

## **Complementariedad estilística entre el material del paciente y la interpretación**

---

**David Liberman \***

---

### **Evolución de mis conceptos sobre complementariedad estilística**

En 1955 y 1956 expuse dos comunicaciones (Asociación Psicoanalítica Argentina y Primer Congreso Psicoanalítico Latinoamericano, respectivamente) en las cuales podemos encontrar una base de mis posteriores aportes al tema. En esa ocasión<sup>2, 3</sup> me referí a las actitudes de los pacientes tendientes a disolver el sentido terapéutico de las interpretaciones y, por extensión, de la totalidad de la situación analítica. Afirmé que los pacientes que tienen dificultad de preservar un grado adecuado de equilibrio narcisista, desarrollan esta acción durante el tratamiento de una manera lenta, continua y silenciosa, que por lo tanto puede pasar inadvertida para el analista. Cuando en un momento dado el terapeuta descubre esto, comprende que el paciente ha estado recorriendo el camino de la cura con una idea equivocada del significado de su tarea en la sesión, y como consecuencia tampoco comprende el papel que desempeña el terapeuta en la situación analítica. Esta distorsión permite entrever la naturaleza narcisista del fenómeno. La manera lenta, continua y silenciosa en que esto sucede, nos lleva a pensar en la acción del instinto de muerte actuando en las relaciones de objeto en la situación transferencial, interfiriendo la acción terapéutica del psicoanálisis.

Destaqué también que el autismo transferencial se opone al establecimiento de una relación de reciprocidad en el vínculo objetivo con el analista, situación que se agudiza cuando éste requiere del analizando su colaboración para que las interpretaciones produzcan el efecto terapéutico deseado. Pero el autismo tiende a reaccionar creando una situación caótica como respuesta a las interpretaciones.

Los pacientes deforman las interpretaciones, los estímulos externos y las percepciones de sus propias emociones, de alguna manera como ocurre con los estímulos que perturban el reposo. El paciente autista considera que su actitud es adecuada a la situación analítica y da por sentado que el terapeuta también tiene su mismo grado de certeza.

\* Dirección: Avda. Santa Fe 2829, 5º, Buenos Aires, Argentina.

---

**David Liberman**

---

La acción terapéutica encuentra como respuesta instantánea la situación caótica. El paciente reacciona a las interpretaciones exacerbando la intensidad de sus mecanismos de división y negación, transformándose transitoriamente en un megalómano. Su voz, gestos y pensamientos han dejado de ser medios de comunicación para transformarse en actos en la medida en que la disociación y la negación, anulando los límites entre el Self y el otro en el contexto de la sesión, expulsan fuera del acontecer témporo-espacial de la misma los objetos perseguidores o dañados.

Propuse entonces una técnica de interpretación a la que denomino "interpretación correlativa entre relato y repetición". Esta tiene por finalidad evitar que se produzcan distorsiones en la recepción de la interpretación. Es necesario encontrar el enfoque interpretativo que nos permita mostrar al paciente un fenómeno que se produce constantemente en la situación analítica cuando éste alcanza el grado máximo de regresión que es capaz de lograr. Llega un momento en que el paciente inconscientemente repite con el analista los sucesos que inconscientemente ubica fuera del contexto témporoespacial de la situación analítica.

Las manifestaciones del paciente al ser alcanzado el máximo de regresión, permiten formular interpretaciones que significan verdaderas leyes de comportamiento inferidas por el testimonio del analista. Esta situación ocurrirá constantemente en la medida en que el terapeuta no asuma ningún rol directivo, logre representarse dentro de sí la dramatización de la fantasía inconsciente o interprete exclusivamente en términos de transferencia. Cuando el analista logra integrar dicho enfoque, experimenta una vivencia estética. En este momento ha alcanzado a visualizar el contenido, el continente y lo que rodea al núcleo autista, y además le es posible predecir la respuesta.

En otro trabajo de esa misma época<sup>1</sup>, en que me referí a las relaciones entre identificación proyectiva y conflicto matrimonial en el vínculo analítico, señalé que los pacientes que centralizan sus conflictos bajo la forma de perturbaciones en la convivencia con otras personas, y especialmente aquellos casos que se presentan en análisis exclusivamente para

---

## Complementariedad estilística entre material e interpretación

---

solucionar sus conflictos matrimoniales, plantean problemas técnicos específicos debido a que estando viciado todo tipo de relación con otra persona que implique cierto grado de intimidad, trasladan esta misma perturbación a la situación transferencial.

Cuando el análisis de estos pacientes no es bien conducido, es particularmente perjudicial; estos pacientes presentan una tendencia muy marcada a usar el análisis, lo mismo que el matrimonio así como también cualquier otra forma de vinculación humana estrecha, como un medio para poner en acción impulsos autodestructivos.

Las características patológicas profundas de la situación transferencial resultan hábilmente encubiertas por los rasgos neuróticos y normales de todo el resto de la personalidad. Cuando en la situación transferencial no se interpreta la identificación proyectiva, al salir de la sesión el paciente reintroyecta la parte de sí mismo depositada en el analista, lo que da lugar al acting out fuera de la sesión, que se produce como consecuencia de la identificación con este objeto cargado de fantasías regresivas patológicas. Destaqué, pues, la necesidad de un abordaje terapéutico específico de este tipo de patología.

En mi libro **La comunicación en terapéutica psicoanalítica**<sup>5</sup> y en un trabajo algo posterior<sup>4</sup> discriminé entre diferentes tipos de “personas” que tienen características específicas de comportarse en la situación analítica, hecho que está determinado por el punto de fijación predominante en el curso del desarrollo y que es precisamente al cual el paciente regresa al establecerse la transferencia en la situación analítica. Además de este punto de fijación predominante, todo paciente presenta, en proporciones variadas, otros puntos de fijación que entran en actividad en diferentes momentos de su evolución en el curso del tratamiento.

Cuando digo que cada uno de estos puntos de fijación durante la regresión transferencial determina características de comportamiento diferentes, incluyo en esta afirmación: a) la existencia de diversos tipos o modelos de sistemas de comunicación; b) diferencias cualitativas en la forma de establecerse la relación transferencial entre una estructura y

otra; c) diferentes proporciones de trasmisión de la información por medios extraverbales y verbales, y también considero que d) se establecen para cada paciente y para cada momento de la evolución de la transferencia diferentes enfoques en la técnica interpretativa de forma, contenido, y dosificación.

Discriminé seis tipos de personas: observadora no participante, depresiva, de acción, lógica, atemorizada y huidiza y demostrativa. Señalé que la persona observadora no participante y la persona depresiva, por sus fijaciones en los niveles oral primario y secundario, que corresponden a etapas preverbales del desarrollo y a un momento de la evolución en que no se ha delimitado el propio sujeto y la otra persona como figuras totales, desarrollan un tipo de transferencia en la que predomina la comunicación preverbal y en la que al terapeuta se le adjudica de una manera concreta el rol de una parte del propio paciente. Al examinar los protocolos de sesiones psicoanalíticas realizadas por mí y por otros psicoanalistas he podido comprobar que cuando la relación transferencial se ha establecido en estas condiciones, el terapeuta interpreta en términos de partes y de efectos que producen en cada una de dichas personas.

En el caso de la persona observadora no participante, el terapeuta logra utilizar en forma instrumental mecanismos histéricos; al hacerlo así las interpretaciones tienen un alto grado de dramaticidad, una gran riqueza en el manejo de los símbolos y abarca a la vez lo que ocurre dentro del cuerpo del paciente y lo que éste adjudica que ocurre en el cuerpo del terapeuta; otro tanto podemos decir en lo que se refiere a la mente. En el plano de clivaje interpersonal, el mensaje contenido en la interpretación debe incluir informaciones acerca de cómo el terapeuta percibe que es observado y escuchado por el paciente.

La persona depresiva se caracteriza por introyectar masivamente al terapeuta y de esta manera los sistemas de comunicación se superponen. Siendo también observadora pero participando emocionalmente de lo que se le interpreta, se formula la interpretación apoyándose en un fenómeno transferencial que puede ser ubicado en el interior del paciente.

---

## **Complementariedad estilística entre material e interpretación**

---

Además, por la superposición de los sistemas de comunicación es necesario que la interpretación incluya una diferenciación clara entre el pronombre yo (referido al terapeuta) y el usted (referido al paciente) de manera tal que pueda establecerse un plano de clivaje en el que ambos participantes se diferencien.

La persona de acción, cuyo punto de fijación predominante es el anal sádico expulsivo, utiliza el proceso de comunicación con una finalidad aloplástica. En esos casos el analista interpreta los mensajes no verbales y la verbalización del paciente como acciones destinadas a provocar un impacto tal que el terapeuta pasa a convertirse en una prolongación del propio paciente. En la interpretación aparece como tema central “la necesidad de manejar al terapeuta para determinados fines o bien el temor de ser manejado por el terapeuta para sus propios fines”.

La interpretación en estos casos debe ser una descripción ordenada y objetiva del comportamiento verbal y no verbal del paciente en términos de acción. El contenido de la misma puede parecer obvio para el terapeuta y pensar que para el paciente psicopático esta interpretación realizada sobre algo tan manifiesto puede resultar carente de significado. En realidad no es así. Ocurre que el paciente es incapaz de pensar en forma verbal acerca de los hechos que él actúa en la sesión. Interpretar así es decodificar en símbolos verbales el material verbal y no verbal que él ha suministrado en términos de acción. Cuanto más orden incluya la interpretación en el caos contratransferencial que provoca el psicópata, tanto mayor es el silencio reflexivo que acompaña al emergente a la interpretación.

Cuando la regresión transferencial se estabiliza en los niveles oral secundario y anal primario, la identificación proyectiva masiva sobre el terapeuta determina la superposición de los sistemas de comunicación, y ello transforma las funciones de comunicación. El paciente transmite entonces sus mensajes en términos de codificación analógica, predominando la emoción o la ansiedad como defensa ante la emoción (ruido) en la transmisión de los mensajes. Aunque el paciente verbalice, el mensaje

---

**David Liberman**

---

se transmite más por los elementos no verbales de la verbalización y cuando en estos casos el paciente verbaliza con fluidez, el lenguaje verbal no transmite información sino que se trata de un lenguaje de acción destinado a tener un efecto premeditado en el terapeuta, tal como ocurre en las psicopatías.

En cambio cuando la relación transferencial ocurre en los niveles anal secundario, fálico y edípico, las identificaciones proyectivas masivas están controladas y reguladas por las defensas obsesivas, por la utilización adecuada de la angustia señal y por el mecanismo de represión, que en estas condiciones tienen significado instrumental en el proceso de comunicación e interacción, puesto que contribuyen a establecer límites entre el sistema de comunicación intrapersonal del paciente, el sistema de comunicación interpersonal del paciente, el sistema de comunicación intrapersonal del terapeuta. El paciente puede asumir mejor su rol como tal en la situación analítica y además conservar su identidad, a la vez que permite al terapeuta asumir su rol y mantener su identidad.

La persona lógica, cuyo punto de fijación es el nivel anal sádico retentivo, etapa del desarrollo en que aparecen los medios verbales de la comunicación, presenta una línea demarcatoria rígida entre el sistema de comunicación intrapersonal e interpersonal, utilizando técnicas obsesivas en el manejo del pensamiento y del lenguaje.

En el material de estos pacientes la comunicación verbal es utilizada para averiguar lo que ocurre en el interior del paciente, lo que ocurre entre analista y paciente y lo que supone que ocurre en el interior del terapeuta; cuando fracasan en sus tentativas, estos pacientes presentan mecanismos de anulación para establecer la delimitación rígida entre los sistemas de comunicación.

Mientras que en los casos señalados anteriormente existen proyecciones e introyecciones masivas que dan lugar a superposiciones en los sistemas de comunicación, en la persona lógica los mecanismos de anu-

---

## Complementariedad estilística entre material e interpretación

---

lación, aislamiento y formaciones reactivas establecen defensivamente la delimitación entre los tres sistemas de comunicación que he señalado.

Cuando los mecanismos obsesivos son demasiado intensos, esta situación es utilizada con propósitos defensivos; el paciente utiliza todo este conjunto de sistemas de comunicación, de roles, de identidades, que constituyen el aspecto formal de la situación analítica, y lo incluye en sus propios sistemas obsesivos que lo protegen de su ansiedad frente a los cambios.

En los pacientes que establecen en la relación transferencial relaciones objetales en un nivel histérico, como es el caso de la persona atemorizada y huidiza, o estructura fóbica, y de la persona demostrativa, o estructura histérica (conversión), los sistemas de comunicación están perfectamente delineados, desprovistos de la rigidez que presenta la estructura obsesiva. Existe una sincronización entre los mensajes no verbales y los verbales, sincronización que solamente se perturba por la aparición de la angustia en el primer caso y por la conversión somática en el segundo caso. En estos casos las interpretaciones se formulan en términos de objetos totales, tal como corresponde al nivel de regresión transferencial.

En estos casos el terapeuta debe utilizar instrumentalmente sus técnicas esquizoides para poder observar mucho, participar poco, formular en la interpretación grandes conjuntos de símbolos y decodificarlos en un lenguaje muy abstracto. Para estos casos las interpretaciones deben ser cortas, con pocas palabras que incluyan la riqueza del contenido latente del paciente, la dosificación, escasa; el momento para interpretar es fácilmente detectado porque la estructura histérica señala muy buenos momentos en que es receptiva.

Como conclusión podemos observar, según los estudios realizados acerca de las características de las interpretaciones exactas correspondientes al nivel de regresión transferencial, que el analista procede como un organizador (trasmisor de información) de lo desorganizado (entropía, regresión y fijación a los modos de funcionamiento del proceso primario)

y un desorganizador de lo organizado (defensas contra la ansiedad por medio de procesos secundarios), con una actitud de rápida adaptabilidad a los cambios (registros interpretativos adecuados a registros de estructuras) y una constancia en su información verbal al paciente.

En un trabajo publicado en 1966<sup>6</sup> sobre entropía e información en el proceso terapéutico, señalo que la acepción adecuada del término entropía con respecto al proceso psicoanalítico correspondería al estado de confusión y de falta de certidumbre que se da en algunas de las tres redes (las dos intrapersonales, la del paciente y la del terapeuta, y la interpersonal, entre uno y otro) del sistema comunicativo del proceso terapéutico. La entropía se da con frecuencia en los tratamientos, con la creación de estereotipos que dañan el proceso terapéutico y lo vuelven iatrogénico. Afirmo que es importante tomar en cuenta determinados indicios para evaluar la entropía en el proceso terapéutico, abriendo un nuevo circuito, en el cual lo que se investiga ya no es el inconsciente del paciente sino la relación entre paciente y terapeuta, investigación que se realiza fuera de la sesión. La evaluación de los indicios de la retroalimentación positiva o negativa realizada por el paciente de los aciertos y desaciertos del terapeuta, permite a este último anticipar el modo de reacción del analizando. Esto lo libera de estar a merced de lo inesperado y del azar que aumenta la entropía. Muestro también cómo para salir de la entropía emergente del circuito cerrado de la relación bipersonal pero asimétrica del proceso terapéutico, el analista debe recurrir a la apertura de este otro circuito, entre lo que ocurrió dentro de la sesión (ahora tomada en su totalidad como objeto de estudio) y él mismo.

De esta manera queda de manifiesto la importancia de la elaboración del analista, en forma sistemática, como una contribución al logro de los fines del proceso terapéutico.

Tres años después, en un trabajo en colaboración<sup>7</sup>, intenté discriminar cuáles son las características de las funciones yoicas cuya interacción equilibrada constituye la base del Yo idealmente plástico, y cuya utiliza-



---

## Complementariedad estilística entre material e interpretación

---

ción estereotipada es indicio de patología en el proceso psicoanalítico. En el trabajo en colaboración afirmé que partimos de la hipótesis de que el Yo idealmente plástico tiene que poseer: 1) la capacidad de disociarse, observar sin participar y así percibir totalidades, con los detalles distinguibles dentro de dichas totalidades; 2) la capacidad de acercar la función perceptual al objeto y ver los detalles haciendo abstracción de la totalidad pero sin confundir la parte con el todo; 3) la capacidad de captar los deseos propios y llevarlos a la acción en tanto existe la posibilidad de satisfacer dicha necesidad, y para ello tomar una decisión luego de haber calibrado el equilibrio entre necesidad y posibilidad; 4) la capacidad de adaptarse a las circunstancias, al tipo de vínculo, ya sea en el sentido vertical (abuelos, padres, hijos), como en el sentido horizontal (grados de intimidad); la capacidad de utilizar el pensamiento como acción de ensayo, y también la capacidad para estar solo; 5) la capacidad de tener un monto de ansiedad útil preparatoria para llevar a cabo una acción una vez establecido el vínculo, tomada la decisión y observadas las circunstancias, todo lo cual permite tener: 6) las óptimas posibilidades para enviar un mensaje en el cual la acción, la idea y la expresión del afecto se combinan adecuadamente.

La hiperfunción de una de estas partes en detrimento de otras permite tipificar las aperturas, los desarrollos y los desenlaces diferentes en el proceso terapéutico. La tipificación de los diferentes modos de reparación se basa en el logro de la función que sufría el detrimento más intenso. Para ello se requerirá por parte del analista el suministro del abordaje terapéutico adecuado para que el paciente despliegue el repertorio de modalidades de reparación que estaba más en detrimento hasta ese momento.

Cada una de estas pautas se halla hipertrofiada en uno de los tipos de persona antes mencionados. Así, la pauta mencionada en primer término, está hipertrofiada en la persona observadora no participante; la segunda, en la persona depresiva; la tercera, en la persona de acción; la cuarta en la persona lógica; la quinta, en la persona atemorizada y huidiza, y la sexta en la persona demostrativa.

Además, la noción de modos de reparación que expuse en este trabajo constituye la forma precursora de enunciar lo que a partir de ese momento conceptualicé como estilos. Las ideas expuestas en el curso de todos estos años fueron objeto de una reformulación y de una síntesis, que implicaba una articulación más refinada con hipótesis semióticas, a comienzos de 1970<sup>8</sup>.

Describí entonces los resultados y las nuevas aperturas que pude lograr como consecuencia de la observación de cómo evolucionan analizando y analista durante el proceso terapéutico psicoanalítico, si es que se han dado las condiciones en ambos participantes para que el mismo ocurra.

Al escribir mis ideas me vi forzado a sistematizar mis observaciones. Ello tuvo como consecuencia que surgiese una nueva forma de relacionarnos con el psicoanálisis. La observación de la evolución de los procesos terapéuticos psicoanalíticos efectuados no solamente por mí sino también por un conjunto de colegas argentinos y también de otros países, me permitió desarrollar una nueva manera de teorizar sobre nuestra práctica analítica, y correlativamente efectuar también una práctica teórica que nos permitiese reinstalarnos en el diálogo psicoanalítico con un paciente dado en análisis, con nuevas estrategias para el abordaje del inconsciente y con una mayor precisión en la organización sintáctica y semántica del conjunto de frases que constituyen la interpretación psicoanalítica.

Esta exposición se concretó con mi libro **Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico**, que finalicé de escribir en 1970 y cuya publicación apareció dividida en tres tomos. Por razones ajenas a mí el primero de dichos tomos se publicó a comienzos de 1971 y los dos siguientes en 1972.

Durante los últimos años fui invitado a exponer mis ideas en Buenos Aires, en algunos centros del interior y también en algunas de las asociaciones psicoanalíticas latinoamericanas. A raíz de esto algunas de las ideas esbozadas y parcialmente desarrolladas en la publicación a que hago referencia, se me hicieron más evidentes.

---

## **Complementariedad estilística entre material e interpretación**

---

Esta exposición sobre complementariedad estilística entre material e interpretación puede ser considerada como una de las consecuencias de toda esta labor realizada luego de la aparición de mi último libro y de las exposiciones orales posteriores.

Durante el curso del presente año fui encargado por la Asociación Psicoanalítica Argentina de organizar y dirigir un simposio sobre "Interpretación". Allí presenté el material que expongo a continuación y que he modificado un tanto para que resulte más coherente al lector de la **Revista de Psicoanálisis**.

### **El concepto de "estilos" en el diálogo psicoanalítico**

La apertura, el desarrollo y el desenlace de un proceso terapéutico psicoanalítico dependerán de la forma en que un paciente elija expresar sus conflictos a su terapeuta. Con esto quiero significar que decir algo de una manera determinada es hacer una opción y descartar otras maneras posibles de expresar un conflicto. Podemos decir otro tanto del analista, quien al tratar de captar los indicios de su analizando en la sesión, realiza también opciones, ya sea adscribiendo significados a determinados elementos o estímulos que emanan de su analizando, privilegiando determinados aspectos verbales, paraverbales y no verbales, y descartando otros.

Optar, por parte del paciente, por una manera de expresar sus conflictos y por parte del terapeuta, por un modo de detectar los indicios de lo inconsciente tomando el material del analizando de una manera determinada y descartando otras, es algo que a mi juicio constituye un conjunto de actos de valor trascendental para que se establezca o no proceso psicoanalítico.

Tanto la opción que realiza el analizando al transmitirnos el material como la manera en que dicho material es recibido (decodificado) e interpretado (encodificado) constituyen lo que yo denomino estilos o pau-

tas estilísticas. También forman parte del mismo los modos como el analizado recibe lo que le trasmite el terapeuta.

El valor de adscribir características de “estilos” a la manera como se desempeñan uno y otro componente del binomio analizando-analista, reside en que permite construir hipótesis psicoanalíticas cuyo punto de partida se apoya en este aspecto tan específico del psicoanálisis, constituido por la modalidad particular en que interactúan ambos participantes a lo largo del proceso terapéutico psicoanalítico.

Una primera aproximación al concepto de “estilos” me permitirá simplificar la exposición. Veamos por ejemplo de qué diferentes maneras un analizando puede transmitir un estado de tristeza según sean las características de su organización intrapsíquica (sistema intrapersonal), del vínculo con el analista (sistema interpersonal) y de la manera como aquél supone que es captado por éste (adscripción de rol al terapeuta receptor del mensaje).

Frente a un estado de tristeza, un analizando se quedará en silencio, desconectado del terapeuta, con la sensación de que el tiempo transcurre fuera de él. En un momento dado dirá que encuentra “todo esto fútil, opaco, superfluo”. Tomemos ahora esta segunda posibilidad: vemos un paciente que también se encuentra triste, pero que en lugar de actuar como el anterior se encuentra inquieto, araña el cuero del diván, emite algunas exhalaciones, y luego dice con un tono de voz especialmente quejumbroso: “Siento mi cuerpo abatido. Hoy es un día en que lo veo todo gris. Qué negro y sin sentido veo mi futuro”.

Veamos esta otra posibilidad: el paciente no está triste, nunca lo ha estado; más bien, durante el curso de su vida ha dejado un tendal de víctimas, muchas de las cuales pueden haber terminado en suicidios o accidentes. En este caso, el analizando en cuestión es incapaz de sentir y por lo tanto de expresar el estado de emoción “tristeza”. Arbitrará los medios verbales a su alcance, muchas veces con éxito, para que sea el terapeuta y no él quien experimente un estado de tristeza y pesimismo referido a sus posibilidades terapéuticas con ese paciente, o bien para

---

## Complementariedad estilística entre material e interpretación

---

que tenga una cosmovisión pesimista de su práctica terapéutica psicoanalítica.

En el primer caso, tenemos una pauta estilística a la cual recurren habitualmente los pacientes que, en la nomenclatura psicoanalítica impregnada de la psiquiatría tradicional, se conocen con el nombre de esquizoides; en el segundo caso, nos encontramos con un tipo de analizando que podría ser clasificado como depresivo, y en el tercero, con una personalidad psicopática. Voy a continuar esta enumeración.

El mismo estado emotivo puede ser transmitido por el paciente de esta otra manera: apelando a técnicas narrativas, hace un relato coherente, en el cual puede predominar una secuencia de sucesos encadenados en un devenir temporal. También puede ocurrir que dicha narrativa esté hilvanada en torno a espacios y lugares. Independientemente de esto, la emoción tristeza no aparecerá de la manera en que la exteriorizaron los otros analizandos, sino que podrá inferirse de la temática de dicha narrativa, o bien podrá ocurrir que ésta sea tan coherente, tan lógica, que impida todo acceso al indicio de un estado emotivo. En tal caso, luego de tres o cuatro secuencias narrativas, el paciente suele sentir un estado de desfallecimiento, de abatimiento, y finalmente deja de hablar. Luego de grandes esfuerzos nos dice: "Todo lo que dije antes fue una manera de tratar de hacer saber que estoy triste, pero también una forma de evitar decírselo, porque si se lo digo me siento triste". En este caso, tendremos un paciente que, dentro de la clasificación psicoanalítica y psiquiátrica, fácilmente puede reconocerse como un obsesivo.

Veamos ahora estas otras dos posibilidades: el paciente está ansioso, trata por todos los medios de expresar algo, pero no sabe qué, o no sabe cómo, o en determinados momentos inicia una serie de frases que interrumpe porque dice que no alcanza a descifrar lo que él mismo quiere hacernos saber, o trata de cerciorarse de si lo estamos escuchando. Si le hablamos, intenta auscultar nuestra voz, tratando de palpar, por decirlo así, nuestro estado de ánimo. En este caso, la emoción tristeza aparecerá

expresada mediante otras pautas estilísticas, mediante otro tipo de opciones.

La otra posibilidad es que el paciente, desde el comienzo de la sesión, traiga, por así decir, el estado de tristeza, y nos lo haga saber por medio de una verbalización que utiliza medios gramaticales y sintácticos ricos en adjetivos, con una gesticulación que acompaña adecuadamente a dichas emisiones verbales y con estados posturales que nos impactan de una manera especial, de modo tal que no nos quede ninguna duda de que el paciente está expresando ese estado de emoción que denominamos tristeza.

En estos dos últimos casos ubicamos, respectivamente, al paciente que habitualmente se denomina fóbico y al que se denomina histérico.

Para finalizar, quiero mencionar una última forma en que la emoción tristeza puede ser transmitida durante la sesión. Hay pacientes que tienen una adaptación formal a la realidad, que son incapaces de sentir las emociones, al igual que los psicópatas, pero a diferencia de ellos son personas que no perjudican a terceros, que se sienten muy involucrados en los conflictos de los demás. Podríamos decir que "no tienen lugar dentro de sí mismas para experimentar la emoción tristeza". Entonces puede ocurrir que el analizando venga a la sesión, empiece a hablarnos de sus cosas cotidianas, tal como habitualmente lo hace, y experimente una sensación de languidez estomacal "como una especie de tironeo, de vacío", al mismo tiempo que se toca el epigastrio. En ese caso, nos encontramos frente a un tipo de paciente con predisposición a somatizar la emoción tristeza, y entonces entrará en la categoría de los pacientes organoneuróticos.

He señalado todas estas diferencias porque en primer lugar nos acercan más a los datos de la base empírica, y nos alejan de la terminología psiquiátrica habitual, a la vez que nos permiten conjeturar sobre datos muy precisos y diferenciables según la forma en que el paciente hace su opción. Recalco que se trata de una opción inconscien-

---

## Complementariedad estilística entre material e interpretación

---

te, de manera tal que al categorizar algo el paciente en forma determinada, en este caso el estado de tristeza, y al hacerlo de manera inadvertida, es decir, inconsciente, nos permite hablar de estilos o pautas estilísticas que hacen netamente distinguible un paciente con un estado emotivo determinado, expresado de una manera y no de otras. La introducción de esta nueva nomenclatura presenta otra ventaja: los pacientes con pautas estilísticas determinadas no se presentan en estado puro sino que podemos encontrar componentes o ingredientes estilísticos que se imbrican entre sí, de manera tal que si bien las denominaciones estilísticas que voy a dar a continuación son ciertas, se puede añadir que permiten formar un concepto de los componentes estilísticos predominantes en la conciencia del paciente y de los ingredientes pertenecientes a otros tipos de estilos subyacentes, de tal manera que dejamos de ubicar a nuestros analizandos en casilleros determinados y los ubicamos como personas en un diálogo en medio de un tratamiento con pautas fijas, regladas, que transcurre en un contexto espacio-temporal determinado por la duración del análisis, el lugar donde se realiza y la persona que lo lleva a cabo.

Ahora voy a hacer algunas aclaraciones para precisar las correspondencias entre las nomenclaturas psiquiátricas, un tipo de nomenclatura que yo utilicé cuando publiqué mi libro **La comunicación en terapéutica psicoanalítica**, y la nueva nomenclatura que utilizo en **Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico**. En la primera de mis publicaciones, denominé al paciente esquizoide como la persona observadora no participante. Ahora lo llamaré persona que busca incógnitas sin despertar suspenso. Las depresiones endógenas de la clínica psiquiátrica, correspondientes a la persona depresiva de las primeras publicaciones, adquieren aquí la denominación de paciente con estilo lírico. Las personalidades psicopáticas, denominación de la clínica psiquiátrica, que en mi primera publicación llamé personas de acción, aquí pasan a denominarse pacientes con estilo épico. Los pacientes obsesivos de la nomenclatura clásica, que había denominado personas ló-

gicas, son ahora llamadas pacientes con estilo narrativo. El paciente denominado fóbico, que llamé paciente atemorizado y huidizo, aquí lo denominé paciente que busca incógnitas y crea suspenso. Al paciente histérico, que denominé persona demostrativa, lo llamo ahora paciente con estilo dramático y que crea un impacto estético. Finalmente, los organoneuróticos de la nomenclatura clásica —que en mi libro primero sobre comunicación llamaba personas infantiles, porque tienden a expresar sus emociones en el nivel visceral, como los bebés—, aquí pasan a integrar una variedad del paciente lírico, es decir, depresivo, con la diferencia de que su “lírica” aparecerá expresada en el nivel de respuestas viscerales.

Voy a recalcar ahora algo sobre la ventaja de hacer este abordaje. Es muy frecuente que en la práctica psicoanalítica tengamos un paciente que apela a técnicas narrativas. Pero que dentro de dichas técnicas narrativas se presentan diferentes posibilidades: el relato puede tener como temática estados emotivos, autorreproches que a su vez son contrarrestados por defensas frente al autorreproche, técnicas narrativas que privilegian aspectos éticos y a veces estéticos. Estos pacientes con estilística narrativa también pueden presentársenos de otra manera, y el pronóstico será totalmente distinto. Puede ocurrir que la narrativa esté centrada en torno a situaciones de éxito o fracaso, de temor a dañar o ser dañado por otros, de temor o de sobreponerse al temor de cambiar un “status” social. Si comparamos al paciente narrativo con un subcomponente lírico con este otro paciente, que viene a tener un subcomponente fóbico (o sea un paciente que originariamente se nos hubiese presentado con una estilística de buscar incógnitas y crear suspenso, por ejemplo acerca de cómo salvarse de una situación de riesgo), nos encontraremos frente a dos posibilidades diametralmente opuestas, ya que en el primer caso tenemos un paciente con técnicas narrativas que puede ser diagnosticado como un obsesivo pero corre el peligro de suicidarse; en cambio, en el segundo caso podrá presentar la misma técnica narrativa y componentes obsesivos bastante similares, pero los subcomponentes fóbicos



---

## Complementariedad estilística entre material e interpretación

---

que se han ritualizado u “obsesivizado” hacen que éste sea un paciente de mejor pronóstico.

Con esto quiero expresar lo siguiente: si el terapeuta es capaz de detectar y diferenciar estos dos subcomponentes estilísticos que habitualmente son inconscientes para el paciente y que pueden o no ser perceptibles o conscientes para el analista, según sus opciones de recepción, es decir, su estilística perceptual, esto tendrá un valor fundamental, ya que también hace posible —mediante el examen de segmentos de diálogo de procesos psicoanalíticos de uno y otro caso— sentar criterios de pronóstico de una terapéutica psicoanalítica, no sólo en función del analizando, sino de la manera como ha sido abordado por el terapeuta.

Más claramente: si el paciente narrativo es tomado como un obsesivo y es desestimado su subcomponente lírico, correrá el riesgo de potenciar sus disposiciones suicidas con cada fracaso como paciente y el terapeuta como terapeuta de este paciente. En cambio, ocurrirá todo lo contrario, y el pronóstico evolutivo será diferente, si el terapeuta se encuentra en condiciones distintas. Otro tanto puedo decir del paciente narrativo con un subcomponente fóbico, el paciente que hace una narración que le permite controlar obsesivamente sus miedos. En este caso, si el paciente es detectado en su subcomponente fóbico evitativo, entonces rápidamente, o al menos en menor tiempo, perderá su estilística narrativa defensiva en la sesión, y tendremos más pronto un paciente de los denominados fóbicos, en cuyo caso el proceso psicoanalítico será rápido, no porque el paciente evolucione mejor, sino porque su terapeuta lo ha detectado antes y ha hecho imposible que el paciente siga perdiendo tiempo al reforzar sus técnicas obsesivas, técnicas que utiliza para defenderse del estado de ansiedad que lo lleva constantemente a crear climas de suspenso, tratando de saber qué es lo que pasa, es decir, dónde está la incógnita que encierra el miedo. Esto también tiene implicaciones en cuanto a la duración de un caso, pero quiero dejar sentado que no me refiero a acortar los análisis, sino a que los pacientes

sean mejor captados y por ende que eviten perder tiempo reforzando iatrogénicamente sus técnicas obsesivas, que tienden a estereotiparse y a no descubrir todo un sistema de vida regido por evitaciones de naturaleza fóbica. En este caso, la pericia del terapeuta hará que en poco tiempo dicho paciente sea menos narrativo y surjan en la sesión las características correspondientes al paciente que crea suspenso y busca incógnitas.

He puesto como ejemplo estas dos situaciones con ingredientes estilísticos distintos, porque creo que muestran con más evidencia la importancia de la comprensión de que las personas que tenemos en análisis tienen un conjunto de componentes estilísticos, y aquellos subcomponentes que permanecen como ingredientes accesorios son precisamente los que dan el criterio diagnóstico y pronóstico en el análisis, criterio que nos permite movernos y actuar en el enfoque terapéutico con pautas netamente claras y definidas. Nótese, además, que estoy tratando de liberar al psicoanálisis de la psiquiatría y de la psicología, y llevarlo hacia la estilística, que se refiere al tipo de diálogo e interacción comunicativa que tendrá el analizando con su analista en los distintos momentos del proceso analítico. Hasta ahora, mi experiencia me ha permitido establecer que es posible sentar criterios predictivos acerca de posibles situaciones que se nos podrían presentar si estudiamos a nuestros pacientes fuera de sesión y establecemos entonces pautas pronósticas con el fin de que nos encuentren mejor preparados para cuando ellos cambien.

Durante el último año, trabajando en colaboración con David Mal-davsky, con quien realicé una investigación interdisciplinaria que comprendía a estilos de analizandos y estilos literarios, he publicado "Un ensayo de sistematización y distinción de las categorías semánticas"<sup>9</sup>. Recomiendo este ensayo al lector que esté interesado en saber cómo pueden extenderse las hipótesis surgidas de procesos psicoanalíticos al estudio de otras actividades humanas.

---

## **Complementariedad estilística entre material e interpretación**

---

### **Complementariedad estilística entre material e interpretación**

Sabemos que todo analizando en los distintos momentos de las sesiones atraviesa por una sucesión de estados que él experimenta como cambios que ocurren simultáneamente dentro de sí mismo, cambios que se suceden en su relación con el terapeuta y cambios en la manera como supone que éste (el terapeuta) lo percibe a él.

Reformulemos esto en términos comunicacionales: en el curso de las sesiones se suceden en el analizando cambios en sus estados intrapersonales, cambios que son simultáneos con cambios cualitativos en las modalidades del vínculo que va estableciendo con la persona del analista, y esto a su vez, corresponde a la sucesión de roles que el analizando va adjudicando al analista durante el transcurso de las sesiones.

Para establecer criterios de complementariedad estilística hay que diferenciar entre los ingredientes que componen el "estilo" en el analizando y en el analista. En el caso del analizando los "estilos" corresponden a la manera como éste combina los ingredientes verbales, paraverbales y no verbales de sus comunicaciones. En el caso del analista no ocurre así. El estilo de la interpretación está restringido a la manera como éste combina los componentes sintácticos, morfológicos y semánticos de la estructura verbal de la frase que constituye la interpretación.

Situándome desde la perspectiva del analizando considero que las variaciones estilísticas dependerán de la manera como supone que va siendo percibido (o considerado, o lo que de él se espera). Estas variaciones pueden ocurrir con o sin intervenciones del analista, puesto que el significado de su silencio varía según cambie el rol que el paciente le adjudica.

Solamente aquellas intervenciones que se refieren a indicios de lo inconsciente que el analizando emita en forma inadvertida, y siempre que dichos indicios una vez captados por el analista sean comunicados al analizando con el mayor grado de adecuación lingüística (hecho que también depende del estado en que se encuentre el analizando como receptor),

constituyen una interpretación psicoanalítica. El grado de adecuación lingüística entre la organización verbal de la interpretación y el estado en que se encuentra el analizando como receptor es lo que determinará que se produzca o no una modificación psicoanalítica. Esto es lo que diferencia a la terapéutica psicoanalítica de cualquier otro tipo de psicoterapias.

Cuanto mayor es el grado de adecuación entre la estructura de la frase con la que se formula la interpretación y el estado en que se encuentra el paciente en el momento que la recibe, tanto menor será la distorsión con que la misma llega al paciente. Adecuación implica complementariedad estilística.

Quizá este par de ejemplos pueda transmitir al lector lo que deseo decir. Para un paciente que desarrolla un comportamiento tipo acting out en la transferencia, el estilo interpretativo complementario consistirá en una narración en la que se le describen y categorizan sus comportamientos.

Otro caso: para un paciente con una estilística esquizoide corresponderá una complementariedad dramática.

Lo que se busca cada vez que interpretamos es introducir “matrices” de pensamiento verbal que están contenidas en las posibilidades combinatorias sintácticas y semánticas del código lengua que el paciente no logró estructurar durante su desarrollo.

Pero para una mayor comprensión de lo que me propongo exponer necesito recurrir a segmentos de un diálogo psicoanalítico. Si bien el punto de partida es una experiencia particular, sostengo que existen secuencias de interacción analítica que agrupan a un conjunto de momentos de procesos analíticos que cualquiera de nosotros efectuamos.

Quizá esto abra una perspectiva que permita categorizar diferentes sentidos que pueda tener la dirección del proceso analítico.

Lo que describo a continuación es una generalización que refiero a un conjunto de procesos y que constituye una de las múltiples posibilidades de ocurrencia. Trataré de emplear un lenguaje lo más general, aunque por lo inhabitual de este tipo de exposición haré mención a al-

---

## Complementariedad estilística entre material e interpretación

---

gunos datos directos. De cualquier manera esto trasciende las limitaciones del caso.

Luego de haber interpretado que su curiosidad por el análisis estaba motivada por su desconfianza y su miedo a lo desconocido, el analizando atravesó por un período de sesiones productivas. Reconoció que en su vida había logrado muchas cosas pero nunca nada lo había dejado satisfecho; además empezó a transmitirme una imagen algo más objetiva de sus padres. Esto me permitió inferir hipótesis psicoanalíticas acerca de cuáles eran los roles que me adjudicaba en las sesiones. Según fuese el rol que me adjudicaba, respondía con cambios en su estilo de comunicarse.

En la primera parte de la sesión yo representaba para él una figura materna seductora y ambiciosa a quien tenía que controlar, gratificándola con la narración de logros. Cuando esto se agotaba el paciente sentía que yo lo perdía, que lo incorporaba con odio. De allí que el otro rol que me adjudicaba era el de un ano que lo expulsa.

Cada vez que lo recibía, él se acostaba y yo me disponía a escucharlo, desarrollaba lo que denomino "estilo narrativo". Este estilo consistía en enumeraciones ordenadas cronológicamente, verbalizadas con mucha coherencia. Todas estas enumeraciones tenían una tema en común: "la ambición y el optimismo" que él trataba de imponerme e imponerse a sí mismo. Mientras persistía este estilo narrativo no admitía ningún tipo de interrupción. Si yo intentaba intervenir, consideraba mis palabras como un rechazo.

Pero al cabo de un tiempo la "estilística narrativa" se agotaba y utilizaba otro recurso estilístico. Esto correspondía a un cambio del rol que él me adjudicaba.

En esos momentos consideraba que mi silencio, experimentado antes como algo que él necesitaba, se había transformado en un silencio hostil, despectivo.

Era entonces cuando aparecía el "estilo lírico". La verbalización se entrecortaba. Me acusaba de no conformarme con nada. Creía que yo

me había cansado de él, que lo había “mandado a la mierda” y que pensaba en mis cosas.

Se quejaba de que siempre las sesiones empézaban bien y luego se estropeaban por mi culpa. Interrumpía las frases y los silencios con chasquidos de lengua. Permanecía en silencio controlando mis movimientos. Suponía que estaba disgustado y que lo echaría. Luego era él quien me soportaba a mí. Tamborrileaba con los dedos sobre el diván. Emitía expiraciones con los labios cerrados (¡puff!).

Las interpretaciones detalladas sobre su narrativa de comienzo, como tenían una estilística simétrica, estimulaban su obsesividad.

Las interpretaciones sobre su resentimiento, o el resentimiento proyectado en mí, reforzaban sus quejas depresivas.

En una oportunidad pude configurar una interpretación que reunía los requisitos de complementariedad estilística verbal. Esto precipitó un desenlace distinto de sus sesiones. Fue como si por fin terminásemos una sesión que siempre se detenía en un punto en que todo se echaba a perder y que siempre volvíamos a empezar.

En esa oportunidad, en el momento de crisis y malestar dije textualmente: “Yo sé que soy para usted un inconformable a quien tiene que terminar repudiando. Siempre pasará lo mismo mientras desde un comienzo parcialice la relación conmigo y crea que lo único que interesa es triunfar y envanecerse”.

Esta modalidad de interpretación, que correspondería a la manera como un paciente esquizoide emitiría una orden o un pedido, provocó la emergencia de un nuevo estilo “dramático con impacto estético” (que corresponde aproximadamente a lo que conocemos como autoplastia hística). Recordó súbitamente sueños repetitivos de hacía días y que nunca recordaba en sesión. Efectuó el relato de los mismos con una mímica verbal sincrónica con el texto del sueño. Al contarlos se identificaba con alguno de los personajes. En los sueños aparecía siempre alguien que desde arriba lo llamaba. El insistía en obedecer pero sabía que no podía, que siempre terminaría cayéndose y teniendo que proteger sus genitales;

---

## Complementariedad estilística entre material e interpretación

---

su boca y su cabeza. En la primera de toda una serie de sesiones en que se operó este cambio, sintió frío. Pensó que eso se debía a que se sentía fuera de sesión. Terminó la sesión retomando su estilística narrativa, contó lo mismo que al principio pero con un signo totalmente distinto. Consistía en una "narrativa de pesimismo y prudencia".

Le mostré que ahora que yo había cambiado con él, él cambiaba conmigo, pero cambiaba tanto que todo era al revés, y que siendo así era lo mismo.

El paciente sonrió y se quedó pensativo. Dijo: "Yo sé lo que pasa, padezco de daltonismo mental, o todo es blanco, o negro, o gris. No he encontrado las gamas intermedias".

Como conclusión puedo afirmar que la interpretación que introdujo una modalidad estilística esquizoide con un ingrediente de lenguaje de acción, fue la que motivó cambios cuantitativos en la dirección del proceso.

Esto se explica porque se trataba de un paciente que poseía registros "histéricos", "fóbicos", "obsesivos" y "depresivos". En cambio carecía de rasgos de acción. No manifestó ningún tipo de acting out, ni tampoco era capaz de mantenerse alejado y efectuar abstracciones.

Este procedimiento tiene a mi juicio dos complicaciones. Una de ellas es el gran número de hipótesis que hay que manejar. El otro inconveniente es su utilización exagerada y el intento de mantener una constante complementariedad ideal. Cuando alcanzamos un nivel óptimo de trabajo el analista ejecuta sin proponérselo la complementariedad estilística.

### Bibliografía

1. Liberman, D., "Identificación proyectiva y conflicto matrimonial", *Rev. de Psicoanál.*, 1956, XIII, 1.
2. —, "Interpretación correlativa entre relato y repetición: su aplicación en una paciente con personalidad esquizoide", *Rev. de Psicoanál.*, 1957, XIV, 1-2.

---

**David Liberman**

---

3. —, "Autismo transferencial. Narcisismo. El mito de Eco y Narciso", **Rev. de Psicoanál.**, 1958, XV, 4.
4. —, y Lumermann, S., "Criterio de adecuación de la interpretación y el nivel de regresión transferencial", **Rev. de Psicoanál.**, 1964, XXI, 2.
5. —, **La comunicación en terapéutica psicoanalítica**, Eudeba, Buenos Aires, 1966, 2ª ed.
6. —, "Entropía e información en el proceso terapéutico", **Rev. de Psicoanál.**, 1967, XXIV, 1.
7. — y colab., "Modos de reparación y desenlaces de procesos terapéuticos psicoanalíticos", **Rev. de Psicoanál.**, 1969, XXVI, 1.
8. —, **Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico**, Galerna-Nueva Visión, Buenos Ares, 1971-1972.
9. — y Maldavsky, D., "Un ensayo de sistematización y distinción de las categorías semánticas. La extensión de hipótesis surgidas de procesos psicoanalíticos al estudio de otras actividades humanas", **Rev. Arg. de Psicol.**, 1974, 13-14.