

La utilidad del algoritmo David Liberman en el trabajo clínico

David Maldavsky

Resumen

El autor se propone describir y ejemplificar la utilidad del algoritmo David Liberman en el trabajo terapéutico y en los estudios clínicos y psicosociales así como en el desarrollo de otros instrumentos de investigación. Comienza describiendo brevemente los instrumentos del ADL como método de investigación basado en los conceptos freudianos y luego caracteriza sus aplicaciones “blandas”. Respecto de las aplicaciones “blandas” del ADL en el trabajo terapéutico, el autor se refiere a su utilidad para detectar los deseos y las defensas (y su estado) en el paciente, a las actividades del terapeuta en la sesión y las diferentes intervenciones a las que recurre para determinar el foco, establecer la sintonía, formular propuestas de nexos (causal, de semejanza), y realizar los complementos de estas tareas. El autor se refiere también al valor del ADL para que el terapeuta realice un auto-examen y enfoque de los obstáculos clínicos, entre ellos la contra-transferencia.

En el terreno de los estudios psicosociales o clínicos “blandos” con el ADL, el autor describe más brevemente algunos de sus rasgos, discute la cuestión de la cita o no de la bibliografía técnica, y alude al aprovechamiento en dichos estudios de los aportes de una investigación “dura”. Además, destaca que el ADL ha sido empleado para el refinamiento de instrumentos proyectivos y para el desarrollo de otro método de análisis de relatos.

Palabras clave: investigación; trabajo clínico; estudios clínicos; estudios psicosociales.

The utility of the David Liberman algorithm in clinical work

Summary

The author intends to describe and illustrate the utility of the David Liberman algorithm (DLA) in therapeutic work and clinical and psychosocial studies, and in the development of other instruments of investigation. He begins by briefly describing the tools of DLA as a research method based on Freudian concepts and then characterizes its "soft" applications.

Regarding the "soft" DLA applications in therapeutic work, the author refers to its use to detect wishes and defenses (and their state) in the patient, the activities of the therapist in the session and the various interventions intending to determine focus, tune in to the patient, suggest connections (causal, of similarity), and complement these tasks. The author also refers to the value of the DLA for the therapists perform self-examination and observation of clinical obstacles such as counter-transference.

Regarding psychosocial or clinical soft studies with the DLA, the author briefly describes some of its features, discusses the issue of the need to reference technical bibliography, and refers to the use of a "hard" research in these papers. He also emphasizes that the DLA has been used for the refining of projective instruments and to develop a further method of narration analysis

Keywords: research; clinical work; clinical studies; psychosocial studies.

Introducción

El algoritmo David Liberman (ADL) es un método que permite detectar los conceptos freudianos de deseos y las defensas (y su estado) en las manifestaciones clínicas de muy diferente tipo. Detecta estos conceptos en las escenas que un paciente relata, y también en las escenas desplegadas en sesión, sea por el paciente, sea por el terapeuta, sea entre ambos. Las escenas desplegadas se manifiestan en los actos de habla, en los movimientos, en los componentes paraverbales de uno y otro interlocutor. El ADL detecta inclusive los deseos en las palabras de paciente y terapeuta. El método dispone de instrumentos específicos para la evaluación de cada uno de estos conceptos en los diferentes niveles recién mencionados (Maldavsky, 2013a, 2013b, 2014a, 2015a, Maldavsky et al, 2005, 2006). El ADL propone además una categorización de las intervenciones del terapeuta (que toma en cuenta solo las funciones de un modo descriptivo y evita las discusiones en torno de otros tipos de clasificaciones) en introductorias (recabar información), centrales (de sintonía y de establecimiento de nexos) y complementarias (síntesis, aclaraciones, ejemplificaciones).

La utilidad del ADL en la investigación clínica empírica fue puesta en evidencia en múltiples estudios, sea de una sesión o un segmento de ella, sea en series de sesiones (Maldavsky, 2013a), sea al comparar un estudio clínico refinado realizado por otros autores

con el estudio aplicando los instrumentos de este método (Maldavsky et al, 2009), sea al comparar los estudios de un mismo material realizados con otros instrumentos y los estudios realizados con los de este método (Maldavsky, 2011), sea al estudiar situaciones concretas, como la contratransferencia perturbadora (Maldavsky, 2015d).

El objetivo que nos guía en esta oportunidad es de otro tipo, y no incluye la aplicación sistemática, "dura", de los instrumentos del ADL sino otra, más "blanda", en el trabajo clínico. Claro está, para que un terapeuta aproveche de los aportes del ADL es conveniente que esté familiarizado con 1) los conceptos centrales del método (deseo y defensa, incluyendo el estado de la defensa) y 2) el enfoque de una sesión cualquiera tomando en cuenta que en ella se ponen en evidencia al menos dos tipos de escenas: la que el paciente relata y la que se desarrolla en la sesión misma, en el paciente, en el terapeuta, en el vínculo entre ambos. En una y otra escena es posible detectar los deseos y las defensas (y su estado) apelando a los instrumentos del ADL. Quizá la situación ideal sea que el terapeuta conozca los procedimientos para la aplicación de los instrumentos del ADL, incluso que los haya aplicado, pero también puede ser útil que el terapeuta tenga claras cuáles son las formas en que se manifiesta determinado deseo en el nivel de las escenas relatadas o desplegadas, es decir, que el terapeuta tenga clara la operacionalización de los conceptos centrales.

Por aplicación "blanda" entendemos aquella en que el clínico no emplea los instrumentos del ADL siguiendo las indicaciones inherentes al proceso de investigación sino que se vale de algunas de las propuestas del ADL para alcanzar mayor sensibilidad y sentido crítico respecto de la situación clínica, incluyendo la consideración de las manifestaciones del paciente, las del terapeuta y/o las de ambos.

En efecto, las investigaciones "duras" con el ADL implican una preparación del material clínico (la muestra) que sea apta para la aplicación de los instrumentos correspondientes, el empleo de dichos instrumentos, a veces el recurso a jueces independientes, la implementación de distribuciones de frecuencias, etc. En cambio, en las aplicaciones "blandas" el ADL puede tener otro tipo de utilidad, tanto en los estudios de casos que no tienen un carácter sistemático como en el incremento de la sensibilidad y la capacidad crítica del terapeuta respecto de lo ocurrido en una sesión, incluyendo sus propias intervenciones. Las aplicaciones "blandas" del ADL corresponden tanto a los estudios no sistemáticos de casos clínicos como a la auto-supervisión o la supervisión de un colega en

su trabajo concreto. Nuestro principal interés en esta ocasión es mostrar la utilidad del ADL en las auto-supervisiones (inclusive en el curso mismo de una sesión) o de las supervisiones a colegas, y en segundo lugar en mostrar la utilidad del ADL en los estudios “blandos” de casos clínicos y de manifestaciones psicosociales.

Utilidad del ADL en el trabajo clínico

Detección de los deseos y las defensas (y su estado). Hemos mencionado ya que el ADL permite detectar tanto el deseo como la defensa y su estado. Cada uno de estos aspectos tiene su valor específico. La detección de un deseo en el paciente permite que el terapeuta tome una postura clínica diferente, ya que no es lo mismo la interlocución con un paciente en quien predomina una aspiración amorosa, una vengativa, una ambiciosa, una de plenitud estética, una especulativa, por ejemplo. Así, pues, detectar cuál es el deseo dominante en el paciente permite que el terapeuta sea más preciso al describir la situación del paciente; por ejemplo, si el terapeuta detecta que en el paciente predomina un deseo vindicatorio podría emplear ciertas formas de aludir a sus propias decisiones y pensamientos que difieren de las que podría emplear si detecta que en el paciente predomina un deseo de embellecimiento y totalización estética. A su vez, detectar cuál es la defensa central permite orientarse clínicamente, ya que si se trata por ejemplo de una defensa ante la realidad (como la desmentida) es conveniente que la orientación clínica siga este camino y que el terapeuta le muestre al paciente qué es lo que está rechazando y cómo. Asimismo, el estado de la defensa tiene también su valor para facilitar la orientación clínica, dado que por ejemplo es más practicable un trabajo clínico cuando en el paciente la defensa patológica fracasa y en cambio se vuelve más difícil cuando la defensa patológica es exitosa. Sin llegar a usar los instrumentos del ADL en un estudio empírico “duro”, es posible consultar con provecho sus diferentes tablas, donde se hallan estipuladas las manifestaciones propias de cada deseo y de cada defensa. Así, pues, el ADL permite ligar estos conceptos con un terreno más cercano a las manifestaciones, al describir cuáles son los rasgos discursivos, motrices, etc., que ponen en evidencia precisamente la especificidad de los deseos y las defensas y su estado en cada situación.

Al familiarizarse con los instrumentos del ADL el terapeuta podrá captar una realidad clínica más compleja aún, como por ejemplo detectar que mientras que el paciente formula

determinado tipo de relato (por ejemplo ligado a un fracaso económico que lo deja en la ruina), sus actos de habla y sus componentes paraverbales son expresiones de otra escena (por ejemplo, una tendencia a la abstracción y a hablar acerca de los pensamientos y las palabras del terapeuta, y no acerca de los hechos de la cotidianidad, todo ello con una expresión sonriente y los ojos entornados). Es decir que pueden darse contradicciones entre escenas relatadas y escenas desplegadas por el paciente, y por consiguiente contradicciones entre dos tipos de deseos y de defensas y su estado. También puede ocurrir que el terapeuta observe que una paciente desarrolla dos tipos de relatos, uno referido al embellecimiento de su relación con el marido y otro referido al cáncer que aqueja desde hace un tiempo a su esposo, y por lo tanto se hace necesario decidir cuál de los dos tipos de relato (con los consiguientes deseo y defensa con su estado) es dominante, mientras que el otro hace de complemento. A veces es necesario considerar no solo cuáles son los deseos y las defensas (y su estado) expresados en un relato sino también para qué son expuestos por el paciente, ya que a veces los relatos tienen también un valor de acto de habla, y pueden servir para chismosear, para manipular, para despertar lástima, celos, etc., en el destinatario, el terapeuta.

Las actividades del terapeuta en la sesión. Hasta ahora nos referimos a un enfoque global de un caso con el ADL y su valor para orientar al terapeuta en su trabajo o en la supervisión de un colega. En las precisiones realizadas hasta este punto solo tomamos en cuenta la mayor claridad que el ADL ofrece para entender la situación clínica de determinado caso y las recomendaciones que de esta mayor claridad se infieren. Es posible dar aún un paso más, en procura de un mayor refinamiento en el acercamiento a la práctica concreta de un terapeuta durante una sesión. Para aclarar este punto, es conveniente primero establecer cuáles son las actividades concretas del terapeuta durante las sesiones. Consideramos que las actividades centrales del terapeuta durante la sesión consisten en establecer el foco (al menos el inicial) para el trabajo concreto, en sintonizar con los estados afectivos y orgánicos del paciente y en formular intervenciones pertinentes que contengan, de manera explícita o no, propuestas de ciertos nexos entre las manifestaciones, con el objetivo de que el paciente encuentre el camino para superar, o al menos para que se atenúe, su malestar. En cada una de estas actividades las intervenciones clínicas son diferentes, y también es diferente la utilidad del ADL como auxiliar para la orientación del trabajo psicoterapéutico.

Intervenciones introductorias y establecimiento del foco. Las intervenciones introductorias, en las cuales el terapeuta procura recabar información, apuntan a que este pueda establecer el foco y además el estado orgánico y/o afectivo actual o reciente del paciente, tal como se revela en sus manifestaciones, sobre todo en las escenas relatadas (a veces en una escena desplegada).

Además de las intervenciones introductorias para recabar información, en el establecimiento del foco el terapeuta puede recurrir a intervenciones explícitas (“entonces el problema central de este tiempo es que está preocupado porque murió su hermano y usted se tiene que hacer cargo de una empresa sin haber sido entrenado”), pero a menudo tienen importancia los acercamientos parciales, las rectificaciones, los ajustes o las ampliaciones del panorama, así como los cambios de tema o de perspectiva. Estas rectificaciones o ajustes parciales no necesariamente quedan explicitados, pero sí es necesario que el terapeuta tenga una alta sensibilidad y una vigilancia atenta a los riesgos de estereotipia o, a la inversa, de dispersión.

Para decidir cuál es el foco de una sesión, o de un segmento de una sesión, el ADL le aporta al terapeuta criterios útiles. En efecto, el ADL analiza los deseos y las defensas así como el estado de las defensas: exitoso, fracasado, mixto (exitoso/fracasado). Cuando el estado de las defensas es fracasado o mixto, la escena relatada tiene un carácter disfórico, y otro tanto ocurre con la escena desplegada en la sesión. Pues bien, el foco para el trabajo clínico se encuentra en aquellos sectores de las manifestaciones del paciente en que es posible detectar desenlaces disfóricos, que son los que requieren la atención de ambos integrantes de la pareja terapéutica. Estas son situaciones en que el paciente experimenta malestar, como ser angustia o tristeza, razón por la cual puede sentirse más dispuesto a emprender un trabajo en común con su terapeuta.

Para decirlo simplíficadamente, un paciente suele relatar en cada sesión anécdotas correspondientes a varios temas: la relación con el padre, con la pareja, con el jefe, con su cuerpo. Estas anécdotas a veces tienen un orden temático: el paciente habla primero de un asunto, luego de otro, etc. También puede volver ulteriormente sobre un tema tocado momentos antes. Es conveniente tomar en cuenta cuál es el cierre del conjunto de anécdotas narradas por el paciente respecto a cada tema, y determinar si es eufórico o

disfórico, ya que el cierre de este último tipo permite determinar el foco de un momento del trabajo clínico.

El foco puede hallarse no solo en algún sector de las escenas que el paciente relata sino también en micro-manifestaciones intra-sesión, y en esta tarea de detección del foco en el terreno de las escenas desplegadas igualmente el ADL puede contribuir al trabajo del terapeuta. En efecto, el ADL cuenta con instrumentos que permiten dotar de significatividad a numerosas palabras (como “pero”, “refrán”, “dónde”, “espíritu”, “porcentaje”, “golpe”, “maravilloso”, etc.) como expresión de determinado deseo, a numerosas frases como actos de habla que reprochan, acusan, exageran, objetan, se interrumpen, son catárticas, hablan en clave, etc., a numerosos relatos que narran escenas de humillación, de sanción moral, de fiesta, de mentiras, etc. Del mismo modo, el ADL vuelve sensibles a los terapeutas respecto de otros aspectos de las escenas desplegadas en la sesión, como los componentes paraverbales, por ejemplo el susurro, los gritos, el eructo, etc., o motrices, por ejemplo un tic, una sonrisa congelada en los labios, un jugueteo con los dedos, etc. En todos estos rasgos es posible inferir el deseo y la defensa y su estado. También en una sesión el foco puede detectarse en aquellas escenas desplegadas que expresan el fracaso de una defensa, por ejemplo en una escena histriónica que termina de un modo deslucido, en que un paciente procura representar a diferentes personajes para finalmente confundirse uno con el otro, o condensarlos en una unidad disarmónica. En tal caso, es posible detectar el foco en una escena desplegada que expresa el fracaso de la defensa.

También puede ocurrir que se presenten varios focos, que corresponden a defensas fracasadas más o menos severas, expresadas en las escenas narradas y desplegadas. Por ejemplo, puede ser que un paciente relate su malestar por no aprobar una materia de un post-grado con la nota máxima, cuando sus padres habían gastado dinero para pagarle ayuda docente extra, también puede expresar vergüenza porque ha tenido varias veces mareos y vértigo al subir en un ascensor cerrado, con sudoración y taquicardia, y en la sesión misma puede desplegar una escena ligada con los autorreproches. De modo que es posible inferir varios focos para el trabajo clínico, como consecuencia del fracaso de varias defensas. El malestar ligado con los estudios parece corresponder a una defensa como la

represión fracasada, los autorreproches, en cambio, parecen relacionados con el fracaso de una desmentida, y la crisis de angustia, por fin, parece ligada con el fracaso de la desestimación del afecto, que es, de las tres, la defensa más severa. Sugerimos elegir como foco más importante al ligado con la escena que expresa el fracaso de la defensa más severa, en este caso la desestimación del afecto. Ello no quiere decir que el terapeuta se precipite a encarar este punto, sino que es conveniente que construya una estrategia clínica teniendo in mente la complejidad de la situación clínica y los principales problemas por encarar. Sin embargo, este tema excede largamente los objetivos y las limitaciones de este trabajo.

Consideremos ahora las intervenciones centrales, que apuntan a la sintonía con el paciente y al establecimiento de nexos. Unas y otras implican enfoques diferentes, como lo expondremos a continuación.

Intervenciones centrales: sintonía y nexo. El establecimiento de la sintonía se puede lograr a través de preguntas o afirmaciones referidas a los estados afectivos (“me parece que se deprimió”) u orgánicos (“lo noto somnoliento”) del paciente, pero más allá de estas intervenciones puntuales, este establecimiento es una tarea permanente durante las sesiones, lo cual implica que el terapeuta tome en cuenta los componentes fonológicos de la verbalización, las palabras, las posturas y gestos, los detalles de la verbalización (palabras, actos de habla, escenas) del paciente. El establecimiento de la sintonía y su cuidado orientan tanto el contenido de las intervenciones del terapeuta como la extensión de su discurso, el ritmo, la altura y la intensidad de la voz, así como las palabras y los actos de habla que profiere.

En cuanto a la utilidad del ADL para que el terapeuta formule el contenido de las intervenciones centradas en la sintonía, las conjeturas pueden corresponder al estado del paciente en algunas escenas disfóricas de sus relatos o de sus actos de habla. Puede ocurrir que los componentes disfóricos se expresen más en un terreno que en el otro, en cuyo caso el terapeuta puede orientar la propuesta de sintonía respecto del estado disfórico (angustia, vergüenza, humillación, desesperación, desgano, asco, terror, etc.) del paciente sea en los aspectos históricos, sea en los actuales de la sesión misma. Puede ser que un afecto como la angustia corresponda a los relatos y otro, como la humillación, corresponda a la sesión

por el hecho de exponer su malestar ante un terapeuta. En ese caso, la escena relatada conduce a inferir un estado afectivo y la escena desplegada conduce a inferir otro. El ADL puede aportar recursos para tener claridad respecto de las alternativas que tiene el terapeuta al intentar lograr la sintonía con el paciente, y en particular con su estado de malestar. En efecto, las escenas disfóricas relatadas o desplegadas en la sesión suelen tener rasgos diferenciales que corresponden a determinado deseo, y a cada una de ellas le corresponde también un grupo de afectos displacenteros específicos, que el ADL describe. Por ejemplo, un paciente puede narrar una secuencia en la que comenzó sufriendo una afrenta por parte de un jefe, trató de responder doblando la apuesta e insultándolo a su vez y por fin sufrió una severa reprimenda por parte de una autoridad superior a ambos contendientes, que apoyó a su jefe directo, por lo cual prefirió callarse para no perder el empleo. El paciente parece sufrir por la injusticia, y el afecto correspondiente parece ser la humillación. Una paciente que relata una escena en que, al ser besada por el novio, siente rechazo por el olor que este emana conduce a que inferamos que el afecto en juego es el asco. Del mismo modo, una escena desplegada en sesión por un paciente, del tipo de la aceleración catártica que termina en agotamiento conduce a inferir un estado de astenia. En todos estos ejemplos es posible aprovechar la categorización de los estados afectivos propuesta por el ADL para las escenas relatadas o desplegadas.

En cuanto al establecimiento de nexos, relacionados con los determinantes del foco del conflicto, es posible establecer diferentes tipos de relaciones. Las más importantes son de carácter cronológico-causal: lo anterior es tomado como causa de lo posterior (“Usted está asustado porque si hace bien las cosas en la empresa puede superar a su hermano muerto, a quien está sucediendo”). Otro tipo de nexo importante es el de semejanza: determinada escena de la infancia es parecida (de manera directa o invertida) a una posterior (“Usted está en la empresa en el mismo lugar que tuvo en la infancia, cuando su hermano no pudo acompañar a su padre en un viaje y usted lo reemplazó”), o determinada escena de la infancia o reciente es parecida (de manera directa o invertida) a una escena desplegada en la sesión (“Usted se la pasa en la sesión hablándome de su hermano del mismo modo que antes trataba de no desalojarlo de la atención de su padre”). Para el establecimiento de uno y otro tipo de nexo es necesario que el terapeuta tenga sensibilidad en la captación de los rasgos nucleares de una escena relatada o desplegada, pese a las diferencias aparentes.

Las intervenciones centrales de nexo suelen implicar algún criterio del terapeuta para establecer semejanzas o para establecer secuencias cronológico-causales. El criterio basado en las semejanzas tiende a reunir escenas (relatadas y/o desplegadas) que sean afines por uno o varios rasgos con un carácter disfórico, como ser la angustia antes de salir de un espacio, la tendencia a padecer reproches, etc. La afinidad no implica necesariamente una redundancia entre las escenas, a veces puede darse una inversión, en el sentido de pasar, por ejemplo, de reprochar (en una escena desplegada en la sesión) a ser reprochado (en una escena relatada), en que se mantiene la acción, expresada por el mismo verbo. A su vez, el criterio cronológico-causal también implica construir las secuencias temporales, y a partir de ellas establecer los nexos causales, como por ejemplo que tras una crisis de angustia por comprobar que el balance contable indica que los negocios han dado una pérdida muy apreciable pasar a buscar a una empleada de limpieza y seducirla para tener un encuentro sexual fugaz que termina en furia contra ella por haber tenido un episodio de impotencia. Esta secuencia puede requerir que el terapeuta reconstruya los hechos narrados por el paciente o las escenas desplegadas en la sesión, y a partir de esta construcción cronológica pase a formular enlaces causales, por ejemplo que el paciente intenta infructuosamente usar la sexualidad para aturdir su pensamiento y escapar de una realidad agobiante. Los criterios para el establecimiento de nexos de semejanza y de tipo cronológico-causal pueden aprovechar ampliamente de los enfoques del ADL respecto de los deseos y las defensas y su estado en los relatos y los actos de habla. Por ejemplo, en la secuencia cronológica antes mencionada, el punto central parece ser la angustia ante el quebranto económico y la tendencia a huir de esa realidad mediante una sexualidad que pretende una descarga como búsqueda de aturdimiento y que termina reiterando la vivencia de fracaso.

Intervenciones complementarias. Es conveniente prestar atención a las intervenciones complementarias, en las cuales un terapeuta ejemplifica lo antes expuesto, lo sintetiza, lo aclara. Estas intervenciones tienen también un criterio respecto del contenido expresado. En estas formulaciones resulta central la concordancia lógica entre lo aseverado en las intervenciones centrales y las síntesis, las ejemplificaciones o las aclaraciones posteriores. En efecto, la falta de coherencia entre las intervenciones centrales y las síntesis o ejemplificaciones pueden acarrear dificultades en el trabajo clínico. El ADL puede contribuir a conjurar los riesgos respecto de la ambigüedad o la falta de coherencia entre las

intervenciones centrales y las complementarias, que suelen ser aquellas con las que cierra el trabajo clínico del terapeuta.

Auto-examen. Además, en cada uno de estos momentos del trabajo clínico también es posible que el terapeuta realice un auto-examen no solo de los tipos de intervención que formula sino también de las escenas que despliega en el acto de formularlos, ya que a veces una intervención central que es pertinente en cuanto al contenido no lo es en cuanto a la escena desplegada en el acto de formularla, que puede contener un exceso de actos de habla de carácter abstracto, o de carácter histriónico, como las exageraciones, las dramatizaciones, etc. En tal caso, puede ocurrir que una intervención clínicamente pertinente quede inutilizada o sabotada por la escena desplegada por el terapeuta al formularla. El ADL permite que el terapeuta realice un enfoque auto-crítico de sus propios actos de habla y que en consecuencia cambie ese sector de su estrategia de trabajo.

Este comentario puede ampliarse, ya que en términos generales el ADL permite al terapeuta realizar un examen de su propio trabajo y por lo tanto encontrar criterios para ratificar su orientación clínica o rectificarla parcial o totalmente.

Obstáculos clínicos. Lo descrito hasta aquí hace referencia a los aportes del ADL para la comprensión de una situación clínica y para la toma de decisiones por parte del terapeuta. Además, el ADL puede contribuir a encarar algunos problemas concretos en las sesiones, como ser que un paciente con crisis de angustia acepte y colabore cuando el terapeuta procura establecer la sintonía, pero no cuando procura establecer nexos causales, y en cambio puede ser más receptivo cuando el terapeuta formula intervenciones que establecen semejanzas o secuencias cronológicas entre hechos aparentemente desconectados. Con ello estamos describiendo un problema concreto, que consiste en determinar ante qué tipo de intervenciones el paciente pone obstáculos, lo cual permite tener mayor precisión en las conjeturas clínicas correspondientes. Es cierto que este tipo de estudio respecto de los obstáculos interpuestos por el paciente ante determinadas intervenciones clínicas requiere que el terapeuta esté atento a ellas y las describa con cierta precisión. Un terapeuta suele describir con más claridad y justeza los rasgos concretos de las manifestaciones de un paciente que los de las propias intervenciones, lo cual puede impedir una reflexión más acotada sobre los obstáculos que puede interponer un paciente.

Otro tipo de rendimiento del ADL consiste en que permite estudiar algunos problemas derivados de factores contratransferenciales, en particular los correspondientes a un enactment. El enactment consiste en escenas desplegadas por el terapeuta. Algunos enactment tienen un valor funcional en el trabajo clínico, mientras que otros hacen de interferencia, y son expresión de una contratransferencia perturbadora. Ambos tipos de enactment pueden ser detectados estudiando los actos de habla del terapeuta. Un enactment funcional se presenta, por ejemplo, cuando un terapeuta logra inferir los rasgos de un personaje que atormenta al paciente con sus críticas y pasa a representar deliberadamente a este personaje como modo de desplegar en el vínculo terapéutico la escena que el paciente padece. Un enactment perturbador se presenta cuando una paciente dice que ama a su novio que la decepciona y que sus amigos y familiares critican al novio y la terapeuta también pasa a atacar al novio, ubicada en el lugar de un personaje de la vida psíquica de la paciente.

Utilidad del ADL en los estudios en el terreno clínico o psicosocial

Aplicaciones “blandas”. Dado que no es el centro de la presente exposición, habré de dedicar solo algunos párrafos a la consideración de la aplicación de los instrumentos del ADL en los textos sobre estudios de casos clínicos, sea una sesión, sea un largo tratamiento, o sobre estudios en el campo psicosocial.

Se suele cuestionar al psicoanálisis por el carácter asistemático de los estudios que da a conocer. Hemos desarrollado el ADL, precisamente, para responder a esta objeción, ya que el método permite realizar estudios clínicos o psicosociales de carácter sistemático, sin perder la posibilidad de captar con sutileza los matices y las complejidades de cada caso. Es posible además desarrollar estudios de casos (tanto clínicos como psicosociales) que se hallen a mitad de camino entre los “duros” y esos cuestionados por asistemáticos. En estos otros estudios pueden aprovecharse muchas de las formulaciones del método, en cuanto a la detección de deseos y defensas y su estado, en cuanto al análisis de las escenas relatadas y de las desplegadas, en cuanto a los tipos de intervenciones, etc., sin por ello realizar una exposición fatigosa como la de los estudios académicos sistemáticos.

Una alternativa de empleo de los conceptos y los instrumentos del ADL en estudios clínicos o psicosociales “blandos” consiste en exponer los argumentos derivados del método y sus conceptos para luego utilizar algunos segmentos de este en el análisis de las manifestaciones. Por supuesto, este tipo de estrategia exige que el autor disponga de bastante espacio como para desarrollar estos argumentos. Otra de las alternativas del empleo de los conceptos y los instrumentos del ADL en un estudio clínico o psicosocial consiste en no exponer explícitamente los argumentos inherentes al método, por lo general por falta de espacio suficiente para ello en el texto, y dejar todo ello como supuestos implícitos, subyacentes. Algunos de los trabajos recientes (Maldavsky, 2015b, 2015c) son ejemplos de este empleo del ADL en estudios con una aplicación del ADL de manera “blanda”. Como eran trabajos para un público presumiblemente poco conocedor del método y no contaba con espacio suficiente como para exponer el método y su aplicación, no incluí referencias explícitas a estos aspectos que quedaron como subyacentes.

Cabe destacar que estos estudios de caso con una aplicación “blanda” del ADL pueden centrarse en un enfoque detallado de una sesión o en un enfoque del tratamiento con una perspectiva más bien global, así como en un enfoque detallado de una nota periodística, un dibujo o un conjunto de movimientos o en un enfoque de conjunto. En el primero de los estudios, el enfoque puede ser micro-analítico, y en el segundo, en cambio, suele ser más útil un enfoque macro-analítico. El enfoque micro-analítico puede aprovechar de los instrumentos del ADL para estudiar tanto las escenas relatadas como las desplegadas en los actos de habla, la motricidad, los componentes paraverbales. En cambio, el enfoque macro-analítico vuelve recomendable apelar solo a los instrumentos del ADL para estudiar relatos o, en el terreno de las imágenes visuales, una perspectiva icónica y, en el terreno de la motricidad, una perspectiva del conjunto de los movimientos.

Explicitación o no del método. Como ejemplo de una utilización “blanda” del ADL que no quedó explicitada puedo mencionar el texto sobre crisis de angustia e ideaciones suicidas (Maldavsky, 2015b), en el cual he descrito un largo historial clínico de un paciente con una tendencia suicida subyacente. Básicamente he apelado en la descripción del caso a los instrumentos del análisis de los relatos, ya que se trata de un enfoque macro-analítico. Por ejemplo, consideré con estos instrumentos la evocación que el paciente hacía de su historia infantil y los suicidios de personajes significativos en su historia, su tendencia a

mantener un estado de perplejidad y las vivencias de miseria económica. Los instrumentos del ADL me facilitaron el estudio de los deseos y las defensas, pero sobre todo el enfoque del estado de las defensas, lo que me permitió construir inclusive una visión de conjunto del caso que tomaba en cuenta este criterio. El análisis de los relatos con el ADL también me permitió construir con claridad la relación que el paciente tenía con la mente de determinados interlocutores, que poseían una lógica enigmática, incomprensible, para descifrar la cual el sujeto dependiente no disponía de la clave. Los estados que el sujeto le atribuía a esa otra mente incomprensible son la apatía, las crisis de angustia y una euforia cognitiva banal y solitaria, desconectada del mundo concreto, y los que resultaban más intolerables eran la apatía y las crisis de angustia, ante las cuales el sujeto quedaba perplejo. En los estudios de casos, al presentar el análisis de un segmento de sesión el autor del trabajo puede tender a explicar la situación clínica apelando a los argumentos que aporta el ADL, sea referidos al deseo (por ejemplo, las dramatizaciones, las exageraciones, etc., expresiones de un deseo fálico-genital), sea referidos a la defensa (por ejemplo, el relato de una escena en que el paciente cuenta que reiteradamente tiende a decirle falsedades a su esposa suele ser una expresión de la desmentida), sea referidos a su estado (por ejemplo, el relato de una escena en que un paciente describe la rabia consigo mismo por haber descubierto tardíamente que había sido engañado por un amigo en el que había creído ingenuamente suele ser una expresión del fracaso de la defensa) en un momento determinado. Estas consideraciones aluden sobre todo al terreno de las escenas relatadas. También el autor puede apelar a estos conceptos para el enfoque de las escenas desplegadas en las sesiones, sea por el paciente, sea entre paciente y terapeuta. En este terreno, el autor podrá recurrir a los argumentos aportados para el análisis de los actos de habla para fortalecer su estudio de las manifestaciones del paciente, del terapeuta o de ambos (por ejemplo una tendencia de uno y otro a las dramatizaciones y el embellecimiento de los hechos, que se potencian recíprocamente en desmedro del enfoque clínico pertinente de un problema por parte del terapeuta). Similares sugerencias pueden orientar la aplicación de los instrumentos del ADL en el terreno psicosocial, por ejemplo el estudio de un texto periodístico, de una propaganda televisiva, de una arenga política. En muchas de estas ocasiones es conveniente apelar a diseños puntuales que dependen de los objetivos. Por ejemplo, es posible estudiar los cambios en los recursos plásticos para expresar la

luminosidad ambiental en los óleos de Turner o la desproporción entre grandeza de la naturaleza y la pequeñez de los personajes en la película *Madre e hijo*, de Sokurov. En el primero de los estudios puede apelarse provechosamente a las grillas para los estudios de los componentes plásticos en el terreno cromático que propone el ADL, mientras que en el segundo puede recurrirse a las grillas que el ADL propone para el estudio del componente icónico del signo visual. En cada caso el diseño conduce a armar una muestra definida por los objetivos del estudio, la cual puede estudiarse con el apoyo de algún sector de los instrumentos del ADL. Del mismo modo, puede estudiarse un texto periodístico (económico, político, religioso, deportivo, policiales, gremiales, etc.) tomando en cuenta que suelen aparecer diferentes personajes con acciones y orientaciones no necesariamente coincidentes, y que por lo tanto puede estudiarse un conjunto de trayectorias en conflicto, complementarias, paralelas, cada una de ellas orientada por determinados deseos y a menudo en relación con las trayectorias de otros de los personajes.

Aprovechamiento de un estudio sistemático. Además, un estudio no sistemático de carácter clínico o psicosocial puede aprovechar de los hallazgos de los estudios sistemáticos de casos, ya que sus conclusiones pueden ser orientadoras del nuevo trabajo. Por ejemplo, en el trabajo sobre crisis de angustia e ideaciones suicidas (Maldavsky, 2015b) aproveché de los hallazgos de un trabajo previo (Maldavsky, 2013a) sobre detonantes de los estallidos de violencia, realizado con una aplicación “dura” de los instrumentos del ADL en el nivel de los relatos. En dicho trabajo se analizó una muestra de los relatos de 30 sujetos para determinar las situaciones predisponentes y precipitantes de los estallidos de violencia contra sí mismos, contra objetos propios y contra terceras personas. De dicho estudio surgió que en cada sujeto las situaciones predisponentes incluían sentimientos de injusticia, vivencias de baja auto-estima y estados de apatía, y que en los episodios precipitantes prevalecía en el sujeto la captación de que había sido engañado en su credulidad o de que estaba expuesto a una persona que decía frases absurdas. Las situaciones predisponentes tenían un carácter duradero y los episodios precipitantes en cambio eran puntuales. Estos episodios precipitantes parecían ser los centrales para el pasaje a los estallidos de violencia. En dichos episodios los sujetos podían suponer que consumaban un acto justiciero, e inclusive que recuperaban su autoestima y salían de la apatía, pero el núcleo, es decir la dependencia de un personaje falso o absurdo, se mantenía.

En el estudio “blando” en que quedaron sin explicitar las aplicaciones del ADL en el nivel de los relatos he aprovechado además de los aportes de estas conclusiones derivadas de una investigación empírica realizada de manera “dura” con los instrumentos del método.

Estas mismas combinaciones entre aplicaciones “blandas” de los instrumentos del ADL y aprovechamiento de las investigaciones empíricas correspondientes pueden resultar útiles para orientar un estudio de un caso. Iguales sugerencias pueden aplicarse a aquellas situaciones en que un autor decide estudiar textos periodísticos y procura aprovechar de las múltiples perspectivas de un relato en que cada personaje describe una realidad a su manera, como en el film Rashomón.

Estrategias de estudio. A menudo ocurre que un estudio que aprovecha los recursos del ADL permita captar una gran complejidad de matices, lo cual conduce a que se presente el problema de cómo reunir esa diversidad en un conjunto coherente. En ocasiones este conjunto coherente puede consistir en la presentación de las diferentes “corrientes psíquicas”, como Freud (1940e) las denominaba, con una diferenciación entre la que hace de fachada y parece dominante, la cual a su vez puede ser reforzada por alguna otra, o estar en conflicto con otra, todo lo cual, además, se acompaña de otra corriente psíquica, más profunda y eficaz, de la cual el paciente pretende protegerse. Pero en otras ocasiones, por ejemplo al estudiar una realidad social, no es necesario ni conveniente recurrir a este concepto de las corrientes psíquicas, sino a otros, más ligados con los conflictos vinculares e inclusive con las diferentes versiones que los participantes tienen de los hechos y las acciones que derivan de ellos. Claro está, estas y otras muchas estrategias de análisis ya corresponden al modo en que se puede utilizar el ADL en forma “blanda” en los estudios clínicos y psicosociales.

Aprovechamiento del ADL para el refinamiento o el desarrollo de otros instrumentos de investigación. El ADL ha sido empleado también de manera “blanda” como base para el refinamiento o para el desarrollo de otros instrumentos de investigación, los cuales a su vez son empleados de manera “dura” en estudios sistemáticos. Entre ellos figuran los empleos del ADL para proponer nuevos modos de analizar algunos de los test proyectivos, como el CD, el TRO y el Rorschach. Además. El ADL ha sido empleado como fundamento del desarrollo de un método de análisis de los relatos, como el MEIR. En uno y otro caso, como ya he dicho, los instrumentos del ADL han sido empleados de manera “blanda”

aunque los métodos que contribuyeron a refinar o a desarrollar tienen a su vez un carácter “duro”.

Autores. Cabe destacar que hasta el presente he citado solo textos que me pertenecen, pero que existe un número considerable de autores y de trabajos que podrían ser ubicados entre aquellos que aprovechan del ADL en estudios no sistemáticos. Como ejemplo puedo mencionar a casi una veintena de ellos, de los cuales solo he de consignar un trabajo, para no volver excesiva la bibliografía: Alvarez (2003), Alvarez y Neves (2012), Bodni (2013), Caride (2011), Costa (2010), Gherardi (2015), Goldberg (2015), Kazez et al (2014), Losinno (2011), Malinowski, M. (2015), Perez Zambón (2012), Plut (2012), Quiroga et al (2014), Rembado (2010), Sánchez Antillón (2015), Sneiderman (2012), Stein-Sparvieri (2010), Truscello de Manson (2013), Wainer (2010).

Bibliografía

Alvarez, L. E. (2003). Algo le va a pasar a tu mamá y a tu hermanita. La estructura del secreto en abuso sexual infantil, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 4, 9-22.

Alvarez, L. H., Neves, N. (2012), Cuando dejaron de narrar la historia... Investigación clínica de la intersubjetividad en parejas con vínculos pervertizantes, *Actualidad Psicológica*, 352, 7-9.

Bodni, O. J. (2013), *La delegación del poder en el envejecimiento humano*, Psicolibro, Buenos Aires.

Caride, M. R. (2011), *Nuevo manual del Test de Relaciones Objetales de Phillipson*. Buenos Aires, Paidós.

Costa, G. P. et al (2010), *A clínica psicanalítica das psicopatologias contemporâneas*, Porto Alegre, Artmed.

Freud (1940e), La escisión del yo en el proceso defensivo, *AE*, XXIII.

Gherardi, C. A. (2015), Psicodiagnóstico de Roschach y las patologías del desvalimiento. Presentación de una escala para medir la corriente tóxica y/o traumática, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 19, 1, 109-130.

Goldberg, J. (2015), Alianza terapéutica, cambio clínico y transferencia narcisista, *Actualidad psicológica*, 442, 22-24.

- Kazez, R., Melloni, G. Maldavsky, D. (2014), Estudio del discurso de madres oyentes de hijos sordos. Detección de diferentes momentos luego de haber sido informadas acerca del diagnóstico, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 18,1, 157-175.
- Losinno, H. R. (2011), Algunas consideraciones acerca de la validez del Método de Estudio de la Intersubjetividad en el Relato (MEIR), *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15, 2, 27-52
- Maldavsky, D. (2009), Nuevos desarrollos en investigaciones de diagnóstico y cambio clínico en psicoterapia, *Itinerarios*, 4, 11, s.p.
- Maldavsky, D. (2013a), *ADL Algoritmo David Liberman, un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*, Buenos Aires, Paidós.
- Maldavsky, D. (2013b), Instrumentos para el estudio de los deseos y las defensas en los desempeños motrices, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60, 1, 9-24.
- Maldavsky, D. (2014a), Método de estudio de los deseos y las defensas en el componente icónico del signo visual (ADL-SV), *Linguagem e Ensino*, 17, 2, 151-169.
- Maldavsky, D. (2014b), Procesos psíquicos determinantes de las alteraciones corporales en afecciones psicosomáticas, adicciones y episodios de violencia, *Desvalimiento psicosocial*, 1, 1-28.
- Maldavsky, D. (2015a), Método de estudio de los deseos y las defensas en el componente plástico del signo visual (ADL-SV). *Subjetividad y procesos cognitivos*, 19, 1. 149-173.
- Maldavsky, D. (2015b), Crisis de angustia e ideaciones suicidas, *Actualidad Psicológica*, XL, 445, 1-7.
- Maldavsky, D. (2015c), Estudio de algunos factores contribuyentes al desarrollo de perturbaciones psicosomáticas, *Psicanálise. Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 17, 2, 29-47.
- Maldavsky, D. (2015d), Investigación empírica con el algoritmo David Liberman de la contratransferencia no declarada: método y aplicaciones, inédito.
- Maldavsky, D. et al. (2005), *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice*, Buenos Aires, UCES.
- Maldavsky, D. et al. (2006). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*. Buenos Aires, Editorial Lugar.

Maldavsky, D. et al. (2007), El caso Z (Donnet y Green) revisado: investigación sistemática de las erogeneidades y las defensas en el contexto intersubjetivo con el algoritmo David Liberman (ADL), *Clínica e investigación relacional*, 1, 1, 192-224.

Malinowski, M. (2015), Corrientes psíquicas en que se evidencian dificultades en la figurabilidad, *Desvalimiento psicosocial*, 2,1, s.p.

Perez Zambón, S., (2012) Del desvalimiento orgánico al desvalimiento psíquico, *Actualidad Psicológica*,. 410, 13 - 17.

Plut, S. (2012), *Psicoanálisis del discurso político*, Buenos Aires, Editorial Lugar.

Quiroga, S. E., Moreira, D., Grubisich, G. y Cryan, G. (2014), Análisis de los actos del habla y de las escenas conjeturadas en adolescentes de una población con vulnerabilidad psicosocial, *Memorias del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*, Buenos Aires, Facultad de Psicología (UBA).

Rembado, J. M. (2010), Las distintas expresiones del dolor desde la perspectiva de la heterogeneidad pulsional, *Actualidad Psicológica*, 383, 24-27.

Sánchez Antillón, A. (2015), Análisis y contraste de los ideales de tres fundadores y tres herederos de las Comunidades Eclesiales de Base, en Gómez-Gómez, E.N. (coord.), *Agentes y lazos sociales: la experiencia de volverse comunidad*, Guadalajara, Jalisco, ITESO, 101-149.

Sneiderman, S. (2012), *El Cuestionario Desiderativo. Aportes para una actualización de la interpretación*, Buenos Aires, Paidós.

Stein-Sparvieri, E. (2010), Counseling en Pymes familiares, *Actualidad Psicológica*, 382, 9-12.

Truscello de Manson, M. (2013), *Los duelos. Huellas en el carácter y registro corporal*, Buenos Aires, Biebel.

Wainer, A. (2010), Identificaciones en la clínica de las perturbaciones del carácter, *Actualidad Psicológica*, 384, 24-26.