diciéndole que no gastase dinero en ir a vivir sola, que ya se casarían. Por ejemplo, antes de venir a sesión discutió con él porque él no quería que ella hiciera psicoterapia. Dramatiza el diálogo, en que él le pregunta para qué va a ir a psicoterapia y la paciente le responde que ella no es feliz, que él no cambia, no es una persona que acostumbra hablar. Cuando ella le plantea algo, él responde como pidiendo que ella no sea molesta. La terapeuta le pregunta si

no tiene con quien hablar. La paciente responde que con los padres no puede hablar porque se enojan con su novio y, si ella luego tiene mejor relación con él, sus progenitores ya están enojados. La terapeuta concluye: "O sea que tus papás ya le tienen bronca". La paciente responde que su madre está enojada con él y, ante nuevas preguntas de la terapeuta, aclara que su madre ve que Corina sufre. Tiene dos amigas cercanas y a veces habla con ellas, pero no quiere contar siempre lo mismo. Aclara que son un grupo de ocho personas que se juntan siempre a comer en casa de una pareja y luego se quedan de sobremesa. Los demás son matrimonios, salvo ella y su novio. Dramatiza a una amiga que le dice cómo puede tener tanta paciencia con él, que él la hace sufrir. Corina no puede crear un ambiente tenso porque ella esté mal. Entonces le cuenta a su amiga que está enojada y que no quiere poner mal a los demás, que no tienen la culpa de lo que le pasa. Dramatiza lo que le dice a su amiga: la felicidad son momentos, pero ella no se siente acompañada por su novio.

3. La terapeuta le pregunta qué siente por él cuando los amigos le dicen que ella tiene paciencia. La paciente responde: "amor", y alude a la historia familiar del novio. Cuando Francisco era pequeño, el padre le pegaba a la madre, se lo contó la familia, aunque él ignora que ella lo sabe. Ella nunca se lo dijo porque "sería muy doloroso para él". El novio no podía defender a la madre, y solo le tiraba piedras al padre. Ella se moriría si le pasara algo así. Sus padres discuten pero nunca llegaron a ese nivel de violencia. Ella no quiere justificar al novio, pero esa historia lo marcó y le dio una visión del matrimonio. El padre se debe de haber calmado, y su novio no le permitiría ahora que maltrate a la madre. Francisco vive con los padres. Dos primas de él le contaron a ella esta historia. El novio nunca habló de esto con ella, él se esfuerza por agradar al padre. Ella no lo entiende. Si su padre le hubiera pegado a la madre, no se desviviría por agradarle. Su suegro es muy autoritario y Francisco sufre. Cada fiesta o reunión algo pasa, el suegro se enoja por algo. En Navidad quiso pegarle a Francisco porque este lo trató como un inútil. Ella no quiere justificar a Francisco, está cansada, son diez años de noviazgo. La terapeuta le pregunta por qué ella se mantiene esperando. "Porque lo quiero, yo lo quiero", responde la paciente. La terapeuta le recuerda que ella había dicho que ya no le creía. La paciente responde que ella aguantó, aguantó, aguantó y ahora ya no aguanta nada, ahora se pelea mucho con él. Ante las preguntas de la terapeuta aclara que ella habla y él queda callado, a veces ella explota y dice todo, sin faltarle el respeto. Le dice todo lo que le duele, y a veces él se va enojado pero al día siguiente vuelve y se sienta a su lado sin hablar de lo que pasó, y se queda. Ella pretende hablar de lo ocurrido y él se niega. La terapeuta le dice que pareciera que cada uno tiene una forma de entender la situación y le pregunta cuál es la posibilidad de que deje de repetirla. La paciente dice que hay momentos en que están bien, y se refiere a que él trabaja en una fábrica de la familia. El padre lo trata como un inútil, y eso le hace mal. Delante de ella el padre no le dice nada, porque una vez Corina se enojó. La terapeuta le pregunta qué piensa ella del novio. La paciente, llorando, dice que él es un gran tipo, pero malo con ella. Ella lo quiere, lo adora. Trata de darle todo lo que le falta, el abrazo, la caricia. La suegra le da lástima porque le tiene miedo al marido, es un ambiente horrible. La terapeuta le dice que Corina no puede explicarse por qué él prefiere vivir así en lugar de estar con ella. E inmediatamente pregunta por la casa a la que Corina aludió. La paciente cuenta que tienen una casa que fue del abuelo de Francisco, y que la quieren comprar al padre de su novio. Hay que reformarla, porque es una casa vieja. Ya tienen los planos, pero Francisco no quiere empezar, lo dilata. Ella le preguntó si él se quería casar con ella, que ella no le reprocharía nada si él le dijera que no. El se enojó y le dijo que estaba equivocada. Están en una ambigüedad, sin proyectos, en una relación estancada, porque con el amor no alcanza. Se ven todos los días en la casa de ella. Pese a que a veces ella le dice que tiene algo que hacer, él va igual a su casa. No pueden hablar. Dramatiza un corto diálogo con él e insiste: no pueden hablar. La

terapeuta le dice que Corina siente que la etapa del noviazgo está agotada. La paciente acuerda y dice que tal vez él tenga miedo al casamiento, a fracasar.

4. La terapeuta le pregunta qué pasa con ella. La paciente responde que a veces se ha peleado con él y ella le ha dicho que no quería verlo más, pero él vuelve. La terapeuta le pregunta dónde se queda ella y Corina responde que se queda mirándolo, y se hace la enojada. Los padres no le cierran la puerta, porque ella no cuenta las discusiones, para que la madre no lo odie. Ella no se atreve a dar por terminada la relación, le da miedo porque no lo quiere perder. Ella lo deja para que reaccione. “¿Y si él no reacciona?” Entonces “la que sale perdiendo sos vos”, responde la terapeuta. La paciente acuerda con ella y agrega que ella trata de estar cuando él va a su casa, al atardecer, aunque sabe que eso no está bien. La terapeuta dice que Corina no sabe por qué no puede hacer lo que la cabeza le dice que sería bueno para ella. La paciente acuerda con ella y dice que a ella le encanta nadar, pero que a su novio no le gusta. Entonces ella dejó de hacerlo, porque él va a casa de ella buscando refugio para no estar en la propia casa. Ella quiere estar cuando él la necesita. Pero se pregunta si él la ama o solo quiere estar con una persona que lo quiere o lo espera. La terapeuta le dice que ella toma en cuenta lo que le pasa a él, lo que él necesita, para darle lo que le hace bien, pero no tiene la misma actitud con ella misma. La paciente cuenta que su mejor amiga le dice: “vos no te querés”, y ella está de acuerdo con lo que le dice. La terapeuta le dice que Corina toma en cuenta lo que el novio necesita y que no toma en cuenta lo que ella misma necesita, como la natación. “No respetás tus propias necesidades”, agrega, “como tener una familia e hijos”. La paciente dice que ya se le dijo a Francisco. Agrega que dos años atrás se operó de un tumor benigno. Tiene un fibroma que se redujo un 50% tomando pastillas anticonceptivas. Esto es algo maravilloso que le pasó, casi milagroso. Ella quiere tener hijos, no quiere perder esa posibilidad. Ama los chicos, tiene muchos ahijados. Su novio no entiende su miedo. Dramatizando agrega que él dice que la ginecóloga aseguró que ella no tendría problemas. Ella ya tiene treinta y tres años, su madre estuvo trece años para tenerla. Ante las preguntas de la terapeuta agrega que es única hija, que tiene un primo que es como un hermano, hijo de una hermana (ya fallecida) de la madre. Fueron a los mismos colegios, viven muy cerca, parecen hermanos. Su tía la había adoptado a ella como hija, porque tuvo solo hijos varones. Su tía se cayó en el patio de su casa y se rompió los ligamentos. Tuvo un coágulo. Ella estaba en la playa y su primo se lo comunicó. Se volvió en seguida de las vacaciones y la tía murió dos días después. Desde entonces sus primos se aferraron más a su madre. A ella le costó superar la muerte de su tía, y su madre sigue sin superarlo. Su primo mayor empezó a llamarla todos los días para invitarla a tomar unos mates y charlar. El la protege, retomó sus estudios universitarios, la acompañó cuando la intervinieron ginecológicamente. La terapeuta le pregunta qué opina él de lo que le pasa ahora a ella. Dramatizando, dice que él quiere verla bien: si ella lo quiere a Francisco, él también lo quiere. Siempre dramatizando, cuenta que su primo le dijo que aclarara las cosas con el novio y que no puede quedarse llorando porque él la trató muy mal y le dijo cosas hirientes para que los demás se rían. Agrega que el novio la trata como si fuera la empleada doméstica para que los amigos de ambos se rían. Los amigos no tratan así a sus esposas.

5. La terapeuta comenta que un par de veces ella se refirió a que él decía algo que aparentaba ser una broma y que en realidad se parecía a una forma de maltrato. La paciente acuerda con ella y, dramatizando, cuenta que sus amigas le dicen que ellas no pueden soportar que maltraten así a Corina en su presencia. “Todo el mundo” critica al novio, y ella no se puede defender cuando él la maltrata ante sus amigos, en los encuentros de los sábados. Si ella responde y pelean, les arruina la noche a los demás. La terapeuta le dice que ella cuida a los otros a costa de descuidarse a sí misma. Para no arruinarles la reunión a los amigos, se deja maltratar. La paciente responde que le preocupa que todos se enojen con él. Ella no quiere que esto ocurra,

ella quiere protegerlo porque sabe lo que le pasa. La terapeuta le dice: “Pero ahora pareciera que te lo está haciendo pasar a vos”. La paciente acuerda con ella y agrega que su novio una vez por semana va a correr con su padre y su tío con un auto antiguo, y que ella en otros momentos se enojaba, quería que se quedase con ella y le hacia escenas. Pero ahora a ella le parece bien que él vaya, a veces lo acompaña. La terapeuta: “O sea que él sí puede ir a su natación”. La paciente dice que él está muy seguro de ella. La terapeuta agrega: “O sea que vos lo vas a ver por celos, para controlar que no...”. La paciente le responde que no, que ella va porque él está solo y nadie le presta atención, porque mandan el padre y el tío, que lo dejan a un costado. Ella quiere darle su apoyo. La terapeuta le pregunta: “¿Y a vos quién te apoya para que vayas a nadar?” La paciente dice que a ella le hablan sus amigas, toda su familia. Ella trabaja y luego vuelve a esperarlo a su casa, y cuando él no la visita, se queda trabajando hasta tarde. Sabe que eso está pésimo, pero le cuesta tomar decisiones, tiene miedo. Ante nuevas preguntas de la terapeuta la paciente dice que se siente insegura. “Por un lado él es una persona maravillosa, porque es generoso, bueno, pero por el otro lado lo noto egoísta”: Con sus amigos es incondicional, pero “él vive y yo lo acompaño”. La terapeuta le dice que entonces “él no es tan pobre, cuando tiene que hacer cosas, las hace”. La paciente dice que ella quiere estar. La terapeuta insiste: “¿Qué tal si lo dijéramos como que te hace mal, que no es bueno para vos, que no te hace bien?” La paciente dice que la suegra opina que cuando llega el marido ella tiene que estar por si él necesita algo, “las mujeres estamos para eso”. Ella rectifica a su suegra y relata, dramatizando, que le dijo que si ella tiene compromisos de trabajo, los cumple. La terapeuta le dice que ella dice lo mismo que su suegra. La paciente acuerda con ella y agrega que el suegro hace siempre algo distinto. “Tu suegro es diferente”, dice la terapeuta, y agrega “y la maltrata a tu suegra”. Corina dice que ahora la situación empeoró, ya que es indiferente hacia ella, entre sus suegros no se hablan, el suegro mira TV y la suegra escucha radio.

6. La terapeuta le pregunta cómo es la situación en su propia casa. La paciente responde que en su casa “está toda la familia, hasta la perra”. Sus padres no duermen juntos desde hace veinticinco años. La madre duerme en el comedor, y su padre en el dormitorio. Se rumoreaba que una señora pretendía a su padre, y cuando eso ocurrió la madre “nunca más”. Dramatizando, cuenta que el padre le ofreció a la madre comprar dos camas individuales y que no duerma en el comedor, y que esta lo rechazó. Desde entonces los padres comen juntos, van juntos de vacaciones y allí también duermen separados, uno en cada habitación. La paciente tiene también su cuarto, y se lo ofreció a su madre, quien lo rechazó. La madre duerme en un sofá-cama viejo. Para el cumpleaños Corina le regaló uno más moderno y la madre la obligó a devolverlo. El padre no quiere pelear. Ella hizo natación en un club y el padre formó parte de la subcomisión correspondiente. Allí él tiene su vida social. Su madre no sale, salvo para hacer las compras. El padre tiene una fábrica de equipos eléctricos. El padre tiene 74 años y la madre 71. Ante las preguntas de la terapeuta dice que ella lleva la contabilidad de la fábrica del padre. Tiene su oficina, que es muy grande. Llegó la hora en que tiene que cuidar de ellos. La madre sufre muchos problemas de salud, es asmática, cardiaca, alérgica. No se mete en la cama y pide que la cuiden, pero hay que estar atento. Su madre no se cuida, no quiere ir al médico, sufrió un gran abandono. Era hermosa y ahora pesa unos 150 Kg. y mide 1,50, se le cayeron dos dientes y no fue al odontólogo. La situación se agravó cuando murió su hermana. La terapeuta le pregunta cómo veía ella la relación entre sus padres de pequeña. La paciente responde que no se daba cuenta. Su madre se acostaba en el comedor luego que ella se hubiera dormido. En la adolescencia se dio cuenta, preguntó y cada padre le explicó lo que pasaba. El padre negaba haber tenido una relación extramatrimonial. La relación entre sus padres es tirante. Por momentos están bien, pero casi en seguida su madre reprocha algo al padre, este le responde mal y se va al club o a la oficina de su hija, a tomar café. Cuando era pequeña veía al padre los

fines de semana, porque él trabajaba más que en el presente. Ahora duerme hasta más tarde, vuelve más temprano y se va al club. La terapeuta le pregunta si Corina no relaciona lo que pasa en la casa, en especial el abandonarse de su madre, y lo que le pasa a ella con su pareja. La paciente responde que no, y la terapeuta le señala que, sin embargo, para entender a Francisco ella ha buscado una respuesta en la relación de este con sus padres y en la relación entre los padres de este, así que era raro que no lo hubiera pensado respecto de ella misma. La paciente dice que ella veía la relación en su casa y se decía que no era eso lo que ella quería, que haría todo lo posible para que no le pasase. Entre sus padres no había violencia, pero no había amor. Ella sabía que se quedaban juntos porque Corina era joven, porque si no su padre se hubiera ido. Su madre decía siempre que ellos se quedaron juntos porque Corina era joven. La terapeuta le dice que debía de haber otra razón para seguir juntos y la paciente responde que por comodidad. El padre no está en todo el día. La madre decía que ellos siguieron juntos por Corina. La terapeuta insiste con su pregunta (acerca de por qué los padres siguen juntos) y la paciente dice: "No, no, lo que pasa con estas cosas, mi mamá habla siempre, mi mamá habla mucho conmigo porque mi mamá no tiene amigas amigas. La mejor amiga se ven periódicamente pero no comparten la vida, digamos, o los problemas diarios. Mi mamá habla mucho conmigo, llega la noche, se sienta, charlamos un rato y a veces le cuento cosas mías también, no las graves porque... pero trato de compartir cosas con ella para que sepa que cuento, que yo cuento con ella, ¿no? Porque la siento sola a mi mamá". Siempre la madre recae sobre el mismo tema de los ocho años, de cómo fue la separación. La paciente agrega que la madre dice que su propio padre ayudó a hacer la casa, y le reprocha al padre de Corina que lo que él tiene fue porque lo ayudó el abuelo de Corina. La paciente narra, dramatizando, que el padre responde que él contribuyó también, que él tenía dinero ahorrado. Hace unos años el padre le dijo que no aguantaba más y se iba a ir de la casa. Ella le respondió que no lo podía convencer para que se quedase con una persona con la que la pasaba mal. Pero no se fue. Varias veces él dijo que no aguantaba más. La terapeuta le dice que debe de haber razones por las cuales están juntos, y comenta que van a ir terminando la sesión. Agrega que se quedó pensando también si esas charlas a la noche con la madre no tendrían alguna relación con el no poder dormir de Corina. La paciente disiente: no es que ella se angustie o la madre se angustie por lo que conversan. A menudo la madre relata escenas cotidianas con las vecinas, lo que cocinan, etc. A veces relata alguna discusión con el marido.

7. La terapeuta insiste en que es hora de terminar y la paciente le pregunta si está muy loca. La terapeuta le dice que Corina se siente mal y que vale la pena que trabajen en eso para que pueda sentirse mejor. Hay cosas que la paciente desconoce y que le impiden modificarse. La paciente acuerda con ella.

## II. Método de análisis

El método empleado para realizar estas investigaciones es el algoritmo David Liberman (ADL), diseñado para detectar fijaciones pulsionales y defensas en el discurso. El ADL toma en cuenta tres niveles de análisis: 1) relato, 2) actos del habla (frases y componentes paraverbales), 3) palabras. Tanto en el relato como en los actos del habla es posible detectar escenas. Las primeras son narradas, y las segundas se despliegan al hablar. El análisis de los relatos permite estudiar los conflictos extratransferenciales del paciente. El estudio de los actos del habla permite investigar la relación transferencial.

El inventario de las fijaciones pulsionales que el ADL detecta incluye:

---

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

libido intrasomática (LI); oral primaria (O1); sádico oral secundaria (O2); sádico anal primaria (A1); sádico anal secundaria (A2); fálico uretral (FU) y fálico genital (FG). Como se advierte, a las fijaciones pulsionales descritas por Freud, le agregamos la libido intrasomática, que el creador del psicoanálisis menciona al aludir a que, inmediatamente después del nacimiento, ciertos órganos (corazón, pulmones) reciben una extraordinaria investidura narcisista (Freud, 1926d).

En cuanto a las defensas, es posible diferenciar entre las centrales y las complementarias. Las centrales pueden ser: 1) sublimación/creatividad/acorde a fines, 2) represión, 3) desmentida, 4) desestimación de la realidad y de la instancia paterna, 5) desestimación del afecto. Estas defensas pueden ser exitosas, fracasar, o ambas cosas. Solo las últimas cuatro son defensas patógenas. La represión predomina en las neurosis de transferencia. La desmentida, en los rasgos patológicos de carácter, sobre todo los de tipo narcisista, la desestimación de la realidad y de la instancia paterna, en las psicosis, y la desestimación del afecto (Maldavsky, 1992, 1995a; Mc. Dougall, 1989), en las patologías psicósomáticas y adictivas, en las traumatofiliias y en las neurosis postraumáticas. Es posible inferir una fijación pulsional por el análisis de las escenas relatadas o desplegadas en sesión como actos del habla. Es posible inferir la defensa investigando la posición del hablante en las escenas que narra o que despliega al hablar. El método permite investigar los conflictos del paciente en los terrenos tanto transferencial cuanto extratransferencial (con padres, socios, hijos, etc.). Para el estudio de las relaciones extratransferenciales es conveniente tomar en cuenta el relato del paciente. Para el estudio de la relación transferencial es conveniente tomar en cuenta los actos del habla.

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

---

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

I. Validez	II. Confiabilidad
------------	-------------------

I.a. Contrastes con estudios que utilizan otros instrumentos

Maldavsky, 1998, 2001a, b, 2003a

Maldavsky, Tebaldi, Cusien, Groisman, Pereyra, 2001

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

Goldberg, 2002

Maldavsky, D. et al, 2005

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

Confiabilidad interjueces

Maldavsky, 1998

Maldavsky et al, 2000

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

Maldavsky, Aguirre, Iusim, Legaspi, Rodríguez, 2004

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

Maldavsky et al., 2000

Kazez, 2002

Romano, Maldavsky, 2004

Contrastes entre dos o más instrumentos del ADL

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

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

Maldavsky, 2002a, b, 2003a

Maldavsky y Almasia, 2002

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

Maldavsky, Aguirre, Iusim, Legaspi, Rodríguez, 2004



El ADL arroja resultados multivariados: pueden coexistir varias erogeneidades y defensas eficaces, con el predominio transitorio o estable de alguna de ellas. Respecto de las defensas, está diseñado además para detectar su estado (exitoso, fracasado, etc.). Con los instrumentos del ADL (grillas, programa computarizado, secuencia de indicaciones) es posible analizar el discurso del paciente. Para estudiar el discurso del terapeuta, y sobre todo su eficacia sobre el paciente, fue necesario producir otro instrumento. Este consiste en diferenciar las intervenciones del terapeuta por su función. Estas pueden ser 1) introductoria, 2) central, 3) complementaria. Es posible además investigar las secuencias de intervenciones del terapeuta para detectar si sus cambios son acordes con las modificaciones del discurso del paciente, y por lo tanto se mantiene la misma estrategia, o si, por el contrario, implican una rectificación, una modificación en la orientación clínica.

Además, el método incluye la propuesta de Liberman referida a la complementariedad estilística entre paciente y terapeuta, a la cual le realizamos unos pocos agregados:

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

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

### III. Análisis

#### III. 1. Análisis del discurso de la paciente

##### Análisis del relato

Podemos estudiar los relatos por su orden de aparición o reunirlos según el tema. Hemos adoptado este último criterio. Los relatos de la paciente tratan sobre unos pocos temas: 1) relación con el novio, 2) relación en la familia del novio, 3) relación con su propia familia (padres, tía, primos), 4) relación con su cuerpo, 5) relación con la terapeuta. El núcleo de este conjunto se halla en los relatos de los tres primeros grupos.

##### 1. Relación con el novio

<u>Relato</u>	<u>Erogeneidad</u>	<u>Defensa</u>	<u>Estado</u>	<u>Función</u>
<u>Origen de su tristeza</u> 1. Está de novia hace 10 años con Francisco, 2. él no tiene proyectos de casarse con ella, 3. eso la deprime	O2 FG	Desmentida Represión	Exitosa/fracasa da Fracasada	Central Complementaria
<u>El quiebre de la tolerancia con el novio</u> 1. Corina aguantó diez años, 2. ahora no aguanta, explota y le dice todo lo que sufre, 3. él se enoja pero luego vuelve y siguen sin hablar.	O2 A1	Desmentida Desmentida	Exitosa/fracasa da Exitosa/fracasa da	Central Complementaria
<u>La espera decepcionada de la paciente</u> 1. Francisco va a verla siempre al atardecer, cuando deja de trabajar, 2. la paciente abandona otras actividades (como natación) para esperarlo, 3. los diálogos entre ambos son breves y escasos	O2 FU	Desmentida Represión	Exitosa/fracasa da Exitosa	Central Complementaria
<u>Objeciones desechadas</u> 1. Ella sabe que está mal sacrificarse así. 2. Pero ama a Francisco e insiste en la misma actividad.	O2 A2	Desmentida Represión	Exitosa Fracasada	Central Complementaria
<u>Falta de diálogo en la pareja</u> 1. Cuando ella le plantea un problema al novio, 2. este no le responde, la descalifica	A1 A2	Desmentida Represión	Fracasada Fracasada	Central Complementaria
<u>Origen del cambio</u> 1. Hace dos años Corina se operó de un tumor benigno, 2. se acentúa su deseo de	LI	Desestima- ción del afecto	Fracasada	Complementaria

tener hijos	FG	Acorde a fines	Exitosa	Central
<u>Proyecto abandonado</u> 1.Hace dos años quiso vivir sola, 2.el novio se opuso y le prometió que se casarían, 3.ella abandonó el proyecto	A2	Acorde a fines	Fracasada	Complementaria
	FG	Represión	Fracasada	Central
<u>Otros proyectos abandonados y sus consecuencias</u> 1.Dejó muchas cosas de lado por el noviazgo, 2.eso le hizo mal	O2	Desmentida	Exitosa/fracasada	Central
	A2	Represión	Fracasada	Complementaria
<u>Proyecto cuestionado</u> 1.Ella decidió hacer psicoterapia, 2.el novio se opuso	A2	Acorde a fines	Exitosa	Complementaria
	FU	Represión	Exitosa/fracasada	Central
	FG	Acorde a fines	Fracasada	Complementaria
<u>Proyecto de vivienda compartida postergada</u> 1.Tiene una casa por refaccionar, 2.Francisco posterga el proyecto	A2	Acorde a fines	Exitosa	Complementaria
	FU	Represión	Exitosa/fracasada	Central
	FG	Acorde a fines	Fracasada	Complementaria
<u>Tolerancia de la paciente hacia el novio</u> 1.La paciente conoce la historia infantil del novio, 2.por eso trata de apoyarlo y darle su amor.	O2	Desmentida	Exitosa	Central
	A2	Represión	Exitosa	Complementaria
<u>Falta de definición afectiva</u> 1.Corina le pregunta a Francisco si realmente quiere casarse con ella, 2.él se enoja y dice que ella está equivocada, 3.la relación está estancada	O2	Desmentida	Exitosa/fracasada	Central
	FG	Acorde a fines	Fracasada	Complementaria
<u>Maltrato en público</u> 1.En las reuniones con amigos, su novio la maltrata en público para que los demás se rían. 2.Los amigos no pueden soportar que la maltraten. 3.Ella no se defiende para no arruinar la reunión	O2	Desmentida	Exitosa	Central
	A1	Desmentida	Exitosa	Complementaria
	FG	Represión	Exitosa	Complementaria
<u>Los celos y el apoyo afectivo</u> 1.El novio va a correr carreras con su tío y su padre, 2.ella antes se ponía muy celosa, 3.ahora comprende la	O2	Desmentida	Exitosa	Central
	FU	Represión	Exitosa	Complementaria

situación y a veces lo acompaña para que no esté solo	FG	Represión	Exitosa	Complementaria
<u>Su madre y su novio</u> 1.La madre ve a su hija sufriendo, 2.la madre está enojada con Francisco.	O2 A1	Desmentida Desmentida	Exitosa/fracasa da Fracasada	Central Complementaria
<u>Los amigos y el novio. 1</u> 1. La paciente está enojada con el novio, 2. no quiere poner mal a los amigos.	O2 A1	Desmentida Desmentida	Exitosa Fracasada	Central Complementaria
<u>Los amigos y el novio. 2</u> 1.La paciente conoce el pasado de sufrimiento de Francisco. 2.no quiere que sus amigos se enojen con él.	O2 A1 A2	Desmentida Desmentida Represión	Exitosa Fracasada Exitosa	Central Complementaria Central

## 2. Relación entre el novio y su familia

<u>Francisco y su propio padre</u> 1.El hijo se desvive por agradar al padre, 2.el padre es muy autoritario y trata a Francisco como un inútil, 3.Francisco sufre	O2 A1	Desmentida Desmentida	Fracasada Fracasada	Central Complementaria
<u>La fiesta y la familia del novio</u> 1.En Navidad Francisco trató de inútil a su padre, 2.este le quiso pegar.	O2 A1	Desmentida Desmentida	Exitosa (desde la perspectiva del novio) Fracasada	Complementaria Central
<u>Francisco, su propio padre y Corina</u> 1.El padre maltrata a Francisco en presencia de Corina, 2.Corina se enoja y lo frena	A1	Desmentida	Exitosa	
<u>Sus suegros en la actualidad</u> 1.Cuando llega su suegro, la esposa tiene que estar, 2.el suegro es indiferente con ella Suegra Suegro	O2 A1	Desmentida Desmentida	Exitosa/fracasa da Exitosa/fracasa da	

## 3. Relaciones en la propia familia

<u>Sus propios padres</u> 1.Veinticinco años atrás, se rumoreaba que el padre fue infiel a la madre, 2.despechada, la madre fue a dormir al comedor,	O2 FG	Desmentida Represión	Fracasada Fracasada	Central Complementaria
--	----------	-------------------------	------------------------	---------------------------

3.desde entonces conviven cada uno en un cuarto.				
<u>Oferta paterna rechazada por la madre</u> 1.El padre de la paciente ofreció comprar dos camas simples y compartir el cuarto. 2.La madre rechazó la oferta.	O2 FG	Desmentida Represión	Exitosa Fracasada	Central Complementaria
<u>Regalo de Corina rechazado por la madre</u> 1.La madre duerme en un sofá-cama viejo e incómodo, 2.la paciente le compró uno más moderno, 3.la madre lo rechazó.	O2 FG	Desmentida Represión	Exitosa Fracasada	Central Complementaria
<u>La familia materna</u> 1.Una tía (hermana de la madre), que tenía solo hijos varones, la adoptó como hija, 2.la tía murió prematuramente, 3.los primos, hijos de la tía muerta, se acercaron a su madre y a ella.	O2 FU	Desmentida Acorde a fines	Exitosa Exitosa	Central Complementaria
<u>La madre y la muerte de la hermana</u> 1.Cuando murió su tía, su madre empeoró físicamente, 2.la madre no quiere ir al médico.	LI O2	Desestimación del afecto Desmentida	Fracasada Fracasada	Central Complementaria
<u>Relaciones sociales de sus padres</u> 1.El padre tiene vida social en un club, 2. la madre permanece en la casa.	O2 A2	Desmentida Acorde a fines	Exitosa/fracasa da Exitosa	Central Complementaria
<u>Las discusiones entre sus padres</u> 1.La madre reprocha algo al padre, 2.el padre se defiende con rabia, 3. el padre se va al club o a la oficina de ella a tomar un café.	O2 A2 FU	Desmentida Desmentida Represión	Exitosa Fracasada Exitosa	Central Complementaria Complementaria
<u>Amenazas paternas incumplidas</u> 1.El padre dijo varias veces que se iría del hogar porque no aguantaba más, 2.luego permaneció allí por comodidad	O2 FU	Desmentida Represión	Fracasada Exitosa	Complementaria Central

<u>Los afectos entre los padres y el proyecto de la paciente</u> 1. La paciente veía la falta de amor entre sus padres, 2. se decía que ella haría todo lo posible para que no le pasara lo mismo.	O2	Desmentida	Exitosa/fracasada	Complementaria
	FG	Acorde a fines	Exitosa	Central
<u>La paciente ante sus padres</u> 1. Los padres están envejeciendo, 2. la paciente va a cuidarlos.	LI	Acorde a fines	Fracasada	Complementaria
	O2	Desmentida	Exitosa	Central
<u>Charlas madre-hija</u> 1. La madre conversa con ella de noche, 2. ella trata de que la madre se sienta útil.	O2	Desmentida	Exitosa	

#### 4. Relaciones con el cuerpo

<u>Estado somático dos años atrás</u> 1. Corina tuvo un tumor benigno. 2. Milagrosamente, este disminuyó en su tamaño gracias a las pastillas que la paciente ingería	LI	Desestimación del afecto	Exitosa	Central
	O1	Desmentida	Exitosa	Complementaria
<u>Estado somático actual</u> 1. Está cansada, es hiperkinética, le cuesta dormirse, 2. se hizo análisis de sangre, 3. tiene los glóbulos rojos chicos	LI	Desestimación del afecto	Fracasada	

#### 5. Relación con la terapeuta

<u>Encuentro con la terapeuta</u> 1. Corina suele llegar tarde y no conocía el viaje, 2. tocó el timbre, antes de su hora, 3. se quedó sentada esperando y al llegar su hora volvió a tocar.	FU	Acorde a fines	Exitosa	
---	----	----------------	---------	--

Con este análisis llegamos a tener un panorama estadístico de las principales erogeneidades, defensas y estados dominantes: LI: 9%, O2: 62%, A1: 9%, FU: 12%, FG: 9%. Existe pues una enorme primacía de O2. En cuanto a la defensa acompañante de O2, en todos los casos es la desmentida, pero con diferente estado. En el 54% esta defensa es exitosa, en el 36% es exitosa/fracasada y en el 10%, fracasada. La defensa fracasada predomina cuando la paciente alude a las relaciones entre terceros sin quedar directamente implicada (por ejemplo, Francisco y sus padres). La defensa exitosa/fracasada prevalece cuando Corina alude a su relación actual con

Francisco, y la defensa exitosa, cuando se refiere a la relación con sus padres, al vínculo pasado con el novio o a su propio proyecto con él, sin considerar la respuesta de este. En cambio, si consideramos no solo su proyecto sino la respuesta del novio (es decir, un enfoque más global del vínculo), la defensa es exitosa/fracasada. Así que podemos discriminar entre la defensa exitosa, que aparece cuando la paciente alude a su relación con los padres, y la defensa exitosa/fracasada, cuando se refiere al vínculo con el novio.

Pero con ello no tenemos claridad respecto a cuál es la prevalencia lógica en el conjunto. Para llegar a esta conclusión es conveniente reducir las diferentes historias a sus elementos centrales. En efecto, pese a la proliferación de historias, el relato resulta redundante.

<u>Relato</u>	<u>Erogeneidad</u>	<u>Defensa</u>	<u>Estado</u>	<u>Función</u>
<u>Relación con Francisco</u>				
I. 1. La paciente abandona actividades propias por su noviazgo, 2. Francisco no se define por avanzar en el proyecto matrimonial, 3. ella sufre.	O2 FG	Desmentida Represión	Exitosa/fracasada Fracasada	Central Complementaria
II. 1. La paciente se autocrítica por su actitud sacrificial. 2. Pero ama a Francisco y no quiere que sufra. 3. Por ello insiste en apoyarlo afectivamente y en acompañarlo.	O2 A2 FU	Desmentida Represión Represión	Exitosa Fracasada Exitosa	Central Complementaria Complementaria
III. 1. Hace dos años tuvo un tumor benigno. 2. Se incrementó su deseo de tener hijos.	LI FG	Desestimación del afecto Acorde a fines	Fracasada Exitosa	Complementaria Central
IV. 1. La paciente no tolerar más y a veces estalla ante su novio. 2. Este se enoja y la descalifica. 3. Luego la relación vuelve a su estado habitual de indefinición y falta de diálogo.	O2 A1 FU	Desmentida Desmentida Represión	Exitosa/Fracasada Fracasada Exitosa	Central Complementaria Complementaria
V. 1. El novio la maltrata ante sus amigos. 2. a. Ella no reacciona para no arruinar la reunión. 2. b. Ella tolera la situación porque sabe del sufrimiento de Francisco en la infancia.	O2 A1 FU	Desmentida Desmentida Represión	Exitosa Fracasada Exitosa	Central Complementaria Complementaria
VI. 1. Francisco hace sufrir a Corina. 2. Los amigos y la madre de Corina se enojan con el novio. 3. Corina no quiere que los demás se enojen con él.	O2 A1	Desmentida Desmentida	Exitosa/fracasada Exitosa/fracasada	Central Complementaria
<u>Francisco y su familia</u>				

<u>Francisco y sus padres</u> 1. Francisco y su madre se desviven por el padre. 2. Este es autoritario y los descalifica. 3. Francisco sufre por ello.				
<u>Francisco</u>	O2	Desmentida	Exitosa/fracasada	
<u>Padre</u>	O2	Desmentida	Exitosa	Complementaria
	A1	Desmentida	Exitosa	Central
<u>Relaciones entre los padres de Corina</u>				
I. 1. La madre, despechada por una presunta infidelidad del padre, se va a dormir al comedor. 2. Desde entonces realiza permanentes reproches al padre, 3. Este dice que no lo tolera pero sigue en la vivienda compartida.				
<u>Madre</u>	O2	Desmentida	Exitosa	Central
	FG	Represión	Exitosa	Complementaria
<u>Padre</u>	O2	Desmentida	Exitosa/Fracasada	Central
	FG	Represión	Fracasada	Complementaria
II. 1. El padre y la hija ofrecieron a la madre un lugar más cómodo que el sofá-cama en que dormía. 2. Esta rechazó los ofrecimientos.	O2	Desmentida	Fracasada	Central
	FG	Represión	Fracasada	Complementaria
<u>Relaciones entre los padres y Corina</u> 1. Los padres envejecen. 2. La paciente debe cuidar de ellos.	LI O2	Acorde a fines	Exitosa	Complementaria
		Desmentida	Exitosa	Central

En relación con Francisco, el relato I pone en evidencia la prevalencia de una posición sacrificial de la paciente, cuyo resultado se mantiene indefinido. El relato II muestra cómo refuta su propia autocrítica, apelando al argumento del amor y la compasión. El relato III alude al momento en que el penoso estado de indefinición comenzó a incrementarse. El relato IV muestra la ineficacia de los esporádicos estallidos de impaciencia de Corina ante su novio. Los relatos V y VI muestran cómo la paciente, al sentirse maltratada, interfiere en las respuestas de enojo (por la injusticia sufrida) con argumentos centrados en la comprensión y el amor. Entre estos relatos existe una relación de subordinación. El relato II está al servicio de avalar la posición sacrificial descrita en el relato I. El relato III muestra el momento en que se intensificó el



conflicto, por el incremento del deseo de maternidad, contradictorio con el mantenimiento de la posición sacrificial. El relato IV muestra el transitorio quiebre de su posición sacrificial. Los relatos V y VI muestran cómo la paciente neutraliza su sentimiento de injusticia a favor de la posición sacrificial. Así, pues, el relato I muestra la posición dominante, en que prevalece O2, acompañado por una desmentida exitosa/fracasada. En cuanto a los otros lenguajes del erotismo, se advierte que varios de ellos quedan subordinados a O2. En el relato II también se advierte cómo la paciente neutraliza las objeciones (A2) a su propia posición sacrificial. En dicho relato se advierte además el valor complementario de FU, en el hecho de que la paciente se ubica como acompañante del novio. En los relatos V y VI se advierte también cómo la paciente neutraliza los sentimientos de ser víctima de abusos e injusticias A1), apelando a recursos O2. En cuanto a las escenas de fiesta, se advierte que en ocasiones quedan arruinadas por la intrusión de la burla y la humillación por parte del novio (relato V). En tal caso FG queda subordinado a A1. Pero como la paciente no responde a la agresión del novio para no arruinar el clima amistoso, a la combinación entre FG y A1 se agrega O2, correspondiente a la posición sacrificial de Corina, que es dominante. También FG queda subordinado a O2 en las escenas en que padre e hija le ofrecen un regalo a la madre, que esta rechaza, como complemento del mantenimiento de la actitud de reproche. FG es, con todo, el lenguaje que puede contraponerse más a O2, dado el deseo de Corina de tener un hijo, aunque por el momento termina en posición de subordinación a este.

En la relación de Francisco con su familia se advierte un relato que coincide con los relatos IV y V de la relación de Corina con Francisco; pero en esta ocasión Francisco ocupa la posición que habitualmente tiene Corina en la relación de pareja. La erogeneidad, la defensa dominante y el estado son los mismos que en los relatos recién citados.

En las relaciones entre los padres de Corina, la posición materna consiste en aparecer como permanentemente activa en el reproche ante el padre. Desde la perspectiva de esta, O2 se combina con la desmentida exitosa, mientras que desde la perspectiva paterna O2 se combina con la desmentida exitosa/fracasada, similar a la de la paciente en los relatos referidos a su relación con el novio.

En la relación entre Corina y sus padres, el relato pone en evidencia que la paciente desarrolla una posición sacrificial ante ellos, en la cual O2 se combina con la desmentida exitosa, similar a la de su madre.

Si reunimos los diferentes análisis de relatos, concluimos que O2 ocupa la posición dominante y se acompaña de una desmentida exitosa/fracasada (cuando el relato se centra en la relación de Corina con Francisco) y de una desmentida exitosa (cuando el relato se centra en la relación de Corina con los padres, y en especial la madre). Como complementos, aparecen A2 y FG, ambos acompañados de una represión fracasada. En cuanto a A1, es acompañado de una desmentida fracasada. FU es acompañado de una represión exitosa.

Erogeneidad	Defensa	Estado	Función
LI	Acorde a fines	Exitosa	Complementaria
O2	Desmentida	Exitosa (ante la madre) y Exitosa/ Fracasada (ante Francisco)	Central

A1	Desmentida	Fracasada	Complementaria
A2	Represión	Fracasada	Complementaria
FU	Represión	Exitosa	Complementaria
FG	Represión	Fracasada	Complementaria

En el 75% de la sesión, correspondiente a una extensa primera parte, la paciente se refirió a su relación con el novio. Solo en el 25% restante, al final, la paciente aludió a la relación con su propia familia. Y en este último sector se advierte la posición dominante de la paciente, establecida en una actitud sacrificial ante los padres, en especial ante la madre (O2 acompañada de una desmentida exitosa).

#### Análisis de los actos del habla

Desde la perspectiva paradigmática, es posible advertir seis erogeneidades: LI (referencias a estados corporales), O2 (alusión a sus estados afectivos, los del novio, reproches, etc.), A1 (denuncia contra el novio), A2 (relatos de escenas concretas, enlaces causales), FU (autointerrupciones) y FG (exageraciones, dramatizaciones). Desde la perspectiva estadística prevalece A2.

Desde el punto de vista sintagmático, sin embargo, los resultados del análisis están más matizados. Dividimos la sesión en siete fragmentos tomando en cuenta el vínculo con la terapeuta, es decir el intercambio entre actos del habla de ambos participantes. Para diferenciar entre los fragmentos tomamos en cuenta los cambios en las intervenciones de la terapeuta y el modo en que la paciente respondió a ellos. Comencemos con el estudio de los actos del habla de la paciente. En el primer momento (2% de extensión) se combinan A2 (relatos de hechos concretos), FU (referencias a acercamientos y ubicación) y FG (elogio identificatorio). FG resulta prevalente en versión eufórica. En el segundo momento (24% de extensión) en Corina se da una combinación entre alusión a estados corporales (LI), alusión a estados afectivos (O2), relatos de hechos concretos (A2), autointerrupciones (FU), dramatizaciones, exageraciones (FG). Salvo FU, los otros lenguajes se expresan en versión eufórica. Prevalece al final una dramatización (FG). En cuanto a la frase dramatizada, contiene una combinación entre referencias a estados afectivos (O2) y una objeción (A2). En consecuencia, prevalece FG en versión eufórica, con el complemento de O2 y A2, igualmente en versiones eufóricas. En el tercer momento (15% de extensión) tienen peso O2 (alusión a estados afectivos), A2 (autocríticas, relatos de hechos concretos, establecimiento de nexos causales) y FG (dramatizaciones). Se advierte que la paciente emplea los relatos de hechos concretos y el establecimiento de nexos causales (A2) al servicio de la comprensión y el amor (O2). Las dramatizaciones (FG), a su vez, quedan subordinadas a los relatos concretos. En consecuencia FG se subordina a A2, y este a O2. Predomina O2 (referencia a los estados afectivos) en versión eufórica. En el cuarto momento (17% de extensión) cobran relieve LI (referencia a problemas somáticos), O2 (alusión a estados afectivos, propios y ajenos, reproches), A1 (denuncia contra el novio), A2 (rectificaciones a la terapeuta, narraciones de hechos concretos, autocrítica, objeciones), FU (autointerrupciones), FG (dramatizaciones). Se advierte que la paciente emplea las dramatizaciones (FG) para aludir a los mandatos (A2) de allegados en relación con el conflicto de pareja, y que recurre a los relatos y nexos causales

(A2) para justificar su posición ligada al amor (O2). Sin embargo, A1 (denuncia contra el novio que la maltrata) tiene una función organizadora del conjunto, en el cierre de este momento. Por lo tanto, FG subordina a A2, y ambos quedan ordenados por O2. Pero este, a su vez, es reemplazado finalmente por A1. A1, en versión eufórica, es dominante, con el complemento de O2, A2 y FG. En el quinto momento (10% de extensión) no aparece ya A1, pero sí los restantes erotismos precedentes, con un predominio de O2, en versión eufórica, y con los mismos complementos. La paciente emplea las dramatizaciones (FG) para expresar las críticas que sus amigos hacen a su novio, a lo cual responde con objeciones y enlaces causales (A2), que a su vez quedan al servicio de la comprensión y el amor (O2). Así, pues, FG queda subordinado a A2, y este a O2. En el sexto momento (29% de extensión) se combinan los mismos erotismos, con un predominio de O2. En cuanto a A2, en este momento la paciente introduce las rectificaciones y objeciones a lo que la terapeuta opina. Luego analizaremos más detenidamente un fragmento correspondiente a este segmento. En el séptimo momento, de cierre (2% de extensión), prevalece O2 en versión disfórica. En consecuencia podemos decir que, salvo en los dos primeros fragmentos, en los cuales prevalece FG (26% de la sesión), y de uno (el cuarto) de 17% de extensión, en el cual A1 es el más relevante, en los otros cuatro predomina O2 (57% de la sesión), en su mayoría en versión eufórica, aunque el cierre de la sesión corresponde a O2 en versión disfórica.

### Erogeneidad y defensa en los siete momentos de la sesión (actos del habla)

#### Primer momento

Erogeneidad	Defensa	Estado	Función
A2	Acorde a fines	Exitosa	Complementaria
FU	Acorde a fines	Exitosa	Complementaria
FG	Represión	Exitosa	Central

#### Segundo momento

Erogeneidad	Defensa	Estado	Función
LI	Acorde a fines	Exitosa	Complementaria
O2	Desmentida	Exitosa	Complementaria
A2	Acorde a fines	Exitosa	Complementaria
FU	Represión	Fracasada	Complementaria
FG	Represión	Exitosa	Central

#### Tercer momento

Erogeneidad	Defensa	Estado	Función
O2	Desmentida	Exitosa	Central
A2	Represión	Exitosa	Complementaria
FG	Represión	Exitosa	Complementaria

#### Cuarto momento

Erogeneidad	Defensa	Estado	Función
LI	Acorde a fines	Exitosa	Complementaria
O2	Desmentida	Exitosa	Complementaria
A1	Desmentida	Exitosa	Central
A2	Represión	Exitosa	Complementaria
FU	Represión	Fracasada	Complementaria
FG	Represión	Exitosa	Complementaria

Quinto momento

Erogeneidad	Defensa	Estado	Función
O2	Desmentida	Exitosa	Central
A2	Represión	Exitosa	Complementaria
FU	Represión	Fracasada	Complementaria
FG	Represión	Exitosa	Complementaria

Sexto momento

Erogeneidad	Defensa	Estado	Función
LI	Acorde a fines	Exitosa	Complementaria
O2	Desmentida	Exitosa	Central
A2	Represión	Exitosa	Complementaria
FU	Represión	Fracasada	Complementaria
FG	Represión	Exitosa	Complementaria

Séptimo momento

Erogeneidad	Defensa	Estado	Función
O2	Desmentida	Fracasada	Central
FG	Represión	Exitosa	Complementaria

Puede advertirse que el cuarto momento es el único en el cual en la paciente aparece A1 acompañando a una desmentida exitosa; además este ocupa allí la posición central. Sin embargo, esta aparición es solo esporádica, ya que solo se presenta en un 5% de este cuarto momento, que a su vez contiene el 17% del conjunto de la sesión. Es decir, A1 ocupa menos del 1% del conjunto de los actos del habla de Corina.

Análisis de un segmento significativo (sexto momento)

Ante la pregunta insistente de la terapeuta de por qué los padres siguen juntos, Corina responde:

	O2	A2	FU	FG	Dominante	Estado
No, no,		X		X	A2	Eufórico
lo que pasa con estas cosas,		X	X		FU	Disfórico
mi mamá habla siempre,		X				Eufórico
mi mamá habla mucho conmigo porque mi mamá no tiene amigas amigas.		X		X	FG	Eufórico
La mejor amiga se ven periódicamente pero no comparten la vida, digamos, o los problemas diarios.		X				Eufórico
Mi mamá habla mucho conmigo		X		X	A2	Eufórico
llega la noche, se sienta, charlamos un rato y a veces le cuento cosas más también, no las graves porque...		X	X		FU	Disfórico
pero trato de compartir cosas con ella para que sepa que cuento, que yo		X		X	A2	Eufórico

cuento con ella,						
¿no?		X				Eufórico
Porque la siento sola a mi mamá.	X	X			O2	Eufórico

También en este fragmento se advierte que, aunque la prevalencia paradigmática corresponde a A2, la prevalencia sintagmática corresponde a O2. FG está al servicio de A2, que a su vez queda subordinado a O2. Los tres lenguajes tienen una versión eufórica, contrapuesta a la versión disfórica de FU, que también complementa a A2.

Erogenidad	Defensa	Estado	Función
O2	Desmentida	Exitosa	Central
A2	Represión	Exitosa	Complementaria
FU	Represión	Fracasada	Complementaria
FG	Represión	Exitosa	Complementaria

Además, se advierte que lo que Corina dice no responde a la pregunta de la terapeuta (por qué los padres siguen juntos), que posee un valor A2, sino que contiene un cambio de tema, consistente en sustituir el énfasis en los nexos causales por un argumento centrado en la comprensión y el sacrificio.

### Comparaciones entre las escenas relatadas y las desplegadas en sesión

En cuanto a la relación entre el discurso global de la paciente y las escenas con los padres, es posible realizar dos tipos de homologaciones. Cuando la paciente alude a la relación con el novio, su posición se asemeja sobre todo a la del padre, quien afirma, respecto del vínculo con la madre, que no aguanta más, pese a lo cual prosigue con ella (O2 acompañado de una desmentida exitosa/fracasada). Pero en las escenas desplegadas en sesión entre la paciente y la terapeuta, Corina está ubicada en una posición similar a la de su madre ante el esposo y la hija, al rechazar la ayuda ofrecida como requisito para mantenerse invulnerable en el reproche (O2 acompañado de una desmentida exitosa). Igualmente, en el nivel del relato, A2 se acompaña de una represión fracasada, y lo mismo ocurre con FG (escenas de fiesta, por ejemplo). Pero en el nivel de los actos del habla estos mismos lenguajes se acompañaban también de defensas exitosas. Además, las escenas referidas a las conversaciones de Corina con sus amigas y con su primo eran equivalentes a las escenas desplegadas con la terapeuta, sobre todo cuando en el intercambio en sesión el centro estaba puesto en Francisco o en la relación entre Francisco y la paciente.

### III. 2. Análisis del discurso de la terapeuta

Una visión panorámica de las intervenciones de la terapeuta, sobre todo las centrales, permite advertir algunas diferencias globales. Durante el primer momento de la sesión en la terapeuta predominan las intervenciones introductorias FU (contacto). En el segundo momento prevalecen las intervenciones introductorias A2, correspondientes sobre todo a preguntas para obtener información (comenzando por el motivo de consulta), y a algunas inferencias referidas a la situación que la paciente describe (“O sea que tus papás ya le tienen bronca”). Pregunta entonces por los motivos del estado de la paciente. En el tercer momento la terapeuta pregunta (intervención central) a la paciente por sus estados afectivos ante el novio (O2). A ello se agregan

preguntas (intervenciones introductorias) para requerir información (A2) y una intervención central en que la terapeuta alude al modo en que cada miembro de la pareja entendía los hechos (A2). En el cuarto momento la terapeuta, en otra intervención central, propone a la paciente centrarse en ella misma (A2). La terapeuta destaca (en otra serie de intervenciones centrales) la desconsideración de la paciente hacia sí misma (A2). Luego realiza nuevas preguntas para obtener información (A2), lo cual corresponde a intervenciones introductorias. En el quinto momento la terapeuta comienza a realizar una denuncia de la situación de maltrato que la paciente padece ante su novio (A1), y descalifica (A2) los argumentos de la paciente para tolerarlo, basados en que él sufre. Luego insiste en que el novio la maltrata (A1). Todas estas intervenciones son centrales. En el sexto momento la terapeuta retoma su pedido de información (A2) y pretende conectar dos tipos de relaciones: la que se da entre ella y el novio y las que se dan en su propio hogar (A2). Las intervenciones ulteriores de la terapeuta constituyen propuestas para que la paciente reflexione y el establecimiento de nexos entre la situación en su familia y el vínculo con Francisco (A2). En el séptimo momento formula su propuesta de trabajo y la meta: que la paciente entienda qué le pasa para no sufrir. Se trata de intervenciones centrales A2.

La terapeuta tuvo pues dos Estrategias, una centrada en A1, y la otra en A2, con una breve intervención O2, al comienzo. En cuanto a la distribución de estas estrategias, podemos distinguir entre tres momentos. La Estrategia I abarca los momentos segundo, tercero y cuarto, en los que prevalece A2, tras una breve intervención O2 (tercer momento). La Estrategia II abarca el quinto momento, cuando predomina A1. La Estrategia I vuelve a aparecer en el momento sexto. Es posible que la terapeuta haya pasado a la Estrategia II (quinto momento) al advertir que la Estrategia I no promovía cambios en la paciente, y luego haya retornado a la Estrategia I, con una ampliación de la perspectiva (al incluir a la familia de la paciente, y no solo a Francisco y su familia). En la Estrategia I de los momentos segundo, tercero y cuarto, las intervenciones centrales A2 constituían a) tentativas de promover el pensamiento compartido en la sesión (momento tercero) y, ante el fracaso de esta propuesta, b) en órdenes (que la paciente se considerase más a sí misma). También esta segunda alternativa fue ineficaz, y fue entonces que la terapeuta pasó a la Estrategia II. De allí retornó a la Estrategia I, incluyendo una tercera alternativa A2: c) establecimiento de nexos.

En cuanto a los porcentajes entre las intervenciones O2, A1 y los tres tipos de intervenciones centrales A2, contamos con el siguiente panorama: O2: 6%, A1: 29,5%, A2a): 29,5%, A2b): 17,5%, A2c): 17,5%.

Resulta llamativa además la secuencia de intervenciones que la terapeuta realiza sin solución de continuidad en el Tercer momento: “Lo que vos no podés explicar es por qué él prefiere vivir así en vez de vivir con vos. ¿Vos decías que tienen una casa?” La primera constituye una intervención central, enfatizando el pensar, y la segunda, que contiene un nuevo pedido de información, parece proponer otra orientación a su estrategia clínica, que entonces se vuelve algo errática y autocontradictoria. Como intervención central A2, podríamos incluirla entre las del primer tipo (tipo a) que antes describimos.

También es conveniente prestar atención a las intervenciones O2 (referencias al estado afectivo) de la terapeuta. Estas aparecen sobre todo en

el segundo momento (pregunta por los motivos de la depresión que Corina decía sufrir), y se complementan con preguntas por el estado somático (LI) de la paciente (cansancio, dificultades para dormir). En cuanto a la pregunta por los motivos de la depresión de Corina O2 (referencia al estado afectivo) queda subordinada a A2 (enlace causal). Esta intervención condujo a que Corina expusiera el conflicto con su novio, en que prevaleció FG en los actos del habla. En el tercer momento la terapeuta realizó una única intervención en que O2 ocupaba el lugar prevalente, referida a la relación de la paciente con su novio. Este tipo de intervención promovió en la paciente el mayor énfasis en sus actos del habla O2, centrados en el amor y la comprensión. Entonces la terapeuta cambió su orientación hacia A2, privilegiando el pensar juntas o bien sobre la relación entre Corina y el novio o bien sobre el novio.

### Sobre la relación paciente-terapeuta

Las intervenciones centrales de la terapeuta aparecen básicamente a partir del tercer momento de la sesión, y tuvieron respuestas diversas. La primera intervención central fue del tipo O2, referida al sentir de la paciente en relación con el novio. Ante la escalada de argumentos O2 de la paciente (centrados en el amor y la comprensión), la terapeuta pasó a realizar intervenciones del tipo A2 enfatizando la reflexión (pareciera que cada uno tiene una forma de entender la situación, etc.) compartida sobre lo que le pasaba con el novio. La respuesta de la paciente consistió en una combinación entre A2, FG y O2, cuyo centro era el argumento amoroso, el sufrimiento y la compasión.

Ante ello, en el cuarto momento, la terapeuta realizó un cambio en cuanto al tipo de intervenciones A2: sustituyó el énfasis en el pensar compartido por mandatos concretos, centrados en que Corina debía ocuparse de sí misma. La paciente respondió usando las dramatizaciones (FG) para aceptar lo que la terapeuta proponía, y sustituyendo la argumentación centrada en la comprensión (O2) por otra en que predominaba LI y algunas denuncias (A1) del maltrato por el novio, lenguaje que resultó dominante.

En el quinto momento en la terapeuta prevaleció A1. A2 (enlaces causales, objeciones) quedó al servicio de A1. La paciente respondió con dramatizaciones (FG) y objeciones (A2), combinadas con alusiones a los estados afectivos (O2), siendo este último lenguaje el dominante.

En el sexto momento en la terapeuta aparecieron dos tipos de intervenciones A2. Por un lado, el establecimiento de nexos causales (entre lo que le pasaba con el novio y lo que ocurría en la propia familia de Corina) y por otro lado la insistencia en una reflexión conjunta sobre lo que ocurría en otros (ahora entre sus padres, del mismo modo que antes en el novio). La paciente tendía a cuestionar las intervenciones de la terapeuta apelando a relatos de hechos concretos (A2), dramatizaciones (FG) y referencias a estados afectivos.

En el séptimo momento la terapeuta volvió a recurrir a intervenciones A2 para insistir en la reflexión conjunta. La paciente acordó con ella.

En suma, la terapeuta tuvo tres tipos de intervenciones centrales: O2, A1 y A2. La intervención central O2 (tercer momento) condujo a que la paciente desatase una escalada de actos del habla del mismo tipo. Las intervenciones A1 (de denuncia del novio) fueron respondidas por la paciente con una aceptación que homologaba a la terapeuta con otros personajes hostiles hacia Francisco. Las intervenciones A2 tuvieron una suerte más matizada. Algunas

de ellas consistieron en conjeturas abiertas (por ejemplo, “no es por eso que tus padres siguen juntos”), que constituían incitaciones a pensar. Otras consistían en ciertos mandatos acordes con una ley: “considerate más a vos misma”. Otras, por fin, eran nexos (entre lo que le pasaba a Corina con su novio y la situación en su propio hogar, sobre todo con la madre). Solo al aparecer estas últimas surgió el rechazo de la paciente hacia las intervenciones de la terapeuta.

Resulta notable que, en el nivel de los actos del habla, la paciente conservase a lo largo de la sesión defensas exitosas, sobre todo la desmentida, acompañante de O2 (momentos segundo, tercero, cuarto y sexto) o de A1 (momento quinto), salvo al terminar la sesión.

Podemos inferir que las escenas desplegadas en sesión se asemejaban a algunas que la paciente relató. a) El intercambio cuando la terapeuta recurrió a la Estrategia II era equiparable a las escenas en que los amigos denunciaban infructuosamente que Francisco era pernicioso para Corina. El intercambio cuando la terapeuta recurrió a la Estrategia I, sobre todo en el momento tercero, era equiparable a las escenas en que los amigos pretendían pensar junto con la paciente sobre los problemas del novio.

El repertorio de intervenciones de la terapeuta no resultó suficiente para lograr que hubiera un cambio en la desmentida exitosa de la paciente en la sesión. El cambio en la defensa (momento séptimo) consistió en una modificación del estado de la desmentida, de exitosa a fracasada, y no en una sustitución por una defensa más benigna.

#### Erogeneidades, defensas y estados en la paciente e intervenciones de la terapeuta (solo centrales)

	<u>Paciente</u>		<u>Terapeuta</u>
	Defensa	Estado	Estrategia I
<u>Primer momento</u> FG	Represión	Exitoso	-----
<u>Segundo momento</u> FG	Represión	Exitoso	O2
<u>Tercer momento</u> O2	Desmentida	Exitoso	A2 a
<u>Cuarto momento</u> A1	Desmentida	Exitoso	A2 b
<u>Quinto momento</u> O2	Desmentida	Exitoso	Estrategia II A1
<u>Sexto momento</u> O2	Desmentida	Exitoso	Estrategia I A2 c
<u>Séptimo momento</u> O2	Desmentida	Fracasado	A2 a

#### IV. Discusión

##### IV. 1. Sobre la sesión

##### Sistema defensivo de la paciente

Advertimos que durante la sesión en la paciente prevaleció una combinación de defensas exitosas prácticamente sin fisuras. La principal defensa era la desmentida, sobre todo combinada con O2 (una posición sacrificial basada en argumentos que destacaban el amor y la comprensión), y,



de manera esporádica, con A1 (denuncia del abuso sufrido por parte del novio). Lo desmentido, sobre todo cuando predominaba O2, era el sentimiento de inferioridad, el juicio de que era una inútil, y precisamente la posición sacrificial tenía como meta refutar dicho juicio. Como complemento de esta desmentida exitosa hallamos una represión de diferentes deseos: A2 (deseo de dominar una realidad por aprehenderla cognitivamente), FU (deseo ambicioso, de avanzar por nuevos terrenos y conquistarlos) y FG (deseo de embellecimiento al recibir un don identificatorio).

Estos deseos podrían sabotear su posición sacrificial al conducir a la paciente 1) a entender su relación con su familia originaria y con su novio y en consecuencia a tomar decisiones autónomas (A2), 2) a desarrollar proyectos propios pese a la angustia despertada por los riesgos de las situaciones imprevistas y lo desconocido (FU), y 3) a emprender la búsqueda de un vínculo de pareja donde desplegar sus aspiraciones a una armonía compartida gracias a la procreación (FG). En realidad, estos tres tipos de deseo eran lo que la paciente sacrificaba, en el contexto de una desmentida exitosa. La represión de dichos deseos era, pues, el complemento de la desmentida, a la que apuntalaba. Esta represión complementaria de la desmentida también era exitosa, salvo respecto de uno de estos deseos, el FU; entonces la defensa fracasaba. Sin embargo, el peso de FU en el conjunto era minoritario, y el sistema defensivo parecía constituir un bloque compacto, con fisuras poco significativas. De hecho, la paciente mantuvo el mismo grupo de defensas centrales con idéntico estados, a lo largo de la sesión.

Con todo, en el cierre de la hora se produjo un quiebre, ya que en la paciente O2 se combinó con una desmentida fracasada. El cambio en el estado de la defensa central no pareció derivar de las intervenciones de la terapeuta sino más bien del hecho de que terminaba la hora, y por lo tanto habría un cambio. La escena, en que la paciente se autocalificaba como loca, parecía coincidir con una escena relatada, en que a la paciente la “agarró una locura” de irse a vivir sola, proyecto que luego abandonó ante las promesas matrimoniales del novio. De hecho, la paciente solo concurrió a una segunda sesión y luego abandonó el tratamiento, quizá otra vez dejándose “convencer” por las promesas del novio, en el marco de la ilusión sacrificial.

### Árbol de decisiones clínicas

La terapeuta tuvo dos estrategias clínicas. Una de ellas, prevaleciente, estuvo centrada en A2. Otra, intercalada y minoritaria, estuvo centrada en A1. Esta última resultó fracasada, mientras que la primera tuvo suerte diversa, ya que la terapeuta recurrió a varias clases de intervenciones A2. Entre ellas, las que parecieron más pertinentes para conmover el sistema defensivo de la paciente, fueron las que enfatizaron nexos. Sin embargo, la orientación clínica de la terapeuta fue algo errática, ya que solo comenzó a apelar a estas intervenciones en un tramo muy avanzado de la sesión, y hacia el final de la hora reaparecieron intervenciones A2 no pertinentes (énfasis en el pensar compartido). Se daba pues una combinación compleja entre un andamiaje defensivo sólidamente exitoso y una estrategia clínica de la terapeuta en que se combinaban aciertos y desaciertos, y que culminó con una intervención poco pertinente.

Resulta llamativo además que la terapeuta pasara a la Estrategia II, en que predominó A1 (quinto momento), luego de que, por única vez, en la

paciente prevaleció A1 en lugar de O2 (cuarto momento). Es decir que esta prevalencia de A1 en la paciente actuó como detonante para que la terapeuta desplegara una serie de actos del habla del mismo tipo. Claro que lo que en la paciente fue un único acto del habla A1 (cierre del momento cuarto) resultó multiplicado en la terapeuta (a lo largo de todo el momento quinto).

#### IV. 2. Comparación entre terapeutas

##### Hallazgos precedentes

Al estudiar primeras sesiones de un mismo terapeuta (Terapeuta A) con cuatro pacientes diferentes (adultos, entre 35 y 45 años) de aproximadamente un mismo periodo, llegamos (Maldavsky, Buceta, de Durán, Cantis, García Grijera, 2006) a ciertas conclusiones referidas a 1) las secuencias de intervenciones clínicas, 2) la contra transferencia, 3) los riesgos de atrapamiento clínico y la defensa, 4) la seriedad de los errores clínicos. A ello le agregamos los hallazgos del estudio (Maldavsky, Aguirre, García, Lusim, Rodríguez Calo, 2006) de la primera sesión de otro terapeuta (Terapeuta B).

##### 1. Secuencia de intervenciones clínicas

a) el terapeuta posee una secuencia de pasos prototípicos. Primero formula intervenciones introductorias (A2: demanda de información, FU: acompañamiento), luego realiza intervenciones centrales (primero O2: referencia a los estados afectivos, y luego A2: establecimiento de nexos causales, relaciones “si... entonces”, etc.). Esta secuencia puede resultar o no coincidente con los requerimientos clínicos del caso. Cuando no se da dicha coincidencia, el terapeuta puede rectificarse más fácilmente en algunos tramos que en otros de sus pasos sucesivos.

b) Esta secuencia de pasos tiene además agregados, algunos de los cuales pueden ser clínicamente perturbadores y otros no.

c) Esta secuencia de pasos tiene también sus variaciones, en el sentido de una mayor o menor insistencia en alguno de sus componentes. A su vez, tales variaciones pueden o no ser clínicamente pertinentes.

##### 2. Sobre la complementariedad estilística

La propuesta de Liberman sobre la complementariedad estilística óptima entre paciente y terapeuta queda solo parcialmente confirmada. En algunos aspectos requiere de una revisión y en otros no hemos podido ponerla a prueba. Respecto de FU hemos advertido que, si bien O1 puede resultar pertinente, este lenguaje se combina con A2, al cual le aporta una complementación importante. También advertimos que, cuando prevalecen rasgos patológicos de carácter en los actos del habla y las defensas correspondientes son exitosas, el terapeuta puede recurrir a A2 (para cuestionar la escena que el paciente despliega en sesión) seguido de A2. El tandem A1-A2 puede estar entonces al servicio de conmovir una defensa caracterológica exitosa desplegada en la sesión.

##### 3. Contratransferencia

La contratransferencia es promovida por ciertos actos del habla del paciente, que se combinan con procesos desiderativos e identificatorios en el terapeuta.

##### 4. Los atrapamientos clínicos y la defensa

Las intervenciones desafortunadas del terapeuta, combinadas con ciertos actos del habla del paciente, pueden conducir a un atrapamiento clínico. En este callejón sin salida, el terapeuta puede quedar atrapado al ocupar inadvertidamente la posición de un personaje en una escena traumatizante del

mundo psíquico del paciente. Es posible llegar a estas conclusiones al comparar ciertas escenas relatadas por el paciente con los actos del habla intercambiados durante la sesión. Las escenas relatadas constituyen orientadoras para dotar de significatividad a dichos intercambios entre paciente y terapeuta.

5) Es posible distinguir tipos de errores clínicos del terapeuta tomando en cuenta: 1) su insistencia y 2) la función que posee la intervención errónea (introdutoria, central, complementaria).

Son más serios los errores clínicos cuando predomina en el paciente la combinación entre 1) una duradera desmentida o desestimación de la realidad y la instancia paterna (promotoras de rasgos patológicos de carácter) y 2) la desestimación del afecto.

#### IV. 2. Hallazgos actuales

En el presente estudio nos fue posible advertir que la paciente promueve en la terapeuta el desarrollo de actos del habla A1 (denuncia), pero dirigidos hacia Francisco, y no hacia el modo en que la paciente misma se instala en sesión. Las intervenciones A1 de la terapeuta tendían a dejarla ubicada (de manera inadvertida para ella) como un personaje en una escena traumatizante de la paciente, como la de sus amigos y su madre, que odiaban a Francisco.

Por otra parte, el estudio del discurso de la terapeuta nos llevó a categorizar diferentes tipos de intervenciones centrales A2: a) las que proponen una reflexión compartida, b) las que convocan a la paciente a centrarse en ella misma, y no en los otros y c) las que establecen nexos causales. Las intervenciones del tipo b y c parecieron las más pertinentes, aunque la terapeuta pareció preferir las de tipo a, más ambiguas y abiertas a la contribución posterior de la paciente.

Se advierte que el discurso sacrificial de la paciente, en que esta se centra en el novio más que en ella misma, tiene como complemento a) la intervención O2, b) las intervenciones A2 que proponen pensar en sesión de un modo algo indefinido (sobre todo poniendo el acento en terceras personas) y c) las intervenciones A1 (de denuncia contra el novio) de la terapeuta. Este conjunto de intervenciones centrales es no solo numéricamente prevalente (65% del total) sino que cierra la sesión y por lo tanto da una tónica global al conjunto.

Esta comprobación nos lleva a concluir que es necesario complementar algo más la propuesta de Liberman sobre las intervenciones A2, cuando en el paciente prevalece O2, sobre todo cuando este lenguaje del erotismo va acompañado de una desmentida exitosa. Entre estas intervenciones A2, las que antes describimos como tipo a (que enfatizan el trabajo de pensamiento en común y la actividad pensante del terapeuta) pueden tener un valor introductorio, pero las intervenciones centrales constituyen órdenes concretas (intervenciones tipo b) o tienden a establecer nexos (intervenciones tipo c), en particular vínculos causales. De hecho, algo similar describía Liberman, cuando sostenía que una intervención A2 comenzaba con una descripción que el terapeuta hacía de su propia actividad intelectual para luego formular lo nuclear de su propuesta. Por ejemplo: "Luego de haber escuchado lo que dijo hace un momento, en que usted estuvo centrado en los reproches que nunca le dijo a su tío, recordé el silencio del final de la hora anterior y relacioné ambas situaciones con el hecho de que estamos en el aniversario del suicidio de su

padre. Parece haber una relación entre este aniversario y su tendencia a replegarse en un mutismo apaciguador y rencoroso”, etc. En consecuencia este comentario sobre los tipos de intervenciones A2 no cuestiona la propuesta de Liberman sobre la complementariedad estilística para O2, sino que la refina.

Este caso parece al menos exigir mayor refinamiento a las hipótesis preexistentes sobre complementariedad estilística. En efecto, uno de los casos estudiados previamente parecía corroborar la hipótesis de Liberman de que el complemento óptimo de O2 es A2, mientras que con Corina, en quien prevalece O2, las intervenciones A2 del terapeuta parecen solo parcialmente pertinentes. Tal vez haya que tomar en cuenta no solo la erogeneidad prevalente (en este caso O2) sino también el estado de la defensa. En el caso estudiado previamente la defensa acompañante de O2 en los actos del habla era fracasada, mientras que en Corina es exitosa. Entonces quizá sea conveniente recurrir a un tandem A1-A2 de intervenciones centradas en la transferencia. Las intervenciones A1 pueden tender a denunciar la posición inamovible de la paciente, y las A2 a destacar que en estas condiciones el trabajo clínico resulta obstaculizado.

Respecto de la secuencia de pasos prototípicos en las intervenciones de la terapeuta, podemos advertir que se da, como en otras ocasiones, un pasaje desde el contacto (FU) y los pedidos de información (A2), como intervenciones introductorias, hasta las intervenciones O2 y A2, como intervenciones centrales. Sin embargo, advertimos también algunas diferencias. Por un lado, la terapeuta realiza una muy breve intervención O2, no centrada en la transferencia (qué sentís ahora) sino en la relación entre la paciente y su novio (qué sentís hacia Francisco). La respuesta de la paciente, consistente en una escalada O2, lleva a la terapeuta a realizar intervenciones A2. Algo similar ocurrió con el Terapeuta A con una paciente en la cual se daba una prevalencia de O2: cuando realizó una intervención central en esta misma orientación (O2), la paciente incrementó este lenguaje del erotismo y la correspondiente defensa patógena, por lo cual el terapeuta pasó a realizar intervenciones A2. En este punto, la terapeuta de Corina pudo rectificarse rápidamente.

Un agregado de la Terapeuta C consistió en intervenciones A1, pero no referidas a la relación terapéutica, en la tentativa de cuestionar una estrategia defensiva de la paciente, sino referidas al modo como el novio la maltrataba. Este agregado, que tuvo una cierta extensión, no resultó pertinente.

Respecto de la complementariedad estilística, parece ser necesario refinar dos aspectos de la propuesta de Liberman. Por un lado, no parece suficiente considerar cuál es la erogeneidad dominante (en este caso, O2) sino también la defensa y su estado (en este caso, desmentida patógena exitosa). Cuando prevalece esta defensa en el nivel de los actos del habla, entonces parece útil que el terapeuta realice un tandem de intervenciones A1 (centradas en lo que el paciente hace al hablar)-A2 (referidas a las condiciones en que es posible el trabajo terapéutico). Sin embargo, parece necesario matizar algo más esta conclusión. En el caso en que el tandem A1-A2 resultó eficaz, la desmentida exitosa se combinaba con una desestimación fracasada, con lo cual se daba una cierta grieta en el sistema defensivo, mientras que en el caso de Corina tanto la desmentida cuanto la desestimación del afecto eran exitosas. Por otro lado, parece necesario distinguir entre tipos de intervenciones A2, ya que algunas de ellas, enfatizando el pensar, pueden tener más bien un valor introductorio, y otras, como el establecimiento de nexos

causales, etc., poseen un valor central. Si un terapeuta formula intervenciones centrales en que solo enfatiza el pensar, estas pueden resultar insuficientes, y en ese sentido poco pertinentes.

Respecto de la contratransferencia, se advierte una vez más cómo es promovida por los actos del habla de un paciente. Aunque en este caso no contamos con el testimonio de la terapeuta, podemos inferir que, al menos durante un periodo, despertaron en ella sentimientos hostiles hacia el novio de Corina. En esta situación, la terapeuta se identificó con las amigas de la paciente y con un sector de la paciente misma, que esta pretendía transformar en posición sacrificial.

También es posible advertir en este caso cómo paciente y terapeuta quedan inmersas transitoriamente en un atrapamiento clínico, en que la terapeuta ocupó transitoria e inadvertidamente la posición de un personaje en una escena traumatizante de la paciente.

También es posible evaluar los errores clínicos de la terapeuta considerando su insistencia y su función. Si tomamos en cuenta las intervenciones centrales, advertimos que solo el 35% de estas resultaron pertinentes (intervenciones A2b y A2c). También se reitera el hecho de que los errores clínicos de la terapeuta son inducidos por defensas patógenas como la desmentida, sobre todo cuando esta resulta exitosa.

Otro aspecto llamativo de la sesión es que, al realizar el análisis del relato, nos encontramos con muy variadas secuencias narrativas, a diferencia de lo que ocurre con otros pacientes, que describen menos escenas durante mayor tiempo. Este rasgo del discurso de Corina nos condujo a hacer un análisis de cada secuencia narrativa, para luego realizar una doble reducción de la variedad: por un lado, un estudio estadístico y por otro un análisis lógico del conjunto. Al reunir ambos análisis pudimos advertir que la erogeneidad dominante y la defensa eran en ambos casos las mismas, pero que el estado de la defensa quedaba más claramente evidenciado en el análisis lógico.

## V. Conclusiones

Además de corroborar varios de los hallazgos precedentes, esta investigación permite realizar nuevos avances, referidos a las intervenciones A2, a la complementariedad estilística y las defensas y al análisis de los relatos con el ADL.

Es posible distinguir entre diferentes tipos de intervenciones centrales A2. Entre ellas figuran 1) promotoras del pensar compartido durante la sesión, 2) órdenes concretas, 3) establecimiento de nexos. Pueden aparecer otras más, como la referida al establecimiento de un orden jerárquico, etc. Entre estas intervenciones A2, algunas parecen más pertinentes que otras como intervenciones centrales complementarias de O2.

Respecto de la complementariedad estilística, la consideración del tipo de erogeneidad prevalente en el paciente parece no ser el único aspecto por tomar en cuenta. Parece necesario, además, tomar en cuenta cuál es la defensa, cuál es su estado y la existencia o no de grietas en el sistema defensivo global.

En cuanto al análisis del relato con el ADL, se hizo necesario recurrir a un doble trabajo de reducción (estadística y lógica) de las numerosas narraciones aportadas por la paciente. También en esta oportunidad se advierte la ductilidad del método para encarar problemas complejos.

## Bibliografía

- Almasia, A. (2001) Estudio exploratorio del lenguaje en sujetos con apego a Internet. Tesis de la Maestría en Problemas y Patologías del desvalimiento, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Alvarez, L. (2001) Investigación psicoanalítica del lenguaje en pacientes Psoriásicos, Tesis de la Maestría en Problemas y Patologías del desvalimiento, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Alvarez, L., Maldavsky, D., Neves, N., Roitman, C., Tate de Stanley, C. (2004) "Analysis of the erogeneicities and the defenses in the second session of Amalie, applying the David Liberman algorithm (DLA)", SPR Meeting, Roma, 2004.
- Buceta, C., Alvarez, L., Cantis, J., de Durán, R., García Grigera, H., Maldavsky, D., (2004) "The trees of clinical decisions of the same therapist with different patients during the first session", SPR Meeting, Roma, 2004.
- Freud, S. (1926d) Inhibición, síntoma y angustia, en AE, vol. 20.
- Goldberg, J. (2002) El lugar del ADL en la clínica psicoanalítica con niños. Tesis de la Maestría en Problemas y Patologías del desvalimiento. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, en curso.
- Kazez, R. (2002) Estudio exploratorio del lenguaje en dos momentos de un tratamiento psicoterapéutico. Tesis de la Maestría en Problemas y Patologías del desvalimiento, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Maldavsky, D. (1992) Teoría y clínica de los procesos tóxicos, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- (1995a) Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996.
- (1998) Casos atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1999.
- (1999) Lenguaje, pulsiones, defensas, Nueva Visión, 2000.
- (2001a) Sobre la investigación clínica en psicoanálisis: deslinde de una perspectiva, Subjetividad y procesos cognitivos, 1, 128-158. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Buenos Aires, 2001
- (2001b) Complejizaciones teórico-metodológicas en psicoanálisis, Revista de Psicoanálisis, número especial internacional, 8, 277-311.
- (2002a) Análisis computacional del lenguaje desde la perspectiva psicoanalítica, editado en CD-Rom.
- (2002b) Sobre el cambio en las defensas en la Hora Cinco ("Specimen hour"). Investigación clínica con el algoritmo David Liberman, Intersubjetivo, 4, 2, 13-44, Madrid.
- (2003a) A contribution to the development of a psychoanalytical methodology for research into language.

- A systematic study of narration as an expression of sexuality, International Journal of Psychoanalysis, 3, 607-635.
- (2003b) La investigación psicoanalítica del lenguaje: algoritmo David Liberman, Buenos Aires, Editorial Lugar.
- (2003c) La estructura-frase y la metodología de la investigación del discurso desde la perspectiva psicoanalítica. Sobre el valor de los componentes paraverbales, Subjetividad y procesos cognitivos, 3, 58-100.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A.M., Buceta, C., Bustamante, B., Cantis, J., Cusien, I., de Durán, R., Follmann, A., García Grigera, H., Garzoli, E., Goldberg, J., Iusim, M., Kazez, R., Legaspi, L., Manson, M., Miceli, G., Neves, N., Rembado, J.M., Rodríguez Calo, M., Roitman, C.R., Romano, E., Tarrab, E., Tate de Stanley, C., Widder, F.
- (2005) Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA), UCES ed., Buenos Aires.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A. Ma., Buceta, C., Cantis, J., de Durán, R., Cusien, I., Falise, C., Frigerio, R., García, K., García Grigera, H., Garzoli, E., Iusim, M., Jarast, G., Kazmierski, J., Lacher, G., Manson, M., Neves, N., Plut, S., Rodríguez Calo, M., Roitman, C., Romanisio, O., Scilleta, D., Sloin de Berenstein, R., Tarrab, E., Tate de Stanley, C., Varela, R. (2006) La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL), Editorial Lugar, Buenos Aires, en prensa.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., García, K., Iusim, M., Rodríguez Calo, M.
- (2006) "Sobre la subjetividad del analista en la sesión: estudio con el algoritmo David Liberman", en prensa.
- Maldavsky, D., Almasia, A. (2002) Análisis con el algoritmo David Liberman del discurso de un paciente con apego a Internet, Subjetividad y procesos cognitivos, 4.
- Maldavsky, D.; Alvarez, L.; Neves, N.; Roitman, C. R.; Tate de Stanley, C.
- (2003a) El ADL y el análisis de las vicisitudes transferenciales en los inicios de un tratamiento psicoterapéutico, Intersubjetivo, 5, 3.
- (2003b) El ADL y la investigación de la subjetividad del analista, Investigaciones en Psicología, 9, 1.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Iusim, M., Legaspi, L., Rodríguez Caló, M., Tate de Stanley, C., (2004) The trees of clinical decisions and the erotic countertransference. A study with David Liberman algorithm, SPR Meeting, Roma, 2004.
- Maldavsky, D. , Bodni, O., Cusien, I., Lambersky de Widder, F., Roitman, C., Tamburi, E., Tarrab de Sucari, E., Tate de Stanley, C., Truscello de Manson, M.
- (2000) Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas, Nueva Visión, 2001.
- Maldavsky, D., Buceta, C., de Durán, R., Cantis, J., García Grijera, H.
- (2006) "Cuatro primeras sesiones de un mismo terapeuta. Una investigación sobre la contratransferencia, los árboles

- de decisiones clínicas y la complementariedad estilística aplicando el ADL (algoritmo David Liberman)”, inédito.
- Maldavsky, D.; Cusien, I.; Roitman, C. R., Tate de Stanley, C. (2003) Investigación sobre las defensas y sus cambios en pacientes esquizofrénicos, Congreso de la SPR, Weimar, 2003.
- Maldavsky, D., Tebaldi, S.M, Cusien, I., Groisman, R., Pereyra, F. (2001) Investigación de las defensas en el discurso del paciente con el método de Perry y el ADL, Research Project, UCES, Buenos Aires.
- Maldavsky, D. y Truscello de Manson, M. (2002) Sobre la investigación de las estructuras-frase como expresión de la erogeneidad, Congreso de FEPAL, Uruguay, 2002.
- Mc Dougall, J. (1989) Teatros del cuerpo, Madrid, Julián Yébenes, 1991.
- Romano, E., Maldavsky, D. (2004) Psychotherapy treatment focused in a tattooed patient. The David Liberman Algorithm Method (ADL), SPR Meeting, Rome, 2004.