TRES INVESTIGACIONES SOBRE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE MARÍA

Presentación

Hemos reunido en este sector del presente número tres trabajos que toman como objeto el mismo material clínico. Los tres trabajos forman parte SMBP (Salamanca-Madrid-Barcelona [España]) investigación en psicoterapia psicoanalítica, coordinado por el Prof. Alejandro Ávila Espada (Universidad de Salamanca), y realizado conjuntamente con los Profs. Gerardo Gutiérrez, Mercé Mitjavila y Joaquin Poch (+) desde 1998 hasta el presente. El Proyecto SMBP en su primera fase se ha realizado con la ayuda de los fondos de investigación recibidos del Research Advisory Board of The International Psychoanalytical Association (IPA) conjuntamente con el IPA Research Committee and Executive Committee (Enero, 1999; renovado en convocatoria competitiva en Junio de 2000) y ha contado con una Beca del Plan de Formación del Personal Investigador del Ministerio de Educación y Cultura de España y apoyo complementario de ayudas de investigación de la Universidad de Salamanca.

Dos de los trabajos ("El Método del Plan de Acción Latente del Terapeuta (TLAP). Un nuevo método para predecir la contribución cualitativa del terapeuta al resultado del tratamiento", Alejandro Ávila-Espada y Merce Mitjavila, y "Una investigación sobre foco y proceso en psicoterapia: problemas y consideraciones", Dr. Gerardo Gutiérrez, Lcda. Florencia Iturriza, Lcdo. Octavio Finol) provienen de sendos equipos españoles de investigación. El tercero, en cambio, corresponde al equipo argentino, el cual se integró al proyecto, por invitación del Dr. Avila Espada, cuando ya estaba avanzado.

Esta publicación de los tres trabajos podría consistir en el primer paso para ulteriores intercambios ya que las investigaciones, pese a tener objetivos generales comunes, enfocan problemas parcialmente diferentes con métodos igualmente diferentes.

D.M.

EL MÉTODO DEL PLAN DE ACCIÓN LATENTE DEL TERAPEUTA (TLAP) UN NUEVO MÉTODO PARA PREDECIR LA CONTRIBUCIÓN CUALITATIVA DEL TERAPEUTA AL RESULTADO DEL TRATAMIENTO¹

Alejandro Ávila-Espada² y Merce Mitjavila³

Resumen

En la investigación reciente ha emergido con claridad la necesidad de desarrollar un método que nos permita establecer inferencias empíricas sobre la forma en que el terapeuta elabora su plan estratégico de tratamiento. Este Plan del Terapeuta es en gran medida implícito y opera como un plan de acción latente natural, influido por la teoría, las directrices técnicas y el estilo personal. Este trabajo muestra las principales características, el procedimiento y las dimensiones principales de un nuevo método utilizado para desarrollar inferencias "naturalistas" sobre el Plan de Acción Latente del Terapeuta (TLAP) en determinado terapeuta.

El procedimiento incluye los siguientes pasos: 1) Identificar y valorar las intervenciones tal como se producen (tanto con o sin ayuda de un sistema categorial); 2) Describir el estilo técnico que de hecho utiliza el terapeuta; 3) Inferir su Plan de Acción Inicial. Comenzaremos nuestro trabajo con la hipótesis de que en las cinco primeras sesiones el terapeuta ha hecho explícito su Plan de Acción, y o bien nosotros podemos inferirlo de su Estilo Personal, o bien a partir de la clase de intervenciones que utiliza (Estilo Técnico). Nuestro objetivo es formular un TLAP que incluya: I. Estilo guiado por la técnica. II. Estilo personal del terapeuta, que mejora o completa las orientaciones técnicas que sigue. III. Estilo personal del terapeuta que podría suponer una interferencia negativa.

Como principales áreas a explorar se han propuesto nueve grupos de categorías de funciones técnicas y ocho grupos de categorías de contenido, con un total de 63 categorías simples. El principal método de análisis aplicado a este sistema categorial ha sido el análisis multivaríado, tomando como variables las categorías valoradas como presencia/ausencia, y como casos cada una de las 413 intervenciones del terapeuta durante las cinco primeras sesiones del caso objeto de estudio en el Proyecto SMBP (Ávila et al, 1998). La principal característica del método es que la estructura jerárquica detectada al principio del tratamiento puede ser contrastada con la de los siguientes períodos del tratamiento, lo cual facilita un mapa de los cambios estratégicos en la técnica a lo largo del tratamiento. Se han utilizado

España y apoyo complementario de ayudas de investigación de la *Universidad de Salamanca*.

² Catedrático de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos (Universidad de Salamanca). Director de la Unidad de Investigación en Psicología Clínica y Psicoterapia. Vice-Presidente de Quipú, Instituto de Formación en Psicoterapia Psicoanalítica y Salud Mental. E-Mail: avilespa@arrakis.es.

_

¹ Este trabajo se ha realizado con la ayuda de los fondos de investigación recibidos del Research Advisory Board of The International Psychoanalytical Association (IPA) conjuntamente con el IPA Research Committee and Executive Committee (enero, 1999; renovado en convocatoria competitiva en junio de 2000). Este proyecto ha recibido tambien una Beca del Plan de Formación del Personal Investigador del Ministerio de Educación y Cultura de

³ Profesora Titular de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos (Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Psicología de la Salud). E-Mail: mmitjavila@seneca.uab.es

estrategias de validez concurrente contrastando las inferencias TLAP con el método AIRS (Klug & Huber, 1997) con resultados satisfactorios. Se sugiere utilizar también el método CAPS (Vaughan et al., 1997) en la validación de las intervenciones interpretativas.

Palabras Clave

Variables del Terapeuta; Investigación del Proceso Terapéutico; Plan de Acción Latente del Terapeuta (TLAP)

Summary

The need to develop a method that allows to establish empirical inferences about the way that therapist uses to set his strategic plan of treatment has arisen clearly in recent research. This Therapist' Plan is implicit at a great extent and operates as a naturalistic latent action plan, influenced by theory, technical matters and personal style. This paper shows the main characteristics of a new method used to develop "naturalistic" inferences about the Therapist' Latent Action Plan (TLAP) in a given therapist, its procedure and its principal dimensions.

The procedure includes the following steps: 1) To rank the therapist' interventions as they come up (with or without categorial scheme aid); 2) To describe the factual technical style from the therapist himself; 3) To infer the Initial Action Plan. We start with the hypothesis that in the first five sessions the therapist has made explicit his Action Plan or we can infer it from his Personal Style or from the kind of interventions he uses (Technical Style). Our goal is to formulate a TLAP that include: I. Technical-Guided Style. II. Personal style of the therapist, that improves or completes technical orientations. III. Therapist personal style, which could be a negative interference.

Nine groups of technical functions categories and eight groups of content categories have been proposed as the main areas that can be explored, that is a whole of 63 single categories. Multivariate analysis was the main procedure applied with this category system, taking as variables the categories rated as presence/absence, and each of the 413 therapist' interventions from the five first psychotherapy sessions of the case object in the SMBP project (Ávila et al, 1998), considered as cases. The main feature of this method is that the hierarchical structure detected at the beginning of the treatment could be contrasted with those of later periods of treatment, facilitating a map of strategic changes in technique during the treatment. Concurrent validity strategies have been used contrasting TLAP inferences with AIRS method (Klug & Huber, 1997) with satisfactory results. CAPS (Vaughan et al., 1997) method could be also used for the validation of interpretive interventions.

Key Words:

Therapist' variables; Psychotherapy Process Research, Therapist' Latent Action Plan (TLAP)

Planteamiento inicial

El estudio natural del estilo de las intervenciones del terapeuta y su contribución singular al cambio terapéutico es ahora uno de los focos de

atención en la investigación en psicoterapia. La mayor parte de la investigación realizada hasta el presente asume que, en un tratamiento, el terapeuta desarrolla acciones que están determinadas por la teoría y la técnica que ha incorporado en su formación y experiencia, las técnicas concretas elegidas para cada caso en función de su singularidad (si el formato del tratamiento permite esos ajustes), además del peso que tienen los "factores comunes" presentes en la conducta y actitudes propios del desempeño del rol de ayuda o terapéutico (Frank, 1961). La pretensión de controlar las variables de tratamiento llevó a los investigadores a desarrollar estrategias "manualización" (según lo cual el terapeuta habría de comportarse idealmente de acuerdo a las especificaciones de un manual operacional, propio de su enfoque teórico y de las características clínicas "paciente x trastorno"). Complementariamente, la investigación sobre factores comunes y el componente placebo intentaba encontrar dimensiones generales que mostrasen empíricamente la contribución singular del terapeuta y de las expectativas depositadas por el paciente en aquel y en el tratamiento. Lambert, Shapiro y Bergin (1986) resumieron esta posición en su bien conocida fórmula de los "ingredientes del cambio". Se estimó en un 30% el peso de los "factores comunes", la remisión espontánea se situó en un 40%, el efecto placebo en un 15% y la aportación específica técnica del tratamiento en el 15% restante. Nuestra aportación en este trabajo intenta ofrecer un camino para la exploración de los componentes singulares que aporta el terapeuta tanto en su idiosincrásico despliegue de los "factores comunes", como a través de la identificación de la forma en que utiliza instrumentalmente las técnicas de tratamiento.

En el curso del Proyecto SMBP⁴, en torno al estudio empírico del caso de la "Publicitaria", detectamos la necesidad de conocer mejor las características de las intervenciones del Terapeuta, con independencia de la teoría de la técnica en psicoterapia psicoanalítica, marco referencial asumido por el terapeuta del caso. Es decir, se trataba de explorar, con la mayor libertad posible, las características del estilo personal del terapeuta, sus consistencias e inconsistencias, tal como se daba de hecho a lo largo de las sesiones. Para lograrlo hubimos de desarrollar un nuevo método, que se expone a continuación, que nos permitiese acercarnos heurísticamente al estudio del estilo personal del terapeuta, deslindando si es posible la contribución de la técnica asumida y la aportación de aquel al progreso (o no) del tratamiento.

Inevitablemente, como le sucede al terapeuta en el desempeño de su papel, la teoría de la técnica contaminó nuestras propuestas. Nuestra pretensión era eludir el peso de la teoría en la identificación de los fenómenos en los que participa-contribuye el terapeuta, pero no podíamos evitar que surgiesen en la descripción o interpretación de los fenómenos del comportamiento en sesión las categorías técnicas clásicas, que continúan

⁴ El Proyecto SMBP (Salamanca-Madrid-Barcelona-Project) se desarrolla desde 1998, con el título "The effects of pscyhotherapist's plans and interventions on the psychotherapeutic process through the intensive and extensive analysis of a single case under psychotherapy psychoanalytically oriented" en la *Unidad de Investigación en Psicología Clínica y Psicoterapia* de la Universidad de Salamanca, patrocinado por el *Research Advisory Board* of the IPA, como proyecto coordinado con investigadores de otras universidades españolas –el prof. Joaquín Poch (U. Barcelona) (q.e.p.d.) y el prof. Gerardo Gutiérrez (U. Complutense)-, junto a los firmantes de este trabajo.

siendo los mejores elementos –aunque no los únicos- para reconocer los componentes de la actividad del terapeuta.

En una primera etapa de nuestro estudio pretendimos: 1) categorizar las intervenciones tal como surgían, con los menos a priorí teóricos posibles; 2) describir, sobre la base de esas categorías escogidas ad hoc, el estilo técnico propio del terapeuta; 3) posteriormente, si era posible, inferir mediante el análisis de contenido, su Plan Latente de acción inicial. Partíamos del supuesto de que en las cinco primeras sesiones el Terapeuta muy probablemente nos hace explícito a través de sus intervenciones cómo usa los elementos derivados de la teoría de la técnica en función del caso [Estilo técnico de Intervenciones], y también su contribución personal al tratamiento al margen de la técnica conocida [Estilo propio]. Ambos tipos de componentes integran la contribución del terapeuta, formando lo que podríamos denominar su Plan Latente de Acción, es decir la estrategia global que el terapeuta despliega de hecho con el paciente. Nuestro objetivo es tratar de identificar de manera fiable dicho Plan y sus componentes. Lo denominamos *Latente* porque está presente en el curso del tratamiento e integra sus ejes organizadores, pero no se formula explícitamente, por efecto de la teoría de la técnica en psicoterapia psicoanalítica, que evita concretarse en proposiciones concretas. Por otra parte asumimos que este Plan funciona como un a priori singular e idiosincrásico de cada terapeuta y, probablemente, de cada tratamiento.

Método

La primera disyuntiva por resolver fue decidir cómo categorizar las intervenciones del terapeuta. Teníamos varias opciones: a) utilizar alguno de los sistemas de categorización existentes, derivados de la teoría de la técnica en psicoterapia psicoanalítica (tal cual o mejorados); o b) derivar singularmente caso a caso las categorías, a partir de un análisis de contenido de las intervenciones del terapeuta, eludiendo, hasta donde fuese posible, el peso de la teoría. En una primera etapa de nuestro trabajo, optamos por la segunda opción, con la única consideración de distinguir entre: 1) las intervenciones en las que se notaba el peso de las proposiciones teóricas (es decir, "el terapeuta parece seguir elementos teóricos pre-definidos") y que cumplen una finalidad nominalmente conocida (instrumentos relevantes para la psicoterapia psicoanalítica); a este componente lo denominamos provisionalmente "Estilo de Intervenciones"; y 2) Intervenciones ajenas a la teoría o contradictorias con la teoría, a las que denominamos provisionalmente "Estilo Propio".

El material objeto de estudio fueron todas las intervenciones del terapeuta formuladas en las cinco primeras sesiones del tratamiento del caso⁵ objeto de investigación en el Proyecto SMBP. En una primera fase revisamos

⁵ El caso objeto de estudio en el Proyecto SMBP ha sido denominado: "La publicitaria". Se trata de una mujer joven, de 22 años de edad, que inició un tratamiento de psicoterapia orientada psicoanalíticamente que se extenderá durante seis años. El diagnóstico clínico que se estableció al inicio fue de *Trastorno de Personalidad Histriónico* (según criterios DSM-IV, cumpliendo también los criterios de Kernberg para la Organización de Personalidad Límite, nivel alto de funcionamiento). La joven acudió a consulta pidiendo ayuda para resolver sus conflictos de relación interpersonal, y para manejarse mejor en una amplia variedad de situaciones de su vida diaria (relación de pareja, entorno de trabajo, relaciones con sus padres, entre otros). Su autoconcepto y autoimagen eran deficitarios, mostrando cierta lábilidad del estado de ánimo, y episodios de crísis ansioso-depresivas.

las intervenciones de las tres primeras sesiones, utilizando un sistema de categorización *ad hoc*, autoderivado del análisis de contenido de cada una de las intervenciones del terapeuta, con la intención de explorar la posibilidad de construir categorías propias del estilo de cada terapeuta. En la segunda fase, partiendo de la experiencia adquirida, y ya con las cinco primeras sesiones, hemos optado por desarrollar un sistema categorial estable propio, inspirado parcialmente en sistemas previos de codificación de las intervenciones del terapeuta y del proceso analítico: el *Analytic Intervention Rating Scale* (AIRS) de Klug y Huber (1997), y el *Coding Analytic Process Scoring Sheet* (CAPS) de Vaughan et al (1997). Para su construcción hemos utilizado como referente en teoría de la técnica en psicoterapia psicoanalítica los trabajos de Sandler, Dare y Holder (1986); Killingmo, (1995); Aburto et al. (1999).

El nuevo sistema categorial, recibe la denominación de Sistema CTI (Coding Therapist Interventions) para la inferencia del TLAP (Therapist Latent Action Plan), el cual, en su primera versión⁶ (Ávila-Espada, 2000), aparece recogido en el Cuadro 1. Este sistema de categorización se ha aplicado a 413 intervenciones del terapeuta, que son todas las realizadas en las 5 primeras sesiones del tratamiento. Cada categoría se codifica como presencia-ausencia (valores 1, 0), y cada intervención es codificada con todas las asignaciones de valores para las categorías, de manera que cada intervención recoge valores de presencia-ausencia de todas las categorías posibles.

Una vez codificadas todas las intervenciones asignando valores para todas las categorías, se procede a analizar los datos de acuerdo a diferentes procedimientos. En primer lugar se procede a realizar un estudio descriptivo: Indicadores de frecuencia para el conjunto de las sesiones estudiadas y sesión por sesión, incluyendo gráficas de evolución por tipos de intervenciones (9 agrupaciones funcionales y 8 de contenido).

Posteriormente se exploran las agrupaciones subyacentes a las intervenciones, categorías, e intervenciones x categorías. Esto puede realizarse de diversas maneras: a) mediante el análisis de conglomerados de categorías podemos formular hipótesis sobre sus similitudes y sobre la relación jerárquica entre categorías; b) mediante el análisis de conglomerados de intervenciones podemos clasificarlas en n tipos, identificando potencialmente "prototipos"; c) mediante el escalamiento multidimensional podremos establecer hipótesis sobre las similitudes y disparidades de las categorías, explorando hipóteticas soluciones dimensionales subyacentes; d)mediante el análisis factorial detectaremos componentes que agrupen las categorías utilizadas, de manera que se puedan establecer nuevas categorías derivadas, de segundo orden, que puedan proponerse como dimensiones subyacentes de la técnica del terapeuta.

Cuadro 1

Sistema de Codificación de las Intervenciones del Terapeuta (CTI) para el cómputo del Plan Latente de Acción del Terapeuta (TLAP) [v1.0]

_

de desempeño terapéutico.

⁶ Por descorazonador que resulte –dada la laboriosidad de su elaboración- ningún sistema categorial para el análisis de contenido puede considerarse cerrado. Esta primera versión del método TLAP ha logrado indicadores muy satisfactorios, pero sin duda habrá una segunda y sucesivas versiones, una vez que el método se vaya aplicando con diferentes casos y estilos

Código	Categorías y Subcategorías
	nalidad Técnica (Proposición con objetivo técnico)
	dre, Setting, Reglas de trabajo, Roles de los participantes
E1	Enunciación de elementos de encuadre, reglas, roles (incluidas respuestas de
	aclaración a, reiteraciones, modificaciones)
E2	Peticiones de adhesión, instar al cumplimiento, atenerse al encuadre, las reglas, los
	roles
E3	Enunciación de fines u objetivos del tratamiento
	cción de material
M1	Petición de nueva información (no sobre contenidos abordados recientemente ['])
M2	Fomento de la autoexploración
M3	Respuesta en espejo (reflejo) del T.
1.3 Clarific	
CL1	Petición de ampliar o aclarar contenidos (enunciados recientemente)
CL2	Pedir confirmación de la información recibida, mero parafraseo, repetición no en
01.0	espejo, con el fin de obtener confirmación
CL3	Diferenciar A de B
CL4	Recapitular, resumir los contenidos
1.4 Confro	
C1	Mostrar contradicción entre A y B.
C2	Señalar omisiones
C3	Contradecir, contrariar, rechazar explícitamente un contenido del P.
C4	Señalar, enunciar conflictos, problemas, dificultades
I.5 Afirma	
A1	De la experiencia emocional actual del P. (señalar afectos y/o su intensidad; enunciar
ΛΩ	lo que siente el P. pero no puede decir)
A2	De la experiencia emocional pasada del P.
A3 A4	De la experiencia relacional y los sucesos vividos por el P. De Sí mismo, de capacidades yoícas.
A4 A5	De su capacidad para colaborar, responsabilizarse del tratamiento, encuadre, tarea;
AS	entender, dar valor a lo que trae (en general).
I.6 Negac	
N1	Tranquilizar
N2	Minimizar, quitar importancia a sucesos, hechos, conflictos
N3	Minimizar, quitar importancia a emociones.
N4	Negar sentimientos o experiencias de sucesos
	ivo-Persuasivas: Consejos, orientaciones, propuestas, órdenes
D1	En relación con la sesión (instrucciones fuera de encuadre; dar, elegir contenidos)
D2	En relación con el afuera (vida propia) no relacional
D3	En relación con el afuera (vida propia) relacional
	enciones parecidas a interpretaciones
L1	Relacionar, comparar A con B. Señalar repeticiones (y de una sesión a otra).
L2	Explicar A. Dar significado a A.
	retaciones (A significa B; Si en B, luego C, D) ⁸
11	Reconstrucciones
12	Interpretaciones de Allí y entonces
13	Interpretaciones extratransferenciales actuales
14	Interpretaciones transferenciales no actuales
15	Interpretaciones transferenciales actuales
II. Anális	is de Contenido
	enidos Formales y Culturales
F1	Saludos y Despedidas.
F2	Tacos, muletillas
F3	Expresiones de perdón, disculpa, no saber, preguntarse, preocupación (formal)

⁷ Provisionalmente se utiliza como criterio de "reciente", lo habido en la misma sesión.

⁸ En este subgrupo se siguen literalmente las categorías de Klug y Huber (1997). Pueden usarse complementariamente las 5 escalas Likert de 5 puntos que proponen estos autores.

II O Enlar	no v focilitadores comunicacionales
	res y facilitadores comunicacionales
CC1	mm-hm; siga; si; ya;
CC2	Expresiones empáticas más complejas; confirmación empática; respuestas de
// O O''	atención; conformidad; nombrar al P.
II.3 Silend	
S1	Silencio breve (Más de 30" y menos de 180" desde la última intervención del P. o del
- 00	T.)
S2	Silencio largo (Más de 180")
	ión a figuras relacionales o énfasis relacional
R1	Figuras parentales (padre, madre, abuelos, suegros)
R2	Parejas
R3	Hermanos/as.
R4	Hijos/as, nietos
R5	Pares
	enido contratransferencial
CT1	Respuesta emocional positiva del T. Expresada genericamente (Interés)
CT2	Respuesta emocional negativa del T. Expresada genericamente
CT3	Alianza racional con el P. (mostrada, pedida, punto de vista común)
CT4	Implicación emocional del T. En la relación con el P.
CT5	Opinión o relato del T. Desde Sí mismo (experiencia propia, compartida, opinión
	personal)
CT6	Otras actuaciones del T. (acting-out).
II.6 Cont	enido Transferencial
T1	Enunciación o lectura de fenómenos transferenciales (no como interpretación)
II.7 Cont	enido de Conflictos
CF1	Envidia, competitividad (diádica)
CF2	Apego-abandono (Carencias de cuidados básicos)
CF3	Exclusión-celos-rivalidad (edípicos)
CF4	Dependencia-separación (de Figuras parentales, parejas)
CF5	Exigido-exigente (Déficits narcisistas, Dudas sobre capacidades propias)
CF6	Agresión-culpa
CF7	Pérdidas – duelos no resueltos
CF8	Ansiedad de muerte – castración (narcisismo)
II. 8 Vari	
Х	Confusas: estilo o formulación confusa, ambigua
Υ	Elusivas, evitación de temas o conflictos
Z	Inclasificables, texto perdido
-	·

Resultados

Categorización natural racional

En la primera fase de nuestro estudio, y mediante el análisis de contenido, produjimos una categorización "natural" de las intervenciones del terapeuta, la cual aplicamos solo a las 3 primeras sesiones. Las categorías formuladas quedan recogidas en el cuadro 2. Estas categorías no implican un elevado nivel de inferencia y están integradas por descripciones de su contenido semántico y estructura gramatical, con un nivel de generalidad y abstracción superior a la mera cita textual.

Cuadro 2: Categorización natural⁹

Intervención confusa o inclasificable.

Expresión pre-verbal de asentimiento y petición de continuación.*********
Expresión de duda.

Pide información concreta, detalles. ********
Resume, sintetiza la información recibida.*
Pide confirmación de la información
recibida. *****

Pide aclaraciones sobre los antecedentes de los sucesos relatados. **

Señala los afectos y/o su intensidad. ****
Explora afectos asociados a pensamientos, acciones y experiencias.****
Provoca la evocación / rememoración de afectos nombrados antes. *****
Señala contradicciones entre afectos. ***
Explora ansiedades persecutorias.**

Pide/clarifica el concepto personal sobre la Madre.*

Clarifica los afectos de / con la Madre. *****

Pide/Clarifica el concepto personal sobre el Padre.

Clarifica los Afectos de / con el Padre. ** Subraya la importancia de la seguridad recibida del padre.

Tranquiliza.**
Quita importancia
A las dificultades de la paciente para traer material.
A la denegacion u olvido.

Elude pronunciarse, decidir.

Feed-back empático (respeto, comprensión).* Verbaliza tacos en espejo Refuerza capacidades yoicas

Afirmación (del impacto, significado, valor real de un suceso o experiencia)*******

Aliarse con el punto de vista del paciente (frente a terceros).***

Pide que la paciente confirme la experiencia del terapeuta. (Afirmación

por experiencia compartida P-T)**
El T. se enuncia como sujeto .
Anima a explorar, jugar, disfrutar.
Señala impulsos de gratificación masoquista, autoagresión, menosprecio.**

Busca patrones de repetición de sucesos interpersonales. ****
Establece un nexo causal entre:
las dificultades actuales y el vínculo con los padres. ****
lo relatado y síntomas.
afectos y conducta interpersonal.**

Clarifica las resistencias / defensas a abordar temas de conflicto.**** Señala (confronta con) conflictos de necesidad de espacio propio afirmación de la identidad.* de apego-abandono.*** de aceptacion de límites y su puesta a prueba/castración. de dependencia interpersonal.** de rivalidad-competitividad diadica.* de exigencia/reproche. **** de dependencia vs. separación de los padres.*** de pérdida de los padres. Edípicos, de exclusión, celos.** Agresión / culpa (con los padres).**** desajuste con normas morales o sociales.

Enuncia / clarifica el encuadre.****
Pide colaboración a la paciente para mantener la adhesión al encuadre.***
Pide el cumplimiento del encuadre.**
Insta a la paciente a centrarse / esforzarse en el trabajo en la sesión. ****
Señala la responsabilidad de la paciente.
Ayuda a la paciente a orientarse hacia la "asociación libre". *
Afirmación del ajuste al encuadre y tarea.

⁹ Se marca con asterisco las repeticiones de esa categoría, en una estimación indirecta de "peso" de dicho tipo de intervención (a más asteriscos, más peso).

Esta categorización natural racional, aunque permite construir un retrato abstracto del contenido técnico de la actividad del terapeuta en las entrevistas analizadas, es difícilmente sometible a análisis empírico. Además, las clases de intervenciones encontradas, como era de esperar, se ajustan en lo esencial a las categorías definidas teóricamente, confirmando que un método mixto de construir las categorías (desde la teoría y desde la observación) será el más adecuado. Para concluir el proceso de análisis de esta categorización natural racional, hemos derivado deductivamente una hipótesis sobre el *Plan Latente de Acción del Terapeuta*. Agrupando las categorías "naturales" en categorías de segundo orden, por referencia a la teoría, formulamos un Plan de Acción Latente Inferido (iTLAP) que consta de dos tipos de informaciones: Características de *Estilo Técnico* del Terapeuta, y de *Estilo (Im)propio* que, potencialmente, interferirá de manera negativa.

PLAN DE ACCION LATENTE INFERIDO (iTLAP)

Estilo Técnico¹

- T. pide información
- T. explora / señala afectos en el material
- T. se centra en los Padres
- T. quita importancia a las dificultades iniciales de P. con la tarea
- T. cuida la calidad empática del vínculo y afirma el valor de la experiencia de la P
- T. Busca repeticiones y señala conflictos básicos, más las resistencias y defensas para abordarlos.
- T. remite a P. al encuadre y la tarea terapéutica, y responsabiliza a P. de su papel en el tratamiento.

Estilo (Im)propio del T. (que puede interferir negativamente)

Estilo de Intervención confusa o inclasificable.

Estilo con pérdida de distancia o mal manejo de la distancia óptima:

p.e. T. pide que la paciente confirme la experiencia del terapeuta²

Afirmación por experiencia compartida (P-T).

Se enuncia como sujeto³

El principal problema que plantea esta hipótesis racional inferida sobre el TLAP es que era imposible replicarla con el mismo método, toda vez que los procedimientos de análisis racional empleados son idiosincrásicos, y el propio sistema categorial utilizado, al ser autoderivado, no permite estudiar su fiabilidad. Por ello vimos la necesidad de desarrollar un conjunto de procedimientos empíricos que, partiendo de un sistema categorial estable permitiera explorar su consistencia, a la par que tratar los datos aplicando modelos matemáticos a fin de explorar estructuras subyacentes.

² Este tipo de intervención implica que el terapeuta pide al paciente que confirme su punto de vista.

¹ "T" es Terapeuta. "P" paciente.

³ Este tipo de intervenciones del Terapeuta se encuentra en expresiones como "Yo pienso...," "Yo siento..." "A mí me parece que..." o similares.

Procedimos entonces a utilizar el sistema CTI descrito anteriormente con las 413 intervenciones del terapeuta en las primeras cinco sesiones del tratamiento. A la matriz de datos generada (413 intervenciones por 63 categorías CTI valoradas⁴) se le aplicó una variedad de modelos descriptivos y exploratorios, cuyos resultados se detallan a continuación.

Análisis descriptivo

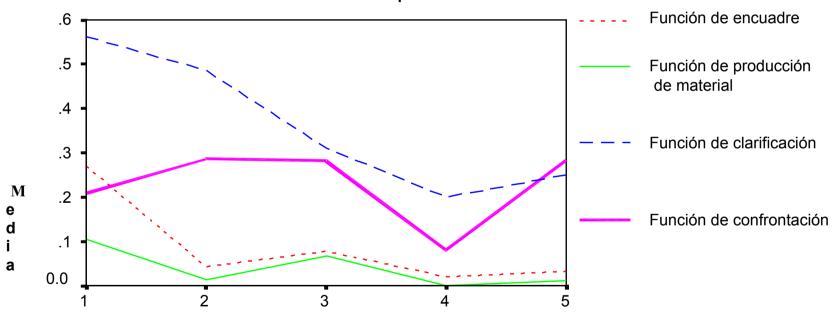
En primer lugar realizamos un estudio descriptivo de los datos, agrupando los pesos de las categorías para las intervenciones de cada sesión y para cada grupo de categorías, según dos modalidades: a)agrupadas racionalmente según prevé el sistema CTI; b) agrupadas sobre la base de los componentes factoriales identificados. En el análisis por sesiones para las agrupaciones de categorías de funcionalidad técnica observamos por separado la evolución de las funciones previas al trabajo analítico (véase gráfico 1), las funciones psicoterapéuticas (véase gráfico 2) y las funciones analíticas (véase gráfico 3). La función de encuadre, intensa en las dos primeras sesiones, desciende en las siguientes, si bien es la más significativa, con una presencia moderada constante de la función de confrontación. Entre las funciones psicoterapéuticas, destaca el notable peso en las sesiones de la función como-interpretativa (seudo-interpretaciones, explicaciones), junto a la función directivo-persuasiva. Finalmente, entre las funciones analíticas, el comportamiento más interesante se observa en que la activación del contenido contratransferencial tiende a covariar con el contenido de conflictos (v.g. cierto material del paciente indicativo de conflictos precede a la activación contratransferencial del terapeuta). Esta pauta se pondrá a prueba en los análisis factoriales, tanto escalares multidimensionales como de componentes y ejes principales.

⁴ En los análisis que lo requieren se excluyen las categorias que obtienen valor "·0" en todos los casos, es decir, que han sido asignadas de ninguna de las 413 intervenciones estudiadas. En nuestros análisis (sesiones 1 a 5) han sido las siguientes: D2, I1, I4, I5, S2, R4, CT2, T1

Gráfico 1

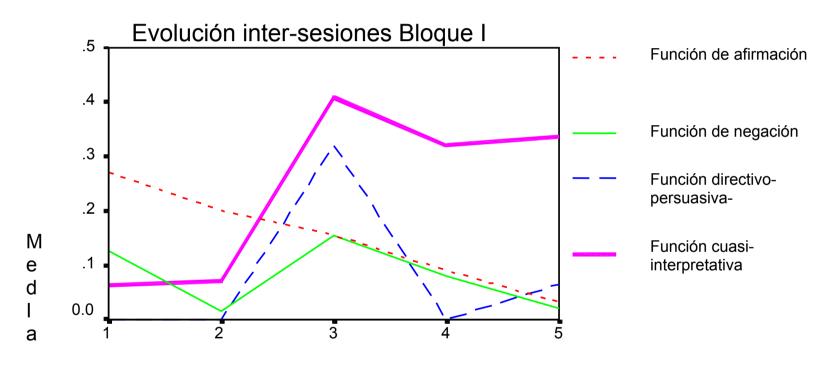
Funciones previas al trabajo analitico (encuadre, trabajo, clarificación, confrontación)

Evolución inter-sesiones Bloque I



Número de la sesión

Gráfico 2
Funciones psicoterapéuticas
(afirmación, negación, directiva, cuasi-interp.)



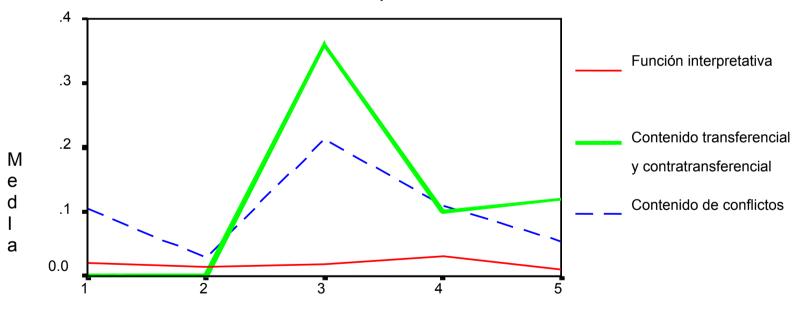
Número de la sesión

Gráfico 3

Funciones analíticas

(Interpretación, transfer-contratransf., contenido conflictos)

Evolución inter-sesiones Bloque I



Número de la sesión

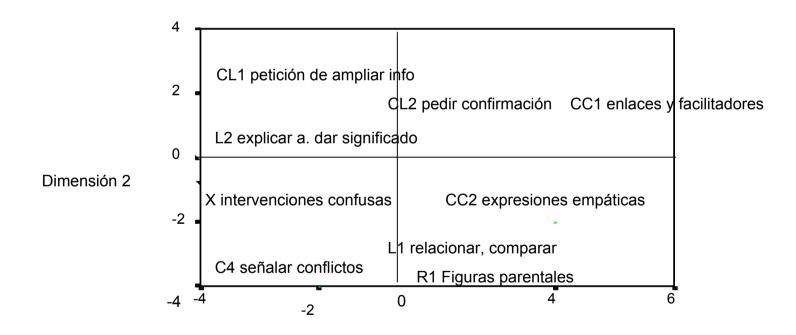
Escalamiento Multidimensional

Mediante el análisis escalar multidimensional de Guttman (configuración de estímulos derivada, modelo de distancia euclidea), hemos explorado la dimensionalidad subyacente del conjunto de las categorías CTI, obteniendo una solución bidimensional, que, proyectada en el gráfico 4 nos permite identificar 9 variables (categorías) que tienen una ubicación singular en el espacio bidimensional trazado, mientras que las restantes no se diferencian. Se trata de CL1 y CL2, C4, CC1 y CC2, L1, L2, R1 y X. El análisis de contenido de las mencionadas variables nos muestra que todas ellas tienen un valor significativo de frecuencia en las intervenciones del Terapeuta. Las dimensiones identificadas pueden ser descritas racionalmente como:

I: Explicar vs. Empatía;
II: Explorar-Dudas vs. Relacionar-Comparar.

Estas dimensiones tienen sentido teórico y representan dos componentes estructurales: el primero refiere a que la *prioridad estratégica* del comportamiento del terapeuta en sus intervenciones verbales se organiza en torno de tomar contacto empático con el paciente *versus* explicar racionalmente (*Estilo Empático vs. Informador*); el segundo refiere al *estilo de indagación*: explora el material verbal del paciente o clarifica dudas que le surgen *versus* establece relaciones entre unidades de contenido semántico del material aportado por el paciente, trabajo que toma una dirección interpretativa, aunque no llegue a tal (*Estilo Explorador vs. Interpretador*). Un posterior análisis por separado de las funciones técnicas y de contenido nos ha permitido comprobar que las dimensiones detectadas se mantienen consistentemente.

Gráfico 4 Escalamiento Bidimensional Modelo de distancia euclídea



Dimensión1: Comunicación racional vs. afectiva

Componentes principales

Posteriormente procedimos a efectuar un análisis factorial, mediante el método de los componentes principales, rotación varimax¹, y limitando la extracción a 10 factores, con las 55 variables-categorias del Sistema CTI que habían sido asignadas por los jueces al menos en una intervención. El algoritmo detecta 9 componentes interpretables y coherentes, que explican el 31,17% de la varianza de los datos. Estos componentes, que pueden rotularse como "descripciones del comportamiento del Terapeuta en sesión", es decir en qué se centra o pone énfasis el terapeuta, los hemos ordenado de mayor a menor varianza explicada:

- I. Confrontación culposa con el conflicto con lo parental (C4, R1, L1, CL4, R3, C1, CF6)
- II. Estilo directivo del T. determinado por la activación de la contratransferencia (D3, CT5, CT6, CT3)
- III. Estilo del T. negador y desculpabilizador que sesga los fines del tratamiento (N4, E3, N1, CF6, N3, N2)
- IV. Énfasis en la Interpretación del conflicto de dependencia-separación (S1, CF4, I2)
- V. Afirmación² en el conflicto edípico y frente a la pareja (CF3, A2, N3, R2, A4, CL4)
- VI. Maniobras para el establecimiento/mantenimiento del encuadre (E2,E1,C2,M2)
- VII. Promoción de una alianza de trabajo racional y empática (CT3, CF7, A5, A1, CC2)
- VIII. Énfasis en el conflicto de envidia/apego con los pares (R5, CF1, CF2, M1, C4, A3)
- IX. Implicación emocional del Terapeuta ante la presencia del conflicto exigido-

exigente en el material del paciente. (CT4, CF5, F2, CT5)

Observando la evolución de estos componentes a través de las cinco primeras sesiones constatamos que se produce una súbita elevación o pico positivo en algunos componentes en la sesión 3. Se advierte que la mayor intensidad del estilo directivo del terapeuta se asocia con elevaciones en la interpretación del conflicto de dependencia-separación y del conflicto de envidia y apego. Este fenómeno nos permite generar la hipótesis de que hay una línea interpretativa precozmente establecida por el terapeuta en este tratamiento en torno a dichos conflictos, lo que, dado el escaso número de sesiones transcurridas, podría deberse más al sesgo que introducen los preconceptos del terapeuta que a una conclusión que dimane hermenéuticamente del material. Los esfuerzos por establecer-mantener el encuadre son lo más sobresaliente en la primera sesión y siguen, coherentemente con lo que predice la teoría, una línea general descendente.

4

¹ Aunque se utiliza inicialmente esta solución, se exploran también soluciones oblicuas, en este y demás análisis, sin que los resultados difieran.

² Utilizamos este término en la acepción que le da B. Killingmo (1983).

Un análisis factorial de segundo orden de las escalas factoriales construidas sobre la base de los 9 componentes detectados, ponderadas con las saturaciones factoriales de las categorias, arroja una solución de tres factores que explica el 26,59% de la varianza. Estos factores son:

- Estilo directivo del terapeuta forzado por su implicación emocional ante la presencia del conflicto exigido-exigente en el material del paciente.
- Estilo afirmativo en lo edípico-relacional asociado a estilo negadordesculpabilizador.
- III. Promoción de una alianza de trabajo racional y empática.

Los factores principales detectados parecen identificar grandes ejes técnicos y nos sirven para construir escalas factoriales con las categorías CTI del TLAP. Aunque estos factores son indudablemente idiosincráticos del terapeuta y el tratamiento estudiados, será provechoso investigarlos como dimensiones de carácter más universal. Podemos contrastar las "escalas factoriales idiosincráticas" que surgen de este estudio y otros similares, con escalas racionales construidas mediante análisis de contenido de estos componentes a la luz de la teoría de la técnica en psicoterapia psicoanalítica. La comprobación de la consistencia interna de estas escalas y su posible generalizabilidad queda para ulteriores estudios.

Análisis de conglomerados

Un posterior análisis de conglomerados de variables (categorías) nos mostró que algunos de estos componentes principales obtenidos eran congruentes con el ordenamiento jerárquico derivado del análisis de conglomerados. Así, de forma homóloga a lo obtenido en el análisis factorial aparecieron con mayor claridad los siguientes agrupamientos:

- a) La confrontación con el conflicto con lo parental.
- b) El estilo del Terapeuta negador y desculpabilizador relacionado con algunos conflictos específicos y la afirmación de la propia experiencia.
- c) El estilo directivo del Terapeuta, determinado por componentes contratransferenciales.

Se acumula así la evidencia sobre la importancia de algunos componentes, que se repiten a través de los diferentes modelos exploratorios utilizados, aportando consistencia a la identificación de los componentes técnicos aportados por el terapeuta (sean útiles o perturbadores, de acuerdo a la teoría de la técnica).

Convergencia de índices

Los diferentes métodos que hemos utilizado para explorar las dimensiones subyacentes a los datos descriptivos del comportamiento del terapeuta nos permiten establecer si hay o no convergencia de hallazgos entre las posibilidades explicativas que ofrecen. El escalamiento multidimensional nos ha permitido identificar un modelo de dos dimensiones estructurales del estilo del terapeuta (estilo empático vs. Informador, y estilo explorador vs. interpretativo). El análisis factorial ha facilitado la identificación de nueve componentes que describen pautas repetitivas concretas de comportamiento del terapeuta en sesión, agrupables en tres factores principales (estilo directivo,

estilo afirmativo, promoción de la alianza de trabajo). Finalmente el análisis de conglomerados, esta vez mediante un modelo cualitativo, nos permitió confirmar los hallazgos anteriores, aportando consistencia interna a las soluciones propuestas. A continuación nos ocuparemos de la problemática de validación del sistema categorial propuesto.

Validación del Sistema CTI para la obtención del TLAP

No hemos soslayado la importancia de la validación del Sistema CTI para la codificación del TLAP. En primer lugar se procedió a establecer la fiabilidad interjueces en el uso del Sistema CTI. Mediante un muestreo aleatorio estratificado se extrajeron 40 intervenciones, y se controló que hubiese igual proporción de intervenciones con pesos de contenido alto (10-5), medio-alto (4-3), medio-bajo (2) y bajo (1). Para esas cuarenta intervenciones, que representaron el 9,68% del total, se estimó el porcentaje de acuerdo interjueces, utilizando un grupo de 6 jueces entrenados al efecto en el uso del Sistema CTI. Los valores obtenidos se recogen en la tabla 1, que pueden considerarse satisfactorios, variando entre 80% y 96%.

Tabla 1

Acuerdo medio Inter-jueces en el uso del Sistema
CTI

(N intervenciones = 40; N jueces= 6)

Grupo de Categorias	% acuerdo medio
E	92
M	85
CL	90
С	91
Α	81
N	88
D	96
L	86
I	87
F	93
CC	87
S	88
R	91
СТ	84
Т	90
CF	82
XYZ	80
Total	87

A continuación se procedió a computar el coeficiente de consistencia interna (Alpha de Cronbach) para las agrupaciones factoriales de categorías (dimensiones de segundo orden), valoradas como escalas. Se obtienen los valores de alpha que recoge la tabla 2 que oscilan entre .875 y .795, lo que implica una fiabilidad satisfactoria para el sistema CTI.

Tabla 2

Coeficientes de Consistencia Interna
Escalas factoriales de segundo orden para las categorias CTI (N= 413)

Escalas	Alpha de Cronbach
I (Estilo Directivo)	.875
II (Estilo Afirmativo)	.840
III (Alianza de Trabajo)	.795

Para una primera aproximación a la validación criterial, hemos procedido a contrastar los datos que produce el Sistema CTI y el TLAP derivado empíricamente, con los datos que para esas mismas intervenciones ofrece el sistema de clasificación *Analytic Intervention Rating Scale (A.I.R.S.)* de G. Klug y D. Huber (1997). Se eligió el AIRS por tratarse de un instrumento ya elaborado y probado en investigación de proceso que contiene un sistema de clasificación para codificar las intervenciones del psicoanalista.

El sistema A.I.R.S. reúne un total de 11 categorías que pretenden abarcar todas las posibles intervenciones verbales del psicoanalista³. En un primer análisis piloto, se codificaron las 10 primeras sesiones del tratamiento aplicando la A.I.R.S. tratando de probar su utilidad para los fines que nos proponíamos. A partir de esta aplicación se introdujeron algunas variaciones para ajustar el instrumento a nuestro material y se trató de mejorar algunos aspectos. Esta versión modificada se aplicó nuevamente a las tres sesiones de entre las diez primeras escogidas según el muestreo establecido por el criterio número de palabras⁴ (sesiones 3, 4 y 5). Las categorias referentes al tipo de Intervención son las siguientes: Expresiones Fonéticas o locuciones / Intervenciones Exploratorias-Preguntas/ Clarificaciones/ Confrontaciones/ Intervenciones de tipo explicativo / Interpretaciones / Intervenciones de estructuración u organizadoras/ Intervenciones Directivas/ Intervenciones formales (saludos, despedidas...)/ Intervenciones no Clasificables. La categoría Silencio, que está presente en la versión original del AIRS, se desestimó en el momento de contabilizar las intervenciones, y nos centramos en las expresiones verbales.

³ Construido para las intervenciones analíticas, puede usarse tanto en psicoanálisis como en psicoterapia psicoanalítica.

⁴ Se escoge la sesión con mayor número de palabras, y se evalúa junto a ella la anterior y la siguiente, de manera que se investiga un secuencia que incluye la sesión con mayor productividad verbal, evaluada mediante el número de palabras.

la La categoría Interpretaciones hemos subdividido Transferenciales propiamente, referidas al "aquí y ahora" de la interacción terapeuta-paciente; 2) Extratransferenciales de presente referidas a contenidos actuales de la paciente con los otros o referidas a contenidos o conflictos internos; y 3) Extratransferenciales de pasado referidas a experiencias o conflictos del pasado. Aquí se incluirían también las denominadas Reconstrucciones. En este caso, la matización de los tres tipos de Interpretaciones está plenamente justificada, si nos atenemos al supuesto que las Interpretaciones Transferenciales serían las óptimas en un proceso de esta naturaleza. Consideramos que la aparición de las mismas puede constituir una medida de evolución del proceso.

A partir de la lectura de la sesión completa se van codificando, en un protocolo específicamente diseñado para el caso, cada una de las intervenciones, atendiendo a la categoria a la que corresponde (Clarificación, Confrontación... etc.) Además, se respeta el orden en que la intervención se produce (intervención 1, 2, 3... etc.). Aplicando este procedimiento a las cinco primeras sesiones del tratamiento, hemos obtenido los valores que se recogen en la tabla 3. Puede observarse el predominio de las intervenciones explicativas (seudo-interpretaciones), seguidas de las preguntas e intervenciones exploratorias y las clarificaciones.

Tabla 3

INTERVENCIONES DEL TERAPEUTA (Según método AIRS)

Sesión	Fonéticas	Exploratoria -preguntas	Clarificacio n	Confron- tación	Explicación	Interpre- tación	Organizac instruc.	Directivas	Formales	No clasif.	Total (*)	%
1	0	20	3	2	15	1	11	0	2	0	54	12,16
2	14	13	7	3	18	0	5	1	1	11	73	16,44
3	3	25	28	1	36	10	3	1	3	1	111	25,00
4	39	17	7	1	27	3	1	0	3	15	113	25,45
5	19	10	15	2	22	3	6	1	5	10	93	20,95
Sum 1-5 % 1-5	75 16,89	85 19,14	60 13,51	9 2,03	118 26,58	17 3,83	26 5,86	3 0,68	14 3,15	37 8,33	444 100,00	100,00
Sum 3-5 % 3-5	61 19,24	52 16,40	50 15,77	4 1,26	85 26,81	16 5,05	10 3,15	2 0,63	11 3, <i>47</i>	26 8,20	317 100,00	

^(*) Las intervenciones pueden pesar en más de una categoría.

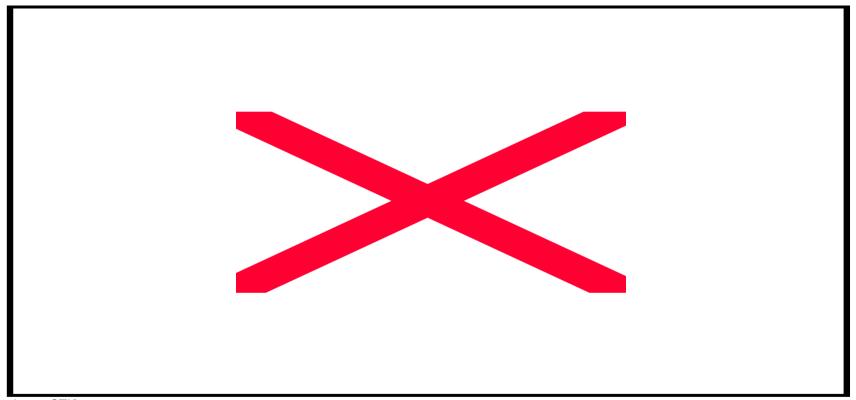
Contrastando estos datos con nuestro sistema CTI para las categorías agrupadas en funciones técnicas y de contenido, a pesar de que ambos sistemas no pueden equiparase, existe una correspondencia con los resultados AIRS. En la Tabla 4 observamos un predominio equivalente de las seudo-interpretaciones o explicaciones y la clarificación y confrontación. Los gráficos 5 y 6 nos muestran las proporciones relativas de las diferentes intervenciones.

Complementariamente hemos utilizado el CAPS de Vaughan (1997) como una herramienta para detectar proceso terapéutico en las sesiones de tratamiento. En la medida en que el Sistema TLAP y sus escalas derivadas pueden utilizarse también para identificar la presencia de proceso terapéutico, esto nos permitirá servirnos del CAPS para la validación criterial de nuestro método. Hasta nuevos análisis, el único criterio CAPS contrastable con el método TLAP es la presencia de interpretaciones en las sesiones. Siguiendo los criterios CAPS solo hay interpretaciones en las sesiones 3, 4 y 5. Utilizando el criterio equivalente en las funciones CTI (funciones L e I), en el período estudiado, se da una diferencia significativa (p <.0001) en estos parámetros, valorados conjuntamente, en la misma dirección detectada por CAPS (véase la tabla 4), lo que nos permite confirmar provisionalmente la validez del Sistema CTI para detectar componentes del proceso terapéutico.

Tabla 4
Sistema CTI (TLAP)
Comparación inter-sesiones

	n	Е	М	CL	С	Α	N	D	L	I	F	CC	S	R	СТ	Т	CF	XYZ	sum
Valores CTI																			
Totales Sesion 1	48	12	4	27	10	13	5	0	3	1	0	7	0	8	0	0	5	2	97
Totales Sesion 2	70	2	1	34	19	14	2	0	5	1	1	25	0	12	0	0	2	13	131
Totales Sesión 3	103	10	7	32	30	16	16	33	42	2	4	11	1	30	19	0	22	29	304
Totales Sesión 4	100	2	0	20	8	9	8	0	32	3	8	44	0	10	7	0	11	10	172
Totales Sesión 5	92	3	1	23	26	3	2	6	31	1	5	40	0	21	4	0	5	3	174
Bloque I: (1-5)	413	29	13	136	93	55	33	39	113	8	18	127	1	81	30	0	45	57	878
Ratios CTI																			
Totales Sesion 1	48	4	1,33	6,75	2,5	2,6	1,25	0	1,5	0,2	0	3,5	0	1,6	0	0	0,63	1	26,9
Totales Sesion 2	70	0,67	0,33	8,5	4,75	2,8	0,5	0	2,5	0,2	0,33	12,5	0	2,4	0	0	0,25	6,5	42,2
Totales Sesión 3	103	3,33	2,33	8	7,5	3,2	4	11	21	0,4	1,33	5,5	0,5	6	3,8	0	2,75	14,5	95,2
Totales Sesión 4	100	0,67	0	5	2	1,8	2	0	16	0,6	2,67	22	0	2	1,4	0	1,38	5	62,5
Totales Sesión 5	92	1	0,33	5,75	6,5	0,6	0,5	2	15,5	0,2	1,67	20	0	4,2	0,8	0	0,63	1,5	61,2
Bloque I: (1-5)	413	9,67	4,33	34	23,3	11	8,25	13	56,5	1,6	6	63,5	0,5	16,2	6	0	5,63	28,5	288
Bloque I	%	3,36	1,51	11,8	8,08	3,82	2,87	4,52	19,6	0,56	2,08	22,1	0,17	5,63	2,08	0	1,95	9,9	100
completo Sesiones 3-5	%	2,28	1,22	8,57	7,31	2,56	2,97	5,94	24	0,55	2,59	21,7	0,23	5,58	2,74	0	2,17	9,6	100

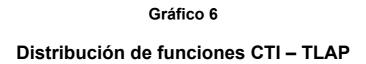


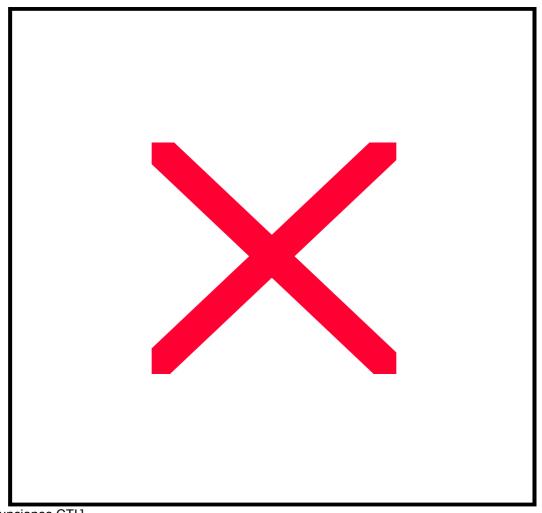


[Funciones CTI]

Funciones Técnicas: E: Encuadre; M: Producción de material; CL: Clarificación; C: Confrontación; A: Afirmación; N: Negación; D: Directivas; L: Comointerpretaciones; I: Interpretaciones.

Funciones de contenido: F: Formales; CC: Enlaces comunicacionales; S: Silencio; R: Contenido relacional; CT: Contratransferenciales; T: Transferenciales; CF: Contenido de conflictos; XYZ: Confusas o inclasificables.





[Funciones CTI]

Funciones Técnicas: E: Encuadre; M: Producción de material; CL: Clarificación; C: Confrontación; A: Afirmación; N: Negación; D: Directivas; L: Como-interpretaciones; I: Interpretaciones. Funciones de contenido: F: Formales; CC: Enlaces comunicacionales; S: Silencio; R: Contenido relacional; CT: Contratransferenciales; T: Transferenciales; CF: Contenido de conflictos; XYZ: Confusas o inclasificables.

Finalmente, puede explorarse si la estructura jerárquica del Plan de Acción detectado al comienzo del tratamiento y que hemos formulado como TLAP, puede ser sometida a contrastación con la observada en períodos de tratamiento posteriores, facilitando así un *mapa* de las contribuciones de la técnica, y del peso que tienen los cambios estratégicos en la técnica durante el tratamiento. En otras palabras, cómo evoluciona el TLAP a lo largo del tratamiento, y con qué fenómenos del proceso terapéutico se asocian los cambios estratégicos que se produzcan en el mismo. Complementariamente, mediante el análisis de regresión podremos estimar qué dimensiones de la técnica pueden ser asociadas con el cambio, y en consecuencia permiten predecirlo, al menos en el caso estudiado. Pero estas tareas

permanece pendiente de que el Proyecto SMBP alcance el estudio de las fases avanzadas del tratamiento.

Conclusiones

La principal conclusión es que podemos inferir el TLAP de manera fiable mediante el estudio del contenido de las dimensiones, los componentes o agrupaciones de las categorías, a través del conjunto de intervenciones del terapeuta estudiadas.

En nuestro estudio, el TLAP derivado del escalar bidimensional está compuesto por dos *Dimensiones* ortogonales. Estas dimensiones, que podemos considerar ejes estructurales del desempeño del terapeuta, permiten trazar un perfil mediante dos ejes: un eje de *Prioridad Estratégica*: Predominio de la Cognición vs. Emoción (Explicar racionalmente vs. Entablar contacto empático) y otro que podríamos denominar de *Actividad del Terapeuta — Estilo de Intervención* (Terapeuta que explora dudas y espera la producción de nuevo material vs. Terapeuta activo que interviene clarificando, confrontando, estableciendo relaciones y comparaciones).

Se han corroborado mediante diversos métodos de extracción de componentes, tanto cuantitativos (análisis factorial) como cualitativos (análisis de conglomerados), los siguientes componentes (agrupaciones) de categorías CTI, ya descritos.

- I. Confrontación con el conflicto con lo parental
- II. Estilo directivo del Terapeuta, determinado por la contratransferencia
- III. Estilo del Terapeuta negador y desculpabilizador que tiñe los fines del tratamiento
- IV. Énfasis en la interpretación del conflicto de dependencia-separación
- V. Afirmación en el conflicto edípico y frente a la pareja

Estos componentes guardan una estrecha similitud con los que obtuvimos en el TLAP inferido racionalmente, los cuales quedan también resumidos en los factores principales de segundo orden que hemos obtenido: a) Estilo directivo del terapeuta asociado a su implicación emocional en el conflicto exigido-exigente; b) edípico-relacional afirmativo en lo asociado a estilo desculpabilizador; y finalmente c) la alianza de trabajo racional y empática. Los dos primeros, según la teoría de la técnica en psicoterapia psicoanalítica, son componentes perturbadores que sesgan el proceso terapéutico, al darse una influencia contrantransferencial no útil¹ del terapeuta; el último es un vector de trabajo y progreso que depende tanto del terapeuta como del paciente. Los demás componentes hallados -es decir los cuatro restantes- pueden ser considerados tendencias por explorar, que requieren ulterior confirmación (p.e. si se observan o no en el análisis de otras secuencias del tratamiento).

Aunque los resultados presentados se ciñen al análisis intensivo de un caso, y necesitan replicación ulterior en otros casos y contextos, estos primeros resultados sobre fiabilidad del sistema CTI y su capacidad para derivar un TLAP empíricamente inferido y cualitativamente válido, son satisfactorios. Entendemos que con nuestra

¹ Esto no excluye que haya influencias e incluso intervenciones contratransferenciales útiles del terapeuta. Aquí nos referimos a las no útiles.

propuesta se abre la posibilidad de explorar una nueva dirección estratégica en la investigación, así como contar con una nueva herramienta en la investigación de análisis de contenido de las intervenciones del terapeuta. El método TLAP permite la detección de las dimensiones que organizan su contribución técnica al tratamiento (cuyo peso puede ser valorado a lo largo de las diferentes fases del proceso terapéutico) y que pueden ser incluidas en un modelo explicativo que determine su contribución efectiva al cambio terapéutico.

Bibliografía

- Aburto, M., Ávila, A., Castelo, J., Crespo, M., Espinosa, S. et al. (1999), "La subjetividad en la técnica análitica. Escucha en acción", *Intersubjetivo*, 1 (1), págs. 7-55.
- Ávila-Espada, A. (2000), "The Therapist' Latent Action Plan Inference Method (TLAP): Procedure and Dimensions", trabajo presentado en el First European Congress of Psychotherapy, Barcelona, septiembre 2000.
- Ávila-Espada, A., Gutiérrez, G., Mitjavila, M. & Poch, J. (2001), "The effects of psychotherapist' plans and interventions on the psychotherapeutic process: determining the predictive value of qualitative and quantitative dimensions", trabajo presentado en el 32 Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay, Junio 2001.
- Ávila-Espada, A., Mitjavila, M. (2001), "The Therapist' Latent Action Plan Inference Method (TLAP). A new method to predict therapist' contribution to outcome", trabajo presentado en el Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research-European Chapter, Leiden, Netherlands, marzo 2001.
- Ávila-Espada, A., Vidal-Didier, J.J. et al. (1998), "The "Salamanca Psychotherapy Process Research Project" A summary of plans, goals and preliminary results", en H. Kächele, E. Mergenthaler & R. Krause (eds.) *Psychoanalytic Process Research Strategies II*, Ulm-Saarbrücken, edición electrónica, CD-ROM.
- Frank, J. D. (1961), *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Nueva York, Schocken Books.
- Killingmo, B. (1995), "Affirmation in Psychoanalysis", *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, págs. 503-518.
- Klug, G. & Huber, D. (1997), "Analytic Intervention Rating Scale (A.I.R.S.)", presentado en el 20 Ulm Workshop- Psychoanalytic Process Research Strategies-II, Ulm, Junio 1997.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A. & Bergin, A.E (1986), "The efffectiveness of psychotherapy", en S.L. Garfield & A.E. Bergin (comps.) *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (tercera edición). Nueva York:, John Wiley and Sons. (págs. 157-211).
- Mergenthaler, E., Gril, S., Ávila, A. & Vidal-Didier, J.J. (en prensa), "Reglas de transcripción y codificación de materiales y documentos en lengua española relevantes para la investigación en psicoterapia". Revista de Psicoterapia. (aceptado, Julio 2000).

- Poch, J. & Ávila-Espada, A. (1998), *Investigación en Psicoterapia. La contribución psicoanalítica* Barcelona, Paidós.
- Sandler, J., Dare, Ch. y Holder, A. (1986). *El paciente y el analista,* Barcelona, Paidós [original de 1973].
- Vaughan, S., et al. (1997), "The definition and assessment of analytic process: Can analysts agree?", *International Journal of Psychoanalysis*, 78, págs. 959-973.

Primera versión: 23 de abril de 2002

Aprobado: 30 de septiembre de 2002

UNA INVESTIGACIÓN SOBRE FOCO Y PROCESO EN PSICOTERAPIA: PROBLEMAS Y CONSIDERACIONES

Gerardo Gutiérrez*, Florencia Iturriza**, Octavio Finol***

Resumen

Este trabajo describe el desarrollo de una investigación en curso, sobre foco y proceso terapéutico en psicoterapia psicoanalítica. Expone la historia de la investigación: las decisiones tomadas en su transcurso y los problemas conducentes a ellas. Se presentan los antecedentes de investigaciones sobre foco y psicoterapia. Se detalla el marco teórico del estudio y los factores intervinientes en su adopción. Particularmente, se discute la noción de foco. Se describe el diseño de la metodología y los motivos que determinaron su elección. Se comentan los próximos pasos de la investigación.

La investigación expuesta corresponde a un estudio de caso único de tipo exploratorio y descriptivo, que investiga la relación entre foco y avance del proceso terapéutico en una psicoterapia orientada psicoanalíticamente. Como material, se utilizaron transcripciones estandarizadas de las sesiones del tratamiento. La metodología empleada combina la técnica cualitativa de análisis de contenido para la extracción de datos y técnicas cuantitativas para su análisis.

Palabras claves

Investigación, psicoterapia, psicoanálisis, proceso terapéutico, foco, psicoterapia focal, métodos cualitativos y cuantitativos.

Summary

This paper describes the development of an in progress research concerning focus and therapeutic process within a psychoanalytic treatment. Our main objective is to set out its history; we take into account decisions taken and problems leading to them. Firstly, we expose 'the state of art' regarding focus and psychotherapy research. Secondly, we explain our theoretical framework, and different problems that support our adoption of it. Especially, we discuss the concept of focus. Thirdly, we portray our methodological framework as well as difficulties that affected its selection. Finally, we anticipate some next steps within this research.

The portrayed research is an exploratory and descriptive single-case study. It investigates the relation between focus and progress of therapeutic process within a psychoanalytic oriented treatment. As material we used standardized transcripts from treatment's sessions. The employed methodology combines qualitative technique of content analysis for obtaining data and quantitative procedures for data analysis.

^{*} Director del Master Psicoterapia Psicoanalítica, Universidad Complutense de Madrid (UCM). E-mail: gutmppclin@psi.ucm.es

Profesora Colaboradora del Master en Psicoterapia Psicoanalítica (UCM).

^{**} Profesor Colaborador del Master en Psicoterapia Psicoanalítica (UCM).

Key words

Research, psychotherapy, psychoanalysis, therapeutic process, focus, focal Psychotherapy, qualitative and quantitative methodology

Introducción

El presente trabajo procura dar cuenta de algunos aspectos del desarrollo de una investigación (DEF: Determinación de encuentros focales) sobre la relación entre foco y proceso terapéutico en una psicoterapia². Este estudio forma parte, a su vez, de una investigación en curso, más amplia, (SMBP: Proyecto Salamanca-Madrid-Barcelona, "Los efectos de los planes e intervenciones del psicoterapeuta sobre el proceso terapéutico a través del análisis intensivo y extensivo de un caso en psicoterapia de orientación psicoanalítica"), toda ella efectuada sobre un mismo proceso terapéutico³.

Pretendemos mostrar nuestros presupuestos teóricos, las reflexiones, las ampliaciones (teóricas y técnicas) y las modificaciones de objetivos a que nos han llevado los problemas surgidos en el transcurso de la investigación. También, el momento actual de la misma y las expectativas para el futuro.

Creemos que lo que sigue es un vívido ejemplo de lo que se ha llamado la discrepancia entre clínicos e investigadores, en el campo de la psicoterapia. O en el interior mismo del clínico que quiere investigar sobre aquello a que dedica su actividad diaria. Discrepancia más patente aún, creemos, en el caso de la psicoterapia psicodinámica o psicoanalítica

Como afirma Scilligo (1990)⁴: "Uno de los riesgos mayores que puede correrse en la actualidad es el de admirar excesivamente los veredictos de la investigación o el de desvalorizarla con excusas de naturaleza subjetiva"

Cuando se nos propuso formar parte del Proyecto SMBP, se nos indicó que la investigación sería sobre proceso terapéutico, siguiendo un caso de psicoterapia conducido psicodinámicamente, registrado mediante procedimientos de audio en su casi totalidad. Se nos pidió que determináramos el tema de nuestro análisis antes de conocer el material sobre el que lo íbamos a realizar para no sesgar de ese modo los resultados futuros.

Decidimos incluirnos en el proyecto tomando como tema de nuestra investigación la identificación y comportamiento del foco en el proceso terapéutico. Más explicitadamente, nos proponíamos comprobar la hipótesis según la cual tanto la capacidad del paciente para ceñirse a un tema principal, como la utilización por

² Investigación llevada a cabo por el equipo de la Universidad Complutense de Madrid, autor de este trabajo, dirigida por el Prof. Gerardo Gutiérrez

³ En el proyecto SMBP participan: Universidad de Salamanca, Universidad Complutense de Madrid, Universidad Central de Barcelona y Universidad Autónoma de Barcelona.. La investigación está dirigida por el Prof. Ávila Espada. Los cuatro grupos de investigación realizan un estudio intensivo y exhaustivo, mediante el análisis de contenido, de una terapia (de una paciente, realizada por un terapeuta) grabada magnetofónicamente que reúne aproximadamente 200 sesiones.

⁴ Este autor hace un interesante análisis de esta discrepancia señalando una serie de problemas, algunos de los cuales se nos han hecho patentes en esta investigación, especialmente la preocupación, que late a lo largo de este trabajo, acerca de si las variables escogidas para la investigación son representativas o no de la práctica clínica real; y, por otra parte, el hecho de que la significación estadística, aun cuando aplicada de forma apropiada, no dice nada respecto a la importancia de la entidad del efecto, cuya consistencia viene dada por la significación clínica. (Ver bibliografía citada por el autor)

parte del terapeuta de intervenciones que tienden a focalizar, se relacionan con el avance del proceso terapéutico.

La idea inicial era encontrar los beneficios que tiene el uso de una terapia focal, en la que los objetivos del proceso terapéutico son definidos desde los primeros momentos. Las ventajas de una terapia que centra la relación paciente-terapeuta en aspectos tempranamente identificados y acordes a las expectativas de ambos eran conocidas por nosotros, y creíamos que una sustentación científica de esta idea podría ser una experiencia interesante.

En nuestro primer acercamiento al material pudimos comprobar que no se trataba de una terapia focal estrictamente hablando. Por este motivo, nos planteamos centrarnos en los aspectos descriptivos y exploratorios de la investigación y dejar para un segundo momento la comprobación de los beneficios del foco. Es decir, debimos preguntarnos primero, "¿es posible identificar un foco y su comportamiento en esta terapia?", para luego, en caso de que así fuera, interrogarnos "¿cuál es su relación con el progreso de este proceso terapéutico?"

En función de estos objetivos y de las características del material debimos dejar de lado una concepción de foco, basada en autores, clásicos o no, pero con una indudable riqueza conceptual y clínica todos ellos. Entre otros figuran: Balint, Ornstein y Balint (1972) y Malan (1963) con su idea de foco como interpretación dinámica esencial en que ha de basarse toda la terapia.

James Mann (1973) y el valor focal concedido a las ansiedades universales de separación y pérdida, Fiorini (1973) con un foco que incluye un notable conjunto de informaciones, hábilmente articuladas que configuran la situación psicodinámica vivencial del paciente, y Farré, Hernández y Martínez (1992), con un foco entendido como una conjunción de ansiedades y mecanismos de defensa, prototípicos de la forma de relación objetal fundamental.

No obstante, otros autores nos permitieron reconceptualizar de una manera diferente la cuestión del foco. Nos referimos a Thomä y Kächele (1985) y Strupp y Binder (1984). Nos detendremos en sus respectivas posiciones y en la utilidad que para nuestros fines han tenido sus propuestas en la segunda parte de este artículo. Previamente reseñaremos algunas investigaciones sobre foco y señalaremos sus diferencias con la nuestra.

Queremos hacer notar que estas reconceptualizaciones a que nos hemos visto obligados por la naturaleza concreta del material a estudiar, han tenido una motivación y un efecto sin duda saludables.

La motivación: indagar la posibilidad de identificar un foco en terapias no focales y determinar los beneficios de su utilización. Intentábamos adaptar nuestro estudio a las condiciones de la realidad y no a la inversa. Queríamos estudiar las particularidades de un proceso de psicoterapia analizando los aspectos que habíamos decidido en un principio, fueran cuales fueran los resultados de nuestra investigación.

El efecto: ampliar notablemente nuestra consideración teórica de la relación paciente/terapeuta y su carácter interpersonal e interactivo, además de transferencial (aspectos inseparables y articulados uno con el otro). Nuestra perspectiva para la investigación constituirá la tercera parte del trabajo.

Por otro lado, están los problemas surgidos del desarrollo mismo de la investigación, empezando por los desajustes inevitables entre el fenómeno clínico y

su manipulación cualitativo/cuantitativa. De todo ello daremos cuenta en la cuarta parte del trabajo.

En la quinta parte reseñaremos, en forma general y sintética, el momento actual de la investigación y los próximos pasos.

I. Investigaciones sobre foco

Tradicionalmente, se ha entendido el foco en términos psicodinámicos, como la expresión de un conflicto. Las diversas teorías sobre el foco acentúan este aspecto bajo diferente terminología: "conflicto nuclear", "conflicto neurótico central", "predisposición hacia la transferencia", "trauma residual", "tema central", "tema central conflictivo de la relación".

Clínicamente, se ha considerado que el foco reside en el conflicto emocional prevalente y actual del paciente, que a su vez se liga directamente a la repetición de la neurosis infantil (síntoma cardinal, conflicto intrapsíquico específico, detención del desarrollo, convicción inadaptada del *self*, tema esencial por interpretar, dilema interpersonal persistente o patrón inadaptado de actividad). En este nivel, en general, se considera que el foco representa un conflicto interpersonal en las relaciones actuales que reproduce un conflicto infantil. En este sentido se lo ha ligado a la transferencia y, en consecuencia, a la interpretación. Por otra parte, el foco ha sido relacionado con el rol activo del analista, quien alterna atención flotante y atención selectiva (u olvido selectivo o focalización en su tarea). Este aspecto del foco se ha ligado a su función organizadora o de guía en el proceso terapéutico. Evidentemente, la comprensión clínica del foco se relaciona directamente con la concepción teórica del mismo.

Las diversas investigaciones sobre foco han partido de estas concepciones. En una breve revisión de las características y aportes de algunas de ellas, mencionaremos, en primer lugar, las investigaciones pioneras realizadas en el taller de terapia focal de la Tavistock Clinic, dirigido por Michel Balint, cuyas conclusiones fueron publicadas más adelante por David Malan (1963). Estas investigaciones sobre foco y terapia focal condujeron a la conocida noción de "cristalización" del foco, como una decantación gradual del mismo (frente al "destello", efecto de la rápida sintonización entre paciente y terapeuta, Balint et al., 1972), y a la propuesta de establecer un plan focal para la conducción de tratamientos cortos.

Los procedimientos utilizados en las investigaciones realizadas por el grupo de la Tavistock no se basaban en datos directos sino en informes u observaciones de los terapeutas, los pacientes y en algunos casos, los supervisores. Por este motivo, en la actualidad las investigaciones de este grupo son examinadas críticamente desde el punto de vista metodológico. Sin embargo, el ingente esfuerzo que significaron no ha sido desconocido. Se considera que consiguieron aportar evidencias con respecto a la relación entre foco y resultados del tratamiento. Demostraron que, a mayor motivación del paciente y mayor uso del foco en el tratamiento, los resultados son mejores.

En segundo lugar, mencionaremos algunas investigaciones empíricas que estudian el aspecto focal del proceso terapéutico. Han sido desarrolladas en Alemania y Estados Unidos. Desde el punto de vista metodológico, estos estudios se caracterizan por la utilización combinada de técnicas cualitativas y cuantitativas para el estudio de caso único. En general, los datos se obtienen mediante procedimientos cualitativos. Gran número de estas investigaciones utiliza la técnica

de análisis de contenido guiada por categorías preestablecidas (categorías relacionadas con conceptos clínicos relevantes o temas importantes de la terapia en estudio) para la obtención de datos. El análisis de los mismos se realiza mediante técnicas estadísticas. Se sostiene que aunque el tratamiento cuantitativo de datos de origen cualitativo implica un empobrecimiento de la información, garantiza cierta precisión en los resultados y facilita la replicación de la investigación así como la comprobación de su validez y fiabilidad. Por otra parte, utilizan material directo. Es decir, se realizan registros magnetofónicos o visuales de todas las sesiones de un tratamiento y, siguiendo ciertos protocolos específicos, estos registros se transcriben. Las transcripciones constituyen el material que utiliza el investigador.

Tal como se ha mencionado, desde el punto de vista conceptual estas investigaciones parten de una comprensión psicodinámica del foco. En todas ellas se asocia el foco a conceptos clínicos psicoanalíticos (transferencia, patrón cíclico desadaptado psicodinámico, angustia, etc.), que incluyen aspectos inconscientes. En algunas de ellas, además, se relacionan diferentes focos con sucesivas fases del proceso terapéutico.

Varios de los estudios que asocian el concepto de foco a las diversas fases del tratamiento han sido realizados en la Universidad de Ulm. De esta manera, Kächele (1995, pp. 63) aplica escalas de evaluación de conceptos clínicos (transferencia positiva, transferencia negativa, angustia de separación, angustia de castración, angustia de culpa, angustia de vergüenza, angustia difusa, insight y alianza de trabajo) para la determinación de los focos y fases de un tratamiento. Este estudio es cualitativo y se guía por el juicio clínico de expertos. Posteriormente se utilizan técnicas estadísticas (particularmente análisis factorial) para el análisis de datos. Estos resultados, a su vez, son sometidos a discusión clínica en el equipo de investigación y se determinan las fases o focos del tratamiento.

En otro estudio del grupo de Ulm (Kächele, 1992, pp. 12) se relacionan determinados temas significativos inconscientes conductores del tratamiento, ejes del trabajo focal, con el cambio psíquico. Se utiliza la técnica de análisis de contenido asistido por ordenador para identificar la proporción de determinados sustantivos en el discurso del paciente y del terapeuta. Se supone que estos sustantivos se hallan ligados a los temas inconscientes anteriormente mencionados.

En un estudio descriptivo comparativo de los temas de un paciente y su analista a lo largo de un tratamiento psicoanalítico, Kächele (1995, pp. 61) utilizó la técnica del índice temático de Dahl. Esta técnica es de carácter cualitativo y procede por identificación de temas relevantes del tratamiento. Estos temas, luego son reducidos mediante análisis factorial. La presencia de estos factores resultantes o temas mayores es codificada en las sesiones, obteniéndose así un mapa de eventos temáticos que permite estudiar la expansión de focos. El problema de este método es que supone que las correlaciones entre temas permanece estable a lo largo del tiempo cuando, en realidad, el objetivo del tratamiento es cambiar las conexiones entre temas. Este problema se liga a la cuestión del uso de temas preestablecidos para el análisis de las sesiones (aún cuando los mismos sean resultado de una reducción de los temas singulares de ese tratamiento).

De los estudios que asocian el concepto de foco al de transferencia, mencionaremos dos. La investigación llevada a cabo por Schnekenburger (Dahlbender, R.; Kächele, H.; Frevert, G. y Schnekenburger, S., 1995) tenía por objetivo identificar los focos cambiantes o fases de una psicoterapia focal. Esta

investigadora utilizó el método CCRT (*Core Conflictual Relation Theme*) de Luborsky para alcanzar su objetivo. Utilizando esta técnica, la investigadora encontró las mismas fases o focos, expresados en el lenguaje formal del CCRT, que había identificado el terapeuta que había conducido el tratamiento. La conclusión del estudio fue que el método CCRT resulta útil para formular un foco de tratamiento.

Schacht y Henry (citado en Barber, J.P. y Crits-Christoph, P., 1993, pp. 580) diseñaron una técnica para identificar el patrón cíclico desadaptado (CMP) del paciente que permite caracterizar la naturaleza de los problemas neuróticos que motivan el tratamiento. Aunque sus objetivos no se relacionan directamente con el foco, podemos incluir su intento como antecedente en este ámbito porque el CMP ha sido ligado al foco por Strupp y Binder, sus creadores. Schacht y Henry operacionalizaron el CMP utilizando el SASB (*Structural Analysis of Social Behaviour* es una técnica ideada por Benjamin que codifica las interacciones). La validez y fiabilidad de la técnica SASB-CMP aún no han sido establecidas.

Esta revisión bibliográfica de investigaciones previas nos demostró que ninguna de ellas nos proveería el método que necesitábamos para estudiar nuestro material. Las particularidades del mismo nos llevaron a descartar como modelos los estudios que ligaban el concepto de foco al de la transferencia o a otros conceptos clínicos como angustia o a temas inconscientes (Kächele, 1995, pp. 63; Kächele, 1992; Dahlbender et al., 1995; Schacht y Henry en Barber y Crits-Christoph, 1993).

Esto se debió a razones prácticas, en primer lugar, ya que algunas de estas investigaciones habían sido realizadas sobre terapias focales o terapias conducidas con sucesivos focos ligados a la transferencia, y nuestro material no respondía a estas características. Y otras investigaciones fueron dejadas de lado por razones metodológicas. Uno de los estudios relacionaba foco con las fases del tratamiento y los temas predominantes (Kächele, 1995, pp. 61), pero partía de un método de análisis de contenido de temas preestablecidos. Nosotros preferíamos no utilizar temas preestablecidos para permanecer lo más cerca posible al material del que partíamos. Por otra parte, este método supone una correlación estable entre temas a lo largo del tratamiento y consideramos que este supuesto no es aplicable a un tratamiento en el que se espera que las conexiones entre los temas varíe.

Ila. Modelo de proceso y foco para Thomä y Kächele

1) Modelo de proceso

Thomä y Kächele (1985)⁵ afirman que todo analista posee un modelo de proceso terapéutico (implícito o explícito) prescriptivo: provee instrucciones para la acción y criterios de evaluación. Por eso, los modelos de proceso tienen un impacto en la terapia y deben ser investigados. Deben poder explicitarse y formularse para hacer posible su validación empírica y así demostrar su_utilidad. Ellos abogan por la construcción y el uso de un modelo heurístico de proceso terapéutico, un modelo que permita una aplicación flexible y adaptada al paciente. En su opinión, el modelo debe combinar dicha flexibilidad con una regularidad que estructure la función terapéutica.

Partiendo de estas ideas y como resultado de sus investigaciones sobre proceso terapéutico en psicoanálisis, Thomä y Kächele proponen un modelo interactivo. Afirman que la interacción entre paciente y terapeuta moldea el

⁵ Mientras no se aclare lo contrario, todos los conceptos pueden encontrarse en Thomä y Kächele,

tratamiento y su desarrollo. Desde esta perspectiva, la contribución del terapeuta pasa a ser tenida en cuenta. Se considera que tanto sus representaciones afectivas como cognitivas influyen en el curso del proceso (Kächele y Thomä,1993).

En el marco de esta concepción diádica del tratamiento, se considera que la transferencia no viene determinada exclusivamente por la fantasía y el pasado del paciente sino que es modulada por el aquí y ahora de la relación terapéutica, lo que incluye la relación real y la influencia del analista. La neurosis de transferencia es entendida como una representación interactiva de los conflictos intrapsíquicos del paciente en la relación terapéutica. Consideran que su manifestación concreta depende del proceso mismo, es configurada en la interacción, y por esto asume una forma única y singular para cada díada. Asimismo, sostienen que la relación real entre paciente y terapeuta no se origina exclusivamente en la realidad; es construida también en la relación. La ecuación personal del terapeuta así como su orientación teórica, por ejemplo, influyen en ella.

Thomä y Kächele afirman que las reglas complementarias de asociación libre y atención flotante, así como las interpretaciones del analista, configuran el proceso de intercambio que caracteriza el tratamiento psicoanalítico. El impacto de estas reglas y de la interpretación en ambos participantes, produce el despliegue de la transferencia (Kächele, 1992). Ahora bien, aunque este método es el que otorga su especificidad al proceso psicoanalítico, estos autores afirman que su estricta observancia no se comprueba en los tratamientos. Tal como lo demuestran diversas investigaciones, un factor de selección opera en el analista cuando se enfrenta al material del paciente (Kächele y Thomä, 1993, pp. 112). Así, la actividad del terapeuta se caracteriza por una alternancia complementaria entre la atención flotante y la focalización. La primera actitud tiende a obtener la mayor cantidad de información posible y la segunda a organizarla.

2) Concepto de foco

El foco es concebido como el centro de gravedad temático surgido de la interacción entre el tema del paciente y la perspectiva del analista. Vale decir que el foco se genera interactivamente; resulta de la propuesta del paciente y de la capacidad de comprensión y aceptación de dicha propuesta por parte del analista. Así el proceso terapéutico, incluso en psicoterapias analíticas de duración indefinida, puede ser descrito como una sucesión de focos que resulta del proceso de intercambio o de negociación interpersonal no consciente entre las necesidades del paciente y las posibilidades de su analista de manejarlas. Desde esta perspectiva, la psicoterapia psicoanalítica es una "terapia focal continuada, de duración indefinida y de foco cambiante" (Thomä y Kächele, 1985 –trad. cast., 1989, pp.403-).

Al señalar el carácter interactivo del foco, estos autores subrayan la influencia del analista en el proceso terapéutico así como el trabajo de colaboración y contradicción que ambos llevan a cabo para encontrar el foco. En este sentido, se desmarcan de las concepciones de foco que lo ligan exclusivamente a la interpretación o lo incluyen en un plan focal que gira en torno a un único elemento.

Según estos autores, un tema se convierte en foco dinámico cuando el analista ha generado alguna hipótesis sobre motivos inconscientes que tenga sentido para el paciente e interviene guiando al paciente hacia ese tema, de tal manera que éste último se compromete afectiva y cognitivamente con él (Thomä y

Kächele, 1985). En este sentido, "el foco describe el problema actual del paciente y la actualizada dinámica inconsciente de éste" (Dahlbender et al., 1995, p. 119). En general, el grupo de Ulm aboga por una comprensión psicodinámica del foco lo más cercana posible a las vivencias del paciente.

En el desarrollo de un tratamiento, el foco se configuraría de la siguiente manera (Thomä y Kächele, 1985). Al inicio del tratamiento, el paciente realiza diferentes proposiciones temáticas que pueden ser descritas como conflictos nucleares (en el sentido de French). Es decir, pueden ser descritas como constelaciones infantiles que inconscientemente determinan los síntomas y el carácter del paciente. Al ensayar los primeros pasos terapéuticos se configura una primera constelación focal. El contenido de la misma es concebido como un conflicto focal (también en el sentido de French). Esto significa que el foco debe incluir datos sobre el origen infantil del conflicto, sus desencadenantes actuales y los mecanismos de defensa involucrados. La elaboración de este foco lleva a un segundo foco, que a su vez conduce a un tercero. Sin embargo, todos actúan sobre el primero y entre sí. Es decir que los focos están conectados entre sí y se relacionan con un conflicto central. Descriptivamente, el desarrollo del proceso terapéutico consiste en una sucesión de fases que se caracterizan por temáticas diferentes.

Ilb. Modelo de proceso y foco para Strupp y Binder

1) Modelo de *proceso*

El modelo de proceso de Strupp y Binder (1984)⁶ es interactivo. Consideran que el intercambio entre paciente y terapeuta determina la marcha de la terapia y que la relación terapéutica es un sistema diádico en el que la conducta de ambos participantes influye.

¿Por qué el énfasis en lo interpersonal? Estos autores sostienen que la identidad y la conducta interpersonal del paciente tienen un origen interpersonal y una historia de aprendizaje en la infancia. Las deficiencias en el esquema de interacción niño-padres generan patrones relacionales cuya función es auto-protectora. Estos patrones luego son repetidos y representados en las relaciones interpersonales. Su reproducción no sólo se debe a su ineficaz función auto-protectora. Al reproducir el patrón, el paciente provoca en los otros reacciones que lo confirman. De esta manera, las relaciones interpersonales ratifican el patrón. Por eso, este patrón funciona como un círculo vicioso que se auto-propaga⁷. El problema es que su repetición en el presente resulta anacrónica e inadaptada y se traduce en diversas limitaciones que pueden producir síntomas.

Desde esta perspectiva, el análisis de la interacción entre paciente y terapeuta es el medio más eficaz para tratar al paciente, porque al reproducirse el patrón psicodinámico cíclico en la relación terapéutica, otorgará la posibilidad de modificarlo. Según Strupp y Binder, la tendencia a repetir el patrón psicodinámico cíclico configura la transferencia. Así, ésta no sólo es la disposición del paciente a percibir al terapeuta según dicho patrón sino también la conducta por la cual el paciente intenta incluir al terapeuta en una representación recíproca del mismo. La contratransferencia, por su parte, corresponde parcialmente a la reacción empática

⁶ Todos los conceptos y nociones que se explican a continuación pueden encontrarse en Strupp y Binder. 1984.

⁷ Véase también Wachtel 1988 v 1996.

del terapeuta evocada por la transferencia del paciente, es decir, a la reacción inducida en el terapeuta por el papel asignado por el paciente según su particular patrón psicodinámico cíclico (ya no se trata de una interferencia que debe ser eliminada, aunque este aspecto también se tiene en cuenta).

Evidentemente, en esta concepción transferencia y contratransferencia están ineludiblemente entrelazadas y conforman la unidad interactiva que caracteriza la naturaleza de la implicación de ambos participantes en el intercambio. Su análisis es análisis de la interacción y es el principal instrumento de la terapia. Esto se debe a que permite al terapeuta identificar el modelo de interacción del paciente, comunicárselo (por medio de la interpretación) y refutar o representar, temporal y parcialmente, el papel recíproco que le es asignado. En esta tarea el terapeuta asume un rol activo en el cual juega un papel fundamental el foco.

2) Concepto de foco

Strupp y Binder definen el foco como un instrumento heurístico que ayuda a generar, recoger y organizar información relevante para la terapia. Al igual que otros autores, consideran que funciona como señal o marco de referencia para las intervenciones del terapeuta (en este sentido, el foco es una hipótesis; es el mapa y no el territorio). En tanto el foco marca un destino y otorga una visión general del camino a recorrer, su utilización también es beneficiosa en las terapias de larga duración. En otros términos, el foco no se utiliza sólo para circunscribir o limitar la terapia. Es una teoría individualizada *ad hoc* que clarifica y conecta fenómenos conductuales y experienciales de otro modo inconexos.

El concepto de foco de Strupp y Binder se basa en dos principios. Uno de ellos, explicado más arriba, afirma que la experiencia vital se desarrolla en el campo interpersonal. El otro sostiene que el modo psicológico de construir la experiencia vital es la narración. La narración organiza secuencialmente la experiencia y las acciones. Tiene aspectos inconscientes y el objetivo de la terapia es hacerlos conscientes⁸. En función de estos principios, el foco tiene una estructura narrativa y concierne a las relaciones interpersonales.

La narración recogida en el foco describe acciones humanas⁹ insertas en un contexto interpersonal, organizadas en un patrón psicodinámico cíclico, que han sido fuente de problemas repetidos a lo largo de la vida y en la actualidad. Resaltemos que, según esta concepción, el valor de la historia es clarificar el presente y no a la inversa. Se considera que el aquí y ahora influye sobre lo recordado. Por eso, la principal fuente de información para la construcción del foco es la relación terapéutica y secundariamente el material referente a otras relaciones. Por otra parte, se construye la historia en colaboración con el terapeuta y no de forma unilateral (por el paciente).

⁸ Esto se logra contándolos. Paciente y terapeuta se implican en una narración y re-narración conjunta de los dilemas más importantes de la vida del paciente. La re-narración es una comprensión alternativa, cognitiva y afectiva, del modelo psicodinámico cíclico de interacción, que produce el proceso de cambio. Evidentemente, en esta concepción se observa la influencia de las teorías cognitivas y su concepto de "guión".

⁹ El concepto de acción es definido en términos de Schaffer (citado en Strupp y Binder, 1984): cogniciones y sentimientos de sí así como conductas manifiestas (son actos y no rasgos o constructos hipotéticos).

El formato del foco se deriva del análisis empírico de las categorías de información que los terapeutas usan habitualmente para las intervenciones focales. Incluye cuatro elementos:

- Actos del sí mismo o self
- Expectativas sobre las reacciones de los demás o de sí mismo como respuesta a los actos del sí mismo
- Actos de otras personas hacia uno mismo, actos evocados por las acciones del paciente.
- Actos de uno mismo hacia uno mismo (introyección), que expresan la auto-imagen y la autoestima como resultado de la interacción.

Se considera que esta formulación recoge el modelo psicodinámico de interacción prototípico, inadaptado y cíclico del paciente. Señalemos que este modelo subraya los aspectos problemáticos de los modos habituales de relacionarse del paciente con otros: los roles centrales y complementarios, la secuencia de interacción inadaptada, las expectativas auto-derrotistas y las auto-valoraciones negativas resultantes. En este sentido, el foco permite relacionar el modelo de interacción del paciente con los problemas psicológicos y síntomas que motivaron la terapia. El foco también puede ser definido como un método para especificar la transferencia del paciente. Se centra en la forma de transferencia que tiene mayor impacto en la relación terapéutica.

El mantenimiento del foco implica por parte del terapeuta, fundamentalmente, una actitud de atención selectiva y olvido selectivo (Balint et al., 1972). Esto significa influir en lo que es de valor y lo que es accesorio (mediante preguntas, moldeando el contexto de dichas preguntas y eligiendo a qué poner nombre y a qué no). Esto supone que el rol del terapeuta se caracteriza por la actividad, en lugar de caracterizarse por la actitud pasiva tradicional consistente en seguir los temas propuestos espontáneamente por el paciente. Al guiarse por el foco, el terapeuta dirige el curso de la terapia.

III. Nuestra perspectiva para la investigación

Nuestro estudio pertenece al ámbito de las investigaciones en psicoterapia. Forma parte de los trabajos que investigan el proceso terapéutico. El tema de nuestra investigación es el foco o el proceso de focalización. Suponemos que estos procesos están ligados de alguna manera al proceso terapéutico. La primera pregunta que surge es ¿cuál es la perspectiva más adecuada para abordar este fenómeno? Entendemos por perspectiva adecuada aquella que permita estudiar la utilización del foco en diversos tratamientos. Esto significa que debe ser una perspectiva lo suficientemente amplia como para abarcar las diferentes nociones de foco a pesar de sus diversidades. Al mismo tiempo, dicha perspectiva debe permitir la operacionalización de este concepto.

Tanto Strupp y Binder como Thomä y Kächele forman parte de una tendencia contemporánea en teoría psicoanalítica que intenta permanecer próxima a los datos clínicos y observacionales. Fundamentan sus respectivos modelos de proceso terapéutico en investigaciones empíricas. En consecuencia, intentan dejar de lado las inferencias abstractas de alto nivel. Consideran que tanto la metapsicología como el punto de vista económico, la "mitología de la pulsión", plantean constructos teóricos alejados de la práctica clínica cuya evidencia empírica es difícil de probar.

Por otra parte, creen que estas nociones llevan a sostener modelos endopsíquicos del desarrollo humano así como modelos unilaterales del proceso terapéutico (en los que se adjudica la mayor influencia en el proceso al paciente y se desconoce la del terapeuta, a quien se considera un instrumento científico neutral). Por este motivo, ellos tienden a concebir tanto el desarrollo del ser humano como la situación analítica en términos interpersonales. En concreto, afirman que el proceso terapéutico debe ser pensado como una situación diádica configurada por la interacción de ambos participantes. Esta concepción, sostienen, facilita la validación empírica de hipótesis sobre su desarrollo.

Independientemente de nuestro mayor o menor acuerdo con los fundamentos de sus respectivos modelos, consideramos que algunas de sus ideas permiten realizar una aproximación descriptiva a lo que ocurre en toda terapia. Así:

- Thomä y Kächele ponen énfasis en la interacción que se produce en la situación analítica y describen el proceso terapéutico como una sucesión de temas negociados diádicamente. Estas nociones permiten describir lo que ocurre en el plano fenomenológico en una terapia y el diálogo que allí se produce.
- Strupp y Binder, por su parte, ponen énfasis en la interacción como lo esencial de la relación terapéutica y como el contenido fundamental de las narraciones que se realizan en una terapia. Señalan que el foco se construye con narraciones sobre las interacciones.

En primer lugar, de estos autores tomamos la idea de interacción en la relación terapéutica. Cualquier terapia psicoanalítica podría ser descrita como una interacción en la que ambos participantes influyen en su desarrollo. Por eso incluimos esta idea en nuestra perspectiva teórica para la investigación.

En segundo lugar, de Thomä y Kächele tomamos la noción de que el proceso terapéutico, en uno de sus aspectos, puede ser descrito como una generación interactiva de sucesivos focos cambiantes. Sin embargo, a diferencia de Thomä y Kächele, dejamos en suspenso la idea de que el foco surge de una proposición temática ligada al conflicto nuclear y que consiste en el conflicto focal (origen infantil, inconsciente, desencadenantes, etc.).

De Strupp y Binder adoptamos la idea de que estos focos se refieren a la interacción. No obstante, no hemos tomado el punto de vista de Strupp y Binder con respecto al foco en su totalidad. Ellos enfatizan el carácter inadaptado del patrón cíclico que conforma el foco y buscan relaciones cíclicas causales entre sus elementos. Su foco se centra en los aspectos problemáticos de la interacción. Por otra parte, conceden suma importancia a la manifestación de este patrón en la relación terapéutica, cuestión que nosotros, al menos en la etapa descriptiva, dejamos de lado.

Hemos incluido estos aportes en nuestra perspectiva porque consideramos que la concepción del proceso terapéutico como una sucesión de focos generados interactivamente da cuenta de un hecho básico: en toda psicoterapia existen procesos espontáneos de delimitación de temas.

Estas ideas pueden relacionarse con una definición amplia de foco, según la cual el foco está constituido por los puntos de interés aceptables para paciente y terapeuta. Al mismo tiempo, esta definición amplia queda circunscripta especificando que los puntos de interés que decidimos estudiar se refieren a las

relaciones interpersonales. Vale decir que en todo proceso terapéutico se produce espontáneamente cierta focalización en este sentido: la atención de paciente y terapeuta se concentra en ciertos temas relativos a las relaciones interpersonales.

En conclusión, en nuestra investigación hemos entendido por foco los centros de gravedad temáticos relativos a las relaciones interpersonales. Consideramos que el proceso espontáneo de focalización es negociado en forma diádica y podría ser descrito de la siguiente manera¹⁰: 1) proposición de un tema por parte de terapeuta o paciente, 2) aceptación o no de este tema por el otro. Consideramos que cuando hay aceptación del tema propuesto por el otro, o coincidencia en el tema del que se habla, ambos participantes implícitamente aceptan centrar su atención en dicho tema. El acuerdo o coincidencia con respecto al tema entre paciente y terapeuta se entiende como momento de focalización o foco en sentido amplio.

Recordemos que nuestra investigación es descriptiva y exploratoria. Intenta describir el proceso de focalización o el foco a lo largo de una psicoterapia y no comprobar tales o cuales características del mismo. En este marco, la ventaja de la perspectiva que hemos adoptado es que permite una operacionalización del concepto de foco y facilita su estudio a partir de las transcripciones de sesiones. También permite su aplicación a diferentes tipos de terapias, incluidas aquellas que no prefijan un contenido o una estructura formal del foco, o que no se describirían inicialmente como terapias focales.

IV. Respecto al desarrollo de la investigación

El objetivo, para el equipo de investigación de la UCM, consistía en diseñar una investigación que permitiera la aproximación empírica al foco terapéutico.

Tomamos como referencia de partida, como ya hemos dicho, el supuesto amplio que lo considera como el resultado de un proceso bi-personal. Tanto el paciente como el terapeuta intervienen en su delimitación gracias a un proceso de negociación, en donde el paciente oferta un conjunto de temas que supone de interés y el terapeuta selecciona aquellos considerados como centrales para la terapia. La idea general debía transformarse en definiciones claras y operativas que hicieran factible la extracción de datos objetivos.

Partiendo de este supuesto, se hacía necesario determinar cuáles eran las ofertas o propuestas temáticas de la paciente en tratamiento y cuáles los temas que eran recogidos por el terapeuta para el establecimiento implícito del foco. Para lograrlo se decidió utilizar la técnica cualitativa de análisis de contenido.

Estos primeros pasos ya nos llevaron a ampliar el panorama de lo que se entiende por foco y a considerarlo como el centro de gravedad temático destacado en la interacción de paciente y terapeuta. O lo que viene a ser lo mismo, aquel conjunto de temas que se manifiestan más frecuentemente a lo largo de la terapia.

Como se puede observar, es una definición operacional que atiende sólo a los hechos que pueden ser empíricamente determinados y deja a un lado interpretaciones del concepto más elaboradas que nos obligarían a dar cuenta de

¹⁰ Hemos hecho un esfuerzo por evitar otro problema de los que señala Scilligo, que hace discutibles las conclusiones de las investigaciones : "la definición poco clara de la variable independiente, frecuentemente definida sólo con el nombre de un modelo terapéutico (*terapia focal*, sería en este caso) y equiparándolo a la influencia del terapeuta" (Scilligo 1990, 15) (Ver bibliografía citada por el autor. Paréntesis nuestro)

elementos que escapan a la investigación. La definición permite no sólo establecer los temas propuestos por la paciente y el terapeuta, sino además inferir la negociación que se da entre ambos identificando los temas preferentes para cada uno de ellos.

Para la determinación de los temas que se considerarían focales, se realizó una lectura de las 10 primeras sesiones. Se identificó así un abanico de temas que mantenían una presencia recurrente a lo largo de la sesiones. Posteriormente, se eliminaron aquellos temas que poseían una muy baja frecuencia. El resultado fue el establecimiento de 12 categorías temáticas que giran en torno de las relaciones interpersonales, aspecto siempre presente en el discurso de la paciente.

Las categorías se reunieron en tres grupos básicos. El primero está constituido por aquellas verbalizaciones que caracterizaban las acciones y reacciones de la paciente ante situaciones interpersonales de la vida cotidiana (llamado "aporte de la paciente a las relaciones"). El segundo incluye aquellas verbalizaciones en las que el eje fundamental es la percepción que la paciente creía que los otros, dígase padres, familiares, novio, o amigos, tenían de ella. Y, como tercera categoría, se agrupan los sentimientos asociados tanto para el primero como para el segundo grupo. Finalmente, se estableció un cuarto grupo de categorías que registran los objetos (persona o grupo de personas) de la relación interpersonal, presentes en las verbalizaciones de los grupos I, II y III.

Decidimos utilizar estas mismas categorías para el terapeuta, de modo que permitieran la comparación entre ambos, y como forma de reducir las ambigüedades que provocaría el establecimiento de categorías distintas para el terapeuta a la hora de las interpretaciones.

Tras este primer trabajo de poner a prueba unidad de análisis, criterios, definiciones y formas de codificación, se llegó al diseño de un protocolo en el que se explicitan las definiciones de cada una de las categorías y el procedimiento de registro que se utilizaría de allí en adelante en la investigación.

Pero la sola exposición de los temas no lleva necesariamente al establecimiento del foco, ya que este es el resultado de una negociación, en la que tanto paciente y terapeuta llegan a un acuerdo, explicito o implícito, sobre los objetivos o temas en los que hay que centrar la terapia. Por lo tanto, la identificación del acuerdo, o los momentos de acuerdo, es decir, cuando paciente y terapeuta coinciden en hablar del mismo tema, era un aspecto que debía ser situado y señalado en la investigación.

Para ello se dividió el texto de cada sesión en fragmentos de 150 palabras (que contienen intervenciones tanto del paciente como del terapeuta), considerados como unidades de contexto que permiten clarificar el significado de la frase, considerada como unidad de registro o análisis. El fragmento establece límites arbitrarios dentro de un discurso continuo que permite, por un lado, el registro de la frecuencia de las categorías, y por el otro, señalar los momentos en que el paciente y el terapeuta coinciden en hablar sobre los mismos temas.

Se supuso que este acuerdo, o momento en que el paciente y el terapeuta continúan un mismo tema, señala el apuntalamiento de un tema focal. Este procedimiento cumplía el requisito de identificar la propuesta de un tema por alguno de los miembros y la recogida o aceptación del tema por parte del otro. La distribución y asociación de las categorías tanto del paciente como del terapeuta permite configurar un mapa de temas en los que se observan aquellos preferidos

por la paciente, aquellos preferidos por el terapeuta y aquellos en los que tanto paciente y terapeuta coinciden en hablar más frecuentemente a lo largo de las sesiones. Este último conjunto de categorías sería la temática central de la psicoterapia negociada por ambos implícitamente en el proceso de interacción.

Hasta aquí, la metodología y los datos recogidos permitían establecer los temas propuestos por la paciente, los temas propuestos por el terapeuta y los momentos en que ambos coincidían o acordaban profundizar o continuar un tema que parecía importante para el desarrollo de la terapia.

Sin embargo, de esta forma sólo se está atendiendo a un aspecto del foco, es decir, ninguno de los datos revela el grado de importancia o eficacia real de determinado tema dentro de la terapia. Se da la posibilidad de gran cantidad de acuerdos o de temas que resulten redundantes o poco relevantes para lograr un cambio terapéutico.

V. Siguiente paso de la investigación

Se considera que el foco, en uno de sus aspectos, está ligado al núcleo de la problemática del paciente y, en consecuencia, se supone que la intervención sobre el mismo suscita efectos positivos que llevan al cambio¹¹. Atender a este aspecto del foco nos conduce a las dificultades de cómo estimar el avance del proceso terapéutico.

Para ello hemos tomado como referencia el trabajo de un miembro del equipo de investigación de la Universidad de Ulm. Mergenthaler (1996) ha desarrollado una metodología, mediante el análisis de contenido, que permite identificar "momentos claves" en la sesión terapéutica. Para el investigador "estos momentos pueden ser considerados como una encrucijada o como un progreso que reflejan puntos de *insight* tal y como suceden en el curso del proceso terapéutico y que se necesitan para que ocurra algún cambio en la conducta del paciente" (Mergenthaler, 1996, pág. 23).

Sus investigaciones señalan como prerrequisito fundamental para la emergencia de los momentos claves, la presencia de un elevado tono emocional y una elevada abstracción, entendida esta última como un constructo dirigido al entendimiento y la percepción. El tono emocional mide la densidad de la emoción de las palabras dentro de una unidad de texto dada, asumiendo que las palabras observadas son apropiadas para expresar la emoción verbalmente. Por su parte, la abstracción es el mecanismo que conduce a la construcción de nuevas estructuras y puede ser identificado a través de la transformación morfológica de formas verbales simples. Al igual que el tono emocional, varía en intensidad y se asume que este flujo puede medirse. El momento clave ocurre cuando hay una coincidencia temporal elevada entre ambas variables.

Mediante un programa informático se registran aquellas palabras que reflejen tono emocional y aquellas que reflejen abstracción, así como su frecuencia, lo que

¹¹ No nos planteamos aquí la naturaleza y definición del cambio terapéutico, cuestión especialmente importante por otra parte. "el criterio del cambio sintomatológico es sólo una parte del cambio atribuible a la intervención psicoterapéutica. Ya Freud se encontraba con el problema de demostrar a los observadores externos que los pacientes después de la terapia eran *distintos* aunque se quedaran *igual*" (Scilligo 1990, pág. 20)

indica la intensidad de estas variables¹². El cruce de ambas variables genera cuatro campos o patrones abstracción-emoción diferentes. El Patrón de Relajación, caracterizado por bajo tono emocional y baja abstracción, que corresponde a la asociación libre o transición de un tema a otro. El Patrón de Reflexión, caracterizado por bajo tono emocional y elevada abstracción, que corresponde a la elaboración o reflexión sobre el conocimiento adquirido en los momentos puntuales de la sesión. El Patrón de Experimentación, elevada emoción y baja abstracción, que corresponde a la experiencia emocional correlativa a la narración de un sueño, episodio o recuerdo temprano, así como la información de los síntomas. Y por último, el Patrón de Conexión, caracterizado por un elevado tono emocional y una elevada abstracción, que corresponde a la reflexión sobre la experiencia emocional reciente y el logro del *insight*.

La particularidad del modelo es que permite describir los distintos momentos de la sesión según estos patrones de emoción-abstracción. Las gráficas que se producen de los resultados muestran la distribución de ambas variables en cada segmento de la sesión, reflejando su intensidad y variación a lo largo del tiempo. Es una descripción precisa del tono emocional y la abstracción en cada momento de una sesión.

La metodología de Mergenthaler, denominada Modelo del Ciclo Terapéutico, era útil para nuestros intereses en la medida que era capaz de señalar aquellos momentos de la sesión en las que ocurren cambios importantes en el tono emocional y en la abstracción del sujeto, y permitía relacionarlos con nuestras categorías temáticas para inferir su importancia.

Esta idea, que conforma la segunda parte de la investigación, permitirá determinar qué temas de los registrados como focales se relacionan con qué patrones de los señalados por Mergenthaler, e indicar el impacto que generan en la paciente los momentos de acuerdo señalados. En definitiva, posibilitará examinar qué variables del foco están asociadas con el momento clave y, por ello, con el cambio terapéutico.

La relación entre el modelo de Mergenthaler y las variables diseñadas por nosotros permitirá en un futuro, esperamos, ubicar en cada uno de estos cuadrantes los temas propuestos tanto por paciente como por terapeuta, y establecer con mayor certeza el impacto que ejercen el acuerdo y los temas focales dentro del proceso terapéutico.

VI. Comentario final

En esta investigación, surgida del interés por describir, especificar y validar el foco por medio del análisis empírico, se tomaron unas decisiones metodológicas, a raíz de las reflexiones que se fueron produciendo a lo largo del proceso de investigación.

La intención de aproximarnos al fenómeno del foco, desligándonos de conceptualizaciones basadas en conceptos de difícil manejo a través de datos concretos:

 nos plantea de continuo una discusión ya antigua: las condiciones de posibilidad para la objetivación de un proceso constituido por subjetividades

¹² El programa informático contiene un diccionario de palabras que reflejan el tono emocional y la abstracción. La posibilidad de utilizar el programa informático en español se debe a la traducción hecha por el grupo de la Universidad de Salamanca dirigido por el Dr. Ávila-Espada.

 nos confronta ineludiblemente con otros "fenómenos"que ocurren en la experiencia clínica y que por su condición son inaccesibles a esta metodología

Los procesos de establecimiento del foco se oscurecen al no existir verbalizaciones explícitas, en ambos participantes, que definan claramente las intenciones u objetivos dentro de los cuales pretenden enmarcar el proceso terapéutico. El establecimiento de temas relevantes, por su reiterada presencia a lo largo de la relación terapéutica, señala sólo los aspectos más circunscritos de un proceso bastante más complejo. A su vez, los factores estudiados son quizás indicadores más o menos fiables en los cuales apoyar inferencias que den cabida a futuras investigaciones

La discusión intrínseca al problema del conocimiento debe dejar claro que la aproximación al fenómeno, cualquiera que sea, es acumulativa; la investigación es la síntesis, realizada por el investigador, de la teoría, la metodología y la realidad, que ofrece una propuesta creativa, ordenada y plausible de un fenómeno que necesita seguir siendo estudiado en sus diferentes ángulos para poder aprehenderlo en su complejidad.

Bibliografía

Alexander, F. y French, T.

(1946), *Psychoanalytic therapy. Principles and applications*, Nueva York, Ronald Press. (Traducción cast.: *Terapéutica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidos, 1965)

- Balint, M.; Ornstein, P. H. y Balint, E. (1972), Focal psychotherapy. An example of applied psychoanalysis, London, Tavistock. (Traducción cast.: Psicoterapia focal, Buenos Aires, Gedisa, 1986)
- Barber, J. P. y Crits-Christoph, P. (1993), "Advances in Measures of Psychodynamic Formulations", en <u>Journal</u> of Consulting and Clinical Psychology, vol. 61, 1993, n° 4, págs. 574-585.
- Dahlbender, R. W.; Kächele, H.; Frevert, G. y Schnekenburger, S. (1995), "La formulación formal del foco en la psicoterapia", en Defey, D. et al. (comps), *Psicoterapia focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definido*, Montevideo, Roca Viva, 1995, págs. 115-138.
- Farré, J.; Hernández, J.; y Martínez, M. (1992), *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*. Barcelona, Paidós
- Fiorini, H. (1973), *Teoría y técnica de psicoterapias*. B. Aires, Nueva Visión
- Kächele, H. (1992), "Empirical studies on the psychoanalytic process: the Ulm Psychoanalytic Process Research Study Group" (manuscrito).
- Kächele, H. (1995), "Aspectos clínicos y científicos del modelo de proceso psicoanalítico de Ulm", en Defey, D. (eds), *Psicoterapia focal.*

- Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definido, Montevideo, Roca Viva, 1995, págs. 53-67.
- Kächele, H. y Thomä, H. (1993), "Psychoanalytic Process Research: Methods and Achievements", <u>Journal of the American Psychoanalytic Association</u>, vol. 41, 1993, Supplement: "Research in psychoanalysis: process, development, outcome", pp. 109-129.
- Malan, D. H. (1963), *A study of brief psychotherapy,* Londres, Tavistock (Traducción cast., *Psicoterapia breve*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1974)
- Mann, J. (1973), *Time-limited psychotherapy*, Cambridge, Harvard University Press
- Mergenthaler, E. (1996), "Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic process" en <u>Journal of Consulting and Clinical Psychology</u>, vol. 64, 1996, nº 6, págs 1306-1318. (Traducción cast.: "Patrones de emoción-abstracción en protocolos verbales transcritos literalmente: Una forma nueva de describir los procesos psicoterapéuticos", manuscrito, trad. Janine Vidal Didier, Universidad de Salamanca)
- Scilligo, P. (1990): "La ricerca clinica e la prassi psicoterapeutica: una valle da colmare" en <u>Rivista di Psicología Clinica</u>, vol 2, 1990, págs. 104-125 (Trad. cast.: "Investigación clínica y práctica psicoterapéutica: un abismo que salvar" en <u>Revista de Psicoterapia</u>, vol. 1, nº 4, 1990, págs. 931)
- Strupp, H. y Binder, J. (1984), *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*, New York, Basic Books. (Traducción cast.: *Una nueva perspectiva en psicoterapia*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1993).
- Thomä, H. y Kächele, H. (1985), Lehrbuch der psychoanalytischen therapie, Bd 1, Brundlagen, Berlín, Heidelberg, Nueva York, Tokio, Springer. (Traducción cast.: Teoría y práctica del psicoanálisis. Vol. 1: Fundamentos, Barcelona, Herder, 1989)
- Wachtel, P. L. (1988), "Terapia psicodinámica integradora", en Lynn y Garske (1988), *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao, DDB
- Wachtel, P. L. (1996), *La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz.* Bilbao, DDB.

Primera versión: 29 de abril de 2002 Aprobado: 11 de octubre de 2002

LA ESTRUCTURA-FRASE Y LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DISCURSO DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA SOBRE EL VALOR DE LOS COMPONENTES PARAVERBALES

David Maldavsky*

Resumen

El trabajo consta de tres partes: 1) introducción de un nuevo nivel del método de análisis sistemático del discurso desde la perspectiva psicoanalítica (la estructura-frase), 2) la aplicación del método, 3) conclusiones. En la primera parte el autor alude al algoritmo David Liberman, un método de análisis del discurso para detectar erogeneidades y defensas en tres niveles: palabra, frase y relato. De estos tres niveles, en el trabajo se desarrolla el segundo, la estructura frase, entendida desde la perspectiva del acto de enunciación, como expresión de una erogeneidad. El autor propone dos grillas para analizar las estructuras-frase: los componentes verbales y los paraverbales, en su especificidad para cada lenguaje del erotismo. Discute también cuestiones metodológicas ligadas a los empleos de los instrumentos, así como a las contradicciones que pueden surgir entre estos dos análisis (verbal y paraverbal). También examina otros problemas metodológicos, ligados con los contrastes entre los resultados de este nivel de análisis y los otros dos (palabra y relato). El autor afirma que este nivel de análisis es especialmente útil para estudiar las relaciones transferenciales-contratransferenciales.

A continuación el autor presenta un fragmento inicial de una sesión, que analiza en los tres niveles del método: palabra, frase y relato. Tras discutir los resultados de sus análisis, en las conclusiones presta atención al empleo del método de análisis de las frases para investigar el árbol de decisiones clínicas del terapeuta en la sesión. Igualmente, este nivel de análisis permite investigar la eficacia de ciertas defensas, como la anulación, el aislamiento, la formación reactiva o la identificación.

Palabras clave

Algoritmo David Liberman – método psicoanalítico de investigación – estructuras frase – análisis del discurso

Summary

This paper has three parts: 1) introduction into a new level of the systematic method of analysis of the speech from psychoanalytic perspective (phase-structure), 2) use of the method in a clinical example, 3) conclusions. In the first part the author refers to David Liberman algorithm, a method of analysis of the speech that helps to detect erogeneicities and defenses in three levels: word, phrase and narration. In this paper level of the phrase-structure is developed. Phrase-structures is focused from the perspective of the enunciation act, as expression of an specific

E-mail: dmaldavsky@elsitio.net

Director del Instituto de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales en la UCES (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales), del Doctorado en Psicología, de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento, del Programa en Metodología de la investigación del lenguaje desde la perspectiva psicoanalítica y de esta revista (Subjetividad y procesos cognitivos), en dicha casa de estudios.

erogeneicity. The author propose two grids to analyze phrase-structures: verbal and paraverbal components, in its specificity for each language of the eroticism. He also discuses methodological problems of the use of these instruments. He examine contradictions between two analysis (verbal and paraverbal) of the phrases and methodological problems related with the contrast between results in this analysis level and the other two (word and narration). The author affirm that this level of analysis is specially useful to study transferencial-contratransferencial relationships.

Then the author present the initial fragment of a session, and analyses it in three levels: word, phase and narration. After discuss the results of his analysis, in the conclusions he pay attention to the use of this phrases' analysis method to investigate the bunch of clinic decisions that therapist has in session. This analysis level allows to research the efficacy of some defenses, such as undoing, isolation, reaction-formation or identification.

Kew words

David Liberman algorithm – psychoanalytical research method - phrase-structures - analysis of the speech

Presentación

Un analista puede quedar impactado por descubrir que su paciente desarrolla una secuencia prototípica: el relato de ciertas escenas queda remplazado por una a la cual sigue un refrán. Sensibilizado por este discernimiento, advierte luego que el paciente se despide en cada sesión con una frase de promesa acerca de lo que expondrá en la sesión siguiente. A su vez, en esta otra sesión suele ingresar elogiando algún detalle (generalmente un adorno) del consultorio. El terapeuta refina así su captación de un fragmento significativo del discurso del paciente, que puede repertorizar, y al que logra ligar con ciertas hipótesis psicoanalíticas, inclusive las referidas a la cualidad del vinculo transferencial inmediato. Discernimientos como este no han sido expuestos de un modo sistemático, y mucho menos incluidos en un proyecto de desarrollo de un método de investigación del discurso, pese a lo insistente que puede resultar tal tipo de escucha por parte de un analista en sesión. Este es precisamente el tema que consideraré en el presente trabajo. En él me guían dos objetivos. En primer lugar, exponer más detenidamente un sector del método de investigación del lenguaje (estructura-frase), en el marco del algoritmo David Liberman (Maldavsky, 1997, 1998b, 1999, 2002a). Este método pretende detectar la erogeneidad y la defensa en tres niveles del lenguaje: palabras, frase y relato. Por lo tanto, considerar más detenidamente el nivel de la estructura-frase implica prestar atención al complejo problema de la articulación entre este nivel de análisis y los otros dos (palabra y relato), lo cual conduce a la discusión de numerosos problemas metodológicos. En segundo lugar, me interesa emplear el arsenal metodológico que he construido para estudiar un comienzo de sesión, incluyendo los parlamentos iniciales de la paciente y unas pocas intervenciones del analista**. En dicho estudio pongo especial énfasis,

El material del caso analizado ha sido facilitado por el Proyecto SMBP (Salamanca-Madrid-Barcelona [España]) de investigación de la psicoterapia psicoanalítica, coordinado por el Prof. Alejandro Ávila Espada (Universidad de Salamanca), y realizado conjuntamente con los Profs. Gerardo Gutiérrez, Mercé Mitjavila y Joaquin Poch (+) desde 1998 hasta el presente. El Proyecto SMBP en su primera fase se ha realizado con la ayuda de los fondos de investigación recibidos del

precisamente, en el nivel de la frase, que correlaciono con los otros dos (palabra y relato).

A. Introducción del análisis de las estructuras-frase

A lo largo de más de 30 años me he interesado en formalizar el nexo entre erogeneidad, defensa y lenguaje. Tenía conciencia de que este nexo reviste gran importancia en los estudios sistemáticos que permiten enlazar la clínica con la metapsicología; es decir, tenía conciencia del valor epistemológico de este trabajo de enlace, va que permitiría crear las bases de un método de investigación arraigado en la teoría psicoanalítica. El primer sector del lenguaje que pude enlazar con la teoría psicoanalítica fue el relato. A lo largo de los años desarrollé (Maldavsky, 1999, Maldavsky et al., 2000) una formalización sistemática (la cual culminó en una grilla) de las escenas en las secuencias narrativas como expresión de cada una de las erogeneidades, y le agregué luego una propuesta de análisis de las defensas. El segundo sector del lenguaje que pude enlazar con la metapsicología fue el de las palabras, fragmentos de palabras (diminutivos, aumentativos) y reuniones de dos o tres palabras ("tener en mente"). Este enlace resultó más dificultoso, no tanto por falta de teoría o de conclusiones prácticas sino por cuestiones instrumentales para la exposición sistemática del repertorio de las palabras correspondientes a cada erogeneidad. Las narraciones abarcan grandes bloques de palabras, y pueden expresarse fácilmente como conjuntos de escenas. No ocurre lo mismo con las palabras, por lo cual me vi llevado a recurrir a la informática y crear un programa computacional, un diccionario de alrededor de 5.000 radicales, vale decir, unas 620.000 palabras (Maldavsky, 2002a). Pude enlazar entonces las palabras con la erogeneidad, por lo cual me sentí (provisoriamente) bastante satisfecho. Sobre todo me resultaba importante tratar de usar los recursos de la lingüística solo en la medida en que dieran cuenta de la práctica concreta de los psicoanalistas trabajando en la sesión. Por ello, en lugar de recurrir a las teorías sobre el relato o sobre la palabra desarrolladas fuera del marco psicoanalítico, me propuse formular otras, más apropiadas a la forma en que un psicoterapeuta de formación freudiana escucha y formaliza el material aportado por su paciente en la sesión. Construí entonces una teoría sobre el relato y otra sobre la palabra que me permitieron, a su vez, desarrollar los ya mencionados instrumentos de investigación (grilla, programa computacional). Hasta aquí los logros, referidos sobre todo al ensamble entre palabra y erogeneidad.

El avance se hacía más difícil cuando intentaba establecer nexos sistemáticos entre palabra y defensa. Es que tal nexo incluye la consideración de la palabra, pero también el de la frase. En efecto, en el nivel de la palabra (y de la frase) propuse la hipótesis de que la defensa patógena se expresa como perturbación retórica. Los estudios retóricos suelen implicar la consideración de la frase, y no solo de una palabra aislada, salvo los neologismos y algunos juegos sonoros (supresión, multiplicación, inversión o sustitución fonológica). Pero incluso estos juegos y las correspondientes perturbaciones retóricas (el tartamudeo, por

Research Advisory Board of The International Psychoanalytical Association (IPA) conjuntamente con el IPA Research Committee and Executive Committee (Enero, 1999; renovado en convocatoria competitiva en Junio de 2000) y ha contado con una Beca del Plan de Formación del Personal Investigador del Ministerio de Educación y Cultura de España y apoyo complementario de ayudas de investigación de la Universidad de Salamanca.

ejemplo) suelen implicar también la consideración del resto de la frase en que una palabra se incluye. Más allá de estas consideraciones, con mucha frecuencia los análisis retóricos exigen el estudio de la frase, o un conjunto de ellas. La frase "Me desperté a las 10 de la madrugada", dicha en Buenos Aires, contiene una contradicción lógica, y la frase "sé que no corresponde que un analista de niños le cuente a los padres detalles de lo que el hijo dice en sesión, pero haga conmigo una excepción y dígame si mi nene se masturba", expresa una contradicción pragmática. En consecuencia, me vi llevado a preguntarme por los nexos sistemáticos entre este tercer nivel de análisis, el de la frase, y la erogeneidad. Pensaba que es imposible estudiar la defensa sin considerar previamente la erogeneidad en juego (ya que la defensa es para Freud un destino de pulsión). En consecuencia, me resultaba imposible estudiar la retórica como expresión de la defensa sin tener en claro qué erogeneidad estaba en juego. Construí (Maldavsky, 2002a) entonces una grilla sobre las estructuras-frase por lenguaje del erotismo, que se podía combinar con el programa computacional. De ese modo me hallaba en mejores condiciones de analizar la defensa no solo en el nivel del relato (nivel macro) sino también en el de la palabra y la frase (nivel micro). Con todo, la solución era provisoria. Me sentía insatisfecho con algunos aspectos de la grilla de las frases, y tenía la impresión de que mi propuesta era algo superficial, solo un complemento necesario de los restantes estudios. Cuando reflexioné con mayor detenimiento sobre mi autocrítica llegué a otras conclusiones. Advertí que si había dejado para un tercer momento el análisis detallado del nivel de la estructura-frase fue por una intuición triple: 1) que requería primero de estudios sistemáticos de los otros dos niveles de análisis del discurso (palabra y relato), más fáciles de alcanzar, 2) que, como contrapartida, este nivel de análisis poseía una riqueza, una complejidad y una sutileza de matices inabarcables en un comienzo desde el punto de vista teórico, y 3) que, además, permitía analizar con fineza un aspecto diferentes del discurso del paciente y el analista, a saber, la relación transferencial-contratransferencial.

En cuanto a las dificultades para el estudio, podemos constatar los hechos: resulta más practicable la sistematización de los relatos e inclusive la de las palabras. Disponía, en uno y otro estudio, de intuiciones bastante claras, de herramientas (grilla, programa) suficientemente aptas. En cambio, para el análisis de las frases ni poseía una teoría en que sostenerme (como la teoría formal del relato) ni lograba recortar una unidad detectable (como las palabras). Así que debí tomar diferentes decisiones metodológicas, entre las cuales la inicial consistió en establecer qué es una frase. En efecto, las definiciones lingüísticas no parecían las que mejor se ajustaban a los requisitos de una investigación psicoanalítica. Los autores se refieren a este nivel de análisis en términos de frase, de oración o de enunciado. En cuanto a la delimitación y definición de una frase, se han propuesto diferentes criterios: fonológico, semántico, sintáctico (Bloomfield, 1933; Chomskv. 1965; Hockett, 1958; Karcevskij, 1931; Lyons, 1971; Martinet, 1960). En tanto enunciado, se la ha contrapuesto con la enunciación (Ducrot y Todorov, 1972), y se ha llegado a categorizar dos grandes grupos: frases que aluden a estados y frases que aluden a trasformaciones (Greimas y Courtés, 1979). Por mi parte, categoricé a las frases en términos de una semántica (la significatividad erógena) de la enunciación. Me interesa pues una frase en tanto acto que expresa la subjetividad de quien la profiere: si objeta, reflexiona, exagera, dramatiza, se interrumpe por impaciencia (tragarse las sílabas o las palabras), expresa emociones, amenaza,

acusa, reprocha. Esta es pues mi propuesta, similar en ciertos aspectos con la de algunos otros autores (Irigaray, 1967; Todorov, 1970). Formalmente, además, algunas frases pueden confundirse con un relato ("El matón me insultó, le di un puñetazo y él cayó al piso"). Otras, en cambio, pueden coincidir con un único término, como esas palabras-frase de la primera infancia, y que en la adultez pueden pervivir en exclamaciones como "cuidado", "hideputa", "joder", "huyamos" y muchas más. Al decir exclamaciones, estamos dando además un espacio especial, en las estructuras-frase, a las líneas melódicas, las cuales a su vez suelen reunir los sonidos correspondientes a varias palabras (aunque también a una sola). Por ello, la línea melódica, los componentes de timbre, altura e intensidad sonoras y sus variaciones quedan incluidos en este nivel. Pero también podemos preguntarnos por los sollozos, a los que Liberman (1970) analizó como una secuencia de sonidos que expresan diferentes afectos. Considero que también ellos pueden quedar incluidos en este nivel, del mismo modo que risas, eructos, hipos, bostezos, carraspeos, estornudos y otras manifestaciones audibles paraverbales (algunos lingüistas medievales consideraban al discurso, precisamente, como flatus voci).

Se advierte, pues, que la categorización de una manifestación como frase depende sobre todo de una teoría, y que es esta la que nos faltaba, la que estamos construyendo. Esta categorización posee sus ambigüedades en cuanto al deslinde (del relato, de la palabra) y en cuanto a su abarcatividad (línea melódica, elementos paraverbales sonoros). Estas dificultades, sin embargo, pueden ser resueltas, ya que cada nivel de análisis, en los hechos, se combina con los otros, y por lo demás contamos con la ventaja de poder incluir elementos más difíciles de definir (entonación, por ejemplo) en un marco metodológico sistemático. Cobra especial valor el hecho de que el análisis de la frases, que permite detectar las acciones consumadas con el decir en el acto de la enunciación, puede conducir a su vez a la localización de las escenas en el relato. Por lo tanto, el análisis de las frases hace posible inferir las escenas desplegadas no tanto en la narración sino en el intercambio analítico mismo. Nos permiten, pues, refinar la investigación de la transferencia y la contratransferencia en la sesión.

En las situaciones concretas se nos presentan sin embargo nuevas complicaciones, va que, por ejemplo "El matón me insultó, le di un puñetazo", etc. tiene el carácter de una narración objetiva de un suceso y corresponde por lo tanto al lenguaje del erotismo sádico anal secundario, pero el contenido es expresión del lenguaje del erotismo sádico anal primario, y la entonación puede expresar un lamento (lenguaje del erotismo sádico oral secundario). Si descartamos el contenido (cuyo análisis no corresponde al nivel de la estructura-frase, sino al del relato), se nos presentan dos lenguajes del erotismo igualmente prevalentes (en cuanto al componente verbal y el paraverbal, respectivamente). Además, también puede darse que una frase de promesa a su vez quede interrumpida, con lo cual tenemos dos lenguajes del erotismo (fálico genital y fálico uretral, respectivamente), correspondientes ambos a un análisis de los componentes verbales. Igualmente, puede darse que una frase de lamento (lenguaje del erotismo sádico oral secundario) quede interrumpida por un bostezo o un eructo (lenguaje del erotismo intrasomático). En tal caso, la copresencia de dos lenguajes del erotismo (sádico oral secundario, intrasomático) se da en el terreno de los componentes paraverbales. Así que también en estos tipos de análisis se nos hace necesario

prestar atención a la copresencia de varios lenguajes del erotismo y hallar criterios para decidir acerca del valor de cada componente en el conjunto.

Existe pues una cierta relación entre estructura sintáctica y entonación, lo cual conduce a estudiar en algunas ocasiones discordancias tonales (entre la entonación esperada y la que efectivamente fue proferida), que constituyen en sí mismas una fuente de investigaciones hasta el presente poco sistematizada (por ejemplo, una afirmación rotunda expresada con voz exangüe). Por otra parte, como a menudo estudiamos materiales verbalizados trascriptos de una grabación, la organización del discurso como conjunto de frases pone en evidencia una imbricación entre dos hipótesis sintácticas: la del hablante y la de quien ha establecido el texto, no siempre coincidentes. Por ello, es necesario a veces restablecer la conciencia sintáctica originaria del hablante obviando críticamente algunas "contribuciones" aportadas por quien ha trascripto el material, ya que incluyó no tanto palabras no contenidas en el original, cuanto signos de puntuación no necesariamente respetuosos de la subjetividad de quien se expresa. Precisamente, en este nivel, el de la estructura-frase, se advierte más fuertemente que en otros la actividad de quien ha establecido el texto, y sus interferencias.

En cuanto a la detección de varios lenguajes del erotismo en una misma estructura-frase, cabe preguntarse, como en otras ocasiones, por las prevalencias y subordinaciones relativas. En este punto se advierte la complejidad de este nivel de análisis. En efecto, podemos, por un lado, distinguir entre las prevalencias estadísticas y lógicas, y en consecuencia aplicar a este nivel de análisis los criterios generales, es decir, que el último de los mencionados, el lógico, es el decisivo. Pero no contamos con definiciones precisas respecto a cómo detectar esta prevalencia lógica. Por supuesto, podemos decir que es lógicamente dominante una frase de cierre de un relato o de una sesión, y este punto no está en discusión. En efecto, es un componente decisivo. Pero la cuestión se presenta en su complejidad si detectamos (por ejemplo, en el párrafo final de un relato) una frase consistente en un relato objetivo, y una línea melódica de lamento, o de seducción. Decir. como cierre, "Fue una sesión maravillosa" con tono de resentimiento es un indicio de la combinatoria entre dos lenguajes del erotismo, el fálico genital (por la frase) y el sádico anal primario (por la línea melódica), y es posible que este segundo sea el prevalente mientras el sujeto habla. En este caso, la cuestión de qué es lo dominante requiere un estudio más sutil, en particular cuando los componentes de la entonación deben ser inferidos por el investigador, quien no dispone del acceso a la grabación en sí misma. En cuanto a las frase como conjunto de palabras (componente verbal), puede ocurrir que coexistan también varios lenguajes del erotismo en su seno. Entonces considero que el criterio orientador para decidir cuál es la prevalencia lógica interna consiste en prestar atención al cierre de esa unidadfrase. Es conveniente además realizar análisis por separado de los componentes verbales y de los componentes paraverbales acompañantes, para luego decidir si existen o no prevalencias relativas entre ellas, o si merecen consignarse dos opiniones (palabras y componentes paraverbales), como compatibles (aunque haya conflictos entre ambos). Así, pues, proponemos dos análisis paralelos en cuanto a la estructura-frase: componentes verbales y paraverbales. En cuanto al análisis en el nivel de la frase como conjunto de palabras, jerarquizamos no tanto el contenido (por ejemplo, la referencia a la justicia) cuanto la forma (por ejemplo, si es un relato, una reflexión abstracta, un lamento) como expresión del acto de la enunciación. De

tal manera, en este nivel de análisis combinamos dos criterios para detectar prevalencias relativas: el del relato (que destaca el valor lógico del final de la narración) y el de la palabra (que admite que una misma palabra puede tener varios valores erógenos simultáneos compatibles, aunque resulten conflictivos). El análisis que destaca el valor de las prevalencias relativas se da dentro de cada uno de los dos sectores (componentes verbales y paraverbales, respectivamente), mientras que el análisis que destaca la copresencia de varios lenguajes del erotismo se da cuando combinamos estos dos sectores.

Otra dificultad en cuanto al análisis de las frases es de orden práctico: resulta mucho más difícil de realizar en textos extensos. En efecto, para el estudio del relato disponemos de criterios de análisis que nos permiten abarcar manifestaciones extensas de un modo relativamente sintético. Algo similar nos ocurre con las grandes masas de palabras, gracias a que el programa computacional las puede agrupar y categorizar de un modo rápido y global. Pero no contamos sino con un instrumento muy rudimentario (dos grillas) para analizar la enorme cantidad de frases contenidas en un discurso. A su vez, el resultado obtenido debe ser ponderado tomando en cuenta los valores propuestos para su calibración. En consecuencia, nos parece que la aplicación de este sector del método de análisis del discurso resulta más rendidora cuando intentamos realizar estudios microanalíticos sutiles, como los que corresponden a una sesión de análisis y las cuestiones transferenciales y contratransferenciales.

Volvamos sobre los componentes tonales y los aspectos paraverbales en su conjunto. Estos poseen un doble (o triple, tal vez) valor. Por un lado, tienen un valor en relación con la sintaxis, en el sentido de establecer intuitivamente la extensión de la frase y la organización interna de sus fragmentos. Todo ello queda expresado por las notaciones sintácticas (puntos, comas, paréntesis, dos puntos, etc.). Por otro lado, tienen un segundo valor, el cual se advierte especialmente cuando la frase va connotada con un signo de admiración. Esto indica que lo dicho posee un cariz exclamativo, un tono afectivo específico. Este segundo valor tiene gran importancia en el estudio de la significatividad erógena de una frase, ya que si el tono afectivo es la repugnancia la interpretaremos de un modo diverso que si fuese el resentimiento. Un tercer valor de la línea melódica consiste en su componente pragmático: una orden de no interrumpir al hablante hasta que este no la haya completado. Así, podemos decir que un sujeto interrumpe a otro, o que un sujeto se interrumpe a sí mismo, por tres motivos: o porque corta un relato, o porque corta una palabra o porque corta una frase. Y a menudo un indicio de que la frase está cortada lo advertimos en que la curva melódica está inconclusa, hecho que en lo escrito se expresa como puntos suspensivos. De estos tres valores, el primero es descifrado por quien escucha (o desgraba) un discurso concreto. Si lo desgraba, traducirá su descifre (tal vez erróneamente) como puntuación, como una coma, por ejemplo, que constituye una interpretación de una pausa, a menudo acompañada de una disminución tonal.

Advertimos pues otro problema: cómo trasmitir el componente semántico correspondiente a los estados afectivos trasmitidos tonalmente en la frase, y que son una parte central del acto de la enunciación. En este punto no alcanzan las indicaciones sintácticas. Más bien parecen necesarias indicaciones de otro tipo, como en teatro, digamos: unas acotaciones entre paréntesis que expliciten "con tono de ironía" o "con tono de lisonja". A menudo, quien lee un texto puede inferir el

tono afectivo que acompaña a una frase, pero en ocasiones, sobre todo cuando existen discordancias entre palabras y línea melódica, es necesario contar con estas aclaraciones.

Sea como fuere, es necesario acompañar a la grilla de las frases con otra grilla, de las líneas melódicas. En este punto nos encontramos con nuevos problemas de deslinde, porque, en el nivel de las manifestaciones paraverbales. hallamos, como ya lo mencionamos, también el sollozo, la risa, los suspiros, los gritos y otras, aún más difíciles de integrar al conjunto, como los carraspeos, las toses, los eructos o los bostezos. También incluimos algunas referencias al ritmo (agitado, acelerado, etc.), que en ocasiones logramos inferir al leer un parlamento, pero en otras no es tan evidente. Así, pues, como inherentes al valor semántico (desde la perspectiva erógena), incluimos tres aspectos de los componentes paraverbales de un discurso: tono afectivo, ritmo y manifestaciones sonoras del cuerpo. El primero de los tres (tono) contiene un componente más "psíquico", como lo es el afecto, mientras que los otros dos poseen un rango más "orgánico" de expresión de la erogeneidad. Reiteramos además que también en el terreno de los componentes paraverbales puede darse la coexistencia entre varios lenguajes del erotismo: en el interior de una misma línea melódica (que expresa, por ejemplo, una amenaza) pueden aparecer además un eructo y una lentificación desmesurada del lenguaje. Así que es necesario, en primer lugar, prestar atención a tres lenguajes del erotismo copresentes en el discurso, y, en segundo lugar, decidir cuál es el que prevalece desde el punto de vista lógico. Con todo, el análisis de los componentes paraverbales se hace necesario sobre todo si se advirtieron contrastes respecto del análisis de los componentes verbales, en cuanto al acto de enunciación. He aquí la grilla de las manifestaciones verbales y paraverbales inherentes a las estructurasfrase, que, como todas las demás, está sujeta a propuestas de complejización y de enriquecimiento.

Componentes verbales

LI	01	O2	A1	A2	FU	FG
cuentas	deducción abstracta	lamento: "yo hubiera podido ser pero" "si yo hubiera tenido hubiera sido pero"	injurias, blasfemias e imprecaciones	sentencias, máximas y proverbios	refranes y dichos populares	Elogio: qué lindo
catarsis	oraciones en clave	queja y reproche	denuncias y acusaciones	informaciones de hechos concretos	Interrupciones del discurso ajeno y autointerrupcio- nes	dramatización
banalidades e inconsistencia	•	ruego e imploración	delaciones	imperativos condicionales:	chismorreo	promesa

^{*} Participaron como jueces independientes en la discusión sobre las grillas de las estructuras-frase: A. Aguirre, L. H. Alvarez, O. Bodni, L. Legaspi, N. Neves, C. R. Roitman, E. Tarrab, C. Tate de Stanley y F. Lambersky de Widder.

						62
				si entonces no porque		
adulación	negación que crea un contradictorio lógico ante la afirmación ajena	referencia a estados afectivos	confesiones reñidas con la ley o la moral	juramentos públicos e imposición de obligaciones	preguntas y afirmaciones sobre localización espacial	comparación entre cualidades: belleza, simpatía, etc.
referencias a estados de cosas	paradojas lógicas	referencia a estados de cosas	provocaciones	presentación de alternativas: o o sea sea bien sea bien sea	presagios y premoniciones	invitación
referencias a estados y procesos corporales	metalenguaje (hablar acerca del lenguaje) o equivalentes (hablar sobre filmes, libros, etc.)	referencia a estar realizando una acción	tergiversación	deducción o inferencia concreta	saludos (forma de estableci- miento del contacto)	pregunta: cómo
hiperrealismo	autointerrup- ciones por languideci- miento sonoro	compadeci- miento y pésame	calumnia, detracción y difamación	comparación entre rasgos objetivos o jerárquicos	muletillas (estee, eeh) como indicio de que "el canal está ocupado" por el emisor.	relación causal en que el factor determinante es una intensi- ficación de una cualidad: "tan que" "tal que"
autointerrup- ciones por languideci- miento sonoro		comprensión empática	órdenes	enlace causal (o su cuestio- namiento: qué tiene que ver, no hay relación entre A y B)	ambigüedad y evitación	énfasis y exageraciones
		pedido de perdón y de disculpa	amenaza	objeciones, frases adversativas y negaciones que contrarían afirmaciones, exageraciones (no tanto, no poco) y cualificaciones	atenuadores y minimizaciones: un poco asustado	devaneo y fantaseo
		autointerrup- ción (comerse las sílabas o las palabras) por impaciencia	interrupción intrusiva	juicios críticos ligados a la moral	"cuidado que"	redundancia sintáctica
			maldición: "ojalá te mueras", etc.	juicios denigratorios, inferiorizantes	acompañamiento del discurso ajeno (mhm, ajá,	juramento privado: te juro

		1	T	
			ah)	
		rezos e		ejemplificar
		invocaciones		
		religiosas		
		ritualizadas		
		descripción de		
		la posición en		
		el marco de un		
		orden o		
		jerarquía social		
		citas de textos		
		aclaraciones		
		o sea		
		es decir		
		clasificación		
		argumentos		
		distributivos:		
		cada		
		ni ni		
		confirmación de		
		la opinión ajena		
		o pedido de		
		confirmación de		
		la propia		
		(consulta)		
		rectificación		
		sintáctica		
		ordenamiento:		
		por un lado,		
		por otro lado,		
		por una parte,		
		por otra parte,		
		en primer lugar,		
		en segundo		
		lugar,		
		en tercer lugar		
		control del		
		recuerdo, el		
		pensamiento o		
		la atención: se		
		acuerda, me		
		entiende		
		generalizacione		
		s concretas		
		síntesis		
				l .

Componentes paraverbales

LI	01	O2	A1	A2	FU	FG
tono:	tono:	tono:	tono:	tono:	tono:	tono:
1) apático	1) metálico	1) sardónico	1) enojado	1)	1) ansioso	1) elogioso
				despreciativo		
2) monótono	2) languide-	2) depresivo	2) fastidioso y	2)	2)	2) lisonjero
	ciente		aburrido	denigratorio	desconfiado	
3) suplicante	3) humor	3) exaltado	3) protesta	3) irónico	3) evasivo	3) prometedor
	intelectual					
4) adulatorio	ritmo, timbre	4)	4) suspicaz	4) racional	4)	4) invitante
	<u>y sonidos</u>	desesperado			susurrante	

de resona- dores 5) sofioliento 2) pocas diferencias de altura 6) languide- ciente 1) languide- ciente 2) pocas diferencias de altura 7) humor 4) risar para escatológico 2) reprochante (con labios cerrados) 8) implorante 8) insultante 8) rofitico 1) gangosidad 2) grito 3) aceleración 10) letanía 10) insidioso 11) imperativo aplacatorio 11) imperativo aplacatorio 11) imperativo aplacatorio 11) imperativo aplacatorio 12) culposo 13) risueño 14) colérico sardónico y mordaz 15) humor negro 115) desenfiante 116) desafiante 117) humor rimmo, timbre y sonidos: 1 sonidos aguidos 1 y suciamación de asco disminucción 1 y exclamación de asco negro 1 y exclamación de asco negro 1 y exclamación de admonitorio 6) inperativo 6) inperativo 6) inperativo 6) inperativo 6) inperativo 6) refrance 6) inperativo 6) inperativo 6) inperativo 6) inperativo 7) risueño 7) restornido 1 no humor negro 1 numor 1 1 num		1	1	7	1		64
Sonoliento 2) Pocas differencias de altura 5) impaciente 5) acusatorio 5) acusatorio 5) pesimista 5) seductor		1) carencia					
5) sofioliento differencias de altura 6) impaciente de altura 6) sarcástico de altura 6) sarcástico de lengua 7) humor escatológico (con labios cerrados) 7) provocativo escatológico (con labios cerrados) 7) provocativo 7) provocativo 7) provocativo 7) premoritorio 7) risueño 7) provocativo 7) premoritorio 7) risueño 7) premoritorio 7) premo		de resona-					
differencias de altura 6) languide- ciente chasquido 6) sarcástico 6) burlón 6) imperativo 6) refranero 6) asqueroso ciente chasquido de lengua 7) humor adentro (con labios cerrados) 7) reprochante (con labios cerrados) 8) implorante 8) insultante 8) crítico adentro (con labios cerrados) 8) implorante 2) grito 9) compasivo 9) soberbio 9) aclaratorio premoritorio festivo 7) gritino desconfiado 3) aceleración 10) letanía 10) insidioso 10) aplacatorio 9) corrosivo 4) agitación 11) aplacatorio 11) imperativo aplacatorio 11) humor explicativo corrosivo 4) agitación 11) aplacatorio 11) imperativo 11) humor explicativo 2) sonidos: 1) sonidos 12) cencios agudos 5) 12) culposo 12) resentido 12) humor 2) sonidos: 1) sonidos 13) rencoroso 13) sibilodo 5) 12) culposo 13) rencoroso 14) humor sardónico y mordaz 14) humor anegro 15) humor negro 15) humor negro 15) humor negro 17) estornudo 15) humor anegro 17) humor 2) sonidos: 10) carraspeo 2) solidos 2) sonidos 2) sonidos 2) subjecto 10) carraspeo 2) solidos 3) quejas (por dolor provocativo e injurioso 17) humor provocativo e injurioso 17) lentificación 15) risa 14) solidos 15) risa 14) solidos 15) risa 16) respolido 17) queja (por dolor ocoporal) 18) respolido 18) respolid		dores					
differencias de altura 6) languide- ciente chasquido 6) sarcástico 6) burlón 6) imperativo 6) refranero 6) asqueroso ciente chasquido de lengua 7) humor adentro (con labios cerrados) 7) reprochante (con labios cerrados) 8) implorante 8) insultante 8) crítico adentro (con labios cerrados) 8) implorante 2) grito 9) compasivo 9) soberbio 9) aclaratorio premoritorio festivo 7) gritino desconfiado 3) aceleración 10) letanía 10) insidioso 10) aplacatorio 9) corrosivo 4) agitación 11) aplacatorio 11) imperativo aplacatorio 11) humor explicativo corrosivo 4) agitación 11) aplacatorio 11) imperativo 11) humor explicativo 2) sonidos: 1) sonidos 12) cencios agudos 5) 12) culposo 12) resentido 12) humor 2) sonidos: 1) sonidos 13) rencoroso 13) sibilodo 5) 12) culposo 13) rencoroso 14) humor sardónico y mordaz 14) humor anegro 15) humor negro 15) humor negro 15) humor negro 17) estornudo 15) humor anegro 17) humor 2) sonidos: 10) carraspeo 2) solidos 2) sonidos 2) sonidos 2) subjecto 10) carraspeo 2) solidos 3) quejas (por dolor provocativo e injurioso 17) humor provocativo e injurioso 17) lentificación 15) risa 14) solidos 15) risa 14) solidos 15) risa 16) respolido 17) queja (por dolor ocoporal) 18) respolido 18) respolid	5) soñoliento	2) pocas	5) impaciente	5) acusatorio	5)	5) pesimista	5) seductor
de altura (a) languide chasquido de lengua (b) sarcástico (cinado de lengua (b) rimporativo (con labiosio cerrados) (con labiosio cerados) (con	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		- /	,		, p	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
6) languide- ciente chasquido de lengua 7) humor chasquido de lengua 7) humor escatológico adentro* (con labios cerrados) 8) implorante 9) compasivo 1) gangosidad 2) grito 3) aceleración 3) aceleración 4) risar 3) aceleración 10) letanía 10) insidioso 11) imperativo 4) agitación 11) agitación 6) surciástico 6) burión 7) provocativo reprochante (con labios cerrados) 8) implorante 8) insultante 8) crítico 8) premoritorio desconfiado 10) humor aplacatorio 9) aclaratorio 9) aclaratorio 10) humor punzante y corrosivo 11) humor punzante y sonidos: 1) sisnidos 12) culposo 12) resentido 13) rencoroso 14) humor sirónico 13) risueño 13) rencoroso 14) humor sirónico 13) risueño 13) rencoroso 14) humor sirónico 13) risueño 14) colérico sibilantes 8) hipo 15) humor negro 16) desafiante timbre, fitmos 1) suspiros 10) carraspeo 11) carraspeo 12) sollozos 17) humor provocativo e pinyindos 11) rencto 13) quejas (por dolor psíquico) 14) lamento 15) risa 14) sulpicos 15) risa 14) sollozo 15) risa 16) desafiante 17) humor provocativo e pinyindos 11) entito 12) pundos 13) quejas (por dolor psíquico) 14) lamento 15) risa 14) sollozo 15) risa 16) desafiante 17) humor provocativo e pinyindos 11) entito 15) risa 14) sollozo 15) risa 14) sollozo 15) risa 14) sollozo 15) risa 16) desafiante 17) humor provocativo e pinyindos 18) lianto 19) carraspeo 11) entiticación 19) carraspeo 11) entiticación 19) carraspeo 11) entiticación 19) carraspeo 11) entiticación 11) rencto 12) bostezo 13) lianto 14) sollozo 15) risa 16) resopildo 17) queja (por dolor corporal)					admonitorio		
ciente de langua de lengua	6) Janguide		6) carcáctico	6) hurlón	6) imperative	6) refrancro	6) acqueroco
de lengua 4) risa "para adentro" (con labios cerrados) 7) provocativo 7) provocativo 7) premoritorio 7) prem			o) saicastico	o) burion	o) imperativo	o) remariero	o) asqueroso
7) humor escatológico 4) risa "para adentro" (con labios cerrados) 7) reprochante 7) provocativo 7) sentencioso 7) sentencioso 7) reprochante 7) provocativo 7) sentencioso 7) reprochante 7) provocativo 7) sentencioso 7) reprochante 7) provocativo 7) sentencioso 7) premoritorio 7) risueño 7) ri	Ciente	•					
escatológico (adentro (con labios cerrados) fittmo, timbre y sonidos (premoritorio) fittmo, timbre y sonidos (premoritorio) fittmo, timbre y sonidos (premoritorio) fitto (con labios cerrados) fitto (con labios cerrados) fitto (con labios cerrados) fitto (con labios cerrados) fitto (premoritorio) fitto (con labios cerrados) fitto (premoritorio)						_,	
(con labios cerrados) ritmo, timbre y sonidos 1) gangosidad 2) grito 3) aceleración 10) letanía 10) letanía 10) insidioso 11) mperativo aplacatorio 12) culposo 12) culposo 12) resentido 13) risueño 13) risueño 14) humor ardónico y mordaz 14) humor sardónico y mordaz 14) humor ardónico y mordaz 14) humor ardónico y mordaz 15) humor negro 16) desafiante intensidad sonora 17) exclamación de admiración 18) hipo 15) humor negro 16) desafiante intensidad sonora 17) exclamación de admiración 18) tos 19) carraspeo 11) eructo 13) quejas (por dolor psiquico) 14) lamento 15) risa 14) sonidos 15) risa 14) solerico 15) risa 14) sonidos 15) risa 15) gadeo 17) lentificación 18) resoplido 17) queja (por dolor corporal)			,	7) provocativo	,	,	7) risueño
cerrados) ritmo, timbre y sonidos 1) gangosidad 2) grito 9) compasivo 9) soberbio 9) aclaratorio 9) aclaratorio 9) desconfiado 10) letanía 10) insidioso 11) imperativo 4) agitación 11) aplacatorio 11) imperativo 11)	escatológico		reprochante		sentencioso	premoritorio	
Solidos Soli		(con labios					
Sonidos 1) gangosidad 2) grito 9) compasivo 9) soberbio 9) aclaratorio festivo fitmo, timbre y sonidos: 1) disfonta 2) exclamación 10) letanía 10) insidioso 10) explicativo 10) humor punzante y corrosivo 2) exclamación 3) libro 2) exclamación 3) exclamación 4) exclamación		cerrados)					
Sonidos 1) gangosidad 2) grito 9) compasivo 9) soberbio 9) aclaratorio festivo fitmo, timbre y sonidos: 1) disfonta 2) exclamación 10) letanía 10) insidioso 10) explicativo 10) humor punzante y corrosivo 2) exclamación 3) libro 2) exclamación 3) exclamación 4) exclamación	ritmo, timbre	,	8) implorante	8) insultante	8) crítico	8)	8) humor
1) gangosidad 2) grito 9) compasivo 9) soberbio 9) aclaratorio desconfiado 3) aceleración 10) letanía 10) insidioso 10) explicativo explicativo punzante y corrosivo rimos imbre y sonidos: 1) disfonía 2) exclamación de alegría corrosivo rimos imbre y sonidos: 1) sionidos agudos 12) resentido lentificación 13) risueño 13) rencoroso 13) sibilantes 6) social mineración de sorpresa 14) humor sardónico y mordaz 15) humor negro amenazante 14) brusca disminución de sorpresa 15) humor negro amenazante 17) exclamación de admiración 17) exclamación de admiración 18) tos 17) humor negro amenazante 17) exclamación de admiración 17) humor negro 2) sonidos interne rimos 15) humor negro amenazante 17) exclamación de admiración 18) tos 17) humor negro 2) sonidos interne rimos 15) humor negro amenazante 17) exclamación de admiración 19) borborigmo 2) sonidos interne rimos 15) humor negro amenazante 3) quejas (por dolor sonidos; psíquico) 2) solicos 2) sonidos disminución de admiración 2) sonidos 3) quejas (por dolor sonidos; onomatopeyas 2) sonidos 3) quejas (por dolor sonidos; onomatopeyas 2) sonidos 3) quejas (por dolor sonidos; onomatopeyas 2) psíquico) 2) sonidos 3) quejas (por dolor sonidos; onomatopeyas 2) psíquico) 2) sonidos 3) quejas (por dolor sonidos; onomatopeyas 2) psíquico) 2) psíquico) 2) psíquico) 2) psíquico) 2) psíquico) 2) psíquico) 2) quejas (por dolor sonidos; onomatopeyas 2) quejas (por dolor sonidos) 3) quejas (por dolor sonidos) 3) quejas (por dolor sonidos) 3) quejas (por dolor do			, '	,	,	,	
2) grito 9) compasivo 9) soberbio 9) aclaratorio desconfiado 3) aceleración 10) letanía 10) insidioso 10, explicativo punzara y corrosivo 11) disfonía 2) exclamación 2) sonidos agudos 3) exclamación 2) entificación 3) risueño 12) resentido 12) humor agudos 2) sonidos agudos 3) exclamación 2) exclamación 2) exclamación 2) exclamación 2) exclamación 3) risueño 13) rencoroso 3) silbido 3) exclamación 3) exclama						apiacatoric	1001110
3			9) compasivo	0) soberbio	0) aclaratorio	0)	ritmo timbre v
3) aceleración 10) letanía 10) insidioso 10) explicativo punzante y corrosivo ritino, timbre y corrosivo ritino, timbre y sonidos, timbre, ritmos 10) carraspeo 12) bostezo 13) quejas (por dolor psiquico) 4) agitación 23) quejas (por dolor al 13) resuento 23) sonidos agudos 24) carraspeo 15) carraspeo 16) risa 16) resuento 25) risa 16) resoplido 17) queja (por dolor proporcial) 20) sonidos agudos 20) sonidos 20) son	2) grito		3) compasivo	9) 30061010	3) aciai atorio		
10) letanía 10) insidioso 10) explicativo 2) exclamación 2) agitación 11) agitación 11) imperativo 11) humor 11) humor 11) imperativo 11) humor 11 11) imperativo 11) humor 11 11) humor 11 11 11 11 11 11 11						desconnado	
4) agitación 5) 5) 6) 12) culposo 12) resentido 6) tos 13) risueño 13) rencoroso 14) humor sardónico y mordaz 7) estornudo 14) humor sardónico y mordaz 14) humor negro 14) humor sardónico y mordaz 15) humor negro 15) desafiante intensidad sonora 16) desafiante imbre, ritmos 1) suspiros 17) exclamación de admiración 8) hipo 15) humor negro 17) exclamación de admiración 9) borborigmo 10) carraspeo 2) sollozos 17) humor provocativo e injurioso 11) eructo 3) quejas (por dolor psíquico) 13) llanto 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 15) jadeo 17) lentificación 18) resoplido 17) queja (por dolor corporal)							
4) agitación aplacatorio aplac	3) aceleración		10) letanía	10) insidioso			
11) aplacatorio 11) imperativo 11) humor ritmo, timbre y sonidos: 1) sonidos agudos 12) culposo 12) resentido 12) humor negro 2) sonidos 4) exclamación de enojo 13) risueño 13) risueño 13) rencoroso 3) silbido 5) exclamación de sorpresa 14) humor sardónico y mordaz 14) colérico 4) brusca disminución en la intensidad sonora 7) exclamación de sorpresa 15) humor negro amenazante sonidos, timbre, ritmos 1) suspiros 16) desafiante 17) humor provocativo e injurioso 11) eructo 3) quejas (por dolor psíquico) 2) sollozos 4) lamento 13) llanto 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 8) resoplido 17) queja (por dolor corporal) 19 resoplido 8) resoplido 18) resoplido 19 resoplido 19 resoplido 19 resoplido 10 resoplido					explicativo	punzante y	de alegría
aplacatorio aplacatorio irónico irónico y sonidos: 1) sonidos agudos 12) culposo 12) resentido 12) humor negro 2) sonidos 4) exclamación 60 tos 13) risueño 13) rencoroso 3) silbido 5) exclamación 6 exorpresa 6) tos 14) humor sardónico y mordaz 15) humor negro 15) humor negro 3 menazante 4) brusca disminución en la intensidad sonora 7) exclamación 6 onomatopeyas 7) exclamación 7) exclamación 8) hipo 15) humor negro 30 menazante 7) exclamación 8) tos 16) desafiante 17) humor provocativo e injurioso 18) tos 19) carraspeo 11) eructo 3) quejas (por dolor psíquico) 3) quejas (por dolor psíquico) 4) lamento 15) risa 14) sollozo 6) aceleración 7) lentificación 16) resoplido 8) resoplido 17) queja (por dolor corporal) 12) bostezo 8) resoplido 16) resoplido 17) queja (por dolor corporal)						corrosivo	
aplacatorio aplacatorio irónico irónico y sonidos: 1) sonidos agudos 12) culposo 12) resentido 12) humor negro 2) sonidos 4) exclamación 60 tos 13) risueño 13) rencoroso 3) silbido 5) exclamación 6 exorpresa 6) tos 14) humor sardónico y mordaz 15) humor negro 15) humor negro 3 menazante 4) brusca disminución en la intensidad sonora 7) exclamación 6 onomatopeyas 7) exclamación 7) exclamación 8) hipo 15) humor negro 30 menazante 7) exclamación 8) tos 16) desafiante 17) humor provocativo e injurioso 18) tos 19) carraspeo 11) eructo 3) quejas (por dolor psíquico) 3) quejas (por dolor psíquico) 4) lamento 15) risa 14) sollozo 6) aceleración 7) lentificación 16) resoplido 8) resoplido 17) queja (por dolor corporal) 12) bostezo 8) resoplido 16) resoplido 17) queja (por dolor corporal)	4) agitación		11)	11) imperativo	11) humor	ritmo, timbre	3) exclamación
1) sonidos agudos 12) culposo 12) resentido 12) humor 2) sonidos 4) exclamación 6) tos 13) risueño 13) rencoroso 3) silbido 5) exclamación de asco 5) exclamación de asco 6) tos 14) humor 14) humor 14) colérico 4) brusca disminución 60 onomatopeyas 6) onomatopeyas 0) onomato	1, 3.5		,	,	,		
12) culposo			apiacatorio			1) sonidos	do onojo
12) culposo 12) resentido 12) humor negro 2) sonidos de asco 3) silbido 5) exclamación de asco 5) exclamación de asco 5) exclamación de sorpresa 6) onomatopeyas 6) onomatopeyas 6) onomatopeyas 6) onomatopeyas 7) exclamación de admiración 7) exclamación 7) exclamación de admiración 7) exclamación 7) exclamación 8) tos 7) exclamación 7) 7) exclamación 7) 7) exclamación 7) 7) exclamación 7) 7) 7) exclamación 7) 7) 7) 7) 7) 7) 7) 7							
	<i>E</i> \		10) outpood	10) reception	10\ h		4) avalamasián
13) risueño 13) risueño 13) rencoroso 3) silbido 5) exclamación de sorpresa 7) estornudo 14) humor sardónico y mordaz 15) humor negro amenazante 9) borborigmo 50 sonidos, timbre, ritmos 1) suspiros 16) desafiante 11) eructo 3) quejas (por dolor psíquico) 9) sonidos 2) sollozos 17) humor provocativo e injurioso 13) llanto 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 15) jadeo 7) lentificación 16) resoplido 17) queja (por dolor corporal)			12) cuiposo	12) resentido	,		,
7) estornudo 14) humor sardónico y mordaz 15) humor negro amenazante 9) borborigmo 15) carraspeo 10) carraspeo 2) sollozos 11) eructo 3) quejas (por dolor psíquico) 12) bostezo 4) brusca disminución en la intensidad sonora 7) exclamación de admiración 8) tos 16) desafiante 17) humor provocativo e injurioso 17) humor provocativo e injurioso 11) eructo 3) quejas (por dolor psíquico) 7) sonidos: onomatope-yas 12) bostezo 4) lamento 13) llanto 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 17) lentificación 8) resoplido 7) lentificación 16) resoplido 17) queja (por dolor corporal)					negro		
7) estornudo 14) humor sardónico y mordaz 14) colérico 4) brusca disminución en la intensidad sonora 7) exclamación de admiración 9) borborigmo 9) borborigmo 15) humor negro 16) desafiante 16) desafiante 17) exclamación de admiración 18) tos 10) carraspeo 2) sollozos 17) humor provocativo e injurioso 11) eructo 3) quejas (por dolor psíquico) 12) bostezo 4) lamento 13) llanto 14) sollozo 6) aceleración 15) jadeo 7) lentificación 8) resoplido 17) queja (por dolor corporal)	6) tos		13) risueño	13) rencoroso		3) silbido	
sardónico y mordaz Sardónico y mordaz Sardónic							
mordaz mordaz mordaz mordaz mordaz mordaz mordaz mordaz en la intensidad sonora 7) exclamación de admiración gonidos, timbre, ritmos 1) suspiros 10) carraspeo 2) sollozos 17) humor provocativo e injurioso 11) eructo 3) quejas (por dolor psíquico) posíquico) 12) bostezo 4) lamento 13) llanto 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 15) radeo 17) queja (por dolor corporal) mordaz 15) humor provocativo e injurioso 17) humor provocativo e injurioso 18) tos 9) carraspeo 9) carraspeo 9) carraspeo 12) bostezo 6) aceleración 17) queja (por dolor corporal)	7) estornudo		14) humor	14) colérico		4) brusca	6)
mordaz mordaz mordaz mordaz mordaz mordaz mordaz mordaz en la intensidad sonora 7) exclamación de admiración gonidos, timbre, ritmos 1) suspiros 10) carraspeo 2) sollozos 17) humor provocativo e injurioso 11) eructo 3) quejas (por dolor psíquico) posíquico) 12) bostezo 4) lamento 13) llanto 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 15) radeo 17) queja (por dolor corporal) mordaz 15) humor provocativo e injurioso 17) humor provocativo e injurioso 18) tos 9) carraspeo 9) carraspeo 9) carraspeo 12) bostezo 6) aceleración 17) queja (por dolor corporal)	,		sardónico v	,		disminución	onomatopevas
Solidos Soli						en la	
Sonora S							
15) humor negro							
negro amenazante de admiración sonidos, timbre, ritmos 1) suspiros 10) carraspeo 2) sollozos 17) humor provocativo e injurioso 11) eructo 3) quejas (por dolor sonidos: onomatope-yas 12) bostezo 4) lamento 13) llanto 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 15) jadeo 7) lentificación 16) resoplido 17) queja (por dolor corporal)	8) hino		15) humor	15)		COHOLA	7) evclamación
9) borborigmo Sonidos, timbre, ritmos 16) desafiante 8) tos	O) Tiipo			,			
timbre, ritmos 1) suspiros 10) carraspeo 2) sollozos 17) humor provocativo e injurioso 11) eructo 3) quejas (por dolor psíquico) 12) bostezo 13) llanto 13) llanto 14) sollozo 15) jadeo 7) lentificación 16) resoplido 17) queja (por dolor corporal)	0) la a ela a el accesa						
10) carraspeo 2) sollozos 17) humor provocativo e injurioso 11) eructo 3) quejas (por dolor psíquico) 7) ritmo, timbre y sonidos: onomatopeyas 12) bostezo 4) lamento 13) llanto 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 15) jadeo 7) lentificación 16) resoplido 8) resoplido 17) queja (por dolor corporal)	a) porporigmo			ro) desafiante			0) 108
10) carraspeo 2) sollozos 17) humor provocativo e injurioso 11) eructo 3) quejas (por dolor psíquico) 12) bostezo 4) lamento 13) llanto 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 15) jadeo 7) lentificación 16) resoplido 17) queja (por dolor corporal)							
provocativo e injurioso 3) quejas (por dolor sonidos: onomatopeyas 12) bostezo 4) lamento 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 15) jadeo 7) lentificación 16) resoplido 17) queja (por dolor corporal)							
injurioso 11) eructo 3) quejas (por dolor sonidos: onomatopeyas 12) bostezo 4) lamento 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 15) jadeo 7) lentificación 16) resoplido 17) queja (por dolor corporal)	10) carraspeo		2) sollozos				9) carraspeo
injurioso 11) eructo 3) quejas (por dolor sonidos: onomatopeyas 12) bostezo 4) lamento 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 15) jadeo 7) lentificación 16) resoplido 17) queja (por dolor corporal)				provocativo e			
11) eructo 3) quejas (por dolor psíquico) 12) bostezo 4) lamento 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 15) jadeo 7) lentificación 16) resoplido 17) queja (por dolor corporal)							
dolor psíquico) sonidos: onomatopeyas 12) bostezo 4) lamento 13) llanto 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 15) jadeo 7) lentificación 16) resoplido 8) resoplido 17) queja (por dolor corporal)	11) eructo		3) queias (por				
psíquico) onomatope- yas 12) bostezo 4) lamento 13) llanto 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 15) jadeo 7) lentificación 16) resoplido 8) resoplido 17) queja (por dolor corporal)	', :: 25.5						
yas							
12) bostezo 4) lamento 13) llanto 5) risa 14) sollozo 6) aceleración 15) jadeo 7) lentificación 16) resoplido 8) resoplido 17) queja (por dolor corporal) 0			paiquico)	•			
13) Ilanto 5) risa 6) aceleración 7) Ilentificación 8) resoplido 7) queja (por dolor corporal)	12) haste		1) long ont -	yas			
14) sollozo 6) aceleración 7) lentificación 16) resoplido 8) resoplido 17) queja (por dolor corporal)							
15) jadeo 7) lentificación 16) resoplido 8) resoplido 17) queja (por dolor corporal)							
lentificación 16) resoplido 17) queja (por dolor corporal)							
lentificación 16) resoplido 17) queja (por dolor corporal)	15) jadeo		7)				
16) resoplido 8) resoplido 17) queja (por dolor corporal)	'-						
17) queja (por dolor corporal)	16) resonlido						
dolor corporal)			2) 1000piido				
corporal)							
18) letania							
·	18) letania					<u> </u>	

19)			
onomatopeya			
20) sorbida			
de mocos			
21) risa tonta			

En cuanto a la calibración, deriva de otorgar a cada columna un valor inversamente proporcional al número de elementos que contiene en relación con los que conforman las otras. Proponemos una doble calibración, ya que cada una de las tablas (componentes verbales y paraverbales) tiene mayorías opuestas de elementos: entre los componentes verbales predomina netamente el lenguaje del erotismo sádico anal secundario, y entre los paraverbales, el intrasomático y el sádico oral secundario. He aquí la ponderación propuesta para los componentes verbales y para los componentes paraverbales.

	Componentes verbales	Componentes paraverbales
LI	2,7	1
01	3,1	4,6
02	2,2	1,2
A1	2	1,5
A2	1	2,3
FU FG	2	2
FG	2	1,7

Cuando no hay indicación específica de los elementos paraverbales, ello quiere decir que están en consonancia con los de las estructuras-frase, y por lo tanto debe computarse el valor correspondiente en las líneas melódicas. Cuando hay indicación específica de los rasgos paraverbales, ello quiere decir que no se da coincidencia con el componente verbal, al que resignifica. En tal caso se computa, por un lado, un valor en cuanto al componente verbal (por ejemplo, una dramatización) y, por otro lado, un valor en cuanto a los componentes paraverbales (por ejemplo, una aceleración tóxica del ritmo). Si de ello resulta una conclusión que reúna ambos aspectos (y se afirma, por ejemplo, que el discurso es catártico, es decir, propio del lenguaje del erotismo intrasomático, con un subcomponente, subordinado, fálico genital), esto puede quedar consignado en el análisis de los resultados. Si resulta imposible optar por una de las dos opiniones (componentes verbales y paraverbales), entonces ambas alternativas quedan consignadas por igual en el resultado final.

Un problema metodológico difícil de resolver consiste en la fragmentación de un texto en frases. El problema en este punto resulta similar al que se nos presenta respecto del relato: qué se entiende por una u otra unidad de análisis (frase, relato) es cuestión opinable, y en ocasiones se pretendió zanjar el problema recurriendo a los jueces independientes. Sin embargo, esta tampoco parece la solución; considero que es más conveniente afinar los criterios para resolver el problema. La delimitación de cada relato concreto nos ha resultado, con todo, más sencilla de realizar. Pueden presentarse, en el fondo, problemas menores, respecto del lugar que tiene una palabra o una frase, que resulta difícil ubicar. Es más complejo el problema de la delimitación de una frase, sobre todo si no contamos con la posibilidad de escuchar la línea melódica de quien habla. Se advierte en este punto

el peso a veces decisivo que posee la fidelidad de la desgrabación, en cuanto a la trasformación de los componentes tonales en indicaciones sintácticas de todo tipo. La fragmentación de las frases tiene su importancia sobre todo si pretendemos realizar un estudio de las prevalencias estadísticas, ya que no es lo mismo si una frase extensa es categorizada como expresión del lenguaje del erotismo sádico anal secundario, o si reciben esta misma categorización dos frase más breves, en las que puede descomponerse la ya mencionada frase extensa. Estadísticamente, el valor de esta frase se duplica si optamos por el segundo criterio de fragmentación. A falta de confianza en la desgrabación (en cuanto a la sintaxis) y de la grabación (que permitiría tomar decisiones), considero que el mejor criterio para guiarnos en la fragmentación consiste en inferir o construir una semántica psicoanalítica de la enunciación del hablante, es decir, ordenar la fragmentación de la frase desde la perspectiva de la expresión de los deseos (manifestados como actos del habla) y las defensas.

La articulación entre los tres niveles de análisis (palabras, frase, relato) no es necesariamente armónica, en el sentido de que se dan coincidencias en cuanto a las prevalencias y subordinaciones relativas, por ejemplo, entre palabra y frase. Tomemos este ejemplo: "pero tengo que limpiar la biblioteca" es una imposición compuesta por un conjunto de palabras que expresan el lenguaje del erotismo sádico anal secundario, también prevalente en el nivel de la frase; a su vez "te juro que prefiero embellecerme y recibir elogios" constituye un juramento privado compuesto por palabras que expresan el lenguaje del erotismo fálico genital, igualmente dominante en el nivel de la frase. En un discurso concreto podemos hallar dos alternativas. Una es "Te juro que prefiero embellecerme y recibir elogios, pero tengo que limpiar la biblioteca". En tal caso, resulta prevalente el lenguaje del erotismo sádico anal secundario por sobre el fálico genital (como en las neurosis del ama de casa). La otra alternativa es "Tengo que limpiar la biblioteca pero te juro que me encanta embellecerme y recibir elogios", en cuyo caso el lenguaje del erotismo fálico genital prevalece sobre el sádico anal secundario (como en la hija de una neurosis del ama de casa). Supongamos que en el discurso una amplia mayoría de palabras del lenguaje del erotismo sádico anal secundario quede organizada en frases en las que prevalezca una promesa, un elogio, una invitación, como es inherente al lenguaje del erotismo fálico genital. En tal caso, las prevalencias estadísticas en el nivel de las palabras no coinciden con las prevalencias en el nivel de las frases. Igualmente, una prevalencia de las frases de promesa puede combinarse con una secuencia narrativa que posee una meta injuriosa (lenguaje del erotismo sádico anal primario) o sacrificada (lenguaje del erotismo sádico oral secundario). Con todo, no dejan de tener su importancia estas diferencias entre los resultados alcanzados en los tres niveles de análisis, aspecto este que abre nuevas perspectivas a la investigación.

Las limitaciones instrumentales que padecemos en el nivel de análisis de las estructuras-frase nos han conducido a restringir las investigaciones a textos breves. Con todo, en una ocasión (Maldavsky, 2002a) estudiamos un fragmento más extenso de una entrevista desde esta óptica, combinada con estudios en el nivel de la palabra y el relato. Se trata pues de una investigación pionera por su carácter sistemático, que deseo reseñar.

Dicho trabajo se centró en la tentativa de contrastar los tres niveles de análisis (palabras, frase, relato) en el estudio de una entrevista no clínica. También

67

nos interesó advertir el efecto que las intervenciones de la entrevistadora generó en su entrevistada. Se trata de una mujer que tenía internada a su hermana con síndrome de Down en una residencia de discapacitados. Oscilaba entre aceptar y desmentir (embellecimiento) la realidad de que su hermana era diferente, pero cometía lapsus que indicaban su temor de que la condición de su hermana se contagiara a sus propios hijos, nacidos o por nacer (estaba embarazada). Los estudios indicaron redundantemente una prevalencia de los lenguajes del erotismo sádico anal secundario y fálico genital, con un cierto énfasis complementario en los lenguajes del erotismo sádico oral secundario y fálico uretral. Por momentos adquiría cierta importancia también el sádico anal primario.

Los mayores problemas que se presentaron correspondieron a la estrategia de trabajo en la investigación. En efecto, tomamos a cada parlamento de la entrevista como una unidad. Los parlamentos estaban definidos por un cierre, propuesto por la entrevistada (breve silencio al completar el relato de una escena o un tema), seguido de alguna intervención de la entrevistadora, y por la consiguiente respuesta de la interpelada. Nos concentramos en 8 fragmentos (o parlamentos), pero en su interior advertimos varios relatos, los cuales a veces también se continuaban en alguno posterior. Entonces se nos presentó el conflicto referido a la unidad de análisis: o bien fragmentos (parlamentos) o bien relato. Optamos por la primera alternativa, ya que nos interesaba inferir los efectos de las intervenciones de la entrevistadora. Concluimos entonces que, desde el punto de vista metodológico, el análisis en el nivel de las redes de palabras coincidía con el análisis en el nivel de las estructuras-frase y del relato. Pero en el nivel de las redes de palabras la prevalencia lógica y la estadística coincidían, en torno del lenguaje del erotismo sádico anal secundario, mientras que en el de las estructuras-frase y en el del relato, no. En efecto, estadísticamente, en el nivel de las estructuras-frase prevalecían las dramatizaciones, las exageraciones, las redundancias. prevalencia del lenguaje del erotismo sádico anal secundario era entonces lógica, no estadística. En cuanto al relato, la prevalencia estadística correspondía al lenguaje del erotismo fálico genital, y la lógica, al sádico anal secundario. Las abundantes escenas en que se desplegaba el lenguaje del erotismo fálico genital tenían un cierre en que predominaba el lenguaje del erotismo sádico anal secundario (como cuando alguien entra finalmente en razones) o requerían, como condición para alcanzar un desenlace eufórico, del sostén en dicho lenguaje del erotismo. Pero el análisis de los relatos fue realizado, en este caso, sin tomar en cuenta los fragmentos, sino como unidades en sí. Si los ubicábamos en los fragmentos correspondientes, entonces la coincidencia con los resultados del análisis con el programa era también estadística. En cuanto al análisis de las frases, para detectar las prevalencias lógicas privilegiamos el final de la entrevista, en el cual se daba un contraste entre dos lenguajes del erotismo: sádico anal secundario y fálico genital, con una prevalencia estadística del segundo, pero lógica del primero. Finalmente concluimos que "en el nivel del relato advertimos pues una multitud de escenas inherentes al lenguaje del erotismo fálico genital, aunque la organización global impone el predominio del lenguaje del erotismo sádico anal secundario, del mismo modo que ocurre en el nivel de las estructuras-frase. Cabe preguntarse pues por el valor indicador del resultado obtenido en el nivel de las redes de palabras, que resulta acertado en cuanto a poner en evidencia el predominio del lenguaje del erotismo sádico anal secundario. Es posible que estos

contrastes entre los resultados de 1) los análisis estadístico y lógico y 2) los análisis del nivel de las redes de palabras, por un lado, y de las estructuras-frase y los relatos, por el otro, sean una expresión del empleo de una defensa, una desmentida secundaria, por culpa, a la cual se le suma un cierto capricho, una cierta posición vindicatoria, que luego cede. En efecto, en las escenas de oposicionismo (reforzado por las redundancias y el énfasis en las fiestas) puede participar también una posición justiciera, vengativa (lenguaje del erotismo sádico anal primario), frenados ambos finalmente por los imperativos condicionales ("si... entonces..."), así como por los temores al contagio. La prevalencia estadística de las escenas de embellecimiento y de las frases dramatizadas ponen en evidencia la forma en que la entrevistada refuerza el oposicionismo, aunque este finalmente deja paso a los argumentos 'razonables' de su marido (lenguaje del erotismo sádico anal secundario) y al temor al contagio (lenguaje del erotismo fálico uretral). En cuanto al lenguaje del erotismo fálico uretral, parece aportar también argumentos para fortalecer la tendencia a desmentir las diferencias recurriendo al embellecimiento identificatorio. Cabe preguntarse si es posible generalizar este discernimiento que concierne a la oposición entre prevalencias estadísticas y lógicas, pero aún no estamos en condiciones de saberlo".

El análisis que realizamos en aquella oportunidad se concentró en un discurso muy redundante en cuanto a palabras, frases y relatos, por lo cual la tarea se vio facilitada. También nos facilitó el estudio el hecho de que no se trataba de una paciente, y entonces no fue tan importante evaluar una evolución clínica, ni el peso (resistencial o beneficioso) de las intervenciones del terapeuta. Además, la grilla de las estructuras-frase de la que disponíamos era más rudimentaria, y el mismo análisis nos ayudó a refinarla. Sin embargo, cabe destacar que pusimos en evidencia el valor que tiene para la investigación diferenciar entre criterios estadísticos y lógicos en la decisión respecto a las prevalencias internas entre los lenguajes del erotismo intervinientes. Nos interesa ahora poner en juego el nuevo instrumento, más sofisticado, que desarrollamos con ulterioridad y que expusimos en las páginas previas.

B. Investigación clínica Un fragmento de sesión

Ya mencionamos que el estudio en el nivel de las frases nos ha llevado a advertir que es necesario delimitar una misma unidad de análisis para los tres niveles (palabra, frase, relato), ya que de lo contrario los resultados se vuelven contradictorios. Consideramos que existen dos unidades de análisis que pueden aparecer como organizadoras del conjunto del material cuando nuestro punto de mira es el estudio de las estructuras-frase en un fragmento del discurso de un paciente. Una es más fenoménica: cada parlamento del paciente delimitado por una intervención del terapeuta. La otra está más centrada en la significación: se organiza en torno de una escena de un relato, de algún episodio o de la exposición de un tema. El primer criterio organizó nuestra investigación precedente, y es válida sobre todo cuando intentamos detectar la eficacia de una intervención analítica o de otro tipo. Suele verse facilitada si el relato hecho por un paciente queda contenido en el seno de un único parlamento, o si en este aparecen varios relatos combinados o en secuencia. El segundo criterio es utilizable sea cuando el parlamento del paciente es muy extenso y por lo tanto contiene varias historias, con las variaciones

correspondientes en el nivel de las frases, sea cuando las intervenciones del analista (aja, hm, claro) solo apuntan a sostener su presencia en la sesión para que el paciente siga desplegando su discurso. En esta oportunidad pretendemos recortar nuestra investigación al comienzo de la sesión, incluyendo alguna intervención del terapeuta (pedido de aclaración) que desvía solo parcialmente la exposición de la paciente, más sus primeros comentarios concretos, algo posteriores, y las respuestas dadas a ellos.

Respecto de la paciente y su terapeuta, solo contamos con unos pocos datos. María tiene 22 años, trabaja en una agencia publicitaria, de la cual es una de los socios, y esta es su tercera sesión. El terapeuta tiene unos diez años de experiencia. En cuanto a Pepe, su pareja, tiene 32 años y trabaja en la misma empresa, de la cual también es socio. Presentemos, pues, el material textual de comienzos del relato en la sesión.

P: 1. Pues ay, resulta que Pepe ahora está agobiado. 2. ¿Recuerdas que el otro día te dije que hacía mucho tiempo que no jugaba al ajedrez? 3. Este fin de semana ha sido pues eso, rey del juego, veintisiete horas en todo el fin de semana. 4. Y yo, pues, la verdad que nada, de la misma manera que reaccionaba antes, ¡mosqueándome!, diciendo: "pues no me lo explico". 5. O sea, el viernes quedamos, estamos en casa echando la siesta, tal... ¡Miguel! 6. Él me dice que tengo que respetar su libertad y que si quiere invitar a Miguel que tiene todos los derechos. 7. Digo: "¡perfecto!"...

T: ¿Miguel es el que es Miguelito?

P: 8 ¡Miguelito, el subnormal de Miguelito! 9. No es que yo lo diga, es que es un poco eee, mm... 10. Ese chico ha tenido un problema y es... que su hermano... 11. Cuando él era pequeño estaba jugando con su hermano en la terraza. 12. Uno tendría catorce años y el otro quince, ¿sabes?, entre trece y quince, Miguel un año más pequeño. 13. Y el hermano dijo: "a que salto", y dijo Miguel: "tírate, oyes", y saltó. 14. Y desde entonces él se ha quedado un poco raro, es un tío raro, pero raro que estás hablando con él y se le va la olla. 15. Un tío extrañísimo; 16. y yo, pues aparte de lo extraño que es, ¡no le aguanto!, ¡no le aguanto! 17. Bien sea por el ajedrez, bien sea porque no tiene ninguna delicadeza, no tiene ninguna vida personal. 18. Entonces, no sabes lo que es estar en casa con tu pareja, en un momento dado y... ¡bueno!, terminar de jugar al ajedrez y no ver que te tienes que ir, 19. O sea, bueno, ¡tampoco te van a echar siempre! 20. Si él no lo dice pues, ¡a ver!... 21. Y, y, y el viernes llega y yo... tal, me echo la siesta, me levanto y... ¡Miguel!, 22. El sábado estuvimos viendo unas cosas, vamos a comer a mi casa... Miguel. 23. Me voy de casa de Pepe a dar una vuelta porque había quedado con mi hermano para ir a ver a su novia de Castellón, vuelvo a llamar a las dos y media -como me dijo, cuando terminase-, y sigue con Miguel, desde las diez y media horas. 24. Me dice: "ven que voy a ir a pasar a buscarte, que vamos a tomar algo". 25. Llego y no vamos a ningún sitio. 26. Y el domingo me llama por teléfono y me dice que se va a tomar el aperitivo con el resto de los amigos y que luego por la tarde va a jugar al ajedrez con Miguel hasta las siete de la tarde...

T: Que te veo...

P: 27. O sea que si yo tengo que entenderlo...

T: Que te veo y no me parece raro que... ahora.., si quieres es un poco... no sé, pero... ¿qué sentimientos te está suscitando el tema de Miguel? Quizás el tema de los amigos en general, pero bueno, estás hablando del tema de Miguel, ¿no?

P: 28. Que... o sea... Pepe no tiene término medio, o sea, porque desde que pasa todo lo del ajedrez, él ha seguido jugando al ajedrez.

Análisis de palabras y de secuencias narrativas

En el relato inicial de la paciente el tema dominante es la relación con Pepe, su pareja. Comienza con una alusión al estado (agobiado) del novio, y tras ubicar el relato actual en un marco (hacía mucho que Pepe no jugaba al ajedrez), cuenta que durante el fin de semana él fue "rey del juego, se la pasó jugando". En consecuencia, ella reaccionó enojándose y diciendo que no se lo explicaba. A continuación María pasa a desplegar lo que ha expuesto sintéticamente: el viernes habían quedado en dormir la siesta y apareció Miguel. Interrumpe el relato para dramatizar la escena en que Pepe le pide que respete su libertad de invitar a Miguel, porque él tiene derecho a hacerlo, a lo cual ella responde "perfecto". La intervención del terapeuta (pedido de aclaración sobre Miguel) interrumpe la dramatización, y la paciente pasa a relatar la historia de Miguel para explicar por qué él es un "tío extrañísimo". El relato contiene una escena dramatizada por la paciente: en la adolescencia, Miguel y su hermano un año mayor jugaban en la terraza. El hermano dijo que se tiraría y Miguel lo desafió a hacerlo. Su hermano se arrojó. Por ello, desde entonces él quedó "un poco raro". Luego María afirma que ella no lo aguanta, por el ajedrez y porque él no tiene delicadeza, vida personal, no advierte que se tiene que ir, que siempre se lo tiene que echar. A continuación, la paciente retoma el relato. Como si le hablara a Miguel, afirma: "Entonces, no sabes lo que es estar en casa con tu pareja, en un momento dado, y ¡bueno!, terminar de jugar al ajedrez y ver que te tienes que ir. O sea, bueno, ¡tampoco te van a echar siempre!". Luego, dirigiéndose ya al terapeuta, agrega que si él (Miguel) no lo dice, entonces... Luego retoma el relato sobre lo ocurrido el viernes: cuando llegó Miguel, ella se fue a dormir la siesta, se levantó "y... ¡Miguel!", el sábado estuvieron viendo unas cosas, fueron a comer a su casa "... Miguel". Se fue de la casa de Pepe a dar una vuelta (había quedado con su hermana en ir a ver a su novia de Castellón), volvió a llamar más tarde (Pepe le había dicho: "cuando terminase"), y su pareja seguía con Miguel, "desde las diez y media horas". Pepe le dijo que la pasaría a buscar para tomar algo, llegó y no salieron a ningún lado. El domingo Pepe la llamó por teléfono y le dijo que se iba a tomar el aperitivo con los amigos y que por la tarde iría a jugar al ajedrez con Miguel hasta las siete de la tarde. En este punto interrumpe el terapeuta, es interrumpido por la paciente, quien alude a que se siente obligada a entender a Pepe, y María es nuevamente interrumpida por su terapeuta. Tras algunas vacilaciones este le pregunta qué sentimientos le suscita "el tema de Miguel", y quizá el tema de los amigos en general. La paciente insiste: Pepe no tiene término medio, él ha seguido jugando al ajedrez.

El relato de la paciente pone en evidencia varios lenguajes del erotismo. Por un lado hallamos una historia en la cual Pepe aparece como "rey del juego" y la paciente irritada. En esta secuencia Pepe aparece como centro y prefiere a un hombre; la paciente, a su vez, queda furiosa, excluida. En esta secuencia, se combinan los lenguajes del erotismo fálico genital y sádico anal primario. La paciente se ubica como aquella que tiende a arruinarle la reunión a otro (Pepe), animada por un afán vindicatorio. Desde el punto de vista de las secuencias narrativas hallamos 1) un hombre promete darle algo a una mujer, 2) luego se erige como centro solitario de lucimiento (rey de ajedrez), a costa de la mujer dependiente y decepcionada. En esta secuencia narrativa la paciente se siente ubicada entre aquellos que permiten al otro hacer de centro a su costa, ya que el otro no irradia sus encantos hacia ella. Desde la óptica de María, se trata de un desenlace disfórico del lenguaje del erotismo fálico genital. Al mismo tiempo se desarrolla otra secuencia narrativa: 1) en la paciente despierta el afán de venganza contra Pepe, ya que se siente víctima de humillaciones y abusos, 2) no consuma su deseo y permanece mosqueada (resentida), estado con el que llega a la sesión. Esta otra secuencia narrativa corresponde al lenguaje del erotismo sádico anal primario.

Una tercera secuencia narrativa involucra la tendencia de la paciente a comprender, tanto a Pepe ("está agobiado") cuanto a Miguel (quien "ha tenido un problema": su hermano se suicidó ante sus ojos, quizá inducido por él, cuando ambos eran adolescentes). Sin embargo, esta tendencia a comprender termina en estallido: ella no aguanta a Miguel (y en el fondo no tolera que Pepe lo prefiera). Esta secuencia narrativa parece seguir otra orientación: 1) trata de sacrificarse por el otro, 2) no tolera mantenerse en esa posición. Tal secuencia corresponde al lenguaje del erotismo sádico oral secundario y tiene también un desenlace disfórico. Otra secuencia, combinada con la de la tendencia a tolerar, consiste en: 1) el esfuerzo por mantener el autocontrol acorde con ciertas imperativos internos (por ejemplo, realizar actividades con autonomía de Pepe y respetarle a él su independencia), 2) a lo cual sigue un estallido de enojo intolerante. Esta secuencia corresponde al lenguaje del erotismo sádico anal secundario, y tiene también un desenlace disfórico. También corresponde a este lenguaje del erotismo la siguiente secuencia: 1) Pepe se compromete como pareja de ella, 2) Pepe quiebra el compromiso al pasar el fin de semana jugando al ajedrez con Miguel, 3) María enfurece. Este relato también resulta disfórico.

Podemos inferir que en la paciente prevalece una tendencia a autocontrolarse y acordar con sus imperativos internos, por un lado, y a sacrificarse y comprender, por el otro. La otra combinatoria de aspiraciones (lucirse y vengarse) parece derivada, se halla más bien contenida en la primera. En la paciente el lucimiento es compatible con el comprender y el mantenimiento del autocontrol, siempre y cuando prevalezca, al mismo tiempo, un sentimiento de equidad, como inverso del abuso, de la injusticia. En la presente situación, en cambio, se ha dado un desequilibrio: se siente víctima de desconsideración y de abuso, y en consecuencia se ha generado un desorden global. En el relato de la paciente hallamos pues desenlaces disfóricos para cuatro lenguajes del erotismo: sádico oral secundario, sádico anal primario, sádico anal secundario, fálico genital.

Consideremos ahora los resultados que arroja el análisis con el programa para este fragmento. El texto posee 459 palabras. Lo hemos analizado en dos formas: automática e interactiva. La versión automática tiene dos pasos: 1) un primer análisis con el diccionario y 2) una "limpieza" posterior de los resultados iniciales por una eliminación igualmente automática de términos usualmente

dudosos. A su vez, la versión interactiva tiene dos pasos: 1) un primer análisis con el diccionario (idéntico, pues, al primer paso de la versión automática), y 2) una decisión (por parte del investigador) entre las opiniones que el programa propone para cada palabra. Las palabras detectadas por el diccionario son 161, es decir, una tercera parte del total. A su vez, el análisis "manual" detecta tres términos compuestos ("entenderlo", por ejemplo) a los que el programa no es sensible (menos del 1% del total), y dos palabras que, pudiendo figurar en los archivos, no estaban en ellos (menos del 0.5%). Resulta aleccionador lo que ocurre con las diferencias entre los análisis interactivo y automático. Como el diccionario otorga más de un valor erógeno a una misma palabra, suele ocurrir que la cantidad de términos detectados (en este caso 161) no coincida con el número arrojado en los resultados. Así ocurrió en esta ocasión. El análisis automático da finalmente 211 opiniones, y el interactivo, 200. Así que entre ellos hay una diferencia de un 5%. Respecto de las 161 palabras detectadas, en su versión automática, el programa aporta un 25% más de opiniones en cuanto a las erogeneidades incluidas en el discurso, y en su versión interactiva, alrededor de un 20%. Estos porcentajes parecen coincidir con los que advertimos en otros análisis empleando el programa. Tales resultados no constituyen, pues, lo llamativo de este estudio, sino otro aspecto: la determinación de las prevalencias estadísticas en uno y otro análisis. En efecto, para el análisis automático este es el resultado:

> LI 4 O2 24 A1 7 A2 58 FU 40 FG 51

En consecuencia, tras la calibración, obtenemos este resultado: 1. FU, 2. A2, 3. FG, 4. O2. Entre ellos la diferencia es muy pequeña en el puntaje. En cambio, el análisis interactivo arroja este otro resultado.

LI 4 O2 20 A1 5 A2 62 FU 30 FG 49

El resultado, tras la calibración, aporta este otro ordenamiento: 1. A2, 2. FG, 3. FU, 4. O2. También en esta ocasión la diferencia en cuanto al puntaje es muy baja. Estos resultados nos enseñan que, cuando el análisis automático aporta resultados en que la diferencia entre los lenguajes del erotismo es baja, conviene complementarlo con un análisis interactivo, que finalmente es el que da la clave.

El análisis en el nivel de las palabras resulta compatible en muchos aspectos con el que hicimos en el nivel del relato, ya que prestamos atención a los lenguajes del erotismo sádico anal secundario, sádico oral secundario y fálico genital. En el nivel del relato prestamos también atención al lenguaje del erotismo sádico anal primario, que el programa destaca el peso del fálico uretral. Claro que, al analizar el nivel del relato, destacamos que el afán de venganza en la paciente aparecía morigerado, y quizá por ello se expresara, como lo indica el estudio con el programa, en términos de la prevalencia del lenguaje del erotismo fálico uretral. Con

todo, este resultado es discordante (respecto del lenguaje del erotismo fálico uretral) con nuestro estudio del relato y requiere un análisis más cuidadoso.

En efecto, nuestra apreciación de las prevalencias relativas en el nivel del relato resulta metodológicamente cuestionable, ya que no contamos con el final de la secuencia narrativa, que nos resulta fundamental para tomar decisiones. Ello deriva de una fragmentación del texto que tiene otra meta, la de investigar las estructuras-frase de la paciente en un fragmento breve de la sesión. Para detectar el cierre de esta secuencia narrativa conviene considerar el fin de la presente sesión e inclusive el comienzo de la siguiente. Hacía el final de la sesión la paciente comenta que Pepe y ella habían decidido mudarse a vivir juntos esa misma semana. El terapeuta dice que le llama la atención que no se lo había expuesto antes, y María responde que ella no creía que se fuera a mudar. Poco después aclara que tenía miedo no tanto de vivir con Pepe sino de salir de su casa, por lo cual retrasaba su decisión. Al comienzo de la sesión siguiente se refiere a la precedente: Según María en ella había estado "atacada de los nervios porque no sabía por qué lado tirar con la relación con Pepe y no sabía qué hacer". Antes ella no "era capaz" de decir un "no" tranquilamente. Esa misma noche llamó por teléfono a Pepe y fue capaz "de decirle todo lo que.. todo la mierda que yo tenía dentro". Aclara que ella "estaba segura de que tenía" su granito de razón. El lo "entendió absolutamente todo y te puedo asegurar que es que desde ese día que hablamos... es que no hemos vuelto a tener... ni partidas de ajedrez". Agrega que Pepe y ella nunca salían por la tarde, y ese sábado, en que estaba diluviando, fueron de compras y pasearon por la ciudad, vieron una exposición y salieron también por la noche.

El cierre de la sesión correspondiente al fragmento analizado y el comentario inicial de la siguiente ponen en evidencia el peso del lenguaje del erotismo fálico uretral: los componentes correspondientes al lenguaje del erotismo sádico anal primario (la mierda) aparecían como un factor adicional de su inhibición precedente para hablar con Pepe y expresarle su enojo. En consecuencia, podemos inferir que en el comienzo de la hora el enojo que manifestaba la paciente tenía sobre todo un matiz de desconfianza, y que por sobre el afán de venganza prevalecía el deseo de que Pepe la acompañara, que saliera con ella.

En consecuencia, podemos reordenar el conjunto, diciendo que se presentó, en el nivel del relato, la prevalencia de un desenlace disfórico para el lenguaje del erotismo sádico anal secundario (como ruptura por parte de su pareja del contrato que lo involucraba con María). Este hecho se acompañó de la vivencia de desamor e impaciencia, como desenlace disfórico del lenguaje del erotismo sádico oral secundario, y de un estado de disgusto, con el sentimiento de fragmentación, de carecer de encanto, desenlace disfórico del lenguaje del erotismo fálico genital. A ello se le agregaban un incremento de la desconfianza (lenguaje del erotismo fálico uretral) por la decisión de llegar a un mayor grado de compromiso en la relación afectiva y una vivencia de abuso e injusticia especialmente perturbadora (lenguaje del erotismo sádico anal primario), que luego, durante la sesión, fue cediendo.

Hemos logrado pues conciliar los resultados de los análisis en los niveles de la palabra y el relato. Para ello hemos debido prestar atención a otro sector de la sesión, en la que advertimos el cierre del relato en juego en el fragmento que analizamos. Luego volveremos sobre este punto. Por ahora consignemos que el enfoque en el nivel de las palabras permite hacer un ranking estadístico (incluida la calibración), mientras que el análisis en el nivel del relato más bien nos condujo a

presentar las conclusiones poniendo en evidencia algunas jerarquías lógicas. No podemos, sin embargo, realizar un contraste en regla entre los dos niveles de análisis, el de la palabras y el del relato, ya que hemos prestado atención a unidades solo parcialmente idénticas.

Análisis de las estructuras-frase

Pasemos ahora al análisis de las estructuras-frase, que constituyen nuestro centro de interés en esta ocasión. Como se advierte, hemos deslindado 28 frases, que analizamos una a una. Se advierte la importancia de la fragmentación, sobre todo respecto de las frases 14 y 15, que tal vez podrían ser consideradas en un solo bloque, y no en dos. Sin embargo, el resultado global no se altera mayormente por este problema, como se comprobará luego. Vayamos pues al análisis. La primera frase contiene una combinación entre relato del estado de Pepe ("agobiado") y expresión de enojo. Participan tres lenguajes del erotismo: sádico anal secundario, sádico oral secundario (énfasis en el estado de Pepe y el propio: ay), y fálico genital. Prevalece el lenguaje del erotismo sádico oral secundario. La segunda frase constituye una pregunta sobre si el analista recuerda un comentario de María de una sesión precedente, referida a Pepe. Como tal, contiene una tentativa de control de la memoria del terapeuta y una forma de iniciar la descripción del problema específico. La frase corresponde sobre todo al lenguaje del erotismo sádico anal secundario. La tercera frase resume la posición en que María ubica a Pepe durante el fin de semana: "rey del juego". Por su forma constituye un relato, pero también una exageración. Se combinan el lenguaje del erotismo sádico anal secundario y fálico genital. Prevalece el segundo de ellos. En la siguiente (cuarta) la paciente describe su reacción ante ello: se mosqueó y dijo: "no me lo explico", en una dramatización. Se unen entonces relato y dramatización. En consecuencia, se combinan dos lenguajes del erotismo: sádico anal secundario, fálico genital. Prevalece el fálico genital. En la frase siguiente (quinta) la paciente procura retomar el relato y desplegar la versión inicial de las frases precedentes, más bien sintética. Es así que empieza con un "O sea" y continúa con la descripción de la situación inicial, en que se disponía a dormir la siesta. Pero la descripción queda interrumpida por una exclamación ("¡Miguel!"), que contiene algo de una dramatización ante el analista de la sorpresa y el enojo contenido, y quizá algo de lo que le dijo a Pepe. Desde la perspectiva de la forma se combinan relato (lenguaje del erotismo sádico anal secundario), autointerrupción (lenguaje del erotismo fálico uretral) y dramatización (lenguaje del erotismo fálico genital). Prevalece en el conjunto el fálico genital. La frase siguiente (sexta) incluye una dramatización (indirecta) combinada con un relato. Desde el punto de vista de la forma, se combinan los lenguajes del erotismo sádico anal secundario y fálico genital, con una prevalencia del primero de ellos. La última frase (séptima) de este primer bloque constituye más claramente una dramatización breve, quizá interferida por la pregunta aclaratoria del terapeuta referida a Miguel. Como dramatización, expresa el lenguaje del erotismo fálico genital.

En respuesta a la pregunta del terapeuta la paciente (frase 8) describe a Miguel con hostilidad, como subnormal. En su respuesta hallamos una confirmación a la pregunta del terapeuta y una expresión de enojo injurioso hacia Miguel. Como confirmación, corresponde al lenguaje del erotismo sádico anal secundario y como expresión ofensiva, al sádico anal primario, el cual resulta prevalente. La frase

siguiente (novena) pretende justificar su juicio con una narración que termina interrumpida. Como tentativa de justificación corresponde al lenguaje del erotismo sádico anal secundario, y como interrupción (muletilla mediante), al fálico uretral, el cual prevalece en el conjunto. En la siguiente (décima) María pretende relatar el problema que ha tenido Miguel: "es que su hermano", con una nueva interrupción de la frase, quizá al advertir que sintácticamente la formulación era incorrecta. Prevalece el lenguaje del erotismo sádico anal secundario (rectificación sintáctica). En la siguiente (décimo primera) María retoma el relato: Miguel y su hermano jugando en la terraza. El lenguaje del erotismo sádico anal secundario (relato) se combina con el fálico uretral (localización espacial), dominante. En la siguiente (décimo segunda) la paciente continúa aclarando la escena con una referencia a las edades de los hermanos. Predomina el lenguaje del erotismo sádico anal secundario. La frase siguiente (décimo tercera) constituye un relato combinado con una dramatización del diálogo entre los hermanos, que termina con un acto suicida. Tiene importancia el lenguaje del erotismo fálico genital, pero prevalece (por el cierre) el sádico anal secundario. En la frase siguiente (décimo cuarta) la paciente describe el estado actual de Miguel, consecuencia de este episodio: es raro y se le va la cabeza. La frase contiene algo de un relato (lenguaje del erotismo sádico anal secundario), junto con una tentativa de comprender (lenguaje del erotismo sádico oral secundario). Prevalece el lenguaje del erotismo sádico oral secundario. La frase siguiente (décimo quinta) contiene una exageración respecto de Miguel, lo cual corresponde al lenguaje del erotismo fálico genital. La frase siguiente (décimo sexta) expresa el estado de la paciente ante Miguel. La alusión al propio estado evidencia una forma exclamativa, como dramatización, y una expresión de intolerancia contrapuesta a la comprensión empática. La dramatización corresponde al lenguaje del erotismo fálico genital, mientras que el quiebre en la tolerancia comprensiva, al sádico oral secundario. Prevalece este último. La frase siguiente (décimo séptima) pretende explicar las razones por las que no aguanta a Miguel: el ajedrez, la falta de delicadeza y de vida personal. La frase es expresión del lenguaje del erotismo sádico anal secundario. La siguiente (décimo octava) contiene una dramatización de lo que María le diría a Miguel: "No sabes... etc.", de una manera crítica. Como dramatización corresponde al lenguaje del erotismo fálico genital, y la crítica, al lenguaje del erotismo sádico anal secundario. Contiene además una interrupción, que corresponde al lenguaje del erotismo fálico uretral. Prevalece el primero de ellos. La siguiente (décimo novena) comienza como una aclaración ("O sea"), que inmediatamente se trasforma en dramatización. Intervienen los lenguaies del erotismo sádico anal secundario y fálico genital, el cual resulta dominante. La frase siguiente (vigésima), más breve, está dirigida ya al analista, como explicación: "Si él no lo dice... etc.". La estructura tiene la forma "si... entonces", y en su segunda parte hubiera debido aparecer una cláusula del tipo, "entonces Pepe tiene que ponerle límite", o "entonces vo tengo que ponerle límite". Pero esta segunda parte de la cláusula queda remplazada por una evitación y una exhortación "a ver", como expresión de la tendencia a que alguien (ella u otro) muestre. Así que se combinan el lenguaje del erotismo sádico anal secundario, el fálico uretral y el fálico genital, con un predominio (por el cierre de la frase) de este último. En la frase siguiente (vigésimo primera) la paciente pretende recuperar el relato de lo que ocurrió con Pepe: "Y, y, y el viernes llega...", con una estructura frase interrumpida que termina en una exclamación: "¡Miguel!", como la antes analizada. Se combinan el lenguaje

del erotismo sádico anal secundario, el fálico uretral y el fálico genital. Prevalece este último. En la frase siguiente (vigésimo segunda) se da la misma estructura: "El sábado (relato) ... Miguel". Se hace más evidente que María al mismo tiempo quiere exponer los esfuerzos que hizo por no perder la paciencia y tolerar la situación. La combinatoria de los lenguajes del erotismo es la misma: sádico anal secundario, fálico uretral y fálico genital, con una prevalencia de este último. La siguiente frase constituye un relato de lo que María hizo al descubrir que Pepe seguía jugando al ajedrez y como forma de darle tiempo. Como relato expresa el lenguaje del erotismo sádico anal secundario. También pretende explicar por qué llamó a Pepe ("como me dijo"), como modo de defenderse de una critica por no respetar la libertad de su pareja. Predomina el lenguaje del erotismo sádico anal secundario. La frase siguiente (vigésimo cuarta) constituye una dramatización (lenguaje del erotismo fálico genital). La frase siguiente (vigésimo guinta) contiene un relato y describe una decepción, porque Pepe no cumple con su palabra. Prevalece el lenguaje del erotismo sádico anal secundario. En la frase siguiente (vigésimo sexta) relata con una dramatización indirecta lo que Pepe le dijo el domingo, en lo cual pretende justificar su enojo dolorido. Se combinan los lenguajes del erotismo sádico anal secundario y fálico genital, con un predominio del primero. La siguiente (vigésimo séptima) se superpone, interrumpiendo, con la del terapeuta, y contiene una tentativa de aclaración ("O sea") seguida por la estructura "si... entonces", truncada a su vez por una intervención del terapeuta. Como interrupción al terapeuta expresa el lenguaje del erotismo fálico uretral, y por su estructura corresponde al lenguaje del erotismo sádico anal secundario. El primero es dominante Por fin, la frase vigésimo octava contiene una tentativa de aclaración, seguida por una interrupción y una combinatoria entre relato y explicación de por qué Pepe no tiene término medio. Entre los dos lenguajes del erotismo que aparecen: fálico uretral y sádico anal secundario, prevalece el segundo.

Globalmente, este fragmento posee tres partes. En la primera la paciente pretende presentar el problema con Pepe, en la segunda describe a Miguel y las causas del enojo con este, y en la tercera relata más ampliamente los motivos de su enojo con Pepe, con una tentativa de defenderse de la autocrítica por enojarse. El problema que pretende describir en la primer parte es al menos doble: por un lado, la decepción que le genera Pepe, y por otro, la autocrítica por no poder tolerar y comprender. Algo similar ocurre en la segunda parte cuando María pasa desde describir y comprender a Miguel hasta la afirmación de que no lo tolera. La tercera parte contiene una enumeración de las decepciones que le generó Pepe, a lo cual hubiera seguido seguramente una argumentación que tomara lo ya expuesto para justificar su intolerancia, a la espera de una actitud comprensiva del terapeuta para con ella. La interrupción de este ("que te veo") es continuada, precisamente, por una alusión a la discusión con Pepe: "si yo tengo que entenderlo...", con la autoexigencia para que sea comprensiva, a su vez interferida por otra intervención del analista, que le formula una pregunta, por lo cual María se ve llevada a cambiar parcialmente de tema. La frase "tengo que entenderlo", con todo, revela el conflicto que se le ha creado por su estallido de intolerancia e incomprensión (lenguaje del erotismo sádico oral secundario).

Una visión de conjunto del análisis del discurso de la paciente

Comencemos con los resultados de los análisis de las estructuras-frase:

1. O2, A1, A2, FG	O2	15. FG	FG
2. A2	A2	16. O2 FG	O2
3. A2, FG	FG	17. A2	A2
4. A2, FG	FG	18. A2, FU, FG	FG
5. A2, FU, FG	FG	19. A2, FG	FG
6. A2, FG	A2	20. A2, FU, FG	FG
7. FG	FG	21. A2, FU, FG	FG
8. A1, A2	A1	22. A2, FU, FG	FG
9. A2, FU	FU	23. A2	A2
10. A2	A2	24. FG	FG
11. A2, FU	FU	25. A2	A2
12. A2	A2	26. A2, FG	A2
13. A2, FG	A2	27. A2, FU	FU
14. O2, A2	O2	28. A2, FU	A2

Si aplicamos la calibración, llegamos a esta conclusión:

O2: $3 \rightarrow 6.6$ A1: $1\rightarrow 2$ A2: $10 \rightarrow 10$ FU: $3 \rightarrow 6$ FG: $11\rightarrow 22$

En síntesis:

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

Los resultados en el nivel de las estructuras-frase parecen apoyar sobre todo nuestras conclusiones precedentes en el nivel del relato, al poner en evidencia el peso decisivo de los lenguajes del erotismo fálico genital, sádico anal secundario y sádico oral secundario. Además, destaca la importancia del lenguaje del erotismo fálico uretral (advertido también en el nivel de las palabras). Pero este análisis en el nivel de las frases está en verdad mutilado: solo consideramos los componentes verbales, y no los paraverbales, que en ocasiones podemos inferir, aunque de un modo asistemático. Intuimos que en la línea melódica predominan las expresiones de impaciencia combinadas con las exclamaciones como parte de una tendencia a llamar la atención y con el esfuerzo por mantener la mesura, el autocontrol. Pero estamos en el terreno de las conjeturas. No podemos saber, por ejemplo, si había algún sonido agudo o sibilante, o una expresión de desconfianza.

La consideración del final de la sesión y el comienzo de la siguiente permite inferir que los componentes paraverbales del fragmento ya analizado contienen un incremento del enojo, la impaciencia y la tendencia a la dramatización, cuanto más María pierde racionalidad. En este marco aparecen la desconfianza y la angustia ante el descontrol por el propio enojo. La conclusión que extrajimos respecto del relato destaca también el peso del lenguaje del erotismo fálico uretral. En otra ocasión (Maldavsky, 2000) afirmamos que a veces las opiniones del programa no coinciden con las derivadas del análisis del relato, y que en tal caso damos preeminencia a estas últimas. Pero agregamos que en tales situaciones podemos advertir que el resultado del estudio con el programa anticipa que el lenguaje del erotismo detectado como relevante, y que no coincide con lo prevalente en el nivel del

relato, tendrá también privilegio luego en este otro nivel. Tal es, al menos, la situación que advertimos en esta misma sesión: que el enojo vengativo de la paciente ve cediendo paso a la angustia (desconfianza) por incrementar su compromiso afectivo con Pepe y abandonar su hogar familiar. Pero tal vez este mismo conflicto entre incremento del compromiso y desconfianza estuviera presente desde el comienzo de la sesión, y el relato inicial referido a su enojo con Pepe fuera solo una fachada para eludir justificadamente el problema. Podemos pues conjeturar que la línea melódica de la paciente expresaba este incremento doloroso de la angustia desconfiada a medida que aumentaba su enojo injuriado y su impaciencia, y que esta tendencia a acelerar la combinación entre orgullo herido y urgencia intolerante la dejaba cada vez más asustada, ya que no lograba frenarse a sí misma.

Quizá podamos ahora entender mejor las razones que condujeron a que el terapeuta interviniera como lo hizo, de una manera que parecía desacertada en cuanto a su contenido y además con interrupciones inoportunas (que luego estudiaremos con detalle). Tal vez él haya captado este proceso de aceleración de la paciente al relatar su conflicto con Pepe, que dicha aceleración de violencia impaciente y ofendida no tendría freno interno y que ello dejaba angustiada a María. Podemos inferir que el terapeuta supuso que debía cortar de algún modo este proceso de aceleración autodestructiva, y que a ello apuntaban sus intervenciones. Durante la sesión debió de ocurrir algún tipo de cambio en la paciente y en el vínculo con el terapeuta, ya que al final esta aludió a sus conflictos en relación con la convivencia más estrecha con su pareja, y en la siguiente narró que pudo exponerle "tranquilamente" su insatisfacción y su "no" a las partidas de ajedrez, en lugar de la tendencia a aguantar para luego fracasar en su estrategia y quedar invadida por su intolerancia ofendida.

Podemos concluir pues que el análisis de los componentes paraverbales tiene un valor en los estudios de las estructuras-frase, sobre todo cuando se dan contrastes entre el análisis del relato y el de las palabras, ya que en este nivel puede captarse (como en el nivel de las palabras) anticipaciones de relatos aun no desplegados, que se desarrollan luego en la misma sesión o en otras posteriores. Además, esta conjetura sobre los componentes paraverbales deriva de nuestro supuesto de que la entonación y otros rasgos fonológicos de su decir no coincidían totalmente con las características de las frases estudiadas.

Con esta propuesta pretendemos avanzar en nuestro esfuerzo por generar un método de investigación acorde con la práctica clínica, y que refleje del modo más fiel aquello que constituye el campo de trabajo del terapeuta: qué capta del paciente y cómo lo procesa para por fin intervenir. En esta ocasión prestamos atención a la estructura-frase, incluidos los componentes paraverbales como uno de sus rasgos definitorios —a los que a veces podemos acceder al contar con la grabación de la sesión y en otras ocasiones (como en la presente) solo podemos conjeturar-, para investigar los estados afectivos en juego y su eficacia vía contagio, empatía u otros procesos intersubjetivos.

Una vez encarado el problema más grueso, referido al valor del lenguaje del erotismo fálico uretral en el conjunto, nos quedan por considerar otros puntos, sobre todo las discordancias entre las prevalencias relativas entre los tres niveles de análisis. Advertimos que, en el nivel del relato, el afán de venganza (lenguaje del erotismo sádico anal primario), que culmina en un

estallido de impaciencia (lenguaje del erotismo sádico oral secundario), crea un desorden generalizado, con lo cual se genera una discordancia con el nivel de las palabras y las frases. Parecería también que el nivel de las palabras indica el repertorio más estable del discurso de la paciente, mientras que el del relato pone en evidencia los desequilibrios y los conflictos surgidos en ella por los nexos intersubjetivos, y el nivel de las frases aporta elementos en ambas alternativas, sobre todo en relación con la situación presente.

El análisis automático de las doce sesiones íntegras de María con que contamos arroja un resultado sistemáticamente igual: 1. A2, 2.O2, 3. FG, 4. FU. Las mayores variaciones se dan en dos sesiones, en que advertimos un "empate técnico" entre O2 y FG, una sesión en que aparece FU en tercer lugar y FG en el cuarto, y una sesión en que LI aparece en cuarto lugar, desplazando a FU. Así, los resultados antes consignados pueden considerarse generalizables. Sin embargo, estos resultados no coinciden con lo que advertimos en el comienzo de la sesión, que analizamos de manera interactiva. En el fragmento analizado, O2 aparece en tercer término, en lugar de aparecer en el segundo, quizá porque el afán de venganza empuja a poner más el acento en la dramatización como forma de exhibirse ante el terapeuta.

También advertimos que en el nivel de la frase queda relegado al segundo término el lenguaje del erotismo sádico anal secundario: el esfuerzo por narrar y construir estructuras coherentes queda remplazado por el exhibicionismo en la dramatización (lenguaje del erotismo fálico genital). Igualmente, la impaciencia rabiosa (lenguaje del erotismo sádico oral secundario) ocupa el lugar de la desconfianza (lenguaje del erotismo fálico uretral).

En cuanto al análisis del relato, es más difícil establecer las prevalencias relativas del fragmento, ya que este forma parte de una narración más amplia. El conjunto parece expresar una desorganización del lenguaje del erotismo sádico anal secundario (Pepe ha quebrantado un contrato de la pareja), del lenguaje del erotismo fálico genital (ella queda como ayudante de alguien que reina a su costa) y del lenguaje del erotismo sádico oral secundario (la comprensión y el sacrificio quedan remplazados por los ataques de impaciencia), siendo el sentimiento de abuso e injusticia (lenguaje del erotismo sádico anal primario) el motor de este desorden generalizado. Sin embargo, la paciente no despliega las acciones vengativas que son inherentes a este lenguaje del erotismo, sino que las sustituye por los desenlaces disfóricos recién consignados. En estas condiciones, la irrupción irrefrenable del sentimiento de injusticia la deja inerme, con una desestructuración transitoria de su coherencia psíquica, dado que el proceso parece no tener freno interno y necesitar de la asistencia ajena. Podemos inferir por el final de la sesión que el sentimiento de injusticia se ha trasmudado a su vez en desconfianza (lenguaje del erotismo fálico uretral).

Así, pues, lo prevalente lógicamente en este momento es el lenguaje del erotismo sádico anal primario (afán de venganza), el cual incrementa un sentimiento de intolerancia e impaciencia improcesable (lenguaje del erotismo sádico oral secundario), y deja a la paciente paralizada, con un estado de fragmentación estética (lenguaje del erotismo fálico genital) y sumida en el desorden y la autocrítica (lenguaje del erotismo sádico anal secundario). El sentimiento de injusticia, a su vez, culmina en desconfianza (lenguaje del erotismo fálico uretral).

Si comparamos los resultados de los tres niveles de análisis, advertimos que, al menos en esta ocasión, el nivel de la frase conserva, con todo, mayor afinidad con las estructuras yoicas prevalentes cuando la paciente recupera su estabilidad, mientras que el factor perturbador se hace más claramente evidente en el nivel del relato.

Otro aspecto del relato de María nos resulta enigmático: la referencia al juego de ajedrez entre Pepe y su amigo, del cual ella queda excluída. La escena del juego ajedrecístico corresponde al lenguaje del erotismo oral primario, aunque la paciente lo adorna con los atributos del lenguaje del erotismo fálico genital ("rey del juego"). Sin embargo, el hecho de quedar en una situación de exclusión respecto de una mente lúcida que no le presta atención tiene su importancia, toda vez que el lenguaje del erotismo complementario óptimo del fálico genital (que parece tener gran importancia en la paciente) es precisamente el oral primario.

El conjunto de lo expuesto puede ser reordenado si además nos preguntamos por las defensas dominantes en la paciente y su estado (exitoso o fracasado). Las defensas en juego en la paciente corresponden, por un lado, a la gama de la formación reactiva (tendencia a trasformar su hostilidad justiciera en tolerancia) y la identificación (dramatización), ambas como secundarias a la sofocación del deseo (represión). Además, advertimos defensas del tipo de la desmentida para defenderse del sentimiento de inferioridad (por lo cual recurre al sacrificio). Esta combinación entre defensas aparentemente antagónicas es frecuente. A menudo ocurre, como en este caso, que ambas se potencien recíprocamente. Por ejemplo, la formación reactiva ante un deseo que retorna de lo reprimido puede ensamblarse con la tendencia al sacrificio (desmentida). Lo sacrificado parece ser su deseo heterosexual (lenguaje del erotismo fálico genital).

En el relato de los episodios del fin de semana estas defensas han fracasado: tuvo un estallido de furia que le resultó egodistónico, una herida narcisista. A la vez, no logró cumplir con un imperativo ("tengo que entenderlo"), no pudo lucirse y tampoco sacrificarse. Pero en el despliegue de la historia en la sesión estas defensas tienen más éxito. Sobre todo aspira a ser comprendida por el analista, en el marco de la desmentida de su sentimiento inferioridad. intenta seducirlo exhibiéndose (dramatizaciones, exclamaciones) y convencerlo de que ella tenía razón en su enojo (ser reconocida moralmente). En la sesión parece darse más bien una puja entre el relato ordenado (lenguaje del erotismo sádico anal secundario) y la dramatización (lenguaje del erotismo fálico genital). En cuanto al lenguaje del erotismo sádico oral secundario, por momentos alimenta su tendencia a la dramatización (deseo de ser amada por sus encantos) y por momentos empuja a favor del relato ordenado (deseo de ser amada por atenerse a las normas. acordes con las metas explícitas del tratamiento). En cuanto al afán de venganza (lenguaje del erotismo sádico anal primario), parece alimentar sobre todo a la tendencia a la dramatización como modo de seducir al terapeuta. Pero al mismo tiempo en la sesión puede darse una situación de aceleración de furia contra Pepe, si la dramatización, la impaciencia y el afán de venganza se potencian sin freno.

Sobre las intervenciones del terapeuta

Es hora de prestar una atención más detenida a las intervenciones del terapeuta. Todas ellas están caracterizadas por interrumpir el relato de la paciente. En la primera el terapeuta pide una aclaración sobre Miguel. Con ello obtiene, como respuesta, un incremento del enojo de María, no con el terapeuta, sino con Pepe y (como agregado) con Miguel. La segunda consiste en una afirmación (interrumpida a su vez por la paciente) referida a que ve a María, frase con la que insiste (interrumpiendo a su vez) para luego aludir a que no le parece raro, las muletillas, el "si quieres", para por fin enfilar a la búsqueda de un "tema", que define (las amistades), y acerca del cual pide asociaciones en términos de "sentimientos" para luego solicitar una corroboración a la paciente ("¿no?") acerca de lo acertado de su propuesta. Desde el punto de vista del análisis de las palabras de su discurso, en estas tres intervenciones (interrupciones) prevalece el lenguaje del erotismo fálico uretral. Con muy pequeña diferencia con este, encontramos el sádico anal secundario y el sádico oral secundario. Más distante se halla el lenguaje del erotismo fálico genital. En cuanto a las frases, la primera tiene dos valores: es sobre todo una interrupción, pero es también una tentativa de identificar o definir al personaje del cual la paciente habla. Como tentativa de definición corresponde al lenguaje del erotismo sádico anal secundario, y como interrupción, al fálico uretral, con una prevalencia de este último. En la segunda (breve). la afirmación de que está viendo a la paciente, contiene una interrupción más (tal vez) una afirmación seductora (lenguaje del erotismo fálico genital). Otra vez prevalece el lenguaje del erotismo fálico uretral. La tercera intervención, más extensa, reitera la afirmación precedente, contiene una negación de un atributo "no... raro", una aparente seducción ("si gueres"). seguida por una minimización ("un poco"), una combinación entre atenuador y muletilla ("no sé"), un esbozo trunco de frase adversativa ("pero"), las muletillas, la definición del tema y por fin la consulta a la paciente ("¿no?"). A su vez, la definición del tema recién aludida contiene una referencia a estados afectivos. Como se trata de una combinatoria algo compleja, no unitaria, de frases, plagadas de autointerrupciones (al menos cinco), preferimos presentar el conjunto en un cuadro.

O2	A2	FU	FG
Referencia a estados	Negación de un atributo	Muletillas Minimización	Seducción (que te veo)
afectivos	Adversativo (objeción) Definición del tema Consulta de la opinión de la paciente	paciente	Seducción (si quieres)

Desde el punto de vista de las estructuras-frase prevalece estadísticamente el lenguaje del erotismo fálico uretral, y en segundo lugar, casi homologados, el sádico anal secundario y el fálico genital. La prevalencia lógica coincide con la estadística: lenguaje del erotismo fálico uretral. Si reunimos las tres intervenciones del analista tenemos este resultado

estadístico: O2: 1 \rightarrow 2,2, A2: 5 \rightarrow 5, FU: 10 \rightarrow 20, FG: 3 \rightarrow 6. En consecuencia: 1. FU, 2. FG, 3. A2, 4.02.

Desde el punto de vista del relato, el discurso del analista pone en evidencia una secuencia: 1) la paciente avanza desenfrenada y riesgosamente, 2) el terapeuta pretende interferirla, 3) queda finalmente desorientado. Esta secuencia corresponde al lenguaje del erotismo fálico uretral, y su desenlace es disfórico. Otra secuencia pertenece al lenguaje del erotismo fálico genital: 1) la paciente se exhibe seductoramente, 2) el terapeuta no puede dejar de sentir y expresar su deseo hacia ella, 3) para luego sentir él mismo un estado de fragmentación. También en esta secuencia narrativa el desenlace es disfórico. Una tercera secuencia narrativa corresponde al lenguaje del erotismo sádico anal secundario: 1) el terapeuta pretende rescatar a la paciente de su propio desorden, a través de definiciones de personajes y temas acordes con su saber, 2) termina inmerso en sus propias dudas (y tal vez con culpa por haber intervenido solo para imponer su poder). El desenlace para esta secuencia narrativa es igualmente disfórico. Ya destacamos que el objetivo más evidente del terapeuta es cortar la aceleración de furia, impaciencia y dramatizaciones de la paciente, y que lo hace "a su manera", de un modo poco ortodoxo, digamos. En su tentativa, procura instalar un orden, una racionalidad, al definir la identidad de Miguel o determinar el tema en juego en ese momento. Estos esfuerzos ordenadores pertenecen al lenguaje del erotismo sádico anal secundario, aunque él mismo duda de su propia afirmación, cuando finalmente consulta a la paciente ("¿no?") acerca de ella. Más bien advertimos, a través de la serie de autointerrupciones, un estado de desorientación, una falta, de carácter penoso, de un rumbo consistente. Consideramos que el factor perturbador puede ser detectado en su discurso: el tercer lenguaje del erotismo, el fálico genital ("que te veo", "si quieres"), indica que el terapeuta se halla embargado por el despliegue exhibicionista (dramatización) de la paciente, a su vez animado en ella por su afán vindicatorio respecto de Pepe. Precisamente, la tercera intervención del terapeuta, la más extensa, muestra un esfuerzo de este por sustraerse de dicha condición y por alcanzar un orden y sostener su posición, con un éxito solo relativo. Sin embargo, por el final de la sesión podemos inferir que algo ocurrió luego, y que el terapeuta logró sobreponerse, al menos en parte, del entrampamiento precedente, restablecer el nexo con su propia formación (lenguaje del erotismo sádico anal secundario) y hallar un rumbo (lenguaje del erotismo fálico uretral). Quizá haya contribuido en ello algún tipo de modificación ocurrida en la paciente.

Si analizamos con mayor detenimiento lo central de la argumentación del terapeuta, contenida en su tercera intervención, podemos conjeturar algo más sobre los recursos que tiene a su disposición: 1) la oposición a una afirmación cualificante (como reacción frente al énfasis en la cualidad), que es inherente al lenguaje del erotismo sádico anal secundario, 2) la clasificación (o definición) de personajes y temas (expresión también del lenguajes del erotismo sádico anal secundario), 3) la pregunta por el sentimiento de la paciente (lenguaje del erotismo sádico oral secundario), y 4) por fin, el empleo de atenuadores y diminutivos (lenguaje del erotismo fálico uretral). Esta secuencia expositiva contiene también un orden jerárquico: cuando el terapeuta recupera el nexo con su propia formación, prevalece en él el lenguaje del erotismo sádico anal secundario, y, como subordinados, aparecen sobre todo el sádico oral secundario y el fálico uretral. El lenguaje del erotismo sádico oral secundario

83

parece aportar al conjunto el fundamento (el hablar de los sentimientos) que permite alcanzar el orden y producir un acercamiento y un contacto. La conjetura que acabamos de exponer concierne a los momentos en que en el terapeuta se restablece la función analítica, como es posible que haya ocurrido en parte en el curso de esta misma sesión. Tal conjetura coincide, además, con los resultados de los estudios de su discurso con el programa. Según ellos, los lenguajes del erotismo sádico oral secundario y sádico anal secundario son los dominantes en el curso de las doce sesiones, por partes iguales (seis para cada uno; en la que estudiamos ahora, por ejemplo, prevalece el sádico oral secundario). En tercer lugar figura el fálico uretral en la mayoría, y en cuarto, el fálico genital.

Si comparamos el repertorio de la paciente con el que posee el terapeuta para encarar los problemas clínicos que le plantea aquella, podemos inferir que son solo relativamente adecuados, en especial si consideramos que, como en esta ocasión, el desenlace para el lenguaje del erotismo sádico anal secundario en el terapeuta es disfórico. Con ello ponemos el acento sobre la posibilidad de estudiar con mayor refinamiento metodológico lo que se ha denominado "puntos ciegos" (transitorios o duraderos) de un terapeuta en un trabajo psicoanalítico.

C. Conclusiones, nuevos interrogantes

Dos tipos de conclusiones merecen nuestra atención: las referidas al método y las referidas al procesos terapéutico. Respecto del método, advertimos otra vez la importancia del criterio de fragmentación. El análisis de las palabras y las frases puede realizarse sin tomar en cuenta el nivel del relato: pero si este último también se integra al conjunto, debe regir, como criterio, un requisito: que se haya desplegado una secuencia narrativa desde la perspectiva de quien habla, y que la significatividad del fragmento de narración concretamente analizada sea investigada en este marco más amplio. En efecto, en el texto analizado podemos acceder a un fragmento de esta secuencia narrativa: el despertar del deseo vengativo de la paciente, pero no avanzamos más allí no tanto porque la paciente haya dado por cerrado el tema sino porque el resto del relato cayó fuera del sector que definimos para nuestro estudio, centrado sobre todo en la investigación de las estructuras-frase. Respecto de este último aspecto, destacamos la importancia, de las líneas melódicas, que en este caso debimos inferir. También postulamos que sobre todo el análisis de las palabras permite conjeturar, al menos en este caso, un tipo de organización psíguica que en el nivel del relato no se hace evidente, va que este pone más bien en evidencia un conflicto derivado de las situaciones inmediatas. La organización expresada en el nivel de las redes de palabras parece ser más bien la estructura yoica que predomina en momentos de mayor estabilidad intrapsíguica. También las estructuras-frase parecen evidenciar el mismo fundamento, aunque dan más lugar a las situaciones conflictivas del momento. Nos preguntamos si las conclusiones que acabamos de extraer pueden generalizarse. Al respecto nuestra respuesta es que no: en otras oportunidades (Maldavsky et al., 2000, Maldavsky 2002a) observamos un empleo resistencial, defensivo, de las palabras, mientras que el análisis del relato daba la clave de la situación. De todas maneras, cabe preguntarse si las palabras adquieren esta ierarquía (como indicadoras de una estructura de base) sobre todo cuando predomina la represión, mientras que cuando prevalece la desmentida (y en particular si esta es exitosa y el paciente se mantiene entre la sobreinvestidura maníaca y el repliegue narcisista) pueden tener un valor inverso, resistencial. El análisis del discurso y su acuerdo con los objetivos explícitos (el tratamiento) tiene importancia decisiva en cuanto a la inferencia respecto de la defensa dominante, aspecto este al cual el nivel de análisis de la estructura-frase parece aportar particular claridad.

Consideremos ahora a paciente y analista. El análisis del discurso de la paciente pone en evidencia un estado de crisis de sus organizadores básicos (lenguaje del erotismo sádico anal secundario, fálico genital y sádico oral secundario) por la irrupción del sentimiento de injusticia que resulta procesado como intolerancia impotente y sobre todo como desconfianza y desorientación, y en el curso de la sesión origina un énfasis en la seducción vengativa dirigida hacia el terapeuta.

En cuanto al terapeuta, el análisis de sus intervenciones nos permite concluir que este sufrió los efectos de la seducción por la paciente, por lo cual quedó desorientado y angustiado y pretendió, sin éxito, crear un orden ateniéndose a su saber. Si tomamos la escena en su conjunto, podríamos decir que mientras mayor el poder de una mujer excitada, furiosa y vengativa, mayor tendencia del hombre a pretender apresurada e infructuosamente frenarla, porque su saber queda interferido por la excitación que ha despertado también en él. De todos modos, algo diferente debió de ocurrir en el curso de la sesión, ya que al final la paciente pudo aludir a su desconfianza respecto de avanzar en la relación con Pepe y a su dificultad para desprenderse del hogar parental. En el marco de esta investigación no disponemos de los recursos para determinar con detalles qué ocurrió, aunque suponemos que el terapeuta, de algún modo, logró sobreponerse a los efectos resistenciales (recíprocos) de la seducción, reencontrarse con su marco teórico y su formación, hallar algún tipo de orientación para sus intervenciones, que pasaron a ser algo más acertadas y sintónicas con su propio repertorio de recursos, que también pretendimos inferir.

Estas conjeturas nos conducen a proponer nuevas líneas de investigación: por un lado, estudiar otros fragmentos de sesión en que se presentan entrampamientos clínicos como el aquí descrito y detectar las redundancias y diferencias; por otro lado, diseñar un nuevo área de trabajo, consistente en inferir el algoritmo de las intervenciones de un terapeuta, su árbol de decisiones clínicas, desde la perspectiva de sus procesos subjetivos, de los lenguajes del erotismo. En efecto, se ha sostenido que el terapeuta investiga durante las sesiones, que en su labor interviene el insight intuitivo; pero esta actividad posee una lógica interna, puede ser formalizada. Etchegoyen (2001), por ejemplo, se preguntaba cómo un terapeuta se autorrefuta durante las sesiones, y yo mismo me he referido a la abducción como lógica (Maldavsky, 2002b) con que opera el analista ante su paciente. Pero estas son hipótesis generales, mientras que los estudios concretos sobre los árboles de decisión del terapeuta en la sesión derivan más bien de las investigaciones realizadas sobre sus intervenciones específicas, que a su vez pueden ser agrupadas a partir del criterio de que un paciente le plantea el mismo problema a su subjetividad. Podremos estudiar entonces el repertorio de sus lenguajes del erotismo y de las diferentes ocasiones en que los emplea ante un problema clínico específico, cómo se reorienta y recupera su posición analítica.

El análisis de las frases nos aporta además otros rendimientos, sobre todo para detectar algunas defensas secundarias a la represión. En particular nos permite detectar la identificación que en las estructuras histéricas tiene tanta importancia. En este sentido son orientadoras especialmente las dramatizaciones, y su fracaso (a veces por una exceso desacordado) puede considerarse como un indicio de la falla de la defensa para tramitar un conflicto, sobre todo en relación con los celos y la envidia, en el lenguaje del erotismo fálico genital. Las tendencias elusivas en el discurso, las frases interrumpidas, los refranes, son expresiones de la eficacia de la proyección como forma del retorno de lo reprimido en el lenguaje del erotismo fálico uretral, que culmina en evitación. En cuanto a la aparición de las objeciones, de la tendencia a poner el contrario en la frase, son expresión de las formaciones reactivas en el lenguaje del erotismo sádico anal secundario, mientras que el aislamiento se evidencia en el énfasis en el orden y el establecimiento de jerarquías (por una parte, por otra parte, etc.), la anulación, en la negación de un aumentativo (no.. muy, no exageres, etc.), y, por fin, el control de la mente ajena, en las preguntas referidas a la atención, el pensamiento o el recuerdo del otro. Sin embargo, para detectar el carácter normal o patógeno de estas defensas es conveniente tomar además en cuenta el relato y las posiciones del narrador en las escenas que describe.

Estas precisiones respecto de las frases pueden resultan útiles sobre todo para complementar el análisis de las defensas en el nivel del relato, en particular la represión. Las neurosis obsesivas, en las que predomina el lenguaje del erotismo sádico anal secundario, son las que nos presentan las dificultades mayores, ya que, como lo destacó Liberman (1970), no es lo mismo que prevalezca el aislamiento a que predomine la anulación, y el momento de cambio de una defensa por otra constituye una ocasión oportuna para una intervención analítica. Pero también un terapeuta puede sustituir las frases que expresan un aislamiento funcional (como por ejemplo cuando detecta que el paciente padece la falta de orden impuesta por su madre) por las que expresan una anulación perturbadora (como cuando le dice al paciente que no se agobie, que el problema no es tan serio, sin que parezca necesario ni conveniente tal aserto).

También respecto de los otros lenguajes del erotismo (intrasomático, oral primario, sádico oral secundario, sádico anal primario) las estructuras-frase ponen en evidencia las defensas en juego, pero no si son normales o patógenas. Por ejemplo, la aparición de reflexiones metafísicas o del metalenguaje, así como una ausencia de inflexión tonal son indicio de una desmentida o inclusive una desestimación de la realidad y de la instancia paterna, pero no podemos decidir por este medio acerca de su carácter normal o patógeno. Tal decisión requiere que prestemos atención al relato, o a los procesos retóricos, o a ambos indicios. Además, las defensas suelen aparecer en bloque (una central y otras complementarias) en casi todas las estructuras clínicas, salvo las neurosis obsesivas, en las que puede darse un cambio de una defensa por otra, como ya lo indicamos. Por ello decimos que la investigación de las estructuras-frase es más útil para la investigación de la defensa cuando predominan las erogeneidades fálico genital, fálico uretral y sobre todo sádico anal secundaria.

Bibliografía

Bloomfield, L. (1933), <u>Language</u>, Nueva York, 1933.

Chomsky, N. (1965), <u>Aspects of the theory of syntax</u>, Cambrigde, Massachussets, 1965.

Ducrot, O. y Todorov, T.

(1972), <u>Diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje</u>, Siglo XXI editores, Buenos Aires, 1974.

Etchegoyen, R.H. (2001), "Algo más sobre el testeo del proceso clínico", Subjetividad y procesos cognitivos, 1.

Greimas, A. J. y Courtés, J.

(1979), <u>Semiótica. Diccionario razonado de la teoría del</u> lenguaje, Editorial Gredos, Madrid.

Hockett, C. (1958), A course in modern linguistic, Nueva York, 1958.

Irigaray, L. (1967), "Approche d'une grammaire d'énonciation de l'hystérique et de l'obsessionnel", <u>Langages</u>, 5, 1967.

Karcevskij, S. (1931), "Sur la phonologie de la phrase", <u>TCLP</u>, IV, 1931, pp. 189-190.

Liberman, D. (1970), <u>Lingüística, interacción comunicativa y proceso</u>
<u>psicoanalítico</u>, Buenos Aires, Galerna-Nueva Visión, 197172.

Lyons, J. (1971), <u>Introducción en la lingüística teórica,</u> Editorial Teide, Barcelona.

Maldavsky, D. (1997), <u>Sobre las ciencias de la subjetividad</u>, Buenos Aires, Nueva Visión, 1997.

(1998b), <u>Lenguajes del erotismo</u>, Buenos Aires, Nueva

Visión, 1999.

(1999), Lenguaje, pulsiones, defensas, Buenos Aires,

Nueva

Visión, 2000.

(2002a), Análisis computacional del lenguaje desde la

perspectiva psicoanalítica, inédito.

(2002b), "Investigación psicoanalítica: actividad institucional, epistemología, métodos", Revista de Psicoanálisis, 2.

Maldavsky, D., Bodni, O., Cusien, I., Lambersky de Widder, F., Roitman, C., Tamburi, E., Tarrab de Sucari, E., Tate de Stanley, C. y Truscello de Manson, M. (2000), Investigaciones en procesos psicoanalíticos.

Teoría y método: secuencias narrativas, Nueva Visión, 2001.

Martinet, A. (1960), Eléments de linguistique générale, Paris, 1960.

Todorov, T.(ed.) (1970), "Freud sur l'enonciation", <u>Langages</u>, 17, 1970.

Primera versión:23 de agosto de 2002

Aprobado: 25 de octubre de 2002

ANÁLISIS DE TEXTOS ASISTIDOS CON PROGRAMAS COMPUTACIONALES*

Martín Bauer**

David Maldavsky: El Dr. Martín Bauer dirige en LSE un seminario de metodología de la investigación cualitativa avanzada en psicología social, y ha escrito varios libros. Uno de ellos (Bauer MW & G Gaskell [2000] (eds) Qualitative researching with text, image and sound: a practical handbook, London, Sage), escrito con otros autores, está dedicado a la investigación cualitativa; es un texto de consulta, en el cual se advierte un esfuerzo por sintetizar muchos de los hallazgos recientes en el tema. Cuando expuse en su seminario mi método, sus comentarios me resultaron muy útiles. Martín va a exponer sobre las diferentes estrategias de empleo de la computadora en análisis del discurso.

Martín Bauer: Para nosotros (David y yo), que nos interesamos en el análisis de texto asistido por computadora, resulta evidente que la disciplina está floreciendo en cuanto a cantidades de técnicas. Si ustedes se conectasen, como lo hago yo, en un grupo de discusión por mail, se darían cuenta de que hay un anuncio cada semana de algún nuevo software. Es como estar en el mercado de la verdura: hay uno gritando tomates, otro también, otro dice: mis tomates son mejores, y hay que tener un buen ojo para ver cuál es el valor de cada uno. Una cosa es la perspectiva del marketing del producto, y otra la del consumidor, quien necesita tener una idea de lo que hay en el mercado y comparar las cosas. Yo les voy a presentar ahora algunas nuevas técnicas.

Comenzaré explorando brevemente la metodología cualitativa. Se da una controversia entre investigación cualitativa y cuantitativa. Como se suponía que la investigación cuantitativa es la investigación por excelencia, la investigación cualitativa tenía que venderse de alguna manera. Hay tradicionalmente una polémica entre los investigadores cuantitativos y los cualitativos. Los cuantitativos dicen que los cualitativos cuentan anécdotas y que presentan pobres evidencias en sus investigaciones. Y los cualitativos dicen que los cuantitativos usan un positivismo obsoleto y que están a la saga de los tiempos. En nuestro libro tratamos de analizar estas posiciones y de demostrar que la polémica no lleva a nada y que hay otras cosas por considerar. Siguiendo la típica tradición inglesa, estamos tratando de evitar los oscurecimientos epistemológicos, teóricos, y nos concentramos en los aspectos pragmáticos: cómo hacer las cosas bien. Desde esta perspectiva pragmática tenemos que concentrarnos en qué es lo que hay que hacer, en las indicaciones, cómo hay que juntar material, si hay que hacer encuestas, entrevistas. Hay una lista de cosas por hacer. En el libro van a encontrar todo esto. Tenemos una clase de actividades que implican técnicas cualitativas. La cuestión es determinar qué actividad sirve para qué propósito. Entonces podemos hacer un análisis de texto, un análisis de imagen, u otros tipos de análisis. La cuestión es determinar para qué lo vamos a hacer, el propósito, y después cómo lo vamos a hacer. Un paso ulterior podría ser determinar cómo hacer un buen análisis del discurso o un buen análisis de entrevista narrativa.

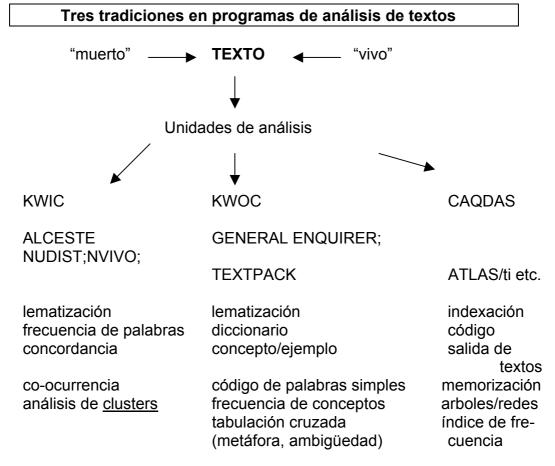
٠

^{**} London School of Economics E-mail: M.Bauer@lse.ac.uk

El problema es evaluar los criterios. Entonces tenemos los indicadores de calidad de la investigación. El primer problema con el cual tropezamos es que los criterios tradicionales para la investigación cuantitativa: confiabilidad, validez y repetibilidad, no son funcionales, no son válidos para la investigación cualitativa. Así que buscamos criterios alternativos. Creo que en este sentido la cuestión básica es que la investigación cualitativa tiene que ser transparente y responsable en cuanto al público. La investigación tiene que ser cuestionable y tiene que comprobarse ante el público que la recibe, es decir otros investigadores. En este sentido, comparo este criterio con el concepto de transparencia y responsabilidad pública en otros ámbitos. Nuestros criterios de evaluación difieren de los criterios tradicionales de confiabilidad, validez y repetibilidad.

En este sentido, la computadora saca a la técnica de análisis de los datos de la dependencia de un intérprete genial y la sustituye por un nivel más transparente para el público que recibe esta información. Su actividad es de alguna manera estandarizable, la máquina no es una persona que hace tales operaciones. Así, tenemos en la computadora un documento que puede ser cualquier tipo de texto, puede ser una poesía, puede ser un artículo del diario, puede ser cualquier cosa que esté expresada en palabras. En cuanto a la relación entre el texto y su intérprete, el resultado es otro texto. La cuestión es cómo se produce esto y si no se analiza la transparencia de este proceso, tradicionalmente se da una relación de autoridad. Ciertos intérpretes tienen permiso de decir las cosas correctas y de aquí surge una ideología. En cambio, en ciencia tenemos propósitos más mundanos, tenemos la computadora y tenemos otros obstáculos. Con la computadora uno no está solo, tiene al diseñador del software, que de alguna manera transmite ciertas ideas sobre cómo organizar las cosas, y el resultado es un texto, pero con orígenes más complejos. Sabemos que pasar de un texto a otro es un terreno resbaladizo, porque hay que introducir, para que esto no sea un "vale todo", ciertas restricciones. Estas reglamentan el paso del texto original al texto interpretado. El problema en este momento es que, como están saliendo muchos paquetes de computación nuevos, si uno no es un profesional especializado, pierde de vista la diferencia entre lo que es bueno y lo que no lo es. Les voy a mostrar tres tipos de paquetes de computación que representan tres diferentes filosofías.

Gráfico 1



Esto es lo que pasaba antes de la computadora (Gráfico 2). ¿Qué hacíamos con los textos para entenderlos? Los alumnos aprenden esto (1, en Gráfico 2) en primer año como lo básico. El otro polo (2, en Gráfico 2) es la interpretación de textos por una <u>elite</u>. Creo que la mayoría de los paquetes de computación tratan de emular estas dos vertientes.

Gráfico 2 Qué hacemos tradicionalmente con los textos:

1)

- clasificarlos e indexarlos (biblioteca)
- marcarlos, subrayarlos
- tomar notas
- anotaciones en los márgenes
- resumirlos en tarjetas
- cortar y pegar partes de textos
- archivar tarjetas en cierto orden

2)

- contar palabras
- caracterizar el vocabulario
- sinopsis (Biblia)

- concordancia (Biblia)
- índice

Primero uno hace una tarjetita y después la clasifica. Lo principal en esto es poner una etiqueta para poder encontrar de vuelta el material. El próximo paso es marcar y subrayar, es decir, reducimos el texto a las cosas importantes y las secundarias. Todos sabemos que se usan diferentes colores o métodos para distinguir los niveles de importancia o las temáticas. Otro método es tomar apuntes y hacer un resumen. También están las notas al margen, los bibliotecarios odian esto, a menos que haya sido una persona famosa quien lo hizo, porque si es así realizan una exposición con los libros indebidamente marcados por aquella persona. En la universidad de Berna hicieron una exposición con las notas al margen de Lenin; supongo que habrán elegido todos los libros que él sacó de la biblioteca y concluyeron que las notas eran de él. Otra técnica es cortar y pegar, otra es archivar las tarjetas. Además, pueden contar las palabras, o diferentes tipos de palabras. Por ejemplo, en un seminario sobre la teoría marxista-leninista estaban discutiendo el concepto de dictadura del proletariado, y un ovente dijo: no se preocupen tanto por eso, ya que en los veinticuatro tomos Marx se refiere al tema sólo seis veces. Así que puede realizarse un estudio sobre la significancia. Se puede caracterizar el vocabulario en cuanto a las palabras diferentes que posea. Se pueden organizar sinopsis, diferentes versiones de la misma historia que se colocan en columnas comparativas. En la técnica de la concordancia, que se usa en la Biblia, se toma una palabra y se buscan todos los contextos en los que aparece y se los compara. Esto es para recordarles que no hay nada de misterio en la cuestión de la metodología de la organización del material. En esta perspectiva entra la computadora. Primero nos ayuda a construir los datos, por ejemplo el escaneo del material. El escaneo es laborioso, pero está cada vez mejor hecho v resulta más barato. También se puede encontrar el material en formato de archivos computarizados. Ahora hay enormes bases de datos públicos que están emergiendo, no sé si ustedes conocen Lexis y Nexis. Creo que Lexis es para los abogados, es una colección de leyes. Pero ahora hay también diarios on line. En Gran Bretaña consigo todos los diarios desde los '80 en forma computarizada, así que si quiero analizar un tema en particular, puedo buscar en el Daily Telegraph y me dan todos los artículos que han aparecido desde los '80, y voy a la base central, no al diario en sí, y puedo comparar textos. Otros materiales son transcripciones de grabaciones, entrevistas, conferencias.

Los paquetes de computación tienen estos tipos de procesos: codificación, indexación, lematización, análisis de redes, que es una graficación de interconexiones e interrelaciones, y análisis que son más tradicionalmente estadísticos: frecuencias y asociaciones. Cada paquete reproduce diferentes tipos de graficaciones o representaciones gráficas de contenidos, y en este punto es donde hay mayores progresos. Este es el núcleo de mi conferencia, es lo que yo llamaría la geografía o topología del análisis computarizado. Estos son los diferentes tipos de progresos que se produjeron en cuanto a análisis de textos. Podemos distinguir entre tres alternativas y tipos de programas. Uno se llama "palabra clave en contexto" (KWIC: key word in context), el otro "palabra clave fuera de contexto" (KWOC: key word out of context), y el tercero, análisis de datos cualitativos asistidos por computadora (CAQDAS: computer assisted qualitative data analysis software). Estas son las marcas registradas de los

paquetes de computación. Alceste tiene una versión anterior que se llama Spat. Entre los KWOC se encuentra el programa del ADL (Algoritmo David Liberman). Voy a referirme a algunas características de estos paquetes. La cuestión es cuánto les puedo decir y si lo podemos llegar a discutir.

El KWOC es un proyecto histórico, que creó mucho entusiasmo en los '60. Un grupo de gente se juntó para tratar de resolver cómo la computadora puede eliminar el problema de interpretación, cómo hacerla confiable eliminando básicamente al intérprete. El problema ha sido la confiabilidad, porque los codificadores no pueden ponerse de acuerdo entre sí. Voy a ser un poco polémico, si me lo permiten. Había una esperanza de llegar al verdadero texto eliminando el problema de la confiabilidad. El diccionario tiene una estructura básica de conceptos y ejemplos, está formado por muchos conceptos, y cada concepto tiene varios ejemplos. El problema es reducir las palabras de un texto a una cantidad de conceptos, cada uno de los cuales tiene ejemplos. Todo texto tiene una distribución: algunas palabras tienen una incidencia muy alta y otras aparecen muy pocas veces. La idea es contraer esto para tener pocos conceptos con una distribución más interesante. Es una especie de truco mágico, pero puede ayudar al proceso de interpretación. Un problema es que el idioma está constituido por palabras con diferentes tipos de significados. Gramaticalmente, cada verbo tiene una versión en pasado, en futuro, en condicional, etc.; y los sustantivos pueden ser plurales, singulares. masculinos, femeninos. La lematización los reduce a su núcleo, se deshace de este problema. Se empieza con una primera reducción del material con la lematización, todas las variantes gramaticales se reducen a lo mismo. A los lingüistas les encanta hacer este tipo de paquete, y no hace falta que lo construya uno mismo como investigador, sino que se usa lo que hacen los lingüistas. Esto es sencillo para los idiomas latinos, pero no para el alemán, y creo que para el finlandés es aún más complejo. Porque el alemán es un idioma aglutinativo, una palabra tiene dos significados incorporados, aglutinados, pegados, y la computadora no puede identificar esas dos palabras contenidas en un único término. Así que si uno quiere usar una "palabra clave fuera de contexto", un problema es qué tipo de idioma se está usando. Además, se hacen diccionarios para un propósito en particular o para un propósito en general. Por ejemplo, el Algoritmo David Liberman (ADL) es un diccionario español, y el principio quía son los conceptos psicoanalíticos. Un diccionario muy alabado es el diccionario de valores de Harvard, que está basado en conceptos de valores, morales o éticos. ¿Y qué se logra con este análisis de frecuencias y tabulaciones?. El diccionario tiene los conceptos y ustedes recorren el texto y consiguen distribuciones de esos conceptos. Entonces se encuentra la frecuencia relativa de cada concepto. Y en este marco se pueden hacer muchos tipos de comparaciones, porque se puede aplicar a diferentes textos. Por ejemplo, pueden estudiarse diferentes diarios y comparar la frecuencia de conceptos en dos de ellos. También pueden estudiarse diarios personales, por ejemplo los conceptos prevalecientes en cada persona. Entonces se puede hacer una tabulación cruzada, con una frecuencia doble en vez de simple. Después se realiza un análisis estadístico. Con posterioridad a esta época inicial, se desinfló el entusiasmo por este tipo de análisis, pero en este momento hay un revival, está volviendo a popularizarse porque existen muchos textos disponibles en computadora, v esto despertó el interés por cualquier tipo de análisis. El cuello de botella no aparece ya en el material (en los '60 imagínense que había que tipear primero los textos), sino en el análisis en sí. El problema que quitó entusiasmo a esta metodología es que el ejemplo siempre tiene que corresponder a un solo concepto. Si un ejemplo corresponde a concepto 2 no puede corresponder también a concepto 1. Esto va en contra de un principio lingüístico, que es que las palabras tienen múltiples significados. La computadora no identifica las palabras que tienen las mismas letras y en el mismo orden, y que se puede colocar bajo concepto 2 o concepto 1; hay que colocarlas en un solo lugar. Además, el contexto puede prestar ambigüedad a la palabra, por ejemplo, un verbo puede tener diferente significado. Además, está el uso retórico del lenguaje. Una metáfora es una palabra que está ligada a un concepto y uno adrede la coloca en la esfera de otro concepto.

Un primer paquete, el *General Enquirer*, es para uso macro y otro, el *Textpack*, es para PC. El Algoritmo David Liberman (ADL) está disponible para PC. El problema de esta serie de métodos es que va en contra de los principios lingüísticos. El progreso está surgiendo en los trabajos con el problema de la ambigüedad, mucha gente está trabajando en esto. También se ha aceptado que, si es posible clasificar el noventa por ciento de las palabras, esto es suficiente. El programa tipo "palabra clave fuera de contexto" pretende identificar palabras singulares, apilándolas para formar frecuencias, y al comparar estas frecuencias se pueden comparar los discursos o diferentes distribuciones de frecuencias, lo cual constituye una entrada al análisis muy fértil.

Creo que el SPSS ha introducido un nuevo módulo que se llama "texto inteligente" (<u>smart text</u>), que permite construir un diccionario, aplicado principalmente a las preguntas abiertas en las encuestas. David, ¿qué opinas de mis comentarios?.

David Maldavsky: La descripción que hiciste me parece correcta, los problemas metodológicos que planteas me parecen muy pertinentes, especialmente el de que cada palabra tiene un único valor, y no se la puede conectar con dos o tres conceptos. Eso llevó a pensar que una palabra = 1, siempre vale 1 para la computadora. Nosotros hemos intentado resolver ese problema por otro camino. La cuestión de la ambigüedad y de la metáfora es una de las que más nos interesa dentro de nuestro terreno, el psicoanálisis. Nuestros avances apuntan en esa dirección, a resolver los problemas de la ambigüedad dando a cada palabra más de un valor, o sea la ubicamos en más de un concepto, con más de una significación erógena. Además, nuestro programa tiene dos alternativas de uso: por un lado podemos trabajar en forma automática y en ese caso es KWOC, pero también podemos emplearlo en forma interactiva. Entonces el que está trabajando con él tiene la posibilidad de decidir entre varias significaciones de la misma palabra. El programa le pregunta al usuario qué valor le da a un término entre varias alternativas que le propone, y el usuario toma la decisión considerando a cada palabra en su contexto.

Martín Bauer: Ya veo. Has hecho un desarrollo en términos de interactividad. Bien, ahora hablaré acerca de KWIC. Voy a hablarles de Alceste porque es el que conozco. Es un desarrollo francés, el estadístico que lo creó es un psicoanalista, el nombre del programa es de origen lacaniano. Este hombre está interesado en el problema de la asociación, cree que la esencia del

significado es la asociación entre ejemplos semánticos. Sus primeros análisis fueron de poesía de los simbolistas del Siglo XIX, donde lo onírico es significativo. ¿Qué hace el Alceste?. Empieza con la lematización, se desprende del bagaje lingüístico, reduce la frecuencia de las palabras, quita las variantes gramaticales. Agregando un poco de dinero, entregan el instrumento con el programa de lematización para todos los idiomas latinos. Se inserta el texto, lo procesa, y sale lematizado. Algunos colegas en un proyecto de biotecnología lo usaron para las entrevistas, y los alemanes construyeron, como líderes del proyecto, su propia lematización, y los finlandeses ni siguiera participaron en eso, se autoexcluyeron porque era imposible lematizar el finlandés. Así que este paquete de software también es una aparato para excluir. Después de la lematización, el vocabulario tiene otro aspecto: corta los extremos y mantiene las palabras de frecuencia media. Es en esta franja en la que uno trabaja. Estas palabras tendrán una distribución casi igual. La sugerencia lacaniana de que hay que buscar las asociaciones se traduce en un análisis estadístico de co-ocurrencia. Por ejemplo, tenemos las palabras "a", "b", y "c", el algoritmo chequea cuántas veces la palabra "a" está cerca de "b". La asociación es puramente espacial, por proximidad. En el texto el programa tiene una unidad de asociación, se puede especificar la cantidad de líneas que abarca este parámetro. Se le pregunta a la computadora si la palabra "a" esta cerca de "b" en una línea, en dos, en tres, o en cuatro. Por supuesto, la probabilidad de co-ocurrencia es mayor cuanto más líneas se incluyen. Primero se analizan las ocurrencias nucleares y después se hace un análisis de concordancias comparando a aquellas. Algunas palabras pueden estar en el medio, lo cual significa que pueden ocurrir en cualquier lado. Lo interesante del texto es que se marca, se le da un nombre, se lo caracteriza, y el resultado es que se identifican los textos y las palabras que son más frecuentes en cada uno. Podemos conjeturar que quizá el autor de Alceste analizó los textos de Nerval y encontró que en el primer período, en el segundo, y en el tercero, predominaron diferentes simbolismos. La computadora da las agrupaciones y uno interpreta que cada agrupación se dio en un diferente período. Esto puede referirse a diferentes personas, diferentes tipos de textos, o diferentes tipos de diarios. Yo lo usé en este último tipo de investigación. Es una cuestión de suerte empírica que la computadora pueda agrupar claramente diferencias semánticas y que esto se advierta. Una vez mis colegas me mandaron algunos documentos y accidentalmente los metí en este software de análisis y conseguí cinco agrupaciones diferentes, estaba anonadado, era un cuadro divino. Si me hubiera fijado mejor, hubiera visto que la primera agrupación era texto en inglés, y las otras no. Eran cinco idiomas diferentes en total, y estaban bien agrupados, así que funcionó. Puede haber dos razones por las que obtuve un buen cuadro: primero, porque la estructura semántica del texto era así, v segundo, porque uno puede hacer malabarismos con esta orden en cuanto a las unidades de texto. Se puede testear la robustez del instrumento cambiando las unidades. Si se toma una línea, cinco, diez, veinte, y se obtienen diferentes cuadros, esto es una indicación de la robustez del análisis. Alceste tiene otro rasgo interesante y útil, que es la función de concordancia. Se puede usar la concordancia para una palabra, y la computadora dará todos los contextos en los que esta aparece, o se la puede usar para el análisis de agrupaciones. El análisis de concordancia con los contextos diferentes de la palabra singular es un análisis muy sutil de los diferentes significados de un único término.

95

Les voy a hablar ahora de los últimos y más recientes paquetes CAQDAS (NUDIST, ATLAS/ti, etc.). Tales paquetes permiten ofrecer opciones: o se puede hacer una descripción cualitativa del texto, o se puede usar la descripción y el análisis cuantitativo. El resultado es un clásico análisis de contenido con codificación, como siempre. Estos softwares tienen una función de indexación. Tenemos uno, dos, o tres textos, se identifica cierta parte de cada texto como correspondiendo a algo en particular. Lo interesante es que se trabaja con la codificación del texto, y se puede buscar, a partir del código otro texto con esa misma clasificación. Después se pueden crear jerarquías de temáticas. Por ejemplo, los textos pueden ser entrevistas, y uno de los temas puede ser familia (código 1, familia); después uno descubre que se dicen diferentes cosas en relación con la familia, y entonces esos ítems son código 1.1, código 1.2, y esto puede seguir hasta donde se necesite seguir. Tenemos así una función "memo", es una especie de diario personal sobre el proceso de la interpretación, el proceso de pensamiento acerca de lo que se está haciendo. Se puede abrir un memo en cualquier momento y decir: este código corresponde a este texto, o viceversa. ¿Por qué uno piensa que es así?. En el curso de un año de trabajar con estos textos uno puede ver que hay una producción de textos del propio pensamiento acerca del trabajo, y esto es expresión del trabajo en progreso. En otras palabras, se puede documentar cómo el pensamiento de uno ha cambiado a través del proceso.

Estos paquetes trabajan con la relación entre código y texto. La utilidad de esto es que siempre se puede volver a encontrar el texto que se clasificó, se puede recuperar el texto donde se hizo esta clasificación. Entonces se pueden crear varios grupos de archivos para averiguar de qué habla la gente cuando habla de familia o de ese subtema dentro del tema familia. Y siempre se sabe de quién, de qué persona surge este texto. Así que, al profundizar la investigación de la indexación, uno puede descubrir qué tienen en común las personas que hablan de estos temas, si hay diferentes textos de la misma persona a través de un tiempo determinado, etc. Nunca se pierde esta conexión entre texto y código. Hablar de código implica que se pierde interés en la conexión con el texto original y sólo tiene uno interés en la frecuencia de ese código o índice. Así que al tener estos códigos, siempre existe la posibilidad de contar con un resultado de la frecuencia de estos códigos. Entonces se pueden comparar las frecuencias de códigos en dos personas, o en dos grupos de personas, o es posible quedarse ¡con la representación gráfica del contenido. Se puede identificar que una persona en particular opera básicamente de una manera, y no de otra, se puede disponer de una representación gráfica de un material de texto. Esto es lo que hacen estos software. Un software permite identificar lo típico de un código. Por ejemplo, en dos textos que se refieren al mismo código uno puede tener una referencia típica y el otro, una marginal. Entonces uno le da un peso: el típico sería 1, y el otro 0,6. Entonces, cuando uno está luchando para escribir un informe, uno puede hacer que la computadora le busque sólo los códigos típicos o de peso.

Respecto de los tipos de programas, durante mucho tiempo NUDIST y ATLAS fueron grandes competidores. Un colega caracterizó al paquete NUDIST como un paquete protestante y al paquete ATLAS como católico. En el NUDIST no se puede hacer una referencia al código sin referirse al texto. ATLAS permite especular sobre cosas posibles en el mundo de los códigos, sobre cosas que no existen pero que son posibles, y se puede volver al texto a

la búsqueda de esas cosas. La idea es que hay otras fuentes aparte de las Sagradas Escrituras para las descripciones, pero esto es sólo un chiste.

Estas son las tres filosofías de los tres tipo de paquetes de software, y me parece que es útil tratar de organizar toda la proliferación de programas que se ofrecen para ver en cuál de estas tres categorías los ubicamos. Es importante saber qué ofrecen estos paquetes en términos de análisis de texto, y la importancia que tienen es que aumentan la transparencia del análisis cualitativo. Esta es la contribución al proceso de investigación. Quisiera que ustedes me pregunten sobre lo que acabo de exponer.

Público 1: Pensaba en algo absurdo: la posibilidad de integrar la recepción del texto con el análisis del texto mismo, en analizar también el texto producido.

Martín Bauer: Habitualmente el investigador es el público, pero se podría tener un texto y después un público que habla acerca de ese texto, lo cual se utilizaría como datos para hacer después el análisis. Creo que nunca se hizo un análisis así hasta ahora, pero es una idea interesante. Se han analizado las reacciones de un auditorio, pero no creo que se hayan usado estos análisis. Si se considera al texto como estímulo, y se clasifican las reacciones de las personas a ese texto haciendo las asociaciones, después puede hacerse un análisis de las agrupaciones para ver las características de las reacciones a ese texto.

Público 2:¿Cómo se podría investigar la producción de un tema cuando no se nombra la palabra?. Por ejemplo, un manipulador induce a que la otra persona haga o diga cosas sin decirlas.

Martín Bauer: Este caso requiere de otros datos aparte del texto. Siempre tomo el camino católico, me gusta saber lo que está ausente. Esto puede ser útil en este caso, es muy interesante lo que falta de un discurso.

Público 3: Su presentación me parece muy interesante y abre una perspectiva para pensar muchas cosas. Pensaba que un texto incluye palabras, silencios, pensamientos, afectos, apela al otro, produce un efecto en el otro. Un texto es riquísimo. Esto nos da una perspectiva para apoyarnos en algunos de estos puntos. Lo que no sé es en qué lugar está puesto el que escucha en esta investigación. A mí me surgieron dos recuerdos. Uno es la película 2001, Odisea del espacio: la computadora fue programada con un secreto; el otro recuerdo es que pocos años atrás, en un viaje espacial que salió de Estados Unidos, el programa que se usaba había sido hecho en Inglaterra, con un sistema de medidas que no era el que estaban usando en Estados Unidos. Los científicos no se dieron cuenta de esto, lo cual dio lugar a un resultado totalmente absurdo.

Martín Bauer: Déjeme decirle primero una cosa. No consideren estos softwares como la solución. Hay cuestiones, rasgos de la comunicación que usted puede perder de vista completamente. Siempre empiezo hablando de la reducción y el aumento de la complejidad. La mayoría de estos paquetes que les describí tienen la idea de embudo, de reducir una gran cantidad de material

en poco, pero la complejidad del lenguaje implica que una cosita puede significar cientos de cosas. Así que estas reducciones me parecen que son bastantes elementales. Yo no trabajo con el psicoanálisis, pero sé que hay un montón de gente que trabaja con estos parámetros para tratar de analizar el proceso psicoanalítico. Mergenthaler, por ejemplo, está trabajando con el elemento afectivo, pero tiene que usar otros enfoques, por ejemplo está usando sufijos, conectores, medidas automáticas, etc., para ver cómo cambian a través de un proceso analítico y crear indicadores de mejoría.

David Maldavsky: Quería hacer algunos comentarios. Se pueden combinar métodos. Por ejemplo, Lahlou recurrió al Alceste para estudiar la representación social de la comida. Comparo una serie de respuestas a preguntas que les hizo a un gran número de personas sobre qué significa una buena comida. Los entrevistados tenían que dar cinco palabras como respuesta. Entonces comparó los resultados de esas respuestas con el Petit Robert, realizó agrupamientos, clusters. Lahlou tiene formación psicoanalítica, así que estableció algunas relaciones entre sus descripciones y la teoría de la libido. Sobre el resultado de la aplicación de su métodos, a mi vez, yo apliqué el mío. Respecto de la investigación sobre las relaciones entre uno que habla y otro que responde, deseo destacar que nosotros hicimos ese tipo de estudio, entre lo que dice el terapeuta y lo que dice el paciente. En psicoanálisis, Liberman afirma que existen respuestas más pertinentes del terapeuta, según cuál sea el estilo del paciente. Nosotros hicimos ese tipo de análisis, comparando las relaciones entre terapeuta y paciente. Por supuesto, existen muchas otras alternativas para la investigación, y me interesa que ustedes se sensibilicen respecto de ello. Las observaciones que hicieron acerca de las limitaciones del programa son atinadas; por ejemplo, la computadora no logra diferenciar entre la frase "quisiera no comer tanto, pero..." y la frase "pero no quisiera comer tanto". Entonces, como lo planteaba Martín, es necesario combinar el análisis computacional con otros, por ejemplo un análisis de las frases y del relato. Aun así, el análisis computarizado tiene muchas utilidades, según el marco global en que se lo emplea.

Público 4: Dos preguntas: ¿Se pueden bajar alguno de estos tipos de programas por Internet? ¿Puede hacer algún comentario sobre la predictibilidad del desarrollo de este área, teniendo en cuenta lo que sucede hoy en día con la tecnología?

Martín Bauer: Si tengo que predecir el futuro, diría que el SPSS se va a tragar en diez años a los demás programas, ya que es una combinación de análisis, de factores, etc., Todos los tipos de análisis están incluidos (KWIC, KWOC, CAQDAS). La cuestión es quién lo va a hacer. Estábamos preocupados por NUDIST, que sale de Australia e hizo muy buen marketing. A veces ocurre que el software no es tan bueno, pero gana mercado por el marketing. Yo tengo que esforzarme para que se use el ATLAS, porque el NUDIST se hizo una especie de idioma o lenguaje y los usuarios no quieren aceptar otro. La producción de softwares es una industria casera por ahora. Mi interés no es vender ninguno, sino mantener una idea clara de lo que hace cada uno y elegir el más apropiado. Quisiera que el Algoritmo David Liberman (ADL) estuviera disponible para poder compararlo con otros instrumentos.

Público 5: En el último ejemplo que dieron sobre la obtención de racimos o <u>clusters</u>, ¿qué hallazgos obtuvieron, por ejemplo, en el caso de la comida?. ¿Con qué asociaron los <u>clusters</u> en el nivel de otras variables culturales, demográficas, estilo de pensamiento?

Martín Bauer: El soft hace eso. Si usted marca el texto, por ejemplo, en el caso de la comida, Lahlou pudo identificar cuál grupo social está identificado con cuál racimo, o cuál combinatoria de racimos. Se podría repetir el análisis: un estudiante mío lo hizo en Colombia, y se puede comparar la estructura. Se encuentra lo universal en este discurso sobre la comida y, además, se destacan variantes culturales. Lahlou se fijó en el diccionario, en el Petit Robert. Los diccionarios tienen la característica de que salen nuevas ediciones cada tanto, así que son depósitos de desarrollo cultural. No sé si lo va a hacer, pero podría volver a una edición antigua del diccionario, por ejemplo de 1890, y comparar con el diccionario actual; se pueden comparar dos análisis de racimo y ver dónde son diferentes. La metodología permite comparar diferentes rasgos, pero la decisión en cuanto a qué comparar está fuera de la metodología, es anterior, conceptual.

David Maldavsky: Creo que la pregunta tiene que ver con el aprovechamiento de los datos. Es diferente cuando uno trabaja con el Alceste. que es un sistema a-categorial, no tiene categorías previas y reúne lo que aparece, y cuando recurre a un diccionario. Los diccionarios necesitan de una discusión categorial previa acerca de los conceptos que uno cree importantes, con los cuales va a armar los conjuntos de palabras contenidos en la base de datos, y a partir de ahí va a estudiar el texto, Los diccionarios funcionan así, hay una serie de conceptos, y hay términos que representan a esos conceptos. Entonces uno se puede preguntar cómo se crean los conceptos, que son aquello que va a buscar en un texto determinado. Por ejemplo, Mergenthaler se apoya en ciertos argumentos para sostener que lo fundamental es detectar estados afectivos, abstracción, etc. Trata de detectar eso en un texto, y crea diccionarios para ello. Yo, que vengo del psicoanálisis, parto de otras preguntas, que definen a los conceptos con los cuales voy a armar las bases de datos. Yo me pregunto por las erogeneidades. Martín llama a esto el pansexualismo de mi teoría. Ese es mi sistema categorial, que tiene importancia cuando uno piensa en términos de un sistema hipotético deductivo. El Alceste, en cambio, no tiene ninguna hipótesis previa con la cual va a la búsqueda de los datos. Sin embargo, ambos instrumentos se pueden combinar. Se abren varias alternativas en la investigación concreta, y pueden alcanzarse resultados muy económicos en tiempo y esfuerzo.

Martín Bauer: Lo que muchas veces se siente como la mística de un software es en realidad la lenta progresión de encuentro de información o datos. Por ejemplo, se puede testear metodológicamente cuál es el software más eficiente, porque el tiempo es dinero en estas cosas. Esto se ha hecho con las encuestas, se pueden pasar al NUDIST y ver en mil preguntas cuál es el software que las procesa más rápidamente. Por ejemplo, teníamos una pregunta: ¿con qué asocia la palabra ingeniería genética?. El resultado fue muy interesante, estudiamos con NUDIST y Alceste, y este último llegó a las

mismas conclusiones que los contestadores o lectores. Si saben usar bien el software lo pueden hacer en dos o tres horas, pero con el NUDIST para este proceso se puede necesitar tres días. Por ejemplo, la concordancia es el trabajo de toda una vida, y en la computadora tarda tres segundos.

SOBRE LA SIGNIFICACIÓN DEL CAMPO INTERSUBJETIVO EN LA PSICOTERAPIA

Cord Benecke, Jörg Merten y Rainer Krause*

Resumen:

En una díada terapéutica diferenciamos dos campos de la intersubjetividad. Por un lado, se halla la intersubjetividad del suceder vincular inmediato entre paciente y terapeuta, sudece que define el comportamiento vincular de la configuración resultante entre ambos en el aquí y ahora. Por otro lado, se puede hablar de intersubjetividad en sentido de un mundo mental compartido por ambos. Según cuál sea el campo vincular, los mismos modos de comportamiento tendrán diferentes significaciones para la relación terapéutica, y aportarán su calidad de manera diversa. Partiendo de datos de estudios transversales y longitudinales de la mímica afectiva, de los contenidos expresados y del vivenciar afectivo interno subjetivo del paciente y del terapeuta, se intenta describir estos campos intersubjetivos. Al comportamiento afectivo no verbal, en especial de los terapeutas, se le atribuye una significación especial para la conformación de campos intersubjetivos beneficiosos. El contexto del contenido idiomático contribuirá a la interpretación funcional de las señales mímicas afectivas. Por ello se diferencia entre la función de las señales interactivas y objetales. Puede mostrarse que en los tratamientos exitosos aparece un movimiento en dirección a la función objetal de las señales mímicas afectivas negativas, lo cual puede ser comprendido como inferencia cognitiva afectiva con respecto del campo intersubjetivo psíquico.

Palabras claves

Mímica afectiva – campo intersubjetivo – vinculo terapéutico

Summary

Inside a therapeutic dual relationship we differenciate two fields of intersubjectivity. On one side, we found the intersubjectivity of the immediate relationship between patient and therapist, which defines the linking behavior in the here and now configuration. On the other side, we can talk about intersubjectivity with the meaning of a mental world shared by both of them. Depending on the linking field, the same ways of behavior will have different meanings for the therapeutic relationship, and will bring their quality in different forms.

Starting with data obtained from transversal and longitudinal studies, about affective mimic, expressed matters and the internal subjective and affective feelings of the patient and therapist, we try to describe this intesubjective fields. We give a special meaning to the non verbal/affective behavior, specially of the therapists, in order to achieve benefic intersubjective fields. The idiomatic context will contribute to the functional interpretation of mimic affective signals. That is why we differenciate between interactive signal

Universidad de Sarre. E-mail: r.krause@mx.uni-saarland.de

101

functions and objectal ones. We can show that in succeded treatments appears a movement in the direction to the objectal function of the negative mimic affective signals, which can be understood as an affective cognitive inference about the intersubjective psychic field.

Key words

affective mimic - intersubjective field - therapeutic relationship

Si nos referimos a la literatura empírica orientada a la investigación de la psicoterapia, observaremos que uno de los resultados más comprobables, es que además de la técnica específica de tratamiento de los trastornos, es importante el vínculo entre el terapeuta y el paciente. Dicho vínculo es también decisivo para la obtención del éxito en el tratamiento. La premisa de que esa cualidad tiene relación con el comportamiento interactivo observable de ambos protagonistas, encuentra consenso (Orlinsky, Grawe & Parks 1994, Rudolf 1991). Con esta opinión compartida se agota la comunión pues, aun dentro de cada línea terapéutica, muchos interrogantes generan controversias. Dos de ellas servirán de introducción en nuestra materia.

1) La relación entre vínculo y técnica

Es muy discutido qué diferencia un buen vínculo en el campo de la psicoterapia de otros buenos vínculos no caracterizados como terapéuticos. Se puede opinar que el vínculo terapéutico no tiene ninguna característica específica diferencial con respecto a otros vínculos cotidianos; lo terapéutico sería la técnica de tratamiento que se monta en cierta medida sobre este vínculo, y que de este modo lo torna sostenible. Quienes mantienen esta concepción se encuentran en primer término dentro de las terapias conductistas, en forma pura en el caso de Fielder (1997), con su plan de tratamiento específico de los trastornos, con un abordaje psicoeducativo que se considera cercano al pedagógico. Lógicamente, el vínculo juega aquí, como en la pedagogía, un rol muy central, pero también se puede decir que el elemento relevante es la identificación con el docente/terapeuta. Dentro del psicoanálisis quienes mantienen esta misma concepción se encuentran en diferentes grupos, por ejemplo los que conceptualizan el vínculo como alianza laboral, que se puede observar como una base inespecífica para la verdadera técnica. Otros grupos sostienen que este concepto es totalmente irrelevante, o quizás periudicial: dentro de esta concepción de la técnica, generalmente ortodoxa, el vínculo no es tomado como parámetro (Hamilton 1996). Otros investigadores y terapeutas conductistas y psicoanalistas (Grawe 1997, Krause 1997) opinan que el vínculo terapéutico en sí no sólo es inespecífico sino que, más allá de esto, posee una significación curativa, la cual supera el establecimiento de las bases para la técnica del tratamiento. A menudo es el estilo del paciente lo que determina qué tipo de técnica e intervención es posible y beneficiosa. La psicoterapia interaccional psicoanalítica (Heigl, Evers y Ott, 1993) tendría efecto, por ejemplo, sólo en el marco de un estilo de vínculo que en ámbitos amplios requeriría de técnicas diferentes de la psicoterapia psicoanalítica. En la terapia conductista se obtendrían efectos en el tratamiento de las fobias por exposición al estímulo, sólo con aquellos pacientes que requieren de un vínculo de dependencia (Grawe 1998).

102

Tal indicación diferencial dentro de un proceso, implica el conocimiento previo de los modelos vinculares dominantes de los pacientes. En el campo psicoanalítico se demostró como valiosa una tipología capaz de diferenciar vínculos según si pueden o no configurar funciones autorreflexivas (Krause 1997; Fonagy, Target, Steele y Steele 1998). De este modo se excluye la psicoterapia interaccional psicoanalítica de aquellos vínculos en los que domina la carencia de esta capacidad interna. Las técnicas entendidas en "respuesta auténtica" "clarificación de afectos" sólo son eficaces en este marco. Ellas deben generar asombro y curiosidad frente a eso "otro" extraño al psiguismo. Estos sentimientos sirven como fundamento para lograr la tolerancia psíquica frente a un tercero distinto, en este caso el terapeuta. La introvección de las funciones de este tercero distinto y beneficioso constituye la base para el desarrollo de procesos autorreflexivos. La mayoría de los pasos del tratamiento en este marco vincular debe verse como una forma de postmaduración, la que requiere ser repetida muchas veces antes de que pueda producir efectos duraderos. Ellos son por lo tanto, si bien en un sentido inconsciente, psicoeducativos. El tratamiento psicoanalítico de neurosis fundadas en conflictos que han devenido inconscientes, intenta recuperar este mundo representacional ya desarrollado pero perdido a raíz de la defensa. Las respuestas auténticas no serán pues de utilidad para estos casos. Si de todos modos aparecieran, serían generalmente el precipitado de una actuación contratransferencial. Si se le asegurara a un neurótico obsesivo que mediante su comportamiento vincular controlador hace arder de ira a su terapeuta, aumentarían sus sentimientos inconscientes de culpa, sin poder obtenerse ningún discernimiento. En lugar de contener, el terapeuta actuaría dentro del marco del esquema inconsciente. Tampoco deben conceptualizarse e introducirse interpretaciones siguiendo el modelo de esta postmaduración. Una interpretación equívoca no podrá ser nunca correcta aún cuando se la hace veinte veces. Las interpretaciones buenas y correctas, son, por definición, poco frecuentes, debido a que el momento oportuno es breve. La constante repetición sólo conduce a una pérdida de la configuración.

2) Sobre la relación entre el comportamiento vincular y la vivencia

Un segundo y no menos controvertido tema que ya se vislumbró claramente al aludir al primer campo problemático se refiere a la relación de los componentes perceptibles a la vista y al oído (o, si se quiere decir así, de los elementos intervinientes en un vínculo) con la vivencia interna. la representación consciente, preconsciente e inconsciente del paciente, del terapeuta y además de ambos como seres que se encuentran y se relacionan. Tal como se describe en los fragmentos anteriores, se considera a la psicoterapia interaccional psicoanalítica desde la perspectiva de una vivencia interna, a saber, planteada como la carencia de autorreflexión. Esta carencia se expresa en la necesidad de llevar a cabo autorregulaciones en el nivel comportamental manifiesto. Inversamente, se parte de la observación de tal tipo de actuar, fundamentada en la carencia de estas capacidades internas. Que este vínculo dominante se describa como una función interna, no es una definición particular. La función alpha de Bion es un concepto que se ocupa de una forma del pensar que en realidad sólo puede tornarse audible y visible a través de la comunicación y la interacción (Krejci, 1999). El modo de pensar esquizoparanoide puede describirse igualmente como un tipo de vínculo

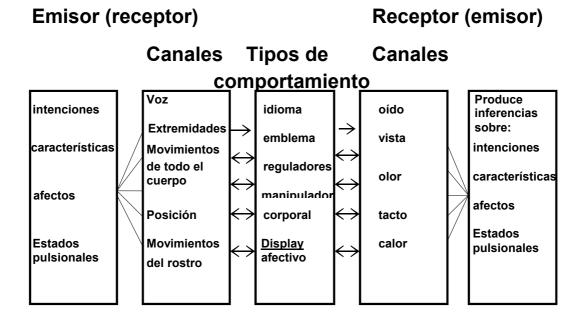
audible y visible. ¿Por qué nos remontamos desde la descripción de los modos externos de comportamiento hacia las funciones internas y describimos los mundos psíquicos internos en términos de comportamientos externos? ¿Es este acaso un precipitado de un tipo de vacío horroroso o podemos describir el mundo externo sólo en términos de un mundo interno subordinado porque "el exterior" es para nosotros percibido sólo en relación con "el interior"?

Resultan así una serie de preguntas. ¿Cómo se refleja el vivenciar subjetivo en los modos de comportamiento externos? ¿Qué procesos pasan a ser fundamentales si sacamos conclusiones con respecto al mundo psíquico interno sobre la base de los modos de comportamiento externos y objetivables? ¿Qué significación tiene el contexto de los modos de comportamiento para el proceso de atribución? ¿Qué efecto tiene el comportamiento de una persona sobre el vivenciar del vínculo de su <u>partenaire</u> interaccional? ¿Se pueden diferenciar diversos campos de relación con respecto a los modos de comportamiento, de los cuales resultan las funciones diferenciales de igual tipo de comportamientos para la constitución de un vínculo terapéutico? ¿Qué conclusiones resultan de la respuesta a estas preguntas para la técnica de los tratamientos? En los siguientes fragmentos se intentará responder a algunas de estas preguntas.

La función de las señales comunicativas dependientes del campo vincular intersubjetivo

Si no partimos de la idea de que los mundos internos de dos personas podrían comunicarse por medio de la transmisión de pensamientos, debemos remontarnos a los canales de transferencia, y con ellos, a las señales, los estímulos y excitaciones. Con esto aceptamos implícitamente un tipo de psicofísica de las interacciones sociales y de los vínculos. Un modelos de este tipo fue desarrollado por Brunswick (1969).

Gráfico 1: El modelo de las lentes de las interacciones sociales según Brunswick.



104

El emisor tiene un mundo interno entendido en el sentido de intenciones. afectos, estados pulsionales, etc., los cuales se transfieren análogamente a la transmisión de la luz como en una lente, por medio de los diferentes canales de información como la voz, los movimientos corporales, las manos, la posición del cuerpo, la mímica del rostro, etc. Estos se refractan y se tornan así visibles. Para el receptor, estas refracciones son las excitaciones distales que él debe recibir a través de sus aparatos psicofisiológicos y que a su vez debe retransformar y agrupar en intenciones, sentimientos, etc. Estas nuevas refracciones constituyen a su vez, para él, sus estímulos proximales. Sobre esta base se realizan procesos de atribución con respecto del mundo interno del emisor. A ello van a contribuir el conocimiento de su historia individual y la historia de la especie. Estas conclusiones son sensitivas, inconscientes y generalmente no explícitas. La conducta externa del emisor constituye así la excitación distal para la vivencia interna del receptor. El emisor influye de este modo, intencional o no intencionalmente, consciente o inconscientemente, sobre el interior del receptor. Para el receptor, esta excitación distal posee en general, una función de indicador. Es considerada como la expresión del estado interno del emisor. En el marco de este simple esquema psicofísico de la interacción social, se da un tipo de correspondencia uno a uno entre el comportamiento observable y el sentir del emisor en la situación actual. El rostro del paciente podría así expresar su actual estado en la situación terapéutica y ayudar al terapeuta a atribuir dicho estado al interior del paciente para poder así reaccionar interactivamente de un modo empático. Este modo simple de psicofísica interactiva emocional se presenta sin duda si postulamos un mundo representacional interno solamente para uno de estos participantes, disminuyendo la correspondencia uno a uno considerablemente. Más a menudo sucede, tal como lo han demostrado sobre todo las investigaciones de Merten (1997), que la señal afectiva visible se refiera generalmente al mundo objetal, al mundo representacional interno del emisor. El rostro del paciente expresa un sentimiento, pero éste tiene relación con su mundo objetivo representacional. Inclusive la percepción de sí mismo como objeto trasciende la función indicativa directa. El emisor puede así reírse de sí mismo, llorar o enojarse consigo mismo, rechazarse a sí mismo cuando piensa en sí mismo o habla sobre sí mismo. En el caso de la introducción de un mundo de representantes internos autorreflexivos, lo observable ya no es solamente un síntoma indicativo del estado del paciente, sino también respecto de su relación con el representante objetal interno, y con ello de un tipo de reflexión básica. El contexto de empleo de las señales determina a qué mundo se refiere y también la relación inmediata en el aquí y ahora o la relación con el mundo interno representacional. Ambas cosas son posibles. La misma lógica debe usarse también para el terapeuta. Según cuál sea el mundo interno correspondiente o atribuido, es de esperarse que puedan jugarse otras vivencias internas de ambos protagonistas. Un rostro que expresa enojo o miedo y que el receptor puede reconocer en relación al mundo interno objetal del emisor, se precipitará de distinto modo en el vivenciar del vínculo actual del emisor y del receptor que una relación interactiva directa de las mismas señales. Las expresiones de la mirada y el comportamiento paraverbal, además de constituir las señales afectivas de un contexto del lenguaje, son una fuente de información importante para el receptor, la que posibilita que así pueda localizar las señales en el correspondiente campo de relación.

105

Pero cuando un afecto se encuentra ligado al mundo interno representacional inconsciente, no se puede explicitar la relación objetal de la señal afectiva por medio del lenguaje. Esta referencia permanecerá oscura al partenaire interactivo, y este relacionará por ello la señal afectiva con el vínculo actual o también consigo mismo y reaccionará interactivamente del modo correspondiente. De esta forma, los representantes inconscientes asociados a sus afectos se tornarán efectivos y el mundo interno subjetivo del paciente se manifestará en el campo interactivo intersubjetivo, como una vivencia compartida, una constelación vincular real. Estos procesos de actualización del mundo interno subjetivo del paciente dentro del campo intersubjetivo interactivo del suceder vincular, se presentan también en las psicoterapias. En este caso es el terapeuta el que mediante sus reacciones interactivas, posee una participación importante. En psicoanálisis se discute actualmente acerca del peso de la participación del terapeuta, el aporte de su subjetividad en el vínculo que se desarrolla y las consecuencias técnicas que implica esto para los tratamientos (Thoma 1999, Kernberg 1999, Renik 1999, Paniagua 1999). Renik (1999) considera que el concepto de contratransferencia es innecesario y que deben comunicarse y discutirse abiertamente las ideas del analista basándose en la influencia de su subjetividad en el proceso terapéutico. Contrariamente a esto Kernberg (1999) y Paniagua (1999) resaltan la función reflexiva profesional del analista, el cual en esta función se encuentra fuera del actual entretejido del vínculo y que, gracias a la contribución de su saber, llega a una comprensión más profunda y realista sobre el suceder interactivo y las condiciones intrapsíquicas del paciente, y por ello puede intervenir interpretando y produciendo cambios.

Mientras que en las díadas cotidianas a los <u>partenaires</u> interactivos de los pacientes generalmente les interesa sobre todo su autorregulación, y de este modo se perpetúa la repetición de la desadaptación de las conductas patológicas en diferentes variaciones, en el proceso terapéutico se trata de quebrar esa repetición. Tomando en consideración los procesos de actualización recién mencionados, se trata entonces de recuperar el mundo interno representacional perdido del paciente y con ello también el campo relacional de la afectividad del mismo. Los componentes repetitivos que suceden en el campo intersubjetivo interactivo entre paciente y terapeuta contribuyen a la búsqueda del campo intersubjetivo mental conjuntamente con la afectividad concomitante para poder así reflexionar y vivenciar sobre estos conscientemente.

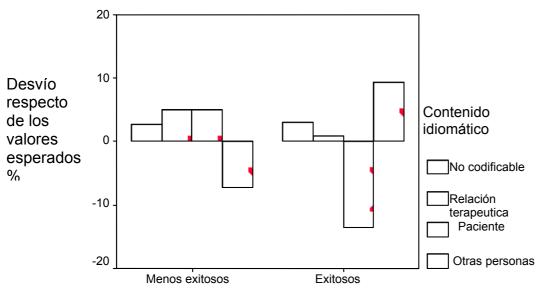
El proceso terapéutico y la constitución del campo intersubjetivo

De las reflexiones recién presentadas se puede deducir que los tratamientos exitosos se diferencian de los menos exitosos según cuáles sean las señales afectivas utilizadas dentro de ese campo contextual. Esto también tiene validez para los afectos del terapeuta, pues el campo relacional de sus reacciones afectivas aporta la posibilidad de que la afectividad permanezca en el campo interactivo y de que además se pueda deducir el mundo representacional inconsciente y con él la nueva localización de sus afectos. Teniendo en cuenta que la expresión afectiva del contexto del contenido idiomático contribuye a la comprensión del campo relacional afectivo, se puede esperar que las señales mímicas de los terapeutas exitosos se muestren en contextos de contenidos diferentes de los de sus colegas menos exitosos.

Gráfico 2. Expresión de afectos negativos (enojo, rechazo, asco) de terapeutas exitosos y la de otros menos exitosos en diferentes contextos idiomáticos. Desvío con respecto de los valores esperados (tres terapeutas exitosos y tres menos exitosos, correspondientes a la tercera y doceava sesión).¹

Afectos negativos (enojo, rechazo, asco) de los





Grupos de Terapeutas

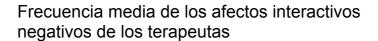
En el gráfico 2 se puede reconocer el desvío porcentual de la expresión de afectos negativos en el caso de tres terapeutas exitosos y tres menos exitosos con respecto del valor promedio esperado. Los afectos negativos se expresan en las terapias exitosas con menor probabilidad cuando el discurso gira en torno del paciente. Sin embargo, si se trata de comentarios sobre otras personas, estos aparecen con mayor frecuencia. En las terapias menos exitosas sucede a la inversa. Si se trata del paciente y la relación terapéutica, aparecen más a menudo los afectos negativos. Si se trata de hablar sobre otros, se los encuentra pocas veces.

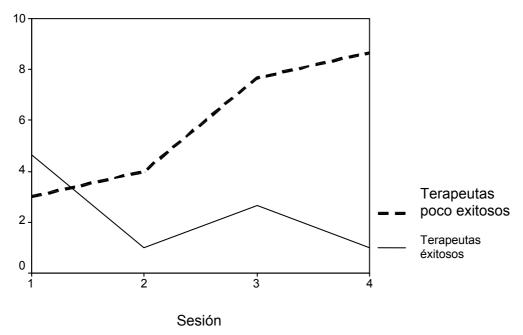
En el gráfico 3 se representan los afectos negativos de los terapeutas que no se muestran dentro de ninguna relación objetal explicitada en el diálogo sobre la relación terapéutica en el transcurso de las primeras cuatro sesiones. Estos afectos negativos pueden ser considerados como interactivos. Se refieren al campo intersubjetivo interactivo y de este modo brindan al mismo tiempo un aporte fundamental a su constitución.

.

¹ Esta investigación se basa en la codificación completa de la mímica así como del contenido idiomático de esas doce primeras sesiones. La mímica fue registrada mediante Emfacs (Friesen y Ekman 1984), el contenido idiomático con una versión modificada del SASB del análisis del contenido. Los seis terapeutas expresan en total 465 expresiones mímicas afectivas en el transcurso de esas doce sesiones. Del análisis discursivo resultaron 6265 codificaciones. Los dos grupos estaban representados cada uno por: uno cognitivo y uno dinámico con igual distribución de los sexos en las díadas.

Gráfico 3. Frecuencia media de la expresión afectiva interactiva negativa (enojo, asco, rechazo) de los terapeutas en el curso de las primeras cuatro sesiones. Tres terapeutas exitosos y tres menos exitosos.





Los terapeutas exitosos muestran al comienzo más afectos interactivos negativos que los menos exitosos. La relación, sin embargo, se invierte rápidamente: en las terapias poco exitosas se elevan las señales afectivas no relacionadas con los objetos representados de los terapeutas. Mientras que en las menos exitosas, estas disminuyen.

Si se interpreta tales comprobaciones en el marco psicoanalítico se podría arriesgar la siguiente construcción: al comienzo del tratamiento se produce una actuación contratransferencial, en el sentido de que las señales emocionales interactivas surgen en el vínculo terapéutico y en relación a la persona del paciente, y producen así sus efectos. Si las observamos así, resultan ser sintomáticas para el campo intersubjetivo interactivo. En los tratamientos exitosos se suspende esta parte sintomática de las señales emocionales del terapeuta, y con ello sus efectos dentro del vínculo terapéutico, en el sentido de que en el desarrollo del mismo las señales afectivas se vuelven a ligar a los representantes internos del paciente, con los cuales han estado originariamente en conexión. Con este proceso se encuentra relacionada una forma de discernimiento que implica que la generalización y extensión sobre otros objetos históricos han sido en cierto sentido superadas. A un resultado similar arribaron Hölzer, Pokorny, Kächele y Luborsky (1997). Es cierto que sólo se orientaron por las emociones del paciente y su relación con su mundo objetal representacional, tal como se reproduce en el habla. El terapeuta como mediador no fue tenido en cuenta.

Los resultados presentados hasta aquí se pueden entender del siguiente modo: en los tratamientos exitosos, independientemente de su orientación con respecto a la técnica, tratamiento, es posible interpretar la relación entre el mundo representacional de ambos protagonistas, tal como se expresa a través del lenguaje, y posiblemente en el pensamiento, y los fenómenos afectivos del terapeuta. Esto quiere decir que en los tratamientos exitosos se vuelve patente la relación entre el mundo representacional cognitivo consciente del paciente y las señales afectivas observables del terapeuta: paciente y terapeuta se pueden comunicar sobre este mundo idiomático mental del cual surge una intersubjetividad representacional, y en ella se engloban también los afectos correspondientes. En las formas de tratamiento que evolucionan mal esto no sucede, y las señales afectivas de los terapeutas tampoco resultan clarificables y patentes, sino que operan libremente, o si se quiere, poseen efectos interactivos.

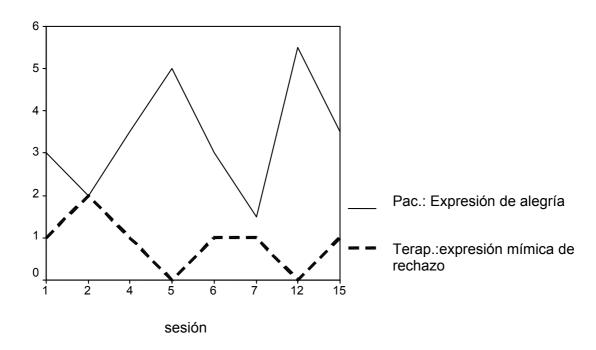
Sin duda también se puede asegurar que en los tratamientos que evolucionan bien las señales afectivas negativas de los terapeutas no han tenido validez para el mundo objetal de los pacientes al comienzo del tratamiento, sino a lo largo de tramos más amplios y de un modo directamente interactivo y con respecto al vínculo. Esta puede ser la conclusión a la que se arriba sobre la base de las variables contextuales. De tal conclusión se puede derivar que si esto no resulta así, surge una defensa contratransferencial. La comprensión del paciente en sentido de un encuentro implica que los terapeutas se dejan introducir en cierto sentido en el campo vincular episódico interno de los pacientes (compárese Sandler, 1976). Esto no ocurre a menudo, pues si no se parecería a la reproducción del modelo desadaptativo, pero tampoco demasiado esporádicamente pues si no no participaríamos del mundo interno subjetivo del paciente, que se expresa interactivamente mediante su actualización en el campo intersubjetivo.

El campo relacional de los afectos y su efecto diferencial sobre la vivencia emocional subjetiva en el vínculo

Habíamos supuesto más arriba que las señales afectivas poseen una función totalmente distinta en relación a la calidad vivenciada del vínculo entre paciente y terapeuta según de qué contexto se trate. Expresiones afectivas que son exteriorizadas en el campo interactivo deberían reproducirse de otro modo en el vivenciar subjetivo cuyo campo vincular está transformado por el mundo representacional. A su vez, se diferencia la frecuencia de la mímica expresiva de rechazo del terapeuta según el contexto en el que tenga lugar, junto con la vivencia subjetiva del paciente en las diferentes sesiones.

Gráfico 4. Relación entre la expresión interactiva de rechazo del terapeuta y la vivencia de alegría por parte del paciente.

Rechazo interactivo del terapeuta y expresión de alegría del paciente

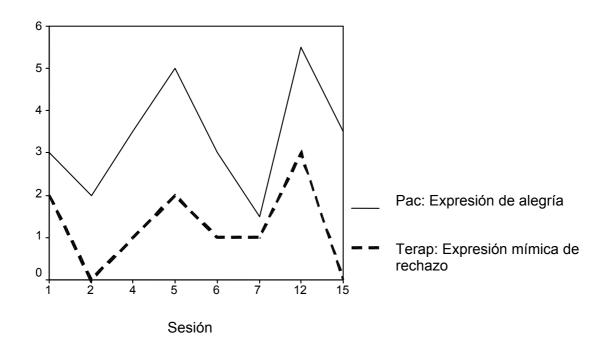


En el gráfico 4 se reproduce la relación entre la mímica que expresa desprecio por parte del terapeuta y la vivencia de alegría del paciente. Las curvas, que corren en dirección contraria, confluyen en una correlación negativa de -84. Es por ello que el paciente siente menos alegría si su terapeuta muestra desprecio. Esta relación es muy alta, mayor que la que comúnmente se puede esperar en una persona. Aquí se encuentra entonces un tipo de relación 1:1 entre la señal de una persona y la vivencia interna concordante de su partenaire en acto.

Quien es despreciado no siente alegría. Esta relación es válida además sólo bajo la condición de que en el contexto simultáneo de la expresión mímica de rechazo no se la pueda poner en palabras o no se hable en referencia a un objeto. La frecuencia absoluta de la mímica despreciativa del terapeuta, sin tener en cuenta el contexto idiomático, no refleja ningún tipo de relación con la vivencia del paciente.

Gráfico 5. Relación entre la mímica despreciativa del terapeuta referida a un objeto y la vivencia de alegría del paciente.

Rechazo objetal del terapeuta y expresión de alegría del paciente.



Como muestra el gráfico 5, se invierte la relación entre las señales del terapeuta y la vivencia interna del paciente de un modo radical si la mímica despreciativa aparece en la comunicación referida a otras personas. Nos encontramos con una relación positiva de +69. El paciente se alegra más cuanto más desprecio muestra el terapeuta dentro del contexto idiomático. Generalmente, estas comunicaciones del terapeuta se refieren a la indignidad de los modos de actuar de los objetos descritos por el paciente (de sus partenaires históricos). En cuanto a la técnica terapéutica, adquieren un valor por un lado con respecto a las confrontaciones, y por otro lado tienen el valor de interpretaciones de la resistencia contra la percepción de la cualidad de los modos de accionar objetales. El rechazo del terapeuta se refiere aquí entonces al mundo objetal del paciente y esta relación se explicita idiomáticamente. Ambos se comunican sobre este mundo objetal y la afectividad reinante en él. Por eso es que estas señales afectivas son sacadas del mundo del campo intersubjetivo interactivo directo y localizadas en cambio en el campo intersubjetivo mental. De igual modo, los comportamientos tienen así otra significación según cuál sea el campo relacional con respecto a la relación actual entre paciente y terapeuta.

Conclusiones para la técnica del tratamiento

- 1. La observación de los comportamientos afectivos predominantes permite sacar conclusiones con respecto a la calidad del mundo representacional de los pacientes. En el tratamiento recién mencionado, el rechazo fue el afecto directivo en torno al cual se centraban los episodios de pacientes narcisistas, bien se habían modificado las señales asociadas representaciones, lo que permanecía igual eran las señales interactivas afectivas observables basadas en los aspectos fundamentales que se habían manifestado a lo largo de todos los vínculos. Se trataba pues del rechazo. ¿Qué significación básica tiene esta señal independientemente de la persona en cuestión? Como todos los afectos primarios (miedo, rabia, asco, tristeza, alegría, curiosidad), el rechazo indica una estructura básica, episódica y fija. Habiendo siempre un sujeto y un objeto, ambos estarán enlazados interactivamente en un encuentro significativo para dicho sujeto. Se trata de la estructura protocognitiva básica de todos los afectos. Lazarus (1991) las ha denominado emociones protocognitivas y basales en sus últimos trabajos sobre el "primary appraisal". Se trata de la apreciación y percepción del mundo objetal por parte del sujeto. Los representantes internos de los afectos provienen de una estructura mínima, episódica, de un sujeto, un objeto y de una interacción altamente significativa entre ambos. Además de ello estos afectos poseen una significación específica que se entiende como un tipo de interacción. En lo que se refiere al ejemplo del rechazo, se presupone una atribución basada en la superioridad de uno de los protagonistas. Esta debe además ser considerada también por el otro, pues en caso contrario, no se puede sostener este tipo de estructura episódica afectiva; si esta no se presupone, el estado afectivo de uno de los protagonistas puede transformarse en cólera. La cólera significa, en este caso, que la dimensión de superioridad se vuelve a disolver y que se debe luchar para lograr la atribución de status hasta que uno de ambos acepta definir la situación del otro o hasta que se produce una situación totalmente diferente. El campo intersubjetivo de rechazo se caracteriza entonces por depender de una estructura episódica que uno de los protagonistas debe mantener atribuyendo una superioridad duradera al otro en el interior del campo intersubjetivo. Tales estados pueden ser descritos por muchos psicoterapeutas como agresión o rabia. Se trata de un error que implica consecuencias para la técnica del tratamiento. En el caso del enojo, no existe tal rechazo, e, inversamente, el rechazo excluye la expresión abierta de cólera. Esto debe ser acentuado porque permite sacar conclusiones independientemente de la observación de las señales afectivas en el campo relacional con respecto a la vinculación objeto-sujeto y también con respecto a la naturaleza del vínculo objetal tanto dentro de la díada terapéutica como con respecto a las representaciones internas. Esta estructura protocognitiva de los afectos primarios fue descrita por varios autores (Lazarus 1991, Krause 1997, Scherer 1984).
- 2. El vínculo terapéutico no se constituye exclusivamente sobre la base de la psicofísica de las interacciones sociales. Tampoco tal como lo elabora Brunswick en su modelo. Este vínculo está sobredeterminado, es holístico y está estructurado en una organización. Los parámetros comportamentales conscientes e inconscientes en el interior de los mundos de ambos participantes se forman en una nueva estructura consciente e inconsciente (Baranger, 1993). Algunos teóricos y prácticos deducen de esto que una

postura objetivante según la observación analítica no sería necesaria sino además perjudicial. Stolorow (1988) opina que sólo habría una realidad relevante y accesible para el trabajo psicoanalítico. Esta realidad sería altamente subjetiva y puede ser estudiada solamente a través de la introspección y la empatía. La suposición de una realidad objetiva sería solamente un mecanismo de defensa. Los planteos explicativos e interpretativos no serían sin embargo arbitrarios como criterios para los beneficios de estas interpretaciones surgidas de las estructuras vinculares intersubjetivas no objetivables. Podría mencionarse a) la coherencia lógica, b) la completud de la explicación, c) la belleza estética, d) la consistencia con respecto al saber psicológico aceptado, válido. Mientras que los puntos a, b y c son inadecuados como criterios de validación de una intervención, se vuelve a dejar la realidad exclusivamente subjetiva en manos del saber psicológico. La crítica a este planteo que se basa en la multifactorialidad y en un modo de ver holístico, debe clarificar que esta visión no implica renunciar a la observación de otros y a la autoobservación objetivante. Esta postura, muy defendida por la autopsicología, nos recuerda a actitudes terapéuticas tempranas centradas en el cliente, en las cuales se consideraba fecundo el renunciar al saber terapéutico explícito.

La calidad del vínculo terapéutico se constituye, en parte, por el suceder actual dentro del campo interactivo. Estos son los modos de comportamiento relacionales directos, conformados por la psicofísica interactiva y por el mundo mental compartido. Ambos campos de la intersubjetividad son observables objetivamente, al menos en parte. Existe suficiente material empírico para estudiar la realidad de la psicofísica de la transferencia, pues en numerosos estudios realizados por nuestros grupos de investigación hemos demostrado múltiples veces que, en el nivel del inconsciente actual, aparecen procesos transferenciales psicofísicos que pueden desarrollarse de un modo totalmente inconsciente. Se observa, por ejemplo, que las personas psíquicamente sanas pueden adaptarse al nivel de expresión y de afectos de otras psíguicamente enfermas, lo que a la inversa no es observable. Esta posibilidad de introducirse sin advertirlo en el mundo de sentimientos del otro es, seguramente, el fundamento para la fantasía basal común que caracteriza a esta díada. Pero hay que partir de la idea de que se trata de un proceso inconsciente. El inconsciente actual del analista se conforma por todas esas cosas que él hace sin darse cuenta; por ejemplo, expresar su rechazo. El no darse cuenta de estos modos de comportamiento posee una función estabilizadora de su mundo subjetivo interno y por ello es en general difícil de observar mediante la introspección, pero no por ello deja de tener una influencia constitutiva sobre la díada intersubjetiva que se está desarrollando. El comportamiento afectivo del terapeuta es, por un lado, una reacción a los tipos de vínculo ofrecidos por el paciente, y, por otro lado, está influenciado en alta medida, por la subjetividad del terapeuta. Justamente, estos modos de comportamiento deben ser objeto de una observación objetiva. En caso contrario, permanecerán enredados en la intersubjetividad interactiva. Esto es distinto análisis contratransferencia, mientras se limite el concepto de contratransferencia a la fantasía y al mundo objetal interno. Con otras palabras, el autoanálisis contínuo en el trabajo con los pacientes tiene que implicar una observación penetrante, perspicaz y beneficiosa con respecto al propio comportamiento. Esta autoobservación objetivante del terapeuta no se debe limitar

comportamiento en el campo intersubjetivo interactivo, sino que debe incluir la propia postura afectiva en relación con el mundo objetal representacional de los pacientes, ya que esta postura, tal como lo han demostrado nuestros resultados, permite percibir al paciente y con ello la identificación. Esto, sin embargo, no debe entenderse como una nueva exigencia superyoica, sino como una invitación beneficiosa a percibirse y a aceptarse en cuanto a la propia personalidad observable y el comportamiento resultante de ella.

Bibliografía

- Baranger, M. (1993), "The mind of the analyst: From listening to Interpretation", International Journal of Psychoanalysis, 74, 15-24.
- Benecke, C. (1999), "Mimischer Affektausdruck und Sprachinhalt in Kurzpsychotherapien". Manuskript der Inauguraldissertation. Universität des Saarlandes.
- Brunswick, E. (1969), <u>The conceptual framework of psychology</u>. Chicago, University of Chicago Press.
- Fiedler, P. (1997), "Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie", en <u>Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin</u>, 18, 7-40.
- Fonagy, P., Target, Steele, H. & Steele, M. (1998), <u>Reflective Functioning Manual</u>, <u>Version 5. For application to adult attachment interviews</u>. Londres, Psychoanalysis Unit, University college.
- Friesen W.V. & Ekman P. (1984) EMFACS-7. Unveröffentlichtes Manual.
- Grawe, K. (1997), "Moderne Verhaltenstherapie oder allgemeine Psychotherapie", <u>Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin</u>, 18, 137-160.
- Grawe, K. (Manuskript 1998), Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. Beitrag zur Diskussion über "Psychotherapie der Zukunft: Einheit oder Vielfalt?". Wird veröffentlicht in der Zeitschrift "Psychotherapeut" (1999).
- Hamilton, V. (1996), The analyst's preconscious. Londres, Analytic press.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F.S. & Ott, J. (1993), "Abriss der Psychoanalyse und der analytischen Psychotherapie", en A. Heigl-Evers, F.S. Heigl & Ott (Hrsq.): Lehrbuch der Psychotherapie. Stuttgart: Fischer, 1-284.
- Hölzer M, Pokorny D, Kächele H, & Luborsky L (1997), "The Verbalization of Emotions in the Therapeutic Dialogue A correlate of Therapeutic Outcome?", Psychotherapy Research 7:261-273.
- Kernberg O.F. (1999) "Plädoyer für eine "Drei-Personen-Psychologie". <u>Psyche</u>, 53, 9/10, 877-893.

- Krause, R. (1997), Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 1. Grundlagen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (1998), Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 2. Modelle. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krejci, E. (1999) "Zusammenkommen und Zerfallen. Das Modell des Behälters und die PS-Gehbewegung als Brennpunkt von Bindungstheorie des Geistes", Forum der Psychoanalyse, 15.
- Lazarus, R.S. (1991), <u>Emotion and adaption</u>. Nueva York, Oxford University Press.
- Merten, J. (1997), "Facial-affective behavior, mutual gaze and emotional experience in dyadic interactions". <u>Journal of Nonverbal Behavior</u>, 21(3), 179-201.
- Orlinsky, D.E. Grawe, K. & Parks, B. (1994), "Process and outcome in psychotherapy. Noch einmal", en: A.E. Bergin & S.L.Garfield (Hrsg.): <u>Handbook of psychotherapy and behavior change</u> (4th ed.), Nueva York: Wiley.
- Paniagua C. (1999), "Das Konzept der Intersubjektivität einige kritische Bemerkungen", <u>Psyche</u>, 53, 9/10, 958-971.
- Renik O. (1999), "Das Ideal des anonymen Analytikers und das Problem der Selbstenthüllung", <u>Psyche</u>, 53, 9/10, 929-957.
- Rudolf, G. (1991), Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Sandler J. & Sandler A.M. (1984) "Vergangenheits-Unbewußtes, Gegenwarts-Unbewußtes und die Deutung der Übertragung", <u>Psyche</u>, 39, 1985, 800-829.
- Sandler J. (1976) "Gegenübertragung und die Bereitschaft zur Rollenübernahme", <u>Psyche</u>, 30, 297-305.
- Sandler J. & Sandler, A.M. (1983), "The second sensorship in the three box model and some technical implications", <u>International Journal of Psychoanalysis</u>, 64, 413-426.
- Scherer K.R. (1984) "On the nature and junction of emotion: A component process approach", en K.R. Scherer & P. Ekman (eds.) <u>Approaches to emotion</u>. 293-318. Hillsdale: Erlbaum
- Stolorow, R. (1988), "Intersubjectivity, psychoanalytic knowing and reality", Contemporary psychoanalysis, 24, 331-337.

Thomä H. (1999), "Zur Theorie und Praxis von Übertragung und Gegenübertagung im psychoanalytischen Pluralismus". <u>Psyche</u>, 53, 9/10, 820-872.

Aprobado: 15 de septiembre de 2002

EL ALGORITMO DAVID LIBERMAN COMO MÉTODO APLICABLE A LA INVESTIGACIÓN EN PSICOANÁLISIS

Ruth Kazez*

Resumen

El presente trabajo se interesa en estudiar el Algoritmo David Liberman, partiendo de sus fundamentos teóricos hasta llegar a su descripción. Se interesa por explicar cada uno de sus tres niveles, intentando reflexionar acerca de su estrecha relación entre la teoría psicoanalítica y el desarrollo del método. Asimismo lo enmarca dentro de un conjunto de herramientas aplicables al estudio de las sesiones de psicoterapia, que se han desarrollado en distintas latitudes en la última década, para finalmente profundizar en su descripción y puesta en práctica.

Palabras clave

investigación empírica en psicoanálisis- estudio de caso- Algoritmo David Liberman.

Summary

In this paper we study the ADL (Algorithm David Liberman), starting from the theoretical basis in order to arrive at the description. We are interested in explaining each of the three levels, with the intention to think about the close link between psychoanalytic theory and the method 's development. It is also studied inside a set of tools that fits the study of psychotherapeutic sessions, which have developed in different places in the last decade. Finally we go deep in it's description and practice.

Key words

Empiric research in psychoanalysis – case study – David Liberman algorithm

Introducción

A lo largo de la última década ha surgido dentro del psicoanálisis en distintas latitudes el interés por desarrollar la investigación empírica. Dicha investigación consiste en tomar el material de una o varias sesiones y aplicarle un método que pretende estudiar determinado fenómeno.

Dentro de este movimiento de desarrollo de métodos de investigación que intentan enmarcar al psicoanálisis dentro del ámbito científico, David Maldavsky ha desarrollado el Algoritmo David Liberman (ADL), que estudiaremos a lo largo del presente trabajo.

Este artículo consta de dos partes. En la primera, nos interesamos por presentar los fundamentos teóricos del ADL, un método de análisis del discurso basado en la teoría psicoanalítica. En la segunda parte, lo describimos y explicamos algunos detalles de su aplicación. Nos interesa fundamentalmente mostrar la articulación entre la teoría y el método, para luego pasar a desarrollar cómo se da su puesta en funcionamiento.

Fundamentos teóricos del ADL

-

^{*} Carrera de Psicología (UCES). Instituto de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales (UCES). E-mail: rkazez@yahoo.com.ar

El psicoanálisis, ciencia de la subjetividad

El ADL es un método de estudio psicoanalítico del lenguaje elaborado por David Maldavsky en 1997. Estudia el lenguaje en tres niveles: las palabras, las frases y los relatos, a los que toma como modos de expresión privilegiados de los procesos subjetivos.

Maldavsky (1997) señala: "Del mismo modo que la física (y quizá la química inorgánica) hace de base de las ciencias que estudian la materia inerte, y la biología es la ciencia madre de las que operan en el terreno de lo viviente, el psicoanálisis lo es en relación con las demás ciencias que toman como fundamento la consideración de los procesos subjetivos".

Comencemos entonces por definir a qué nos referimos cuando hablamos del origen de la subjetividad. Este problema puede ser considerado desde la perspectiva freudiana al menos desde tres concepciones (Maldavsky, 1997): la de la oposición actividad-pasividad (1915c), la de la identificación primaria (Freud, 1921c), y la de la conciencia inicial (1950a, en el *Proyecto de una psicología para neurólogos*), que intentan explicar cómo se constituye la subjetividad.

En "Pulsiones y destinos de pulsión", Freud desarrolla la concepción acerca de la oposición actividad-pasividad. Allí considera la relación entre pulsión, yo y objeto, y postula una premisa: la pulsión es activa para lo anímico mientras que lo anímico es pasivo frente a la pulsión. El yo, por su parte, puede salir de la pasividad a la que inicialmente se encuentra sometido frente a la pulsión al conquistar una posición activa frente a un objeto; he ahí la esencia del origen de lo subjetivo. Recordemos el juego del carretel (Freud, 1920g), en el cual este proceso se da exitosamente: el yo logra ocupar la posición-sujeto (que arroja el carretel), activo respecto de un objeto (el carretel, arrojado), en nombre de la pulsión (arrojar). Si el yo no pudiera ser activo, cedería la posición sujeto a otro (la madre que se va), ante la cual se ubicaría o bien como objeto pasivo (ser arrojado por el otro) o bien como pasivo frente a la pulsión, y en lugar de arrojar el carretel, se arrojaría a sí mismo de la cuna.

La consideración de la motricidad como modo de ligar la pulsión nos lleva a la segunda teoría acerca del sujeto, que complementa la anterior con la hipótesis de la identificación primaria. En *Psicología de las masas y análisis del yo*, Freud estudia qué tipo de vínculo se establece entre el yo y aquel sujeto que ocupa el lugar de ideal. Se trata de una relación particular, puesto que no es objetal: el yo no aspira a tener a ese otro sino a ser el otro. En este vínculo se desarrolla en el yo una identificación primaria con ese otro en posición de ideal o modelo, en la que obtiene como ganancia el sentimiento de sí. Cuando el yo se identifica con el ideal, ocupa la posición sujeto. La subjetividad desde esta perspectiva está dada por el logro de una identificación primaria. Así como la primera de las teorías incluye la fuente pulsional, aquí aparece la realidad mundana representada en el modelo. La actividad y la identificación primaria se articulan, de modo tal que el yo establece un vínculo con la pulsión, con la realidad y posteriormente con el superyó como instancia representante de ambas.

La teoría acerca de la conciencia inicial (1950a), concierne al estudio del nacimiento de lo anímico cualitativo como una novedad frente a lo previo, los aumentos y disminuciones de tensión pulsional. Desde este punto de vista, el surgimiento de la subjetividad está dado por la aparición de la conciencia como lugar de cualificación de la pulsión a través de sus representantes, primero

como afectos y luego como representaciones. El afecto aparece como primitiva forma de conciencia, como un tempranísimo registro de la propia vitalidad, mientras que las representaciones, en tanto representantes ideativos de la pulsión, se organizan a posteriori como estratos de huellas mnémicas, surgen en períodos sucesivos y poseen un modo de funcionamiento particular.

En síntesis, los procesos subjetivos se originan en el empuje pulsional que, en el encuentro con la subjetividad ajena, culmina en el desarrollo de una cualidad en la conciencia, de donde derivan los afectos y el universo representacional. Los procesos subjetivos tienen su punto de partida en el enlace entre la libido y las percepciones, y comienzan a desarrollarse con el surgimiento de la conciencia, que sólo puede darse en el encuentro con semejantes con una postura empática. Los afectos representan una particular ligadura del incipiente sujeto con sus propios procesos pulsionales.

Si nos proponemos estudiar los procesos subjetivos, debemos partir de la pulsión y sus distintos modos de procesamiento individuales que llevan a cada quien a otorgarle diferentes cualidades, tanto a través de sus representantes psíquicos (afecto y representación), como de los procesos de pensamiento (lógicas y mecanismos de defensa).

El lenguaje es sólo un modo de expresión de los procesos subjetivos, otros serían la percepción, la motricidad, la espacialidad. El análisis del lenguaje -como modo privilegiado de expresión de la mayoría de las personas-permite acceder de un modo más preciso al estudio de los recursos implementados para el procesamiento pulsional y de la posibilidad individual de ajuste a los imperativos de la realidad y de la instancia crítico-valorativa que encarna a los ideales.

Las pulsiones y su puesta en juego

En *Tres ensayos de teoría sexual*, Freud (1905d) describe diferentes actividades sexuales infantiles en las cuales señala que a través de la anáclisis la pulsión sexual se apoya en la pulsión de autoconservación. En este texto surge el concepto de organización o fase. Respecto de las fases de la libido, en 1933 Freud convalida la propuesta de Abraham (1924) de discriminar en dos tanto la fase oral como la anal. La fase oral estaría subdividida en una primera fase oral de succión y una segunda fase oral sádica o canibalística; la fase anal, por su parte, quedaría diferenciada en dos momentos: una primera fase, expulsiva y una segunda fase, retentiva; la fase fálica también estaría separada en dos organizaciones: fálico-uretral y fálico-genital. A este conjunto, Maldavsky (1988a) agregó otro tipo de organización que Freud (1926d) menciona en *Inhibición, síntoma y angustia*, en que la pulsión inviste los órganos internos: una fase preoral intrasomática.

Cada una de estas fases posee un goce erógeno específico, un tipo de motricidad, un tipo de ensambladura de la libido con la pulsión de autoconservación y con la pulsión de muerte —ensambladura que depende en gran medida de las posibilidades de puesta en juego del sadismo a través de la motricidad disponible-, de formalización de la sensorialidad, de huella mnémica y de lógica que rige el pensar inconsciente.

El yo, en tanto, es una estructura compleja que tiene un origen que corre en forma paralela al de las pulsiones. El yo es escritura: inscribe la historia del individuo con la energía que aportan las pulsiones. En la "Carta 52" Freud (1950a) se refiere a la constitución del psiquismo por estratificación sucesiva y

al reordenamientos o las retranscripciones según "nuevos nexos" que reciben las huellas mnémicas preexistentes y que se dan en la frontera entre dos épocas sucesivas de la vida. Se da entonces una suerte de traducción del material psíquico. Cada una de estas retranscripciones es más compleja y supone la instalación de la inscripción de la anterior y su superación. Cada transcripción posee funciones distintas y evidencia una diversa relación del individuo con el medio. En el seno del yo se realizarán las retranscripciones y allí también se articularán las distintas lógicas: simultaneidad, contigüidad, analogía y causalidad (Freud, 1900a, 1912-13, 1950a, Maldavsky, 1980a).

Ahora bien, el vo tiene que tramitar a través de determinados procesos psíquicos distintas exigencias: las pulsionales -para luego estar en condiciones de expresarlas-, las de la realidad inmediata y las del superyó. Tengamos en cuenta que el vo funciona gracias al empuje de las pulsiones que ha acogido en su seno, de las cuales se erige como representante. En este intento de procesamiento y de conciliación se dan distintos desenlaces. Por ejemplo, si no logra una transacción entre las exigencias de estas instancias, el yo está en condiciones de desarrollar determinados mecanismos de defensa, que pueden: o bien ponerse del lado de la realidad y de las instancias valorativas, contra la vida pulsional y desiderativa (como la represión) -se trataría de un yo en conflicto con una o varias pulsiones indómitas, que no ha podido acoger-, o bien ubicarse del lado de la insistencia sensual, contra la censura de la realidad de las estructuras morales e ideales (como la desmentida v la desestimación), o bien colocarse del lado de la pulsión de muerte contra la complejidad de Eros (desestimación del afecto). Todas ellas pueden ser funcionales (normales) o bien patógenas (interfieren en el proceso de complejización voica). En este último caso, determinan la producción de ciertas estructuras clínicas: neurosis de transferencia (represión), estructuras narcisistas no psicóticas (desmentida), psicosis (desestimación de la instancia paterna o de la realidad), o patologías del desvalimiento, tóxicas o traumáticas (desestimación del afecto).

El estudio de las defensas presenta centralmente un interés clínico, dado que un modo de evaluar el progreso clínico puede ser el cambio de una defensa patógena por una más benigna. Sin embargo, el análisis de las defensas no es el único elemento por tener en cuenta si se trata de estudiar los cambios clínicos, ya que resulta fundamental distinguir si se ha producido algún cambio en el nivel pulsional (como ejemplos, en el período de latencia la aparición de los diques psíquicos ante la sexualidad, que determinan la aparición de formaciones reactivas, en la pubertad la articulación entre las pulsiones parciales y su subordinación frente a la pulsión genital, y hacia el fin de la adolescencia, al detenerse el crecimiento corporal la exigencia de la pulsión, aplicada hasta entonces a dicho crecimiento exige encontrar nuevos destinos).

La figurabilidad de la pulsión en los lenguajes del erotismo

En "La negación" Freud (1925h) hace alusión a un "lenguaje de las mociones pulsionales orales" (pág. 254) al referirse a los términos desde los cuales en un sujeto pueden expresarse determinados juicios atributivos. En otro texto, "La predisposición a la neurosis obsesiva" (1913i), se refiere a un caso en el que en una misma paciente dos tipos de neurosis parecen coexistir, por lo que "quizá pudiera reclamar el valor de un documento bilingüe y mostrar

cómo un contenido idéntico es expresado por las dos neurosis en lenguas diferentes" (pág. 339). En estas dos oportunidades, Freud se refiere al modo en que las pulsiones se manifiestan a nivel consciente, en el sentido que cada pulsión está en condiciones de encontrar un lenguaje expresivo que la caracterice. Al mismo tiempo afirma que existiría una variedad de lenguajes (en el segundo ejemplo, combina dos) que expresan erogeneidades diversas coexistentes simultáneamente en un mismo sujeto y que pueden tener destinos psíquicos diversos (defensa patológica, sublimación, entre otros). Esta hipótesis acerca de los lenguajes del erotismo, expuesta por Freud en al menos estos dos textos, se ve apoyada por la experiencia clínica, cuando observamos que cuando un paciente se expresa, lo hace con un estilo singular. Cukier (1993) al respecto, habla de la organización del discurso del paciente a partir de un acervo de criterios, por parte del terapeuta, a partir de una formalización que él le imprime gracias a su formación analítica como un intento de organizar la escucha. Es decir que podemos pensar en los lenguajes del erotismo desde dos vertientes: una, partiendo de la pulsión hacia la conquista de un lenguaje, otra, partiendo de la clínica del lado del terapeuta e intentando formalizar las manifestaciones del paciente teniendo en cuenta ciertos criterios.

Dado que en esta oportunidad sólo nos interesa el primero de los caminos, surge un interrogante, y es cómo puede un erotismo determinado formalizarse como lenguaje. Para comenzar a responderlo, resulta indispensable considerar el hecho que entre el goce erógeno particular de cada fase y la producción del lenguaje expresivo existe un estamento intermedio cuya función es dar una primera formalización a la pulsión.

Analizaremos en primer lugar el decurso de la pulsión hasta su encuentro con la percepción. En el punto de inicio está la libido, que tiene como meta alcanzar una satisfacción, una alteración en la fuente. El desplazamiento pulsional, que devendrá pensamiento inconsciente, va poco a poco vinculando entre sí las representaciones teniendo en cuenta la lógica vigente. Freud (1923b) señala que el pensamiento es el desplazamiento de energía anímica en el camino hacia la acción. El pensamiento inconsciente contiene una acción aún no desplegada, se trata de un proceso puramente interno (Freud, 1915e) que va desde lo inconsciente hasta la conciencia, poniendo de manifiesto la insistencia de la libido por alcanzar una cualificación sensorial. Dicho de otro modo, el pensamiento inconsciente es de inicio pulsión que circula hasta transformarse en ligaduras intrapsíquicas. La trasmudación de la libido en sensorialidad abre el camino al enlace entre pulsión y representación. De este modo la pulsión, a través de los pensamientos inconscientes, logra ligarse a percepciones. Gracias a este proceso se crea la diferencia, la cualidad, junto con la posiblidad de representarlo. Las huellas mnémicas, en tanto primeras inscripciones de la cualidad en el psiguismo, se crean como consecuencia de la unión entre el transcurrir de la pulsión y el encuentro con una percepción.

Existen distintos tiempos en la construcción de la significatividad del mundo: un momento inicial en donde las inscripciones no se dan en términos de cualidades sensoriales sino en términos de frecuencias. Estas primerísimas huellas se producen cuando la captación del mundo sólo se limita a ritmos, dado que lo anímico también está configurado del mismo modo. En este momento, lo mundano es indiferente, ya que la investidura está dirigida hacia los órganos vitales: corazón y pulmones, con el objetivo de preservar la vida y lograr un bienestar de base inicial. En un segundo momento, tampoco hay

palabras, pero comienza producirse significatividad del mundo. Entonces surgen las cualidades sensoriales, elementos diferenciales mínimos, por ejemplo un color, una textura, un sonido. En este tiempo, y a diferencia del anterior en el que sólo había frecuencias, se crea la posibilidad de percibir diferencias de cualidades, y el trabajo del yo consiste en encontrar a qué abrocharlas. Sólo cuando se logra dar significatividad a eso que surge como cualidad, se está dando el enlace entre pulsión y representación. Ahora bien, este enlace significativo entre pulsión y representación se da gracias a una tarea desarrollada por el yo en su intento por ser activo frente a la pulsión. Dicho enlace refleja un trabajo en el yo por dotar de significatividad a los procesos pulsionales. En ese intento de producción de la significatividad, el yo intentará -primero de un modo más rudimentario y luego de otros más complejos- volver sensible lo voluptuoso.

Un segundo elemento constituyente de este estamento intermedio merece nuestra atención: la motricidad. En primer lugar, diremos que la motricidad resulta esencial para el yo, ya que le brinda la posibilidad de conquistar la pulsión sádica para luego trasponerla en sensorialidad, para lo cual resulta necesario el desarrollo de la musculatura.

Recordemos la hipótesis de Melanie Klein (1945): "Las fases libidinales se superponen desde los primeros meses de vida en adelante. Las tendencias del Edipo positivo y del invertido, mantienen una estrecha interacción desde que se incoan" (pág. 416). Esta hipótesis alude a un momento inicial en el que se superponen y coexisten en el aparato psíquico los distintos erotismos. Podríamos pensar que, en la medida en que se va dando la maduración neurobiológica en el individuo, éstos van pudiendo procesarse -entre otros factores- gracias al desarrollo de la musculatura aloplástica. La motricidad es un modo de expresión de la pulsión, ya que cada pulsión exige tramitación a través de una gama de acciones a las cuales ese erotismo se liga. Hay motricidades de distinto tipo; solo por dar algunos ejemplos, podemos hablar de aquellas ligadas a la satisfacción de necesidades (respirar), a la actividad perceptual (olfatear), a la expresión afectiva (sonreír), al desempeño aloplástico (arrojar), a las prácticas rituales, al establecimiento del contacto o a la tentativa de consumar una totalización estética. Las cuatro primeras muestran claramente el pasaje desde un estado de mayor inermidad -tanto frente a la pulsión como frente a los estímulos externos- hasta otro, en el cual apropiarse de la motricidad permite la tramitación de la exigencia, sobre todo la pulsional. En "Pulsiones y destinos de pulsión" Freud (1915c) manifiesta cómo se ponen en juego (en el ejemplo, en relación al amor) las metas pulsionales ligadas a desempeños motrices: "Etapas previas del amar se presentan como metas sexuales provisionales en el curso del complicado desarrollo de las pulsiones sexuales. Discernimos la primera de ellas en el incorporar o devorar, una modalidad del amor compatible con la supresión de la existencia del objeto como algo separado, y por lo tanto puede denominarse ambivalente. En la etapa que sigue, la de la organización pregenital sádico-anal, el intento de alcanzar el objeto se presenta bajo la forma de apoderamiento, al que le es indiferente el daño o la aniquilación del objeto" (pág. 133).

La pulsión está al acecho (Freud, 1919e) del acontecimiento gracias al cual logra figurabilidad. Cada pulsión va acompañada de un saber hereditario acerca de cuál es el vivenciar al que puede enlazarse (Freud, 1940a [1938]); nos referimos a una formalización determinada filogenéticamente acerca del

mundo sensorial y de la motricidad y una serie de características que se requieren a los contenidos motrices y perceptuales. En cuanto a la percepción, existe un componente formal y otro de contenido, y por lo tanto se puede jerarquizar uno o el otro. Del tipo de formalización que se le aplique a la materia sensible, dependerá qué contenidos se destacarán. La motricidad, a diferencia de la percepción, implica el procesamiento pulsional a través del propio cuerpo, la forma y el contenido son propios; en cambio, para la percepción el contenido proviene del mundo y sólo la forma está dada por el sujeto. Para cada uno de los siete lenguajes del erotismo, la formalización diferirá. A modo de ejemplo, tomaremos el "observar el aspecto de un semejante" desde los siete lenguajes del erotismo para poner en evidencia cómo frente a una misma vivencia. la formalización difiere. Si prevalece la libido intrasomática, se captarán frecuencias; por ejemplo, la intensidad tonal del iris de los ojos, que delataría – de ser muy excesiva- una enfermedad hepática. Si, en cambio prevalece la libido oral, entonces el sujeto tratará de entender la lógica, las proporciones, la ingeniería del cuerpo. Si predomina la erogeneidad oral secundaria, el sujeto intentará captar los registros afectivos; por ejemplo, las expresiones faciales, o los hombros caídos. Si en cambio predomina la erogeneidad anal primaria, el sujeto captará la capacidad transformadora de la realidad exterior por parte de los elementos motores del cuerpo. Se jerarquiza un cuerpo en acción, por ejemplo, impartiendo una orden. Si prevalece la erogeneidad anal secundaria, el sujeto reparará en el aspecto: la limpieza, la pulcritud, el orden. Si predomina la erogeneidad fálico uretral, se preocupará, por ejemplo, por las distancias que establece con los otros. Por fin, si prevalece, la erogeneidad fálico genital, el sujeto tendrá en cuenta el componente estético, por ejemplo, la belleza.

En el estrato intermedio entre la voluptuosidad y el lenguaje se combinan cuatro elementos, que se organizan entre sí: pensamiento, motricidad, percepción y memoria. Estos elementos están al servicio de la figurabilidad de cada pulsión, que a su vez les exige determinado modo de organización. Dicho de otro modo: la tramitación psíquica de un erotismo consiste en extraer de éste una lógica que se apoya y se desarrolla sobre la base de una preparación filogenética. Una vez conquistada y organizada la sensorialidad, poco a poco los pensamientos inconscientes irán encontrando modos cada vez más efectivos de hacerse conscientes. Primero, se apelará al registro visual y luego a un registro motriz (Freud, 1950a), hasta que finalmente será la palabra el modo más eficaz de lograr hacer consciente lo inconsciente, cuando el aparato psíquico logre su división en instancias (ello, yo, superyó) y sistemas (inconsciente, preconsciente, consciente), luego de producida la represión primordial.

El preconsciente y su legalidad interna

A lo largo de distintos trabajos, Maldavsky (1979, 1985, 1986a, 1988a, 1989b, 1997) estudia la estructura del preconsciente. Destacaremos un aspecto esencial de dicha estructura: su función. El preconsciente tiene como función principal hacer consciente lo inconsciente (Freud, 1915e), a lo cual se añade otra, la de permitir el intercambio interindividual.

En "Pegan a un niño", Freud (1919e) describe el preconsciente prestando atención a su enlace con los procesos pulsionales: su límite inferior lo constituye la primera censura y linda con lo inconsciente; su límite superior lo

separa de la conciencia a través de la segunda censura. En esta estructura tienen especial valor, por un lado, los procesos acontecidos en el ello que buscan cualificación y, por otro, ciertas normas consensuales, que permiten y al mismo tiempo condicionan el modo de intercambio con los semejantes. En este texto, Freud propone la existencia de una estratificación de fantasías, unas sepultadas por la represión primordial (integrantes de diversos complejos: Edipo, castración, fraterno) y otras más cercanas a la conciencia, separadas de ella por la segunda censura. Las fantasías integran elementos de los deseos como expresiones de la pulsión, de los representantes anímicos de la realidad y del superyó. El carácter de la formación preconciente dependerá de la defensa puesta en juego.

En el primer estrato del preconsciente, el contenido consiste en un conjunto de fantasías masoquistas (Maldavsky, 1980a, 1986, 1997). En este nivel, cada pulsión encuentra representantes: cada uno de los siete lenguajes pulsionales posee un tipo específico de goce, de procesos afectivos, de lógica del pensamiento, de motricidad eficaz, de formalización de la sensorialidad y de manifestaciones, verbales y sonoras, que se expresarán fundamentalmente en palabras.

En el segundo estrato del preconsciente las fantasías primordiales se expresan como historias que en cada lenguaje del erotismo se organiza de un modo diferente (Maldavsky, 1980a). Pueden detectarse dos estados y tres transformaciones: un estado inicial (fantasía de vida intrauterina), una primera transformación (fantasía de seducción), una segunda transformación (fantasía de escena primordial), una tercera transformación (fantasía de castración) y un estado final.

En el tercer estamento, la segunda censura aplica transformaciones a través de ciertas reglas de decibilidad -o normas consensuales-, que desfiguran el material anímico según determinados criterios. Maldavsky (1980a. 1986a. 1992, 1997a) propone distinguir entre seis tipos de condiciones impuestas a las formaciones sustitutivas para acceder a la conciencia y la manifestación: orgánicas, fonémicas, sintácticas, semánticas, pragmáticas y lógicas. Los procesos retóricos derivan de modos reglados de trasgresiones a dichas reglas, que ponen de manifiesto los recursos anímicos del yo para encontrar transacciones entre sus tres amos. La defensa funcional permite operar las transformaciones retóricas como expresión de determinado lenguaje del erotismo. En su libro sobre el chiste, Freud (1905c) describe un repertorio de juegos retóricos, que pueden ser considerados como trasgresiones regladas de las normas consensuales y que representan transacciones entre el deseo y la realidad representadas en el psiquismo. La defensa patógena se presenta como una perturbación retórica que afecta a un sector definido de dichas normas. Es decir que el yo debe encontrar transacciones entre la necesidad de expresar un erotismo en palabras y las reglas de decibilidad. En consecuencia para cada erotismo resultan estilos, contradicciones, una temporalidad, una espacialidad. Las fantasías en este estrato reciben diferentes alteraciones y retoques, producto del efecto que han tenido sobre ellas los procesos retóricos.

Anteriormente nos hemos referido a la coexistencia de varios lenguajes del erotismo en un mismo sujeto, al tiempo que coexisten distintos sistemas defensivos. Desde esta perspectiva, es posible identificar y determinar

preeminencias en el material analizado y detectar cuáles son los puntos de urgencia clínicos.

El ADL: una herramienta para la investigación Métodos de investigación en psicoanálisis

Antes de referirnos específicamente al ADL, haremos una breve reseña acerca de algunos métodos de investigación en psicoanálisis. Moser (1989) distingue dos tipos de investigación en psicoanálisis: "on line" y "off line". Se refiere a la primera como a aquella que todo terapeuta realiza en el transcurso del tratamiento con el paciente. Se trata de un tipo de investigación inherente al trabajo analítico. La investigación "off line", por el contrario, es la que se realiza con diferentes métodos que se administran al material de los pacientes. Esta última se realiza sobre el material desgrabado de la sesión o de la entrevista y en ausencia del paciente. Es la denominada "investigación empírica sistemática".

Existen diversos métodos que se emplean para el estudio de casos únicos. En general las entrevistas se graban y luego se desgraban de acuerdo con ciertas reglas (Mergenthaler, 1996), sea cual fuere el método que posteriormente se emplee para el estudio del material. Entre los distintos métodos existentes mencionaremos el CCRT, desarrollado por Luborsky y Crist-Cristoph (1986). Este método intenta vincular los cambios a lo largo del proceso terapéutico y los resultados de los tratamientos con la observación o la permanencia del CCRT (Patrón Central de Relaciones). Le interesa investigar cuál es la pauta central de relaciones que cada paciente establece. El objetivo es la localización de los temas que se repiten con mayor frecuencia en el discurso del paciente y los episodios relacionales donde se encuentran los conflictos centrales. Otro método es el Modelo de Ciclos Terapéuticos (Mergenthaler, 1996), cuyo objetivo es estudiar la presencia de "keymoments": momentos clínicos clave, a los que caracteriza como puntos de inflexión equivalentes al insight terapéutico. Bucci (1992) por su parte, desarrolló otro método, el de Actividad Referencial. Para la conceptualización y medición de la misma estableció cuatro escalas, desarrolladas para detectar el grado en el que la emoción y la fantasía se expresan en palabras. Estas son: concreción, especificidad, claridad y presentación de imágenes. Según Bucci, un nivel bajo de actividad referencial en el discurso de un sujeto es indicador de que el paciente aún no ha integrado, en el nivel lingüístico, la experiencia que está relatando. Otro método, el Plan Formulation Method (PFM), fue creado por el Mount Zion Psychotherapy Research Group (Curtis y Silberchatz, 1991). Sus objetivos son identificar: problemas manifiestos y latentes en el discurso del paciente, obstáculos y resistencias para llevar a cabo los objetivos de la terapia, y cómo trabaja el paciente en el tratamiento para resolver estos problemas. El marco teórico de este método es la teoría psicoanalíticacognitiva. Dahlbender y otros (1991) proponen, por su parte, el método PCR (Patrones Centrales en la Relación), surgido como intento de superación del CCRT, que no se propone la detección de conflictos sino encontrar esquemas de relación. Otros autores que merecen ser nombrados son Kächele y Thomä, quienes se han preocupado por definir la investigación empírica y el análisis de casos en varias oportunidades (1990, 1991, 1995).

En el año 1994, la revista *Psychotherapy Research* publicó el estudio de un misma sesión (se trataba de una primera entrevista) aplicando diversos métodos conocidos hasta ese momento: el FRAMES, de Dahl y Teller, el

CMRR, de Horowitz, el SASB, de Schacht y Henry, el CRPF, de Rosemberg y colaboradores, el ICF, de Perry, el PFM, de Curtis y colaboradores y el CCRT, de Luborsky y colaboradores. Los siete equipos de investigadores aplicaron su método al análisis de una misma entrevista y, si bien cada uno puso el acento en el estudio de problemas diversos, se lograron algunas coincidencias que, sin embargo, fueron parciales. En cada uno de los métodos se observan hallazgos valiosos que, aunque enfatizan el análisis desde perspectivas diversas algunos más acordes con la teoría psicoanalítica y otros que la toman parcialmente o bien la combinan con otras teorías-, coinciden en el intento de plasmar un modo de categorizar cómo se encadenan las hipótesis que conforman la teoría y cómo se articulan con el hecho clínico. Lo enriquecedor de esta publicación es el hecho de constatar coherencias y tensiones teóricas que podríamos considerar dentro de un marco epistémico-metodológico más general- entre el método de investigación que cada grupo ha desarrollado y la trama de hipótesis en la que dice estar sustentado. Se pone en evidencia, luego de este recorrido, que existe una necesidad actual de realizar estudios que describan y expliquen en forma apropiada las características de los procesos, las evoluciones clínicas y los cambios psíquicos que se dan en el marco de la psicoterapia psicoanalítica. Si bien lo común de estos métodos es la interpretación psicoanalítica de los datos, tanto las hipótesis que se manejan como los objetos que se estudian, varían.

Descripción del ADL

El ADL es un método mixto de análisis del discurso, que estudia –desde un marco teórico psicoanalítico- el erotismo y las defensas en un mismo material, en tres niveles diferentes: nivel micro o nivel de redes de palabras, nivel intermedio o nivel de estructuras-frase, y nivel macro o nivel del relato. El método es mixto dado para el análisis micro se aplica un programa computarizado y para los otros dos un análisis con grillas. El programa computarizado es de tipo cerrado y contiene una base de datos que permite reconocer ciertos términos de un discurso como representativos de un grupo específico. El análisis de los otros dos niveles se realiza de manera manual, en donde se aplica una clasificación previamente establecida. En los tres niveles se utilizan categorías ligadas al análisis de los lenguajes del erotismo, que combinados, dan mayor confiabilidad al resultado.

El programa computarizado del nivel micro del ADL categoriza las palabras a partir del interrogante psicoanalítico sobre la erogeneidad en juego. Este programa "marca" las palabras como expresión de una u otra erogeneidad a partir de las bases de datos de 650.000 palabras contenidas en el instrumento. El informe producido por el programa requiere de una serie de actividades complementarias por parte del investigador, que describiremos más adelante. Se prestará atención a componentes fonológicos y semánticos de las palabras.

Parte de la originalidad de este método reside en el análisis de frases, que los métodos ya descriptos no consideran: toman palabras, relatos, o ambos. Maldavsky (1987a, 1990b,1992) sostiene que el análisis de las estructuras-frase resulta de particular interés para detectar el lenguaje del erotismo. Siguiendo a Freud, otorga importancia por ejemplo, a la frase de promesa en la histérica, en donde los verbos, sustantivos, adjetivos o adverbios poseen una función definida. Los verbos resultan de particular importancia, ya

que expresan la meta de determinada pulsión, y en torno de este elemento de la frase se organizan los sustantivos, adjetivos y adverbios con funciones diversas, como supuestos sujeto, objeto, destinatario y contexto en relación con ciertas acciones y estados.

En cuanto al método de análisis de secuencias amplias, estudia el erotismo y la defensa. La hipótesis central consiste en que el relato permite detectar la erogeneidad del paciente en sesión, y que la defensa se infiere por la posición del hablante en las escenas que narra. Ya hemos hecho referencia a un repertorio acotado de erogeneidades (siete) y de defensas eficaces (que a su vez pueden entrar en múltiples combinatorias), y la existencia correlativa de un repertorio también acotado de escenas, que describiremos más adelante, y de posiciones alternativas en que pueden ubicarse los personajes. Cada sensualidad se manifiesta en un grupo acotado de relatos que reunen la erogeneidad con las fantasías primordiales, configurando un relato matriz que da cuenta de los diversos contenidos para las escenas según el erotismo en juego (Maldavsky, 2002).

Aplicación del ADL

El método requiere de la aplicación de los tres niveles (redes de palabras, estructuras-frase y relato) y del contraste entre ellos en una misma unidad de análisis. Dicho análisis sigue siempre una secuencia: una posibilidad entre otras consiste en primer lugar, en fragmentar el material siguiendo criterios temáticos ligados a las manifestaciones, no teóricos. En segundo término, realizar una síntesis que agrupa los diversos fragmentos en temas; luego ordenar los relatos de cada tema en una misma secuencia narrativa. En cuarto lugar, una vez ordenado el material en relatos, sintetizar los distintos fragmentos -teniendo en cuenta la redundancia interna- en uno más abarcativo, con lo cual se configura un relato ordenado en una serie de escenas determinadas que se contrastará con las descripciones de los tipos de secuencias narrativas de los distintos lenguajes del erotismo. Es muy posible que un mismo relato -tal como ocurre en el nivel de las palabras y el de las frases- testimonie la presencia de varios lenguajes del erotismo coexistentes, entre las cuales se vuelve necesario detectar prevalencias y subordinaciones relativas. Cuando existen diferencias entre los resultados de los análisis del relato, de las frases y de las redes de palabras, es preferible dar crédito a los resultados del análisis más global, el de las secuencias narrativas.

El análisis de las redes de palabras o redes de signos pretende establecer el predominio de determinado lenguaje del erotismo dentro de un texto. Dado que un problema habitual consiste en que muchas palabras tienen una significación múltiple, puede ocurrir que su significatividad corresponda a más de una erogeneidad. La restricción de la significatividad de las palabras se efectúa cuando se las inserta en redes, y en determinadas secuencias narrativas. Los distintos niveles de análisis favorecen recíprocamente su eficacia respecto de la investigación clínica.

Este nivel de análisis sirve para cuestionar o avalar el análisis de las secuencias narrativas, al tiempo que nos ofrece datos acerca de una anticipación acerca de relatos que aún no han sido desplegados. Es decir que este nivel de análisis tiene ante todo una función de control del nivel macro.

El programa computarizado tiene distintas funciones: distribuir las palabras señaladas en columnas correspondientes a cada uno de los lenguajes

del erotismo, detallar las características gramaticales de los términos detectados, señalar cuáles han sido detectados y cuáles no, exponer las diversas opciones de interpretación erógena que el diccionario presenta para alguna palabra y proponer al usuario la elección de una de ellas (también pueden ser varias, todas o ninguna), determinar las cantidades de palabras del texto íntegro, de aquellos detectados y los que aparecen en cada una de las columnas, plantear un valor cuantitativo para cada palabra señalada (correspondiéndose con un índice de calibración), proponer un abanico de significatividades erógenas (coloreando de modo diferente las palabras, con siete colores, uno para cada lenguaje del erotismo) en un texto dado, suprimir ciertas opciones vertidas en cada columna según ciertos criterios, y eliminar una de las dos opciones que se dan una tras otra en una misma columna (que generalmente derivan del hecho que el programa marcó dos veces la misma palabra puesto que posee un doble valor gramatical). A modo de ejemplo, la palabra "como" puede tener el valor de verbo, adverbio o preposición según el lenguaje del erotismo en juego². Para poder optar, es indispensable cruzarlo con redes de palabras. Una vez que el programa arrojó los resultados, debemos efectuar una serie de operaciones: despeje, crítica contextual, complemento y contraste. El despeje se basa en detectar redundancias entre las columnas que corresponden a los distintos lenguajes del erotismo, la crítica contextual consiste en elegir alternativas que el programa presenta (tal como hemos presentado con la palabra "como"), el complemento detecta e incluye ya sea palabras compuestas (acuso recibo), localismos (bondi) y palabras extranjeras (sport), y el contraste reside en comparar los resultados obtenidos con el programa y manualmente.

A los resultados obtenidos a través del programa computarizado debe aplicársele la calibración. Sin su aplicación, los resultados no son comparables con los niveles de análisis de frases y de relato. Dicha calibración es resultado del discernimiento que la base de datos de palabras para cada lenguaje del erotismo era desproporcionada, siendo mucho más numerosa la del erotismo anal secundario. Posiblemente tenga que ver con que la palabra, a partir de esa fase del desarrollo libidinal, se configura como unidad del preconciente, y como modo privilegiado de manifestación de pensamientos, afectos y deseos.

En cuanto a las estructuras-frase y los componentes verbales y paraverbales, también son expresión de los lenguajes del erotismo. Allí las defensas se infieren por el análisis de los procesos retóricos, ya que las defensas patógenas se expresan como perturbaciones retóricas.

Las estructuras-frase desde el ADL se definen en términos semánticos, centrados en la significatividad erógena. Maldavsky (2002) propone dos análisis paralelos en cuanto a la estructura-frase: palabra y línea melódica. En lo que concierne a la palabra-frase ésta toma en cuenta ciertas estructuras

Erotismo intrasomático: "Cada mañana, como dos tostadas y un té"

Erotismo oral secundario: "Todas las semanas como con mis amigos".

Erotismo fálico genital: "Como los más exquisitos manjares".

Como en calidad de adverbio:

Erotismo fálico uretral: "Su cabello rubio, como desteñido".

Erotismo fálico genital: "Todos corrieron como locos".

Como en calidad de preposición:

Erotismo anal secundario: "Lo fantástico, como ruptura de lo conocido, nos presenta lo inadmisible dentro de la realidad cotidiana".

² Ei: Como en calidad de verbo:

características de determinado lenguaje del erotismo (por ejemplo, el juramento en las neurosis obsesivas). El análisis de la frase incluye: en primer lugar, el estudio del armado gramatical de la frase, que presta atención a los tiempos verbales empleados, por ejemplo, si el sujeto está presente o no, las interrupciones, etc., en segundo lugar, el análisis de los contenidos de dicha frase: banalidades, claves, quejas, denuncias, juramentos, refranes o elogios³, según el lenguaje del erotismo al que corresponda.

En este nivel de análisis, el autor propone subordinar el contenido a la forma (por ejemplo si se trata de una reflexión abstracta, una pregunta), y asociar dos criterios para determinar prevalencias relativas: el del relato (que jerarquiza el valor lógico del final del relato) y el de la palabra (que acepta que una misma palabra tenga simultáneamente múltiples valores erógenos, si bien pueden resultar conflictivos). El análisis que subraya el valor de las prevalencias relativas se da dentro de cada uno de los dos niveles: los componentes paraverbales y los verbales. El estudio de las estructuras-frase también permite analizar el vínculo transferencial.

En relación con los componentes paraverbales, éstos tienen un triple valor: por un lado, tienen un valor sintáctico, en el sentido de establecer intuitivamente la extensión de la frase y la organización interna de sus fragmentos, que, transcripto a la escritura, se pone de manifiesto con las notaciones sintácticas: puntos, comas, paréntesis, dos puntos, etc. Otro valor se pone de manifiesto cuando la frase va connotada de algún matiz afectivo (por ejemplo una exclamación). Un tercer valor consiste en su componente pragmático: una orden de no interrumpir al hablante hasta que no haya completado su frase.

Maldavsky (2002) propone dos grillas en las cuales se consideran los distintas componentes verbales y paraverbales. A ambos se les aplica también una calibración, que estipula para cada columna un valor inversamente proporcional al número de elementos que engloba, en relación con las otras.

En el tercer nivel, se encuentra el estudio de la secuencia amplia. Este análisis abarca fundamentalmente el análisis de la posición-sujeto en la escena: las relaciones objetales, las acciones, el ideal, la representación-grupo, los afectos dominantes, las concepciones témporo-espaciales, los tipos diferenciales de actividad motriz, de representación-cuerpo, de representación-grupo, la configuración del ideal del yo, tienen un alto grado de especificidad, ya que para cada lenguaje del erotismo adquieren cualidades particulares.

El análisis central de la secuencia narrativa está centrado en el estudio de las escenas correspondientes a las fantasías primordiales para cada erotismo. En "Pegan a un niño" Freud (1919e) explica el procesamiento de las fantasías, según el predominio de determinado mecanismo de defensa, de modo tal que las manifestaciones serán producto tanto el lenguaje del erotismo predominante como de la defensa en juego. Las fantasías originarias son de carácter filogenético: vida intrauterina, seducción, escena primaria y castración

³Erotismo intrasomático: cuentas, banalidades, adulación, inconsistencia, catarsis.

Erotismo oral primario: deducción abstracta, oraciones en clave, alusiones a teorías, metafísica.

Erotismo oral secundario: lamento, queja, rezongo, reproche, imploración.

Erotismo anal primario: injuria, denuncia, confesión, calumnia, orden, amenaza.

Erotismo anal secundario: proverbios, objeciones, frases adversativas, juicios críticos.

Erotismo fálico uretral: presagios, muletillas, refranes, chismorreo.

Erotismo fálico genital: elogio, dramatización, promesa, exageración, exclamación.

(Freud, 1916-17, 1918b, 1939a) y según el erotismo en juego se presentarán de determinado modo. Se trata de fantasías propias del período edípico, momento en el cual se configura una organización psíguica de base. Maldavsky (1999) señala al respecto: "Dado que la hipótesis referida a las fantasías originarias abarca al conjunto íntegro de los individuos, y se ensambla con la teoría de la percepción, los afectos y la vida pulsional, resulta apta para dar cuenta de una base común, de la cual derivan, a su vez, variedades que no son ni particulares (que abarcan a un individuo) ni singulares (que corresponden a un aspecto específico de éste), sino generales (que incluyen a un conjunto de sujetos, pero no a todos). El cruce de las hipótesis sobre las fantasías primordiales con el de la erogeneidad permite realizar un pasaje de lo universal a lo general, para lo cual es necesario hallar un camino" (pág. 75). Es decir que el carácter universal de las fantasías primordiales, sumado a la posibilidad de encontrar en ellas características generales para diversos conjuntos de sujetos configura una posibilidad para el estudio de los lenguajes del erotismo según cada estructura.

Las narraciones están compuestas por cinco escenas. Dos de ellas constituyen estados; las otras tres, transformaciones de dichos estados. La narración contiene un estado inicial de equilibrio inestable, quebrado por una primera transformación, correspondiente al despertar del deseo, luego por una segunda, inherente a la tentativa de consumarlo, y por una tercera, que incluye las consecuencias de dicha tentativa. De allí se pasa al estado final. En el discurso del paciente podemos encontrar supresiones (narraciones solo del estado final, o de la escena en que el deseo despierta), redundancias, permutaciones o bien, condensaciones.

En este nivel de análisis importa estudiar si los lenguajes del erotismo se presentan en versiones eufóricas o disfóricas. Muchas veces se plantean ambas variantes. Dado que este tipo de análisis tiene en cuenta las prevalencias y las subordinaciones, lo importante será analizar cuál de las versiones es la predominante. Es importante señalar que en la mayoría de las oportunidades no contamos con el relato completo, sino que nos encontramos o bien con fragmentaciones u omisiones, redundancias, inversiones o sustituciones.

En el relato se pone de manifesto la teoría de la defensa en el plano de las manifestaciones. Como las defensas son destinos de pulsión, ellas mismas son también parte del lenguaje del erotismo. Las defensas y los relatos son formas diferenciales en que el vo da cabida psíquica a una erogeneidad. Si bien cada relato es indicio de la presencia un grupo de defensas, por este medio no podemos decidir ni si tales defensas son normales o patógenas, ni si, siendo patógenas, han tenido éxito o han fracasado. Maldavsky (2002) considera que para decidir si la defensa es normal o patógena resulta fundamental considerar la posición del relator. Sostiene que, si el relato es producto de la erogeneidad, la posición del relator en las escenas que describe es indicio de la normalidad o la patología de la defensa. Categoriza distintas posiciones según las hipótesis freudianas, sobre todo en tres textos (Freud, 1914c, 1919h, 1921c): modelo (M), objeto (O), rival (R), ayudante (A), sujeto (S) y doble idéntico (DI). El sujeto (que es activo respecto de su deseo) posee un modelo o ideal, un objeto de deseo, un rival y ayudantes, así como sus dobles, pero también el objeto y el rival poseen sus dobles, sus modelos y ayudantes. Se trata de clases de personajes, definidos por sus funciones, en las que el modelo, el sujeto y el doble idéntico se encuentran en posiciones ligadas al ser, mientras que el rival y el objeto de deseo están ligados al tener y el hacer. Si el relator no logra identificarse con la posición sujeto, la cede a otro, quien la desarrolla a costa de él.

Maldavsky (2002) distingue cuatro alternativas en estudio de las defensas en el nivel del relato: la de quien desarrolla defensas no patógenas, la de quien sufre los efectos de una represión, la de quien padece rasgos patológicos de carácter, derivados de la combinatoria entre identificaciones defensivas y desmentida (secundarias y no secundarias a la represión), y la de quien tiene momentos psicóticos determinados por una desestimación de la realidad. En todas las ocasiones el lenguaje del erotismo aporta la escena, y la defensa define la posición del sujeto que narra en ella.

En la escena, el paciente tiene cinco opciones: según la primera, puede ubicarse en la línea de la tentativa de avanzar según su deseo, la segunda consiste en que se detenga o arruine ese intento. En la tercera opción, hay una hipertrofia de ese avance a costa de quienes lo rodean; en la cuarta, el sujeto puede interferir el avance deseante no sólo en sí mismo (hasta el punto de no consumar acción alguna acorde al deseo) sino también en otros. Por último en la quinta alternativa, tanto si hay hipertrofia o si hay interferencia contra sí mismo o contra un tercero, se da una desorganizción en un estallido violento, que puede perdurar en un encierro solitario. La primera opción corresponde a la defensa no patógena, la segunda, a la represión (y eventualmente a su fracaso). La tercera y la cuarta son inherentes a las caracteropatías, y la quinta, a los momentos psicóticos.

A modo de final

Hemos partido del supuesto que todo método de investigación posee una teoría que lo sustenta. Por este motivo nos ha interesado revisar los supuestos en los cuales se basa el ADL, para luego centrarnos en su descripción y puesta en práctica.

Bibliografía

- Abraham, K. (1924), "Breve estudio del desarrollo de la libido a la luz de los trastornos mentales", *Revista de Psicoanálisis*, II, 2, 1945.
- Almasia, A. (2001), Estudio exploratorio del lenguaje en un sujeto con apego a internet. Tesis de Maestría en problemas y patologías del desvalimiento, Buenos Aires, UCES, inédito.
- Cukier, J. (1993), "Una escucha diferente", *Revista de Psicoanálisis*, 1993, L. 4-5, Buenos Aires.
- Curtis, J. et al. (1994), "The plan formulation method", *Psychotherapy Research*, 4, 3-4, 1994.
- Dahl, H. y Teller, V. (1994), "The Characteristics, Identification, and Application of FRAMES", *Psychotherapy Research*, 4, N. 3-4, 1994.
- Freud, S. (1900 [1899]), La interpretación de los sueños, A. E., 4, 5. (1905c), El chiste y su relación con lo inconsciente, A. E., 23.

- (1905d), Tres ensayos de teoría sexual, A. E.,7.
- (1912-13), Tótem y tabú, A.E., 13.
- (1913i), "La predisposición a la neurosis obsesiva", A. E., 12.
- (1914c), "Introducción del narcisismo", A. E., 14.
- (1915c), "Pulsiones y destinos de pulsión", A. E., 14.
- (1915e), "Lo inconciente", A. E., 14.
- (1918b [1914]), "De la historia de una neurosis infantil", A. E., 17.
- (1919e), "Pegan a un niño (Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales)", A. E., 17.
- (1919h), "Lo ominoso", A. E., 17.
- (1920g), Más alla del principio del placer. A. E., 18.
- (1921c), Psicología de las masas y análisis del yo, A. E., 18.
- (1923d), El yo y el ello, A. E., 19.
- (1925h), "La negación", A. E., 19.
- (1926d [1925]), Inhibición, síntoma y angustia, A. E., 20.
- (1933a), Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, A. E., 23.
- (1940a [1938]), Esquema de psicoanálisis, A.E., 23.
- (1950a), Los orígenes del psicoanálisis, A. E, 1.
- Guiard, F. E. (1976), "Sobre el componente musical del lenguaje en etapas avanzadas y finales del análisis", *Revista de Psicoanálisis*, XXXIV, 2, 1977, Buenos Aires.
- Hölzer, M. y Dahl, H. (1996), "How to find FRAMES", *Psychotherapy Research*, 6, N.3,1996.
- Horowitz, M. *et al.* (1993), "Elaboration an Dyselaboration: Measures of Expression and Defense in Discourse", *Psychotherapy Research*, 3, N. 4, 1993.
- Horowitz, M. (1994), "Configurational Analysis and the Use of Role-Relationship Models to Understand Transference", *Psychotherapy Research*, 4, N. 3-4, 1994.
- Horowitz, L. y Rosemberg, S. (1994) "The consensual response psychodynamic formulation: I. Method and research results", *Psychotherapy Research*, 4, N. 3-4, 1994.
- Jones E. (1995), "How will Psychoanalysis study itself?", en T. Shapiro y R. Emde (comps.), Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome, IUP, Nueva York.
- Kächele, H. (1991), "Investigación psicoanalítica", *Revista Chilena de Psicoanálisis*, págs. 55-68.
- Kächele, H. y Thomä, H. (1990), *Teoría y práctica del psicoanálisis*, Barcelona, Herder. (1995), "Psychoanalytic process research: Methods and

achievments", en T. Shapiro y R. Emde (comps.), *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome*, IUP, Nueva York.

- Kazez, R. (1994), "Una aproximación al complejo de Edipo", en Neves, N y Hasson, A (1994), Del suceder psíquico, Buenos Aires, Nueva Visión.
 (1996b), "Del rasgo a la letra: nexos entre ideografía y pensamiento", en Actualidad Psicológica Nº 235, Buenos Aires. (1997c), "Aprendizaje de la lengua en niños sordos", en Revista AUL.A, Nº 16, México D.F., México.
 (2002), Estudio exploratorio del lenguaje en dos momentos de un tratamiento psicoterapéutico. Tesis de Maestría en problemas y patologías del desvalimiento, Buenos Aires, UCES, inédito.
- Klein, M. (1945), "The Oedipus complexe in the light of early anxieties", International Journal of Psychoanalysis, 1946, en Hinshelwood, R. (1989), Diccionario del pensamiento kleiniano, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Liberman, D. (1970), *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, Buenos Aires, Galerna-Nueva Visión, 1971-72.
- Luborsky, L. Crits-Christoph, P (1990), *Understanding Transference*, New York, Basic Books.
- Luborsky, L., Barber, J.P. Diguer, L (1992), "The meanings of Narratives During Psychotherapy The fruits of a New Observational Unit" *Psycohotherapy Research* 2.
- Luborsky, L. *et al.* (1994), "The Core Conflictual Relationship Theme", *Psychotherapy Research*, 4, N. 3-4, 1994.
- Moser, U. (1989), "On Line und Off-Line, Praxis und Forschung: eine Bilanz", Psychologisches Institut der Universität Zürich, en Kächele H. (1992), "Investigación psicoanalítica: 1930-1990", Revista Chilena de Psicoanálsis: 55-69.
- Maldavsky, D. (1979), "Análisis del preconsciente como sistema de transformaciones", Actualidad Psicológica, 50, Buenos Aires. (1980a), El complejo de Edipo positivo. Constitución y transformaciones, Buenos Aires, Amorrortu, 1982. (1980b), "Transformaciones representacionales constituyentes del aparato psíquico en la adolescencia", en Quiroga, comp. Adolescencia: de la metapsicología a la clínica, Buenos Aires, Amorrortu, 1984. (1985), "Los estilos y el problema de la estructura del preconciente". Revista de la Asociación Escuela Argentina de

- psicoterapia para graduados. N. 12-13, 1986, Buenos Aires. (1986a), Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1988.
- (1988a), "Psicosomática: estructura preconciente y ensambladura defensiva", *Revista de Psicoanálisis*, XLV, 5, 1988, Buenos Aires.
- (1988b), "Metapsicología de la histeria de conversión. Puntualizaciones y propuestas", *Revista de Psicoanálisis*, XLIV, 3, 1987, Buenos Aires.
- (1989a), "Sobre la espacialidad psíquica y la teoría de los dobles", *Actualidad Psicológica*, 151, Buenos Aires.
- (1989b), "Sobre la teoría freudiana de la producción de las manifestaciones", *Revista de Psicoanálisis*, XLVI, 2-3, Buenos Aires.
- (1989c), "Proferencias sonoras y procesos voluptuosos", *Revista Todo el mundo Psi.*
- (1989d), "Lenguajes del erotismo", *Actualidad Psicológica*, 158, Buenos Aires.
- (1991b), "Metapsicología del tiempo y clínica de la repetición", *Revista de Psicoanálisis*, XLVIII, 4, Buenos Aires.
- (1991c), *Procesos y estructuras vinculares*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- (1992), *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- (1993), *Judeidad. Modalidades subjetivas*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- (1995a), *Pesadillas en vigilia*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- (1995b), Linajes abúlicos, Buenos Aires, Paidós.
- (1997), Sobre las ciencias de la subjetividad, Buenos Aires, Nueva Visión.
- (1998a), Casos atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- (1998b), Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico-clínicas en neurosis y psicosis, Buenos Aires, Nueva Visión.
- (1999), Lenguaje, defensas, pulsiones. Redes de signos, secuencias narrativas y procesos retóricos en la clínica psicoanalítica, Buenos Aires, Nueva Visión.
- (2002), Análisis computacional del discurso desde la perspectiva psicoanalítica. Inédito.
- Megenthaler, E. (1996), "Emotion-Abstraction Patterns in verbatim protocols: a new way of describing psychotherapeutic processes", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, págs. 1306-1315.
- Miller, N.; Luborsky, L.; Barber, J. y Docherty, J. (comps.), (1993), *Psychodynamic Treatment Research. A Handbook for Clinical Practice*. New York, Basic Books.
- Moreira, D. (1995), *Psicopatología y lenguaje en psicoanálisis*. Buenos Aires, Homo Sapiens.

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

Schacht, T. y Henry, W.

(1994), "Modeling Recurrent Patterns of Interpersonal Relationship with Structural Analysis of Social Behavior: The SASB-CMP", *Psychotherapy Research*, 4, N. 3-4, 1994.

Primera versión: 19 de julio de 2002 Aprobado: 25 de octubre de 2002

NUEVO INSTRUMENTO PARA UN DIAGNOSTICO EN SUPERVISIÓN

Clara López Moreno****, Beatriz Dorfman Lerner*, M. Pía Vernengo**, Silvia Acosta**, Andrés Roussos**, Cristina Schalayeff*

Resumen

Este artículo se refiere al Protocolo de Elementos Diferenciales para un Diagnóstico Psicodinámico en Supervisión (EDDP). El mismo tiene como objetivo la operacionalización del diagnóstico psicodinámico realizado en la supervisión, así como la obtención de información sobre las dinámicas transferenciales-contratransferenciales de las díadas paciente-terapeuta y supervisor-supervisando. Pretendemos medir indicadores de constructos teóricos dentro de un marco psicoanalítico que entendemos son relevantes para la clínica.

Este instrumento fue creado en el marco de una investigación sobre la detección de indicadores de cambio psíquico en psicoterapia psicodinámica mediante la aplicación de métodos clínicos y empíricos en seis pacientes a lo largo de dos años de tratamiento.

Consta de dos módulos: el primero describe el funcionamiento del paciente en diversas áreas con el fin de facilitar el diagnóstico psicodinámico y el segundo plasma lo acaecido en la supervisión del paciente, por medio de un cuestionario que incluye al terapeuta y al supervisor.

En este artículo presentamos su versión actual, que es el resultado de los trabajos realizados en los últimos cinco años. Incluimos también consideraciones generales sobre el marco teórico que sustenta su utilidad en el contexto de las supervisiones psicodinámicas, el entrenamiento requerido para su uso y los estudios realizados para testear su validez y confiabilidad.

El EDDP se mostró como una herramienta útil para cada terapeuta y su supervisor con la ventaja de que este instrumento solo requiere un breve período de entrenamiento para su aplicación. A su vez, permite realizar estudios sincrónicos y diacrónicos de tratamientos psicodinámicos.

Palabras clave

Diagnóstico psicodinámico, supervisión, evaluación deltratamiento, interacción supervisado-supervisor

Summary

The aim of this paper is to present the Protocol of Differential Elements for a Psychodynamic Diagnostic in Supervision (DEPD). The objective of this instrument is to operacionalize the psychodynamic diagnostic made during the supervision session. A second objective is to obtain information about transferencial-countertransferencial's dynamisms of the client-therapist and supervisor- supervisee dyad.

** Universidad de Belgrano (Argentina).

^{*} Asociación Psicoanalítica Argentina.

^{**} E-mail: calma@pccp.com.ar

Our intention is to measure indicators of theoretical constructs in a psychoanalytic framework because we consider them important for the clinical work.

DEPD was developed to standardize the data obtained while investigating indicators of psychic change in psychodynamic psychotherapy. The indicators were evaluated by means of clinical and empirical methods in six patients during a two year treatment

The protocol consists of two modules: the first is based on patient's behavioral elements to objectivize the diagnostic and prognosis by the therapist. The items of the second module intends to show the dynamics established between supervisor and supervisee, including the countertransference therapist-patient and supervisor-supervisee.

In this article we present the last version of DEPD. It summarizes the work done during the last five years. It means: its development while DEPD was being tested for validity and reliability and general considerations on the training required for its use as well as theoretical and pedagogical comments regarding its usefulness in psychodynamic supervisions.

The DEPD, thought to compare different patients, has been for us a useful instrument for diagnostic and follow-up of treatments and supervisions, as well as for the analysis of the interaction between supervisor-supervisee.

The comparison of successive protocols of the same patient permits to gather information in respect of the evolution of the therapeutic process.

Key words

psychodynamic diagnostic - supervisions - evaluation of the therapeutic process - supervisor- supervisee dyad.

Introducción

En este artículo presentamos un método cuyo objetivo es estandarizar y objetivar la información obtenida durante el proceso de supervisión. Partimos de la base de que a través de la supervisión el supervisando logra acceder a su propia experiencia psicológica interna y puede aplicar el aprendizaje teórico y técnico adquirido durante su formación (Acosta, 2002). Respecto de la supervisión, Ekstein y Wallerstein (1958) conceptualizaron que, dentro de un marco psicoanalítico, su objetivo principal es incrementar la adquisición de capacidades terapéuticas. Consideramos que es función del terapeuta y de su supervisor identificar las singularidades de cada proceso terapéutico y comprender al paciente en un contexto teórico y técnico más amplio a fin de lograr un abordaje adecuado de su problemática.

Por otra parte, acordamos con Watkins (1997) en que es importante establecer dentro de la supervisión, un diagnóstico psicodinámico, elaborar las estrategias más apropiadas para abordar el tratamiento y observar la evolución del proceso. En este aspecto, numerosos autores, entre ellos Bernard y Goodyear (1992); Wampold y Holloway (1997); Wampold y Kim, (1989); Holloway y Poulin (1994); Poole, Folger y Hewe (1987); Elliot, (1983) y Lambert y Ogles (1997) remarcan la necesidad de evaluar los procesos terapéuticos si se quiere desarrollar formas de supervisión más eficaces.

Tanto desde la perspectiva educacional como desde el impacto que tiene el proceso de supervisión sobre el tratamiento, se hace necesario encontrar estrategias que permitan dar cuenta del proceso en sí mismo, sus dificultades y sus resultados. Algunas líneas de investigación afirman que organizar la información permite una mayor estructuración de los conocimientos y por lo tanto un mejor aprendizaje (Linehan, 1980 y Watkins, 1997). El EDDP es acorde con estos desarrollos, pues consideramos que la estructuración de la tarea en torno a dimensiones e indicadores objetivados mejora no sólo la calidad del aprendizaje de los supervisandos sino que brinda una oportunidad valiosa para describir y observar los cambios ocurridos en los procesos terapéuticos (López Moreno et al., 2001).

Este protocolo operacionaliza un diagnóstico psicodinámico del paciente y estandariza la información obtenida durante la supervisión a través de la medición de indicadores clínicos derivados de constructos teóricos psicoanalíticos.

Origen y estado actual del EDDP⁴

En sus orígenes, el EDDP⁵ fue pensado con el fin de recolectar información estandarizable de lo acontecido durante las supervisiones para realizar un registro comparativo entre diversos pacientes. Este instrumento fue creado en el marco de una investigación sobre la detección de indicadores de cambio psíquico en psicoterapia psicodinámica mediante la aplicación de métodos clínicos y empíricos en seis pacientes a lo largo de dos años de tratamiento. En la medida en que fue incluído como elemento por ser completado cada seis meses, se puso en evidencia su utilidad en el seguimiento de cada caso.

La versión actual de ese protocolo es el resultado de los trabajos realizados en los últimos cinco años. Los mismos estuvieron centrados en las diferentes modificaciones que se hicieron al EDDP hasta llegar a su formato actual. A partir de su utilización, surgieron distintas líneas de desarrollo: la manualización del instrumento, el entrenamiento para su aplicación y los estudios realizados para testear su validez y confiabilidad.

Objetivos de la aplicación del EDDP

El objetivo de su aplicación es operacionalizar el diagnóstico psicodinámico realizado en la supervisión, así como relevar información sobre las dinámicas transferenciales-contratransferenciales de las duplas paciente-terapeuta y supervisor-supervisando.

Por otra parte, a lo largo de un mismo tratamiento, su aplicación posibilita ratificar o rectificar el diagnóstico psicodinámico inicial así como detectar presencia o ausencia de cambios en ambas duplas.

Descripción del EDDP

El EDDP está diseñado desde un marco teórico referencial psicoanalítico en el que se jerarquizan los psicodinamismos por sobre una clasificación diagnóstica. Consta de dos módulos: el primero incluye siete dimensiones en las cuales se consigna el funcionamiento del paciente en diversas áreas y el segundo módulo plasma lo acaecido en la supervisión del paciente por medio de un cuestionario que incluye tanto al terapeuta como al supervisor.

⁴ Ver Apéndice.

⁵ © (1999), Dorfman Lerner, B., López Moreno, C.; Roussos, A.; Schalayeff, C.

En relación a los niveles de medición de sus escalas, en la primera parte las dimensiones deben ser puntuadas en una escala de cinco puntos.

0= nada 1= poco 2= moderado 3= bastante 4= mucho Algunos ítems del primer módulo, por ejemplo la dimensión 7 ("Afectividad"), deben ser puntuados en una escala nominal del tipo presencia/ausencia del atributo. En el segundo módulo, los aspectos por evaluar también deben ser respondidos en una escala nominal de este último tipo.

Primer módulo

En este primer modulo se indaga acerca de los psicodinamismos del paciente. Para ello se incluye una serie de ítems que reflejan patrones conductuales; se exploran también aspectos de las relaciones interpersonales (de pareja, laborales, familiares, etc.); se consideran los estilos comunicacionales predominantes en la vida cotidiana y el empleo del tiempo libre. Por otra parte, se relevan las inhibiciones y conflictos, las funciones yoicas y la expresión afectiva predominante durante las entrevistas. La exploración de estas áreas tiene como objetivo construir una imagen integral del paciente, esto es, sus modos de funcionamiento y su estructura predominante. Describiremos a continuación las dimensiones de este módulo.

1) Expresiones conductuales

Esta dimensión incluye un conjunto de indicadores empíricos, es decir observables conductuales. Para elaborar esta dimensión, un grupo de psicoanalistas seniors seleccionó indicadores psicoanalíticos mediante un trabajo de vinculación teórico-empírica. Estos indicadores se organizaron en una lista progresiva desde lo relacionado con lo corporal hasta lo ligado con el funcionamiento mental y el tipo de discurso del paciente. Su objetivo es poner en evidencia los rasgos de carácter y/o síntomas predominantes del paciente.

2) Relaciones interpersonales

La indagación acerca de las relaciones interpersonales permite observar la modalidad de interacción con los otros. Consideramos que dicha interacción es un indicador de su modalidad de relación de objeto. Dentro del campo psicoanalítico se han desarrollado diferentes líneas teóricas respecto de las relaciones objetales (Klein, Bion, Fairbairn, Guntrip, Winnicott). En nuestro trabajo nos basamos en Freud (1916) y consideramos que estas relaciones son residuos de los vínculos del sujeto con las personas significativas de su primera infancia. El concepto de transferencia utilizado en el segundo módulo se basa en esta línea teórica.

Dada la importancia de los vínculos dentro de la psicoterapia, incluimos un ítem sobre Apego (<u>attachment</u>), tomando como referencia los estudios de Bowlby y sus discípulos (Bowlby, 1972). La conducta de apego se define por la búsqueda y mantenimiento de la proximidad a otro individuo. El ítem siguiente indaga acerca de los estilos comunicacionales. Liberman considera que las funciones de comunicación responden a un espectro de emociones (Liberman, 1962). Las mismas constituyen el sistema de comunicación analógico o extraverbal que puede ser sincrónico o no con la comunicación verbal.

3) Vida cotidiana

En esta dimensión indagamos aspectos de la vida cotidiana del paciente con relación a su modalidad de inserción y el tipo de vínculo que establece en el ámbito laboral o de estudio. Hacemos hincapié también en el uso del tiempo libre porque nos interesa registrar si el paciente cuenta o no con posibilidades de desarrollar su iniciativa, creatividad, sociabilidad y capacidad de desplegar recursos en forma alternativa.

4) Inhibiciones

Entendemos por inhibición aquello que le sucede al Yo como limitación funcional con el fin de evitar la angustia que le generaría el conflicto (Freud, 1926). La inhibición puede darse en distintas áreas, esto es, puede ser intelectual, volitiva, afectiva y/o manifestarse en las relaciones interpersonales.

5) Conflictos

Definimos conflicto como la expresión de dos tendencias simultáneas que se oponen. El mismo puede ser consciente o inconsciente. Puede expresarse en el cuerpo, en la mente o en el mundo externo, a predominio de una de estas áreas (Pichon Rivière, 1980, Bleger, 1969). En el EDDP hacemos constar el contenido temático del conflicto y de las personas involucradas en el mismo, a fin de darle un espacio a lo manifestado directamente por el paciente en las entrevistas. En los estudios diacrónicos resultó de suma utilidad poder observar si estos elementos se habían mantenido estables o se habían modificado a lo largo del tiempo.

6) Capacidad sintética del yo

Este ítem está relacionado con las funciones del yo (Freud, 1926). Entre otras, el yo cumple la función de intermediario entre el mundo interno y la realidad, así como la de adecuación a la misma (Freud, 1926). Los indicadores incluidos en esta dimensión buscan relevar: tolerancia a la frustración, capacidad de espera, control de los impulsos, constancia en la prosecución de un proyecto, y la plasticidad (capacidad de adecuar medios a fines) en los vínculos primarios y secundarios del sujeto. Dicho de otro modo, se trata de evaluar el tipo de funcionamiento predominante (proceso primario-proceso secundario) (Freud, 1915), dado que el mismo condiciona el abordaje terapéutico.

7) Afectividad

El objetivo es dar cuenta de los afectos exteriorizados por el paciente durante la entrevista y su adecuación o inadecuación en cualidad y cantidad con el contenido temático de su discurso. Sirve también como indicador de la facilidad o inhibición en la expresión de sus emociones.

Ejemplos de lecturas del primer módulo del EDDP

El entrecruzamiento entre diversas dimensiones permite hacer una lectura cualitativa en términos clínicos. Del interjuego entre las variables: Inhibiciones, Área predominante de conflicto y Afectividad, pueden hacerse inferencias sobre la modalidad de funcionamiento psíquico del sujeto. Por caso, si predominan inhibiciones, angustia como sentimiento y el área de conflicto se da en la mente, esto nos permitiría presuponer que estamos frente a un paciente que funcionaría dentro de un rango neurótico. Por el contrario, la

carencia de inhibiciones, la afectividad aumentada a predominio de afectos negativos, los trastornos en el mundo externo (acting out), nos permitirían inferir un modo de funcionamiento más primitivo.

Resultó de suma utilidad la comparación de Expresiones conductuales, Capacidad sintética del yo e Inhibiciones. Hemos observado que en pacientes con una buena evolución en su psicoterapia, la disminución en los puntajes de Expresiones conductuales así como de las Inhibiciones, se correspondieron con un aumento de los puntajes en la Capacidad sintética del yo (mayor tolerancia a la frustración, capacidad de adecuar medios a fines y de sustituir, etc.)

Segundo módulo

Este segundo modulo tiene como objetivo plasmar diversos aspectos que se ponen en juego en el proceso de supervisión y que consideramos de suma importancia. Entendemos que una supervisión es una situación compleja y singular que se da entre "ese" paciente "ese" terapeuta y "ese" supervisor.

El cuestionario busca hacer un análisis detallado de la transferenciacontratrasferencia del supervisando y del supervisor y a la vez busca evaluar la supervisión en sí misma, desde la óptica de ambos integrantes de la dupla.

Desde nuestro marco teórico referencial, la transferenciacontratransferencia es un aspecto de suma importancia que contribuye a la elaboración del diagnóstico y pronóstico del paciente. Ambos conceptos, que en un comienzo aludieron a obstáculos para la prosecución del tratamiento, se convirtieron posteriormente en instrumentos terapéuticos, y se pudo llegar a decir respecto de la contratransferencia: "Cenicienta se transformó en princesa" (Thomä y Kächele, 1989).

Los ítems por evaluar en este segundo modulo están centrados en la transferencia y la contratransferencia de supervisor y supervisando así como en la evaluación por parte de ambos de la supervisión. Consideramos transferencia a la repetición de prototipos infantiles que reemplazan a una persona anterior por la del terapeuta (Freud, 1912). Entendemos por contratransferencia la reacción (afectiva, intelectual, somática o motora) generada en el terapeuta por la historia del paciente (transferencia), por las circunstancias del paciente, las circunstancias del terapeuta y su historia personal. Esta definición se basa en los desarrollos de Ferenczi (1920), Heinmann (1950) y Racker (1964), entre otros.

En este modulo se busca detectar las dificultades que pueden presentarse en la dupla paciente-terapeuta, supervisando-supervisor, supervisor-paciente. Se indaga la posibilidad del paciente de expresar con mayor o menor claridad su demanda, la posibilidad del terapeuta de comprenderla, y la del supervisor de ampliar la comprensión de esta demanda. Permite también evaluar otro componente esencial, que es la posibilidad de esa dupla (paciente-terapeuta) de constituir o no vínculo terapéutico para llevar a cabo el tratamiento y de la dupla supervisor-supervisando de generar o no una alianza de aprendizaje.

La respuesta honesta a los ítems de evaluación de la tarea supervisorsupervisando resulta muy útil para ayudar al supervisor a correrse de un lugar de sujeto supuesto saber y de poder. Este modulo se organiza en ítems dirigidos al terapeuta y al supervisor, los que describiremos a continuación.

Items para el terapeuta

1. Dificultades que presenta para el terapeuta la elaboración del abordaje terapéutico

A través de este ítem se puede inferir si hay demanda de tratamiento, la gravedad de la patología del paciente, el grado de comprensión del terapeuta acerca de la problemática del paciente y las dificultades técnicas en juego.

2. Contratransferencia predominante durante la entrevista

Se indagan aquí los sentimientos que el paciente despertó en el terapeuta y el grado de empatía alcanzado por el mismo. Es tarea de la supervisión discriminar la fuente de la reacción contratransferencial del terapeuta, dado que ésta puede estar generada por las circunstancias del paciente, por la historia del paciente (transferencia), por las circunstancias del terapeuta, por la historia personal del terapeuta y por el entorno social compartido.

3. Impresión contratransferencial respecto de las posibilidades del paciente

En este ítem se evalúan varios aspectos que están relacionados con las capacidades del paciente y del terapeuta. Respecto del paciente, esto abarca desde un alto grado de proyección de sus propios conflictos en el mundo externo, hasta, en el otro polo, una buena capacidad reflexiva y un alto grado de <u>insight</u>. Respecto del terapeuta, su capacidad depende de su experiencia en general y, en particular, del hecho de haber tratado con éxito pacientes similares.

4. Afecto predominante del terapeuta durante la entrevista

El hecho de que los afectos estén discriminados en el EDDP, permite realizar en la supervisión un análisis exhaustivo de los mismos. Desde nuestro punto de vista este ítem es de suma importancia, dado que cada terapeuta en el transcurso de su entrenamiento va formando su propio "diccionario contransferencial", el cual es único e intransferible. Por ejemplo, determinados terapeutas sienten ternura y fascinación frente a un discurso histérico, mientras que a otros les genera irritabilidad y enojo.

5. Impresión del terapeuta respecto de la supervisión

Los objetivos de este ítem son tanto evaluar la supervisión en sí misma, como "romper", en el momento de completarlo, la situación de asimetría natural a la supervisión. Esto se logra cuando hay un clima de confianza que permite al terapeuta disentir, criticar y evaluar la tarea. La ausencia de dicho clima puede hacerse evidente en las discordancias entre supervisando y supervisor, o a lo largo de sucesivos EDDP. Es tarea del supervisor crear las condiciones necesarias.

Items para el supervisor

En este apartado el supervisor debe realizar una lectura reflexiva de la relación paciente-terapeuta. Permite evaluar, desde el criterio del supervisor, si la dificultad, en caso de presentarse, está dada por características del paciente, del terapeuta o de la dupla.

I. Capacidad del terapeuta de discriminar buenas formas de resolución de los conflictos del paciente

Este ítem indaga acerca de la capacidad del terapeuta para abordar la problemática del paciente. Esto abarca desde la posibilidad de intervenir adecuadamente, hasta una actuación de la contratransferencia negativa.

2. Grado de empatía que muestra el terapeuta con respecto al paciente

Se indagan aquí los sentimientos que el paciente despertó en el terapeuta y la posibilidad de este último de tomar contacto con los mismos.

3. Manera en que el terapeuta describe al paciente

Este ítem permite al supervisor dirigir la atención sobre los afectos del terapeuta respecto a su paciente, así como detenerse en el estilo de descripción y en la perspectiva desde la cual esta se realiza.

4. Capacidad del terapeuta de usar su reacción contratransferencial

En este ítem el supervisor pone especial énfasis en la presencia o ausencia de registro contratransferencial por parte del supervisando y las posibilidades de instrumentación del mismo.

5 y 6. Reacción constratransferencial (RC) del supervisor respecto del paciente y del terapeuta

Estos ítems permiten evaluar, desde la mirada del supervisor, si su RC respecto del paciente es concordante o complementaria con la del terapeuta. La RC complementaria se da cuando supervisor y supervisando tienen RC antagónicas. A modo de ejemplo: si el terapeuta siente ternura por el paciente y el supervisor, irritabilidad, consideramos que esto puede deberse a que estamos en presencia de aspectos escindidos del paciente. En este caso, resulta de gran importancia poder incluir lo complementario a fin de tener una visión global del paciente.

7. Impresión del supervisor respecto de la supervisión

Una respuesta honesta por parte del supervisor que le permita con toda humildad, en caso de no haber comprendido al paciente o al terapeuta, manifestarlo, favorece una evaluación eficaz.

Comentarios

Nuestra postura acuerda con la de aquellos autores que consideran que así como es necesario en un proceso terapéutico establecer una alianza terapéutica, en el caso de la supervisión es conveniente establecer una alianza de aprendizaje entre el supervisando y el supervisor (Watkins, 1997). La misma se relaciona con el establecimiento de una situación de confianza y seguridad que mitigue el peso del factor evaluativo a cargo del supervisor. Si no se desarrolla una sólida alianza de aprendizaje, la situación de supervisión pierde efectividad. También puede suceder que el terapeuta se ubique en una situación de sometimiento con respecto al supervisor o que el supervisor adopte una posición de complacencia y seducción.

Impacto de la inclusión del EDDP en el trabajo de supervisión clínica

Como mencionamos más arriba, la creación de este instrumento surgió en el contexto de un proyecto de investigación sobre cambio psíquico y se decidió aplicarlo en las supervisiones que se llevaban a cabo. Las terapeutas que habían aceptado trabajar en el marco de esta investigación empírica habían supervisado previamente con miembros del equipo de investigación y se sentían cómodas en la tarea. Este vínculo previo ayudó a que superaran las resistencias naturales generadas por la nueva situación.

Entrenamiento para el uso del EDDP

A continuación presentaremos la forma en que se llevó a cabo el entrenamiento para su uso, y el impacto que, sobre el equipo, tuvo su inclusión en el trabajo. Se entregó a cada terapeuta y supervisor un ejemplar del EDDP. Dado que dentro de la formación psicoanalítica es infrecuente la utilización de cualquier tipo de instrumento, el incluir este protocolo causó sorpresa en ambos.

Impacto de la lectura del EDDP

Como tanto los supervisores cuanto los supervisandos tienen formación psicodinámica, su primer sorpresa fue encontrarse con un cuestionario en el que predominaban preguntas sobre aspectos manifiestos del paciente. Comentaron que se sintieron más cómodos en la lectura del segundo módulo debido a que el mismo contiene terminología psicoanalítica.

En la primera supervisión resultó costoso, tanto para el supervisor como para el supervisando, evaluar numéricamente cada ítem. Completar el primer módulo generó en los terapeutas una marcada desazón por la vivencia de desconocimiento del paciente que les produjeron algunas de las preguntas. En ese momento se tomó la decisión de puntuar con 0 aquellos ítems que no calificaban para ese paciente o aquellos sobre los cuales no se tenía conocimiento aún. Esta tarea requirió una hora y media de tiempo. En el transcurso de la misma, los terapeutas manifestaban sentirse agotados por haber tenido que reflexionar y conceptualizar aquellas áreas que no son evaluadas habitualmente con tanto detalle en supervisión. En compensación, al finalizar la tarea se mostraban gratamente sorprendidos por descubrir que poseían mayor conocimiento tanto del paciente como de su propia reacción contratransferencial. Consideramos que esto se debe a la función ordenadora y de sistematización de la información que demanda el EDDP, dado que el hecho de volcar por escrito la información obliga a reorganizar, reformular y clarificar conceptos a fin de realizar una definición más ajustada de los mismos.

En la segunda aplicación, fuera esta para el mismo paciente u otro caso, al ser el EDDP un elemento ya conocido, completarlo exigió menos tiempo, no produjo la misma fatiga y sí la misma sensación de satisfacción. En los momentos posteriores, en que el EDDP se aplicó sobre el mismo paciente, no sólo fue mucho más fácil aun completarlo, sino que todos los terapeutas pidieron ver el protocolo anterior para poder compararlo con el actual. Este pedido nos resultó sumamente interesante, dado que indicaba que estaban considerando al EDDP como un instrumento que podía dar cuenta del cambio en los pacientes.

Impacto de cada módulo

Considerando los módulos en sí, es interesante observar la repercusión que tuvieron tanto en supervisores como en supervisandos. El primer módulo tuvo una respuesta similar en ambos, probablemente porque el objeto de estudio era un tercero, el paciente. El esfuerzo de ajustarse a una escala de intensidades resultó novedoso y algo extraño al quehacer de una supervisión psicoanalítica habitual.

En cuanto al segundo módulo, las dificultades estuvieron más relacionadas con la evaluación de las relaciones transferenciales-contratransferenciales, en tanto esta evaluación exigía a ambos miembros de la díada involucrarse en la misma. No conocemos ningún otro protocolo que contemple este aspecto de los vínculos, es decir, los sentimientos que se juegan en las díadas: terapeuta-paciente, supervisor-supervisando y supervisor-paciente.

En la última parte de este módulo, ambos miembros de la díada deben contestar preguntas relacionadas con su impresión acerca de la supervisión en sí misma. En nuestra investigación, requirió todo un trabajo previo explicarle a los supervisandos la importancia de la sinceridad en las respuestas. Dado que se trata de una relación asimétrica, el tipo de preguntas puede llegar a generar gran tensión. Se trata de vencer las barreras creadas por diversas "servidumbres", tales como el respeto a las jerarquías, a la necesidad de pertenencia institucional (mediatizada por el espacio de supervisión), a la idealización de las personas, y al lugar de Sujeto Supuesto Saber del supervisor. Preguntas directas tales como "¿Le fue útil la supervisión?", "¿Se sintió criticado, maltratado, no comprendido, etc. por el supervisor?" y la más impactante, "¿Se sintió atraído sexualmente por el supervisor?", fueron en un principio movilizantes para los/las supervisandos/as. Queremos aclarar que el origen de esta última pregunta reside en la importancia que adquiere la contratransferencia erótica en el vínculo terapeuta-paciente y la resonancia que, por replicación, asume en el campo transferencia-contratransferencia entre supervisor-supervisando. No obstante, la comprobación de que preguntas similares debían ser respondidas también por el supervisor, resultó ser un atenuante del impacto y facilitador de un mayor sinceramiento. No podemos asegurar que el grado de sinceridad en las respuestas haya sido máximo en los primeros protocolos. Sí hemos visto que, en supervisiones en las que el supervisor pudo confesar sus dificultades en la comprensión del paciente, el supervisando pudo, a su vez, declarar que la supervisión no le había resultado útil sin que esto dañara el vínculo de colaboración y sinceridad entre ambos. Podemos agregar que la aplicación repetida del segundo módulo produce el levantamiento de las barreras anteriormente señaladas y una mayor fluidez y espontaneidad en la expresión de sentimientos y en la articulación de reflexiones tanto en supervisandos como en supervisores.

Reflexiones sobre la aplicación del EDDP

Consideramos que el EDDP presenta una adecuada relación costobeneficio, pues con un entrenamiento mínimo se consigue reorganizar una gran masa de información obtenida durante la supervisión. Con la incorporación del EDDP, podemos diferenciar dos momentos dentro de la misma supervisión, el primero, idéntico al de cualquier supervisión, donde el trabajo de la dupla está centrado en la comprensión del material expuesto, y un segundo momento, en

el que lo elaborado debe ser plasmado en un mayor nivel de conceptualización, esto es, ajuste de términos, reflexión y síntesis.

La tarea conjunta de completar un protocolo, fortalece la alianza de aprendizaje, ya que fomenta una comprensión activa de los procesos del paciente, permite evaluar los sentimientos que se van poniendo en juego durante la supervisión y funciona también como feed-back, tanto positivo como negativo.

La posibilidad de contar con un registro sucesivo de distintos momentos del proceso terapéutico optimiza la capacidad de autorreflexión y monitoreo del desempeño de la dupla. El valor de las experiencias de aprendizaje estructurado y la precisa comunicación de ideas también han sido enfatizados por los representantes de otros programas de capacitación de terapia basados en investigación (Watkins, 1997).

Resultados de los estudios en curso de validación y confiabilidad del **EDDP**

En este apartado haremos referencia a los resultados de los estudios de validación y confiabilidad en curso desde 1999 sobre el primer módulo del

Estudios de confiabilidad del EDDP

Confiabilidad interiueces: caso Analía

El objetivo de este estudio fue conocer el grado de confiabilidad del acuerdo interjueces en la aplicación del EDDP a un mismo material clínico. Se utilizaron como evaluadores un grupo de 17 terapeutas con orientación psicodinámica. Se trataba de un grupo heterogéneo en cuanto a su formación y experiencia. Cuatro de ellos eran psicoanalistas con formación completa y más de 15 años de experiencia, dos estaban haciendo su formación como psicoanalistas y contaban entre 10 y 15 años de experiencia en psicoterapia. Seis eran terapeutas con menos de 5 años de experiencia. Los 5 restantes eran terapeutas sin entrenamiento psicoanalítico pero con 10 o 15 años de experiencia.

Tres terapeutas independientes hicieron un resumen del contenido clínico más relevante de las 3 primeras entrevistas clínicas de un paciente. Este formato nos resultó más económico y más útil desde el punto de vista informativo que la presentación a los evaluadores de la totalidad del material clínico. Se entregó a los jueces este material y una copia del EDDP. En algunas dimensiones del EDDP se esperaba la falta de datos, dado que el material pertenecía a las entrevistas iniciales de un tratamiento.

A partir de estos datos, se realizaron los siguientes estudios: a) Se analizó el grado de acuerdo de los jueces, b) Se examinó el diagnóstico psicodinámico al que arribaron los mismos. Estos estudios se realizaron sobre 3 de las 6 dimensiones del EDDP, esto es: Expresiones conductuales, inhibiciones y capacidad sintética del yo.

Resultados

El acuerdo entre jueces se analizó mediante la obtención de índices kappa de acuerdo, el resultado fue altamente significativo desde un punto de vista estadístico (p = < 0.00003) con un valor k = 49. Luego tratamos de analizar estos datos con un Análisis de Correspondencia. Este análisis es un método multivariado ideal para ser aplicado en

escalas arbitrarias y ordinales como las que utilizan simultáneamente columnas y filas. Se trata de una extensión multivariada de la prueba de chi cuadrado. Elegimos esta estrategia para averiguar si había diferencias particulares entre los evaluadores. Se analizaron las tres dimensiones y solo mostró una diferencia significativa (p=0.02) la subescala de Expresiones conductuales. Esta diferencia parece deberse al distinto nivel de experiencia y entrenamiento de los terapeutas que actuaban como jueces; esto es, si bien los terapeutas seniors eligieron las mismas Expresiones conductuales, sus puntuaciones fueron menores.

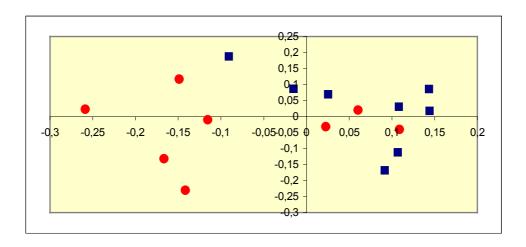


Gráfico 1: Acuerdo de los terapeutas para la dimensión del EDDP "Expresiones conductuales"

- Terapeutas con formación completa
- Resto de los terapeutas
- Dado que los índices de acuerdo se realizan con los valores medios totales en cada caso, decidimos tratar de clasificar el tipo de evaluaciones que hicieron los terapeutas de cada uno de los indicadores. Si las respuestas de los evaluadores eran diferentes, el Análisis de Correspondencia mostraría cuáles indicadores habían sido elegidos por los terapeutas independientemente de lo que mostrara el promedio de las puntuaciones sobre las que se había obtenido los índices de acuerdo. Así, pudimos inferir una evaluación diagnóstica coincidente entre los evaluadores, ya que el Análisis de Correspondencia mostró una clara discriminación entre los ítems. Encontramos una diferencia importante entre los indicadores puntuados y los no puntuados para las dimensiones de "Expresiones conductuales" e "Inhibiciones" (p= 0.01 y 0.03 respectivamente).

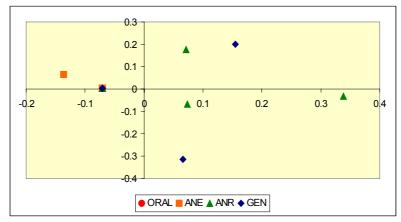


Gráfico 2: diagnóstico presuntivo de Analía realizado por los evaluadores.

De derecha

A izquierda los ítems "Expresiones conductuales" más frecuentemente diagnosticados.

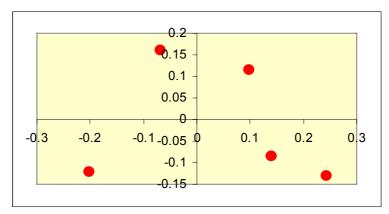


Gráfico 3: diagnóstico presuntivo de Analía realizado por los evaluadores. De izquierda a derecha las "Inhibiciones" son los ítems más evaluados. Eligieron las inhibiciones sociales y sexuales más frecuentemente que las Inhibiciones intelectuales o volitivas.

Estudios de validez

El primer estudio, realizado en 1999, se centró en la evaluación del contenido de validez del EDDP. Medimos la relevancia del instrumento para realizar un diagnóstico psicodinámico presuntivo. La meta específica fue saber si los indicadores conforman datos necesarios y suficientes para llegar a un diagnóstico correcto. En principio se le entregó a una muestra de 20 psicoanalistas un protocolo en blanco y el 100% de los terapeutas estuvo de acuerdo en que, a partir del mismo, era posible: a) identificar las defensas predominantes, b) inferir el conflicto nuclear, c) arribar a un diagnóstico presuntivo. Luego, se administró a dichos participantes un cuestionario semiestructurado de procesos terapéuticos, diagnóstico presuntivo y relación terapéutica junto con dos EDDP correspondientes a dos pacientes. A partir de la lectura de ambos EDDP completados, los terapeutas tuvieron un acuerdo sobre el diagnóstico presuntivo del 100% para el primer caso y del 85% en el segundo caso. Finalmente, con respecto al ítem "Relación terapéutica" hubo

menor acuerdo. Algunos de los terapeutas consideraron insuficiente la información. Esto motivó la ampliación del segundo módulo del EDDP.

Comentarios

Los resultados obtenidos hasta ahora son alentadores. El EDDP se muestra como un instrumento útil y confiable y nos encontramos estudiando si esta confiabilidad se mantiene en sucesivas mediciones. Por otra parte, si bien clínicamente podemos sostener que el EDDP es altamente sensible a los cambios dentro del proceso terapéutico, los estudios estadísticos respectivos se encuentran en curso. Cabe consignar que los terapeutas que participaron como jueces no tuvieron dificultades en la aplicación del protocolo independientemente de su experiencia y formación. Dado que el primer estudio incluyó una muestra pequeña, los resultados son difíciles de generalizar. A pesar de ello los resultados obtenidos hacen atractivos nuevos estudios. Estamos trabajando en estudios de validación más amplios que toman en cuenta la validez ecológica del EDDP.

Conclusiones

El Protocolo de elementos diferenciales para un diagnóstico psicodinámico en supervisión (EDDP) fue pensado en sus comienzos para realizar un registro comparativo entre diversos pacientes. En la actualidad resulta para nosotros un instrumento útil para: a) el diagnóstico psicodinámico, b) el seguimiento de tratamientos y supervisiones, c) el análisis de la interacción supervisor-supervisando y d) la evaluación de la supervisión en sí misma. Respecto de su utilización en la supervisión, deseamos enfatizar que a los objetivos iniciales se sumaron los resultados anteriormente descritos, esto es, la posibilidad de utilizar los protocolos anteriores para enriquecer la comprensión acerca del paciente. Es decir, la comparación de los protocolos sucesivos del mismo paciente permite obtener mayor información acerca de la evolución del proceso terapéutico.

El EDDP se mostró como una herramienta útil para cada terapeuta y su supervisor con la ventaja de que este instrumento solo requiere un breve período de entrenamiento para su aplicación. A su vez, seguimos trabajando en los estudios de validez y confiabilidad.

Apéndice

Fecha	
Sesión	

Protocolo de elementos diferenciales para un diagnostico en supervisión Módulo1

Datos Nomb	s del paci ore	ente								
Hijos	lo civil sión/Traba	ajo actual .								
Expre	esiones c	onductua	les							
Ejemp	olo	Nada 0	Poco 1	Moderado 2	Bastante 3	En 4	extr	emc)	
2. Co 3. De 4. Di 5. Co 6. Co 7. Te 8. Me 9. Ar 10. Iro 11. Ca	ensumo de escontrol, in scurso cata conductas de enductas de erquedad y eticulosidad enbición enía austicidad	mpulsividad	adicció liento l urso	on a sustancia	as permitidas	0 0 0 0 0 0 0 0	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	3 3 3 3 3 3 3 3	4 4 4 4 4 4 4
1. Ap a) b) c) d)	Rehúye ví Indiferenc Desconfia Confianza Confianza	ad de estar s nculos (se a ia (descuido, nza en los recur en los propi	ísla) desinte sos del os recui			0 0 0 0 0	1 1 1 1 1 1	2 2	3 3 3 3 3 3	4 4 4 4 4 4
a)	stilo comun Introvertido Epico (de a		edomin	ante		0	1 1	2 2	3	4

	a) I (vice (matétice)	0	4	2	2	4
	c) Lírico (patético) d) Ritualista	0	1 1	2	3	4 4
	,	•			_	
	e) Evitativo f) Teatral	0	1 1	2	3	4 4
	T) Toutian	Ü		_	Ü	7
3.	Modalidad afectiva					
	a) Odio (conductas agresivo/destructivas a nivel verbal y/o	•		_	•	
	físico) b) Ambivalencia (amor y odio al mismo objeto: alternancia de	0	1	2	3	4
	cuidado y agresión)	0	1	2	3	4
	c) Amor-pasión (incluye deseo sexual)	0	1	2	3	4
	d) Empatía (ponerse en el lugar del otro)	0	1		3	4
	e) Amor sublimado (excluye deseo sexual)	0	1	2	3	4
4.	Tendencia sexual					
	a) Homosexual	Si		No		
	b) Bisexual	Si		No		
	c) Heterosexual	Si		No		
	d) Otras					
5.	Vida sexual					
	a) Masturbación	Si		No		
	b) Tuvo relaciones sexuales	Si		No		
	c) Promiscuidad d) Otros	Si		No		
	u) 01103					
6.	=					
	a) Ausencia de pareja	Si		No		
	b) Parejas esporádicasc) Inestables (menos de tres meses, no contando relación	Si		No		
	en curso)	Si		No		
	d) Relaciones paralelas estables	Si		No		
	e) Relaciones paralelas inestables	Si		No		
	f) Estables	Si		No		
7.	Convivencia actual					
	a) Familia de origen	Si		No		
	b) Sin familia	Si		No		
	c) Con pareja	Si		No		
	d) Familia nuclear e) Otras	Si		No		
	c) Glad					
	a cotidiana					
1.	Adherencia al trabajo o al estudio					
	0 1 2 3 4 Rechazo Indiferencia Interés Entusiasmo Adicción					
	Treenaze manerenaa meree Emasiasmo Adioden					
2.	Respuesta a la autoridad					
	a) Cumple órdenes	0	1	2	3	4
	b) Se rebela contra los otrosc) Muestra iniciativa	0	1 1	2	3	4 4
	c) ividestia iriiciativa	U	'	_	J	7
3.	Modalidad de interacción					
	a) Capacidad de solidarizarse	0	1	2	3	4
	b) Tendencia al liderazgo	0	1	2	3	4 4
	c) Capacidad para trabajar en equipo	U	1	2	J	4
4. l	Jso del tiempo libre					
	a) Hobbies	0	1	2	3	4
	b) Deportes	0	1	2	3	4

	c) d) e) f) g)	Música Lectura Cine, teatro Actividades manuales Otros		0 0 0 0	1 1	_	3 3 3 3	4 4 4 4
5. lı	a) b) c) d)	Intelectual Volitiva (abulia) Afectiva (apatía) Sexual Social Otras		0 0 0 0	1 1 1	2 2	3	4 4 4 4
	nter	nido temático del confli	icto 			 		- -
	igui	dad sintética del yo ente cuadro debe compl 1 Algo	etarse asignándole un puntaje 2 3 Ni mucho Bastante Ni poco	a cada ind 4 Mucho	icador	 . Por	· ejen	- nplo:
Ind	icac	dores	Vínculos primarios	Vínculo	s seci	unda	rios	
		ncia a la frustración						
Cap	oaci	dad de espera						
(vis	cosi	dad de sustituir idad de la libido, ncia a objetos)						
Cap a fir	oaci nes	vidad dad de adecuar medios (racionalidad						
		atoria)						
		ncia en la prosecución proyecto						
	Act	ridad predominante del titud corporal Movimientos	I/la paciente en la entrevista Involuntarios (expresiones corporate cambios de posición frecuente Controlados (conductas voluntal contexto)	s, tics, etc.)		como)
	b)	Rigidez			Si		No	
2-	a)	olencia Agresividad verbal inad Adecuada al contenido			⊒ Si ⊒ Si		No No	
3-	a)	ticencia Largos silencios Para-respuestas			Si Si		No No	

	c) Parquedad	□Si	□ No
4-	Labilidad afectiva Cambios rápidos del estado de ánimo	□Si	□ No
5-	Apatía a) Indiferencia sostenida b) Adecuada al contenido temático	□ Si □ Si	□ No
6-	Enojoa) Exabruptosb) Adecuados al contenido temático	□ Si □ Si	□ No □ No
7-	Desazón (falta de serenidad, inquietud, ánimo desapacible)	□Si	□ No
8-	Tristeza a) Llanto fácil b) Adecuado al contenido temático	□ Si □ Si	□ No
9-	Alegría a) Risa fácil b) Adecuada al contenido temático	□ Si □ Si	□ No
Pa	cha ciente sión Protocolo de elementos diferenciales para	1	
	Un diagnostico en supervisión Módulo 2		
La Sí pro del crit din	erca de la supervisión sección siguiente contiene un conjunto de ítems que deben ser reso No por el terapeuta y el supervisor. Para lograr mayor clarida tocolo, dichos ítems se agruparon en dos conjuntos. En primer té pe responder el terapeuta y, a continuación, los que debe responderio de cada dupla responder de acuerdo al orden sugerido o, e ámica de la interacción, contestar asociados aquellos ítems para se están relacionados con una misma temática.	nd en la or rmino está er el super n términos	ganización del n aquellos que visor. Queda a de respetar la
	ra el terapeuta icultades que presenta para el terapeuta la elaboración del abo El terapeuta tiene dificultades para comprender la demanda del pa Falta claridad en la demanda del paciente Discrepancia entre meta enunciada por el paciente y sus recursos	aciente [para alcar	□ Si □ No □ Si □ No □zarla
d) e)	El paciente tiene poca capacidad de reconocer sus dificultades El terapeuta se siente inundado/sobrecargado por la problemática	del pacien	
f) g) h)	El terapeuta queda atrapado en el relato del paciente Sin dificultades Otra:		∃Si □ No ∃Si □ No ∃Si □ No

Co	ntratransferencia predominante durante la entrevista			
a)	El terapeuta se siente colocado en el lugar de padre	Bondadoso Severo Distante	□ Si □ Si □ Si	□ No □ No
	Desvalorizado/	denigrado	□ Si	□ No
b)	El terapeuta se siente colocado en el lugar de madre Desvalorizada/	Bondadosa Severa Distante	□ Si □ Si □ Si □ Si	□ No □ No □ No □ No
c) d) e)	El terapeuta se siente colocado en el lugar de compinche/h El terapeuta se siente colocado en el lugar de hijo El terapeuta se siente colocado en el lugar de testigo	ermano	□ Si □ Si □ Si	□ No □ No □ No
f)	El terapeuta siente que una parte de la transferencia está p en lo institucional	uesia	□Si	□No
g)	Otra:			
lm a) b)	presión contratransferencial respecto de las posibilidade Paciente con altas probabilidades de realizar cambios con Paciente a quien el tratamiento puede serle útil como un lu	el tratamiento	□ Si ir ayuda	□ No
c)	Paciente con poca capacidad reflexiva		□ Si □ Si	□ No
d) e)	Paciente que considera que lo que debe cambiar es el mur Otra:	ndo externo	□ Si	□ No
Afe	ecto predominante en el terapeuta durante la entrevista			
a) b)	Ternura Necesidad de protegerlo/la y ayudarlo/la		□ Si □ Si □ Si	□ No □ No
c) d)	Irritabilidad o enojo Miedo		□ Si	
e)	Indiferencia		□ Si	□No
f) g)	Aburrimiento Atracción sexual		□ Si □ Si	□ No
h) i)	Compasión Otra		□Si	□ No
lm	presión del terapeuta respecto de la supervisión			
a)	El terapeuta siente que la supervisión le ayudó a lograr ma de la problemática del paciente	yor comprensiói	n □Si	□ No
b)	El terapeuta siente que la supervisión le ayudó a resolver d	udas sobre el		
٥)	abordaje terapéutico		□ Si □ Si	
c) d)	El terapeuta se sintió confortado/apoyado por el supervisor El terapeuta se sintió acompañado/estimulado por el super		⊔ Si □ Si	□ No
e)	El terapeuta se sintió aplacado por el supervisor		□Si	\square No
f)	El terapeuta se sintió agredido/criticado por el supervisor		□ Si □ Si	□ No
g) h)	El terapeuta sintió que la supervisión lo confundió El terapeuta sintió a la supervisión inútil/inoperante		⊔ Si □ Si	
i) [′]	Otra			
Ca	ra el supervisor pacidad del terapeuta de discriminar buenas formas d I paciente	e resolución d	e los cor	ıflictos
a)	El terapeuta discrimina claramente buenas formas de resol		tos	
	abaja adecuadamente las resistencias/transferencia del pac El terapeuta discrimina claramente buenas formas de resol		□ Si to pero	□ No
tie	ne dificultades para abordar las resistencias/transferencia de	el paciente	□Si	□No
c) d)	El terapeuta es pasivo/excesivamente permisivo con el pac El terapeuta exige al paciente resultados superiores a sus f		□ Si □ Si	□ No

e) f)	El terapeuta está centrado en que el paciente realice su deseo El terapeuta está centrado en que el paciente cumpla con las expectativas	□ Si	□No
g)	del medio El terapeuta maltrata al paciente	□ Si □ Si	□ No
Graa) b) c) d)	ado de empatía que muestra el terapeuta con respecto al paciente El terapeuta se muestra ajeno a su paciente El terapeuta se identifica con el paciente manteniendo la capacidad de auto-observación El terapeuta se identifica con el paciente sin conciencia de ello Otra:	□ Si □ Si □ Si	□ No □ No □ No
Ma	nera en que el terapeuta describe al paciente		
a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l) m)	Despectivamente Calurosamente Con ternura Fríamente Con indiferencia Con claridad Confusamente Sintéticamente De manera focalizada Detalladamente Otra El terapeuta describe a su paciente desde la perspectiva del paciente El terapeuta describe a su paciente desde su propia perspectiva El terapeuta describe a su paciente desde su marco referencial	Si	No
o) p)	El estilo descriptivo es directo (repite textualmente los dichos del paciente) El estilo descriptivo es indirecto (relata los dichos del paciente) pacidad del terapeuta de utilizar su Reacción Contratransferencial (RC)	□ Si	□ No
	El terapeuta tiene registro de su RC y la implementa El terapeuta tiene registro de su RC pero tiene dificultades para	□ Si	□ No
c) d) e)	instrumentarla El terapeuta está condicionado por su pertenencia institucional El terapeuta actúa la contratransferencia El terapeuta tiene dificultades para registrar de su RC	□ Si □ Si □ Si	□ No □ No □ No □ No
Rea	acción contratransferencial (RC) del supervisor respecto del paciente		
a) b) c)	Ternura Necesidad de protegerlo/la y ayudarlo/la Irritabilidad o enojo	□ Si □ Si	□ No
d) e) f) g) h)	Miedo Indiferencia Aburrimiento	□ Si □ Si □ Si □ Si	□ No □ No □ No □ No
a) b) c) d)	Ternura Necesidad de protegerlo/la y ayudarlo/la Irritabilidad o enojo Indiferencia Aburrimiento Atracción sexual Compasión Otra	□ Si	No No No No No No No

lmp	presión del supervisor respecto de la supervisión		
a)	El supervisor siente que la supervisión ayudó al terapeuta a lograr mayor		
	comprensión de la problemática del paciente	□ Si	□ No
b)	El supervisor siente que la supervisión ayudó al terapeuta a resolver		
	dudas sobre el abordaje terapéutico	□ Si	□ No
c)	El supervisor sintió que confortó/apoyó al terapeuta	□ Si	□ No
d)	El supervisor sintió que acompañó al terapeuta	□ Si	□ No
e)	El supervisor sintió que aplacó al terapeuta	□ Si	□ No
f)	El supervisor sintió que agredió/criticó al terapeuta	□ Si	□ No
g)	El supervisor sintió que la supervisión confundió al terapeuta	□ Si	□ No
h)	El supervisor sintió que la supervisión fue inútil/inoperante	□ Si	□ No
i)	Otra		

Bibliografía

- Acosta, SR (2002), "Factores asociados a drop-out en tratamientos de psicoterapia con orientación psicoanalítica bajo supervisión". Tesis doctoral, Universidad de Belgrano.
- An Open door review of outcome studies in psychoanalysis (2000) http://www.ipa.org.uk/research/R-outcome.htm
- Baranger, W., Baranger, M. de. (1969), <u>Problemas del campo psicoanalítico</u>. Kargieman, Buenos Aires.
- Baranger, M y W y Mom, J. (1978), "Patología de la transferencia y contratransferencia en el psicoanálisis actual: el campo perverso". Revista de Psicoanálisis, 1978, Tomo 35, No. 5.
- Bernard, J,M, y Goodyear,R.K. (1992), Fundamentals of clinical supervision. Boston: Allyn y Bacon
- Bion, W., (1962), Aprendiendo de la experiencia, Bs As, Hormé.
- Bleger, J. (1969), <u>Psicología de la conducta</u>. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- Bowlby, J., (1972), Attachment. Londres, Pelican.
- Deutsch, H. (1926), "Okkulte Vorgaange wahrend der Psychoanalyse", <u>Imago</u>, vol. XII.
- Ekstein, R y Wallerstein, RS (1958) The teaching and learning of psychotherapy. Nueva York: Basic Books
- Elliot, R. (1983), "That in your hands": A comprehensive process analysis of a significant event in psychotherapy". Psychiatry, 46, 113-129.
- English, H. y English, A. (1977), <u>Diccionario de psicología y psicoanálisis</u>. Buenos Aires, Paidós

- Etchegoyen, H., Klimovsky, G.
 - (1986), <u>Los fundamentos de la técnica psicoanalítica</u>. Amorrortu, Buenos Aires.
- Fairbairn, D. (1962), <u>Estudio psicoanalítico de la personalidad</u>. Buenos Aires, Hormé.
- Ferenczi, S. (1967), Teoría y técnica del psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós.
- Freud, S. (1905d) <u>Tres ensayos de teoría sexual</u>, en AE, vol. 7. (1905e) "Fragmento de análisis de un caso de histeria", en AE., vol. 7.

(1910d) "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica", en AE, vol. 11.

(1914c) "Introducción del narcisismo", en AE, vol. 14.

(1915a) "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III)", en AE, vol. 12.

(1915c) "Pulsiones y destinos de pulsión", en AE, vol. 14.

(1916-17) Conferencias de introducción al psicoanálisis, en AE, vols. 15-16.

(1923b) El yo y el ello, en AE, vol. 19.

(1926d) Inhibición, síntoma y angustia, en AE, vol. 20.

(1933a) <u>Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis</u>, en AE, vol. 22.

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

- Gill, M., Rapaport, D.
 - (1962), Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica. Pax. México.
- Glover, E. (1952), "Research Methods in Psycho-analysis", <u>Int. J. Psycho-Anal.</u> 33, 403–9 (1955), <u>The technique of psychoanalysis</u>. Bailliere, Tindall and Co. Londres.
- Guntrip, H. (1965), Estructura de la personalidad e interacción humana: la síntesis progresiva de la teoría psicodinámica. Buenos Aires, Paidós.

(1969), "Schizoid phenomena, object relations and the self". Nueva York, International University Press.

(1973), <u>El self en la teoría y la terapia psicoanalíticas</u>. Buenos Aires, Amorrortu

- Holloway EL y Poulin, K (1994), "Discourse in supervision", en Siegfried (Ed.), <u>Therapeutic and everyday discourse as behavioral change:</u>

 <u>Towards a micro-analysis in psychotherapy process research.</u>

 Norwood, NJ: Ablex
- Heimann, P. (1950), "On counter-transference", Int. J. Psycho-Anal, 31, 1-2, 1950.

- Klein, M. (1974-76), Obras completas. Buenos Aires. Paidos Hormé.
- Lambert, MJ y Ogles, BM (1997), "The effectiveness of Psychotherapy Supervision", en C.E. Watkins Jr.(Ed) <u>Handbook of Psychotherapy Supervision</u> (pp 421-446), Nueva York: Wiley y Sons.
- Liberman, D. (1976), <u>Lenguaje y técnica psicoanalítica</u>. Kargieman. Buenos Aires.
- Linehan MM (1980), "Supervision of behavior therapy", in AK Hess (Ed), <u>Psychotherapy supervision: Theory, research y practice</u> (pp. 148-180), Nueva York: Wiley.
- López Moreno, C.M. et al. (1997), "Nuevas aportaciones al estudio de la técnica psicoanalítica", en La practica analítica actual. Reflexiones sobre la técnica, págs. 517/523, XXV Congreso interno y XXXV Symposium, Asociación P sicoanalítica Argentina, Buenos Aires. (1999), "Investigación empírica y psicoanálisis. El desafío de investigar respetando el encuadre analítico", Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, LVI, 3, 667/694 (2000), "Aplicación a lo largo de dos años de tratamiento de técnicas clínicas y empíricas. Estudio de caso único", Il Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoanálisis y Psicoterapia y V Encuentro del Capítulo Sudamericano de la Society for Psychotherapy Research, Gramado, Brasil. (2000), "Protocolo de elementos diferenciales para el diagnóstico psicodinámico (EDDP),. 2000, II Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoanálisis y Psicoterapia y V Encuentro del Capítulo Sudamericano de la Society for Psychotherapy Research, Gramado, Brasil. (2000), "Incidencia en la tarea clínica de la pertenencia a un grupo de investigación empírica", en <u>Análisis terminable e interminable y</u> el año 2000. La clínica, I, págs 199-205. Buenos Aires. (2000), "Los aportes de la investigación empírica a la supervisión de un caso clínico", XXIII. Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, organizado por FEPAL. Gramado, Brasil. (2001), "Impact of the inclusion of DEPD in the clinical and training supervisory sessions that were required for its application", 32 Encuentro de la Society for Psychotherapy Research, Junio, Montevideo, Uruguay. Panel titulado: "A New Instrument Presentation to be Applied in Supervision Session".
- Pichon Riviere, E. (1980), <u>Teoría del vínculo</u>. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Poole, MS; Folger, JP y Hewes, DE (1987), "Analyzing interpersonal interactions", en M.E. Roloff y G.R. Miller (Eds), Interpersonal processes: New directions en Communication research (pp.221-256), Newbury Park, CA: Sage.
- Racker, H. (1969), <u>Estudios sobre técnica psicoanalítica</u>. Paidós. Buenos Aires.

- Thomä, H., Kächele, H.
 - (1989), <u>Teoría y práctica del psicoanálisis..l: Fundamentos</u>. Herder, Barcelona.
- Valls, J.L. (1995), <u>Diccionario freudiano</u>, Madrid, Yebenes.
- Wampold, BE y Holloway, E.(1997), "Methodology, Desing, and Evaluation in Psychotherapy Supervision Research", en C.E. Watkins Jr.(Ed)

 <u>Handbook of Psychotherapy Supervision</u> (pp 11-30), Nueva York: Wiley y Sons.
- Wampold, BE y Kim, KH (1989), "Sequential analysis applied to counseling process and outcome: A case study revisited", <u>Journal of Counseling</u> Psychology, 36, 357-364.
- Watkins, CE, Jr (1997), "Defing Psychotherapy Supervisory and understandind Supervisory Functioning", en C.E. Watkins Jr.(Ed) <u>Handbook of Psychotherapy Supervision</u> (pp 3-10), Nueva York: Wiley y Sons.
- Watkins C. E. (1997), <u>Handbook of Psychotherapy Supervision</u>, Nueva York, JWySons.
- Winnicott, D. (1957), Through paediatrics to psychoanalysis. Londres.

Primera versión: 30 de abril de 2002

Aprobado: 18 de octubre de 2002

DAVID LIBERMAN, AGOSTO DE 1975, HOY

David Maldavsky*

Periódicamente reviso pilas de papeles que se amontonan sobre mi escritorio y en diferentes estantes de mi biblioteca, y que contienen sobre todo versiones preliminares de algún trabajo propio que después corregí, o de un trabajo ajeno, que su autor me ha solicitado que le comente y que luego modificó. En una de esas revisiones avancé, supongo, más decidido, hasta "estratos más profundos" de mis papeles, y me topé con unas desgrabaciones de intercambios con D. Liberman, realizados en tres oportunidades. Solo uno de los tres bloques está fechado (30 de agosto de 1975); los otros dos parecen corresponder a fechas cercanas. Pude ubicarme en los hechos: habíamos escrito ya Psicoanálisis y semiótica, y el libro estaba a punto de salir a la luz en Paidós (hecho que le comenté a Liberman en un pasaje). Teníamos frente a nosotros dos esquemas que Liberman expuso en varios libros: el del aparato psíquico, en el cual reunió primera y segunda tópica e hipótesis adicionales de diferentes autores, y el de la combinatoria entre fases de la libido y afectos correspondientes a las posiciones esquizoparanoide y depresiva. El objetivo de nuestro intercambio era la redacción de un texto que en noviembre de ese mismo año se publicó en <u>Imago</u>, 3 (dedicado al lenguaje, bajo mi coordinación), con el título "Sobre el aparato simbólico". Yo estaba especialmente interesado en que se publicara el artículo de Liberman y le propuse que nos reuniéramos para que pudiera ayudarlo a pasar sus ideas al texto escrito. Partía del supuesto de que Liberman solía condensar en imágenes (como los esquemas antes mencionados), muchos conceptos que requerían despliegue, y para ayudarlo en esta tarea a mi vez necesitaba que él mismo me orientara. Liberman estaba por entonces, creo, en el punto culminante de su desarrollo teórico, y el trabajo que publicó entonces es, precisamente, una expresión de ello.

Releer las páginas de nuestros intercambios no me resultó sencillo, por diferentes motivos. Faltan palabras y frases integras, seguramente por dificultades con la grabación misma, y otras partes del texto tienen flagrantes errores de transcripción. Pero lo que más me conmocionó fueron, por supuesto, otros aspectos: descubrir que ya en aquel entonces prefigurábamos muchos de los desarrollos actuales, advertir que resultaba difícil detectar de quién de los dos había surgido la idea (cuestión aún más complicada de resolver por el hecho de que ambos evidenciábamos nuestras criptomnesias y por el hecho de que estas conversaciones estuvieron precedidas de casi una década de muchas otras), y captar nuestra vitalidad, la potencia de los proyectos, los que luego se desarrollaron y los que quedaron truncos. Claro está, lo que acabo de exponer no justifica que hoy, más de 25 años después de aquella época, desempolve papeles y los exponga, ni siquiera sintéticamente. Si he decidido aludir a estos intercambios es porque, al compararlos con el trabajo finalmente

E-mail: dmaldavsky@elsitio.net

_

Director del Instituto de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales en la UCES (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales), del Doctorado en Psicología, de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento, del Programa en Metodología de la investigación del lenguaje desde la perspectiva psicoanalítica y de esta revista (Subjetividad y procesos cognitivos), en dicha casa de estudios.

aparecido en <u>Imago</u>, advertí que no todo lo que se desplegó en ellos quedó incluido en el texto escrito, y que lo que no apareció publicado tiene valor aún hoy en día.

Desde el punto de vista formal, el propósito que nos guió en aquella oportunidad fue alcanzado solo en parte, según se advierte de la estructura interna del trabajo de Imago: falta de subtítulos, como evidencia de la falta de una más elaborada jerarquización de los conceptos, final trunco. Sin embargo, en dicho texto se evidencia el valor de la propuesta de Liberman en múltiples sentidos: articular diferentes propuestas teóricas, establecer nexos específicos entre metapsicología y clínica a través de hipótesis intermedias cada vez más refinadas.

En cuanto a los temas tratados en nuestros intercambios, son heterogéneos. Freud y M. Klein eran los autores más mencionados, pero hubo comentarios sobre la teoría de los afectos en Green, la teoría del significante y el Otro en Lacan y la teoría del pensamiento en Bion. También nos referimos a casos clínicos freudianos, sobre todo Dora y el Hombre de las Ratas. En cuando a los temas centrales, figuran los referidos al afecto, la representación cosa, los relatos y las frases. Asimismo, a la luz de los desarrollos recientes, cobra resalto una sugerencia (que creo que surgió de Liberman en esta y otras muchas ocasiones) sobre la estratificación entre estilos (o, como yo lo diría actualmente, entre lenguajes del erotismo).

Para exponer brevemente lo que quedó en el tintero del trabajo finalmente publicado, creo que la mejor alternativa consiste en resumir qué es lo que efectivamente apareció en este, para luego agregar lo que no se consignó. Antes de realizar esta exposición, conviene aclarar que no me queda claro ahora por qué algo de lo que expondré no se consignó, si fue porque yo no recuperé para el texto escrito algo de lo que hablamos o si fue porque Liberman mismo me indicó qué quería incluir y qué no. Es posible que se diera una confluencia entre ambos factores.

Comencemos con los comentarios sobre los afectos. En el trabajo de Liberman el tema aparece, llamativamente, al final, y quizá su inclusión haya surgido por mi insistencia en tratar el punto. Liberman afirma que el afecto se expresa en una representación plástica diferencial, de carácter analógico. Las diferentes cualidades emocionales, afirma, constituyen manojos de estructuraciones de símbolos. Si estas permanecen organizadas, el sujeto experimenta concientemente las gamas de los afectos. El espectro emocional es una parte constitutiva central del aparato de simbolización. Es su sistema conectivo, que le da unidad y coherencia al mundo simbólico.

Se advierte en nuestras conversaciones que yo no terminaba de entender esta idea, y que la transcribí de manera casi textual de la grabación. Posiblemente haya consultado con Liberman la versión que finalmente apareció. En la actualidad mi dificultad con la idea persiste; más bien yo ubicaría en el intersticio entre los símbolos al pensamiento inconsciente, o a los componentes pulsionales. En las conversaciones se nota, además, que yo tenía un segundo obstáculo para entender lo que Liberman decía, y que derivaba de mi deseo de que él uniera los afectos con el ideal del yo y los sentidos de realidad (tema al cual habíamos dedicado nuestro libro en común). Liberman no descartaba esta idea, pero no le parecía la central. Más bien se interesó en diferenciar entre las ansiedades y los afectos. Las primeras pueden trasformarse en los segundos. Releyendo con más cuidado las

161

desgrabaciones, advierto que Liberman discriminaba entre emociones, ansiedades y afectos. Quizá la diferencia no resulte del todo clara. Sostenía que las emociones constituían el aspecto psicofisiológico de la afectividad, y que la ansiedad era un estado inicial. Para explicar la diferencia entre ansiedad y afecto, Liberman citaba Inhibición, síntoma y angustia. Podemos inferir que la noción de ansiedad para Liberman se conectaba con la de los afectos automáticos, sobre todo angustia, a diferencia de los más elaborados, derivados de ellos. En cuanto al valor de conectivo, se la atribuía a los afectos, y no a las emociones. Decía que el afecto da un colorido peculiar al proceso una atmósfera, lo cual se expresa en los suprasegmentales (líneas melódicas, supongo) en el discurso. Inclusive ofreció el ejemplo de un sujeto que decía estar triste, mientras que su "masa fónica" (sic) indicaba que estaba resentido, que tenía una injuria narcisista. En este marco aludió al afecto como conectivo, como argamasa, como en medicina se habla del tejido conectivo. Afirmaba además que "el afecto tiene un ingrediente de acción". En ese punto Liberman conectó el afecto con el empuje pulsional. Citó a Minkowski y a las experiencias clínicas con ciertos esquizofrénicos a los que les falta energía y son como una orquesta sin director. Afirmaba también que el afecto puede ser o bien contenido o bien padecido. Padecer un afecto supone tender a desembarazarse de él, con una desorganización del yo. En cambio, contener un afecto implica que "lo displacentero pasa a ser placentero en la medida en que se integra con el principio de realidad". Hecha esta síntesis, cabe destacar que aun ahora pienso que cuando Liberman aludía al afecto como conectivo entre representaciones, consideraba dos cosas diferentes: por un lado, su valor como unificador del conjunto del discurso en torno de un clima, de un colorido, y por otro lado como empuje pulsional circulante cuya ausencia fragmenta al mundo simbólico. Pero esta segunda concepción del afecto lo equipara a la investidura inconciente, o al pensar inconciente (desplazamiento de energía anímica en el camino hacia la acción). Este último enfoque es metapsicológico, mientras que el primero (atmósfera) considera más bien un nivel fenoménico.

Es menos espinosa la descripción de lo que Liberman entendía por representación-cosa inconsciente. En el texto publicado el autor equipara a la representación-cosa con el símbolo inconsciente. Agrega que es una conjunción de códigos que conforman otro código. Cada código corresponde a una de las diez áreas perceptuales. Esto permite realizar un número infinito de símbolo (representación cosa) se En el representación corporal inconsciente, las representaciones kinestésicas (preconciente-concientes) y las verbales (preconcientes). El símbolo es un paquete de información en que existen universos de mensajes que se trasforman en clases de significados y viceversa. La representación simbólica incluye representaciones verbales, plásticas y de órgano. Liberman equipara esta representación con la surgida de una computadora gestáltica, que es diferente de la analógica y la binaria. En nuestras conversaciones agregamos que las diez áreas perceptuales corresponden a diez conjuntos diferentes de cualidades. Liberman se refirió también al juego del carretel para ejemplificar lo que pensaba: está presente el concepto presencia/ausencia, una concepción de la espacialidad en la cual se dan la presencia y la ausencia, el acercamiento v el aleiamiento, que configuran una sintaxis. En cuanto a la verbalización. también aparece una mimesis ("fooort-da"), con una sintaxis que hace de 162

mediación entre lo analógico y lo digital. Lo verbal, lo kinético y lo auditivo se imbrican. Los dos temas recién mencionados (afectos, representaciones-cosa) son altamente teóricos, pero Liberman trataba al mismo tiempo de enlazarlos con los hechos clínicos, lo cual presupone el establecimiento de hipótesis intermedias. Precisamente, los otro temas que consideramos (relatos, frases) tienen que ver con esta tentativa de desarrollar estas hipótesis intermedias.

Comenzamos aludiendo a los relatos. Es posible que yo insistiera en este punto, ya que en mi libro Teoría de las representaciones, que estaba escribiendo por entonces, me dediqué a él. Pero recuerdo que Liberman me hablaba a menudo de estas cuestiones. Por otra parte, los estudios publicados en esa época por Bremond, Greimas y oros autores, figuraban en nuestras conversaciones, y debieron de ser un estímulo adicional que despertaba nuestro interés por el tema. La escena en la que hablamos de los relatos incluía sobre todo el gráfico de las ansiedades esquizoparanoides y depresivas para cada fase de la libido. Liberman iba señalando cada casillero y hacía referencias en particular al vínculo hostil con un tercero. Para el erotismo sádico oral primario, aludió a un sujeto que seduce fríamente a alguien con el objetivo de privar a un tercero del objeto de amor. Entonces ese otro sufre de nostalgia o envidia. Para el erotismo sádico oral secundario, el objetivo es lograr que el tercero quede consumido por la impaciencia o los remordimientos y se suicide. Respecto del erotismo sádico anal primario, el móvil sería la venganza, la humillación. Para el erotismo sádico anal secundario, Liberman sostuvo que en el sujeto se da una aspiración a controlar la relación de pareja, sin que pueda sacarse totalmente de encima al tercero. El tercero debe quedar desvalorizado, achatado, o sin esperanzas. Para el erotismo fálico uretral, el deseo es derrotar al tercero. El tercero va a dejar de creer en los demás, va a sufrir de desconfianza y de pesimismo. En cambio, en los relatos del erotismo predomina la tendencia а generar fálico genital extrañamiento despersonalización. Cuando Liberman hizo esta descripción sobre relaciones hostiles con el tercero en el relato, yo le pregunté por el deseo libidinal. En respuesta, afirmó que en el erotismo fálico genital aparece un deseo de ser deseado por alguien importante. En el erotismo fálico uretral cobra realce el deseo de ser deseado por un sujeto ambicioso. En el erotismo sádico anal secundario, predomina el deseo de ser deseado por alquien estable y ordenado. En el erotismo sádico anal primario prevalece el deseo de ser deseado por alguien que realiza acciones inusitadas, fuera del código. En el erotismo oral secundario predomina el deseo de ser deseado por alguien protector. En el erotismo oral primario prevalece el deseo de ser deseado por alguien que siempre va a estar presente, nunca va a provocar una privación. Por la forma en que intercambiábamos, se advierte que el tema nos resultaba familiar, aunque parecía ser esta la primera vez en que lo exponíamos de un modo sintético. Yo le sugerí entonces a Liberman que escribiéramos un trabajo sobre los relatos, y él aceptó. Propuso hacer un texto breve. Yo le dije que pensaba que debían de haber relatos prototípicos, con desenlaces exitosos y fracasados. La reunión en que se dio este intercambio es la única con fecha: 30 de agosto de 1975.

También nos referimos a las frases. El lingüista más citado en este punto era Chomsky. Liberman sostenía que subyacentes a las frases había escenas, en las cuales el sujeto era activo o pasivo. Distinguía además entre una gramática lingüística y una no lingüística, como por ejemplo la de las

vestimentas. Si un esquizofrénico se pone los pantalones en los brazos y el saco en las piernas profiere a su manera una frase: "para mí todo está al revés". También se refirió a ciertos dichos populares, como "la que se va a armar", "la cosa está cocinada", y se preguntó por su origen, onto o filogenético. Respecto del rasgo fonológico de la frase, lo consideraba como equivalente de un gesto o una postura. Resaltamos además el valor de las vocales como expresión de estados afectivos: el código analógico se articula con el digital. El juego infantil permite construir sintaxis no gramaticales. Refiriéndose a sí mismo, Liberman afirmó que, como Freud en el sueño de la inyección a Irma, tenía contenidos oníricos cuya frase latente contaba con un antecedente y un consecuente: a raíz de tal cosa pasó tal otra.

En cuanto a los casos de Freud, el desarrollo del tema estuvo sobre todo a mi cargo, pero Liberman asentía o rectificaba. Todo comenzó con una referencia a la desvalorización. Yo comenté que el Hombre de las Ratas le preguntó a un amigo si lo despreciaba, como expresión de su erogeneidad sádico anal secundaria. Liberman se refirió al remordimiento del paciente, expresión de su sadismo oral secundario. Respecto de fragmentos ulteriores del caso prestamos atención al erotismo fálico uretral.

Por fin, deseo mencionar un modo de concebir la combinación entre estructuras estilísticas en un mismo paciente. Liberman no pensaba que en un caso apareciera un único estilo, sino al menos tres. Esta argumentación (que luego olvidé), fue muy frecuente en muchos de nuestros intercambios, y me volvió a la memoria apenas leí los fragmentos en que aludimos al tema, el cual en estas charlas estaba solo esbozado. La idea de Liberman es que un estilo, de carácter defensivo, hace de fachada de presentación que encubre otro, más conflictivo, y que, subyacente a este último, se haya el núcleo de la subjetividad del paciente. Afirmaba que el estilo de fachada daba los campos semánticos manifiestos. En el curso del proceso terapéutico aparecen nuevas maneras de semantizar, nuevos sistemas de preferencias y valores, que al ser elaborados, dejan paso al tercero, nuclear.

Como se advierte, en los intercambios de hace más de 25 años estaban presentes diferentes cuestiones que hoy tienen fuerte vigencia, y de ahí la actualidad de nuestras argumentaciones pasadas. Sobre todo deseo destacar 1) un esfuerzo por refinar la metapsicología combinando hipótesis de diferentes orientaciones teóricas a partir del fundamento freudiano, 2) una concepción de los pacientes a partir de la teoría de que existen varias corrientes psíquicas coexistentes (varias combinatorias entre erogeneidades y defensas), 3) la propuesta de exponer las hipótesis intermedias entre metapsicología y clínica, 4) el esbozo de desarrollo de un método de investigación de frase y relato. Vaya pues este breve homenaje hacia quien fue nuestro maestro, pionero en estas latitudes y en el mundo en muchas de estas propuestas, vigentes con fuerza en el presente.

LA EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD: ADAPTACIÓN ARGENTINA DEL INVENTARIO DE ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD (IPO)

Susana E. Quiroga, Alejandro Castro Solano, María Isabel Fontao

Resumen

En este trabajo presentamos una primera versión en español del IPO (Inventario de Organización de la Personalidad) de Clarkin, J., Foelsch, P. y Kernberg, O., aplicada a una muestra de estudiantes de la UBA, que se compara con otra equivalente de estudiantes neovorquinos. El IPO consta de tres escalas primarias que definen la estructura básica de personalidad, dos escalas generales, que evalúan respectivamente superyó y cualidad de las relaciones de objeto y siete escalas para investigar tipos de relaciones de objeto. Se describe el proceso de traducción y adaptación mediante los procedimientos correspondientes, se evalúa la confiabilidad interna y la validez intertest comparando los resultados obtenidos.

Se discuten las diferentes entre los resultados entre las poblaciones de estudiantes argentinos y estadounidenses teniendo en cuenta las evaluaciones cuanti-cualitativas y las diferencias culturales existentes.

Palabras clave

Evaluación del tratamiento – estructura de personalidad – inventario de organización de la personalidad – validez y confiabilidad

Summary

In this paper we present the first spanish version of IPO (Inventario de Organización de la Personalidad) (Personality organization inventory), by Clarkin, J., Foelsch, P. and Kernberg, O., which has been applied to a sample of students of the University of Buenos Aires. This sample is compared with another equivalent, of students from New York. The IPO is composed by three primary scales which define the basic structure of personality, two general scales, evaluating the superego and the quality of the object relations, and seven scales to investigate the different types of object relations. It describes the process of translation and adaptation through the procedures and evaluates internal reliability and intertest validity comparing the obtenided results.

We discuss the differences between the results among the samples of argentine and northamerican students, having in mind the quantitative and qualitative evaluations and the cultural differences.

Key words

Threathment evaluation - structure of personality - personality organization inventory – validity and reliability

Introducción

Universidad de Buenos Aires. E-mail: squiroga@elsitio.net

Universidad de Buenos Aires

Universidad de Palermo

Desde comienzos de la década del '80 y con la popularización de las nosologías DSM que ya se hallaban en circulación desde los '50, se comenzó a abordar el estudio de los trastornos de personalidad. A partir de esta fecha dichos desórdenes se integraron en un nuevo eje diagnóstico, el Eje II, dada la relevancia que estos trastornos habían adquirido. Solo a partir de 1987, con el advenimiento del DSM-III-R, se pudo contar con criterios estandarizados basados en datos empíricos de investigación para el diagnóstico de cada uno de estos cuadros. En décadas anteriores, los estudios epidemiológicos y clínicos le habían otorgado mayor relevancia al estudio de la sintomatología, correspondiente al Eje I (por ej. ansiedad, depresión, esquizofrenia, etc.), ya que para estos cuadros el diagnóstico y el tratamiento parecían carecer de menor complejidad. Para este tiempo proliferaron numerosas técnicas de focales) de la eficacia de los tratamientos evaluación (en su mayoría psicoterapéuticos, tanto en el área clínica como en el de la investigación.

Desde no hace mucho tiempo se cuenta con instrumentos psicológicos para el diagnóstico de los Trastornos de Personalidad correspondientes al Eje II. No obstante, los autores coinciden en que los esfuerzos en este campo no han sido suficientes: la confiabilidad entre jueces utilizando diferentes instrumentos es baja, no existen estudios sobre el rol de la familia en la generación del trastorno y/o en las anteriores y tampoco hay demasiada bibliografía sobre como inciden las variables en los diferentes contextos. Si bien los estudios creen en número, aún no existe un consenso respecto a la etiología, la patogénesis, el diagnóstico y el tratamiento de estos desórdenes (Hirschfeld, 1993; Millon, 1990). Hirschfeld comenta que ni siquiera existe un acuerdo respecto de las categorías diagnósticas válidas para el Eje II y de la manera en que estas variables se relacionan entre si.

Weissman (1993), en un artículo que resume los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de personalidad, concluye que las dificultades metodológicas en este campo son muy importantes, principalmente por la falta de consenso en el uso de instrumentos. Estas dificultades han impedido el avance de investigaciones que discriminen en forma precisa la influencia de los diversos factores de riesgo que constituyen la génesis de estos desórdenes.

Los autores en el área sostienen la necesidad de seguir desarrollando instrumentos de evaluación psicológica, particularmente aquellos que están ligados a una teoría de base -en contra de la construcción ateórica de los instrumentos-, que nos permitan entender la génesis y el mantenimiento de los trastornos (Kernberg, 1996; Millon, 1998; Klein, 1993). Klein (1993) agrega que los inventarios autoadministrables y las entrevistas semi-estructuradas o estructuradas deben estar presentes en todos los estudios. Dentro de los enfoques recomendados se encuentran aquellos que entienden a los trastornos como "dimensiones" más que como "categorías" discretas. Este punto de vista es el que ha defendido la Task Force del DSM IV (1994), ya que incluso en aquellas nosologías basadas en criterios categoriales se ha impulsado su combinación con modelos dimensionales.

A la hora de abordar el estudio de la personalidad, los investigadores utilizan predominantemente abordajes dimensionales, tanto en poblaciones con trastornos psicopatológicos como en aquellas que no los tienen. La comunidad científica ha mostrado preferencia por el estudio de la estructura de la personalidad a través de la construcción de cuestionarios de diseño factorial,

166

como el NEO-PI-R (The Big Five, de Costa y McCrae, 1990) que se compone de cinco grandes dimensiones que explican todas las variaciones manifiestas de la conducta del sujeto (Goldberg, 1992). Estas cinco dimensiones o rasgos han sido utilizadas tanto para explicar la personalidad normal como sus trastornos. Un perfil de este tipo compuesto por diferentes rasgos o dimensiones, permite incluso caracterizar un determinado cuadro clínico. Por otro lado, otros autores han criticado la aproximación al estudio de la personalidad a través de este enfoque por varias causas. Primero, porque está centrado en la descripción de estos rasgos o dimensiones que han sido obtenidos mediante análisis factoriales; segundo, por la falta de potencia explicativa del modelo y tercero, porque lo anterior coincide con un vacío en cuanto al marco conceptual que sostiene tales dimensiones (Kernberg, 1996; Millon, 1998). Al respecto afirma Kernberg que el desarrollo de perfiles factoriales para cada desorden de personalidad sobre la base de esos cinco grandes factores tiene una misteriosa cualidad de irrealidad para los clínicos experimentados.

En el ámbito de la clínica, especialmente la de orientación psicodinámica, el estudio de la personalidad tuvo siempre un lugar central. El estudio de pacientes en tratamiento psicoanalítico con diagnóstico de desorden de personalidad permite observar que existen relaciones entre los rasgos patológicos de personalidad de los pacientes y su conducta manifiesta. Por esa razón, cuando cambian los patrones de conducta patológicos co-ocurren también cambios en la estructura psíquica subyacente. Al respecto Derksen (1995) comenta que actualmente no se entiende la consideración de un trastorno afectivo de Eje I que no esté conectado con alguna experiencia del pasado y que responda a patrones de funcionamiento más antiguos.

En el campo de los abordajes clínicos, la aproximación psicodinámica de O. Kernberg (1995) a los desórdenes de personalidad ha logrado el desarrollo de técnicas especiales para tratar las transferencias específicas que estos desórdenes generan. En estos abordajes se obtienen cambios caracterológicos significativos como consecuencia del trabajo psicoterapéutico sobre estos patrones en el ámbito de la transferencia. Esta es una observación clínica de gran importancia que necesita ser refrendada en la investigación empírica (Bursten, 1989; Hare, 1991; Kernberg, 1989; Stone, 1990). Al respecto, existen importantes conclusiones derivadas de la elaboración en contextos clínicos de origen psicoanalítico que aún no han podido ser verificadas empíricamente. Quizá esto se deba, en parte, a la ausencia de una operacionalización adecuada de los conceptos implicados en la clínica y a la falta de instrumentos para la medición de constructos de naturaleza más psicodinámica.

En vista de esta importante área de vacancia se vuelve imprescindible contar con instrumentos validos y confiables que permitan medir las alteraciones de personalidad y que puedan ser utilizados para registrar los cambios estructurales ocurridos en ella como consecuencia de la implementación de un determinado tratamiento psicoterapéutico. Con esta perspectiva en mente el grupo de investigación del *Personality Disorders Institute del Weill Medical College of Cornell University*, de Nueva York dirigido por Otto Kernberg, diseñó un inventario para la evaluación de la personalidad que intenta cubrir ese importante vacío. Antes de entrar en la explicación de este instrumento, delinearemos brevemente cuáles son los fundamentos de la teoría de la personalidad del autor.

167

Teoría de la personalidad de O. Kernberg

La teoría de la personalidad de O. Kernberg se basa en la integración de corrientes de raigambre psicoanalítica. Incluye la concepción metapsicológica freudiana y aportes de teorías posfreudianas, pero además desarrolla temas propios sobre la motivación, los afectos y las pulsiones en la organización de la personalidad. Se apoya en el concepto de estructura mental de Freud (Freud, 1923b, 1924b) proveniente de la segunda tópica, en la cual integra por un lado la segunda teoría pulsional, Eros-pulsión de muerte, y por el otro divide el psiquismo en las instancias de yo, ello y superyó. De los psicoanalistas del yo, en especial Hartmann y Rapaport, adopta el concepto de yo, formado por "estructuras lentamente cambiantes o configuraciones que determinan la canalización de procesos mentales y los umbrales de activación de estos procesos". Siguiendo la línea del pensamiento estructural, plantea también que el complejo de Edipo es un factor organizacional de la mente que subsume las experiencias de las etapas más tempranas. Incorpora en esta propuesta no solo los conceptos freudianos del desarrollo psicosexual de fases de la libido sino también el enfoque de las relaciones objetales del psicoanálisis inalés.

El esquema integracionista de Kernberg reúne las contribuciones de un grupo de psicoanalistas norteamericanos, como Erikson (2000) y muy especialmente Edith Jacobson (1990) y Margaret Mahler (1975), cuyos aportes se han integrado y completado con las contribuciones de la escuela inglesa de psicoanálisis de M. Klein (1957), Bion (1967). De modo tal que su posición teórica aunque no es totalmente original, es una integración, en la cual hay elementos de la teoría freudiana, de la escuela inglesa y americana de psicoanálisis y de los desarrollos franceses recientes como Chasseget Smirgell (1973), Marty (1992), Green (1986), M'Uzan (1981), Mc Dougall (1989), Anzieu (1978), Fain (1971) y Piera Aulagnier (1997).

Con respecto a la internalización de las experiencias tempranas el autor afirma que la *unidad básica de internalización de relaciones de objeto* está formada por la *representación de objeto*, la *representación del self*, y el *afecto* que las liga. Existen relaciones de objeto internalizadas bajo condiciones de afecto "bajo o reducido", e internalizaciones con afecto "intenso", ambas caracterizadas por placer o dolor. Las relaciones de objeto de condiciones afectivas bajas se integran en *funciones no conflictivas del yo* y forman parte de los patrones ordinarios de interacción entre el yo y los otros. A la inversa, experiencias primitivas intensas, tanto placenteras como penosas, originan estructuras internas de la memoria, llamadas *engramas*. Existen *engramas* que se hallan bajo el signo del amor más absoluto (los objetos buenos de la escuela kleiniana, las relaciones buenas del período simbiótico de Margaret Mahler y Edith Jacobson, op.cit.) y *engramas* que significan internalizaciones de experiencias terroríficas. Estas últimas producen temores profundos (traumas tempranos) que dan lugar a la aparición de la angustia de muerte.

Como explicamos más arriba, además de la teoría mahleriana y kleiniana del desarrollo, Kernberg (1979) toma en cuenta la teoría de la motivación, cuya razón última se encuentra en el desarrollo de las pulsiones libidinales y agresivas. Estas pulsiones se originan en afectos placenteros de euforia, excitación y gratificación por un lado, y de dolor, terror, furia o rabia y miedo por el otro. Estos afectos primitivos se van integrando en una cadena

jerárquicamente supraordinada derivada de la libido y otra de igual condición derivada de la pulsión de agresión. Para el autor, los afectos son estructuras psicofisiológicas innatas y constituyen los fundamentos del edificio de las pulsiones respectivas.

Este esquema teórico tiene congruencia con el desarrollo de su técnica psicoterapéutica. Expresa que lo que se activa en la transferencia son precisamente estas unidades de imagen del "sí mismo", la imagen de objeto y del afecto correspondiente entre ambas. Estas unidades de imagen son las que deben ser diagnosticadas en la transferencia e interpretadas como estructuras defensivas que se oponen a relaciones de objeto no transferenciales.

En este punto surge una diferencia en la posición de Kernberg (1994) con respecto a la psicología del yo. Lo que para esta última es un análisis de defensas contra impulsos, para Kernberg es el análisis de una relación de objeto de tipo defensivo en contra de otra relación de objeto de tipo impulsivo. Tomemos un ejemplo. La tendencia a la formación reactiva en un sujeto hace que éste se comporte de manera sumisa reprimiendo el impulso agresivo. Para Kernberg existe una relación fantaseada, inconsciente que se activa en la transferencia, donde el paciente, como niño sumiso y obediente, se relaciona con un padre dominante y peligroso. El paciente intenta convertir al padre en padre bueno y protector a costa de mantenerse como un niño sumiso. Esto constituye la transformación de un mecanismo de defensa (formación reactiva) en una relación de obieto. A su vez. esta relación de obieto es defensiva frente a un impulso de agresión, que en realidad corresponde a una fantasía inconsciente de un niño rebelde y violento que quiere matar y destruir al padre. En este esquema, la agresión y los temores que esa fantasía genera constituyen relaciones de objeto internalizadas y reprimidas. Lo que se observa en la manifestación clínica es la relación de objeto, actualizada en la transferencia, como formación reactiva. Para este autor la técnica central es el análisis sistemático de los conflictos inconscientes activados en la transferencia en forma de relaciones de obieto.

En forma novedosa, para el análisis de los sueños Kernberg aplica la teoría de las relaciones de objeto de Fairbairn (1952) y Erikson (1954), y explica que conviene tener en cuenta: a) los afectos dominantes, b) la forma del discurso, c) la relación transferencial dominante con el terapeuta, y d) los restos diurnos que sirven para aclarar la relación entre el conflicto percibido en el sueño y la realidad psíquica del paciente.

Con respecto a los nuevos desarrollos de la teoría de las relaciones objetales de la escuela francesa, le interesa el estudio acerca del *vacío representacional temprano* como unidades de internalización objetal que no alcanzan a desarrollarse. Estas condiciones graves de no constitución de los afectos tempranos se transforman en expresiones somáticas puras, que dan origen al *pensamiento operatorio* o a las *vivencias operatorias*, que se expresan en enfermedades somáticas, ciertas psicosis o trastornos de personalidad. Existe otro posible desenlace psíquico de menor gravedad en el que el paciente elimina (expulsa) la experiencia traumática a través de mecanismos primitivos como la denegación (desmentida o desestima), lo que resulta en la *incapacidad del sujeto de contener conflictos intrapsiquicamente*.

Con la intención de elaborar una nueva caracterología, Kernberg (1984, 1989, 1992, 1996) ha construido un marco de trabajo para organizar los tipos de relaciones de objeto según su nivel de gravedad. Además de ello, ha

propuesto otra dimensión que para el autor es central, la de la "organización estructural". A partir de la combinación de los tipos caracterológicos según su intensidad y de la organización estructural, Kernberg propone "niveles altos, intermedios y bajos" de patología. Los niveles altos de organización pertenecen a la neurosis y los intermedios y bajos a las organizaciones "límite" de personalidad. Para ilustrar su ordenamiento tipológico. Kernberg ubicó las personalidades histéricas, obsesivo-compulsivas y depresivas en el nivel más alto. En el nivel intermedio situó las personalidades "infantiles" y narcisistas. Por último, las personalidades claramente antisociales, las esquizoides y las paranoides ejemplifican el nivel más bajo de la organización.

Estructuras mentales y organizaciones de la personalidad

Las estructuras mentales, dice Kernberg (1984), son configuraciones relativamente estables de los procesos mentales. El superyó, el yo y el ello son integran otras subestructuras dinámicas, como que configuraciones cognitivas y defensivas del yo. Kernberg (1976) usa el término "análisis estructural" para describir la relación entre la estructura de las relaciones de objeto internalizadas y los distintos niveles de organización del funcionamiento mental. El análisis estructural incluye una organización permanente, que resulta de la elaboración de los conflictos inconscientes como el complejo de Edipo y el complejo de castración e incorpora experiencias tempranas derivadas de las organizaciones pulsionales de las diferentes fases 1) de la organización de la libido 2) de la organización del yo y 3) de la organización de las relaciones de objeto. Esta concepción implica secuencias motivacionales organizadas jerárquicamente y organizaciones jerárquicas discontinuas que contrastan con el concepto de desarrollo lineal o genético enunciado de forma simplista. El autor propone la existencia de tres organizaciones estructurales amplias: neurótica, límite y psicótica. Estas organizaciones estructurales de la personalidad se entrelazan con factores bioquímicos, constitucionales, psicodinámicos, familiares y aenéticos. psicosociales y se plasman en el tiempo como la estructura psíquica del sujeto. Esta estructura constituye la matriz subyacente sobre la que se desarrollarán más tarde los síntomas o los rasgos de carácter del sujeto. Estos tres tipos de organización se caracterizan por tres elementos determinantes: 1) el grado de integración de la identidad, 2) el tipo de operaciones defensivas, y 3) la prueba de realidad.

La estructura de personalidad neurótica, en contraste con la estructura de personalidad límite o bordeline y psícotica implica una identidad integrada, su organización defensiva se centra en la represión y mecanismos defensivos avanzados, es decir aquellos constituidos con posterioridad al sepultamiento del complejo de Edipo. Las estructuras límite o bordeline y psicótica se encuentran en pacientes que poseen un predominio de defensas primitivas que tienen como base el mecanismo de escisión. Esta organización implica un menor grado de integración de la identidad del yo. La prueba de realidad se conserva en la organización neurótica de la personalidad y en algunos aspectos de la organización límite o bordeline, pero está gravemente deteriorada en la organización psicótica.

Haciendo una síntesis de lo que Kernberg describe en distintos trabajos (1984, 1989, 1992, 1996) podemos afirmar que existen tres "constructos" que

constituyen lo más destacado de la organización de la personalidad, cuyas características más relevantes son las que a continuación se exponen.

Estructura Neurótica

- Integración de la identidad
- Manifestaciones no específicas de la fuerza del yo, que incluyen tolerancia a la ansiedad, control de los impulsos y sublimación.
- Uso de defensas neuróticas
- Sentido de la realidad preservado
- Superyó integrado pero con características de intransigencia.
- Relaciones objetales con alta dependencia de apoyo, amor y aceptación por parte del otro.
- Dificultades para expresar la agresión.

Estructura Límite o Borderline

- Difusión de la identidad
- Uso de defensas primitivas: el paciente mejora el vínculo cuando se intentan discriminar en la Entrevista Estructural
- ❖ Algunas alteraciones en el sentido de la realidad (especialmente en los vínculos de intimidad), aunque en general está conservado.
- Patología del superyó (pérdida de vergüenza y culpa)
- Relaciones objetales patológicas: 1) narcisistas o 2) caóticas, no diferenciadas, dependientes y/o 3) rígidas y desconectadas.

Estructura Psicótica

- Coincide con las trastornos psicóticos de la psicosis clínica. Sin embargo, hay pacientes que sin tener psicosis clínica tienen estructura psicótica
- Difusión de la identidad. Indiferenciación de: 1) yo- no yo, 2) origen intrapsíquico o externo de los estímulos, etc.
- Uso de defensas primitivas. El paciente empeora el vínculo cuando se intentan discriminar en la Entrevista Estructural
- Sentido de la realidad comprometido. Ideas delirantes o alucinaciones. El paciente no mantiene criterios sociales de la realidad consensual.

La Entrevista Estructural

La Entrevista Estructural sirve para realizar un diagnóstico del paciente. Se trata de una entrevista no estructurada pero con objetivos definidos. Se caracteriza por un interrogatorio que busca la descripción de los síntomas, conflictos o dificultades que el paciente trae a la entrevista y los modos particulares en que estos se plasman en el aquí-y-ahora de la interacción con el entrevistador. El entrevistador entrenado en esta técnica detectará en el paciente el surgimiento de una organización estructural de su funcionamiento mental que le permitirá clasificarlo en una de las tres estructuras de personalidad antedichas (neurótica, límite o psicótica). Para ello la Entrevista Estructural combina el examen tradicional psiquiátrico del estado mental del paciente con una entrevista orientada psicoanalíticamente que se centra en la comprensión de los conflictos del paciente, teniendo en cuenta la organización de su identidad, los mecanismos defensivos predominantes y la prueba de realidad en el aquí-y-ahora de la transferencia.

Brevemente, definiremos la técnica por la cual el autor investiga las tres áreas expuestas. En la entrevista realiza diferentes intervenciones. Estos tipos de intervención son: 1) la clarificación, que es una exploración del campo cognitivo del paciente que permite detectar los límites de su conciencia cuando aparece cierto material vago, poco claro, incompleto o confuso; 2) la confrontación, que intenta hacer consciente en el paciente las áreas de aparecen contradictorias o incongruentes información que representaciones del self o de sus objetos internos. Estas representaciones contradictorias se acompañan de una reducida consciencia de la realidad psíquica y este funcionamiento contradictorio se resuelve con operaciones defensivas basadas en el mecanismo de escisión y 3) la interpretación, que, en contraste con la clarificación o la confrontación, trata de establecer lazos entre el material consciente, preconciente e inconsciente del paciente y se centra en la búsqueda de las ansiedades y los afectos subyacentes y los conflictos activados en la entrevista. Finalmente, 4) la transferencia, que significa la detección de una interacción vincular, en el presente de la entrevista, de una conducta que suele ser "desajustada" y que refleja los patrones de relación patológica y conflictiva de vínculos significativos del pasado del paciente.

El Inventario de Organización de la Personalidad (IPO), que presentamos en este trabajo, nace de un intento de sistematizar la Entrevista Estructural de Kernberg (1975, 1981, 1984) como método diagnóstico. Está diagramado en forma de un Cuestionario de autollenado que permite la evaluación cuanti-cualitativa de la personalidad del paciente. Se puntúa en forma de 5 posibilidades de respuestas cerradas que tienen un puntaje: "Nunca"(1), "Raramente"(2), "Algunas veces"(3), "Frecuentemente"(4) y "Siempre"(5). El marco conceptual sobre el cual está construido es de origen psicoanalítico.

Trastorno Límite vs. Organización Límite de la Personalidad

Antes de entrar en el tema de la construcción del IPO, describiremos las diferencias existentes entre lo que se define como *Trastorno Límite de la Personalidad*, basado en las manifestaciones observables y los estudios estadísticos del DSM IV, y la *Organización Límite de la Personalidad*, comprendida psicodinámicamente y propuesta por Kernberg (1984).

Trastorno Límite de la Personalidad

- El DSMIII (1980), DSMIII–R (1987) y DSMIV (1994) describió los "Trastornos Límite de la Personalidad" como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:
 - 1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.
 - un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación,
 - 3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable,
 - 4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida),

- 5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación,
- 6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días),
- 7) sentimientos crónicos de vacío,
- 8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes),
- 9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Organización Límite de la Personalidad

La consideración de la *Organización Límite de la Personalidad* nació de la detección clínica de pacientes que no coincidían con los modelos tradicionales de la psicopatología psicoanalítica. Esto llevó a describir este tipo de pacientes como aquellos que estaban en el límite o en la frontera. Sin embargo, tenían ciertas características que los agrupaban: carecían de una capacidad reflexiva sobre si mismos y los otros, tenían dificultades en la elaboración de conflictos y cambios de humor repentinos, y sin embargo podían vivenciar material de proceso primario y manifestar de modo primitivo tendencias pulsionales derivadas de fijaciones libidinales y agresivas. Además, la descripción del DSM de estos pacientes con tales trastornos personalidad no informaban sobre la relación de la enfermedad con la etiología, el tipo de tratamiento adecuado o/y el pronóstico de los mismos.

Kernberg (1984) describió este síndrome como Organización Limítrofe de la Personalidad. Esta descripción incluye no solamente el aspecto descriptivo u observable de la conducta sino también la organización estructural subyacente del paciente, que se basa en los tres criterios estructurales definidos anteriormente como difusión de identidad, nivel de mecanismos de defensa y prueba de realidad. A continuación profundizaremos en la descripción de estos tres criterios debido a que forman parte su Teoría psicoanalítica de la personalidad y constituyen las tres Escalas Primarias básicas del IPO. Estas escalas, además de evaluar el nivel manifiesto y los rasgos caracterológicos del sujeto, investiga su estructura subyacente.

- 1) Difusión de Identidad: se advierte una falta de integración del sentimiento de sí; percepción inadecuada e incomprensión de los otros; cambios o poca estabilidad en los valores; miedo a perder la identidad que lleva al sujeto a aislarse, a confundirse o a desear dominar al otro; autoevaluación incorrecta o ausente; sentimiento de vacío crónico que se detecta como desinterés, aburrimiento o desgano; incapacidad para comunicar al entrevistador sus pensamientos, sus emociones o sus vínculos con los otros. La presencia de estas características trae como consecuencia que el entrevistador experimente dificultades para empatizar con el paciente.
- 2) Nivel de los mecanismos de defensa: las defensas de la organización límite y psicótica de la personalidad corresponden al nivel primitivo. Es decir, predomina el uso de defensas correspondientes al nivel de organización pre-edípica. Están centradas en el mecanismo básico de escisión y las defensas relacionadas con éste: idealización primitiva,

identificación proyectiva, denegación (desmentida o desestima), control omnipotente del objeto y/o del yo, desvalorización. Mediante la disociación, estos mecanismos protegen al yo de experiencias contradictorias del self y de los otros y de experiencias y sentimientos traumáticos insoportables. ¿Qué entendemos por cada uno de estos mecanismos?

- Escisión: la división del sí mismo y de los objetos en "buenos o malos" que da lugar a reversiones súbitas y completas del sí mismo y de los otros.
- Idealización primitiva: tendencia a visualizar los objetos externos enteramente buenos excluyendo cualquier imperfección de la persona idealizada. Su contraparte es la desvalorización completa de los otros o la vivencia de los mismos como persecutorios o peligrosos.
- Proyección temprana o identificación proyectiva: en contraste con la proyección postedípica, la identificación proyectiva se caracteriza por: 1) tendencia a sentir un impulso que al mismo tiempo se ha proyectado en la otra persona, 2) temor a la otra persona, en la cual se ha proyectado dicho impulso y 3) control de esa persona debido al temor a la reintroyección del impulso proyectado.
- Negación (corresponde a la renegación, desmentida o denegación primitiva): consciencia de percepciones, pensamientos y sentimientos sobre sí y los otros completamente opuestos que no tienen relevancia emocional y que no influyen en el estado mental cotidiano.
- Omnipotencia y desvalorización: ambas se derivan de una identificación con el yo-ideal omnipotente y grandioso altamente infatuado que se relaciona con representaciones desvalorizadas y despreciadas de los otros e incluyen la introyección de aspectos desvalorizados de sí en el otro.
- 3) Prueba de realidad: en la organización neurótica y limítrofe la prueba de realidad está conservada; sin embargo, esto no ocurre en la organización psicótica de la personalidad. La Prueba de realidad se define por la capacidad de diferenciar el yo del no yo, las percepciones internas de las externas, la discriminación de los afectos, la conducta y el contenido de los propios pensamientos en término de las normas consensuales. La pérdida de esta capacidad altera la experiencia subjetiva de la realidad y se experimentan sentimientos de extrañamiento y despersonalización.

Cuadro diferencial

Resumiendo, luego de comparar la definición del Trastorno Límite de la Personalidad, según el DSMIV y la Organización Límite de la Personalidad de Kernberg, no queda duda del cambio cualitativo que adquiere el estudio del tema cuando se toma en cuenta el marco conceptual psicoanalítico, que incluye el estudio de la "organización estructural subyacente", propuesto por el autor.

En este cuadro mostramos una síntesis de las características diferenciales en las distintas estructuras subyacentes:

	Estructuras neuróticas	Estructuras limítrofes	Estructuras psicóticas
Identidad del yo	Presente	Ausente	Ausente
Juicio de	Mantenido	Mantenido(en casi	Perdido
realidad		todas las áreas)	
Defensas	Avanzadas	Primitivas	Primitivas

Construcción del Inventario de Organización de la Personalidad (Inventory of Personality Organization- IPO, Clarkin, Foelsch y Kernberg)

Consideremos ahora la construcción y el desarrollo del IPO . La versión 1995-99, la primera que Clarkin entregó en Buenos Aires, incluye dos cuestionarios similares, ambos de autollenado,. El primero que usamos en Buenos Aires es de febrero de 1998 y está compuesto por 214 ítems. Los primeros 169 investigan la Organización Psicodinámica de la Personalidad y su psicopatología, en formato Lickert con 5 opciones de respuesta, tal como indicamos antes, y que van del "Nunca" al "Siempre". Los 45 restantes se incluyen para indicar la tendencia del sujeto a responder de una manera socialmente deseable y se contestan con "Verdadero"/ "Falso" (Marlow-Crowne y Jackson).

La segunda versión que usamos fue modificada en octubre de 1998. Al final de los 169 ítems se agregan 8 reactivos que investigan *Agresión*, como un nuevo factor por investigar, de manera que la segunda versión totaliza 177 ítems, más los 45 restantes.

Desde el punto de vista conceptual, el inventario incluye :

- ❖ Tres escalas primarias o generales que derivan de la Teoría psicoanalítica de la personalidad de O. Kernberg (1996) y son las que fueron usadas para definir la organización bordeline de la personalidad. Dichas escalas son la que definimos en el apartado anterior: Difusión de Identidad; Mecanismos de Defensa y Prueba de Realidad. Además de evaluar el nivel de la conducta manifiesta y los rasgos comunes de cada cuadro, con estas tres escalas el IPO evalúa la organización estructural básica subyacente.
- ❖ Nueve escalas que investigan diferentes tipos de relaciones de objeto y que incluyen los trastornos de personalidad de *tipo neurótico y las de tipo limítrofe*. Dentro de los trastornos de *tipo neurótico* se encuentran:
 - 1) la personalidad histérica,
 - 2) la personalidad obsesivo- compulsiva.
 - 3) la personalidad de tipo depresiva- masoguista.

Las personalidades de *tipo limítrofe* más frecuentes son:

- 4) la personalidad sadomasoquista o estructura masoquista primitiva,
- 5) la personalidad infantil, llamada también histriónica o histeroide,
- 6) la personalidad narcisista,
- 7) las personalidades prepsicóticas o esquizoides, paranoides e hipomaníacas,
- 8) la personalidad antisocial.

La novena escala se refiere a un constructo que detecta las relaciones de objeto saludables y que en la versión 95-99 fue llamada *Personalidad Normal.*

Cada una de estas relaciones de objeto se combinan para realizar el diagnóstico, teniendo en cuenta la organización estructural subyacente.

❖ Dos escalas globales:

1) Cualidad de las relaciones de objeto. Evalúa de una manera general la cualidad de las relaciones interpersonales e

- intersubjetivas del paciente, especialmente aquellas relacionadas con los objetos primarios,
- 2) Valores morales. La evaluación de este constructo se corresponde con el concepto de superyó en la teoría psicoanalítica. La evaluación global de este ítem tiende a discriminar cualitativamente (en función de medidas cuantitativas) una variable que va desde un superyó maduro caracterizado por la integración internalizada en forma armónica de las figuras parentales protectoras, hasta el extremo opuesto donde se observa la presencia de un superyó de características primitivas, severas y persecutorias derivadas de la organización arcaica de las relaciones de objeto (Freud, 1923).

IPO versión 2000

El cuestionario hasta aquí descripto (versión 95-99) con sus dos versiones, fue seguido del IPO2000, que está compuesto de 100 ítems. De los primeros 169 y luego 177 ítems de la versión anterior que investigaban la organización psicodinámica de la personalidad, se quitaron 77 y se eliminaron los 45 ítems que investigaban la tendencia del sujeto a responder de una manera socialmente aceptable y que se contestaban con dos opciones "Verdadero"/ "Falso". Esta nueva versión consta de:

- ❖ Tres Escalas Primarias, que en esta versión toman el nombre de Escalas Estructurales (Structural Scales) y miden la estructura subyacente del entrevistado,
- Cuatro generales. llamadas Escalas escalas Cualitativas (Qualitative Scales). Tres de ellas ya se hallaban en la versión 95-99 y son: a) Relaciones Patológicas de Objeto, antes llamada Cualidad de las Relaciones de objeto; b) Valores Morales y c) la Escala Normal, que ahora toma el nombre de Relaciones de Objeto Saludables. La cuarta, llamada Agresión es un nuevo factor que investiga el monto de agresión en el paciente en sus dos posibilidades: la agresión dirigida hacia el exterior o aquella dirigida hacia el interior en forma de autodestrucción. Este factor constituye un mejoramiento proveniente de los ocho ítems agregados a la segunda versión del 98,
- Ocho escalas que miden Tipos de Relaciones de Objeto que ya estaban en la versión anterior y son: Antisocial, Depresivomasoquista, Histérico, Infantil, Narcisista, Obsesiva, Paranoide y Esquizoide.

IPO versión 2002

Esta nueva versión del IPO está compuesta de 83 ítems. Se ha efectuado un cambio importante, ya que se le han quitado las ocho escalas que medían *Tipos de Relaciones de Objeto* y dos escalas cualitativas que evaluaban *Relaciones de Objeto Patológicas y Saludables*.

Permanece la evaluación de las *Escalas Primarias* y dos escalas adicionales que corresponden a las Escalas Cualitativas globales: *Agresión y Valores Morales*. Esta versión se halla en proceso de traducción al español.

Desarrollo del IPO en la Argentina (Inventory of Personality Organization-Versión 1995-1999)

Durante el año 1997, en virtud de haber obtenido la Beca R. Thalmann de la Universidad de Buenos Aires uno de los autores (Quiroga, 1997) realizó una pasantía en el *Personality Disorders Institute del Weill Medical College of Cornell University* de Nueva York, dirigido por Otto Kernberg. Así nos pusimos en contacto con los Instrumentos que el grupo de investigación de su Director, coordinado por John Clarkin, estaba desarrollando para la evaluación de la personalidad, con el objetivo de medir la eficacia de los tratamientos que allí se realizan. Nos proporcionaron la versión estadounidense del IPO - Inventory of Personality Organization (1995) y se procedió a la traducción y adaptación de una versión rioplatense. Durante el año 1999 y a raíz de la visita a la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires de John Clarkin y de Alejandro Avila Espada, Director del Laboratorio de Evaluación Psicológica de la Universidad de Salamanca, se pautaron nuevas tareas de investigación conjunta en relación con este instrumento.

Por otra parte, dentro del Subprograma de Psicología Clínica para Adolescentes, que desde 1997 conduce S. Quiroga, se atiende a una población que, en su mayor parte, está compuesta por familias con vulnerabilidad psicosocial debido a los casos de violencia comunitaria y familiar, abusos físicos y sexuales, drogadicción, alcoholismo, delincuencia, etc. Esta situación llevó al equipo a profundizar en la línea de pensamiento de Kernberg acerca de los trastornos de personalidad y la amplia gama de la *Clínica Psicoanalítica de las Patologías Actuales*, que incluyen los trastornos de alimentación, patologías adictivas, neurosis traumáticas, etc.⁶, por lo cual contar con un Instrumento de evaluación de la personalidad de orientación psicoanalítica resulta de suma importancia. Nos proponemos ahora presentar el IPO-Versión 1995/99 en población local. Nos referiremos a la adaptación del inventario original y sus características psicométricas básicas.

a) Traducción del IPO al idioma español Proceso de Retrotraducción

La primera tarea que se realizó fue la *traducción* del cuestionario al idioma castellano. Para ello, en primer lugar se recurrió al procedimiento adecuado para estos casos: una primera traducción inglés/castellano, seguida de otra versión castellano/inglés a cargo de un segundo traductor de origen anglosajón, con el objeto de evaluar si se conservaba el sentido original de cada uno de los ítems. Este procedimiento es llamado retrotraducción.

A continuación se realizó la adaptación de la traducción castellana a la modalidad rioplatense. Este paso fue el de mayor complejidad y por lo tanto de mayor duración. Esta mayor duración se debió a dos causas: la necesidad de acercar el léxico de los ítems traducidos al de uso habitual del lenguaje de los entrevistados y la complejidad sintáctica y semántica de algunos de los ítems.

_

⁶ Programa de Actualización en *Clínica Psicoanalítica de las Patologías Actuales* – Posgrado y Doctorado de la Facultad de Psicología (UBA). Directora: Dra. Susana E. Quiroga, Equipo docente: Dr. R. Zukerfeld, Dr. D. Maldavsky, Dr. M. Bernard, Lic. M. Vega, Lic. M. Belçaguy y otros.

177

Con respecto a esto último se suscitaron diversas variantes. En primer lugar, los ítems del cuestionario presentan, en el nivel cognitivo, distintos grados de abstracción. Además, en algunos casos la respuesta necesita que el entrevistado realice un proceso de reflexión tanto sobre si mismo como sobre los otros. Un ejemplo de esto es el ítem 22: "Observo a los otros cuidadosamente, en especial cuando no saben que los miro, para descubrir qué los motiva realmente", o el ítem 65: "Algunas personas me odian porque les preocupa que yo pueda socavar su fuente de poder". En otros casos, la lectura y comprensión del ítem es simple, ya que se trata de averiguar si un hecho concreto ha ocurrido o no en la vida del entrevistado. Por ejemplo, el caso del ítem 162: "He intentado suicidarme".

En segundo lugar, hubo que hacer cambios en la formulación de los ítems ya que la versión anglosajona contiene enunciados que están formulados por la negación. Por ejemplo, el ítem 35: "I can't explain the changes in my behavior", provoca en el entrevistado de idioma español una situación difícil de evaluar, ya que choca con la elección de respuestas posibles: "Nunca" o "Siempre" de la escala Likert. En estos casos concretos, el entrevistado entraba en confusión para emitir su respuesta ya que tenia que decidir sobre un enunciado con una doble negación, como por ejemplo "Nunca no puedo..." o "Siempre no puedo..." ambas construcciones no usadas en nuestro idioma de origen. Para adaptar dichas construcciones a los giros idiomáticos de nuestra lengua debimos convertir en positivos todos los ítems formulados desde la negación.

Un tercer problema se presentó cuando al traducir algunos ítems al idioma español, nos dimos cuenta que la respuesta quedaría condicionada por la estructura de la frase. Por ejemplo en el ítem 57: "You sometimes have to pretend that you love somebody else to get what you want out of him or her". En este caso, la opción "Ocasionalmente, o A veces" se repite tanto en la propuesta del ítem como en la respuesta que se espera que el entrevistado elija. En consecuencia, desde nuestra perspectiva semántica, la propuesta del ítem está invitando a una determinada respuesta.

b) Adaptación lingüística Procedimiento de validación de jueces independientes

Luego de concluida la etapa anterior se procedió a la realización de varias pruebas piloto mediante el sistema de validación interjueces cuyo obietivo era ajustar los enunciados al estilo lingüístico rioplatense. Estos jueces no necesitaron ninguna formación previa va que fueron seleccionados porque las mismas características sociodemográficas de los futuros entrevistados. Se trataba de estudiantes universitarios de 4° año de la carrera de Psicología de una universidad privada de clase media. El Inventario de Organización de la Personalidad fue ofrecido a diez grupos constituidos por cuatro estudiantes cada uno. Ellos contaban con una versión en idioma original que no era imprescindible consultar. Su tarea consistía en leer la versión española ya traducida y realizar las correcciones lingüísticas que les parecieran más acordes con los códigos del idioma "español-argentino-porteño", de manera que los ítems tuvieran menos formalidad y mayor tono coloquial. Cada uno de los diez grupos realizó su propia versión. Una vez concluida esta etapa se realizaron dos reuniones, cada una constituida por cinco grupos y un investigador-coordinador. De cada uno de los dos grupos debía surgir una sola

versión. Estas dos versiones se confrontaron entre si y se concluyó con una sola versión acordada. Este procedimiento llevó bastante tiempo pero resultó sumamente fructífero, ya que también nos permitió corroborar que a pesar de los cambios lingüísticos se mantenía la significación semántica de cada uno de los ítems. De esta manera se llegó a una versión provisoria que se comenzó a probar en una muestra mayor. Estos resultados son los que se presentan en esta comunicación.

Participantes

Para esta primera muestra (N=105) los participantes fueron alumnos que estaban cursando el Ciclo Básico Común de la UBA. Este curso es de carácter obligatorio para todos los ingresantes a las distintas carreras que forman parte de la Universidad de Buenos Aires. Consta de 6 materias anuales que pueden cursarse en uno o dos años. Esta diversidad de participantes nos permitió administrar el cuestionario a alumnos universitarios de variadas orientaciones vocacionales y rasgos de personalidad diferentes. Esta muestra estuvo compuesta de 31 varones (30%) y 74 mujeres (70%). La media de edad para los varones fue de 21.03 (ds =2.25), y para las mujeres de 20.54 (ds = 3.23). No se observaron diferencias significativas de edad entre ambos grupos. El nivel socioeconómico de los participantes fue calculado en relación con el nivel de ocupación de sus padres. Eran todos de nivel socioeconómico medio. Todos ellos vivían en la ciudad de Buenos Aires.

Escalas utilizadas y procedimiento

El IPO fue administrado conjuntamente con el Inventario de Depresión de Beck (Depression Inventory BDI, Beck, 1972 y el Inventario de Ansiedad (The State-Trait Anxiety Inventory-STAI, Spielberger, et al., 1968, adaptado por Figueroa, 1983).

El primero consta de 21 ítems y evalúa conductas depresivas que van de leves a severas. Sus ítems aluden a la sintomatología depresiva en todas sus manifestaciones y están organizados en una gradación de 1 a 4. Para la evaluación de la depresión clínica se tomaron en cuenta los puntajes internacionales: 0 a 9: no depresión; 10 a 15: depresión leve; 16 a 23: depresión significativa; 24 o más: depresión profunda o severa. Para este estudio se utilizó la versión castellana y el estudio estadístico de Quiroga (1997). El punto de corte fue 13 con un desvío estándar de 2 +/-.

El Inventario de Ansiedad es un inventario compuesto por 40 ítems. Los primeros 20 evalúan ansiedad-estado. Spielberger define la ansiedad-estado como un corte temporal-trasversal en la corriente emocional de la vida de una persona. Esto significa que evalúa sentimientos subjetivos de tensión, aprehensión y nerviosismo acompañados de una activación del sistema nervioso autónomo. Estos estados aparecen en un momento dado en el tiempo, pueden fluctuar a través de este. La persona percibe su medio como peligroso o amenazante. Los segundos 20 ítems evalúan ansiedad-rasgo. Este último se entiende como un patrón de comportamiento con tendencia relativamente estable que determina diferencias individuales en las reacciones ansiosas. Las diferencias individuales, dice el autor, reflejan la frecuencia e intensidad con que esos estados han sido experimentados en el pasado y la probabilidad de que esa reacción se manifieste en el futuro. En este trabajo se

utilizó la versión argentina de Leibovich de Figueroa (1991) sobre la versión original de Spielberger (1973). El punto de corte establecido fue de 50.

Las tres pruebas que aquí se presentan fueron autoadministradas. Los cuestionarios fueron administrados en los horarios de clase de los alumnos, pero este procedimiento necesitó de mucho tiempo para su concreción. Previamente a la toma de los mismos, debió solicitarse el permiso correspondiente a las autoridades del Ciclo Básico Común. Dadas las características institucionales de la UBA (universidad de alumnado masivo y admisión irrestricta), la realización de esta gestión institucional -como los trámites burocráticos de orden común y la explicación a los profesores acerca del origen y aplicación de los cuestionarios-, nos requirió la preparación de un equipo de colaboradores. Este equipo se constituyo con psicólogos "junior" que eran investigadores de apoyo de nuestro equipo. Una vez realizada la primera parte de la gestión, se solicitó la autorización de los profesores para la toma (ya que debía ser en el horario que ellos determinaran) y el pedido de colaboración a los alumnos. La participación en ambos casos fue voluntaria. No hubo rechazo de parte de los alumnos y un rechazo de un 10% de parte de los profesores que, según ellos, no se debió a la índole de los cuestionarios sino a la imposibilidad de alterar su calendario docente.

Esta primera muestra (N=105) que presentamos fue administrada en el año 1998. Luego se complementó en el año 1999 con dos muestras más, todas del CBC de ambos sexos, con lo cual en febrero de 2000 se había totalizado una muestra de N=563, compuesta por varones N=282 y mujeres N=281. No se pagó a los participantes de este estudio. Las muestras del año 1999 se tomaron con la segunda versión del primer cuestionario, que incluía 177 ítems, los últimos 8 correspondientes al factor: *Agresión*, a diferencia de la primera que incluía 169. Esta misma versión se trabajó en una muestra no clínica con población de Montevideo, Uruguay, y más tarde se realizó un estudio comparativo entre ambos países.

Resultados

Análisis de fiabilidad de las escalas

Para verificar la homogeneidad de cada una de las escalas del IPO se realizó un análisis de fiabilidad, calculando el coeficiente Alpha de Cronbach para cada escala. En la Tabla 1 se citan dichos valores y se comparan los resultados con los obtenidos en el *Manual for the Inventory of Personality Organization* de Clarkin, Foelsch y Kernberg (1995) en población de estudiantes universitarios norteamericanos.

Tabla 1. Coeficientes de fiabilidad del I.P.O.

Inventario de Organización de la Personalidad.	Datos Aericanos	Datos Argentinos
	N=949	N=105
ESCALAS GENERALES		
Defensas primitivas	.84	.77
Difusión de identidad	.88	.80

Prueba de realidad	.87	.81
Valores morales	.74	.58
Cualidad de relaciones objetales	.81	.79
Escalas de Relaciones Objetales		
Narcisista	.74	.63
Obsesivo	.81	.74
Paranoide	.81	.73
Infantil	.87	.71
Histriónico	.62	.69
Antisocial	.65	.67
Depresivo masoquista	.79	.69
Normal	.64	.69
Esquizoide	.81	.67

Del análisis de los datos en la tabla 1 se puede concluir que el inventario IPO aplicado a población local es confiable. Es decir, mediante el procedimiento estadístico aplicado (Alpha de Cronbach) se verificó la homogeneidad interna de cada una de las escalas que lo componen. Por otro lado, se verificó que las personas que contestaron a la prueba comprendieron adecuadamente la significación de los ítems y que la traducción y adaptación al idioma español del cuestionario había sido realizada de modo correcto. Al comparar los coeficientes de fiabilidad obtenidos en esta primera muestra (N=105) con los datos norteamericanos, observamos que nuestros puntajes de confiabilidad eran algo menores, aunque se conservó el mismo patrón que en la muestra estadounidense.

Evaluación individual del IPO

Cada Escala (factor) del IPO incluye una serie de ítems que se evalúan separadamente. A su vez, cada factor tiene un puntaje máximo total que resulta de la suma del puntaje máximo obtenido en cada ítem (recordar que cada ítem tiene un puntaje de 1 a 5). Por ejemplo, si la *Escala Difusión de Identidad* tuviera 8 ítems el puntaje máximo sería 40 (5x8=40). El puntaje del sujeto entrevistado se mide en función de la suma de los puntajes que eligió para cada ítem. Obtenida esta suma individual, se divide la misma por el número total del factor. Por ejemplo, si el sujeto obtuvo una puntuación de 25 en la *Escala Difusión de Identidad* su resultado para ese factor será 0.6 (25:40=0.6) Este resultado se multiplica por 100 para obtener el puntaje en forma de porcentaje (60%). El sujeto tiene 60% de *Difusión de Identidad*. Este porcentaje será comparado con la Media obtenida para ese factor teniendo en cuenta la desviación estándar (s/d) de nuestra población para poder evaluar la patología o no del sujeto con respecto a ese factor en esa población. Los puntajes altos reflejan *siempre* mayor patología, excepto para la *Escala Normal*.

Comparación de las medias con datos norteamericanos

Para estimar si el Cuestionario IPO medía adecuadamente la estructura de la personalidad, se compararon los datos locales con datos norteamericanos de las mismas características sociodemográficas. Se hipotetizó encontrar

pocas diferencias entre población general argentina y norteamericana, ya que se trataba en ambos casos de población general no consultante. Dado que el IPO intenta detectar alteraciones psicopatológicas de la personalidad, no deberían encontrarse diferencias muy marcadas entre ambos grupos de sujetos (datos en Tabla 2).

Tabla 2 - Comparación población norteamericana/Argentina.

Tabla 2 – Comparación población norteamericana/Argentina.					
Inventario de Organización de	Da	atos	Datos		
la personalidad		nericanos			
		249	N=105		
Escalas Generales	Medias	Desvíos	Media	Desvíos	Т
			S		
Difusión de Identidad	41,73	9,51	39,43	9,02	2,14*
Defensas Primitivas	32,51	-	34,26	-	1,98*
	· ·	-			-
Prueba de realidad	23,97	6,85	27,36	8,05	3,76***
	440.55	44.00	440.5	47.00	0.00#
Cualidad de relaciones	112.55	14.62		17,66	2,03*
objetales			5		
Valores Morales	28,97	6,22	28,26	5,74	1,03ns
Tipos de relaciones de objeto.					
Antisocial	18,19	4,16	30,18	7,39	15,54***
Depresivo	21,33	5,25	21,26	4,82	0,12ns
Histriónico	10,47	3,27	39,3	8,18	34,79***
Infantil	27,7	6,85	29,25	6,32	2,04*
Narcisista	21,79	4,99	23,5	6,3	2,46*
Normal	37,9	4,34	74,1	8,87	39,67***
Obsesivo	18,28	4,65	16,88	4,44	2,66**
Paranoide	26,81	6,15	27,32	6,25	0,7ns
Esquizoide	18,14	4,89	17,41	4,56	1,34ns
·					

^{*} P < 0.05

En negrita valores con tamaño del efecto moderado a amplio.

Considerando aquellas escalas en que el Tamaño del Efecto (Effect Size) es de moderado a amplio, las diferencias más significativas se encuentran en solo 4 escalas. Dentro de las Escalas Primarias o Generales, el factor Prueba de Realidad presenta la diferencia más significativa (p<0.0001). Dentro de los factores Tipos de Relaciones de Objeto la mayor diferencia significativa se encuentra en Antisocial, Histriónico y Normal todas con un p<0.0001. Los estudiantes argentinos comparados con los norteamericanos parecen tener una menor conciencia de la realidad contextual, ya que el puntaje en Prueba de Realidad es más alto en el estudiantado argentino. Por otra parte, el mayor puntaje en la Prueba de Realidad también indica que tiene una menor comprensión de las convenciones sociales y del

^{**} P < 0.01

^{***} P < 0.001

impacto que su conducta produce en los otros. El puntaje mayor en el *Factor Antisocial* determinaría una mayor tendencia a las conductas trasgresoras y una menor adhesión a cumplir con las reglas y límites que la sociedad impone.

La diferencia significativa entre la población argentina norteamericana en el Factor Histriónico seguramente responde (en general) a una mayor expresividad de los afectos que es característica de los pueblos latinos respecto de los sajones. En especial, esta diferencia tan marcada en la Media de los rasgos histriónicos en el caso de la población porteña con respecto a la población norteamericana parece obedecer a los rasgos propios de la personalidad histérica, que se corresponde con deseos de llamar la atención de los demás a través de conductas externalizantes, una cierta característica teatral en la expresión de los afectos, cierto exhibicionismo social y una respuesta intuitiva emocional rápida pero superficial hacia los otros En la escala Normal se observan diferencias muy significativas entre ambas poblaciones, con Tamaño del Efecto amplio. Esta información tiene un contraste aparente con el puntaje mayor de la Escala Antisocial en la población argentina. Sin embargo, según los autores del inventario, la evaluación del puntaje elevado en las escalas debe interpretarse teniendo en cuenta la Escala Normal, ya que el mayor puntaje de la última disminuye el peso psicopatológico de las otras escalas.

Validez Factorial del IPO

Para analizar la estructura factorial de la prueba se llevaron a cabo dos análisis factoriales de componentes principales, efectuándose una rotación Varimax de sus componentes. Para el primer análisis se extrajeron 3 factores que explicaban el 65% de la variancia de las puntuaciones. Se presenta en Tabla 3 la matriz factorial obtenida. En Tabla 4 se presenta la solución factorial obtenida por Clarkin et al. (1995). La solución factorial que se presenta es muy parecida a la obtenida por los autores. Comparando ambas soluciones, podemos observar que existen coincidencias y diferencias en las composición de los factores.

En el Factor 3, el *Factor Normal* se da el mayor grado de coincidencia, ya que es idéntico tanto en la muestra argentina como en la norteamericana (0.95 y 0.96) lo que confirmaría que dicho factor coincide con la ausencia de psicopatología. Lo interesante del Factor 1 obtenido en la muestra argentina es que en él se encuentra el componente *Histeria o Histeroide* y falta el componente *Obsesivo*, que cae en el Factor 2. Está misma situación pero a la inversa ocurre en la muestra norteamericana: el Factor 1 incluye el componente *Obsesivo*, mientras el *Histriónico* cae en el Factor 2 ¿Podríamos hipotetizar que la inversión de estos dos componentes caracterizan los diferentes rasgos de personalidad para cada país? Con respecto a la *Cualidad de las Relaciones objetales*, en nuestra muestra se ubica en el Factor 2, mientras que en la muestra norteamericana cae en el Factor 1.

Tabla 3. Estructura factorial del IPO. Muestra argentina. (N=105)

i abia o. Esti astait	i lactorial acril C. Mic	iootia ai goiitiila. (it	100)
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Dif. de Identidad	0.78	0.39	
Def. Primarias	0.74	0.46	0.14
Prueba de realidad	0.71	0.38	
Depresivo	0.77	0.22	0.27
Esquizoide	0.73	0.26	

Infantil	0.72	0.48	
Histriónico	0.68	0.28	0.34
Narcisista	0.17	0.84	0.14
Antisocial	0.35	0.79	
Cualid. de rel. Obj.	0.55	0.77	
Obsesivo	0.33	0.68	0.17
Valores Morales	0.47	0.69	
Paranoide	0.44	0.62	0.16
Normal	0.11	0.11	0.95

Tabla 4. Estructura factorial del IPO. Muestra norteamericana (N=249)

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Dif. de Identidad	0.84	0.34	0.08
Def. Primarias	0.80	0.42	0.14
Prueba de realidad	0.59	0.41	0.15
Depresivo	0.83	0.15	0.18
Esquizoide	0.78	0.27	-0.07
Infantil	0.86	0.35	0.05
Obsesivo	0.69	0.38	0.03
Cualid. de rel.obj.	0.71	0.56	-0.32
Narcisista	0.57	0.62	0.012
Antisocial	0.17	0.92	0.05
Valores Morales	0.40	0.83	0.06
Paranoide	0.56	0.63	0.09
Histriónico	0.44	0.47	0.29
Normal	0.07	0.08	0.96

En la tabla 5 se observa un segundo análisis factorial. En él se introdujeron solo aquellas variables que señalaban presencia de psicopatología (*Difusión de Identidad, Defensas Primitivas y Prueba de Realidad*), ausencia de psicopatología (*Escala Normal*) y patología del superyó (*Escala Moral*). Se hipotetizó que aquellas variables que señalaban una alteración de la personalidad saturarían muy alto en un solo componente, mientras que aquellas que señalaban ausencia de psicopatología saturarían en otro factor. Se extrajeron dos factores que explicaban el 77% de la variación de las puntuaciones. En la tabla 5 se observan los resultados de este análisis.

En el primer factor obtenido se reúnen las Escalas que indican alteraciones psicopatológicas de la personalidad y en el segundo, la ausencia de la misma, es decir la *Escala Normal*, con lo cual se corrobora la hipótesis planteada.

Tabla 5. Estructura factorial del IPO (Escalas principales)

	Factor 1	Factor 2
Dif. de identidad	0.88	
Defensas primitivas	0.88	
Prueba de realidad	0.80	
Cualid. relac.de obj.	0.80	

Valores morales.	0.83	
Escala Normal		0.96

Validez concurrente (BDI y STAI-E&R)

Para verificar la *Validez concurrente* del IPO con otras pruebas de evaluación psicológica tradicionales ya validadas se correlacionaron las puntuaciones de las escalas del IPO con el Inventario de Depresión de Beck-BDI y con las escalas de Ansiedad estado y rasgo (STAI).

En este caso la hipótesis planteada fue que se encontrarían altas correlaciones en la mayoría de las escalas del IPO (excepto en la escala Normal, que señala ausencia de psicopatología) con pruebas que detectan características de los afectos, básicamente ansiedad y depresión, ya que ambos instrumentos permiten inferir presencia de sintomatología clínica. Se hipotetizó que una alta presencia de sintomatología en estas dos pruebas coexistiría con alteraciones psicopatológicas en la estructura de la personalidad (IPO).

Los resultados de la Tabla 6 permiten afirmar que un mayor predominio de psicopatología de la personalidad (altas puntuaciones en el IPO) correlaciona con una mayor sintomatología clínica asociada en las pruebas de depresión y ansiedad, especialmente en las tres Escalas Primaria: Difusión de Identidad. Defensas Primitivas y Prueba de Realidad. hipótesis que concuerda con los hallazgos clínicos de Kernberg (1976, 1984, 1996) en el sentido de que estos pacientes sueles presentar, en el nivel manifiesto, tanto una ansiedad flotante, crónica y difusa, cuanto una depresión que, más que un cuadro depresivo, suele ser defensiva de un trastorno narcisista cuando las expectativas fantaseadas fracasan. Acorde con estos hallazgos clínicos encontramos en las pruebas estadísticas del área de Tipos de Relaciones de Objeto, que el Tipo Depresivo, correlaciona más alto con el BDI y el STAI en sus dos posibilidades: estado y rasgo. Correlaciones del mismo tenor se encuentran en la personalidad Esquizoide. En el Tipo Infantil, al cual según Kernberg en su mayoría subyace una estructura narcisista, la correlación se encuentra más acentuada en el STAI-rasgo y estado que en el BDI.

Tabla 6. Correlaciones del IPO con Inventario Beck y Ansiedad

IPO	BDI	STAI-E	STAI-R
Escalas Generales			
Difusión de identidad	.57**	0.48**	0.60**
Defensas primitivas	.59**	0.55**	0.65**
Prueba de realidad	.39**	0.35**	0.47**
Cual.de relaciones objetales	.31**	.27**	.34**
Valores morales	.39**	0.30**	0.38**
Tipos de rel. de objeto.			
Antisocial	0.33**	0.24**	0.30**
Depresivo	0.40**	0.51**	0.58**

Histriónico	0.35**	0.30**	0.37**
Infantil	0.19**	0.45**	0.55**
Narcisista	0.26**	0.17ns.	0.27**
Normal	0.08ns.	0.11ns.	0.07ns.
Obsesivo	0.26**	0.26**	0.36**
Paranoide	0.23**	0.28**	0.35**
Esquizoide	0.46**	0.48**	0.52**

Correlaciones r > 0.20, tamaño del efecto moderado a amplio.

** p < 0.01

Discusión

El estudio que aquí presentamos constituye una primera muestra del trabajo de adaptación al idioma español y rioplatense del instrumento IPO. Los datos presentados verifican que este instrumento es un inventario válido y confiable para la evaluación de la personalidad. Desde el punto de vista conceptual, el marco teórico que lo avala se basa en la integración de corrientes de origen psicoanalítico: en primer lugar, el concepto de estructura mental de Freud (yo, ello y superyó) y, en segundo lugar, los aportes posfreudianos como la teoría de las relaciones objetales de la escuela inglesa de psicoanálisis y la psicología del yo de la escuela americana, además de incluir el desarrollo de temas propios de Kernberg sobre la motivación, los afectos y las pulsiones en la organización de la personalidad.

La versión que aquí presentamos evalúa la *organización estructural* de la personalidad en sus tres posibilidades: neurótica, fronteriza y/o psicótica mediante las tres Escalas Primarias: *Difusión de Identidad, Defensas Primitivas y Prueba de Realidad*, dos Escalas Globales: *Valores Morales y Cualidad de Relaciones Objetales* y siete *Tipos de Relaciones Objetales*. Se caracteriza por ser un instrumento vivo, que está en continua revisión, en la medida en que los estudios de validación intra-intertest van progresando (IPO 95/99; 2000 y 2002).

En el nivel individual, la creación de este instrumento tiene dos beneficios: 1) poder realizar un diagnóstico de la personalidad de tipo *psicoanalítico*, situación en la cual nuestro ámbito clínico se halla en déficit (ya que los tratamientos psicoterapéuticos se evalúan con instrumentos importados de terapias cognitivo-conductuales) y 2) evaluar la eficacia terapéutica es decir, evaluar en el plano empírico los cambios en la *organización estructural* (no solo sintomática) que se producen por efecto de las psicoterapias de orientación psicoanalítica (psicoanálisis, psicoterapia psicodinámica, en sus diversas variantes) y muy especialmente, los cambios en la psicoterapia creada por Kernberg para pacientes con trastornos borderline, la *Psicoterapia Focalizada* en la *Transferencia* (*TFP-Transference Focused Psychotherapy*) para pacientes borderline (Clarkin, J., Yeomans, F, y Kernberg, O., 1999).

En el nivel colectivo, dado que su administración es sencilla por tratarse de un instrumento de respuestas cerradas y de autollenado, el IPO puede ser administrado en el ámbito escolar, laboral, forense, etc., para evaluar las características estructurales de personalidad de ciertas poblaciones. Su evaluación puede hacerse en dos niveles: el cuantitativo y el cualitativo. El primero no requiere casi de capacitación; se obtiene una evaluación numérica que puede ser comparada con las medias estándar y sus desvíos obtenidas por los estudios estadísticos de rutina. El segundo nivel de análisis es el

cualitativo, que debe ser realizado por profesionales formados en la disciplina del psicoanálisis, que puedan extraer de esa primera evaluación cuantitativa una interpretación profunda y compleja basada en la inferencia psicoanalítica y en el conocimiento exhaustivo de la psicopatología psicoanalítica que lo sustenta.

Con respecto a los datos obtenidos en esta muestra, podemos decir que las diferencias obtenidas con la muestra de población general estadounidense son similares a las diferencias que se han obtenido cuando se administra un inventario de personalidad en población general no clínica en la Argentina y se lo compara con otra población de origen foráneo. Al respecto, otros estudios con instrumentos que evalúan alteraciones de la personalidad (MMPI-2, MCMI-III) y/o estilos de personalidad (MIPS) han verificado que las diferencias encontradas entre población general estadounidense y argentina se deben, en mayor medida, a influencias culturales que a alteraciones patológicas de la personalidad, reforzando así la validez de los instrumentos (Casullo, 1996).

En esta dirección estarían las diferencias encontradas en el IPO entre las dos poblaciones comparadas. Por ejemplo, se encontraron diferencias significativas en cuatro de los Factores que lo componen: una en la Prueba de realidad (correspondiente a una de las tres escalas primarias) y tres en Tipo de Relaciones Objetales: Antisocial, Histriónico y Normal. Respecto del primero factor (Prueba de realidad), la diferencia es altamente significativa, lo cual conduciría a pensar, en una interpretación solo cuantitativa, que la población porteña tiene mayor porcentaje de distorsión de la realidad. Si combinamos esta apreciación con las diferencias significativas entre los porcentajes referidos a tipos de relaciones objetales antisocial e histriónico, podríamos concluir aun más que la población porteña presenta rasgos de patología más pronunciados. Comentaré brevemente los tres factores ya mencionados ligados a tipos de relaciones objetales. El primer factor parece coincidente con un rasgo afín de la población porteña en general, pero más especialmente de la población universitaria a la que fue administrado el Cuestionario: estudiantes de Ciclo Básico Común de la Universidad de Buenos Aires. Esta población, a la que podríamos llamar "políticamente esclarecida", tiene un conocimiento (que se les imparte durante ese primer año universitario) que está dirigido a informar sobre la situación sociopolítica de nuestro país inserta en el contexto político latinoamericano que, tiende a fomentar la protesta hacia los que imparten la ley. Con respecto al segundo factor, el Histriónico, es bastante conocido el rasgo de extraversión y expresión de los afectos en nuestra población (v en la población latina) en comparación con la norteamericana y en general con las características sajonas de personalidad. Por último, con respecto al Factor Normal se cumple lo que los autores afirman acerca de que, a la inversa de los demás factores, el mayor puntaje coincide con mayor índice de salud mental. Por lo tanto, la interpretación que los autores del IPO proponen para evaluar las escalas en términos psicopatológicos puede aplicarse a los resultados obtenidos en la muestra argentina. En primer lugar las diferencias entre los supuestos rasos psicopatológicos de las tres escalas antes comentadas en la población argentina quedarían atenuadas por el cuatro factor (escala normal), que, además de una alta significatividad, tiene un tamaño de efecto amplio. En segundo lugar esta observación coincidiría también con la hipótesis de que los resultados de los instrumentos provenientes de otros países y estandarizados en el nuestro reflejan diferencias que se deben a causas culturales y no psicopatológicas.

Por último, estamos concientes de que se necesitan futuras investigaciones en el estudio del IPO que verifiquen o refuten los resultados encontrados en esta muestra. En el ámbito clínico y en el nivel individual, es necesario saber si esta adaptación es útil para investigar eficacia terapéutica; en el terreno no-clínico tanto en el nivel individual como en el colectivo, deseamos determinar si puede ser aplicado para realizar estudios sobre salud mental poblacional, educativos, laborales, etc.

Cabe agregar por último que está en proceso de adaptación la versión IPO 2000. Esta versión ha sido traducida al español siguiendo los procedimientos correspondientes para este tipo de tarea, y la hemos administrado a una muestra no clínica de 70 sujetos, en edades que van desde 20 a 40 años. Asimismo, hemos comenzado a aplicar esta versión a una muestra clínica. Los pacientes de esta muestra provienen del *Subprograma de Psicología Clínica para Adolescentes* de la Facultad de Psicología de la UBA que funciona en la sede Regional Sur-Avellaneda. La muestra clínica consta de adolescentes de sexo femenino con Trastornos de Alimentación, en un rango de edad entre 14 y 25 años. También se ha administrado a pacientes adultos en tratamiento, padres de adolescentes violentos de ambos sexos y de adolescentes femeninas con Trastornos de Alimentación, cuyo rango de edad oscila entre 35 y 55 años. Los datos obtenidos se hallan en proceso de evaluación estadística pero aún no se han procesado los resultados.

Bibliografía

American Psychiatric Association, DSM III (1980), <u>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases</u>. Washington D.C. EE.UU.

American Psychiatric Association, DSM III R (1987), <u>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases</u>. Washington D.C. EE.UU.

American Psychiatric Association, DSM IV (1994), <u>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases</u>. Washington D.C. EE.UU.

Anzieu, D. (1975), El Inconsciente y el Grupo, Madrid: Biblioteca Nueva, 1978.

Aulagnier, Piera, (1975), <u>La violencia de la interpretación</u>. Buenos Aires, Amorrurtu Ed., 1977.

Beck, A. (1972), "The phenomena of depression: A synthesis", en D. Offer y D.X. Freeman (Eds.) <u>Modern Psychiatric and Clinical Research</u>, Nueva York: Basic Book, págs. 136-158

Bion, W. R. (1957), Second Thoughts, Nueva York Aronson

Bursten, B. (1989), "The relationship between narcissistic and antisocial personalities", en O.F. Kernberg (Ed.), <u>Narcissistic personality disorder:</u>

<u>Psychiatric clinics of North America</u>, págs. 571-584. Philadelphia: Saunders

Butcher, J.N., Graham, J.R., Williams, C.L. y Benporath, Y. (1990), <u>Development and use of the MMPI-2 content scales</u>. Minneapolis: University of Minnesota Press

Casullo, M.M.

(1996), "Evaluación psicológica de malestares depresivos en adolescentes", en Casullo, M.M. (Comp.) Evaluación psicológica en el campo de la salud. Barcelona: Paidós.

Casullo, M.M.; Castro Solano, A. (2000), "Adaptación del MIPS en Argentina", en <u>Estilos de personalidad</u>. Madrid: Miño y Dávila

Clarkin, J., Foelsch, P. y Kernberg, O. (1995), Manual for the Inventory of Personality Organization (IPO), The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Cornell University Medical College

Clarkin, J., Yeomans, F, y Kernberg, O. (1999), <u>Psychotherapy for Borderline Personality.</u> Nueva York, John Wiley y Sons, Inc.

Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1990), "Personality disorders and the five-factor model of personality", Journal of Personality Disorders, 4, 362-371

Derksen, J.

(1995), <u>Personality Disorders: Clinical and Social Perspectives</u>. Nueva York: John Wiley y Sons.

Chassguet-Smirgel, J. (1973), <u>Essai sur l'Idéal du Moi</u>. París: Presses Universitaires de France,

Erikson, E (1954), "The dream specimen of psychoanalysis", J. Am. Psychoanalytic Assos. 2: 5-56

Erikson, E.

(1982), <u>El ciclo vital completado</u> Barcelona, Buenos Aires, Ed. Paidos, 2000

Fain, M.

(1971), "Prélude à la vie fantasmatique", <u>Reveu Française de</u> <u>Psychanalyse</u>, vol 35, n° 2/3, pag.291-364

Fairbairn, WRD,

(1952), <u>An Object-Relations Theory of the Personality</u>. Nueva York: Basic Books

- Freud, S. (1923b), <u>El yo y el ello</u>, en AE, vol. 19. (1924b), "Neurosis y psicosis", en AE, vol. 19.
- Goldberg, L.R. (1992), "The development of markers for the big-five factor structure", Psychological Assessment, 4, 26-42
- Green, A. (1986), De locuras privadas Buenos Aires, Amorrortu Ed.
- Hare, R.D. (1991), <u>The Hare Psychopathy Checklist Revised</u>. Toronto: Multihealth Systems
- Hartmann, H. (1958), <u>Ego psychology and the problem of adaptation</u>. Nueva York: International Universities Press
- Hirschfeld, R. (1993), "The Williamsburg Conference on Personality Disorders: What have we learned?", <u>Journal of Personality Disorders</u>. Supp, 4-8
- Jacobson, E. (1971), <u>Depresion, Estudios comparativos de condiciones</u>
 normales, neuroticas y psicoticas, Buenos Aires, Amorrortu Ediciones,
 1990
- Kernberg, O.F.(1976), <u>La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis</u> <u>clínico</u> Ed. Paidos, 1979.
 - (1984), <u>Trastornos graves de personalidad</u> . Ed. El Manual Moderno. México, 1987.
 - (1989), "The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior", en O.F. Kernberg (Ed.), <u>Narcissistic personality disorder: Psychiatric clinics of North America</u>, págs. 553-570. Philadelphia: Saunders
 - (1992), <u>La agresión en las perversiones y en los desordenes de personalidad</u>, Buenos Aires, Ed. Paidos, 1994.
 - (1996), "A psychoanalytic theory of personality disorders", en J.F. Clarkin y M. Lenzenweger (Eds.), <u>Major theories of personality disorder</u>, págs. 106-137. Nueva York: Guilford Press
- Kernberg, O.F., Selser,M; Koenigsberg, H; Carr, A.; Apperbaum, A; (1989), <u>Psicoterapia psicodinámica del paciente limítrofe, México, Ed.</u> Planeta Mexicana, 1995
- Klein, M. (1957), . Envy and Gratitude. Nueva York: Basic Books
- Klein, M. (1993), "Issues in the assessment of personality disorders", <u>Journal of Personality Disorders</u>. Suppl, 18-33
- Leibovich de Figueroa, N.B. (1991), "Ansiedad: Algunas concepciones teóricas y su evaluación", en Casullo, M.M., Leibovich de Figueroa, N.B. y Aszkenazi, M. <u>Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica</u>. Buenos Aires: Psicoteca Editorial

- Mahler, M (1975), <u>El nacimiento psicologico del infante humano,</u> Buenos Aires, Editorial Marymar, 1977
- Marty, P.(1990), <u>La psicosomática del adulto.</u> Buenos Aires. Amorrortu Ed., 1992.
- Mc Dougall, J. (1989), Los teatros del cuerpo. Madrid. Julian Yébenes, SA
- Millon, T. (1990), Toward a new personology. Nueva York: John Wiley y Sons
- Millon, T., Millon, C., y Davis, R. D. (1994), Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Minneapolis: National Computer Systems.
- Millon, T. y Davis, R. (1998), <u>Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-</u>IV. Barcelona: Masson
- M'Uzan, G. de (1981), "Relaxation et psychanalyse", <u>Reveu Française de</u> Psychanalyse , vol XLV, n°2, pag.379-90
- Quiroga, S.E.

(1995-2000), Adolescencia tardía y migración: su repercusión en estudiantes universitarios. Directora del Proyecto UBACyT .Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires (1997), Adolescencia tardía y migración: su repercusión en estudiantes universitarios. Directora del Proyecto UBACyT. "Estudio de depresión en población no clínica. Adolescentes tardíos migrados", Ficha de Cátedra Adolescencia, Facultad de Psicología - UBA (1997), The New York Hospital, Cornell Medical Center, White Plains, N. Y., EE.UU. Personality Disorders Institute. Beca Thalmann. Universidad de Buenos Aires.

- Rapaport, D. (1958), "The theory of ego autonomy: A generalization", Bulletin of the Menninger Clinic, 22, págs. 13-35
- Spielberger, Ch. D., Edwards, D.C., Lushene, R.E., Montouri, J., Platzek, D. (1973), <u>STAIC, Preliminary Manual</u>. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Stone, M. (1990), The fate of borderline patients. Nueva York: Guilford Press
- Yeomans, E. Clarkin, J., Kernberg, O. F.

 <u>The Primer of Transference- Focused Psychotherapy for the Borderline Patient, Nueva Jersey, Jason Aronson . 2002</u>
- Weissman, M. (1993), "The epidemiology of personality disorders: a 1990 update", Journal of Personality Disorders, Suppl, 44-62

Primera versión: 3 de junio de 2002 Aprobado: 18 de octubre de 2002

INVESTIGACIÓN Y PSICOTERAPIA PACIENTES DIFÍCILES: ENFOQUES DESDE LA INTERSUBJETIVIDAD

Elena Diana Scherb

Resumen

Lo que motiva el presente artículo es, por un lado, una búsqueda personal desde la práctica clínica, de los métodos y técnicas que han demostrado su efectividad en el logro de los objetivos terapéuticos y, por otro lado, la observación frente a los datos de la realidad, del incremento de los problemas en salud mental en la población en general. De allí la necesidad creciente de ofrecer alternativas válidas desde el campo de la psicoterapia.

Los modelos para el tratamiento de los pacientes denominados 'difíciles' se han convertido en un tema crucial en la literatura especializada sobre todo en la última década.

En el presente artículo se pretende dar un panorama acerca de la conceptualización más actualizada del problema, las razones que llevan a su estudio en el campo de la clínica y la investigación y algunas consecuencias para su aplicación en el trabajo con pacientes.

Luego se presentan lineamientos generales de un modelo de tratamiento (Fernández – Alvarez, 1992) de corte cognitivo—integrativo cuyas características permiten el abordaje terapéutico de este tipo de pacientes. Entre ellas, se desarrolla la visión intersubjetiva del fenómeno psicoterapéutico en todas sus facetas y su rol en particular en estos casos. Focalizando en lo intersubjetivo, se presentan algunas viñetas clínicas a modo de ejemplo.

Finalmente, se delinean algunas conclusiones para la clínica y la investigación con el objetivo de ampliar las posibilidades de aprovechamiento de los recursos, no solamente para los pacientes y el mundo de otros significativos que los rodea, sino también para toda la comunidad de psicoterapeutas.

Palabras clave

Psicoterapia de pacientes dificiles – tratamiento cognitivo-integrativo – investigación en psicoterapia

Summary

This article was inspired on the one hand, by the personal searching for methods and techniques that had proven effective in pursuing therapeutic goals from a clinical point of view, and on the other hand, by the observation in front of social reality, of the increasing mental health problems in general population and, consequently, the growing need of valid responses coming from the field of psychotherapy.

Treatment models for the so called 'difficult patients' have became a crucial issue in the literature, especially in the last decade.

In this article, I will picture the landscape of current conceptualizations, the reasons that lead to the study of this problem in the 'real clinical world 'and in research, and also current trends for treatment.

_

E - mail: baboon@fibertel.com.ar

Institución Aiglé

Then, I present some guidelines for the cognitive — integrative model (Fernández — Alvarez, 1992) that can be suitable for the treatment of these patients. The intersubjective vision of the whole psychotherapy phenomenon is explained, specially focusing on its role with these cases in particular. The functioning of this dimension is illustrated with come clinical vignettes.

Finally, conclusions are drawn for clinical practice and for research, aiming at broadening the possibilities to explore and utilize our resources, not only for the patients and their significant others, but also for the psychotherapists' community as well.

Key words

difficult patients' psychotherapy – cognitive-integrative threatment – psychotherapy research

I. Introducción al problema del paciente difícil

Lo que motiva el presente artículo es, por un lado, una búsqueda personal desde la práctica clínica de los métodos y técnicas que han demostrado su efectividad en el logro de los objetivos terapéuticos y por otro lado, la observación frente a los datos de la realidad, del incremento de los problemas en salud mental en la población en general. De allí la necesidad creciente de ofrecer alternativas válidas desde el campo de la psicoterapia.

El tema de los pacientes difíciles es un terreno que brinda posibilidades no sólo para la investigación de qué es lo que funciona en la práctica, sino también para extender nuestros servicios a muchos pacientes que, por una u otra razón, que podría subsanarse, quedan fuera del sistema de asistencia. En definitiva, amplía las posibilidades de aprovechamiento de los recursos, no solamente para los pacientes y el mundo de otros significativos que los rodea, sino también para los terapeutas.

II. Antecedentes en la bibliografía

La bibliografía existente acerca de alternativas para la conceptualización y tratamiento de ' pacientes difíciles ' viene creciendo exponencialmente a partir de la década del '90. Esto se debe a una serie de razones que expondré más adelante. En principio puede decirse que el trabajo clínico con estos pacientes representa un desafío tanto en el campo de la práctica clínica como en el de la investigación en psicoterapia. Tanto es así que han servido de argumento para confrontar la noción de que los manuales de tratamientos que exige el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental, USA) para considerar una determinada terapia como reconocida formalmente, fueran la única alternativa válida. Como es sabido, los E.V.T. (Empirically Validated Treatments) son aquellos tratamientos que han demostrado su eficacia en estudios controlados de investigación, que pueden seguirse de acuerdo a pasos bien establecidos y por ende la denominación de 'tratamientos manualizados', lo cual les confiere desde el punto de vista científico grados aceptables de generalizabilidad. Estos altos grados de validez externa se reflejan en el hecho de que cumplen los requisitos para ser admitidos por los seguros de salud norteamericanos y pasar así a formar parte del repertorio de servicios brindados por el 'managed care'. No obstante ello, han recibido cuestionamientos incesantes desde el campo de la práctica clínica y también de la investigación, dado que su efectividad y aplicabilidad no es tan fácil de lograr en la 'vida real' de los psicoterapeutas y sus pacientes y porque también, en el afán de tomar en cuenta únicamente aspectos 'comprobables' del proceso terapéutico, quedan fuera matices y peculiaridades que forman parte esencial de dicho proceso.

Las transformaciones en las modalidades de las terapias tradicionales mencionadas, ya constituyen los manuales de tratamiento de 'segunda generación' tales como el modelo para la asistencia de pacientes borderline de Marsha Linehan (Linehan, 1993) y otros.

A diferencia de los manuales de tratamiento empíricamente validados (E.V.T.), aquellos están centrados no tanto en técnicas terapéuticas puras sino en estrategias, lo cual implica grados crecientes de complejidad y sensibilidad clínicas. Esto ha sido así por la necesidad de adecuar mejor la aplicación de ciertos principios en los pasos del tratamiento a los requerimientos de la problemática que planteaban los pacientes y también a cuestiones relativas a los modos de implementación de las técnicas por parte de los terapeutas. El seguimiento de la evolución de los tratamientos en grupos de pacientes especialmente resistentes o con frecuentes recaídas o con problemáticas de difícil remisión es, en parte, lo que viene llevando a este replanteamiento general.

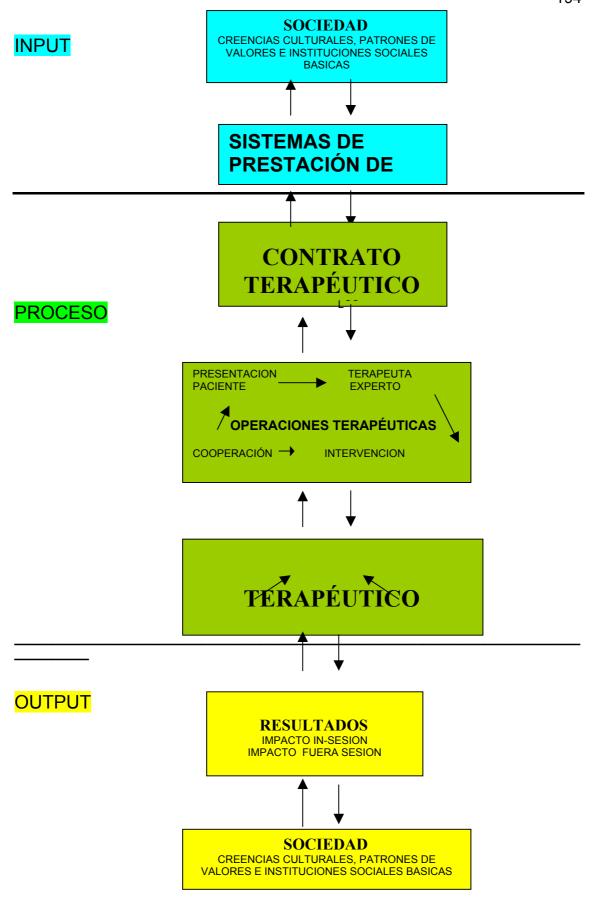
De hecho, el paradigma de la investigación en psicoterapia hoy está centrado en encontrar el mejor ajuste entre tratamiento, paciente y terapeuta, superando el esquema rígido de 'a tal problema, tal técnica'. Esta transformación nos permitirá en el futuro contar con elementos muchos más específicos para optimizar la efectividad de nuestros tratamientos.

Para algunos autores con larga trayectoria en investigación y en clínica como Larry Beulter (Beutler, 1999), estaríamos, hoy por hoy, desde el punto de vista de los hallazgos de investigación en procesos y resultados, en condiciones de optimizar la eficacia de cualquier situación que se le presentara a la psicoterapia como problema.

III. Explicitación del enfoque teórico-conceptual

Es necesario, a fines de hacer inteligible el desarrollo del artículo, realizar algunas consideraciones acerca de qué es lo que entendemos por psicoterapia. Ya Orlinsky, en su Modelo Genérico (Orlinsky & Howard, 1984), describía el feed—back entre la generación de la oferta y la demanda como in-put, y los resultados de la psicoterapia como out—put, que a su vez revierte en la generación de oferta y demanda, como el modelo subyacente a todas sus formas. En esta circularidad quedaba representando el interjuego entre lo social y la generación de la oferta y la demanda, en medio del cual se desarrollaba el proceso psicoterapéutico.

Tabla 1 - Adaptación Modelo Genérico Orlinsky 1994



Este modelo fue uno de los puntos de partida desde donde se encararon los diversos proyectos de investigación que allí se desarrollaron fundamentalmente en el seno de la Society for Psychotherapy Research, de la cual el mencionado autor fue uno de los fundadores y que lleva ya más de 33 años en vigencia.

Siguiendo con un enfoque de la psicoterapia que trascendiera los modelos teóricos, se encararon muchos trabajos, particularmente en el área la relación terapeuta-paciente. Algunos años más tarde, y ya en el terreno más específicamente académico, surge el movimiento de integración psicoterapia representado por la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration que busca elaborar, desde las teorías, nuevas conceptualizaciones para los denominadores comunes a las terapias. Retomando algunos conceptos históricos del movimiento de integración, podemos citar como ejemplo, por la vinculación que tiene con el tema de la relación terapéutica y de la intersubjetividad, el renombrado trabajo de Paul Wachtel acerca de la integración entre el concepto de transferencia del psicoanálisis y el de las invariantes funcionales de Piaget (Wachtel, P., 1981). Aquí se inaugura una visión de la intersubjetividad que se irá desarrollando más adelante en otros modelos terapéuticos. El autor demuestra que la transferencia y la contratransferencia no son solamente representaciones alojadas en la mente del clínico en la cual el paciente 'proyecta' sus representaciones, sino que, a través de los mecanismos de asimilación y adaptación característicos en todo proceso cognitivo, el clínico también 'proyecta' sus representaciones en el paciente. Deja así atrás toda posibilidad de considerar una 'neutralidad' pura del analista, o una 'objetividad', como opuesta a subjetividad, para dar lugar a una concepción intersubjetiva de la realidad interpersonal.

El movimiento desde la psicología de 'una persona' hacia una psicología 'de a dos' fue ganando cada vez más adeptos y actualmente la perspectiva de una relación terapéutica en términos de actos discretos que implican un tipo de transferencia y contratransferencia, en donde uno de los participantes de la díada (el terapeuta) experimenta 'lo correcto' y otro de los participantes de la díada (el paciente) 'lo distorsionado', ha quedado en desuso, para dar lugar a una concepción en la cual se trata de un proceso en el cual se logran cambios a través del interjuego de subjetividades. Más adelante ampliaré este último punto.

Originadas en Estados Unidos hacia finales de los años '60 y principios de los '80 respectivamente, ambas sociedades tienen hoy amplia representación internacional y nuclean a las personalidades más importantes a nivel mundial en lo científico—académico en el área. En esta perspectiva, es decir, integrando niveles psicológicos y sociales y también integrando elementos teórico—técnicos, se ubica nuestro modelo de trabajo.

IV. Definiciones operacionales: ¿en qué sentido paciente difícil?

Con relación al tema específico que nos ocupa, el tratamiento de los pacientes difíciles, si admitimos que los cambios en el ejercicio de la práctica de la psicoterapia (por ejemplo, en términos de oferta y demanda) pueden originarse también a partir de los cambios en la demanda, y que el proceso psicoterapéutico implica la participación activa de al menos dos subjetividades, es esto lo que le otorga a la psicoterapia su carácter intrínsecamente interaccional. No es sólo que el terapeuta o la terapia transforman al paciente,

sino que el paciente también transforma a la terapia y al terapeuta. Entonces el paciente difícil lo es en tanto y en cuanto lo define el contexto de la relación y de la situación terapéutica.

Esta cosmovisión interactiva nos obliga entonces a hablar no ya de pacientes difíciles sino de 'pacientes en situaciones difíciles' (Fernández-Alvarez, Héctor, 2001). De esta manera superamos la perspectiva del terapeuta que se sitúa fuera de la situación y observa al 'paciente difícil' (que anteriormente significaba simplemente un diagnóstico severo o complejo) para pasar a integrar paciente y terapeuta en una unidad de análisis. Necesariamente debemos tomar en cuenta la mayor cantidad de elementos que conforman la totalidad de la situación terapéutica, es decir, todos los componentes de las variables paciente, terapeuta y tratamiento.

En este punto definimos lo intersubjetivo, en lo cual ambos participantes sujetos desempeñan roles bien diferenciados y llevan adelante un proceso de co-construcción y cambio que debe conducir a un resultado, dado que se trata de una práctica psicoterapéutica. La definición general de Fernández–Alvarez permite incluir estas transformaciones: "la psicoterapia es un conjunto de procedimientos científicos que utilizan medios psicológicos en busca de alivio para el sufrimiento humano" (Fernández-Alvarez, H., 1999).

Esto implica que 'el paciente en situación difícil' puede serlo en función de los diferentes niveles o dimensiones que implica todo el proceso de la psicoterapia, lo cual abarca la mayor cantidad de variables posibles, desde la conformación de oferta y demanda (por ejemplo, motivaciones y expectativas tanto en paciente como en terapeuta, o vicisitudes relativas a la contratación del servicio), hasta la cantidad e implementación de recursos de parte del terapeuta en medio del proceso, o disponibilidad de recursos de parte del paciente, el ajuste de metas, influencia de variables externas, como la distancia de vínculos significativos en diferentes momentos del tratamiento, las dificultades en la terminación, las expectativas del terapeuta, la vida personal del terapeuta y muchas otras situaciones. Los pacientes pueden ser difíciles en función de una o más de una de estas circunstancias y no necesariamente solamente en función de los tipos de trastorno. Lo cierto es que, como el término mismo lo define, en estos casos lo difícil es establecer claramente la relación entre implementación de la técnica (por ejemplo, psicoterapia) y resultado (logro de los objetivos) como genérico para determinar la eficacia del procedimiento.

IV. Contexto desde donde surge el fenómeno de los Pacientes (en situaciones) difíciles

¿Cuáles son las razones que explican tanta producción científica y preocupación por hallazgos contundentes desde distintas tradiciones teóricotécnicas en este grupo que, justamente en los primeros trabajos de investigación controlada, caía generalmente fuera de los protocolos por no ajustarse a los criterios de inclusión en la muestra o simplemente por abandonar los tratamientos antes de tiempo? Las razones pueden encontrarse en diferentes niveles de análisis y voy a esquematizarlas a continuación:

a) Económicas: Costo-eficacia: las compañías de seguros de salud (sobre todo en U.S.A.) que financian tratamientos en salud mental ejercen una presión creciente sobre los clínicos para cuantificar los resultados de los tratamientos y poder evaluar la relación costo-beneficio. Según algunos estudios, los

pacientes que permanecen en el sistema yendo de uno a otro clínico o terapeuta generan gastos enormes a las compañías con resultados pobres. Del mismo modo, quienes requieren tratamientos intensivos (internaciones recurrentes) y prolongados (medicación de por vida) con la consecuencia secundaria del ausentismo, la incapacidad laboral, el deterioro familiar, etc., generan gastos crecientes no sólo para el sistema de salud sino para quienes terminan quedando a cargo de ellos. Se hace necesario entonces encontrar alternativas válidas para lograr mejores resultados en estos casos.



"Fightig the Goliath H.M.O.s

´´Luchando con el Goliath de la Organización de Salud Mental (U.S.A.)

- b) Técnicas: Investigación y clínica: la investigación en psicoterapia ya ha atravesado varias etapas en su desarrollo desde sus primeros trabajos, y se requiere un refinamiento cada vez mayor en sus hallazgos. En una conferencia dictada en ocasión el III Foro de Investigación en Psicoterapias del Cono Sur, celebrado en Buenos Aires en 1996 conjuntamente con la Society for Psychotherapy Research, la universidad de Belgrano y otros centros privados, Orlinsky se refirió a la evolución de la investigación en psicoterapia en el mundo y lo resumió de la siguiente manera:
- La primera etapa consistió en la confirmación de la eficacia de la psicoterapia en general.
- La segunda en la comparación de la eficacia entre distintas terapias y distintas problemáticas.
- La tercera, en curso, en encontrar la mejor combinación entre problema— técnica y terapeuta.

El tratamiento de 'pacientes en situaciones difíciles' requiere justamente la habilidad para combinar de la mejor manera los recursos disponibles. Representa un desafío tanto para el investigador como para el clínico experto,

ya que es la situación en donde suceden los éxitos y los fracasos menos esperados. Es decir, se encuentra la mayor impredictibilidad de logros; por lo tanto existe un afán creciente por identificar los factores específicos a los que atribuir dichos resultados.

A modo de ejemplificación de lo dicho, el último número del 2001 de la revista oficial de la S.P.R., comienza con un artículo dedicado al tema de los pacientes difíciles. En él la autora reflexiona acerca de la paradoja que encuentra en el hecho de que, si bien los avances en la investigación en psicoterapia son enormes, no se ha logrado reducir el nivel de los problemas mentales de la población en general (Najavits, 2001).

c) Teóricas: Concepto de enfermedad mental: debido al auge de las ciencias cognitivas, las teorías de la información y de la comunicación y su integración en las teorías psicológicas, se vienen produciendo cambios profundos en la conceptualización de la psicopatología en su conjunto. Sin mencionar lo relativo a la epistemología de la ciencia, que excedería grandemente el foco del presente trabajo, la integración de los campos biológico, psicológico y social para comprender la enfermedad requieren de cambios permanentes en la cosmovisión de la salud mental y de las terapéuticas. No es posible extendernos en este punto en particular, pero baste con mencionar el hecho de que los abordajes psico—sociales en enfermedades severas, como diferentes tipos de esquizofrenias y otros tipos de psicosis, han demostrado su efectividad en muchos centros especializados de asistencia en el mundo no obstante ello, son más difundidos los resultados de los tratamientos farmacológicos, que constituyen sólo una parte del abordaje terapéutico integral.

Los sistemas de evaluación y los manuales de clasificación (DSM IV) también se ven afectados por la continua evolución del concepto de salud mental. Varios autores han intentado nuevas maneras de categorizar y organizar la información para que pueda ser de mayor utilidad al clínico. Ejemplos de ello son la teoría personológica de Millon, donde la clasificación psiquiátrica parte de una perspectiva más holística de la personalidad (Millon, 1996) o los trabajos de Benjamin que incluyen la dimensión de lo interpersonal a partir del modelo circumplejo (Benjamin, 1995) en los diagnósticos del DSM IV.

Sin embargo las taxonomías tradicionales de la psiquiatría ofrecen poca información vinculada a las posibles intervenciones terapéuticas y por lo tanto se trata de hallar un nexo más conducente entre el aspecto meramente descriptivo de la sintomatología y la operatoria de la intervención terapéutica y sus resultados. Si bien los manuales estilo DSM IV son necesarios por su valor descriptivo y su función en la comunicación entre profesionales de la salud, a la hora de diseñar las intervenciones no aporta comprensión acerca de lo que le ocurre a la persona, lo cual es imprescindible para encarar cualquier proceso terapéutico con posibilidades de éxito.

d) Sociales: Marginalidad: a partir de la vertiginosidad con que se producen los cambios sociales, éstos generan a su vez consecuencias psicológicas diversas y complejas. Los ejemplos pueden ir desde las constantes migraciones y los problemas de aculturación que éstas acarrean, hasta las distancias socioeconómicas que posicionan de maneras tan diferentes los dispositivos asistenciales disponibles y requieren un alto grado de flexibilidad y adaptación

a los clínicos para trabajar en condiciones adversas. En el plano vincular, las nuevas conformaciones familiares, con sus familias uniparentales, de homosexuales, y otras configuraciones no tradicionales, plantean desafíos constantes en el campo de la terapia familiar. También la aparición de enfermedades en grandes grupos poblacionales, como la anorexia en adolescentes o el SIDA. en los grupos de riesgo, el tabaquismo, la obesidad y las adicciones, requieren de tecnologías efectivas. Hoy por hoy, la asistencia psicoterapéutica es también solicitada en víctimas de desastres climáticos, del terrorismo, de las guerras étnicas, de abuso sexual y también en las cárceles. El surgimiento de nuevos problemas entonces también conduce a la necesidad de disponer de nuevas tecnologías para enfrentarlos.

V. Contribuciones de la clínica y la investigación al problema del paciente difícil

Perspectivas desde los pacientes: Si bien hasta el momento, dada la complejidad del fenómeno, no existen estudios controlados de investigación sobre procesos y resultados en pacientes difíciles que tengan grados aceptables de generalización. A través de estudios de casos en contextos naturales y de la revisión de la bibliografía existente, es posible hacer algunas observaciones útiles a la clínica. En primer lugar, para identificar este tipo de pacientes deberíamos decir que no cumplimentan en particular ninguna categoría o clasificación diagnóstica sino que se presentan como una situación difícil en relación con el logro del objetivo en los tratamientos. Estas dificultades pueden presentarse en distintos aspectos del proceso psicoterapéutico. Ejemplos característicos de estas situaciones son:

- En el nivel de conformación de oferta y demanda, es decir, en el sistema de salud: consultan recurrentemente, sin reportar resultados definidos, ni negativos ni positivos, de tratamientos anteriores (pueden implicar conjuntamente también problemas físicos de tipo crónico).
- En el nivel del tipo de problema: presentan diagnósticos severos y complejos, que frecuentemente implica co-morbilidad en ejes I y II del DSM IV, o complicaciones con adicciones u otros comportamientos con alto grado de auto-destructividad. También presentan índices altos de recaídas o recurrencias en problemas ó síntomas que habían alcanzado algún grado de remisión.
- En el nivel de la relación terapéutica: grandes dificultades en el cumplimiento de las consignas y frecuentes desafíos a la continuidad de la alianza de trabajo.
- En el nivel de las relaciones con los otros significativos: problemas frecuentes con la agresión que pueden manifestarse fuera de los tratamientos pero también dentro del contexto terapéutico.
- En lo social: cierto grado de marginalidad, debido al empobrecimiento de las redes sociales como consecuencia de sus problemas o debido a que pertenecen a grupos especiales.

Perspectivas desde terapeutas y técnicas: Hay consenso entre los distintos autores en cuanto a la importancia de la 'variable del terapeuta' en la determinación de los resultados de la psicoterapia en general; por lo tanto, es de esperar que en estos casos esta variable cobraría mayor relevancia aún.

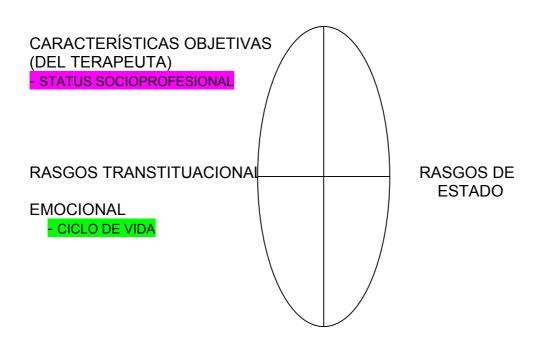
Tabla 3: ESQUEMA GENERAL DE LA VARIABLE TERAPEUTA

BACHELOR & HORVATH 1999

❖ LA CALIDAD DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA COMO FACTOR TERAPÉUTICO COMÚN A TODAS LAS TERAPIAS

BEUTLER et al. 2000

❖ LA VARIABLE DEL TERAPEUTA SE CONFORMA DE CUALIDADES ESPECÍFICAS Y LA MEJOR COMBINACIÓN TERAPEUTA/TÉCNICA/PACIENTE ARROJARÁ LOS MEJORES RESULTADOS



CARACTERÍSTICAS
SUBJETIVAS
(DEL TERAPEUTA)
-MODO PREDOMINANTE DE
COMUNICACIÓN

CONSIDERAMOS LAS VARIABLES SEÑALADAS COMO RELEVANTES PARA OPTIMIZAR EL EJERCICIO DEL ROL DEL TERAPEUTA.

Es necesario destacar dos dimensiones: por un lado, la de la persona del terapeuta, tema que más adelante ampliaremos; por otro lado, la de la estrategia terapéutica utilizada, pero también la particular manera que tiene el terapeuta de implementar la estrategia terapéutica. En relación con las

estrategias, los tratamientos deben diseñarse cuidando tres aspectos fundamentales:

- Por un lado, en la combinación de técnicas. Se requiere de un conocimiento exhaustivo y manejo de diferentes opciones, además de la capacidad del terapeuta de funcionar con grados ajustados de flexibilidad.
- Por otro lado, la referencia permanente al caso en particular. Es necesario ir adaptando el tratamiento a los niveles de malestar y disfuncionalidad del paciente. A su vez, es necesario acomodar los principios técnicos a su estilo cognitivo y de afrontamiento.
- Por último, en el tipo y calidad de la relación terapéutica. Este punto es factor decisivo, ya que reside en él la esencia de las posibilidades de éxito del tratamiento. Con estos pacientes, por la forma que toman los aspectos resistenciales, el mantenimiento y el enriquecimiento de la relación terapéutica es un desafío permanente.

Combinación de técnicas: Para la asistencia de pacientes en situaciones difíciles, está comprobado que las estrategias terapéuticas que combinan distintas técnicas son más efectivas que las técnicas puras. Sin embargo, debe tenerse especialmente en cuenta que lo fundamental para asegurar grados de efectividad es la adecuada combinación de técnicas, lo cual implica conocer lo más específicamente posible cuáles son las indicaciones y los efectos de cada una y sus posibles efectos en el paciente en particular. Un ejemplo puede ser la inclusión de entrevistas y sesiones familiares en los tratamientos individuales. En el caso de pacientes con diagnósticos severos y complejos con comportamientos autodestructivos (intentos de suicidio, por ejemplo) puede ser necesaria la inclusión de sesiones familiares o vinculares. Sin embargo, tendrá efectos positivos siempre y cuando esté indicada en el momento adecuado y con la estrategia de intervención apropiada (objetivo y tipo de intervención), porque de lo contrario la inclusión de las sesiones familiares puede resultar no solamente inocua sino también perjudicial. Lo mismo puede ocurrir con depresiones asociadas a parejas disfuncionales, donde el trabajo en lo interpersonal debe dirigirse muy cuidadosamente.

A partir de algunos estudios de técnicas comparadas, pueden obtenerse datos en relación a la supremacía de algunas estrategias sobre otras para determinados problemas. Por ejemplo, en el caso de las depresiones con índices altos de recaídas o resistentes a las terapias tradicionales (medicación o psicoterapia), la combinación de psicoterapia y medicación ha dado mejores resultados que cualquiera de las aplicaciones por separado. Son conocidos los trabajos de Bernard Beitman, quien ha publicado dos volúmenes sobre la integración de psicoterapia y medicación (Beitman, Bernard, 1991) para estos casos. Otro ejemplo se da en trastornos de ansiedad de difícil remisión, como el caso de ciertos trastornos obsesivo—compulsivos, donde distintas combinaciones de técnicas cognitivo—comportamentales han dado evidencia clínica suficiente sobre sus posibilidades de éxito en trastornos anteriormente considerados intratables (OCD).

Todos estos trabajos se apoyan en metodologías de investigación empírica, o como se denominaría actualmente, basados en evidencia, como el caso de Edna Foa con los tratamientos para OCD. Más allá de su conocida obra sobre el tratamiento de las obsesiones (Foa, 1993), los manuales de auto—ayuda para el paciente y para el clínico, son importantes sus

innumerables artículos de investigación clínica publicados en prestigiosas revistas científicas especializadas en los que se basa para la elaboración de sus modelos de tratamiento.

El campo del tratamiento de esquizofrenias, psicosis y trastornos borderline es quizás el más prolífico en cuanto a innovaciones en combinaciones de técnicas psicosociales, comunitarias, vinculares, psicoeducativas que han demostrado ampliamente su efectividad por sobre los tratamientos tradicionales psiquiátricos y coercitivos. La lista sería interminable y paradójicamente, si bien los resultados son elocuentes por sí mismos y las ventajas se hacen notar también en el área del costo-eficacia, estos tratamientos no están todavía tan masivamente difundidos como los tratamientos psiquiátricos tradicionales.

Conceptualización del caso en particular: Para el tratamiento de problemas complejos y severos, se ha notado que las modalidades de tratamiento por etapas o fases suelen dar los mejores resultados, con el establecimiento de manera colaborativa con el paciente y su entorno las sucesivas metas del trabajo terapéutico. Este último punto lo vamos a ampliar más adelante, ya que nos conduce necesariamente al establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica. Son muchos los ejemplos en la bibliografía de diseños de tratamiento por etapas o fases, como en el caso de los 12 pasos para la recuperación de los alcohólicos o la confrontación progresiva con esquemas nucleares disfuncionales en el tratamiento cognitivo de trastornos de personalidad. Pero, una vez más, es en la implementación de los pasos donde se puede hallar la dificultad.

En este sentido, los primeros trabajos de investigación que buscaron vincular procesos terapéuticos y resultados han logrado demostrar una robusta relación entre la calidad global de la alianza terapéutica y los resultados (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Un reciente estudio (Hilliard, R., Henry, W. & Strupp, H., 2000) trabaja con la hipótesis de vincular experiencias tempranas en díadas de pacientes con proceso terapéutico, alianza terapéutica y resultados. Hasta el momento, se ha hallado fuerte evidencia empírica a favor de la influencia positiva que el aspecto colaborativo de la alianza terapéutica tiene en el proceso terapéutico y en los resultados.

Esto coincide con la observación de clínicos con diferentes posturas teóricas acerca de la importancia -dentro de la motivación general del paciente para el cambio-, de la utilización de los recursos del paciente. Muchos autores hacen hincapié en el hecho de que la función del terapeuta no es develarle al paciente 'lo que le pasa' sino facilitar que el paciente se devele en el conocimiento de sí mismo y de sus posibilidades. Vinculado también con estos conceptos, el hecho de ir acordando con el paciente los pasos por seguir otorga un elemento adicional al tratamiento que ha probado su eficiencia. Este elemento adicional consiste en el incremento del grado de participación y consecuentemente de responsabilidad del paciente en su mejoría, lo que también ayuda a aumentar la motivación en ambas partes del proceso terapéutico.

La motivación en el terapeuta en los tratamientos de pacientes en situaciones difíciles es un aspecto delicado, ya que si bien el desafío que implican puede desempeñar un importante rol a favor de mantenerla alta, la dificultad en el logro de los objetivos puede jugar en contra y provocar en él o

ella, desazón y desesperanza. Hay evidencia que apoya la idea de que en el caso de que esto ocurra, el tratamiento tendrá pocas posibilidades de éxito, de no revertirse esa situación. Un ejemplo de esto último puede ser el caso de pacientes que cuentan con pocos recursos intelectuales para un trabajo de elaboración y reflexión y el terapeuta insiste en interpretaciones tendientes a incrementar grados de autoconciencia de la participación del paciente en tal o cual conflicto con un otro significativo. El paciente guiere (está motivado para) mejorar sus relaciones con los demás y salir de su aislamiento pero no logra moverse un centímetro de su posición a pesar de las intervenciones del terapeuta. El fracaso recurrente de estas operaciones terapéuticas puede desmoralizar al clínico y consecuentemente desmotivarlo, a menos que recurra a otro tipo de técnicas que tal vez funcionan mejor para ese paciente. En este caso en particular podría intentarse con algunas intervenciones de tipo psicoeducativo o de modelado. El hecho de insistir con determinadas operaciones independientemente del resultado que se obtenga con ellas suele ser un vicio en el que los terapeutas incurrimos y que está más al servicio de confirmar nuestros supuestos que de ayudar al paciente. Pero a la larga estos 'estancamientos' en los tratamientos desmoralizan a uno y a otro y genera la sensación de que el tratamiento 'no funciona', cuando en realidad el problema no es este sino que determinada intervención no es efectiva con ese paciente en ese momento del tratamiento.

Calidad de la relación terapéutica: Volviendo a un punto mencionado anteriormente (ver Tabla 2), las técnicas más sofisticadas no pueden evaluarse independientemente del terapeuta y del modo en que éste las está implementando. La así denominada 'variable del terapeuta' sigue siendo uno de los aspectos más estudiados en la bibliografía especializada. Una concepción que nos resulta particularmente útil para el manejo de esta variable, también en investigación, es la que contempla no solamente al terapeuta dentro sino fuera de la sesión, sus características personales, estilos, y el modo como lo afectan en el desempeño de su rol.

No obstante existir instrumentos de medición muy difundidos que se utilizan para medir aspectos de la relación terapéutica, como los cuestionarios de alianza terapéutica (Horvath, 1994) o el CCRT (Luborsky, 1976, 1990), que también se emplea para evaluar proceso, todavía no se ha alcanzado el suficiente grado de especificidad que se requiere para medir la perspectiva interaccional.

Desde nuestro enfoque intersubjetivo, este punto es de capital importancia si pensamos en el proceso terapéutico como 'interjuego entre subjetividades' más que como intercambio sujeto—objeto. Diríamos que el terapeuta expresa su subjetividad a través de los modos en los que implementa su rol. Algunos autores han conseguido definir algunas dimensiones o funciones en las que se desarrolla el rol del terapeuta que permiten avanzar un trecho en este área. De esta manera, se han logrado identificar modos particulares de implementación del rol que funcionan mejor que otros en relación con algunos problemas. Por ejemplo, la directividad del terapeuta ha demostrado ser más efectiva con pacientes más perturbados, mientras que una mayor neutralidad en el terapeuta lo es con pacientes con menor severidad de los síntomas. A su vez, determinados aspectos en la expresividad, tono de voz y otras variables en el

modo de comunicación del terapeuta, se asocian más o menos con diferentes momentos de cambio en el paciente durante el transcurso de una sesión .

Para el tema que nos ocupa es especialmente relevante el trabajo de Jeremy Safran acerca de las rupturas y reparaciones en la alianza terapéutica (Safran, J. & Muran, J., 1996). En él los autores plantean que estos fenómenos en la alianza terapéutica constituyen obstáculos que indican una oportunidad única para explorar y entender los procesos disfuncionales que subyacen al malestar del paciente. En la medida en que el terapeuta asume su participación activa en el proceso relacional, puede contribuir en un grado mayor a la toma de conciencia por parte del paciente de los esquemas disfuncionales implicados en su modo de relación. El caso de la hostilidad dentro del marco terapéutico con pacientes en situaciones difíciles es paradigmático. Los autores plantean que es la actitud del terapeuta frente a estos comportamientos lo que marca la diferencia entre una adecuada resolución o reparación y una ruptura, que generalmente termina en abandono temprano o fracaso terapéutico. Es justamente el momento en que se manifiestan las amenazas a la alianza terapéutica cuando el paciente involuntariamente intenta involucrar al terapeuta en sus patrones disfuncionales de relación, y la ponen en riesgo de constituirse en otra confirmación de su imposibilidad de vincularse adecuadamente con los otros. Aquí es donde estarían actuando sus mecanismos regresivos o los esquemas nucleares disfuncionales. Pero también el terapeuta pone en juego sus propios mecanismos y estrategias de afrontamiento interpersonales. Paciente y terapeuta en este punto experimentan una realidad que es intersubjetiva. El terapeuta es un otro, pero debe funcionar como un otro que es distinto de los demás otros del paciente. Es decir, de alguna manera le confirma al paciente sobre los efectos de su comportamiento con los otros. pero también le disconfirma la creencia subvacente acerca de consecuencias de esos comportamientos, que son las que llevan a dicho paciente a encontrarse con su 'profecía autocumplidora' y realimentan su patrón interpersonal disfuncional. Según estos autores, una gran parte de los fracasos en terapia se debe a una mala resolución de las rupturas en la alianza terapéutica. Esto es particularmente cierto en relación con grupo que nos ocupa.

Viñeta clínica a modo de ejemplo (algunos datos fueron modificados por confidencialidad): La paciente, de 55 años en el momento de la consulta, presenta síntomas de larga data que se intensifican a partir de su separación y divorcio. Ya estaba en tratamiento cuando se desencadena la ruptura y fue cambiando de terapias en el transcurso de los ocho años antes del tratamiento al que nos referimos.

De acuerdo a las entrevistas de admisión, clasifica para un diagnóstico de Distimia (300.4) en el Eje I, conjuntamente con problemas varios en el área de apoyo social en Eje IV y elementos, aunque no contundentes, para un diagnóstico en el área de Trastorno de Personalidad <u>cluster</u> B en el Eje II, de acuerdo al DSM IV. Cuenta con un muy buen nivel intelectual y profesional y una situación económica media. Sin embargo, en el ámbito laboral ya se encuentra muy dañada. En el momento de la consulta está sin trabajo.

La paciente vive sola, tiene un hijo de 25 años que a partir de no querer vivir más con su madre ni con su padre, vive en una pensión. El padre y la hermana de la paciente, junto con un tío materno, murieron en el lapso de seis

años, consecutivamente, antes de la fecha de admisión, y sólo queda viva su madre. El motivo de consulta manifiesto que presenta la paciente es la imposibilidad que siente de resolver un conflicto de lealtades en la relación con su madre anciana, de quien ella se encuentra a cargo, a raíz del cual hace dos meses que no la ve. El conflicto es, también, de larga data.

La indicación es psicoterapia individual a largo plazo con una frecuencia de dos veces por semana, dentro del modelo de trabajo del centro, de corte cognitivo- social.

Debido a que se encontraba tomando algunos psicofármacos, resultado de tratamientos anteriores y de una elaboración disfuncional del duelo por la muerte de su hermana (acaecida hacía tres años), se indica combinación con tratamiento psicofarmacológico a cargo de una psiquiatra del equipo. Se plantean objetivos vinculados al tema que más le preocupa, el vínculo con su madre, pero con perspectivas de ampliarlos en sucesivos pasos.

El momento del proceso terapéutico que he seleccionado para ejemplificar trascurre aproximadamente entre las sesiones 230 y 240, a dos años de comenzado el tratamiento.

La paciente había conseguido empleo y estuvo trabajando por más de un año, aunque, como se trataba de un puesto político, había sido declarada prescindible hacía unas semanas atrás. También había resuelto bastante favorablemente para ella la situación conflictiva con su madre. Se encontraba en un equilibrio estable, hecho que condujo a que progresivamente se le fuera retirando parte de la medicación. Se encontraba fuerte y con cierta disposición a volver a hacer proyectos.

Unos tres meses antes de este momento había fallecido su madre. Su reacción fue una mezcla de depresión (culpabilidad exagerada, reincidencia en trastornos del sueño y de la alimentación que habían remitido) y ansiedad (querer resolver todo lo pendiente de una sola vez, impaciencia, sudores y mareos), con algunas manifestaciones de su 'casi' trastorno de personalidad (suspicacia aumentada frente a diferentes personas, enojos más frecuentes, conductas impulsivas como decidirse en una noche a viajar sola a Pinamar para tirar las cenizas de su madre, creyendo que la podía estar persiguiendo la policía, grandes dificultades para cumplir horarios y citas). En medio de este panorama, tiene una fuerte discusión con su hijo.

A partir de esta discusión, que se produce en el momento en que muere la madre, vuelve a resguardarse en posiciones desventajosas en relación con los demás, como la víctima, que venía abandonando paulatinamente antes de esta recaída. Vuelve a hacer atribuciones externas masivas de todo lo que le sucedió en la vida, como si lo que se hubiera elaborado hasta ese momento en relación con su participación activa en aquello de lo que padece se hubiera borrado de golpe. Todas sus producciones en la sesión se remiten a quejas vinculadas a que venía padeciendo un abandono tras otro, primero de su ahora ex—marido, luego de sus amigos y finalmente de su único hijo, de 27 años. En términos del modelo de trabajo que se viene manejando con esta paciente, esto implicaba una regresión a esquemas de representación de sí mismo anteriores y disfuncionales.

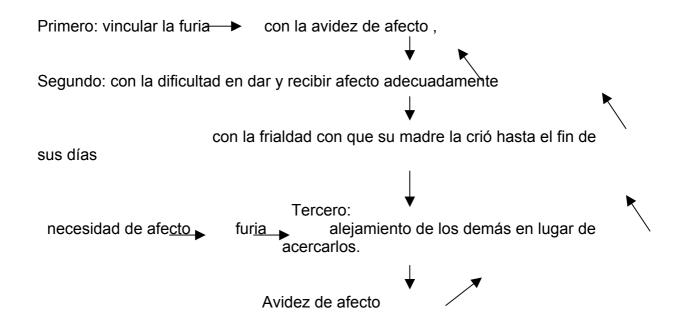
Si bien ella había elaborado en las distintas terapias que 'algo debía de hacer para que todos la dejen' (virando hacia un polo más activo en su relación con los demás), lo único que atinaba a reconocer ahora era que siempre tenía una actitud de entrega, con su marido, con sus padres y hermana, con su hijo,

con sus amigos (lo cual efectivamente era así) y nunca pedía nada a cambio. A pesar de que ella había comenzado a hacer algunas conexiones entre esa falta de reciprocidad y la hostilidad consecuente, y advertido que esa hostilidad debía de estar presente en alguna forma, ella no entendía por qué ella, que tanto daba a los demás, siempre quedaba sola. También sabía que sus dificultades de relación en la adultez estaban vinculadas a sus experiencias tempranas. Había sufrido abandonos reales de sus padres a los pocos meses de vida primero (probablemente a consecuencia de una depresión su madre debió ser internada cuando ella tenía meses y quedó al cuidado de una niñera) y pocos años después (sus padres volvieron a Europa para rescatar familiares luego de la guerra y dejaron a las hijas al cuidado de unos parientes en una granja). También sabía de la influencia en su vida de una educación rígida y autoritaria. Pero a pesar de todas las terapias, en este particular momento parecía que nada había cambiado su conciencia de qué hacía ella para quedarse sola. Su situación iba de mal en peor. Su soledad y sus síntomas aumentaban. Ella aceptaba intelectualmente que estaba experimentando una recaída pero igualmente comenzó a especular con la idea de que la terapia ya no le estaba sirviendo. Al mismo tiempo aseguraba que este tratamiento iba a ser la última oportunidad que se daba para cambiar y que nunca había logrado en terapia lo que había logrado con él. La tensión aumentaba.

No fue hasta que expresó abiertamente su furia irracional con el terapeuta en una sesión, que la paciente pudo por primera vez tener un mínimo grado de conciencia de qué es lo que ella hacía para provocar que los demás la abandonaran. Nunca antes había podido tener esa conciencia de su participación activa en aquello de lo que tanto padecía. O sea: no sólo sufría pasivamente que los demás la abandonasen sino que ella hacía para alejar activamente a los demás. Las intervenciones (interpretaciones) que se le habían hecho desde distintas perspectivas para mover a la paciente de su posición de víctima habían dado resultados, pero transitorios. Ella nunca se había reconocido a sí misma teniendo esos ataques y generando activamente el rechazo en los otros.

El hecho de que esa reacción se hubiera podido dar dentro del ámbito de la terapia y de que el terapeuta hubiera podido aceptar (relacionarse) con ese patrón particular y que a partir de su aceptación la paciente hubiera podido (se hubiera permitido) reconocer su irracionalidad sin temor a ser nuevamente abandonada (debido a la actitud del terapeuta), y también aceptar que le pasaba eso, fue quizás lo que permitió resignificar todo lo que sabía intelectualmente hasta ese momento:

Este es un esquema nuclear disfuncional vinculado a la necesidad de afecto y cómo satisfacerla, en el cual la paciente re-edita una y otra vez una estrategia de afrontamiento interpersonal que la conduce a la confirmación de su creencia errónea relacionada con el hecho de que los demás terminan abandonándola.



A los 57 años comenzó a entender lo importante que era aprender a pedir. Tiempo después, relataba dentro del mismo tratamiento que había tenido experiencias terapéuticas anteriores que habían comenzado bien, pero que al tiempo había abandonado prematuramente a causa de episodios confusos de 'discusiones' que había tenido con los terapeutas, que para ella nunca habían quedado claros. Esto también funciona como otra confirmación más de lo dicho. El ejemplo es válido en tanto y en cuanto permite ver cómo la involucración intersubjetiva del terapeuta, en este caso un cierto grado de aceptación de conductas en otros contextos inaceptadas y luego intervenciones ajustadas, puede funcionar como un pivote para torcer el rumbo de un patrón circular de comunicación disfuncional, o no. En el momento que estoy describiendo en este tratamiento, en el proceso de construcción de la alianza terapéutica, claramente las opciones estaban entre continuar o abandonar el tratamiento. Poder sortear exitosamente esta tensión brindó una oportunidad para ahondar en estructuras a las que de otra manera hubiera sido difícil tener acceso y a partir de allí, continuar el proceso de cambio.

Este último punto, la inteligibilidad de patrones de relación interpersonal en relación a esquemas nucleares disfuncionales primitivos, es quizás lo que más determina la difícil situación del paciente. En este caso la paciente reinicia a partir de aquí una nueva manera de vincularse con sus otros significativos (su hijo, sus amistades), que le brinda la posibilidad de ver su situación vital como una oportunidad y no como un camino sin salida. Si bien este momento marca un hito, no es suficiente para producir un cambio consolidado, y será necesario re–editar y re–actualizar muchas veces más el esquema. Pero marca un antecedente en el cual las mismas condiciones externas (estar separada, tener un sólo hijo de 27 años, ser profesional) pueden implicar representaciones diferentes: un límite o una posibilidad. En este caso, el cómo se ubica frente a su futuro (pasiva o activamente) y el cómo resignifica sus pérdidas (elecciones o sumisiones) se re-actualizan en la manera como se ubica frente a los otros significativos. Y ese cambio intersubjetivo en las estrategias de afrontamiento interpersonales hace toda la diferencia.

VI. Conclusiones

El objetivo de los tratamientos psicoterapéuticos no se agota en la remisión de los síntomas solamente sino que implica una perspectiva más amplia que tiene que ver también con el desarrollo de la persona en relación con los otros. En términos de nuestro modelo, la psicoterapia debe contribuir a la expansión de las potencialidades y el logro de un mayor bienestar general. En última instancia, todo padecimiento psicológico está de alguna manera ligado a la ruptura del guión personal, y el objetivo general de todo tratamiento es ayudar al paciente a continuarlo (Fernández-Alvarez, 1992). Esto se aplica también al caso de los pacientes en situaciones difíciles. En estas situaciones es particularmente importante ampliar el foco de atención para poder dar cuenta acabadamente de su complejidad y para disponer de una diversidad de alternativas. Será necesario contar con especial pericia para identificar por dónde comenzar el tratamiento, cuáles serán las técnicas y demás recursos disponibles por utilizar, cómo deben manejarse las expectativas tanto de paciente, de su contexto y del terapeuta, y, finalmente, cuál será el mejor terapeuta para cada caso.

En este último sentido está orientado el proyecto general de investigación que se está llevando a cabo en la Fundación Aiglé (Fernández-Alvarez, 2001). Parte del mismo consiste en la elaboración de un instrumento para evaluar un constructo que sintetiza las funciones más importantes que debe desempeñar el terapeuta en el ejercicio de su rol denominado: Estilo Personal del Terapeuta (Fernández–Alvarez & García, 2000).

De acuerdo a los autores, el estilo personal constituye una función compleja que reúne varias características del terapeuta, a saber: condición socio – económica, situación vital en el momento de ejercer la clínica, y modos comunicacionales particulares en el ejercicio de su rol. El instrumento se focaliza en el último aspecto, a partir de la definición de algunas funciones esenciales que hacen a la implementación de las técnicas, cualesquiera que estas fueran. Sintéticamente, estas funciones son : a) instruccional, b) atencional, c) evaluativa, d) operativa, e) expresiva y f) de compromiso. En cada terapeuta, el conjunto de funciones se combinará de una manera particular, lo cual conforma un perfil. Actualmente esta investigación se encuentra en una etapa final de construcción del instrumento que probablemente pueda brindarnos una herramienta suficientemente refinada para estudiar las combinaciones óptimas entre tipos de problemas, tipos de técnicas y tipos de terapeutas desde nuestro medio.

Otro estudio en un contexto natural, realizado sobre seguimientos en una muestra de terapeutas y pacientes en situaciones difíciles realizado en nuestro ámbito (Scherb, 2001), aportó evidencia en favor de la importancia de factores vinculados a aspectos interaccionales (estilo atribucional, nivel de reactancia) por sobre otros aspectos (tipo de diagnóstico, severidad del trastorno) en la determinación de resultados positivos en los tratamientos.

Para poder realizar análisis de procesos más refinados se requerirá la utilización de técnicas de análisis multivariados metodologías de estudio de caso único, comparaciones sistematizadas de tratamientos en estudios colaborativos internacionales que se realicen en contextos naturales con pacientes y terapeutas reales. Estos estudios han probado ser útiles para poblaciones especiales y grupos pequeños; no obstante, no se obtienen altos grados de generalizabilidad en los resultados.

En nuestro país, a partir de la puesta en funcionamiento del capítulo sudamericano de investigación en psicoterapia de la S.P.R., están comenzando a desarrollarse diferentes proyectos en instituciones privadas y públicas. En la medida en que las condiciones puedan darse para que se sigan llevando a cabo, tanto en el nivel nacional como en colaboración con otros países, estaremos en condiciones de decir que podemos mejorar seriamente nuestra práctica. El camino está iniciado y la esperanza es que pronto sus resultados puedan enriquecer el arduo trabajo de los terapeutas en las trincheras de la clínica en sus distintos ámbitos también en nuestra región.

Bibliografía

Beutler, Larry E. & Harwood, Mark T.

(2000), Prescriptive psychotherapy, Oxford University Press, U.S.A.

Beitman, Bernard

(1991), "Integrating pharmacotherapy and psychotherapy", Beitman & Klerman, Eds., USA.

Fernández – Alvarez, Héctor

(1992), <u>Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia</u>, Paidós, Buenos Aires.

(1999), <u>La psicoterapia vista por los médicos</u>, Ed. Nuevo Hacer, Buenos Aires.

(2001), "Updating research informed conceptualizations on difficult patients", presentado en SPR International Conference, Montevideo, Junio, 2001.

Fernández-Alvarez, Héctor & García, Fernando

(2000), "El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación", en SPR Society for Psychotherapy Research, Cápítulo Latinoamericano, Sylvia Gril, Ana Ibáñez, Inés Mosca & Paulo Luis Rosa Sousa (Eds.), Investigación en Psicoterapia, Educat, Brazil

Foa, Edna

(1993), Venza sus obsesiones, Robin Book, Barcelona.

García, F., Fernández – Alvarez, H

(2001), "Investigación en psicoterapia: un puente entre teoría y clínica", Vértex, XII, 45, Sept./Oct./Nov. 2001.

Hilliard, Russell, Henry, William & Strupp, Hans

(2000), "An interpersonal model of psychotherapy: linking patientand Therapist Developmental History, Therapeutic Process, and Types of Outcome", <u>Journal of Consulting and Clinical Psychology</u>, Vol. 68, No. 1, (125 – 133), American Psychological Association, U.S.A.

Horvath, Adam

(1994), "Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: the working alliance inventory perspective", in A.O Horvath & L. Greenberg (Eds) The working alliance: Theory, Research and Practice,

Wiley, USA.

Linehan, Marsha

(1993), Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder, Guilford Press, USA.

Lorna, Benjamin

(1995), <u>Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders</u>, Guilford Press, USA.

Luborsky, L. & Crits-Christoph, P.

(1990), <u>Understanding transference</u> - <u>The CCRT method</u>, Basic Books, USA

Millon, Thoedore

(1996), 'Personality and Psychopathology: Building a Clinical Science: Selected Papers of Theodore Millon, Wiley – Interscience, USA.

Najavits, Lisa

(2001), "Helping 'difficult' patients", <u>Psychotherapy Research</u>, 11, 2, 131-152, 2001.

Orlinsky, D.E.; Howard, K.I.

(1986), 'Process and outcome in psychotherapy'. (pp. 311-381). En: S.L. Garfield & A.E. Bergin: 'Handbook of psychotherapy and behavior change, Nueva York, John Wiley & Sons.

Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B.K.

(1994), "Process and outcomein psychotherapy", en S.L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.) <u>Handbook of psychotherapy and behavior change</u>, (3rd. Edition, pp. 311 – 381). Nueva York, Wiley.

Safran, J.D. & Muran, J.C.

(1996), "The resolution of ruptures in the therapeutic alliance", <u>Journal of</u> Consulting and Clinical Psychology, 64, 447-458.

Scherb, E.

(1998), "Investigación acerca de pacientes difíciles y fracaso terapéutico", <u>Investgiaciones en Psicoterapia</u>, S.P.R., Gril, Ibáñez, Mosca y Souza (op.cit.)

Wachtel, Paul

(1981), "Transference, Schema and Assimilation: The Relevance of Piaget to the Psychoanalytic Theory of Transference", <u>Annual of Psychoanalysis</u>, 8, 59 – 76; posteriormente en <u>Action and Insight</u>, 1987, Guilford, USA.

Primera versión: 30 de abril de 2002 Aprobado: 26 de octubre de 2002

PSICOANÁLISIS Y DISPOSITIVOS GRUPALES: AYUDA Y PREJUICIOS TEÓRICOS

Rubén Zukerfeld*

Resumen

Se estudió en diez psicoanalistas la concepción previa que poseían en relación a la ayuda que podría brindar un dispositivo grupal, utilizando una escala de autollenado que evalúa percepción de ayuda total, por identificación, por información y por expresión emocional (Escala de Funcionamiento Grupal, EFG-25, Zukerfeld, R., 1992, basada en Yalom, 1985) y se la comparó con las respuestas de 27 pacientes de distintos grupos.

Los resultados mostraron que: a) los pacientes se sienten más ayudados por el dispositivo que lo que los psicoanalistas suponen b) existe semejanza en la evaluación de la ayuda obtenida por la expresión emocional, pero los pacientes valoran mucho más la ayuda recibida por identificación e información que los psicoanalistas. Se concluye que es necesario revisar ciertos prejuicios teóricos de los psicoanalistas sobre la noción de ayuda, en particular cuando se trabaja en el campo interdisciplinario.

Palabras clave

ayuda psicoterapéutica- formación psicoanalítica – psicoterapia de grupos

Summary

Previous conception about group psychotherapy help was studied in ten psychoanalysts interested in work with psychosomatic patients, compared with 27 patients from different kind of groups using a scale (EFG-25, based on therapeutic factors from Yalom, 1985) that evaluates total help and perception of help related to identification (vg. Universality), information (vg. Guidance), and emotional expression (vg. Catharsis).

Results showed that a) patients felt more help than psychoanalysts beliefs b) patients and psychoanalysts felt the same about the value of emotional expression, but differed about identification and information which were significantly important only for patients.

It is concluded that is necessary to check the presence of some theoretical prejudices about what is really help, specially when psychoanalists want to work in interdisciplinary field

Key words

Psychotherapeutic help – psychoanalytic formation – group psychotherapy

Introducción

_

E-mail: errezeta@arnet.com.ar

^{*} Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) y de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP). Profesor del Postgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Profesor de la Maestría en Psiconeuroendocrinología de la Universidad Favaloro

Desde sus inicios, la psicoterapia psicoanalítica ha estado asociada a un proceso que se produce en un marco bipersonal, donde se generó el descubrimiento freudiano. Debido a ello, la formación tradicional del analista se desarrolla principalmente en aquellas condiciones, tanto en su análisis personal como en las supervisiones. Se trata -por otra parte- de la famosa conjunción entre investigación y cura que luego intentará replicar con sus pacientes. Esta secuencia es parte de una historia que ha dado lugar por un lado a un movimiento que ha revolucionado las prácticas psicoterapéuticas de un modo irreversible y por otro ha institucionalizado un rol identitario que es el de psicoanalista de consultorio, con pertenencia o no a las instituciones psicoanalíticas oficiales. En la última década la investigación cualitativa y cuantitativa del proceso y de los resultados ha implicado interesantes controversias a partir del momento que se ha entendido que la producción de conocimiento no puede quedar limitada solo al modo tradicional de investigación clínica on line (Moser, 1992). Es decir, se incrementaron los trabajos destinados a superar una concepción del psicoanálisis como movimiento y fortalecer su lugar como disciplina científica. Es sabido además de la multiplicidad de orientaciones existentes que han devenido en un pluralismo cuyos límites, según Jiménez (2001) citando a Thomä, "están definidos precisamente por la pregunta sobre los factores curativos, cuya respuesta exige investigación empírica en la relación proceso-resultados" (pág. 134).

Por otra parte -como es conocido- los psicoanalistas han extendido sus intervenciones en dos niveles distintos. El primero corresponde al inmenso "no neurótica-no psicótica" que suele ser campo de la psicopatología denominada de diferentes modos y distinto potencial abarcativo. El segundo nivel está vinculado al protagonismo del psicoanálisis en intervenciones en el campo médico-social (enfermedades crónicas, crisis vitales, humanos, problemáticas de género, laborales y sociales en general), donde se ha acumulado una importante experiencia clínica y teórica. Esto ha significado una actividad psicoterapéutica más allá del consultorio, lo cual implica la involucración del psicoanalista en dispositivos multipersonales en marcos interdisciplinarios. Entre las intervenciones que en aquellos campos se realizan, los dispositivos grupales son los de mayor tradición y desarrollo dentro de distintos abordajes y en programas diversos de asistencia y de promoción de la salud. Se debe recordar aquí que, desde el psicoanálisis de grupo de los pioneros hasta el actual psicoanálisis de la configuraciones vinculares, desde los grupos operativos hasta el psicodrama y desde los dispositivos de autogestión, toda comunitarios hasta los grupos en interdisciplinaria muchos psicoanalistas trabajan en dispositivos grupales (Zimerman v Osorio, 1997).

Estos importantes avances han hecho que en el seno de la formación psicoanalítica teórica y clínica deba reconsiderarse la noción de *ayuda* que se brinda en encuadres distintos del tradicionalmente familiar para el psicoanalista. Existe así un primer problema, consistente en la jerarquización que tiene este concepto -que define cualquier actividad psicoterapéutica- para la psicoterapia psicoanalítica. Es sabido que existen corrientes en psicoanálisis que diferencian efecto analítico de efecto terapéutico, o en que la idea de profundidad –desde la perspectiva del modelo teórico del analista- define lo que sería realmente ayuda. En este sentido corresponde plantear dos grandes

problemas actuales. El primero se manifiesta a su vez como dos desfasajes observables en el campo clínico:

- a) uno de ellos dado por la comprensión teórica del hecho clínico, pero con escasa eficacia terapéutica. Aquí el observable empírico es explicado dentro de una concepción que prescribe determinada gama de intervenciones y proscribe otras alrededor de un eje que define lo que sería "psicoanalítico" y lo que sería "psicoterapéutico", como si fueran en el campo clínico dos géneros diferentes. Se trata de analistas que "analizan" aunque a veces las demandas del paciente, la familia o las instituciones los obligan a hacer "terapia", es decir a construir dispositivos o realizar intervenciones que impliquen ayuda
- b) el segundo caracterizado por una comprobable eficacia terapéutica con limitada fundamentación teórica. Aquí, la mejoría del paciente no alcanza a ser comprendida por el modelo teórico que el analista dice tener. Sin embargo, cuando en el marco de las supervisiones se pone en evidencia que un determinado paciente mejoró a raíz de intervenciones que el analista califica de superficiales o "no analíticas", se produce necesariamente una revisión de la teoría y de la técnica psicoanalítica que semeja –en pequeña escala- a las realizadas por Winnicott o Bowlby en la historia del psicoanálisis postfreudiano.

Existe un segundo problema, que consiste en que en los últimos años tiende a jerarquizarse también la percepción subjetiva de ayuda o mejoría que describe el paciente y no solo la evaluación de la misma que hace el analista. Es interesante señalar aquí que en la historia del psicoanálisis postfreudiano existe también una necesidad de diferenciar el método del modelo médico. Así es que existen fuertes controversias en lo que se entiende como diagnostico y como cura. Sin embargo, aún suele tener un peso significativo para los psicoanalistas y sus pacientes la noción médica de "dar de alta". Aunque en este tema ha habido numerosos replanteos paradigmáticos, en algunos ámbitos se mantiene el criterio de autoridad para determinar si el paciente está mejor o está "curado". Los cambios en este sentido provienen de los programas de investigación empírico-sistemática, como por ejemplo el de la observación comparativa de psicoterapia psicoanalítica en contextos culturales distintos (Freedman, Hoffenberg, Borus, Eizirik y Knijnic, 1999) que se basan centralmente en las respuestas del paciente a preguntas acerca de la influencia de la psicoterapia en su vida Este hecho es fundamental en cualquier diseño de investigación de resultados de la psicoterapia y no debiera reducirse -a mi entender- a considerarlo simplificadamente desde la perspectiva "satisfacción del consumidor". Se trata en realidad de poner a prueba nada menos que los criterios que los psicoanalistas tienen sobre mejoría, ayuda o cura y la percepción subjetiva que los pacientes tienen de la misma; es decir, la articulación entre determinada formación teórica y la práctica clínica, en especial cuando la actividad terapéutica se realiza en interdisciplinario.

Datos de investigación

1. Hipótesis generales

Las hipótesis generales de este trabajo son que: a) la formación analítica es fuente de una serie de creencias acerca de los factores curativos en psicoterapia que puede no corresponder a las realidades clínicas en determinados contextos, b) la evaluación de mejoría o de ayuda recibida a

través de un dispositivo psicoterapéutico es valorada de distinto modo por pacientes y terapeutas así como los mecanismos que la producirían.

Es claro que este tipo de hipótesis pueden ser puestas a prueba de distintas formas. Resulta difícil estudiarlas en procesos psicoterapéuticos individuales debido a la cantidad de variables por controlar y al hecho de que solo podría evaluarse en procesos finalizados, ya que si no fuera así, la "contaminación" transferencial y cierta intromisión en la intimidad de un campo sesgarían a mi entender los datos. Existen por otro lado proyectos de investigación retrospectiva importantes, como los de Leuzinger-Bohlever, Stuhr, Beutel, Rüger y Kaechele (1999), que se han basado en el seguimiento de pacientes analizados por analistas de la Asociación Psicoanalítica Alemana, cuya pregunta básica fue: "¿Corresponden las visiones subjetivas de los expacientes a las de sus analistas, a la de observadores no psicoanalíticos y a los resultados de instrumentos y cuestionarios utilizados en investigación en psicoterapia?"

Por otra parte, como la realidad clínica actual –como señalamos anteriormente- es más bien la del analista en instituciones y en prácticas con todo tipo de pacientes en contextos interdisciplinarios, pareció más útil estudiar cómo los analistas percibían el valor curativo de procedimientos en los que pudieran estar involucrados fuera del campo bipersonal. Se debe recordar aquí que, por ejemplo, la psicoterapia de grupo en Buenos Aires, realizada por los pioneros del psicoanálisis, era en una primera época una forma de asistencia "barata" hasta que el paciente pudiera acceder a lo que se entendía como profundo y curativo, que era el psicoanálisis individual. Si bien esto hace muchos años ha cambiado radicalmente, pareció interesante poner a prueba las concepciones de analistas modernos, experimentados e interesados en este tipo de tarea psicoterapéutica.

Se trató así de determinar: a) cuál era la evaluación que harían psicoanalistas interesados en trabajar con grupos, acerca de la ayuda que estos dispositivos podrían brindar a sus usuarios, comparada con la percepción de la misma por parte de los pacientes de esos grupos, b) si es que llegaran a existir diferencias significativas en esa comparación, en qué aspectos o variables eran más evidentes

2 Método

Se desarrolló en tres fases

Fase 1. Se propone a diez psicoanalistas con experiencia en el campo de la psicosomática participar en un seminario sobre psicoterapia, dispositivos grupales y psicosomática de ocho horas de duración. En el mismo se desarrollan la historia de los grupos en Buenos Aires, las diversas modalidades de trabajo grupal, sus fundamentos y su desarrollo en el campo de la psicosomática, en especial la concepción de los factores curativos de Yalom (1985).

Este autor -después de estudiar las respuestas sobre lo que ayudaba de un grupo, desde la visión de coordinadores de grupos de diferentes orientaciones, comparada con la de los pacientes que participaban de aquellos dispositivos— llega a la conclusión de que existe significativa coincidencia entre terapeutas y pacientes en el valor terapéutico de once factores: a) Cohesión, b) Universalidad, c) Esperanza, d) Altruismo, e) Imitación, f) Información, g)

Resocialización, h) Factor existencial, i) Catarsis, j) Experiencia Emocional Correctiva, k)Aprendizaje interpersonal.

Durante el seminario se estudió la relación de estos factores con las nociones de identificación, construcción de ideales, aprendizaje de recursos, expresión emocional y confrontación con la realidad.

Fase 2. Al finalizar el seminario se propuso a los analistas participantes que se imaginaran a sí mismos coordinando un grupo o que recordaran efectivamente alguna coordinación que hubieran realizado, y posteriormente se les administró la EFG-25 (Escala de Funcionamiento Grupal), que es un cuestionario basado en la noción de factor curativo de Yalom antes citada, es decir, los factores que se han demostrado eficaces como ayuda terapéutica independientemente del tipo de abordaje grupal⁷. Estos factores fueron agrupados en tres ejes: ayuda por identificación, (ej. Universalidad, Altruismo) ayuda por información (ej. Aprendizaje de recursos, Resocialización) y ayuda por expresión emocional (ej. Catarsis, Experiencia Emocional Correctiva) La EFG brinda puntuaciones de 0 a 100 (máxima ayuda percibida) y se considera buena percepción de ayuda a valores de 60 o más puntos para sujetos adultos. Esta escala también había sido administrada en un tiempo anterior a 27 pacientes de tres grupos distintos, pacientes oncológicos, hipertensos y obesos, de modo que el investigador ya conocía los resultados informados por los pacientes Los psicoanalistas que participaron en el seminario llenaron la escala de acuerdo a lo que suponían era el funcionamiento de los dispositivos grupales, y los pacientes de acuerdo a su experiencia luego de seis meses de participación en los mismos

⁷ Sus propiedades psicométricas son las mismas que las del trabajo original de Yalom de 60 ítems, de los que se seleccionó los 25 de mayor ranking de sensibilidad, los cuales abarcan los once factores que luego fueron reagrupados en tres ejes (identificación, información, expresión)

FIGURA1. Escala de Evaluación del Funcionamiento Grupal (EFG-25)

Ud. leerá a continuación una serie de frases que describen los motivos por los que muchas personas sienten que un grupo las ayuda. Le pedimos que Ud. marque con un número de 0 a 4 aquello que Ud piensa que ayudaría a los integrantes de un grupo coordinado por Ud:

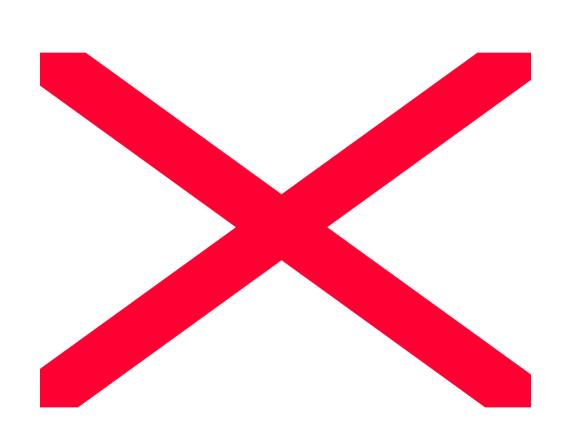
0:Nada 1:Algo 2:Bastante 3: Mucho 4: Muchísimo

1. Brindarse a otras personas
23. Descubrir y aceptar aspectos desconocidos de sí mismo
25. Aprender que uno es el responsable de hacer los cambios en su vida

Fase 3: Se procedió a la evaluación *in situ* de las respuestas de los psicoanalistas al compararlas con las que habían brindado los pacientes y a discutir esa comparación y fundamentar las diferencias si las hubiera.

3 Resultados

a) En la figura 2 se puede apreciar lo siguiente:



Los diez psicoanalistas evaluaron en promedio que la ayuda general que proporcionaría el dispositivo grupal era de 65.2 (de 47 a 80 ps.), mientras que los pacientes de los tres grupos evaluaron en promedio la ayuda recibida en 71.6 (de 66 a 78 ps.). (p<0.05)

b) En la figura 3 puede apreciarse la evaluación y las diferencias entre los diez psicoanalistas en la valoración de los mecanismos de ayuda. Siete sobre diez psicoanalistas (los números 1,3,4,6,7,9 y 10) otorgan la mayor puntuación a la expresión emocional mientras que dos de los psicoanalistas (números 5 y 8) se la dan a la información como ayuda, y solo el número 2 se la atribuye a la identificación

	Identificacio	Información	Expresión	General
	n			
1	68.7	60	71.8	68
2	70.8	70	65.6	69
3	75	70	87.5	78
4	79.1	70	87	80
5	64.6	70	62.5	65
6	52.1	60	71.8	60
7	50	45	75.6	54
8	45.8	60	46.8	49
9	68.7	80	96.8	80
10	35.4	50	62.5	47
X	61.02	63.5	72.79	65
SD	14.28984099	10.55409347	14.69538476	12.33783

En la figura 4 se comparan las puntuaciones medias de ambos grupos para los tres factores de ayuda. Se observa lo siguiente:

Valor atribuido a la identificación como ayuda

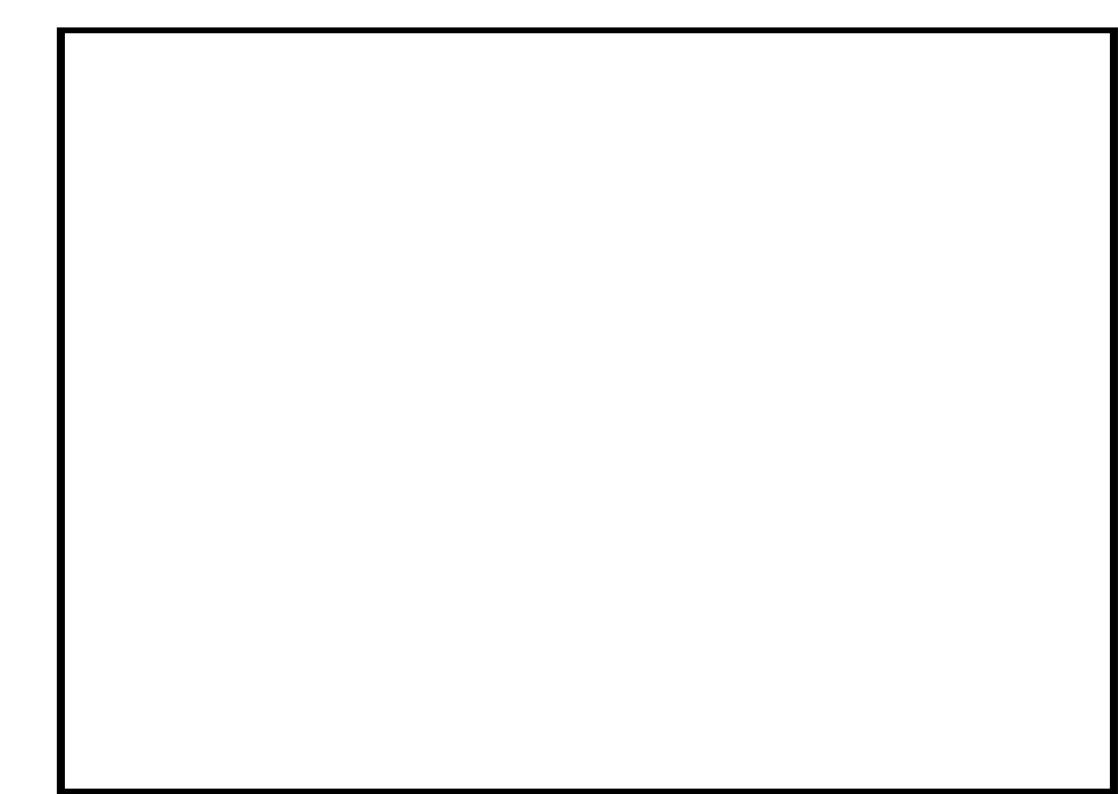
Psicoanalistas 61.0 (7.2) vs Pacientes 71.0 (4.8) (p< 0.01).

Valor atribuido a la información como ayuda :

Psicoanalistas 63.5 (6.8.) vs Pacientes 72.3 (5.2.) (p< 0.05)

Valor atribuido a la expresión emocional como ayuda:

Psicoanalistas 72.7 (4.2) vs Pacientes 72.0 (4.3) (p NS)



c) La explicación de las diferencias por parte de los analistas se puede sintetizar en dos conjuntos de respuestas comunes. El primero estuvo caracterizado por una tendencia a jerarquizar la intervención interpretativa del psicoterapeuta por sobre las dinámicas interpersonales que giran alrededor de los mecanismos identificatorios entre los integrantes del grupo. El segundo conjunto de explicaciones giró alrededor de la minimización del valor de las sugerencias de los miembros del grupo como factor curativo en función del valor atribuido por los psicoanalistas a las frases 16 y 17 de la escala, que fueron las de menor puntuación

4 Discusión

En este estudio se demuestra que en general los pacientes de los grupos se sienten *más ayudados por el dispositivo que lo que los psicoanalistas suponen.* Aquí se debe tener en cuenta que en esta investigación se trata de profesionales que han tenido que basar sus respuestas en sus conocimientos teóricos y en sus sentimientos personales, sin compartir la experiencia clínica con los pacientes, que funcionaron como grupo control. En este sentido, en un estudio anterior (Zukerfeld,1999) se evaluó a los coordinadores de esos grupos que mostraron diferencias parciales de poca relevancia en comparación con la percepción de los pacientes.

Es importante destacar que existe igual valoración de la ayuda brindada por la expresión emocional en psicoanalistas y pacientes, pero hay diferencias significativas en cuanto a valorar la identificación y la información como ayuda. Entre los pacientes existe una uniformidad en la percepción de ayuda, de modo que parecen sentirse igualmente beneficiados por los factores que dependen de mecanismos vinculados con la identificación (universalidad, esperanza) como por aquellos que dependen de la información y los asociados a la emocional. En cambio, los psicoanalistas comparativamente los dos primeros factores y reflejan cierta concepción preexistente acerca de que la única o principal ayuda que brindaría un grupo, es la de la expresión emocional, en detrimento de los mecanismos identificatorios y de adquisición de conocimientos. Si se otorga valor a la evaluación que hacen los pacientes de las intervenciones psicoterapéuticas, los resultados de este estudio plantean un desfasaje que es conveniente poner en evidencia.

En realidad, los psicoanalistas que participan en el estudio se habían mostrado muy interesados por los dispositivos grupales y habían trabajado en el seminario sobre el valor de la identificación y de la información como factor curativo. Se puede pensar aquí que el origen de la escasa valoración de estos factores de ayuda se haya debido a cierta ineficacia del docente en la transmisión del valor que tiene la identificación y la información en los dispositivos grupales, Sin embargo, las experiencias clínicas de varios de los psicoanalistas participantes del seminario, en el contacto y conocimiento de grupos en servicios hospitalarios -diseñados para diversas patologías y para enfocar crisis vitales, y en tareas de prevención- corroboraba lo que se discutía en el seminario.

A pesar de ello, sus respuestas a la EFG –25 demuestran lo que pensamos como una suerte de inercia de la formación psicoanalítica, entendiendo como tal al mantenimiento de un *prejuicio no totalmente*

226

formulado, es decir un conjunto de creencias sostenidas pese a evidencias opuestas. Esto quiere decir que, a pesar de su interés y su experiencia, los psicoanalistas no pudieron imaginar: a) que un grupo podría brindar tanta ayuda como la que manifiestan los pacientes, b) que la identificación y la información podrían tener semejante valor curativo para los pacientes que el trabajo con la interpretación de los emergentes emocionales., al menos en el campo de la enfermedad crónica

Conclusiones

Es importante señalar que existe una enorme presencia psicoanalistas trabajando en equipos interdisciplinarios en tareas asistenciales y preventivas en distintas instituciones públicas y privadas. Teniendo en cuenta que en este vasto campo médico social existen dispositivos grupales que funcionan con énfasis en la autogestión y en la psicoeducación, la integración de psicoanalistas a los mismos implicaría la necesidad de revisar ciertas concepciones que pueden funcionar como prejuicios teóricos. Desde una perspectiva más amplia, esto significa que la investigación en psicoterapia no puede dejar de tener en cuenta las creencias de sus oficiantes. En este sentido, Bernardi (1993) señala agudamente la existencia de "un campo oscuro cuyo estudio está abierto, que tiene que ver con los supuestos implícitos que influyen en la forma como el analista se representa el proceso terapéutico" y "que no coincide exactamente con la contratransferencia " ya que "estos supuestos existen antes de que llegue el paciente, no le son específicos, son como una disposición general del analista y no se procesan en la relación con el paciente, sino que tocan aspectos que tienen que ver con la relación interna del analista con sus propios maestros, su propio proceso de formación, sus amores y odios inconscientes, sus figuras de autoridad, su lealtad, todos sus conflictos internos con la comunidad analítica"(pág.74) (la cursiva es mía). Creo que este autor se está refiriendo claramente a lo que planteamos como prejuicio.

Aquí conviene tener en cuenta que la historia del movimiento psicoanalítico y sus instituciones se suele confundir con la de la disciplina psicoanalítica. De este modo, muchas veces se ha llamado en el quehacer clínico "investigación" a la aplicación procustiana de conglomerados doctrinarios que se realimentan a sí mismos. Es así que se puede dar la paradoja de investigaciones en psicoterapia donde, por ejemplo, se estudian procesos y resultados sin interrogar de algún modo acerca de lo que piensan o sienten los pacientes en relación con los mismos.

En las reflexiones que realiza Jiménez (1991) sobre el valor del psicoanálisis en la construcción de psicoterapias como tecnología apropiada, se plantea que "las variables que han demostrado afectar más los resultados son las que dependen del paciente" y que "es necesario que el paciente entienda muy bien qué es lo que se espera de él durante el tratamiento y qué es lo que él puede esperar de su terapeuta" (pág. 34 - 35).

Es claro entonces que probablemente sea útil considerar algunos aspectos de la educación psicoanalítica, en la medida en que la misma tenga en cuenta la afirmación anterior, y especialmente si es pensada para campos mas extensos de intervención. En este aspecto conviene precisar lo siguiente: la formación psicoanalítica puede estar orientada implícita o explícitamente a transmitir una suerte de "centro" de conocimientos "profundos" y un especie de

"periferia" de recursos "prácticos pero superficiales". Se consolidan así creencias que valoran a priori intervenciones que son adjetivadas como psicoanalíticas y desvalorizan aquellas que no quedarían abarcadas por tal adjetivo. En este sentido ya hace mucho tiempo que ha entrado en crisis la metáfora freudiana del oro y del cobre, pero suele subsistir cuando se plantea la noción de ayuda. Esta noción -que constituye la demanda y la oferta a veces se reserva para un beneficio que se universal de psicoterapiaobtendría por añadidura, como parte de cierto furor curandi o como lo que se hace en las emergencias. Así es que se supone que es sinónimo de "dar consejos" sin comprender que cualquier tipo de intervención (interpretación, esclarecimiento, confrontación, etc.) puede ser de ayuda o no serlo. Inclusive es conocido que la escucha y la comprensión de lo que le sucede a un paciente constituye en sí misma un mecanismo de ayuda. Sin embargo, ya sea porque se subestima o se sobreentiende la importancia de los mecanismos vinculados a cómo ayudar, no suele ser tema de estudio e investigación como sí lo es en otros modelos de psicoterapia. Es de destacar que en un trabajo de investigación (Zukerfeld, 2001) sobre relación entre percepción subjetiva de mejoría y alianza terapéutica, comparando a 18 pacientes comunes con 21 analistas, todos bajo tratamiento definido como psicoanalítico, las respuestas que mayor puntuación tuvieron para ambos grupos fueron las que incluían el término "ayuda"¹. Es decir que tanto analistas en análisis como pacientes "comunes" valoraban sobre todo sentirse ayudados por su terapeuta y por el tratamiento. Esa percepción subjetiva es en última instancia la que define el valor del psicoanálisis como psicoterapia, y la misma está relacionada en primer lugar con las características del vínculo y en segundo lugar con el tipo de intervenciones. La utilidad de estas últimas se valora de acuerdo al cambio producido, ya que la uniformidad genera autoengaños, y las hipótesis deben ser evaluadas a través del ensayo-error (Thomä, Kächele, 1989).

Esto significa que desde sus orígenes el psicoanálisis ayudó a sus pacientes a resolver problemas, si se puede entender como tales a angustias y miedos ilógicos, ideas extrañas, manifestaciones inexplicables, comportamientos ambivalentes. Inclusive convirtió en problemas lo que no era percibido por el paciente como tal, con lo cual dio el primer paso para resolverlos

En particular dentro de las prácticas que se desarrollan en la interfase con la medicina, la misma teoría psicoanalítica ha brindado herramientas para comprender las razones por las que muchos pacientes realizan cambios y se sienten ayudados por mecanismos identificatorios y de aprendizaje.

Pero para ello se requiere que se desarrollen en los psicoanalistas una actitud no prejuiciosa y una tarea introspectiva que el mismo psicoanálisis propone, si se revaloriza la concepción de investigación como permanente puesta a prueba de las certezas frente a los desafíos que plantea la clínica actual.

Bibliografía

Bernardi, R. (1993), "La focalización en psicoanálisis" en Defey, D., Elizalde, J.H., y Rivera, J. (Eds) <u>Psicoterapia focal</u>, (1995), Montevideo, Roca Viva.

¹ Los ítems 1y 2 del HRQ (Alexander y Luborsky,1984, versión española Avila Espada, 1991, modificada), que es una escala de diez ítems para evaluar la magnitud de la alianza de trabajo en un proceso terapéutico.

- Freedman, N., Hoffenberg, J., Borus, N., Eizirik, C,. y Knijnik, D. (1999), "Tiempo en tratamiento: observaciones de Mid-Manhattan y Porto Alegre", Primer Pre-Congreso de Investigación en Psicoterapia y Psicoanálisis. IPA,SPR,CPU, Santiago de Chile, 1999
- Jiménez, J.P. (1993), " El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada", en Defey, D., Elizalde, J.H. y Rivera, J.(Eds) <u>Psicoterapia focal</u> (1995), Montevideo, Roca Viva.
- Jiménez, J.P. (2001), "¿Sobrevivirá?. Una visión comprometida de los desafíos actuales", en Ferrari H..y Zac de Filc, S. (Eds) <u>Desafíos del psicoanálisis en el siglo XXI. Salud mental, sexualidad y realidad social,</u> (2002) Buenos Aires, Editorial Polemos.
- Leuzinger-Bohlever, M., Sthur, U., Beutel, M., Rüger.B., y Käechele, H. (1999), "Efectos a largo plazo del psicoanálisis y de las terapias psicoanalíticas. Un estudio representativo de seguimiento", Primer Pre-Congreso de Investigación en Psicoterapia y Psicoanálisis. IPA, SPR, CPU, Santiago de Chile, 1999.
- Moser, U. (1992), <u>Two Butterflies on my head</u>, Berlín, Springer-Verlag.
- Thomä, H., Kächele.H (1989), <u>Teoría y práctica del psicoanálisis, 1 Fundamentos</u>, Barcelona, Herder.
- Yalom, I (1985), <u>The theory and practice of group psychotherapy</u>, Nueva York, Basic Books.
- Zimerman, D y Osorio, L.C. (1997), <u>Como trabalhamos com grupos</u>, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Zukerfeld,R. (1999), "Salud mental y enfermedad crónica: dispositivos grupales y autogestión", <u>Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría,</u> vol X, págs. 91–99, 1999. (2001), "Alianza terapéutica y encuadre analítico. Investigación empírica del proceso y sus resultados", <u>Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría,</u> vol XII, págs.211 220, 2001

Primera versión: 11 de septiembre de 2002

Aprobado: 30 de Octubre de 2002

IAEPCIS Instituto de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales

Director: Dr. David Maldavsky

Encuadrado en el área académica del Instituto durante en el segundo cuatrimestre del 2002, ha comenzado ha dictarse bajo la dirección del Dr. David Maldavsky, el Doctorado en Psicología. La inscripción cubrió el máximo admitido de 25 de postulantes.

Durante el mismo período se continuó con la cursada del Master en Problemas y Patologías del Desvalimiento, cuya promoción está próxima a finalizar la cursada, habiéndose previsto la apertura de una nueva promoción para el comienzo del 2003. Este Master centra la formación, a partir de la teoría del desvalimiento psíquico, en temas dedicados al estudio de las adicciones, las afecciones psicosomáticas, la discapacidad, la violencia familiar, las enfermedades crónicas y terminales y las neurosis traumáticas.

En el mismo período se dictaron dos seminarios de posgrado: "Trabajo y Familia. Género femenino y masculino en el mundo público y en el ámbito privado", dictado por la Dra. Mabel Burín y la Lic. Irene Meler y "El bebé y sus padres: vínculo temprano. Abordaje clínico, prevención y educación" a cargo de la Dra. Ana Lía Ruiz y la Dra Alicia Ruanda de Conolly.

El Dr. Martin Bauer dictó la conferencia "Análisis de textos asistidos con programas computacionales", el 9 de agosto.

El 15 de noviembre se desarrolló la Jornada de Especialización: "El bebé prematuro y sus padres. De la investigación a la clínica", en la que presentó su investigación la Dra. Analía Ruiz, y que contó con la participación de la Dra. Alicia Benítez, Secretaria del Comité de Estudios Feto-neonatales de la Sociedad Argentina de Pediatría y el Dr. Carlos Fustiñana, Jefe de Unidad de Internación Neonatal del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Dentro del área dedicada a las investigaciones, fueron presentadas: "Investigación psicoanalítica del lenguaje en pacientes psoriásicos. Estudio sistemático de las erogeneidades expresadas a través del discurso" y "Estudio exploratorio del lenguaje en dos momentos de un tratamiento psicoterapéutico", cuyas reseñas se consignan en el presente ejemplar.

Lic. Liliana H. Alvarez Coordinadora académica IAEPCIS

Investigaciones en el Instituto

Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas

David Maldavsky y colaboradores (O. Bodni, I. Cusien, C. Roitman, E. Tamburi, E. Tarrab de Sucari, C. Tate de Stanley, M. Truscello de Manson)

Muy a menudo en el desarrollo de una ciencia el proceso de producción de su metodología interna (que constituye uno de los rasgos de cientificidad) derivó de la progresiva conciencia y explicitación que los investigadores fueron

230

realizando de sus modos de pensar, de los criterios usados para avanzar en sus especulaciones, para rectificarse, para aceptar o cuestionar las propuestas de sus colegas. Respecto del psicoanálisis es necesario recorrer estos mismos caminos de explicitación de los criterios empleados en la práctica de la producción teórica a partir de la clínica. Desde esta perspectiva los autores se han preguntado cuáles son los procesos de pensamiento que llevan a sacar conclusiones a partir de las manifestaciones clínicas. En principio, realizaron un ordenamiento de los interrogantes teóricos que guían su enfrentamiento con las manifestaciones de un paciente. Parten del supuesto de que el conflicto entre los conflictos de Edipo (positivo y/o negativo) y de castración constituye un ordenador universal, atravesado por la diferencia entre los sexos, y que por lo tanto no permite dar cuenta de las especificidades de las estructuras clínicas. Tales especificidades surgen, en cambio, de otros dos factores: la erogeneidad y las defensas. Como en cada caso singular existen combinatorias entre varias erogeneidades y defensas, se plantean también cuestiones acerca de las prevalencias relativas y sus modificaciones, sea en el curso de una misma sesión, sea en un período más amplio del tratamiento.

Las combinatorias del conflicto entre los complejos de Edipo (positivo y/o negativo) y de castración, con las fijaciones y las defensas se manifiestan como organizaciones específicas en el preconciente, las cuales tienen por función expresar lo inconciente ante otro sujeto. Tal organización del preconciente específica se evidencia en las manifestaciones de todo tipo, entre ellas especialmente el discurso del paciente. En última instancia la palabra expresa no solo el mundo de las representaciones inconcientes sino también la vida pulsional sexual. Como la defensa es también un destino de pulsión el preconciente y el discurso son también un testimonio de ello. Así, pues, en el terreno de las manifestaciones discursivas los autores se guiaron por un doble interrogante: 1) cuál es la erogeneidad en juego, 2) cuál es la defensa. O, dicho más empíricamente, cuáles son las erogeneidades y las defensas y cuál la prevalencia relativa en ambos terrenos, expresado todo ello en las manifestaciones verbales. Los niveles en que los autores analizan el lenguaje (a la búsqueda de la detección de las erogeneidades y las defensas en juego) son tres: redes de palabras, estructuras-frase, secuencias narrativas. Entre estos niveles, el último es el más importante. Al método en su conjunto lo han denominado algoritmo David Liberman, como reconocimiento de la deuda con su maestro, pionero en este tipo de estudios en el país, desde la década del 60.

Este libro está destinado a considerar el nivel de análisis de las secuencias narrativas, y solo esporádicamente los otros dos. Se halla, pues, en el plano del análisis de los relatos. Diferentes autores prestaron atención a este tipo de análisis, aunque las categorías para ordenar el material investigado no son consistentes con la teoría y la clínica psicoanalíticas. El presente método, en cambio, parte de los interrogantes teóricos del psicoanálisis (erogeneidad, defensa) y desde esta perspectiva se dirige hacia las manifestaciones discursivas durante la sesión.

En psicoanálisis, las investigaciones clínicas han sido usadas para desarrollar hipótesis teóricas, para aportar al estudio de determinada configuración psicopatológica, para fundamentar una propuesta de abordaje terapéutico, para evaluar resultados. Pese a su utilidad, la investigación clínica ha despertado fuertes polémicas en torno de cuestiones epistemológicas y

231

metodológicas. Es tradicional presentar la discusión en términos de la contraposición entre una corriente anglosajona (que propone recurrir a métodos e instrumentos para el análisis de las sesiones, tomadas textualmente y con la intervención de jueces independientes para determinar la confiabilidad de las técnicas empleadas) y otra francesa (que rechaza tales instrumentos por interferir en el proceso y por recortar artificialmente el campo de estudio, y que además no acepta la imparcialidad de los jueces, todo ello en el marco de la consideración de que eso que se pretende investigar, la subjetividad, solo puede encararse, de un modo clásico, con informes clínicos como los expuestos por Freud). Por su parte, los autores han procurado desarrollar una propuesta que recupere algo de ambas orientaciones: un método que pretenda acceder a los procesos pulsionales, sobre todo la sexualidad y sus destinos (las defensas), en cada sujeto, según lo proponía Freud.

El libro posee dos partes: una teórico-metodológica y otra de investigaciones clínicas. El primer capítulo presenta las generalidades del método y el último examina cuestiones más específicas, sobre todo las relacionadas con la investigación de la defensa. Los capítulos intermedios consisten en aplicaciones del método a cuatro casos clínicos, con pruebas internas de confiabilidad del instrumento junto con la tentativa de investigar una evolución clínica concreta de un modo detallado y fino.

Tal vez el lector acostumbrado a leer textos psicoanalíticos eche de menos, en las páginas del libro, muchas de las argumentaciones habituales en dichas presentaciones. Esta diferencia es más notable en los capítulos dedicados a la exposición de casos. En efecto, es frecuente que en dichas ocasiones se lean fragmentos del discurso del paciente, expresados textualmente o sintetizados como anécdotas, a veces acompañados de las intervenciones del terapeuta, a lo cual siguen comentarios referidos a los deseos, las defensas, las identificaciones, las cuestiones técnicas, la historia infantil, un conflicto específico o algún rasgo de la erogeneidad (por ejemplo, alguna vicisitud del masoguismo). Algo de esto lo hallará el lector en los capítulos clínicos del libro, pero sobre todo encontrará otra cosa: una tentativa de sistematización de las razones por las cuales, a partir de determinadas manifestaciones discursivas, otros autores extraen conclusiones como las antes mencionadas (defensas, historia infantil o alguna otra). Es que suele existir un espacio entre las hipótesis teóricas y las manifestaciones que los psicoanalistas cubren con argumentaciones intuitivas, fundamentadas en un "sentido común" derivado de las práctica y los intercambios, y que en este libro procura trasformar en categorías metodológicas.

Cabe preguntarse también por la función de los instrumentos. En principio fueron pensados como herramientas en el marco de una metodología de la investigación acerca de los hechos clínicos. Sobre todo son útiles para investigar los procesos psíquicos de un paciente y su evolución como consecuencia del tratamiento. También esta propuesta puede contribuir a refinar la escucha del analista en la sesión. Como instrumento tiene pues un doble valor: en el marco de las discusiones entre quienes se interesan por el psicoanálisis como ciencia empírica (y así la consideraba Freud), sus dificultades y sus logros, y en el marco de la escucha clínica. En este último caso, cabe resaltar que el uso del instrumento es inseparable de la combinación entre dos subjetividades, la del paciente y la del analista, y de una formación que este último posee y que le permite desarrollar en condiciones

peores o mejores una artesanía en su práctica clínica. Es decir que estos instrumentos solo pueden tener cabida en una práctica clínica guiada por una ética de la subjetividad.

Resumen de D. Maldavsky

Estudio exploratorio del lenguaje en dos momentos de un tratamiento psicoterapéutico

Ruth Kazez

La investigación es longitudinal, toma dos sesiones (sólo sus inicios y finales) separadas entre sí por un intervalo de dos meses. Su objetivo es explorar la constelación de elementos psíquicos presentes en los dos momentos estudiados, para considerar aquellos que resultan más estables y los que se modifican. Para esto último, observar qué tipo de modificación han sufrido.

El estudio de un caso único tiene que ver con una inquietud propia acerca de la posibilidad que poseemos los psicoanalistas de sistematizar nuestras hipótesis, estrategias y resultados, y formularlas en términos lógicamente comprensibles. Nos interesa indagar en forma apropiada las características de los cambios psíquicos que se dan en el marco de un tratamiento de psicoterapia psicoanalítica, y poder dar cuenta de ello. Nos proponemos, dentro de nuestras posibilidades, abarcar la riqueza y complejidad de los distintos fragmentos psíquicos que convergen en la conformación de ese aparato psíquico determinado, y en el funcionamiento psíquico de un sujeto.

Al tratarse de una investigación clínica, se trata de un tipo de estudio exploratorio-descriptivo, no experimental, que presenta bajo la forma de una observación que pretende objetividad, en el sentido de que quien lo observa evidenciaría los mismos hechos que se relatan. Obviamente, se trata de una objetividad supuesta, dado que el texto de la observación está sólo visto desde la perspectiva de la terapeuta (Widlöcher, 2001). Las sesiones fueron grabadas y desgrabadas, se aplicó el método al texto resultante.

El estudio de caso único en psicoanálisis se remite a Freud, su creador, quien en muchas oportunidades (1905e, 1909b, 1909d, 1911c, 1918b, 1920a) expuso sus resultados clínicos junto con material de pacientes que él mismo había tratado, con el propósito de generar teoría. En la década de los años '90 se profundizó en el psicoanálisis mundial una tendencia: la investigación empírica sistemática. A diferencia de los trabajos de Freud, comenzaron a producirse diversos métodos pautados, generalmente con el objetivo de sistematizar una modalidad de trabajo dentro de un marco teórico psicoanalítico. Podemos nombrar algunos de ellos: CCRT (Luborsky, 1994), FRAMES (Dahl y Teller, 1994), ICF (Perry, 1994), entre otros.

Esta tesis presenta un doble interés: por un lado, se eligió un caso que refleja una problemática del ámbito del desvalimiento: la discapacidad. Por otro, al tiempo que desarrolla en su primera parte un estudio clínico tradicional del caso, en su segunda parte expone y aplica un método de estudio de

Magister en Problemas y Patologías del Desvalimiento

investigación psicoanalítica "off line" (Moser, 1989): el Algoritmo David Liberman (Maldavsky, 1997). Nuestro propósito consiste en obtener resultados cualitativamente ricos como para generar inquietudes que puedan servir de base para futuras investigaciones en ambos ámbitos.

En cuanto al caso clínico, se trata de una persona aquejada por un tipo de problema ligado al desvalimiento: en términos estructurales, el de una neurosis traumática temprana y en términos descriptivos, una discapacidad genética y congénita, sensorial y motriz.

Sabemos que "discapacidad" es ante todo un término que define una situación física y social (Pantano, 1993), pero de ningún modo resulta evidente que se lo pueda enmarcar dentro de alguna nosografia psicológica, psicoanalítica o psiquiátrica. En todo caso, implica una situación potencialmente traumática, y que no compromete per se ninguna patología psíquica. En este caso la consulta se realiza por una crisis biográfica, en donde el déficit físico del paciente imprime desde el comienzo diferencias con respecto a otro tipo de tratamientos.

En cuanto al análisis clínico, se aplicaron conceptos ligados por un lado a las neurosis traumáticas: el dolor y su posibilidad de tramitación, el valor de las incitaciones mecánicas en las neurosis traumáticas, el masoquismo erógeno y la toxicidad pulsional. Por otro lado, temáticas ligadas a la discapacidad: el las modalidades de ingreso a la misma y sus consecuencias psíquicas, el vínculo madre hijo en los momentos inaugurales de la relación y la posibilidad de un desencuentro inicial en las discapacidades congénitas.

Específicamente en el campo del estudio empírico, nos propusimos para cada uno de los momentos: explorar relaciones entre los elementos estructurales y las particularidades del lenguaje, establecer defensas predominantes, realizar inferencias acerca de los erotismos en juego, establecer prevalencias y subordinaciones relativas y establecer convergencias y divergencias entre ambas sesiones, en los niveles de lenguaje, mecanismos de defensa y lenguajes del erotismo.

A lo largo del trabajo se profundizaron tres áreas de análisis: un área psicopatológica, en la que se investigó la estructura de esta neurosis traumática, en donde lo específico es que se trata de un trauma temprano; un área clínica, referida a la investigación psicoanalítica en el campo de las discapacidades y finalmente un área metapsicológica en donde nos ocupamos del estudio de las defensas -especialmente las patógenas- y de sus manifestaciones discursivas.

Resumen de la autora

Investigación psicoanalítica del lenguaje en pacientes psoriásicos Liliana H. Alvarez*

En la presente investigación se explora dentro del amplio espectro de las afecciones psicosomáticas, a los pacientes que presentan psoriasis, para detenerse particularmente en el análisis de su lenguaje, tomando en cuenta que

^{*} Magister en Problemas y Patologías del Desvalimiento

este elemento ha sido uno de los factores fundamentales de examen dentro del campo teórico de referencia.

Es a partir del estudio del lenguaje que se realiza la búsqueda referida a la especificidad de los factores psíquicos implicados en este tipo de afección, con especial atención al tipo de erotismo participante y a un modo particular de detectarlo a través del análisis del discurso del paciente. utilizando para ello como instrumento básico, una forma sencilla y rápida de medición a través del análisis de una producción verbal acotada.

La pregunta fundamental está orientada a explorar ¿qué erotismos se detectan en sus manifestaciones discursivas? Y a partir de allí indagar si es posible encontrar en sus manifestaciones discursivas indicadores que manifiesten la fijación a un erotismo en particular o alguna combinatoria característica entre los mismos.

Se trata de una investigación cualitativa de tipo exploratorio. La recolección de los datos utilizados se obtuvo en el marco de entrevistas individuales en las cuales se aplicó la toma del test de Phillipson (TRO), Los resultados obtenidos fueron objeto de un análisis cualitativo enfocado a la estructura y contenidos de la producción verbal que cada sujeto dió como respuesta, para lo cual fue utilizado el método de investigación del discurso desarrollado por D. Maldavsky y que recibe por nombre: Algoritmo David Liberman (ADL). El mismo está construido a partir del enlace de las hipótesis psicoanalíticas en articulación con los fundamentos de la lingüística. La hipótesis que sostiene este método, a saber: "Cada erogeneidad se expresa de una manera particular en el lenguaje", impone la necesidad de considerar cuáles son las erogeneidades aludidas. En este sentido y siguiendo las consideraciones de S. Freud, acerca de que la excitabilidad sexual es una propiedad general de toda la superficie cutáneo-mucosa y de los órganos internos, se consideraron las siguientes: intrasomática, oral primaria y oral secundaria, anal primaria y anal secundaria, fálica-uretral y la fálico-genital.

El método ADL posee dos niveles de análisis. Un nivel micro, que teniendo como unidad mínima la palabra, las estudia a partir de su valor semántico abarcando la red en la que se insertan para permitir un ajuste más estricto de su significado. El nivel del análisis macro corresponde al estudio de un fragmento del discurso, una secuencia narrativa en la búsqueda de las escenas que se plasman en él. El basamento teórico de este modo de investigación toma como base la articulación que en cada sujeto existe entre las fantasías primordiales y la vida pulsional.

La muestra aleatoria de la investigación está compuesta por 10 pacientes adultos de ambos sexos, comprendidos entre los 25 y 60 años, que son atendidos en el servicio de dermatología de un Hospital Municipal ubicado en un barrio de la Capital Federal, al que concurren personas de nivel socio cultural medio y medio bajo. Todos ellos tienen un diagnóstico médico de psoriasis, y no reciben atención psicoterapéutica. Se les solicitó a cada uno que hiciera una presentación libre: "cuénteme algo sobre usted", para pasar a continuación a introducir la consigna propia del TRO. En todos los casos se tomó el test en su totalidad.

A posteriori se seleccionó la producción de 3 sujetos. El criterio utilizado para dicha elección fue el de considerar la cantidad de vocablos que el programa ADL analizaba en cada producción. Tomar éste como eje para elegir el material a estudiar, deriva de un supuesto: aquellos que desarrollaron relatos

más extensos podría ser que poseyeran mayor riqueza simbólica. A su vez, de cada material se eligieron las respuestas dadas a 4 láminas: A2, B6, C7 y 13 (lámina en blanco), Se incorporó un quinto relato: el fragmento inicial del encuentro con el entrevistado en el cual cada sujeto hace su presentación.

Las conclusiones de la investigación permitieron detectar que parece evidenciarse la presencia significativa de los lenguajes fálico uretral, oral primario y secundario e intrasomático a lo largo de la producción de los tres sujetos, pero en combinatorias diferentes para cada uno. Además se observa una coincidencia respecto del lenguaje anal primario, que casi no tiene presencia de representación en ninguno de los dos niveles ni para ninguno de los sujetos. Este dato permite conjeturar acerca de una inhibición para apelar a la motricidad voluntaria aloplástica como medio para el procesamiento de la agresividad y por tanto a la proyección de la pulsión de muerte que de lugar al sadismo.

Respecto de la diferente combinatoria que presenta el lenguaje de los tres sujetos, entre los erotismos intrasomático, oral y fálico uretral, reproduzco a continuación una grilla, donde "Xd" indica la presencia con valor disfórico y "Xe" la presencia con valor eufórico del erotismo de referencia.

	Intrasomático	Oral Primario	Oral Secundario	Fálico Uretral
NORA	Xd-e Xd	Xe		Xd Xe
BEATRIZ	Xd Xd	Xd	Xd Xd	
DANIEL	Xd Xd	Xd Xd Xd		

De aquí se desprende que la sujeto nombrada Nora, transcurre la mayor parte del tiempo en una paz rutinaria que testimonia una articulación interesante entre los erotismos oral primario (paz del espíritu) y fálico uretral (rutina), donde un estado de retracción narcisista queda reforzado por la trabazón con el erotismo fálico uretral, siendo éste último el encargado de darle la forma de presentación al discurso y a su vez le permite mantener un modo evitativo de contacto con el mundo, ligado a la rutina, cumpliendo una función defensiva. Es preciso destacar que Nora es quien tiene la sintomatología más controlada y limitado los brotes en piel a los que ella llama sus momentos de nerviosismo. Aquí es donde cobra importancia el valor del erotismo intrasomático que en la grilla predomina en dos de sus producciones, y permiten conjeturar que surge ante el fracaso del procesamiento psíquico de la libido que se le vuelve tóxica cada vez que la combinatoria anterior fracasa.

En la producción general de Beatriz predomina un clima depresivo donde es importante destacar el lugar pasivo en que ella se instala como relatora, por ejemplo depositando en un agente externo; médicos o medicamentos, la recuperación de cierto equilibrio físico (control del síntoma). Siendo que presenta una cronificación del síntoma en piel, esto parece indicar que ha sido necesario que conserve comprometida la entrega de una parte del cuerpo, la piel, para evitar la irrupción de los sentimientos propios del duelo que podrían arrasar la capacidad de elaboración del yo. Se evidencia un procesamiento libidinal aún más precario que en el caso anterior, ya que no logra acceder a un recurso psíquico propio para encontrar un equilibrio eficaz, lo cual la deja

dependiendo de factores externos: medicamentos y profesionales y respecto del síntoma: "brotada siempre", en estado de cronificación.

Daniel presenta la realización más pobre en cuanto a cantidad de palabras utilizadas así como en el desarrollo de las historias. Esto es ya una muestra de la escasez de recursos simbólicos con que cuenta para procesar los estímulos que lo acosan. Se detectó en él un mayor grado de descomplejización psíquica del cual da testimoniado la incapacidad para trasponer su vida pulsional en un discurso significativo. Estos indicadores y la relevancia que presentan el erotismo intrasomático y oral en las verbalizaciones de Daniel, pueden pensarse como una combinatoria que haga a la coincidencia, desde la perspectiva del procesamiento pulsional, del hecho de que él es quien tiene la sintomatología de su enfermedad absolutamente desorganizada. En otros términos se puede decir que se halla más inerme en cuanto a la posibilidad psíquica de procesamiento pulsional, para transformar en lenguaje su erotismo que entonces permanece estancado, como tensión somática recargando su piel.

Si bien en esta investigación surgió una gradación que va desde una mayor a una menor variedad de erotismos puestos en juego en los discursos en relación con el mejor control de la sintomatología, siendo Nora y Daniel sus representantes extremos, ¿podrá corroborarse en otras afecciones psicosomáticas que quien posee en sus manifestaciones discursivas mayor cantidad de erotismos en juego ha logrado una mayor estabilización de su enfermedad?

¿La combinatoria hallada entre lenguajes del erotismo fálico uretral, oral e intrasomático será válida para afecciones psicosomáticas que comprometan otros órganos?

Tomando en cuenta el carácter exploratorio de esta investigación la pretensión de abrir interrogantes sobre estas y otras cuestiones, si bien no constituye un fin en sí mismo, puede constituirse en un aporte a mi tarea futura y la de otros investigadores interesados en la temática de vincular erogeneidad, lenguaje y enfermedad psicosomática.

Por último, esta tesis es una contribución a la teoría psicoanalítica, a los desarrollos en psicopatología de pacientes psicosomáticos, a los estudios clínicos de sujetos que presentan psoriasis, y una profundización en la utilización del ADL como método para el análisis del lenguaje.

Resumen de la autora