

# CONTRIBUCIONES DEL DICCIONARIO COMPUTARIZADO DEL ADL A LAS INVESTIGACIONES CLÍNICAS

## *CONTRIBUTIONS OF THE DLA COMPUTERIZED DICTIONARY TO CLINICAL RESEARCH*

David Maldavsky\*

### Resumen

El trabajo expone sintéticamente algunas investigaciones centradas en el discurso de pacientes y otras centradas en el discurso del terapeuta. En un grupo de estas investigaciones, los resultados del análisis con el diccionario se combinan con los resultados de los análisis con otros instrumentos del ADL, mientras que en otras investigaciones solo se toman en cuenta los estudios con el programa computarizado. Las investigaciones centradas en el discurso del paciente muestran: 1) la sensibilidad del programa para detectar cambios en las escenas desplegadas en las sesiones, 2) la sensibilidad predictiva del programa en cuanto a escenas que aún el paciente no desplegó ni relató, 3) los deseos estadísticamente dominantes en la primera sesión de 12 pacientes de diferente grado de gravedad, 4) los deseos estadísticamente dominantes en la primera entrevista de 7 pacientes afásicos de diferente grado de gravedad. Las investigaciones centradas en el discurso del terapeuta muestran: 1) la contribución del programa para el análisis de la contra-transferencia erótica en un tratamiento, 2) los deseos estadísticamente dominantes durante la primera sesión en un terapeuta con 7 diferentes pacientes, 3) los deseos estadísticamente dominantes durante la primera sesión en un terapeuta con 6 pacientes afásicos. El trabajo termina con una descripción de diferentes estrategias de empleo del diccionario, que incluyen diferentes combinaciones con los restantes instrumentos del ADL, etc.

**Palabras clave:** análisis del terapeuta, análisis del paciente, contra-transferencia erótica, afasia, predicción

### Summary

The study synthetically exposes some researches focusing on the discourse of the patients and others focusing on the discourse of the therapist. In a group of these investigations, the results of the analysis with the dictionary are combined with the results of the analysis with other instruments of the DLA, whilst in other researches only investigation with the computerized program is taken into account. Research

---

\* UCES. E-mail: dmaldavsky@elsitio.net

focusing on the patient's discourse shows: 1) the sensibility of the program to detect changes in the scenes unfolded in sessions, 2) the predictive sensibility of the program regarding scenes that the patient hasn't unfolded or narrated yet, 3) the statistically dominant wishes in the first session of 12 patients with different degrees of affliction, 4) the statistically dominant wishes in the first session of 7 aphasic patients with different degrees of affliction. Research centred on the discourse of the therapist shows: 1) the contribution of the program for the analysis of the erotic counter-transference in treatment, 2) the statistically dominant wishes in a therapist during a first session with 7 different patients, 3) the statistically dominant wishes in a therapist during a first session with 6 aphasic patients. The study ends with a description of the different function strategies of the dictionary that include different combinations with other instruments of the DLA, etc.

**Key words:** analysis of the therapist, analysis of the patient, erotic counter-transference, aphasia, prediction

En la conferencia inicial del presente *workshop* hemos descrito el algoritmo David Liberman (ADL), un método que permite detectar los deseos y las defensas en diferentes niveles del discurso del hablante: relatos, escenas desplegadas, palabras. Prestamos especial atención a la investigación de los deseos con los instrumentos para el análisis de los relatos, los actos del habla y las palabras, estas últimas estudiadas con un programa que contiene un diccionario computarizado. Los deseos que estos instrumentos pueden detectar son siete: LI (libido intrasomática), O1 (oral primario), O2 (sádico oral secundario), A1 (sádico anal primario), A2 (sádico anal secundario), FU (fálico uretral) y FG (fálico genital). Consecuentemente, el diccionario computarizado del ADL consta de siete archivos de palabras. También inventariamos las defensas centrales y las complementarias, cualquiera de las cuales acompaña a los deseos recién mencionados. Las defensas funcionales centrales son: sublimación, creatividad, acorde a fines, y las patógenas: represión, desmentida, desestimación de la realidad y la instancia paterna, desestimación del afecto. En cuanto a las defensas complementarias, suelen ser secundarias a alguna de las centrales, y suelen adquirir un carácter funcional o patógeno según sea funcional o patógena la defensa central. Entre estas defensas complementarias figuran: identificación, proyección, introyección, formación reactiva, anulación, evitación, condensación, desplazamiento, etc.

Las defensas suelen estar asociadas a ciertos deseos. La investigación de la defensa parte de la premisa freudiana de que las defensas son destinos o vicisitudes de la pulsión (y consiguientemente, del deseo). Es decir que a cada pulsión o deseo le corresponden determinadas gamas de la defensa. Por ejemplo, una defensa como la desmentida puede combinarse con O2 (en los rasgos de carácter depresivos) y con A1 (en los rasgos de carácter vindicatorios).

A continuación nos proponemos mostrar diferentes empleos del diccionario del ADL en la investigación clínica. En ocasiones combinaremos el análisis con el diccionario y el análisis recurriendo a otros instrumentos del ADL, para el estudio de escenas extra-transferenciales o desplegadas en las sesiones. En otras ocasiones solo recurriremos al análisis con el diccionario. En la primera parte realizaremos un estudio comparativo de los resultados de los análisis con el diccionario del discurso de varios pacientes con sus terapeutas. En la segunda parte mostraremos el valor del diccionario en investigaciones predictivas y posdictivas.

### **I. Comparación entre los resultados de los análisis de las palabras entre pacientes y entre terapeutas durante la primera sesión**

El objetivo de este estudio es comparar los resultados de la aplicación del diccionario del ADL al discurso de pacientes con diferentes grados de neurosis y de pacientes con afasia de mayor o menor severidad. Asimismo, nos interesa estudiar con este instrumento el discurso de los respectivos terapeutas.

La muestra está compuesta, por un lado, por la transcripción de la primera sesión de 7 diferentes pacientes con un mismo terapeuta (H), y, por el otro, por la transcripción de la primera entrevista clínica de 6 pacientes afásicos con un mismo terapeuta (J).

#### *1.1. Análisis del discurso de los pacientes*

Es posible comparar los resultados de los análisis de las palabras empleadas por 7 pacientes diferentes de un mismo terapeuta (H) durante la primera sesión. He aquí el resultado del análisis de las palabras con el diccionario del ADL para cada uno de ellos.

**Tabla I: Análisis de las palabras de 7 pacientes de un mismo terapeuta**

<b>Pacientes Deseos</b>	<b>Celina</b>	<b>Estefanía</b>	<b>Jacinta</b>	<b>Seraffín</b>	<b>Saveria</b>	<b>Belisario</b>	<b>Poncia</b>
O1					28,99		
O2	24,16	23,65	26,02	22,77	23,75	20,50	25,28
A2	28,56	30,32	30,80	34,74	25,81	28,42	31,96
FU	27,29	24,78	24,92	20,94	21,45	25,24	24,64
FG	19,99	21,24	18,27	21,54		25,84	18,11
	100	100	100	100	100	100	100

Salvo el resultado del análisis de Saveria, el de los demás pacientes revela el peso de A2, O2, FU y FG, con el predominio A2. Saveria es una paciente que combinaba los estallidos de violencia contra terceros y el suponerse dueña de una clave para descifrar el universo, lo cual corresponde a actos del habla y relatos O1. El resultado del análisis de los 7 pacientes en su conjunto da este otro resultado:

**Tabla II: Total deseos de 7 pacientes neuróticos**

Deseos		%
A2	210,61	30,09
O2	166,13	23,73
FU	169,26	24,18
FG	124,99	17,86
O1	28,99	4,14
	699,98	100

Se nota un “empate técnico” en la segunda posición, entre O2 y FU. Es posible contrastar estos resultados con los del análisis de 6 pacientes afásicos de un mismo terapeuta (J). He aquí el resultado del análisis de cada uno de ellos.

**Tabla III: Análisis de las palabras de 6 pacientes afásicos**

Pacientes Deseos	Roberto	Isabel	Irma	Cristina	Eduardo	Favio
O1	31,58	27,21				
O2	22,00	31,88	26,50	14,82	19,26	20,55
A2	25,73	20,92	38,03	36,05	30,65	26,61
FU	20,69		19,07	28,07	30,60	27,66
FG		19,99	16,40	21,06	19,49	25,17
	100	100	100	100	100	100

Puede advertirse que en estos pacientes se da una mayor variedad en cuanto a la prevalencia entre los deseos detectados. Mientras que en dos de ellos tiene relevancia O1, en los otros cuatro A2 tiene un carácter dominante, aunque en dos (Eduardo y Favio) haya un “empate técnico” con FU y en uno (Favio) también con FG. En cuanto a los resultados del conjunto de los análisis, he aquí los porcentajes.

**Tabla IV: Total deseos de 6 pacientes afásicos**

Deseos	%
A2	29,66
O2	22,50
FU	21,01
FG	17,02
O1	9,80
	100

Es posible advertir un “empate técnico” entre O2 y FU en la segunda posición. Al comparar los resultados globales de los análisis de las muestras de pacientes neuróticos y de pacientes afásicos se evidencian más bien las semejanzas, salvo el mayor peso de O1 en los pacientes afásicos.

### 1.2. Análisis del discurso de los terapeutas H y J

En cuanto al análisis de las palabras en el discurso del terapeuta (H) de los 7 pacientes neuróticos mencionados poco antes, he aquí los resultados.

**Tabla V: Análisis de las palabras de H con 7 pacientes neuróticos**

Terapeuta Deseos	Celina	Estefanía	Jacinta	Serafín	Saveria	Belisario	Poncia
O2	24,16	22,99	20,44	22,53	24,62	21,12	24,42
A2	28,56	31,66	29,99	30,00	27,45	30,67	30,55
FU	27,29	25,33	29,04	20,67	26,99	29,03	25,86
FG	19,99	20,01	20,52	26,8	20,93	19,17	19,16
	100	100	100	100	100	100	100

Como se advierte, en todos los casos prevalece A2, mientras que FU y O2 alternan en cuanto al segundo lugar, en ocasiones con un “empate técnico” entre ambos o con A2. Solo en un caso (en la sesión con Serafín) FG tuvo un valor más importante, mientras que en el tratamiento de Celina, Jacinta, Saveria y Belisario tuvo más relevancia FU en el terapeuta, con un “empate técnico” con A2 en la primera posición. El resultado global del análisis de estos siete discursos del terapeuta H es el siguiente.

**Tabla VI: Total deseos H**

Deseos	%
A2	29,84
FU	26,32
O2	22,90
FG	20,94
	100

El análisis refleja el predominio de A2, con un “empate técnico” entre O2 y FG en el tercer lugar. Estos resultados pueden compararse con los del análisis de las palabras en el discurso del terapeuta (J) de los 6 pacientes afásicos.

**Tabla VII: Análisis de las palabras de J con seis pacientes afásicos**

Terapeuta Deseos	Roberto	Isabel	Irma	Cristina	Eduardo	Favio
O2	26,38	22,34	30,36	25,22	21,18	28,09
A2	29,92	32,7	24,02	24,62	25,93	27,71
FU	26,45	20,57	24,04	28,18	29,45	25,48
FG	17,26	24,38	21,58	21,98	23,43	18,73
	100	100	100	100	100	100

Estos resultados muestran que O2, FU y A2 ocupan la posición más relevante, a veces con un “empate técnico” entre ambos. Además, en una ocasión (con Isabel) predomina FG. En consecuencia, en el análisis del discurso de J. con los pacientes afásicos se advierte una amplia gama en cuanto a las prevalencias de los deseos prevalentes. El enfoque global de estos resultados es el siguiente.

**Tabla VIII: Total deseos J. con pacientes afásicos**

Deseos	%
O2	25,61
A2	27,44
FU	25,71
FG	21,24
	100

El resultado refleja el “empate técnico” entre A2, O2 y FU. El análisis de las palabras en las intervenciones de este mismo terapeuta con pacientes no afásicos arroja este otro resultado.

**Tabla IX: Total deseos J. con pacientes no afásicos**

Terapeuta (Daniel y Gastón)	%
O2	20,37
A2	31,52
FU	25,99
FG	22,11
	100

El resultado refleja un predominio de A2 y un “empate técnico” entre O2 y FG en el tercer lugar.

### 1.3. Discusión

Al comparar los resultados globales, se advierte que en los pacientes suelen predominar cuatro lenguajes: O2, A2, FU y FG. A veces estos se combinan con O1 (en 3 pacientes). Es posible inferir que el predominio de O2, A2, FU y FG es prácticamente la regla, y el resto son más bien excepciones que requieren una atención especial. En cuanto al predominio entre los cuatro lenguajes dominantes, A2 suele ocupar la *pole position*. Esta también parece ser una regla, que incluye también a una mayoría de los pacientes afásicos y al terapeuta H. Sin embargo, al comparar los resultados del análisis de las palabras de J. con pacientes afásicos y no afásicos, es posible advertir una diferencia: mientras con los primeros se da un “empate técnico” entre O2, A2 y FU,

con los segundos se da una coincidencia con la norma. El estudio de las sesiones de los pacientes afásicos permite inferir que este valor de O2 y FU en las intervenciones del terapeuta está ligado con los insistentes esfuerzos que J. realiza para establecer el contacto (FU) y la conexión afectiva (O2) con los pacientes, esfuerzos que parecen algo más atenuados en las sesiones que tiene con los pacientes no afásicos. La comparación entre el resultado del análisis del discurso de J. con pacientes afásicos y no afásicos muestra que la mayor diferencia se presenta respecto de A2 y O2, lo cual expresa el predominio de la tentativa de conexión con los estados afectivos ante los pacientes afásicos y la prevalencia en el pensar concreto ante los pacientes no afásicos. También merece un comentario el mayor peso relativo de FU en el discurso de H, el cual parece ser expresión de momentos de desorientación o de cautela al intervenir.

Es posible concluir que las variaciones que se detectan en el discurso del terapeuta J. respecto de la norma son consecuencia del tipo de vínculo establecido con sus pacientes, y que cuando no se encuentra con las mismas dificultades (para el contacto y la sintonía afectiva) su discurso parece más afín con la norma.

## **II. Valor predictivo del análisis con el diccionario del ADL**

En lo que sigue expondremos dos tipos de investigación en que comparamos el resultado del análisis con el diccionario con el del análisis de relatos y actos del habla. En ambas investigaciones el análisis con el diccionario tuvo un valor predictivo. En la primera de ellas, la predicción se centró en el terapeuta, y en la segunda, en la paciente. Por fin, en la tercera sección de este apartado procuraremos extraer una propuesta general referida a este valor del diccionario en investigaciones de carácter predictivo.

### *II.1. Anticipación posdictiva de una contra-transferencia erótica en el terapeuta*

El estudio que sigue pretende mostrar el valor predictivo del empleo del diccionario en la investigación del terapeuta, y sobre todo su afectividad. En un trabajo con colaboradores (Maldavsky et al., 2003a) nos concentramos en un sector de la cuarta sesión de una paciente, María, y su terapeuta. La paciente tenía 24 años y trabajaba como locutora. Tenía fuertes componentes histriónicos y vengativos, que se reforzaban ante personajes a los que investía de autoridad, lo cual se expresaba como una presentación con apariencia seductora. El terapeuta tenía 35 años, con unos 10 de experiencia clínica. Al estudiar las intervenciones del terapeuta en el comienzo de la cuarta sesión del tratamiento detectamos dos fragmentos (A y B). Las intervenciones del terapeuta fueron la respuesta a diferentes relatos de la paciente. En el primer relato, realizado en estado de exaltación rabiosa, la paciente describió el enojo con el novio que la dejaba sola. En el segundo, en cambio, evocó escenas infantiles de enojo con su madre. En ambos fragmentos el terapeuta desarrolló una estrategia con los dos primeros pasos que tenían el mismo carácter: 1) acompañamiento del discurso de la paciente, 2) indicación preparatoria de la intervención central. Las diferencias en cuanto a su

estrategia se daban cuando realizaba la intervención central. En el Fragmento A tuvo dos estrategias (I y II), y en el Fragmento B solo una (Estrategia II), similar a una de las del Fragmento A. En el Fragmento A el terapeuta recurrió primero a la Estrategia I contenida en su árbol de decisiones (en la que privilegiaba los estados afectivos, como es inherente a O2). Luego desarrolló la Estrategia II, en la cual prestaba atención a procesos de pensamiento, al ordenamiento de las relaciones, etc. (A2). En cambio, en el Fragmento B solo recurrió a la Estrategia II. La Estrategia I resultó fracasada, ya que la paciente redobló su estado de exaltación furiosa en la sesión, y la Estrategia II resultó exitosa, ya que la paciente pasó a recordar episodios infantiles de enojo y a pensar acerca de ellos. En la primera Estrategia el terapeuta terminó con estados de duda y desorientación y en la segunda Estrategia terminó orientado y ordenado.

<b>Fragmento A</b>	
Secuencia de intervenciones en la Estrategia I	Secuencia de intervenciones en la Estrategia II
1) FU (acompañamiento)	1) FU (acompañamiento)
2) A2 (indicación preparatoria)	2) A2 (indicación preparatoria)
3) O2 (intervención central)	3) A2 (intervención central)
4) A2/FU (dudas y desorientación): disfórico	4) A2 eufórico
Dominancia lógica: O2/A2/FU	Dominancia lógica: A2/FU

**Tabla X: Secuencias de intervenciones del terapeuta**

<b>Secuencia de intervenciones en el Fragmento B</b>
1) FU (acompañamiento)
2) A2 (indicación preparatoria)
3) A2 (intervención central)
Dominancia lógica: A2/FU, coincidente con Estrategia II

**Luego de realizada esta comprobación, analizamos las palabras en estos dos fragmentos apelando al programa computarizado. Obtuvimos, entonces, estos resultados:**

<b>Fragmento A</b>	
<b>Estrategia I</b>	<b>Estrategia II</b>
1. A2 30,24%	1. FU 29,46%
2. O2 23,81%	2. A2 21,17%
3. FG 15,87%	3. FG 19,88%
4. FU 15,12%	4. O2 19,33%

**Tabla XI: Análisis de las palabras en las estrategias clínicas del terapeuta**

<b>Fragmento B</b>
1) FU 30,50%
2) A2 23,30%
3) FG 17,79%
4) O2 12,71%

Concluimos que los resultados de los análisis de las frases y de las palabras son afines, sobre todo en cuanto a destacar el peso de O2 en la Estrategia I, a diferencia de la Estrategia II.

Luego evaluamos las intervenciones del analista. Concluimos que la Estrategia I era clínicamente no pertinente, y que la Estrategia II sí lo era. La Estrategia I incrementaba la resistencia de la paciente, mientras que la Estrategia II contribuía a crear y afianzar la alianza terapéutica y a que la paciente pensara y extrajera algunas conclusiones.

Formulamos entonces una hipótesis sobre la Estrategia I del terapeuta. Sostuvimos que, en parte como consecuencia del discurso exhibicionista con un afán vengativo de la paciente, el terapeuta pretendía defenderse con esta estrategia de una perturbadora contra-transferencia erótica.

El paso siguiente consistió en estudiar con el diccionario el discurso del terapeuta en otras sesiones. El análisis computarizado detectó que en una muestra de unas 20 sesiones del primer año de tratamiento se daba esta prevalencia en cuanto a las palabras.

**Tabla XII: Análisis computarizado de las palabras del terapeuta en 20 sesiones**

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

En ambas ocasiones, O2 tenía fuerte relevancia. En consecuencia, conjeturamos que 1) si en estas sesiones se mantenía la coincidencia entre los resultados de los análisis de palabras y de frases (y por lo tanto en el nivel de las frases tenían peso las que expresaban a O2), y 2) si las correspondientes intervenciones del terapeuta seguían siendo no pertinentes, entonces 3) el terapeuta continuaba sufriendo los efectos de la defensa ante su contra-transferencia erótica.

Dimos entonces un nuevo paso. Con otro equipo de colaboradores (Maldavsky, Aguirre, Iusim, Legaspi, Rodríguez Caló, Tate de Stanley, 2004) estudiamos el discurso

del terapeuta en una sesión unos meses posterior a la investigada precedentemente. Advertimos entonces que en ella 1) se seguían dando coincidencias entre los resultados de los análisis de palabras y frases, 2) las intervenciones del analista en que predominaba O2 no eran pertinentes, 3) al finalizar la hora el terapeuta consignó en el grabador un comentario a solas: dijo haber sentido en esa sesión menos contratransferencia erótica.

## *II.2. Anticipación del rumbo de un cambio clínico positivo*

En la conferencia introductoria a la presente reunión (publicada también en este volumen de la revista) hemos expuesto brevemente un estudio en que se podía advertir la coincidencia entre los resultados de los análisis de los relatos, los actos del habla y las palabras. Los estudios comparativos de los discursos de pacientes y terapeutas, realizados en esta misma conferencia, parten de este mismo supuesto, es decir, que los resultados de los análisis de las palabras con el diccionario coinciden con los de los relatos y con los de los actos del habla. Sin embargo, no siempre se dan tales coincidencias.

Deseamos presentar ahora el ejemplo del estudio de las sesiones de Lucrecia, en que comenzó existiendo una discordancia entre los resultados de los análisis de las escenas y los de las palabras, discordancia que dejó de existir con posterioridad.

### Sesión I

Lucrecia (49 años, oficinista) comenzó el tratamiento tres años atrás. Cuatro años antes de dicho comienzo, su madre había muerto luego de pasar cinco años en estado vegetativo. Lucrecia se había dedicado a cuidarla. Era hija única, no se había casado y vivía con su padre. Antes de que naciera la paciente, sus padres habían tenido otro bebé, que falleció pocos días después del nacimiento. La madre había esperado tres años antes de comenzar a buscar un nuevo bebé, hasta que tuvo a Lucrecia. La paciente recordaba que los domingos la familia solía visitar la tumba de su hermana. La terapeuta es también una mujer, con 25 años de experiencia.

Durante la primera sesión luego de las vacaciones Lucrecia presentó un lenguaje pobre, con silencios persistentes. Apenas si contestaba a las preguntas de la terapeuta. Lo primero que dijo fue que estaba somnolienta pero que podía controlarse. Luego describió una escena reciente: había ido a la cama pero intentó no dormirse. Se acostó del lado opuesto al que solía, como había ocurrido cuando su madre estaba enferma y ella la cuidaba luchando contra el sueño. Entonces, como en el pasado, no pudo resistir y se quedó dormida. Respondiendo a las insistentes preguntas de su terapeuta, Lucrecia contó algunos episodios de su vida cotidiana: la medicación que estaba tomando, sus planes de ir al cementerio, las compras en el supermercado, etc. Las intervenciones de la terapeuta oscilaron entre: 1) la referencia a los afectos de la paciente, 2) preguntas acerca de cómo pasaban las cosas en la vida diaria de la paciente y cuándo realizaba

algunas de sus actividades. Cuando Lucrecia escuchaba el primer tipo de intervención clínica hacía una descripción hiperrealista de determinados episodios de su vida cotidiana. No obstante, predominó el segundo tipo de intervenciones durante la extensa parte inicial de la sesión. En la segunda parte de la sesión la terapeuta volvió sobre el episodio en que la paciente quedó dormida acostada del lado opuesto en su cama. Interpretó que la paciente estaba recordando el tiempo en que sus dos padres estaban vivos y su madre estaba enferma. La paciente respondió que se acercaba el cumpleaños de su madre. La terapeuta se refirió al resurgimiento del alivio que la paciente pudo haber sentido, así como a los sentimientos de culpa que pudo haber tenido cuando murió su madre. Agregó que en aquel entonces se debía de haber preguntado por qué ella continuaba viviendo; en esa pregunta había una referencia a su falta de vitalidad. Lucrecia dijo que deseaba tanto como temía la muerte de su madre, y que no toleraba cuidarla, ni física ni espiritualmente. En la parte final de la sesión, la paciente manifestó que quería celebrar su propio cumpleaños, pero que su padre no estaba de acuerdo. La terapeuta centró sus intervenciones en el deseo de la paciente de salir de la situación en que predominaban las relaciones endogámicas.

Durante la mayor parte de la sesión la voz de la paciente tuvo un timbre somnoliento. En la segunda y tercera parte de la sesión, el timbre somnoliento fue reemplazado por otro en que predominaban los resonadores frontales. Durante la sesión en algunos momentos la paciente elevó el volumen de la voz y tuvo un tono humorístico. Durante la extensa primera parte de la sesión la terapeuta se sintió somnolienta, pero este estado desapareció en la segunda y tercera partes.

El análisis de los relatos en los tres momentos de esta sesión puede quedar sintetizado en la siguiente grilla:

**Tabla XIII: Análisis de los relatos en la Sesión I**

	<b>Deseos</b>	<b>Defensas</b>	<b>Estado</b>
Primera parte de la Sesión I	LI	Desestimación del afecto	Exitoso- fracasada
Segunda parte de la Sesión I	O2	Desmentida	Exitoso- fracasada
Tercera parte de la Sesión I	FG	Represión	Exitosa

Igualmente, tiene importancia en el nivel de los relatos y las escenas desplegadas otro lenguaje, A2, combinado con la represión+defensas caracterológicas fracasadas. A2 se pone de manifiesto, en los relatos, en la referencia a la tendencia opositora y a los esfuerzos por controlarse y resistir la somnolencia, que resultaron fallidos. A2 tiene un valor complementario, y queda subordinado inicialmente a LI, luego a O2 y finalmente a FG. Estos mismos resultados se advierten en los tres momentos de la sesión en el nivel de las escenas desplegadas, tomando en cuenta los actos del habla y

los componentes paraverbales. En este nivel de las escenas desplegadas también tienen un cierto valor FU (frases auto-interrumpidas) y FG (dramatizaciones). En cuanto al análisis de las palabras, he aquí el resultado en cada una de las tres partes de la sesión.

**Tabla XIV: Análisis de las palabras en las tres partes de la Sesión I**

<b>Primera parte de la Sesión I</b>	
1. A2	30,97
2. FU	25,96
3. O2	23,10
4. FG	19,97

<b>Segunda y tercera parte de la Sesión I</b>	
1. FU	35,35
2. A2	34,86
3. FG	29,78

Es posible advertir que existen diferencias entre los resultados de los análisis de las escenas (relatadas y desplegadas) y los de las palabras. El resultado del análisis de las palabras con el diccionario muestra la relevancia de algunos lenguajes (como A2 y FU) que en el nivel de las escenas (sobre todo las desplegadas) tienen un valor solo complementario. Esta diferencia entre los resultados de los análisis lleva a conjeturar que en la paciente algunas escenas no han alcanzado figurabilidad (sobre todo en los relatos), y que si la terapeuta (que pasó en esta sesión por momentos de somnolencia) realizara intervenciones clínicamente pertinentes podrían llegar a alcanzar la manifestación.

## Sesión II

En los meses siguientes la terapeuta pudo salir de su somnolencia e intervenir de manera clínicamente pertinente. También desapareció la somnolencia en la paciente. En una de estas sesiones la paciente relató una confusa escena de abuso sexual en su infancia. El abusador y su esposa eran amigos y vecinos de sus padres, quienes de pronto dejaron de encontrarse con ellos, sin que la paciente entendiera los motivos. La paciente relató también escenas de su infancia en que, al caminar por la calle en la cercanía de la casa del abusador, ella trataba de ocultarse. También evocó una escena en que su madre discutió violentamente con la esposa del abusador, y que ella trató de interrumpir la pelea y de que se alejaran.

El análisis de los relatos puso en evidencia el valor central de FU y la represión+rasgos caracterológicos (tendencia evitativa), mientras que en el análisis de las escenas desplegadas

predominaron A2 y la defensa acorde a fines (relatos de situaciones concretas). El análisis de las palabras muestra este resultado.

**Tabla XV: Análisis de las palabras en la Sesión II**

A2	30,81
FU	27,28
O2	24,65
FG	17,26

Los resultados del análisis de las escenas relatadas y desplegadas son similares a aquellos de las palabras en el estudio previo del discurso de Lucrecia. En consecuencia, los resultados previos del análisis de las palabras (que no coincidían con los de las escenas relatadas y desplegadas en la misma sesión) sugerían la importancia de una escena aún no desplegada, que se hizo evidente en los meses siguientes. La paciente probablemente no habría recordado la escena del abuso en la infancia si la terapeuta no hubiese cambiado su estrategia clínica.

Por consiguiente, es posible concluir que 1) si los resultados del análisis de las escenas relatadas y desplegadas no coinciden con los de las palabras, y 2) si el terapeuta tiene una estrategia clínicamente pertinente, entonces podemos anticipar que 3) el paciente desplegará o relatará ciertas escenas acordes con los resultados de los análisis de las palabras.

Además, este estudio revela que la falta de coincidencia entre los resultados del análisis de las escenas y de las palabras estaba acompañada por determinadas defensas: desestimación del afecto y desmentida, mientras que la coincidencia entre estos resultados se vio acompañado de un cambio de dichas defensas por otras más benignas.

### **Una nueva estrategia de análisis computarizado**

En un libro anterior (Maldavsky, Aguirre, Alvarez, Bodni, Britti, Buceta, et al., 2005) presentamos un estudio del discurso con el programa computarizado de 10 pacientes y sus correspondientes 5 terapeutas, que muestra otra utilidad de esta herramienta y abre nuevos caminos a la investigación. Con respecto al discurso de los terapeutas, contrastamos los resultados del análisis de las frases y los que ofrece el diccionario. Separamos los discursos en diferentes fragmentos tomando en cuenta la estrategia clínica prevalente en cada uno. Analizamos así quince fragmentos. En todos ellos, menos en uno, coincidieron el análisis de las frases y el de las palabras. En la excepción, el terapeuta debió encarar una fuerte ansiedad del paciente.

Sobre el discurso de los pacientes, el estudio comparativo de los resultados de los diferentes niveles de análisis requiere de una consideración más cuidadosa. El material fue separado en 35 fragmentos. A veces la unidad de análisis era la narración del

paciente, y en algunas otras ocasiones, el vínculo (podemos decir, las intervenciones del terapeuta y su incidencia en el intercambio). Fue posible observar que en el 50% de los fragmentos, los resultados del análisis con el diccionario coincidían con los resultados del análisis de los actos del habla y las narraciones. En el otro 50%, un 20% de los resultados del análisis de las palabras y de las narraciones coincidía casi completamente, pero difería de los resultados del análisis de los actos del habla. En ese caso fue posible deducir que el deseo evidenciado en palabras y escenas narradas podía además aparecer luego en los actos del habla del paciente. En un 15%, las coincidencias entre los resultados de los análisis de palabras y narraciones fue menor, pero en un fragmento posterior del tratamiento, el paciente desarrolló un discurso cuyos resultados del análisis en los niveles de las narraciones y los actos del habla coincidían con los resultados presentes en el nivel de las palabras. En el otro 15%, el resultado del estudio de las palabras, que difería de los otros dos tipos de resultados (actos del habla y narraciones), sugería que, si hubiera un cambio en la defensa patológica, la coincidencia sería mayor.

He aquí un panorama de las coincidencias y las diferencias.

**Tabla XVI: Comparación entre el análisis computarizado y la investigación de las escenas**

Coincidencia total:	50%
Coincidencia parcial actual:	20%
Coincidencia debida a una anticipación consumada:	15%
Coincidencia debida a una anticipación supuesta:	15%

El 50% en el cual no existen coincidencias en los resultados puede dividirse en dos sectores: el 35% de las diferencias entre los resultados del análisis de las palabras y los actos del habla corresponde a una anticipación inferida (sea debido a que la narración lo confirma, sea porque luego los actos del habla correspondientes comenzaron a desplegarse), mientras que el 15% restante queda solo como una conjetura.

Es posible advertir una conexión entre estas coincidencias parciales y el tipo de defensa interviniente.

1. Coincidencias parciales actuales: 20% del total. Defensa: represión, con el complemento de una desmentida secundaria
2. Coincidencia confirmada luego: 15% del total. Defensa inicial: desmentida y desestimación del afecto. Defensa posterior (cuando los resultados de los distintos niveles del análisis coinciden): represión
3. Coincidencia solo conjeturada: 15%. Defensa: desmentida y desestimación del afecto.

Las diferencias entre los resultados del análisis computarizado y los del análisis de las frases y narraciones pueden combinarse con la prevalencia de ciertas defensas frente a la realidad, los juicios y los afectos pero no frente al deseo.

No sabemos si esta conclusión puede generalizarse más allá de la presente investigación, lo cual conduce a sugerir que se desarrollen nuevos estudios.

### **Bibliografía**

Maldavsky, D.; Álvarez, L.; Neves, N.; Roitman, C.R. y Tate de Stanley, C. (2003a). "El ADL y el análisis de las vicisitudes transferenciales en los inicios de un tratamiento psicoterapéutico". En *Intersubjetivo*, 5, 3.

Maldavsky, D.; Aguirre, A.; Iusim, M.; Legaspi, L.; Rodríguez Caló, M. y Tate de Stanley, C. (2004). "The trees of clinical decisions and the erotic countertransference. A study with David Liberman algorithm". *SPR Meeting*. Rome. 2004.

Maldavsky, D.; Aguirre, A.; Álvarez, L.; Bodni, O., Britti, A.M.; Buceta, C.; Bustamante, B.; Cantis, J.; Cusién, 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. y Widder, F. (2005). *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)*. Buenos Aires: UCES.

*Fecha de recepción: 15/12/09*

*Fecha de aceptación: 10/05/10*