



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)¹

David Maldavsky et al.²

Buenos Aires, Argentina

En este trabajo los autores se proponen investigar la entrevista de Z (estudiada inicialmente por Donnet y Green) desde la perspectiva freudiana de la intersubjetividad, es decir, desde la perspectiva de las erogeneidades y defensas de ambos integrantes del vínculo terapéutico. Para ello investigan el material clínico con el algoritmo David Liberman (ADL), un método de investigación sistemática de las erogeneidades y las defensas en las relaciones extra-transferenciales e intra-sesión. Tras describir el ADL, los autores presentan la muestra y estudian las relaciones extra-transferenciales de Z, las relaciones que el paciente establece intra-sesión y las intervenciones clínicas del terapeuta y su eficacia positiva o negativa. Los autores terminan poniendo en evidencia que el terapeuta sufrió un atrapamiento clínico, por el cual pasó a ocupar inadvertidamente la posición de un personaje en una escena traumatizante de Z.

Palabras clave: Investigación clínica sistemática, intersubjetividad, defensas, lenguaje.

In this paper the authors intend to research Z's interview (initially studied by Donnet and Green) from the Freudian perspective of intersubjectivity, in other words, from the perspective of erotogenicities and defenses of both members of the therapeutic link. For that purpose they investigate the clinical material with the David Liberman algorithm (DLA), a method of systematic research of the erotogenicities and the defenses in the extra-transference and intra-session relationships. After describing the DLA, the authors present the sample and study Z's extra-transference relationships, the relationships that the patient establishes in the session and the therapist's clinical interventions and its positive or negative efficacy. The authors end the paper inferring that the therapist suffered a clinical trap, therefore he inadvertently occupied the position of a character in one of Z's traumatic scene.

Key Words: Systematic clinical research, intersubjectivity, defenses, language.

English Title: Z case (Donnet & Green) revisited. Systematic Research of erogeneities and defences in the intersubjective context with the David Liberman's Algorithm (DLA).

Cita bibliográfica / Reference citation:

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. [http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen11Junio2007/CeIR_V1N1_2007_12D_Maldavsky/tabid/270/Default.aspx]



I. La intersubjetividad desde la perspectiva freudiana

Las contribuciones de W. y M Baranger (1961-62) al punto de vista de la intersubjetividad en psicoanálisis así como los más recientes trabajos sobre el mismo tema (entre ellos, Apprey, Stein, 1993; Aron, 1996; Benjamin, 2004; Botella, 2005; Britton, 2004; Dunn, 1995; Gabbard, 1997; Gerson, 2004; Green, 2005; Guillaumin, 2005; Hanly, 2004; Hirsch, 2002; Levine, Friedman, 2000; Mayer, 1996; Ogden, 1995, 2004; Reiser, 1999, Renik, 1998, Rousillon, 2004; Stolorow, Brandchaff, Atwood, 1983; Widlocher, 2004) tomaron mayormente en cuenta una perspectiva clínica de la investigación, y no una sistemática. Las contribuciones pioneras de D. Liberman (1962, 1970) fueron una excepción: el autor desarrolló un método incipiente para el análisis del discurso del paciente y del terapeuta durante la sesión, desde el punto de vista psicoanalítico. Otros trabajos (entre ellos, Ablon y Jones, 2004; Waldron, Scharf, Crouse, Firestein, Burton and Hurst 2004; Waldron, Scharf, Hurst, Firestein and Burton 2004) tienen un acercamiento sistemático interesante, pero no se basan en los conceptos teóricos freudianos básicos.

Comencemos por aclarar la “intersubjetividad” como concepto psicoanalítico. “Intersubjetivo” puede hacer referencia tanto a una perspectiva descriptiva (en ese caso es un equivalente a “interpersonal”) como a una red de conceptos más compleja conectada con la perspectiva de Freud. En la teoría freudiana, “subjetividad” significa procesos psíquicos (afectos, representaciones, defensas) para tramitar las pulsiones, especialmente las libidinales, y secundariamente las exigencias del mundo externo y del superyó. Entonces, la perspectiva intersubjetiva de la sesión psicoanalítica implica centrarse en la subjetividad de los pacientes y el terapeuta desde el punto de vista de los procesos internos dirigidos a tramitar las propias exigencias libidinales y las de los interlocutores.

Pasemos ahora a nuestras investigaciones desde esta perspectiva. Varios equipos de investigadores nos hemos reunido para estudiar detenidamente la primera sesión de 15 pacientes con sus respectivos terapeutas. Cada sesión fue analizada como caso único. Investigamos las erogeneidades y las defensas (y su estado) de cada paciente en sus relaciones extra-transferenciales y durante la sesión, así como las intervenciones de sus respectivos terapeutas, tomando en cuenta su mayor o menor pertinencia clínica. Buena parte de esta investigación ha sido reunida en un libro (Maldavsky, et al, 2006), que abarca a la primera sesión de 10 de los pacientes recién mencionados y sus terapeutas. Cuatro investigaciones posteriores (Maldavsky, Cantis, Duran, García Grigera, 2006, Maldavsky, Cantis, Duran, García Grigera, 2007, Maldavsky, D. et al, 2007, Maldavsky, D, 2007a) estudiaron otros tantos pacientes con sus terapeutas. A ello agregamos la presente investigación de otro caso, Z.

Damos al término “primera sesión” un sentido algo laxo. Si bien en su mayoría (11 casos) la sesión se integra en un proyecto de realizar un tratamiento con el mismo terapeuta, en otras tres ocasiones constituyen entrevistas de consulta institucional en las cuales el terapeuta indica al paciente que inicie una psicoterapia con otro profesional del mismo lugar. Otra entrevista, por fin, se da en el marco de la “visita de enfermos” en un hospital psiquiátrico.

En un capítulo del libro recién mencionado, que expone las conclusiones de las 10 primeras investigaciones clínicas, nos concentramos en varios puntos, entre los cuales destacan las diferencias entre tres niveles de análisis: 1) relaciones extra-transferenciales, 2) relaciones intra-sesión, 3) intersubjetividad. Advertimos, en efecto, que algunos pacientes

presentaron un sistema defensivo patógeno fracasado en sus relaciones extra-transferenciales (y por ello consultaban), pero durante la sesión intentaban reinstalar dichos mecanismos patógenos en una versión exitosa. Esta conclusión nos llevó a sostener que era conveniente establecer un doble *ranking* respecto de la gravedad de cada paciente: 1) por su estructura en el momento de la consulta y 2) por la tendencia a reinstalar en sesión defensas patógenas exitosas, lo cual incrementaba la resistencia. Un tercer *ranking* involucraba a ambos intervinientes en el vínculo terapéutico, y tomaba en cuenta a las contribuciones resistenciales del terapeuta, cuyas intervenciones clínicas no pertinentes lo dejaban expuesto al riesgo de ocupar el lugar de un personaje en una escena traumática del paciente. Es decir, en las escenas desarrolladas intra-sesión se repetían situaciones traumáticas o decepcionantes similares a las narradas por el paciente respecto de los vínculos extra-familiares. Y en esta repetición quedaba involucrado el terapeuta. Por ejemplo, el terapeuta escucha a un paciente somnoliento, que describe escenas en que sus familiares lo zamarrean y lo maltratan, y se descubre de pronto hablando con rudeza a dicho paciente.

Precisamente, en el marco del estudio de las intervenciones del terapeuta durante la primera sesión advertimos además que estas tenían una secuencia prototípica. La primera sesión empezaba: 1) con algunas intervenciones para establecer o mantener el contacto (saludos, frases de acompañamiento del discurso del paciente) y otras para recabar información acerca de sucesos actuales e históricos del paciente. Ambos tipos de intervenciones tenían un carácter introductorio. 2) Luego el terapeuta formulaba una o varias intervenciones (ya no introductorias sino centrales) destinadas a sintonizar con el paciente, en particular con su estado afectivo en relación con determinada escena que narra. 3) Por fin, cuando el terapeuta consideraba logrado este propósito (la sintonía con el paciente), pasaba a formular otras intervenciones centrales que contenían generalizaciones, nexos causales, inferencias, indicaciones, etc. No necesariamente esta secuencia es siempre la más pertinente desde el punto de vista clínico; más bien, parece tratarse de una secuencia canónica de pasos con diversas variaciones (por ejemplo, la insistencia en la búsqueda de la empatía puede abarcar varias intervenciones, solo una, etc.). El paso tercero, en el cual el terapeuta establece nexos, etc., solo puede desplegarse a continuación de las intervenciones que pretenden alcanzar la sintonía con el paciente, de donde surgen las orientaciones clínicas básicas. Puede advertirse que el segundo paso de las intervenciones clínicas, tendiente a sintonizar con el paciente, implica que el terapeuta haya elegido, entre todo el discurso del paciente, determinado fragmento que le parezca significativo para entender la situación presente (primera sesión), y que conjeture un estado afectivo acompañante de la escena escogida o que intente que el paciente esclarezca cuál es dicho estado.

Cabe agregar que, además de estas intervenciones prototípicas, existen otras, no prototípicas, que se presentan solo ocasionalmente, como la denuncia que hace el terapeuta de que el paciente escamotea información, la tentativa de completar alguna frase inconclusa del paciente, etc. Sin embargo, estas otras intervenciones no tienen un carácter prototípico, ni siquiera se hacen presentes en el mismo terapeuta con otros pacientes.

Entre los 15 casos cuya primera entrevista hemos investigado hasta el presente, una de ellas pertenece, como ya lo mencionamos, a Z, el paciente estudiado por Donnet y Green (1973). El estudio original de los autores es apenas posterior al libro de Liberman (1970), en que preconiza la utilidad de grabar las sesiones para realizar un estudio sistemático de base psicoanalítica. Liberman proponía además un método de análisis sistemático del material recogido también de manera sistemática, mientras que Donnet y Green, en cambio, realizaron un estudio más tradicional.

Es frecuente la práctica de revisión de textos clásicos de la literatura psicoanalítica, a los que las nuevas generaciones de autores pretenden examinar desde otras perspectivas, generalmente acordes con nuevas ideas que se han desarrollado en el interior mismo de la teoría y la clínica. Como nuestro interés es similar, es decir examinar en una investigación sistemática los estudios clásicos, nos vemos llevados a elegir aquellos trabajos en que existen transcripciones textuales de material clínico. Desde esta perspectiva, el texto de Donnet y Green resulta ideal, por lo cuidadoso de su transcripción y por el carácter pionero de su enfoque. No es nuestro deseo comparar nuestro análisis con el realizado por los autores (y que quizá ellos mismos reformularían, a la luz de los desarrollos que realizaron ulteriormente), sino presentar una nueva perspectiva, en la cual no solo la recolección del material se realiza de un modo sistemático sino también su análisis. Pese a ello, aprovechamos de las sutiles observaciones clínicas de los autores, sobre todo los comentarios referidos a las intervenciones del terapeuta.

En esta oportunidad nos interesa sobre todo investigar el material de esta primera entrevista tomando en cuenta los tres niveles de análisis antes mencionados: 1) relaciones extra-transferenciales, 2) relaciones intra-sesión, 3) intersubjetividad, lo cual implica el estudio del discurso del terapeuta y su relación con las manifestaciones del paciente.

Tras describir el método de análisis que emplearemos, el algoritmo David Liberman (ADL), presentaremos sintéticamente el material de la entrevista y luego analizaremos el discurso del paciente (considerando sus relaciones extra-transferenciales e intra-sesión) y el del terapeuta, para finalizar con un abordaje de un aspecto de la intersubjetividad, consistente en el atrapamiento clínico del terapeuta en la posición de un personaje en una escena traumatizante del paciente.

II. Método

II.1. Presentación general

El método empleado para realizar estas investigaciones es el algoritmo David Liberman (ADL), diseñado para detectar fijaciones pulsionales y defensas en el discurso. El ADL toma en cuenta dos niveles de análisis: 1) relato, 2) actos del habla (frases y componentes paraverbales). Tanto en el relato como en los actos del habla es posible detectar escenas. Las primeras son narradas, y las segundas se despliegan al hablar. El análisis de los relatos permite estudiar los conflictos extra-transferenciales del paciente. El estudio de los actos del habla permite investigar la relación transferencial. El inventario de las fijaciones pulsionales que el ADL detecta incluye³: libido intrasomática (LI); oral primaria (O1); sádico oral secundaria (O2); sádico anal primaria (A1); sádico anal secundaria (A2); fálico uretral (FU) y fálico genital (FG). Como se advierte, a las fijaciones pulsionales descritas por Freud, le agregamos la libido intrasomática, que el creador del psicoanálisis menciona al aludir a que, inmediatamente después del nacimiento, ciertos órganos (corazón, pulmones) reciben una extraordinaria investidura narcisista (Freud, 1926d).

En cuanto a las defensas, es posible diferenciar entre las centrales y las complementarias. Las centrales pueden ser: 1) sublimación/creatividad/acorde a fines, 2) represión, 3) desmentida, 4) desestimación de la realidad y de la instancia paterna, 5) desestimación del afecto. Estas defensas pueden ser exitosas, fracasar, o ambas cosas. Solo las últimas cuatro son defensas patógenas. La represión predomina en las neurosis de transferencia. La desmentida, en los rasgos patológicos de carácter, sobre todo los de tipo narcisista, la desestimación de la realidad y de la instancia paterna, en las psicosis, y la desestimación del afecto (Maldavsky, 1992, 1995; Mc. Dougall, 1989), en las patologías psicósomáticas y adictivas, en las traumatofilias y en las neurosis postraumáticas. Es

posible inferir una fijación pulsional por el análisis de las escenas relatadas o desplegadas en sesión como actos del habla. Es posible inferir la defensa investigando la posición del hablante en las escenas que narra o que despliega al hablar. El método permite investigar los conflictos del paciente en los terrenos tanto transferencial cuanto extra-transferencial (con padres, socios, hijos, etc.). Para el estudio de las relaciones extra-transferenciales es conveniente tomar en cuenta el relato del paciente. Para el estudio de la relación transferencial es conveniente tomar en cuenta los actos del habla.

Para el análisis de las erogeneidades, el ADL dispone de varios instrumentos. El estudio de los relatos y los actos del habla (componentes verbales y paraverbales) se realiza apelando a grillas específicas. El análisis de las defensas se realiza recurriendo a un conjunto de instrucciones que tienen una secuencia definida. Algunas instrucciones permiten investigar la defensa en el nivel del relato y otras permiten su estudio en el nivel de los actos del habla (Maldavsky, 2003b, Maldavsky et al. 2005)⁴

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

II.2. Instrumentos para la detección de las erogeneidades

Las erogeneidades pueden ser estudiadas en las relaciones extra-transferenciales o intrasesión. Para el estudio de las relaciones extra-transferenciales diseñamos una grilla de las escenas para cada erogeneidad. Cada fijación pulsional puede expresarse en cinco tipos de escenas: 1) un estado inicial, de equilibrio, 2) un momento en que este equilibrio se quiebra y surge el deseo, 3) una tentativa de consumir el deseo, 4) las consecuencias de este intento, 5) el estado final (Gráfico I). A menudo un paciente relata solo fragmentos de esta secuencia de cinco pasos, o la expone con un orden invertido (comenzando por el final, por ejemplo), y además suele combinar partes de escenas de varias erogeneidades, con el predominio de alguna de ellas. Los relatos concretos suelen consistir en transformaciones o en referencias solo a estados. Cuando son transformaciones, tienen desenlaces eufóricos o disfóricos. Cada secuencia de escenas tiene además personajes, atributos, configuraciones espaciales, valores, etc., de carácter específico.

Consideremos ahora el conjunto de instrumentos para detectar la erogeneidad no en las relaciones extra-transferenciales sino durante la sesión. Para ello disponemos de una grilla de análisis de los actos del habla (Gráfico II). Estos instrumentos están diseñados considerando que las manifestaciones del paciente en sesión son diferentes tipos de actos (verbalizaciones, sonidos, movimientos), los cuales suelen tener un valor erógeno múltiple. La aplicación de estos instrumentos da resultados multivariados de mayor complejidad, ya que no solo es necesario compaginar el estudio de los actos del habla sino combinarlos con los análisis de los sonidos y las prácticas motrices. Dada la complejidad de este tipo de análisis y la extraordinaria riqueza de resultados que aporta la aplicación de los diferentes instrumentos para el análisis de la relación transferencial, es conveniente utilizar este sector del método en investigaciones microanalíticas.

Gráfico I: Erogeneidades y secuencias narrativas

EROTISMO ESCENA	FALICO GENITAL	FALICO URETRAL	SÁDICO ANAL SECUNDARIO	SÁDICO ANAL PRIMARIO	SÁDICO ORAL SECUNDARIO	ORAL PRIMARIO	LIBIDO INTRASOMÁTICA
Estado inicial	Armonía estética	Rutina	Orden jerárquico	Equilibrio jurídico natural	Paraíso	Paz cognitiva	Equilibrio de tensiones
Primera transformación: despertar del deseo	Deseo de completud estética	Deseo ambicioso	Deseo de dominar a un objeto en el marco de un juramento público	Deseo justiciero	Tentación. Expiación	Deseo cognitivo abstracto	Deseo especulativo
Segunda transformación: tentativa de consumir el deseo	Recepción de un don-regalo	Encuentro con una marca paterna en el fondo del objeto	Discernimiento de que el objeto es fiel a sujetos corruptos	Venganza	Pecado Reparación	Acceso a una verdad	Ganancia de goce por la intrusión orgánica
Tercera transformación: consecuencias de la tentativa de consumir el deseo	Embarazo Desorganización estética	Desafío aventurero Desafío rutinario	Reconocimiento por su virtud Condena social y expulsión moral	Consagración y reconocimiento del liderazgo Impotencia motriz, encierro y humillación	Expulsión del Paraíso Perdón y reconocimiento amoroso	Reconocimiento de la genialidad Pérdida de lucidez para el goce cognitivo ajeno	Euforia orgánica Astenia
Estado final	Armonía compartida Sentimiento duradero de asquerosidad	Aventura Rutina pesimista	Paz moral Tormento moral	Evocación del pasado heroico Retorno a la paz natural Resentimiento duradero	Valle de lágrimas Recuperación del paraíso	Goce en la revelación Pérdida de la esencia	Equilibrio de tensiones sin pérdida de energía Tensión o astenia duradera

Gráfico II: Erogeneidades y actos del habla

LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
banalidades e inconsistencia	deducción abstracta	lamento: "yo hubiera podi-do ser... pero" "si yo hubiera tenido.. hubiera sido... pero"	injurias, blasfemias e imprecaciones	sentencias, máximas y proverbios	refranes y dichos populares	elogio: qué lindo
adulación	pensamiento metafísico y místico	queja y reproche	calumnia, detracción y difamación	rezos e invocaciones religiosas ritualizadas	presagios y premoniciones	felicitaciones
referencias a estados de cosas (peso, volumen, cantidad, grosor, deterioro)	negación que crea un contradictorio lógico ante la afirmación ajena	ruego e imploración	denuncias y acusaciones	citas de textos	dar o solicitar consejo	frase de agradecimiento
referencias a estados y procesos corporales	paradojas lógicas	pedido de perdón y de disculpa	delaciones	informaciones de hechos concretos	advertencia: "cuidado que.."	promesa
hiperrealismo	metalenguaje (hablar acerca del lenguaje) o equivalentes (hablar sobre filmes, libros, etc.)	compasión y autocompasión	confesiones refidas con la ley o la moral	descripción de situaciones concretas	preguntas y afirmaciones sobre localización espacial o temporal	invitación
cuentas	oraciones en clave	exigencia	provocaciones	alusiones a un saber consensual concreto	interrupciones del discurso ajeno y autointerrupciones	dedicatoria
catarsis	autointerrupciones por languidecimiento sonoro	reclamo de amor, reconocimiento y aprobación afectiva	tergiversación	imperativos condicionales: si... entonces no... porque	frases en suspenso	convocatoria al interlocutor
forzamiento en el discurso ajeno	ambigüedad y falta de definición	sumisión aplacatoria	órdenes abusivas, contrapuestas a una ley general	juramentos públicos e imposición de obligaciones	evasivas	manifestación de un deseo: "quiero hablar de esto"
autointerrupciones por languidecimiento sonoro	desorientación sintáctica	referencia a estados afectivos	amenaza	contrato	chismorreo	juramento privado: te juro
	hablar repentinamente de sí mismo en tercera persona	referencia a estados de cosas (climáticas, envejecimiento de los objetos)	interrupción intrusiva	órdenes e indicaciones acordados con la ley general	saludos y otras formas de establecimiento del contacto	ponerse en el lugar del otro
	referencias a supuestas perturbaciones en el estado corporal	referencia a estar realizando una acción	falta de respeto a las convenciones consensuales	pedido de permiso	acompañamiento del discurso ajeno (mhm, ajá)	dramatización
		autointerrupción (comerse las sílabas o las palabras) o interrupción del otro por impaciencia	maldición: "ojalá te mueras", etc.	juicios valorativos y críticos ligados a la moral, limpieza, cultura y orden	muletillas (estee, eeh) como indicio de que "el canal está ocupado" por el emisor	énfasis y exageraciones
		compadecimiento y pésame	ostentación de poder	frase de desdén: bah	ambigüedad y evitación	devaneo y fantaseo embellecedor o afeante
		manipulación afectiva	rendición o admisión de la derrota	justificaciones de afirmaciones, palabras y	atenuadores y minimizaciones: un poco	ejemplificación

				actos	asustado	
		exaltación del sacrificio	burla triunfalista	aclaraciones o sea... es decir...	acercamiento cauteloso	comparación entre cualidades: belleza, simpatía, etc
		expresión de fracaso o inutilidad	jactancia	clasificación	acercamiento excesivo	comparación metafórica
		comprensión empática		argumentos distributivos: cada ni... ni...	recuperación o mantenimiento de la orientación	pregunta: cómo
				confirmación (o rectificación) de la opinión ajena o pedido de confirmación (o rectificación) de la propia (consulta)	frases desorientadas	relación causal en que el factor determinante es una intensificación de una cualidad: "tan... que" "tal... que" "tanto... que"
				rectificación sintáctica	frases de confianza o desconfianza	redundancia sintáctica
				corregir las frases propias o ajenas		juegos de palabras
				ordenamiento: por un lado, por otro lado; por una parte, por otra parte; en primer lugar, en segundo lugar, en tercer lugar		ecuación entre cantidades de cualidades: cuanto más... tanto menos..
				control del recuerdo, el pensamiento o la atención propio o ajeno: se acuerda, me entiendo, esto lo recuerdo		completamiento de las frases propias o ajenas
				conjetura o inferencia concreta		frases de extrañeza (qué extraño) o incredulidad (no puedo creerlo)
				generalizaciones concretas		
				síntesis		
				introducción/ cierre de un tema		
				dudas		
				presentación de alternativas: o... o... sea... sea... bien sea... bien sea...		
				comparación entre rasgos objetivos o jerárquicos		
				descripción de la posición en el marco de un orden		

				o jerarquía social		
				enlace causal: "x porque y", "si... entonces...", etc. (o su cuestionamiento: qué tiene que ver, no hay relación entre a y b)		
				pregunta: por qué		
				objecciones, frases adversativas y negaciones que contrarían afirmaciones, exageraciones (no tanto, no poco), órdenes y cualificaciones		
				puntualizaciones o señalamientos		
				abreviaturas		
				qué es esto? qué pasa?		

II. 3. Instrumentos para la detección de la defensa

Existen múltiples instrumentos para la detección de las defensas (Bond, 1986; Hentschel, et al., 2004; Clarkin et al., 1995; Perry, 1990, 1993, 2000; OPD Task Force, 2001). Estos se caracterizan por presentar un inventario y una definición de cada defensa. Los mecanismos se organizan en clusters, ordenados o bien desde la perspectiva de la mayor o menor madurez yoica o bien desde la perspectiva de las estructuras clínicas. Los instrumentos, además, suelen dar resultados estadísticos que indican el porcentaje de incidencia de cada defensa en la manifestación.

Las principales diferencias entre el ADL y estos otros métodos de investigación de la defensa en las manifestaciones clínicas son: 1) que el ADL relaciona a la defensa con la fijación pulsional, 2) que incluye en su inventario mecanismos que son propios sea de las psicosis, sea de las afecciones psicósomáticas o adicciones, que en los otros instrumentos no son considerados 3) que en cada grupo de defensas se distinguen entre la central y las complementarias, y 4) que se considera también el estado de la defensa (exitoso, fracasado, ambos), 5) que la plasmación de los resultados se presenta como descripción de las relaciones entre defensas correspondientes a diferentes corrientes psíquicas, en que alguna tiene la prevalencia y otras se hallan subordinadas, en conflicto, etc.

Respecto de las defensas, proponemos un inventario de las dominantes, esas que permiten distinguir entre las grandes estructuras: 1) neurosis, 2) patologías narcisistas del carácter, 3) psicosis, 4) afecciones psicósomáticas, adicciones (Gráfico III). Además, consideramos un complejo grupo de defensas que conforman los rasgos patológicos de carácter en las neurosis, entre las cuales seleccionamos solo tres, y también prestamos atención a un grupo de mecanismos no patógenos (sublimación, creatividad, acorde a fines)

Gráfico III : Defensas y estructuras clínicas

Represión	Neurosis de transferencia
Represión + dementida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Patologías neuróticas del carácter
Dementida	Patologías narcisistas del carácter
Desestimación de la realidad y la instancia paterna	Psicosis
Desestimación del afecto	Psicósomática, adicciones

Asimismo, nos preguntamos por el estado de la defensa, que puede ser 1) exitoso (cuando se logra rechazar algo: un deseo, un fragmento de la realidad, etc., y simultáneamente se mantiene

un equilibrio narcisista), 2) fracasado (cuando retorna lo rechazado y aparece un sentimiento de inferioridad: vergüenza, desesperanza, etc.), 3) mixto (cuando el rechazo de algo se mantiene, pero no el equilibrio narcisista).

Existen además numerosas defensas complementarias: identificación, proyección, anulación, etc. La principal diferencia entre las defensas centrales antes mencionadas consiste en que, mientras que algunas se oponen al deseo, otras se oponen a la realidad y a la instancia paterna. Las defensas frente a la realidad y la instancia paterna pueden ser 1) desmentida, 2) desestimación, 3) creatividad/sublimación. Las defensas frente a los deseos pueden ser: 1) represión; 2) creatividad/sublimación. Como se advierte, creatividad y sublimación pueden oponerse o bien al deseo (como en el chiste) o bien a la realidad (como en el humor).

Una vez expuesto el inventario, es conveniente presentar los instrumentos para detectar las defensas y su estado en ambos tipos de escenas: las narradas (nivel del relato) y las desplegadas durante la sesión (nivel de los actos del habla, los componentes paraverbales, los movimientos). Tales instrumentos para el análisis de las defensas consisten en una secuencia de pasos.

El primer paso es decidir si la defensa principal se opone al deseo o a la realidad y la instancia paterna. Para ello, recomendamos tomar en cuenta cuál es el lenguaje principal detectado en el análisis de la narración o de los actos del habla. Si prevalece A2, FU o FG, la defensa se opone a los deseos; si predomina LI, O1, O2 o A1, la defensa se opone a la realidad y la instancia paterna. El segundo paso consiste en decidir si la defensa es creatividad/sublimación, etc., o una defensa de otro tipo (represión/desmentida/desestimación). Comencemos por considerar el problema de la operacionalización. La capacidad para armonizar las exigencias de los deseos, la realidad y el superyó corresponde a la creatividad, la sublimación y otras defensas afines. En el nivel del discurso, las exigencias de la realidad y del superyó se expresan como restricciones contextuales. Además, los actos del narrador en cada contexto son guiados por sus deseos. Este aspecto es tan decisivo como el respeto de las reglas contextuales implícitas o explícitas, etc. Las acciones acordes a las exigencias contextuales pero que no respetan los deseos (de amor, justicia, armonía estética, etc.) son soluciones fallidas, como lo son su opuesto, consistente en una acción guiada por deseos contra las reglas contextuales. En consecuencia, si la posición del hablante en las escenas narradas o desplegadas al hablar armoniza con el deseo y el contexto, concluimos que la defensa es creatividad, sublimación u otras afines. Si el deseo o el contexto quedan desconsiderados, entonces inferimos represión, desmentida o desestimación. La escena de sacrificio (O2) tiene un significado en el marco del esfuerzo institucional cooperativo, y otro en el marco de una tendencia permanentemente insatisfactoria de buscar reconocimiento al proveer soporte económico y un espacio en el propio hogar a un tío político inútil y desagradecido.

En el nivel de la narración el contexto es inferido por las descripciones del hablante. Este puede referirse a una escena familiar, su relación con su jefe, con un amigo, con la policía, con un cura, con estudiantes, con sus enemigos, etc. Cada contexto tiene sus objetivos y sus reglas, usualmente implícitas, que determinan funciones, relaciones jerárquicas y prácticas concretas.

En el nivel de los actos, el contexto es generado por los hablantes. Sus intercambios construyen un contrato con objetivos específicos, un espacio y un tiempo definidos, y posiciones y funciones para los interlocutores. De las dos estrategias para el análisis de los actos del habla, la sintagmática y la paradigmática, solo la primera nos permite inferir si hay o no armonía entre el discurso y el contexto. Usualmente, el alegato legal, las insistentes referencias al estado de las finanzas y extensas argumentaciones metafísicas no son parte del contrato terapéutico y sus correspondientes reglas, con las posiciones y funciones respectivas de los interlocutores. El tercer paso consiste en la decisión acerca del estado de la defensa patógena (represión, desmentida, desestimación). Dicho estado puede ser: 1) exitoso, 2) fracasado, 3) ambos. El resultado eufórico de una escena (narrada o desplegada en el nivel de los actos del habla) permite detectar un estado exitoso de la defensa. En cambio, el fracaso puede ser detectado en el resultado disfórico de una escena (narrada o desplegada). La prevalencia insistente de las referencias a los estados por sobre las acciones (en los relatos y/o los actos del habla) permite inferir una situación mixta (exitosa y fracasada) de la defensa.

III. Muestra

Z (23 años) está internado en un hospital psiquiátrico, tiene anteojos oscuros, rasgos faciales finos y regulares, cabellos largos que caen sobre la espalda (poco habituales en el momento de la entrevista), gestos contenidos, con una postura impasible, hierática. Su discurso parece a punto de extinguirse definitivamente, inclusive mientras desarrolla secuencias coherentes. Tiene además un balbuceo intermitente.

1. El entrevistador (que está acompañado por algunos observadores) pide a Z que intente hablar lo más directa y libremente posible para que “nosotros veamos un poco cuál es la mejor forma” de ayudarlo. Z empieza diciendo que “entonces mire ya previamente al comienzo hubo un problema familiar”, él no era “del mismo padre”. “Mi madre se acostó con su yerno y yo soy el hijo de eso.” La situación fue ocultada, el esposo de su madre lo reconoció, pero igualmente hubo dos divorcios: el de la hija de su marido (padre “de sangre” del paciente) y el de su madre de su esposo (padre “de nombre”). Z fue criado “con” su madre, con sus medio hermanos. “Evidentemente yo sufrí de ellos una influencia que yo creo que me fue nefasta, porque me hicieron hacer cosas. Entonces yo fui yo fui criado a su imagen”. Luego su madre se puso en pareja con otro hombre, con el cual hubo disputas. Cuando era adolescente, “se tuvo otro problema de alojamiento, se nos puso en la puerta”. Z estuvo “seis meses acostado casi por el piso”. Pasaron a vivir precariamente en una casa para menesterosos. El era músico en ese momento, tenía deberes en su oficio. A los dieciocho años comenzó “a hacer una depresión” (angustia, vértigo), que se mantiene hasta el presente. Como el paciente hace un extenso silencio el terapeuta dice: “¿Sí?”. El paciente prosigue: pese a todo continuó trabajando, tenía fuerzas para seguir. Tuvo un accidente en la vía pública, que le produjo un *shock*. Después fue a trabajar con un jefe de orquesta muy amable, “y yo sentí un cli un clima diferente en su casa, esstee^v. Su mujer y él me tenían afecto”. Eso le dio empuje, “un poquito, eso me dio el coraje de de trabajar”. Tras colaborar dos meses con el jefe de orquesta, retornó a su casa. Volvió a irse, buscando (infructuosamente) trabajo, y retornó otra vez a ella. “Como yo siempre escuché hablar vagamente de esta historia del padre que había habido, yo pregunté su dirección a mi madre y mi madre me confesó todo, esstee”. Entonces “yo me dije, eh... yo era infeliz hasta entonces, yo quiero al menos... yo quise intentar conocer a mi padre”. Buscó a su padre, lo encontró y vivió durante tres meses con él. “Allí pasó una cosa bastante formidable. Es que yo me recuperé a mí mismo, eso andaba muy bien, esstee. El no pudo tenerme, no pudo ayudarme”: Z necesitaba “recuperar más” (argumenta: “me faltaba un apoyo moral, sobre todo, y yo lo había encontrado”), y sin embargo eso no pudo durar, ya que su padre tenía esposa y tres hijos, y “yo fui obligado a partir otra vez. Entonces desde que yo volví a partir de la casa de mi padre yo caí completamente en cero, yo no tenía moral”. Fue “obligado a volver a casa de mi madre”, ya que no tenía trabajo y no podía quedar en la calle. Allí todo fue de mal en peor. Ante otro largo silencio del paciente el entrevistador dice: “¿Sí?”. El paciente responde que eso es casi todo. “El contacto con mi madre y mis medi... medio hermanos y hermanas ahora me es completamente intolerable.”

2. “¿Es decir?”, pregunta el terapeuta. Z aclara que sus medio hermanos y hermanas tuvieron una influencia sobre él. El sabe que si hubiera sido criado con su padre él no pensaría las mismas cosas y no hubiera hecho las mismas cosas; era un medio completamente diferente. El terapeuta le pide que explique esto un poco más. Z dice que sus medio hermanos y hermana, lo criaron “contra la religión”, “yo fui siempre la sombra de ellos, esstee”. El hacía lo que ellos querían. Ante un nuevo silencio prolongado el terapeuta le pregunta si aludía a un medio muy diferente del medio del padre. Z responde que el medio de su padre es muy difícil de explicar, es por ejemplo el contacto afectivo de una persona con otra. El contacto con su madre desde el punto de vista del afecto lo daña. “Sí”, dice el

terapeuta. El paciente agrega que la influencia sobre él lo daña. El contacto hecho de afecto con su padre le iba muy bien. “Sí”, responde el terapeuta. El paciente agrega que no sabe cómo explicarlo, cree que es algo natural. El terapeuta pregunta: “¿Natural?”. El paciente agrega que son cosas que no se explican. El hecho de estar en contacto con su padre, de vivir con él luego de lo que venía de pasar lo reconfortó, se sentía muy bien. Agrega que veía la situación claramente. Ante el pedido de aclaración del terapeuta, el paciente dice que vio simplemente que su padre se acostó con su madre y luego él fue “criado en una familia que no era, que nunca hubiera debido ser desde el comienzo, esstee”. Este es un disgusto en sus veintitrés años de vida pasada. El terapeuta le pregunta qué le ha contado su padre sobre este punto. Z responde que el padre no le ha hablado de ello porque no hubo ocasión de estar solos, había además una familia. El padre le ha dicho la verdad: “mi madre era infeliz con su marido y él por su lado estaba parecido con su mujer”. Ocurrió eso. Luego de un tiempo, “él fue obligado a irse”, su madre se divorció y se fue con tres hijos de su marido legítimo y luego se puso en pareja con otro hombre. El terapeuta le pregunta si tiene recuerdos de esta separación. Z responde que no, porque fue anterior a su nacimiento. El terapeuta repite las palabras de Z y este las reitera: los dos divorcios ocurrieron antes de su nacimiento. El terapeuta le dice: “Aunque el padre que usted conoció no era su verdadero padre”. Z responde que era el padre de nombre. El terapeuta agrega que este padre no era ya el marido de su madre, puesto que él creyó comprender que Z dijo que su madre se había divorciado. Z aclara que su madre estaba casada con el señor Z (“Sí”, dice el terapeuta), y tenían varios niños. La hija mayor se casó con un hombre joven, vivían con los Z, no se entendían y la señora Z se acostó con su yerno, y de allí nació el entrevistado. El terapeuta, que había acompañado con varios “Sí” el relato del paciente, agrega pedidos de aclaración y el entrevistado dice que el señor Z se separó de su mujer y antes al menos lo reconoció. El terapeuta le pregunta quién fue su padre cuando nació, y Z responde que su padre de sangre había partido y el marido legítimo de su madre lo reconoció. El terapeuta agrega que creyó comprender que también él había partido, y Z asiente. “¿Y?”, pregunta el entrevistador, y Z agrega que fue criado con otro hombre. El terapeuta pregunta si él lo tomó por padre, y Z aclara que era su padrino. El terapeuta le pregunta si el padrino estuvo desde el comienzo y, ante la respuesta afirmativa de Z, le pregunta: “En suma, ¿usted nunca tuvo padre?”, y el paciente asiente.

3. El terapeuta le solicita a Z que hable un poco de su padre. Z responde que por ejemplo la forma de vivir de su verdadero padre “era todo lo contrario de la de mi madre”: a él le gustaba la vida, salir, y además había entre ambos progenitores una diferencia de veinte años. El no sabe cómo explicarlo, y, ante el “Intente” del entrevistador, agrega que era el estado de espíritu. Si su padre se hubiera quedado con su madre, no hubieran podido ir juntos, tan diferentes eran. Incluso actualmente estas dos familias “son completamente opuestas desde el punto de vista de las ideas, desde el punto de vista, desde todos los puntos de vista”. Y él fue forzado a vivir la vida como ellos. El terapeuta le pregunta cómo se imagina que hubiera... y el paciente completa “con mi padre”. “Sí”, confirma el terapeuta, y el paciente dice que es muy duro, porque hubiera sido completamente diferente. Ante el pedido de aclaración del terapeuta, agrega que siempre le faltó un apoyo; por ejemplo cuando era joven e iba a hacer un *tour*, él pensaba que tenía una vida completamente falsa, él tenía cortado el camino y se dijo que eso no era posible, y esto nunca cambió desde su nacimiento hasta los dieciocho años.

4. El terapeuta le pregunta si tiene recuerdos de ese período y el paciente responde que su padrino estaba muy borracho, y no era bueno con los hermanos y hermanas... “¿Sí?”; dice el terapeuta. El tiene un recuerdo vago, pero sabe lo que pasó desde el punto de vista de la emoción. El terapeuta le pregunta si recuerda lo que pasó desde el punto de vista de la emoción. El paciente responde: “yo estaba siempre tendido. Yo tenía miedo, yo me replegaba sobre mí mismo, esstee, esstee, yo cuando había disputas”. Luego se refiere a que

comprendió lo esencial: “que era el mal lado de la vida, esstee”. Agrega que si su interlocutor quería los detalles él podría hablar de eso, “pero allí allí yo no tengo, yo no tengo un recuerdo exacto”.

5. El terapeuta le dice que cree que Z no desea pensar en nada que sea de la vida de su madre. El paciente acepta: la vida pasada le es completamente insoportable. El terapeuta pregunta si a Z eso le hace difícil imaginar cómo hubiera sido con su padre. Z responde que cuando conoció a su padre y los medio hermanos y hermanas del costado de su padre de sangre... Cuando él era niño le hubiera gustado ir al mar, le gustaba la naturaleza. El estaba replegado sobre sí mismo, y hubiera preferido disfrutar directamente de la naturaleza, y estaba encerrado en una familia, mientras que su padre amaba la naturaleza, salir, eso hubiera sido diferente. En suma, dice el terapeuta, usted se siente en completa afinidad con su padre. El paciente acepta esta observación; agrega que ser criado “con” su madre “me ha deformado mi carácter. Es eso, que me ha deformado todo, esstee, yo pienso evidentemente yo no puedo, yo no puedo, yo no sé exactamente, yo no puedo decirle, yo estoy seguro, esstee, yo estoy seguro de eso”.

6. El terapeuta le pregunta si ha interrogado a la madre...y Z completa: “Acerca de mi padre”, a lo cual el terapeuta responde “Sí”, y aclara “en torno de su filiación”, y le pregunta si él se vio llevado a plantear la pregunta a su madre porque había algo de incierto o dudoso para él. Z responde afirmativamente y, ante nuevas preguntas del terapeuta, agrega que así lo percibió siempre; cuando él tenía catorce, doce, trece, cuando era niño, él prefería estar en otra casa y no en la propia. El terapeuta concluye que sentía que su casa no era su casa, y que estaba mejor en casa de otros, que él no estaba (“En mi lugar”, completa el paciente) en su lugar y que sus hermanos y hermanas no era tales. El paciente responde que sentía que eso no andaba, él se decía que debía partir, no quedar más, él no había tomado conciencia de esta historia familiar y se preguntaba por qué... “Usted no sabía a qué atribuirla”, y el paciente corrobora su afirmación.

7. El terapeuta le pregunta cuándo sintió por primera vez que las cosas podían ser así. El paciente responde que cuando encontró al jefe de orquesta, y este lo “reconfortó moralmente”. “Entonces entonces yo allí, yo me dije: ‘pero de hecho por qué, por qué pues, ¿es que a ti no te gusta, a ti no te gusta tu casa desde el punto de vista moral? Eso no va, ¿es que no hay otra cosa que podría irte?’, esstee, y es allí que yo que yo tomé conciencia, yo dije: ‘sí, yo tengo un padre. Entonces, yo quiero conocerlo, yo quiero ver lo que hay del otro costado’”. Ante nuevas preguntas del terapeuta, Z aclara que él supo desde antes que era de otro padre, pero tenía una idea vaga, no tomaba conciencia, no le prestaba atención. “Las cosas no habían sido dichas con claridad”, agrega el terapeuta, y el paciente asiente. El tenía una intuición. Había algo que le impedía ser libre de decir lo que quería decir. Sus hermanos y hermanas solo lo aceptaban si él hablaba como ellos. Ante las preguntas del terapeuta agrega que ellos tenían una opinión, y si él estaba de su lado todo iba bien, y si él no decía lo mismo, la cosa no andaba. Ante el pedido del terapeuta para que dé un ejemplo, Z se refiere a las votaciones. “Yo, que había estado siempre replegado sobre mí mismo, y yo estaba completamente perdido en en todo esto. Son ellos quienes me, quienes me forzaron a votar, a votar como ellos, esstee”. Había votado por el partido comunista, elección que respondía a los ideales de sus hermanos, y cuando el entrevistador le pregunta por quién hubiera preferido hacerlo, Z responde ambiguamente, ya que no sabe de política. El terapeuta pregunta en qué estaba pensando entonces, y Z responde que trata de encontrar cosas que puede decir al terapeuta. “¿Sí?”, dice este, y Z alude a algo que no comprende, “que se me escapa completamente”: “la influencia nefasta que tuvo mi madre sobre mí”. No lo puede explicar.

8. El terapeuta le pregunta cómo siente esta influencia y el paciente dice que por ejemplo si él está solo se siente liberado de muchas cosas, ve las cosas con lucidez, y si vuelve junto a su madre un peso se abate sobre él, se le paraliza la “libertad de pensar”. Ante

el pedido de explicación por el terapeuta, Z agrega: cuando él retorna a su casa, queda cargado de complejos. Ahora ve claramente qué representa para sus medio hermanos y hermanas. Ante la pregunta del terapeuta aclara: “yo represento, yo represento un poco el negocio, el mal negocio de la familia, esstee”. El terapeuta comenta que en suma Z tiene la impresión de que, como representa el mal negocio de la familia, es una especie de mala conciencia de la familia, que tiende a rechazarlo y darle la espalda. “No es eso exactamente” responde el paciente. Aclara que por como fue criado ellos siempre le dictaron qué hacer y él se dejaba hacer porque no tenía de dónde agarrarse como ayuda. Si él decía algo que no les gustaba, no lo miraban con malos ojos sino que lo influyeron a ultranza. El terapeuta comenta: “Finalmente, no lograron influirlo, ya que...”, y el paciente lo interrumpe: él cree que sí lo influyeron, salvo que ahora no puede volver, no puede vivir con su madre luego de lo que pasó. Ahora por un lado él tiene las ideas confusas y está un poco perdido y por otro lado él querría que se lo ayude a salir de allí y luego, si viera más claro, no retornaría jamás a lo de su madre, intentaría buscar trabajo, y no quiere escuchar más hablar de esta historia. El terapeuta dice: “¿ya que usted no se les parece, ya que siente las cosas como su padre y no totalmente como su madre y sus hermanos y hermanas, quienes no lograron influirlo?”. El paciente responde: “no por completo”. El terapeuta pregunta cómo siente Z esta influencia. El paciente alude por ejemplo a un encadenamiento de cosas desde la infancia, y a los quince-dieciséis años estaba perdido en todo este marasmo.

9. Ante las preguntas del terapeuta referidas a los quince-dieciséis años, Z relata que en su adolescencia faltaba al colegio, que su madre nunca lo alentó a concurrir, y que llegaba muy tarde por la noche. Su madre lo “endureció en el vicio”. Ante las preguntas del entrevistador, Z aclara que hacía música para liberarse del ambiente familiar, tratando de evadirse. El terapeuta le pregunta si se lo reprocha a sí mismo. El paciente dice que sí, porque eso no resultó, y se reprocha no haber tenido más temprano conciencia de sí mismo y conducirse como para liberarse de esta influencia y de los diferendos con sus hermanos y hermanas. Eso hubiera sido mejor, pero él se dejó estar. Ante los pedidos de aclaración del terapeuta agrega que su madre lo endureció en el vicio porque ella no le impidió dejar la escuela. Ante nuevas preguntas del terapeuta sobre su padrino, aclara que él no tenía educación ni inteligencia. Ante la pregunta del entrevistador, Z aclara que se dedicó a tocar el acordeón, para evadirse, y que ganó un campeonato nacional. Todavía no había hecho la depresión: “yo tenía algo de amargo en mí, yo tenía una piedra sobre el corazón”. Pero tenía fuerza para continuar, participó en funciones, tenía amigos, no la pasó mal, y luego fue puesto a la puerta de donde estaba, fue obligado a ir a dormir a otra casa, donde había una habitación (ante las preguntas del terapeuta aclara que allí vivía con el padrino y su madre, puesto que sus hermanos ya estaban casados), y él terminó acostado en el piso durante siete meses. Entonces debió dejar de hacer música. “Esto me hizo un agujero.” El terapeuta le pregunta si esa fue su depresión y el paciente asiente. Agrega que había grabado un disco y tenía un contrato de trabajo, pero con su depresión, “yo que era con mi instrumento, yo era virtuoso, yo no podía ubi... ubicar una nota”, temblaba. Ante la pregunta del terapeuta aclara que había aprendido a tocar el acordeón con sus compañeros, pero “yo tenía más paciencia que los otros”. El terapeuta le pregunta si nadie hacía música en su familia, y el paciente responde que no. El terapeuta le pregunta si en la familia del padre tampoco. El paciente responde que su padre tocaba el tambor en la orquesta cuando era pequeño. El terapeuta le pregunta si Z tenía alguna relación con la ex mujer de su padre y el paciente dice que no.

10. El terapeuta pregunta si había otra cosa que le interesara, y el paciente dice que no. El terapeuta le pregunta cómo andaban los estudios y el paciente responde que faltaba al colegio. El terapeuta le pregunta por qué faltaba, y Z responde que, como todos los jóvenes, no quería ir al colegio. El terapeuta le pregunta qué hacía cuando no iba al colegio. Z responde que cuando faltaba a la escuela, además de tocar música, él pintaba. El estaba con su madre, mientras todos los demás iban a trabajar. La madre apoyaba su carrera musical, y

lo mismo ocurrió luego con su padre, pero él ya no quería seguir con esa actividad. Él se molestaba un poco por su insistencia en que continuara haciendo música porque él quería dejar, sentía que no tenía resistencia nerviosa para pasar las noches. Ante las preguntas del terapeuta agrega que él hubiera querido trabajar, aunque no tenía una idea precisa. Agrega que le hubiera gustado continuar estudiando y, ante las preguntas del terapeuta, se refiere a que le gustaría ser diseñador industrial. En respuesta a otra pregunta del entrevistador aclara que su padre es agente comercial. El terapeuta le pregunta: “¿en suma, usted no quiere oír hablar de música como no quiere oír hablar de su madre?”, y el paciente corrobora esta idea.

11. El terapeuta le pregunta entonces si no le llamaba la atención que no hubieran abordado un punto, el de las mujeres. A instancias del entrevistador, Z cuenta que había estado de novio cuando contaba diecisiete-diecinueve años, y que eso le dio confianza y lo reconfortó. Agrega que, como todos los jóvenes, él flirteaba con la novia, pero que él era demasiado joven para encarar lo que fuera después, y no se entendía con su pareja. En los fines de semana él trabajaba como músico y además ella no quería salir. Aclara luego que iba a bailar a la noche con sus amigos, y ante preguntas del terapeuta acerca de si era emprendedor con las chicas, responde que medianamente, y que dependía de que sus amigos lo fueran a buscar; entonces iba a pasar con ellos la velada. El terapeuta le pregunta si prefería estar con sus amigos o con una chica y Z responde que prefería a una chica. Eso ocurría en algunas ocasiones.

12. El terapeuta le pregunta si le gustan otras cosas y Z afirma que le gustan las artes, el teatro, pero no puede mencionar ninguna obra en particular. Finalmente alude a *Rocco y sus hermanos*, que vio poco antes por televisión. El filme “tenía algo de profundo”.

13. El terapeuta le pregunta si cuando era joven tenía fantasías o ensueños, Z responde que no. Aclara que se hacía una mala idea de la vida. El terapeuta le comenta: “Es decir que finalmente cuando se deja estar es que vuelve algo de su madre”. El paciente acepta el comentario.

14. El terapeuta le pregunta cómo ve el futuro. Z dice: “actualmente yo estoy discapacitado desde el punto de vista moral, desde todos los puntos de vista”. Agrega que “es necesario evidentemente que encuentre una chica que me guste”. Entonces “podría ver el porvenir desde este punto de vista”. Cuando el terapeuta le pregunta cómo imagina a esa chica dice que no tiene idea. Finalmente, el entrevistador le pregunta cómo era el jefe de orquesta y cómo era esa gente, ese momento. Z responde: “Esa gente estaba bien”, con lo cual concluye la entrevista.

IV. Análisis

IV.1. Análisis del discurso del paciente

IV. 1.1 Análisis de las erogeneidades y las defensas en los relatos (relaciones extra-transferenciales)

Esquematización de las secuencias narrativas de Z

- I. 1. Sus padres (yerno y suegra respectivamente) tuvieron encuentros sexuales extramatrimoniales (eran infelices en sus respectivos matrimonios) y concibieron a Z,
 2. ambos progenitores se divorciaron antes de que Z naciera,
 3. el paciente vivió con la familia materna, ignorando su origen.

- II.1. El ex marido de la madre le dio el apellido y el padre carnal del paciente fue obligado a irse,
 2. Z se crió con medio hermanos mucho mayores,
 3. siempre sintió que la casa materna no era la propia.

- III.1. En la niñez y la adolescencia prefería estar en casa de amigos y no en la propia,
 2. la casa materna no era su lugar, se sentía encerrado.

- IV.1. Su madre y sus medio hermanos tuvieron una influencia nefasta, le hacían hacer cosas y le imponían una forma de pensar,
 2. estaba amargado, con una piedra en el corazón.

- V.1. En la adolescencia, él no quería ir a la escuela y faltaba,
 2. la madre no le insistió para que estudiase,
 3. lo endureció en el vicio.

- VI.1. Para evadirse empezó a tocar el acordeón,
 2. ganó un concurso nacional,
 3. firmó un contrato de grabación y trabajó como músico.

- VII.1. Cuando no iba al colegio y los demás salían a trabajar, se quedaba en la casa con la madre,
 2. entonces tocaba el acordeón

- VIII.1. Cuando iba a hacer un tour, le faltaba apoyo,
 2. tenía cortado el camino, pensaba que su vida era falsa.

- IX.1. Su madre vivía con un padrino (carente de cultura e inteligencia) de Z,
 2. este se emborrachaba y había disputas hogareñas,
 3. Z quedaba replegado y angustiado.

- X.1. Cuando tenía 18 años fue a vivir en una casa para menesterosos con su madre y el padrino (sus hermanos ya no vivían en el mismo hogar),
 2. él debió dormir en el piso,
 3. entonces empezó su “depresión”.

- XI.1. Cuando se deprimió tuvo además un accidente en la vía pública,
 2. eso le produjo un shock

- XII.1. Estaba perdido en un estado de marasmo y con una parálisis de su pensar,
 2. no podía ubicar las notas, temblaba,
 3. dejó de trabajar.

- XIII.1. Fue a trabajar con un director de orquesta muy amable,

2. el jefe y su esposa le tenían afecto,
3. esta relación le dio empuje y coraje de trabajar.

- XIV.1. Tras trabajar con el jefe de orquesta volvió al hogar materno,
2. como había escuchado hablar vagamente de su origen, preguntó a su madre,
 3. esta le confesó todo y el paciente decidió conocer a su padre.

- XV.1. Vivió con el padre y su nueva familia tres meses,
2. se sintió feliz, había encontrado apoyo moral,
 3. su padre no pudo ayudarlo y fue obligado a partir.

- XVI.1. Cuando volvía al hogar materno se llenaba de complejos,
2. no podía pensar,
 3. concluyó que él representaba el mal negocio de la familia.

- XVII.1. Al volver finalmente al hogar materno, no tenía moral,
2. estar allí le resultó intolerable.

Estudio de las secuencias narrativas

Las secuencias narrativas I-III muestran al paciente en el momento inicial, en el seno de su familia. Las secuencias narrativas IV-VIII corresponden a la adolescencia temprana. Las secuencias narrativas IX-XII exponen el momento de la crisis. Las secuencias narrativas XIII-XVII conciernen a las tentativas de recuperación de la crisis y sus resultados, hasta el momento de la entrevista.

Las secuencias narrativas I, II y III muestran el estado inicial de Z en el seno de la familia materna. Predominan la ignorancia (O1 y desmentida exitosa/fracasada), 2) la vivencia de encierro (A1 y desmentida fracasada) y la tendencia evitativa y 3) la desorientación (FU y represión combinada con defensas caracterológicas fracasadas). En el conjunto prevalece A1.

Las secuencias narrativas IV, V, VI, VII y VIII muestran un estado posterior, correspondiente a la adolescencia temprana, sea en la familia (secuencia narrativa IV), sea en situaciones exogámicas (secuencias narrativas V, VI, VII y VIII). Consideraremos primero el relato IV. Predominan 1) la parálisis del pensar (O1 y desestimación exitosa/fracasada), 2) la vivencia de desamor (O2 y la desmentida fracasada), y 3) el sentimiento de ser víctima del abuso del poder (A1 y desmentida fracasada). Prevalece O2. Las secuencias narrativas V, VI, VII y VIII muestran las relaciones extrafamiliares (estudio y trabajo) en el mismo período. En las tres primeras (V, VI y VII) predominan 1) actividades en que participa el empleo de las manos y los dedos, como la peluquería y sobre todo el acordeón (O1 y creatividad, o defensa acorde a fines), 2) referencias al propio vicio (A2 y represión combinada con rasgos patológicos de carácter fracasados) y al estudio y la actividad laboral (A2 y defensa acorde a fines), 3) las tendencias evitativas (FU y represión combinada con rasgos patológicos de carácter fracasados). En el conjunto prevalece FU: las prácticas artísticas tenían sobre todo una finalidad evitativa. El relato VIII muestra el complemento de esta tendencia evitativa. Predominan 1) la vivencia de falsedad (O1 y deestimación exitosa/fracasada), que es dominante, 2) la falta de apoyo (O2 y desmentida fracasada) y 3) la referencia al camino cortado (FU y represión combinada con defensas caracterológicas fracasadas). En suma, en las secuencias narrativas de la adolescencia temprana referidas a los vínculos extrafamiliares (V, VI, VII y VIII) la tendencia evitativa se combina con la vivencia de falsedad (O1), que prevalece en el conjunto.

Las secuencias narrativas IX, X, XI y XII corresponden al estallido de la crisis. Las dos primeras (IX y X) describen su situación de parálisis aterrada ante el vínculo violento entre la madre y el padrino. Predominan 1) el dormir en el piso y la parálisis aterrada y carente de energía (LI y desestimación fracasada del afecto), 2) la falta de lucidez (O1 y desestimación fracasada), 3) el estado de tristeza (O2 y desmentida fracasada), 4) el sentimiento de abuso e injusticia (A1 y desmentida fracasada). En el conjunto prevalece LI.

Los relatos XI y XII corresponden al complemento y las consecuencias de la crisis. Predominan: 1) el accidente y un shock (LI y desestimación fracasada del afecto), 2) una pérdida de la capacidad para usar los dedos (O1 y defensa acorde a fines/creatividad fracasada), 3) un estado de tristeza (O2 y desmentida fracasada), 4) el abandono del trabajo (A2 y defensa acorde a fines fracasada) y 5) un estado de desorientación (FU y represión fracasada). También en este conjunto prevalece LI.

Las secuencias XIII, XIV, XV, XVI y XVII corresponden a las tentativas de recuperarse de su situación crítica y sus resultados. La XIII y la XIV muestran sus tentativas exitosas de recuperación, con el director de orquesta y con el padre. En la XIII predominan 1) la recuperación energética (LI y defensa acorde a fines), 2) la referencia al vínculo afectuoso (O2 y defensa exitosa acorde a fines), 3) el sentir coraje (FU y defensa exitosa acorde a fines). La secuencia XIV muestra 1) su deseo de saber sobre su origen y la decisión de conocer al padre (A2 y defensa exitosa acorde a fines). Las secuencias XV, XVI y XVII muestran el fracaso de estas tentativas. En el relato XV predomina 1) la transitoria vivencia de alegría y apoyo moral (O2 y defensa exitosa acorde a fines), que luego se quiebra, y 2) el verse obligado a partir (A1 y desmentida fracasada). En la secuencia narrativa XVI se advierte: 1) la vivencia de ser el mal negocio de la familia (LI y desestimación fracasada del afecto), y 2) la imposibilidad de pensar (O1 y la desestimación exitoso/fracasada). Prevalece LI. En el relato XVII predominan 1) el estado de marasmo (LI y desestimación exitoso/ fracasada del afecto), 2) la parálisis del pensamiento (O1 y desestimación exitoso/fracasada), 3) la falta de apoyo moral (O2 y defensa fracasada acorde a fines) y 4) el retorno de la vivencia de injusticia en el hogar materno (A1 y desmentida fracasada). LI resulta dominante.

En el conjunto, se advierte que la salida fuera de la familia materna de Z (casa de compañeros, acordeón, jefe de orquesta, padre) tenían sobre todo un valor evitativo que no podía sostenerse (FU y represión combinada con defensas caracterológicas fracasadas). Lo nuclear parece ser el retorno al hogar materno, progresivamente insoportable, en el cual predominan 1) la miseria y la falta de energía (LI), 2) la parálisis del pensar (O1), 3) la falta de amor (O2) y 4) la vivencia de encierro e injusticia (A1). Entre estos cuatro componentes, O1 y LI son los prevalentes, sobre todo el último, correspondiente a la situación actual.

En síntesis, durante la infancia prevaleció la vivencia de encierro (A1 y desmentida fracasada), durante la adolescencia temprana la “piedra en el corazón” (O2 y desmentida fracasada) y luego la vivencia de falsedad (O1 y desestimación exitoso/fracasada), y durante la adolescencia tardía, el marasmo (LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto) y la angustia acompañante (LI y desestimación fracasada del afecto). A ello se agrega la persistente tendencia evitativa (FU y represión combinada con defensas caracterológicas).

Mientras los componentes evitativos tuvieron cierto éxito, el paciente lograba rescatarse de su sentimiento de encierro e injusticia, de sus vivencias de desamor y en parte recuperaba algo de energía. Las defensas patógenas se volvían transitoriamente exitosas, e inclusive aparecían defensas exitosas acorde a fines o la creatividad. Pero cuando la defensa evitativa fracasaba, Z volvía a quedar expuesto al fracaso de las restantes defensas patógenas, como se advierte en las secuencias narrativas IV, IX, X, XII, XV, XVI y XVII.

La secuencia de sus procesos psíquicos desde la infancia hasta el presente (que comienza con A1 y la desmentida fracasada y culmina con LI y la desestimación exitoso/fracasada del afecto), resulta sorprendente. Es posible que los cuatro erotismos dominantes (A1, O2, O1, LI) con sus defensas correspondientes hayan tenido vigencia desde el comienzo, y que el pasaje regresivo de la prevalencia del uno al otro haya permitido que aflorara un aspecto preexistente, hasta ese momento no desplegado. En otro trabajo uno de nosotros expuso (Maldavsky, D. 2007b) que en situaciones de desvitalización pulsional, como la de este paciente, se dan cuatro tipos de relatos básicos: 1) los centrados en el sentimiento de injusticia (A1), 2) los centrados en el desamor (O2), 3) los centrados en las presentaciones ficticias, contradictorias con los hechos (O1) y 4) los centrados en las vivencias de ruina económica y corporal (LI). Los dos primeros (A1 y O2) introducen el aspecto más llamativo y “pasional” en los relatos, pero los nucleares son los dos últimos (O1 y LI), que emergen más lentamente como factores de gran eficacia psíquica y vincular. Captar la falsedad de la vida (relato VIII) o el estado de marasmo (relato XII) solo es posible luego de prestar atención a aspectos menos centrales, como los sentimientos de injusticia y desamor (relato IV). Desde esta perspectiva es posible preguntarse qué ocurrió con Z para que su sistema defensivo claudicase, alrededor de los 18 años. Para esa época sus hermanos se mudaron y Z quedó solo con la madre y el padrastro. Pero además la familia (su madre, el padrastro y él) se desmoronó económicamente, tal vez porque los hermanos de Z dejaron de aportar dinero. Entonces, un equilibrio económico previo, basado en el ser mantenidos (LI) y el conservar una cierta distancia del cuerpo materno (FU), se quebró. Dicho equilibrio corresponde a LI y la desestimación exitosa del afecto, y parecería que este es el mecanismo que fracasó, en Z y en su madre. Este fracaso coincidió con el de un mecanismo complementario FU: los recursos evitativos. El retorno de lo evitado (el contacto con la desvitalización materna) parece ser el complemento del fracaso de la desestimación del afecto. En el trabajo ya mencionado (Maldavsky, D. 2007b) sobre los relatos en pacientes desvitalizados, se destaca que la inercia orgánica suele ser contagiosa y pasa de un cuerpo carente de energía a otro. En ese contexto suele aparecer la angustia (automática) ante la falta de energía disponible para responder a las exigencias pulsionales propias y ajenas. Esta angustia suele conducir hacia tentativas de “tonificación” reitutiva, recurriendo a los golpes, el alcohol, el juego, el abuso sexual, etc. A su vez, la tentativa de “tonificación” suele tener un éxito transitorio para luego dejar al paciente más desvitalizado aún. La “tonificación” corresponde a LI y la desestimación exitosa del afecto, la crisis de angustia tóxica, a LI y la desestimación fracasada del afecto, y la desvitalización o el marasmo, a LI y la desestimación exitoso/fracasada. Es posible inferir (relatos IX y X) que, cuando la familia (madre, padrastro, Z) entró en ruina, el padrastro intentó infructuosamente “tonificarse” apelando al alcohol y los gritos, y que la madre debió de mantener sobre todo la posición de desvitalización de base. Z, a su vez, debió de estar en ese entonces contagiado por el estado de la madre (LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto). La vivencia de miseria económica se combinó entonces con la intrusión orgánica por los estados del cuerpo materno. Pero este estado de la defensa fue en seguida reemplazado en Z por el fracaso del mecanismo, y la consiguiente invasión por la angustia. El fracaso en la desestimación del afecto contiene el pasaje desde la desvitalización a la angustia (automática), como la que Z tenía junto a su madre (relato IX). Así, en la secuencia narrativa IX, la decisiva, el transitorio éxito de la desestimación del afecto quedaba localizado en el padrastro, el éxito/fracaso de la defensa, en su madre, y el fracaso, en Z. Sin embargo, es posible que fuera más eficaz sobre Z el estado de desvitalización materna carente de angustia, es decir, cuando la desestimación del afecto es exitoso/fracasada. En dicho momento, el cuerpo aparece como un pedazo de carne, carente de energía y vitalidad, y así debía de ocurrir con el cuerpo de la madre de Z.

IV.1.2. Análisis de los actos del habla (escenas desplegadas en sesión)

Un enfoque panorámico del discurso del paciente permite advertir que en el fragmento 1, predominan 1) LI (interrupción por languidecimiento sonoro), 2) O1 (interrupción por languidecimiento sonoro), 3) O2 (referencia a estados afectivos), 4) A1 (denuncias), 5) A2 (relatos de hechos concretos), 6) FU (frases autointerrumpidas, muletillas), 7) FG (redundancia sintáctica). Como se advierte, O1 y LI comparten el mismo tipo de acto del habla, que resulta dominante. Entre ambos prevalece LI. Ello se debe a que tiene más importancia el componente orgánico (LI), inherente a una falta generalizada de energía, que el alejamiento de la realidad inmediata hacia el mundo de las ideaciones abstractas (O1). En el fragmento 2 se advierte la misma combinación entre los actos del habla, con las mismas prevalencias. Algo similar ocurre en los fragmentos 3 y 4. A partir del fragmento 3, además, cobran relevancia también las ambigüedades y tendencias a la abstracción (O1). En el fragmento 5, precisamente, prevalece O1 (ambigüedades), y en el fragmento 6, la referencia a estados afectivos (O2). En el fragmento 7 prevalece A2. En el fragmento 8 predomina FG (ejemplificación). En el fragmento 9 prevalecen otra vez O2 (referencia a estados afectivos). A partir del fragmento 10 vuelven a predominar O1 (ambigüedades) y LI (languidecimiento sonoro), del mismo modo que en los fragmentos restantes (11, 12, 13 y 14).

En suma, se advierte esta secuencia de escenas desplegadas durante la sesión:

Fragmento 1	LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto
Fragmento 2	LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto
Fragmento 3	LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto
Fragmento 4	LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto
Fragmento 5	O1 y desestimación exitoso/fracasada
Fragmento 6	O2 y defensa exitosa acorde a fines
Fragmento 7	A2 y defensa exitosa acorde a fines
Fragmento 8	FG y defensa exitosa acorde a fines
Fragmento 9	O2 y defensa exitosa acorde a fines
Fragmento 10	LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto
Fragmento 11	LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto
Fragmento 12	LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto
Fragmento 13	LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto
Fragmento 14	LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto

Resulta notable esta estructura casi simétrica, en que el comienzo y el final corresponden a estados de desvitalización (LI). Las escenas desplegadas en los fragmentos 6 (O2: referencia a estados afectivos), 7 (A2: tentativa de entender la influencia materna sobre sí mismo) y 8 (FG: ejemplificación) corresponden al momento culminante de la sesión. Algo de esta misma orientación más vital se extiende inclusive al fragmento 9 (O2: referencia a estados afectivos). Luego el paciente termina con la misma desvitalización del comienzo de la hora. A ello se agregan los componentes paraverbales, sobre todo el silencio en que quedaba sumido el paciente, el balbuceo y la falta generalizada de expresividad (LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto).

Resulta llamativa una secuencia inherente a los actos del habla de Z: una afirmación o una descripción general no va acompañada del relato de un episodio concreto, de un ejemplo, etc. Así ocurre con la descripción que Z hace del padre (fragmento 3), del padrino (fragmento 4), de sus opiniones políticas diferentes de las de sus hermanos (fragmento 7), etc. Esta forma de argumentar, en que no logra justificar un aserto inicial (que expresa a A2 y la defensa exitosa acorde a fines), puede tener un valor evitativo (FU y represión combinada con defensas caracterológicas exitosas), aunque lo

nuclear parece ser una tendencia a una abstracción de la situación concreta que culmina en ambigüedad (O1 y desestimación exitoso/fracasada). Así, pues, una tentativa de dominar la realidad al describir una escena concreta culmina en evitación y ambigüedad. Además, para justificar que las familias materna y paterna eran diferentes Z apela a un argumento centrado en las ideas de una y otra. En tal caso un aserto referido a la comparación entre los dos grupos (A2 y defensa acorde a fines) es justificado con un argumento referido a las ideas de unos y otros, sin dar más precisiones (O1 y desestimación exitoso/fracasada).

En cambio, el paciente se vuelve más preciso y concreto en sus relatos cuando alude a episodios relacionados con el ámbito materno (incluyendo los hermanos), tal como se advierte en los fragmentos 5-9. Igualmente, en el apartado 6 el paciente completa frases del terapeuta (FG y defensa exitosa acorde a fines). También FG y la misma defensa tienen importancia en el fragmento 8 (ejemplificaciones al servicio del análisis del problema planteado en el fragmento 7). Como ya mencionamos, en el fragmento 7 Z plantea un problema concreto, referido a la influencia materna sobre él (A2 y defensa exitosa acorde a fines). Igualmente en el fragmento 8 el paciente objeta en dos oportunidades las intervenciones del terapeuta (A2 y defensa exitosa acorde a fines), y finalmente admite la posición de este (repitiendo sus palabras) ante su insistencia. Precisamente, los fragmentos 6, 7, 8 y 9 muestran una posición más activa de Z durante la sesión.

Por lo tanto, en el curso de la sesión se advierte que en el paciente se dan dos corrientes psíquicas en pugna: 1) por un lado, una combinación entre LI y la desestimación exitoso/fracasada del afecto y O1 y la desestimación exitoso/fracasada (con el predominio de LI) y, 2) por otro lado, A2 y la defensa exitosa acorde a fines. O2 parecía al servicio de A2; FG, al servicio de ambas corrientes psíquicas, y FU, al servicio de LI/O1. Si bien transitoriamente la corriente psíquica ligada a A2 tuvo preeminencia, en el comienzo y el final de la hora prevalecieron LI/O1.

IV.1.3. Escenas relatadas y escenas desplegadas en sesión

La desvitalización del paciente en la sesión coincide con las escenas relatadas en las que predomina al marasmo. Las referencias a estados afectivos en sesión coinciden con las vivencias de desamor descritas en sus narraciones. Las escenas evitativas en sesión (muletillas, autointerrupciones) coinciden con los relatos del mismo tipo en las relaciones extra-transferenciales. Y, sobre todo, la ambigüedad y abstracción de los hechos concretos, durante la sesión coinciden con la parálisis del pensar descrita en los relatos de Z.

A su vez, el conjunto de la entrevista se asemeja a esas escenas posteriores a sus 18 años en que comienza estando desvitalizado, halla una compañía transitoria (jefe de orquesta, padre) que le permite rescatarse de dicha situación, para caer finalmente otra vez en el marasmo.

Sin embargo, mientras que en las relaciones extra-transferenciales en el paciente la desestimación del afecto fracasaba (y a su desvitalización se le agregaba la angustia), durante la sesión la defensa contra el sentir fue exitoso/fracasada.

En cuanto a la organización psíquica de Z, el componente evitativo parece secundario a una organización nuclear, en que se combinan la desvitalización (LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto) y la imposibilidad de pensar (O1 y la desestimación exitosa/fracasada de la realidad y la instancia paterna). Entre estos dos componentes, parece central LI, que tiene vigencia en el comienzo y el final de la hora. La revitalización transitoria de Z durante la entrevista se acompaña del interrogante acerca del influjo materno, que le paralizaba el pensar. Se advierte que el paciente no puede mantener por mucho tiempo esta posición más vital ligada a este interrogante, que

rápidamente flaquea y deja de aportar elementos para enriquecer el enfoque de estas preguntas. Sin embargo, no conviene desconsiderar este esfuerzo de Z por interrogarse y la revitalización consiguiente. Parecería que el problema para el pensar deriva más bien de la falta de energía suficiente como para sostenerlo, y en su lugar aparece el marasmo.

IV.2 Análisis del discurso del terapeuta

En el fragmento 1 (10% del conjunto) el terapeuta formula breves preguntas (“¿Sí?”) con una función de mantener el contacto (FU y defensa acorde a fines) que el paciente parece interrumpir con su silencio. Como el paciente parece desconectarse y languidecer, la pregunta del terapeuta tiene también la función de despertar o mantener su atención casi ausente (LI y defensa acorde a fines). Este último lenguaje resulta dominante. El fragmento 2 (10%) está caracterizado por una combinación entre pedidos de información (A2 y defensa acorde a fines) y tentativas de mantener el contacto (FU y defensa acorde a fines). El “¿Sí?” del primer fragmento ha sido sustituido por el “Sí” de acompañamiento. En cuanto a los pedidos de información, consisten sobre todo en preguntas referidas a la historia del origen y a la relación de Z con su padre, pese a que el entrevistado ya las había narrado al comienzo. Esta combinación pone en evidencia que el paciente estaba algo más conectado, y el terapeuta, en lugar de concentrarse en mantener un contacto vital con Z, pudo pasar a intentar comprender lo que el paciente ha narrado en el fragmento previo, y que ahora pide que el paciente repita. En consecuencia, es posible inferir que en el fragmento 1 el terapeuta quedó invadido por un estado similar al del paciente, del cual pretendió rescatarse inicialmente promoviendo un contacto más vital y luego recabando información. El fragmento termina con una conclusión del terapeuta: Z no tuvo nunca un padre. El fragmento 3 (4%), más breve, contiene una tentativa del terapeuta de que el paciente hable de la relación con su padre (A2 y defensa acorde a fines). El fragmento 4 (3%), contiene un pedido de información del terapeuta (A2 y defensa acorde a fines) sobre el período de crisis (dieciocho años). El fragmento 5 (8%) comienza con una primera intervención central A1: denuncia de la falta de deseo de Z para pensar en la vida con su madre. Esta intervención es complementada por otra, A2, que establece un nexo causal entre la dificultad para pensar en la relación con su madre y la dificultad para imaginar la relación con el padre. Las defensas del terapeuta son acordes a fines. El fragmento culmina con una conclusión del terapeuta: en suma, Z tiene una completa afinidad con el padre. En el fragmento 6 (5%) el terapeuta intenta centrarse sobre cómo el paciente obtuvo la información acerca del padre (A2 y defensa acorde a fines), y culmina con la conclusión de que Z sintió siempre que la casa materna no era su lugar (O2 y defensa acorde a fines). El fragmento 7 (8%) contiene una indagación del terapeuta acerca del sentimiento de Z de que la casa materna no era su lugar (O2 y defensa acorde a fines), lo cual implica preguntar por la relación de Z con sus medio hermanos y sobre todo con su madre (A2 y defensa acorde a fines). Luego de la intervención A1 seguida por otra A2 (fragmento 5) esta intervención O2 del fragmento 7 es la segunda intervención central del terapeuta. El fragmento 8 (7%) contiene la expresión del conflicto central de Z con su madre y sus hermanos. El terapeuta realiza nuevas intervenciones pidiendo información y luego formula una intervención central A2: Z era la mala conciencia de su familia, y por eso lo rechazaban. Su intervención es cuestionada por el paciente, y el terapeuta formula una segunda intervención central A2: la familia materna no logró influirlo totalmente, porque él sentía las cosas como el padre, que el paciente acepta en apariencia, aunque inmediatamente insiste: está perdido. En el fragmento 9 (16%) el terapeuta se concentra en recabar información sobre el período de la adolescencia de Z anterior a la crisis (A2 y defensa acorde a fines), en especial respecto de su actividad como músico y el influjo

paterno sobre esta actividad. Su tentativa no culmina en conclusión alguna. En el fragmento 10 (7%) el terapeuta recaba información sobre otras actividades de ese período (anterior a su crisis), así como sobre los deseos de Z de continuar estudiando, y concluye que el paciente no desea oír ni de la música ni de su madre (A2 y defensa acorde a fines). No realiza comentario alguno sobre otra actividad de Z en ese período: peinar. En el fragmento 11 (10%) el terapeuta recaba información (A2 y defensa acorde a fines) sobre las relaciones de Z con los jóvenes de su edad, sobre todo las mujeres. No logra llegar a ninguna conclusión. En el fragmento 12 (5%) el terapeuta pregunta a Z por otros intereses actuales (A2 y defensa acorde a fines). Tampoco en esta oportunidad logra sacar una conclusión. En el fragmento 13 (5%) el terapeuta pregunta por fantasías infantiles y adolescentes, y concluye que vuelve en este punto algo del vínculo con la madre. Esta es su última intervención central (A2 y defensa acorde a fines). En el fragmento 14 (3%), por fin, el terapeuta pregunta por la visión del futuro, y la relación de pareja y concluye que los momentos más felices de Z fueron los pasados con el padre y el director de orquesta.

En la secuencia de intervenciones centrales del terapeuta pueden advertirse dos momentos clave: 1) cuando intenta rescatar al paciente de su tendencia a sumirse en su mutismo (fragmento 5), 2) cuando intenta sintonizar con el sentir del paciente (fragmentos 6 y 7) y luego pretende establecer nexos causales (fragmento 8) que debe rectificar en el fragmento 13, sobre todo en relación con el peso de la figura materna. A ello se agrega una generalización (fragmento 2): el paciente no ha tenido padre. Además, en el fragmento 10 establece un nexo de equivalencia entre música y madre: el paciente no quería saber nada de ellos, y en el fragmento 14 homologa al padre de Z y al director de orquesta: con ambos pasó los momentos más felices.

Podemos advertir pues una secuencia: en el fragmento 1 el terapeuta intenta mantener el contacto vital con el paciente; en el 2, repasa buena parte de lo ya dicho por el paciente, según sus palabras, intentando comprender, y extrae una conclusión, una generalización: Z no ha tenido padre. En el fragmento 3, el terapeuta intenta obtener información sobre la relación de Z con su padre y en el 4, sobre la relación de Z con la madre. Puede advertirse que cuando el terapeuta recaba información en los fragmentos 3 y 4 al mismo tiempo intenta mantener o incrementar un contacto vital con el paciente, y que el fracaso parcial en cuanto a su estrategia clínica incluye: 1) un creciente riesgo de extinción de su energía y sus recursos clínicos (LI y defensa acorde a fines fracasada), 2) la falta de información concluyente (A2 y defensa acorde a fines fracasada) y 3) la desorientación clínica (FU y defensa acorde a fines fracasada). Entonces, ante la reaparición del mutismo de Z, el terapeuta formula una intervención central A1 que tiene como meta convocar la actividad del paciente durante la entrevista. Esta intervención, con el complemento de una justificación (A2), resulta exitosa. También resulta exitosa la tentativa del terapeuta de sintonizar afectivamente (O2 y defensa acorde a fines) con Z. Sin embargo, las tentativas de sintonía afectiva no corresponden al estado de Z en el momento de la sesión sino en el momento anterior a la crisis de los dieciocho años, y por lo tanto no le permite al terapeuta alcanzar una orientación clínica más clara respecto de la situación actual. Así que el esfuerzo del terapeuta por lograr la sintonía afectiva se acompaña de su desorientación (FU y represión fracasada). Además, las dos intervenciones centrales causales (la familia lo rechazaba porque Z era la mala conciencia de todos, no lo habían influido por completo, porque Z se identificaba con el padre) fueron cuestionadas, parcial o totalmente, y finalmente el terapeuta debe rectificarse (fragmento 13) y privilegiar la eficacia de la relación con la madre, referida a su situación actual. Además, el terapeuta formula algunas equivalencias (fragmentos 10 y 14). En cambio, en los fragmentos 9, 11 y 12 no logra sacar conclusión alguna. En suma, se da esta secuencia:

Fragmento 1	Tentativa exitosa de mantener un contacto vital (10%)
Fragmento 2	Tentativa exitosa de revisar la historia de Z (10%)
Fragmento 3	Tentativa fallida de obtener información de la relación de Z con su padre (4%)
Fragmento 4	Tentativa fallida de obtener información de la relación de Z con la madre (3%)
Fragmento 5	Tentativa exitosa de incrementar el intercambio en sesión (8%)
Fragmento 6 y 7	Tentativa exitosa de sintonía afectiva con Z (14%)
Fragmento 8	Tentativa fracasada de establecer nexos causales (8%)
Fragmento 9	Tentativa fracasada de establecer nexos entre la actividad musical y la figura paterna (16%)
Fragmento 10	Tentativa exitosa de hallar equivalencias música-madre (7%)
Fragmento 11	Tentativa fracasada de sacar conclusiones sobre la relación de Z con otros jóvenes (10%)
Fragmento 12	Tentativa fracasada de sacar conclusiones sobre los intereses recientes de Z (5%)
Fragmento 13	Tentativa fracasada de investigar fantasías y conclusión referida a la eficacia del influjo materno (5%)
Fragmento 14	Tentativa de exploración de la relación con el jefe de orquesta y equivalencia de este con su padre (3%)

Se advierte que el momento clave de la entrevista se da en el fragmento 8, en la mitad de la sesión, y el terapeuta fracasa en la tentativa de describir los determinantes del estado y la dinámica psíquica del paciente. A partir de ese momento, parece otra vez carecer de rumbo y volver a luchar (apelando al pedido de información) contra la desvitalización que el paciente introduce en la sesión. En efecto, el terapeuta intenta establecer otros nexos, sin éxito o con un éxito relativo, ya que puede mostrar solo ciertas equivalencias entre situaciones (madre-música, padre- director de orquesta), pero no nexos causales. Hacia el final vuelve a prestar atención al tema central: el influjo materno sobre Z, pero no llega a establecer otros nexos que pongan en evidencia su eficacia. De modo que es posible concluir que, a partir del fracaso en entender a Z en el fragmento 8, el terapeuta tiene un andar algo errático, derivado de la falta de claridad en cuanto a su meta clínica, por lo cual, en el mejor de los casos, solo puede establecer equivalencias y analogías.

En consecuencia, la entrevista en su conjunto puede homologarse a las escenas de Z con el director de orquesta y con el padre, en que se da un transitorio contacto que sin embargo no culmina en avance en la intelección, y finalmente el vínculo termina en la desorientación y el desánimo. El terapeuta pasa así a ocupar el lugar de un personaje en una escena traumática del paciente. Quizá ello derivara de que las intervenciones O2 del terapeuta (fragmentos 6 y 7) están dirigidas a lograr una sintonía afectiva con un momento del pasado del paciente (cuando sentía que la casa materna no era la propia), y no tanto con el momento de la entrevista, en la cual predominan el estado de marasmo y la vivencia de discapacidad moral.^{vi} Tal vez la escena global, en que el terapeuta intenta infructuosamente rescatar al paciente de su desvitalización constituya una forma en que se repite, de manera invertida, una situación en que el paciente procuró hacer algo similar con la madre. En tal caso, en el paciente prevalecía LI y la desestimación exitoso/fracasada del afecto, y en el terapeuta, LI y la desestimación fracasada del afecto. Las dos situaciones corresponden a LI y la desestimación del afecto, que prevalece en el conjunto, y quizá Z supusiera, angustiado, que debía intentar que su madre saliera de su desvitalización, y terminó sufriendo el mismo estado incrementado, del mismo modo que ocurrió con el terapeuta ante el paciente. Además, en los fragmentos 8 y 9, la situación en que el terapeuta pretende insistentemente poner en evidencia el influjo paterno sobre Z, pese a los cuestionamientos del paciente, se asemeja a la escena de este con sus hermanos, que

pretendían imponerle su forma de pensar. A su vez, la revitalización del paciente en los fragmentos 6, 7, 8 y 9 se asemeja a la que tuvo con el jefe de orquesta y con el padre, luego de lo cual volvió a sumirse en el marasmo.

Podemos ahora realizar una síntesis estadística de las intervenciones exitosas, fracasadas y mixtas del terapeuta. El empleo de la estadística puede resultar riesgoso, a menos que se ajuste a márgenes muy precisos, como es este el caso. Entendemos que las intervenciones exitosas son aquellas que se proponen una meta clínica y la logran, y que las fracasadas son la inversa. En cuanto a las intervenciones mixtas, tienen una apariencia exitosa, pero la meta clínica parece no acorde a las circunstancias, como por ejemplo interrogar sobre el estado afectivo del paciente solo respecto del pasado y no sobre el presente, o realizar equivalencias madre-música, etc. Las intervenciones exitosas corresponden a los fragmentos 1, 2 y 5 (25% del total), las fracasadas, a los fragmentos 3, 4, 8, 9, 11 y 12 (46%) y las mixtas a los fragmentos 6, 7, 10, 13 y 14 (29%).

Cabe destacar también que el terapeuta sufrió en la sesión tres tipos de atrapamiento clínico: 1) al ocupar el lugar de hijo que, pese a sus esfuerzos (A2 y represión+defensas caracterológicas fracasadas), termina contagiado de la desvitalización materna (LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto); 2) al ocupar el lugar de un padre desorientado (FU y represión + defensas caracterológicas fracasadas) y desanimado (LI y desestimación exitoso/fracasada del afecto) que no logra reencauzar al hijo hacia una salida vital exogámica; 3) al ocupar el lugar de un hermano mayor que pretende imponer a Z una manera de pensar los hechos. En las dos primeras situaciones de atrapamiento, prevalecen en el terapeuta LI y la desestimación exitoso/fracasada del afecto. Al menos así ocurrió hacia el final de la hora, mientras que en el comienzo en el terapeuta predominaron LI y la desestimación fracasada del afecto, con la angustia correspondiente. En el tercer atrapamiento predominan en el terapeuta O1 y la desmentida, cuando pretende forzar una idea en el paciente.

En el libro sobre intersubjetividad (Maldavsky, D. et al, 2006), postulamos que es posible categorizar las situaciones de atrapamiento intersubjetivo entre paciente y terapeuta tomando en cuenta el enfoque freudiano de las fijaciones pulsionales y las defensas. Sostuvimos que pueden darse estas cuatro opciones: 1) los integrantes coinciden en cuanto a la erogeneidad y la defensa patógena, 2) los integrantes difieren en cuanto a erogeneidad y defensa, 3) los integrantes difieren en cuanto a la erogeneidad y coinciden en cuanto a la defensa, 4) los integrantes difieren en cuanto a la defensa y coinciden en cuanto a la erogeneidad. Esta categorización general puede aplicarse al estudio del atrapamiento intersubjetivo entre Z y su entrevistador. En los dos primeros tipos de atrapamiento prevalecen LI y la desestimación del afecto. De modo que el atrapamiento es del tipo 1, aunque por momentos, cuando en el terapeuta prevalecen A2 + represión + rasgos de carácter, el atrapamiento es del tipo 2. Sin embargo, respecto del primer tipo de atrapamiento, en que paciente y terapeuta poseen la misma erogeneidad y la misma defensa, tiene importancia el hecho de que, mientras que para Z el mecanismo es exitoso/fracasado (como pudo serlo en su madre), para su terapeuta este fracasa (como pudo ocurrir en Z ante su madre). En el tercer tipo de atrapamiento, en el paciente, que finalmente se allana al pensamiento del terapeuta pese a no estar convencido, prevalecen LI y la desestimación exitoso/fracasada, y en el terapeuta, O1 y la desmentida exitosa. Otra vez el atrapamiento es tipo 2.

V. Discusión

La estructura

Creemos conveniente considerar la complejidad de la organización psíquica de Z recurriendo al enfoque freudiano de las corrientes psíquicas. Dicho sucintamente, advertimos en Z cinco corrientes psíquicas: 1) la organizada en torno de LI y la desestimación del afecto, 2) la organizada en torno de O1 y la desestimación de la realidad y la instancia paterna, y 3) la organizada en torno de A2 y la defensa acorde a fines. 4) la organizada en torno de FU y FG y la represión + rasgos caracterológicos evitativos e histriónicos respectivamente, y, finalmente 5) la organizada en torno de O1 y la creatividad. El núcleo de su organización psíquica parece derivar de la imbricación entre LI y O1, ambas combinadas con la desestimación, y con el predominio de LI. Cabe realizar algunos comentarios sobre las restantes corrientes psíquicas. La descripción final que hace Z de sí mismo como “discapacitado moral” integra LI (discapacitado) y A2 (moral). La corriente psíquica organizada en torno de A2 queda finalmente superada por la combinación entre LI y O1, pero en el curso de la sesión, así como en las relaciones extratransferenciales de Z, ha mostrado tener también cierta vigencia. A este conjunto se agregan ciertos rasgos caracterológicos evitativos (FU y represión + defensas caracterológicas), los cuales se hallan sobre todo al servicio de LI y de O1 y las defensas patógenas correspondientes. Precisamente, una falla en estos mecanismos evitativos fue decisiva para la claudicación del sistema defensivo de Z, a los 18 años. Otros rasgos caracterológicos, de tipo histriónico, exhibicionista (FG y represión + rasgos de carácter demostrativo), tienen un valor aún más secundario, sobre todo al servicio de LI y la desestimación del afecto, y participan de la eficacia psíquica intersubjetiva de esta última corriente psíquica, como se hace evidente en el mostrarse del paciente ante el terapeuta, del mismo modo que su madre ante Z. Estos dos rasgos de carácter (evitativo e histriónico) constituyen una corriente psíquica subordinada a LI y/u O1 y las defensas patógenas antes descritas. En cambio, en su adolescencia es posible que haya aparecido otra corriente psíquica, centrada en torno de O1 y la creatividad o la defensa acorde a fines, que por momentos estuvo al servicio de A2 y la defensa acorde a fines (sobre todo cuando Z trabajaba como músico o peinaba), pero en particular al servicio de FU y la tendencia evitativa (Z practicaba el acordeón para evadirse). Sin embargo, esta corriente psíquica, de cierta importancia hasta el momento de su desmoronamiento de los 18 años, dejó luego de tener vigencia, y en el momento de la entrevista no tenía eficacia evidente.

Más allá de estas consideraciones, resulta interesante advertir que una misma erogeneidad (O1) puede tener simultáneamente dos destinos, ser procesada por dos diferentes corrientes psíquicas, como la desestimación y la creatividad o la defensa acorde a fines. Se trata, en verdad, de una novedad conceptual, y no solo de una conclusión sobre la organización psíquica de Z. Podría ser que estas dos corrientes psíquicas (desestimación y creatividad o defensa acorde a fines) fueran modos sucesivos, y no simultáneos, de procesar la misma erogeneidad (O1). Sin embargo, como se infiere del análisis de los relatos VI-VIII, para la misma época en que prevalecía en Z la creatividad (para la música) o la defensa acorde a fines (peinar), la desestimación de la realidad y la instancia paterna ya era la defensa central. Se trataba de una defensa exitosa/fracasada, y quizá este fuera un requisito para que la creatividad y la defensa acorde a fines pudieran tener cierta vigencia y ser exitosas. Al mismo tiempo, como ya indicamos, LI y la desestimación del afecto tenían un carácter exitoso. En el momento ulterior, al sobrevenir el desmoronamiento psíquico del paciente, el estado de la desestimación de la realidad y la instancia paterna para el procesamiento de O1 continuó siendo el mismo (exitoso/fracasado), pero la otra corriente psíquica para elaborar esta misma erogeneidad

(creatividad y defensa acorde a fines) fracasó y perdió vigencia. Simultáneamente, cobraron mayor relieve LI y la desestimación fracasada del afecto, que pasaron a tener hegemonía en el conjunto. Por lo tanto, si nos preguntamos por las razones por las cuales la creatividad y la defensa acorde a fines perdieron vigencia, no podemos responder que ello derivó de que la desestimación de la realidad y la instancia paterna pasó a fracasar, sino que debemos buscar la respuesta en otro lugar, es decir, el fracaso de la desestimación del afecto, que hasta el momento anterior había sido exitosa. Se trataba en verdad de una falta de energía disponible para el procesamiento psíquico creativo o acorde a fines de O1.

Además, en el momento de la entrevista, había cambiado el estado de la defensa acompañante de LI: la desestimación del afecto, en lugar de fracasar (cuando así ocurría Z tenía una crisis de angustia) era exitoso/fracasada (cuando así ocurría Z se encontraba en una situación de marasmo).

La clínica

Otro punto que requiere un comentario corresponde al modo en que Z responde a las intervenciones clínicamente más pertinentes. Estas parecen ser las que evidencian el esfuerzo del terapeuta por revitalizar al paciente. Advertimos que, en respuesta, el paciente se vuelve más activo, pero que su recuperación es de corto alcance, y rápidamente decae. Por otro parte, su desapego libidinal del mundo se advierte en su dificultad para narrar episodios significativos que ilustren sus problemas. Esta dificultad se hace especialmente notable respecto del padre. Z parece preso de una nostalgia, la cual, como suele ocurrir, no deriva del vivenciar sino de su ausencia; en este caso, de la falta de vivencias en las cuales apoyar su deseo. La figura paterna constituye en este caso un conjunto de representaciones-palabra sin imbricación con las representaciones-cosa. En consecuencia, el paciente está fijado a palabras ficticias.

Por su parte, el terapeuta tiene una estrategia clínica que enfatiza A2, sobre todo consistente en colocar al paciente en una relación de oposición a su madre gracias a una sobreinversión de la figura paterna. La tendencia del terapeuta a enfatizar A2 no parece surtir efecto clínico positivo, y, por otra parte, el terapeuta da por cierto el apego de Z a un padre con un valor simbólico, cuando en realidad se trata más bien de un nombre no imbricado con su vivenciar. Por lo tanto, la oposición a la madre contiene un refugio en una nostalgia irrefutable por lo que no fue, lo cual corresponde más bien a O1 y la desestimación fracasada. Además, la estrategia clínica del terapeuta centrada en A2 lo deja expuesto a padecer, finalmente, un estado de agotamiento de su reservorio de recursos, inherente a LI y la desestimación del afecto. Además, por momentos el terapeuta pretende forzar su pensamiento en la realidad, y el paciente finalmente se allana a él sin quedar convencido.

En consecuencia, el terapeuta sufre tres tipos de atrapamiento clínico, al aparecer ocupando inadvertidamente 1) la posición de un padre que lucha estérilmente para encauzar el pensar y la salida exogámica del hijo, 2) la posición de un hijo que queda contagiado de la desvitalización materna, siendo esta segunda alternativa la prevalente, y 3) la posición de un hermano que pretende influir el pensamiento del paciente con el propio.

Nuevos hallazgos

Además del hallazgo conceptual mencionado poco antes (acerca de la coexistencia de dos corrientes psíquicas que procesan una misma erogeneidad) deseamos considerar otras novedades, ligadas con el enfoque de la intersubjetividad. Desde la perspectiva de la investigación de la intersubjetividad durante la sesión, cobra relieve un nuevo

esclarecimiento, surgido del análisis de Z y su terapeuta. Este se refiere a un refinamiento en el análisis de los atrapamientos intersubjetivos. Por un lado, hemos advertido que en el curso de una misma sesión pueden darse varios tipos de atrapamiento, en que paciente y terapeuta ocupan posiciones diferentes en cuanto a la distribución de las erogeneidades y las defensas. Así ocurrió, por ejemplo, cuando el terapeuta desarrolló intervenciones centradas en A2 y luego quedó sin recursos (LI), ante un paciente en quien predominó LI. Se trata en verdad de dos tipos de atrapamiento sucesivos del terapeuta ante Z, en que el paciente mantuvo la misma erogeneidad y la misma defensa, y el terapeuta tuvo, en cambio, una erogeneidad y una defensa en un momento, y otra erogeneidad y otra defensa, en el momento siguiente. Un tercer atrapamiento clínico del terapeuta deriva de intentar influir a Z para que piense como él. En esta otra escena intersubjetiva, paciente y terapeuta difieren en cuanto a la erogeneidad y la defensa dominantes. Por otro lado, hemos advertido que, además, en los atrapamientos intersubjetivos en la sesión también cobra importancia el estado de la defensa en paciente y terapeuta, como lo destacamos respecto de la coincidencia de LI y la desestimación del afecto en ambos integrantes del vínculo, con la diferencia de que en Z la defensa era exitoso/fracasada, y en su terapeuta, fracasada. Estos hallazgos abren el camino al refinamiento de este sector de la investigación de los nexos intersubjetivos durante los atrapamientos clínicos en la sesión.



REFERENCIAS

- Ablon, J.S. y Jones, E.E. (2004). On analytic process, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 53, 2, 541-568.
- Almasia, A. (2001). *Estudio exploratorio del lenguaje en sujetos con apego a Internet*. Tesis de la Maestría en Problemas y Patologías del desvalimiento, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Alvarez, L. (2001). *Investigación psicoanalítica del lenguaje en pacientes psoriásicos*, Tesis de la Maestría de Problemas y Patologías del Desvalimiento, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Alvarez, L., Maldavsky, D., Neves, N., Roitman, C., Tate de Stanley, C. (2004). *Analysis of the erogeneities and the defenses in the second session of Amalie, applying the David Liberman algorithm (DLA)*, SPR Meeting, Roma, 2004.
- Apprey, M., Stein, H.F. (1993). *Intersubjectivity, projective identification and otherness*, Pittsburg, PA: Duquer, Univ. Press.
- Aron, L. (1996). Symposium: meaning and practice of intersubjectivity in psychoanalysis, *Psychoanal. Dialogues*, 6, 591-598.
- Baranger, M y Baranger, W (1961-62). La situación analítica como campo dinámico, *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, IV, 1, 3-54.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: an intersubjectivity view of thirdness, *Psychanal. Q.*, LXXIII, 1.
- Bond, M. (1986). Bond's defense style questionnaire (1984 version), en G. E. Vaillant (Ed.), *Empirical studies of ego mechanisms of defence* (pp. 146-152). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Botella, S (2005). L'Edipe du ça ou Edipe sans complexe, *Rev. Franç.Psychanal*, 3/2005. 717-729.
- Britton, R. (2004). Subjectivity, objectivity and triangular space, *Psychoanal. Q.*, 73, 1.
- Buceta, C., Alvarez, L., Cantis, J., de Durán, R., García Grigera, H., Maldavsky, D., (2004). *The trees of clinical decisions of the same therapist with different patients during the first session*, SPR Meeting, Roma, 2004.
- Clarkin, J., Foelsch, P. y Kernberg, O. (1995). *Manual for the inventory of Personality Organization (IPO)*. The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Cornell University Medical Collge.
- Donnet, J. L. y Green, A (1973). *L'enfant de ça*, París, Minuit.
- Dunn, J. (1995). Intersubjectivity in psychoanalysis: a critical review, *Int. J. Psychoanal.*, 76, 4, 723-738.
- Freud, S. (1914c). Introducción del narcisismo, en AE, vol. 14.
- Freud, S. (1926d). Inhibición, síntoma y angustia, en SE, vol. 20.
- Gerson, S. (2004). The relational unconscious: A core element of intersubjectivity, thirdness and clinical process. *Psychoanal. Q.*, LXXIII, 1, 63-98. 78, 1, 15-26.
- Green, A. (2005). Adieu à Deauville, *Rev. Franç. Psychanal*, 3, 677-682.
- Guillaumin, J. (2005). Naissance et renaissance du tiers dans le travail psychanalytique: entre altération et aliénacion du double, le tiers, *Rev. Franç. Psychanal*, 3, 839-846.
- Goldberg, J. (2002). *El lugar del ADL en la clínica psicoanalítica con niños*. Tesis de la Maestría en Problemas y Patologías del desvalimiento. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, en curso.
- Hanly, C.M.T. (2004). The third: a brief historical analysis of an idea, *Psychoanal. Q.*, XLIII, 1.
- Hentschel, U., Smith, G., Draguns, J. G., Ehlers, W. (eds.) (2004). *Defense mechanism. Theoretical, research and clinical perspectives*, London: Elsevier.
- Hirsch, I. (2002). Interpersonal psychoanalysis, radical facade, *J. Am. Acad. Psychoanal.*, 304, 595-603.
- Kazet, R. (2002). *Estudio exploratorio del lenguaje en dos momentos de un tratamiento psicoterapéutico*. Tesis de la Maestría en Problemas y Patologías del desvalimiento, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Levine, H.B., Friedman, R.J. (2000). Intersubjectivity and interaction in the analytic relationship a mainstream view, *Psychoanal. Q.*, LXIX 1, 63-92.

- Liberman, D. (1962). *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Liberman, D. (1970). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, Buenos Aires: Galerna-Nueva Visión, 1971-72.
- Maldavsky, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992.
- Maldavsky, D. (1995). *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- Maldavsky, D. (1998). *Lenguajes del erotismo*, Buenos Aires: Nueva Visión, 1999.
- Maldavsky, D. (1999). *Lenguaje, pulsiones, defensas*, Buenos Aires: Nueva Visión, 2000.
- Maldavsky, D. (2001a). Sobre la investigación clínica en psicoanálisis: deslinde de una perspectiva, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 1, 128-158. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Buenos Aires, 2001
- Maldavsky, D. (2001b). Complejizaciones teórico-metodológicas en psicoanálisis, *Revista de Psicoanálisis*, número especial internacional, 8, 277-311.
- Maldavsky, D. (2002a). *Análisis computacional del lenguaje desde la perspectiva psicoanalítica*, editado en CD-Rom.
- Maldavsky, D. (2002b). Sobre el cambio en las defensas en la Hora Cinco (“Specimen hour”). Investigación clínica con el algoritmo David Liberman, *Intersubjetivo*, 4, 2, 13-44, Madrid.
- Maldavsky, D. (2003a). *La investigación psicoanalítica del lenguaje: algoritmo David Liberman*, Buenos Aires: Editorial Lugar, 2004.
- Maldavsky, D. (2003b). A contribution to the development of a psychoanalytical methodology for research into language. A systematic study of narration as an expression of sexuality, *International Journal of Psychoanalysis*, 2, 2003
- Maldavsky, D. (2003c). La estructura-frase y la metodología de la investigación del discurso desde la perspectiva psicoanalítica. Sobre el valor de los componentes paraverbales, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 3, 58-100.
- Maldavsky, D. (2007a). *Un análisis de tres niveles (estructura psíquica, intrasesión, intersubjetividad) de una primera sesión de 15 años atrás (Ms. Smithfield) usando el algoritmo David Liberman (ADL)*. Enviado.
- Maldavsky, D. (2007b). *La desvitalización y la economía pulsional vincular*, inédito.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A.M., Buceta, C., Bustamante, B., Cantis, J., Cusien, I., de Durán, R., Follmann, A., García Grigera, H., Garzoli, E., Goldberg, J., Iusim, M., Kazez, R., Legaspi, L., Manson, M., Miceli, G., Neves, N., Rembado, J.M., Rodríguez Caló, M., Roitman, C.R., Romano, E., Tarrab, E., Tate de Stanley, C., Widder, F. (2005). *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)*, Buenos Aires: UCES ed.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A. Ma., Buceta, C., Cantis, J., de Durán, R., Cusien, I., Falise, C., Frigerio, R., García, K., García Grigera, H., Garzoli, E., Iusim, M., Jarast, G., Kazmierski, J., Lacher, G., Manson, M., Neves, N., Plut, S., Rodríguez Caló, M., Roitman, C., Romanisio, O., Scilleta, D., Sloin de Berenstein, R., Tarrab, E., Tate de Stanley, C., Varela, R. (2006). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*, Buenos Aires: Editorial Lugar, en prensa.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Iusim, M., Legaspi, L., Rodríguez Caló, M., Tate de Stanley, C. (2004). *The trees of clinical decisions and the erotic countertransference. A study with David Liberman algorithm*, SPR Meeting, Roma, 2004.
- Maldavsky, D., Almasia, A. (2002). Análisis con el algoritmo David Liberman del discurso de un paciente con apego a Internet, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 4.
- Maldavsky, D.; Alvarez, L.; Neves, N.; Roitman, C. R.; Tate de Stanley, C. (2003a). El ADL y el análisis de las vicisitudes transferenciales en los inicios de un tratamiento psicoterapéutico, *Intersubjetivo*, 5, 3.
- Maldavsky, D.; Alvarez, L.; Neves, N.; Roitman, C. R.; Tate de Stanley, C. (2003b). El ADL y la investigación de la subjetividad del analista, *Investigaciones en Psicología*, 9, 1.
- Maldavsky, D, Aparain, A., Berenstein, R., Bodni O., Cusien, I., Falise, C., Frigerio, R., Jarast, G., Manson, M., Roitman, C. R., Romanismo, O., Tate de Stanley, C., (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. Revista electrónica de psicoterapia*, en prensa.

- Maldavsky, D., Bodni, O., Cusien, I., Roitman, C.R., Tamburi, E., Tarrab de Sucari, E., Tate de Stanley, C., Truscello de Manson, M. (2001). *Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas*, Nueva Visión: Buenos Aires.
- Maldavsky, D., Cantis, J., de Durán, R., García Grigera H.(2006). Estudio exploratorio de un caso de afasia con el algoritmo David Liberman (ADL). *Subjetividad y procesos cognitivos*, número 11, en prensa.
- Maldavsky, D., Cantis, J., de Durán, R., García Grigera H. (2007). Un caso de afasia grave, estudiado con el algoritmo David Liberman (ADL). *Subjetividad y procesos cognitivos*, número 11, en prensa.
- Maldavsky, D.; Cusien, I.; Roitman, C. R., Tate de Stanley, C. (2003). *Investigación sobre las defensas y sus cambios en pacientes esquizofrénicos*, Congreso de la SPR, Weimar, 2003.
- Maldavsky, D., Tebaldi, S.M, Cusien, I., Groisman, R., Pereyra, F. (2001). *Investigación de las defensas en el discurso del paciente con el método de Perry y el ADL*, Research Project, UCES, Buenos Aires.
- Maldavsky, D. y Truscello de Manson, M. (2002) *Sobre la investigación de las estructuras-frase como expresión de la erogeneidad*, Congreso de FEPAL, Uruguay, 2002.
- Mayer, E.L. (1996). Subjectivity and intersubjectivity of clinical facts, *Int. J. Psychoanal.*, 77, 4, 709-37.
- Mc Dougall, J. (1989). *Teatros del cuerpo*, Madrid: Julián Yébenes, 1991.
- Ogden, T. (1995). *Subjects of analysis*, NY: Jason. Aronson.
- Ogden, T. (2004). The analytic third: implication for psychoanalytic theory and techniques, *Psychoanal. Q.*, 73, 1.
- OPD Task Force (Ed.)(2001). *Operationalized psychodynamic diagnostics. Foundations and manual*, Hogrefe and Huber Publishers, Germany.
- Perry, J.C. (1990). *The defense mechanism rating scales manual*, fifth edition. Copyright by J.C. Perry, M.D., Cambridge, Massachusetts.
- Perry, J.C. (1993). The study of defense mechanism and their effects, in Miller, N., Luborsky, L., Barber, J., Docherty, J, eds. *Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice*, pp- 276-308. New York, Basic books.
- Perry, J.C. (2000). *Guidelines for the Quantitative identification of defenses*, manual disponible del autor, Montreal, Canada.
- Reiser, M. F. (1999). Memory, empathy and interactive dimensions of psychoanalytic process, *J. Am. Psychoanal. Assoc*, 47, 2, 485-501.
- Renik, O. (1998). The analyst subjectivity and the analyst's objectivity, *Int J. Psychoanal*, 79, 3, 487-97.
- Romano, E., Maldavsky, D. (2004). *Psychotherapy treatment focused in a tattooed patient. The David Liberman Algorithm Method (ADL)*, SPR Meeting, Rome, 2004.
- Rousillon, R. (2004). La pulsion et l'intersubjectivité, *Adolescence*, 22, 4, 735-753.
- Stolorow, R.D., Brandchaff, B., Atwood, G.E., (1983) "Intersubjectivity in psychoanalytic treatment with especial reference to archaic states", *Bull. Menninger Clin.*, 47, 2, 117-128.
- Waldron, S., Scharf, R.D., Crouse, J., Firestein, S.K. Burton, A., y Hurst, D. (2004). Saying the right thing at the right time: a view through the lens of the Analytic Process Scales (APS), *Psychoanal. Q*, 73, 1079-1125.
- Waldron, S., Scharf, R.D., Hurst, D, Firestein, S.K. y Burton, A. (2004). What happens in a psychoanalysis: a view through the lens of the Analytic Process Scales (APS) *Int. J. Psychoanal.*, 85, 443-466.
- Widlocher, D. (2004). The third in mind, *Psychoanal. Q*, 73, 1.



NOTAS

¹ Este trabajo integra el proyecto de investigación sobre corrientes psíquicas y defensas que obtuvo una ayuda de investigación de la *International Psychoanalytical Association*. N. de los E.: Los autores usan la expresión “Revisitado” (Revisited) en el título, que hemos sustituido por Revisado.

² Co-autores del trabajo con David Maldavsky: Aparain, Ángeles; Berenstein, Rosa; Bodni, Osvaldo; Cusien, Irene; Falise, Cristina; Frigerio, Ricardo; Jarast, Gustavo; Kazmierski, Jorge; Manson, Marilé; Roitman, Clara Rosa; Romanisio, Osvaldo; Tate de Stanley, Cristina.

³ De aquí en adelante se mantendrán para las erogeneidades las abreviaturas que se consigan a continuación.

⁴ El método ha sido objeto de diferentes estudios de validez y confiabilidad: (véase tabla a continuación)

I. Validez	II. Confiabilidad
<p>I.a. Contrastes con estudios que utilizan otros instrumentos Maldavsky, 1998, 2001a, b, 2003a Maldavsky, Tebaldi, Cusien, Groisman, Pereyra, 2001 Maldavsky, Alvarez, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2003b Goldberg, 2002 Maldavsky, D. et al, 2005</p>	<p>II. a. De los instrumentos para el estudio de la erogeneidad Confiabilidad interjueces Maldavsky, 1998 Maldavsky et al, 2001 Maldavsky, Alvarez, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2003a, 2003b Maldavsky, Aguirre, Iusim, Legaspi, Rodríguez, 2004 Repetición de la aplicación de un instrumento del ADL a otros fragmentos del mismo tratamiento Maldavsky et al., 2001 Kazez, 2002 Romano, Maldavsky, 2004 Contrastes entre dos o más instrumentos del ADL Alvarez, Maldavsky, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2004 Buceta, Alvarez, Cantis, de Durán, García Grigera, Maldavsky, 2004 Maldavsky, 2002a, b, 2003a Maldavsky y Almasia, 2002 Maldavsky, Alvarez, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2003a, 2003b Maldavsky, Aguirre, Iusim, Legaspi, Rodríguez, 2004</p>
<p>I.b. Contrastes con la investigación clínica Maldavsky, 1999, 2002b, 2003c Almasia, 2001 Maldavsky y Almasia, 2002 Maldavsky y Truscello de Manson, 2002 Kazez, 2002 Alvarez, 2001 Maldavsky, D. et al, 2005</p>	<p>II. b. Del instrumento para el estudio de la defensa Confiabilidad interjueces Maldavsky, 1998, 1999 Repetición de la aplicación de un instrumento del ADL a otros fragmentos del mismo tratamiento Maldavsky et al., 2001 Romano, Maldavsky, 2004 Contrastes entre dos o más instrumentos del ADL Alvarez, Maldavsky, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2004 Buceta, Alvarez, Cantis, de Durán, García Grigera, Maldavsky, 2004 Kazez, 2002 Maldavsky 2003c Maldavsky, Alvarez, Neves, Roitman, Tate de Stanley, 2003a, 2003b Maldavsky y Almasia, 2002 Maldavsky, Cusien, Roitman, Tate de Stanley, 2003 Romano, Maldavsky, 2004 Maldavsky, D. et al, 2005 Maldavsky, D. et al, 2006</p>

^v Con “Esstee” (transformación de “estee”) se intenta traducir “quoi”, un término coloquial denotador de poca cultura y que vale como una muletilla.

^{vi} En *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)* analizamos (Maldavsky, et al 2005) una sesión de Lucrecia con su terapeuta. La paciente tenía un estilo desvitalizado y lograba adormecer a su terapeuta. Para luchar frente al contagio de la somnolencia, la terapeuta tendía a recabar información y otros recursos afines que ponían en evidencia su propia desorientación clínica, pero finalmente fracasaba. Hasta que lograba recuperarse y poner el énfasis en los estados afectivos actuales de la paciente. Entonces una y otra se revitalizaban y podían mantener un contacto afectivo y recuperar una orientación para el trabajo clínico. La paciente había pasado varios años cuidando a una madre postrada al borde de la muerte. Debía permanecer vigilante durante la noche, y se acostaba entonces en forma inversa a la de la madre, pero finalmente quedaba vencida por el sueño. Los esfuerzos infructuosos de la terapeuta por vencer su propia somnolencia la colocaban ante la paciente en la misma posición que esta había tenido ante su madre. Es decir, la terapeuta pretendía luchar contra la somnolencia apelando a recabar información (A2), del mismo modo que la paciente procuraba no dejarse arrastrar por la desvitalización materna acostándose en el sentido contrario, o sea con una propuesta opositora (A2). Una y otra fracasaban y quedaban arrastradas por el contagio del estado desvitalizado del otro. Es posible que los estados inicial y final de la sesión de Z (sobre todo fragmentos 1-4 y 11-14) puedan ser entendidos de una manera similar. El terapeuta no logró rescatar a Z de su desvitalización y en parte quedó inmerso en ella. El también apeló a recursos A2 a lo largo de la entrevista para resolver los estados de desvitalización, y, como la terapeuta recién mencionada, alcanzó un éxito solo precario y transitorio.