

Investigación empírica de las conexiones que establece el terapeuta en sus intervenciones clínicas: método y ejemplos

David Maldavsky

El autor destaca primero el valor de las intervenciones de nexo entre aquellas que el terapeuta formula en la sesión. Luego propone una clasificación basada en considerar los criterios (contigüidad, analogía, causalidad) con que tales intervenciones se realizan, y describe y comenta dichos criterios con algún detalle. Propone también algunos caminos para evaluar tales intervenciones y destaca la utilidad de este tipo de investigación. Tras presentar dos extensos ejemplos concretos, formula algunos comentarios e interrogantes finales.

Introducción

Estudios de hace tres décadas han coincidido en destacar que la conexión empática y receptiva y la autenticidad del terapeuta son una condición para que un tratamiento contribuya a lograr un cambio clínico positivo en el paciente (véase, por ejemplo, Lambert y Bergin, 1994). Al mismo tiempo, comenzaron a considerarse con más detenimiento las intervenciones concretas del terapeuta (Hill y O'Grady, 1985). Pese a algunas diferencias, varios de los equipos de investigación han prestado atención a la función que estas intervenciones tienen como criterio para distinguir entre ellas. En trabajos previos hemos presentado una categorización de las intervenciones, que en buena medida coincide con la de otros equipos de investigación, en la que tomamos en cuenta su función: 1) recabar información, 2) sintonizar, 3) focalizar, 4) establecer nexos, 5) complementar las intervenciones precedentes (ejemplos, repreguntas, aclaraciones, síntesis), 6) consecuencias prácticas (sugerencias o indicaciones referidas a las conductas o los afectos). Esta taxonomía permitió dar mayor precisión al estudio de la contra-transferencia y el enactment (Maldavsky, 2018b) y del cambio clínico

positivo o negativo (Goldberg, 2017, Kazez, 2015, Maldavsky, Argibay, Truscello de Manson, 2015, Maldavsky et al., 2007, entre otras alternativas). Más allá de ello, la taxonomía recién expuesta hizo posible apreciar que, junto con las intervenciones ligadas con la creación de un ambiente receptivo en el vínculo (que podrían corresponder a sintonizar con el paciente), existen otras, que tienen relevancia aunque diferente función. Entre estas intervenciones figuran las que establecen relaciones entre aspectos expuestos por el paciente, a las cuales, por nuestra parte, designamos como intervenciones de nexo. Cabe destacar que también las intervenciones de sintonía implican el establecimiento de nexos, pero solo entre lo que el paciente relata o despliega en la sesión y un estado afectivo (angustia, rabia) o un estado somático (somnia, taquicardia y dolor de vientre), mientras que las intervenciones a las que aludimos ahora establecen nexos entre diferentes situaciones incluyendo a veces también conceptos, y aspiran a aportar otra perspectiva para lo que el paciente ha expresado, con lo cual puede ocurrir que surjan nuevas opciones de encarar situaciones problemáticas. Por lo tanto, estas intervenciones parecen corresponder a un aspecto relevante de los objetivos clínicos. Del mismo modo que las intervenciones para



crear y mantener un clima empático y receptivo pueden generar en sí mismas un efecto positivo en el paciente, y son sobre todo una condición para el trabajo terapéutico ulterior, estas otras intervenciones constituyen la tarea nuclear, tendiente a promover una modificación favorable consistente en el paciente.

En este trabajo, precisamente, nos proponemos prestar atención más detallada a estas intervenciones de nexo. Intuitivamente, tenderíamos a pensar que estas intervenciones pueden llegar a reflejar también el influjo de determinada orientación teórica a la cual adscribe el terapeuta, intuición esta que, como se verá, requiere mayores precisiones. Un estudio más detenido de estos aspectos en las sesiones puede correr el riesgo de que el investigador introduzca algún sesgo, con la consiguiente perturbación del proceso de estudio. Para atenuar en parte este riesgo proponemos establecer algunas reglas claras para los respectivos análisis. Igualmente. Además, nos referiremos brevemente a la utilidad de este tipo de investigación.

Cabe destacar, por fin, que este trabajo, como otros ya expuestos sobre la contra-transferencia (Maldavsky, 2015) y el enactment (Maldavsky, 2018b), constituyen tentativas de estudiar el pensamiento preconsciente del terapeuta, y hacen de complemento de otros trabajos, en que hemos intentado hacer algo similar con el pensamiento del proceso secundario del paciente (Maldavsky, 2017, 2018a).

Tipos de intervenciones de nexo

Es conveniente exponer con claridad cuáles son los tipos de intervenciones de nexo que el terapeuta formula. Como consecuencia de los estudios realizados, proponemos categorizar las intervenciones de nexo en términos de contigüidad (espacial o

temporal), analogía y causalidad. Dicho sumariamente, 1) los nexos basados en la contigüidad espacial o temporal tienden a relacionar eventos que el paciente ha expuesto uno a continuación del otro sin que haya razón aparente alguna para ello y/o eventos que el paciente ha relatado de manera dispersa y carentes de conexión, como ser que en la misma época en que se evidenciaron los rasgos excesivamente evitativos del paciente la madre tuvo una crisis psicótica, 2) los nexos basados en la analogía tienden a relacionar dos o más escenas por uno o más rasgos en común, como ser que el paciente finge ante un amigo para crear una apariencia de seguridad y madurez y tiene una crisis de vergüenza al suponerse descubierto en sus limitaciones, y también finge en el trabajo para convencer a los jefes de su capacidad y su compromiso con la tarea y teme que se descubra que no cumple con lo esperado, y 3) los nexos basados en la causalidad tienden a relacionar las escenas tomando en cuenta el enlace causa-efecto, por ejemplo que luego de la muerte del padre el paciente perdió la capacidad para llegar al orgasmo en una relación sexual.

Lo descrito sumariamente requiere mayores aclaraciones. Las intervenciones basadas en la contigüidad ponen de relieve los aspectos que el terapeuta considera relevantes en el enfoque de un caso, y suelen ser consecuencia de la tarea exploratoria en las intervenciones tendientes a recabar información, a sintonizar y a focalizar. Los nexos por contigüidad tienden a crear una red de situaciones más o menos compleja. Las intervenciones basadas en los nexos por contigüidad pueden evidenciar una tendencia a un enfoque mono-causal o, a la inversa, una tendencia a la complejidad, según si el terapeuta reúne elementos coexistentes de manera más o menos amplia.

Las intervenciones por analogía permiten reunir elementos dispersos en grupos con rasgos en común. Los elementos así reunidos



suelen integrar parte de varios de los conjuntos previamente contruidos por nexos basados en la contigüidad. La analogía puede involucrar las escenas que un paciente relata o personajes de diferentes escenas relatadas, y también puede involucrar a escenas relatadas y escenas desplegadas. Estas analogías tienden a crear clases de elementos afines. La analogía también conduce a proponer la existencia de grupos en oposición, como por ejemplo entre personajes virtuosos y viciosos, o entre intrépidos y cobardes.

En un terreno más general, cabe comentar que uno de los rasgos de la teoría psicoanalítica es que los conflictos con el deseo, con el superyó, con la realidad, quedan expresados como escenas, que son su ejemplificación, a veces su modelización e inclusive su operacionalización. En consecuencia, un terapeuta puede establecer nexos entre una escena narrada o desplegada por un paciente y alguna escena como ejemplificación de un concepto, con lo cual pone énfasis en determinado enfoque. Este nexo entre una escena concreta y la escena que ejemplifica un concepto recurre a la analogía, que entonces cobra un fuerte papel al tratar de dar un sentido a los hechos.

Se ha destacado también el valor del razonamiento por analogía en la jurisprudencia, y, en términos más amplios y en otro sentido, en la argumentación científica, al aportar creatividad a determinado enfoque de un problema (Nersessian, 2002). Pese a la riqueza de perspectivas que puede aportar, también existe el riesgo de que en las intervenciones por analogía se agrupen elementos de manera excesiva, tal como se detectó en el estudio de un caso, en que la terapeuta tendió a destacar afinidades entre elementos desconsiderando algún aspecto diferencial y por lo tanto interfiriendo en la posibilidad de tomar en cuenta algún rasgo central, que hubiera permitido tener más claridad en el estudio de

los problemas presentados por el caso en cuestión (Maldavsky, 2018c).

Más allá de ello, uno de los aspectos más interesantes en este nivel es detectar cuál es el criterio por el cual un terapeuta crea una clase de elementos que considera semejantes y cuál es el criterio para decidir que dos clases de este tipo se hallan en oposición, una hace de medio para la otra, etc.

En las intervenciones clínicas el nexo por excelencia es el causal, que implica suponer que una serie de factores predisponentes, concurrentes y precipitantes son determinantes de alguna manifestación que preocupa en el presente. El nexo causal suele relacionar elementos antes reunidos por analogía. En este terreno puede tener un influjo mayor la adscripción teórica del terapeuta, que también se refleja, como ya destacamos, en los nexos por analogía. La mayor o menor complejidad en el enfoque concreto de un terapeuta se evidencia en la articulación entre factores predisponentes, concurrentes y precipitantes en las intervenciones de nexo.

En este terreno cobran relieve los estudios que destacan que en nuestro trabajo clínico realizamos procesos de generación, contraste y modificación de hipótesis sobre la realidad de modo parecido a como la hace el método científico. Es posible que las propuestas de Bion (1963) coincidan con esta orientación. Liberman (1970) tenía una idea similar respecto del trabajo clínico en la sesión, en que el terapeuta ratifica o rectifica una orientación clínica y realiza un testeo de las propias hipótesis siguiendo un modelo como el hipotético deductivo. Quizá en términos de enfoques más recientes podamos agregar que los terapeutas en sus intervenciones de nexo razonen de modo similar a como lo propone el formalismo normativo de las redes bayesianas.

También se ha destacado que en el razonamiento causal se desarrollan dos



procesos, uno de ellos intuitivo e inmediato, y el otro reflexivo, que requiere de un trabajo previo (Evans y Stanovich, 2013), situación que puede también corresponder a una secuencia en el establecimiento de nexos causales en las intervenciones del terapeuta.

Es notable que Freud, al formular su descripción del aparato psíquico en términos de estratos de huellas mnémicas sucesivas a partir del vivenciar, haya destacado el valor de estas tres lógicas para la organización del mundo representacional inconsciente: simultaneidad-contigüidad, analogía y causalidad (Freud, 1900a). Respecto de la primera, sostuvo que constituye el criterio inicial para enlazar representaciones entre sí, criterio al que Bion (1962) denominó “conjunción constante”. Este enlace por simultaneidad corresponde al momento del vivenciar, en que se reúnen un estado afectivo, un registro motriz y uno sensorial, que quedan inscriptos como una unidad. Luego pueden enlazarse, también por simultaneidad-contigüidad, diferentes inscripciones previas. El segundo criterio, la analogía, destaca el valor de la identificación y de lo que Freud denominó “complejo del semejante” (Freud, 1950a). El tercero, por fin, la causalidad, se evidencia, por ejemplo, en relación de lo que Freud aludió respecto del “complejo de castración” para dar cuenta de lo que el niño se dice para explicarse las diferencias sexuales anatómicas. Las lógicas surgidas en cada momento para el establecimiento de nexos cada vez más complejos entre elementos psíquicos parecen tener menos un origen vivencial, y más bien ser consecuencia de una preparación intrapsíquica de carácter instintivo, como Freud lo planteaba en relación con numerosos procesos psíquicamente preparados por disposiciones innatas (Freud, 1915e, 1918b). Así, pues, parecería que estos tipos de nexo corresponden a disposiciones psíquicas a la búsqueda de la complejidad en los procesos

cogitativos, comenzando con la captación de regularidades que culminan en el desarrollo de inscripciones psíquicas (enlace por contigüidad), para luego establecer conexiones de modo de comprender al semejante, encontrar lo familiar en el otro (como es inherente a la analogía), para culminar con el esfuerzo de dominar la realidad y transformarla (como es inherente a la causalidad). Así como la identificación parece ser el fundamento del enlace por analogía, la proyección parece ser el fundamento del enlace causal. En efecto: Freud (1941f) sostuvo que el mundo exterior es fundado por un proceso proyectivo, que, por ejemplo, tiende a ubicar en el exterior la fuente estimulante sensorial que el órgano de los sentidos capta. En un primer momento, el niño supone que el estímulo es parte de sí, y puede recrearlo alucinatoriamente, y la caída de este supuesto alucinatorio permite fundar al exterior como causa. En este proceso la proyección tiene el valor de ubicar en el mundo un elemento que inicialmente se consideró parte de sí, y esta proyección va acompañada de una investidura libidinal que dota de nuevo sentido al mundo sensorial. Es notable que estos mismos criterios que Freud adscribió al proceso primario, inconsciente, también estén operando en los procesos secundarios, preconsciente-conscientes, del terapeuta. Freud sostenía que estos diferentes nexos de las huellas mnémicas inconscientes constituyen “traducciones” intrapsíquicas, cada una de ellas con mayor grado de complejidad que la anterior. Es posible que una traducción similar ocurra con el pasaje desde un tipo de intervención a otra que exige mayor complejidad en la elaboración por el terapeuta.

Evaluación de las intervenciones de nexo

En trabajos previos prestamos atención a los criterios para evaluar los tipos de



intervenciones del terapeuta (recabar información, sintonía, focalización, nexos, etc.). Sostuvimos que las intervenciones de sintonía toman en cuenta determinados estados afectivos y/o somáticos del paciente y sobre todo aquellos en que predominó algún tipo de displacer, y que las intervenciones de focalización se basan en considerar en qué sectores de las manifestaciones del paciente se hace evidente un fracaso parcial o total de la defensa, ya que este es el punto en el cual es conveniente que el terapeuta ponga el acento en su trabajo clínico. La focalización se suele articular con la sintonía previamente realizada, ya que las escenas en que fracasa la defensa son aquellas en las cuales predominan los estados afectivos y/o somáticos displacenteros. Para evaluar la pertinencia clínica de las intervenciones de sintonía y de focalización apelamos al estudio de las manifestaciones del paciente con el algoritmo David Liberman (ADL), un método que aporta instrumentos para detectar los deseos y las defensas y su estado en el terreno verbal y en terrenos no verbales (Maldavsky, 2003, 2013, Maldavsky et al., 2005, Maldavsky et al., 2007). Este estudio permite apreciar si existen coincidencias entre las situaciones más perturbadoras y acuciantes descritas por el paciente y los estados afectivos y/o somáticos displacenteros y las manifestaciones que el terapeuta tendió a considerar. Respecto de las intervenciones de nexo propusimos algunas orientaciones generales, dado que carecíamos entonces del refinamiento, alcanzado con posterioridad, acerca de las características diferenciales entre ellas.

Ahora podemos agregar que la reunión de los diferentes aspectos de las escenas (narradas o desplegadas en sesión) en que el paciente ha evidenciado un estado displacentero y un fracaso parcial o total de las defensas es un criterio básico para decidir si las intervenciones basadas en un nexo por contigüidad son suficientemente ricas y

abarcativas para el trabajo posterior en las intervenciones de nexo por analogía y por causalidad. En este nivel de configuración del conjunto del material problemático un criterio de unión entre los elementos puede consistir en el estado displacentero, afectivo o somático, como ser un sentimiento extendido de angustia o de somnolencia del paciente.

En cuanto a los nexos por analogía, las intervenciones pueden fallar 1) por omitir relaciones de semejanza que podrían esclarecer mejor la situación clínica o por extender excesivamente esta relación por semejanza y conformar un grupo en el cual quedan desconsiderados aspectos diferenciales centrales, y/o 2) por la creación de grupos opositivos al contraponer elementos que no corresponden al mismo nivel (como por ejemplo al plantear al paciente que tiene dos deseos en pugna, uno de los cuales en realidad es consecuencia de la compulsión a repetir situaciones traumáticas y el otro no, y por lo tanto la presentación de estos términos como opuestos puede desconsiderar la relevancia de su origen diferente).

En cuanto a los nexos causales en las intervenciones clínicas, suelen ser los más conectados con conceptos abstractos, y uno de los riesgos es que el terapeuta tienda a explicar un problema central del paciente apelando a una argumentación más ligada a conceptos que conectada con los hechos relatados por el paciente. Es cierto que a veces los conceptos permiten inferir aspectos poco observables en una situación clínica, pero también lo es que existe un riesgo de atenerse en exceso a estos conceptos en detrimento de una manifestación que muestra insistentemente que la argumentación para entender el caso va por otro carril.



Utilidad de este tipo de estudio

En trabajos previos hemos realizado aportes iniciales al enfoque que proponemos ahora. Por ejemplo, al estudiar las intervenciones de focalización en el análisis de un caso concluimos que el terapeuta había desconsiderado el problema central presentado por el paciente (Maldavsky, 2018c), con lo cual, al reunir los elementos centrales por contigüidad, había omitido algunos de ellos de importancia. En otras oportunidades hemos estudiado el árbol de decisiones clínicas de un terapeuta, que pasó de un enfoque a otro respecto de las manifestaciones del paciente (Buceta et al, 2004). En aquel entonces no contábamos con una fineza de recursos para el análisis, por lo cual nuestro estudio fue más general. Describimos entonces en dos sesiones de pacientes diferentes dos alternativas clínicas que se le presentaron al terapeuta, entre las cuales este eligió en ambos casos la que parecía más apropiada. Las decisiones clínicas del terapeuta en ambos casos parecieron derivar de una captación del problema central y del establecimiento de nexos causales clínicamente pertinentes. Este enfoque además permite destacar que el terapeuta a veces escoge en los hechos con una conciencia intuitiva del conflicto entre dos opciones, conflicto este que, si el terapeuta lo registra, le exige optar entre ellas o hallar algún otro tipo de solución, en todo lo cual influye también la actividad de una instancia auto-observadora y crítica de los errores intelectuales plasmados en las acciones (Maldavsky, 2017, 2018a). Ya mencionamos que en otra oportunidad prestamos atención a las fallas en las intervenciones de nexo basadas en la analogía de una terapeuta, que tuvieron un carácter excesivamente amplio y que desconsideraron matices diferenciales entre los elementos así reunidos, con lo cual se dificultó el análisis de los nexos causales determinantes (o al menos determinante de uno de ellos que parecía ser el detonante

actual) específicos en una situación problemática. En otro trabajo (Maldavsky, Rembado, Truscello de Manson, 2018), centrado en las resistencias de contra-transferencia del terapeuta, destacamos el hecho de que este tendía a exponer sus intervenciones de nexo causal partiendo de la hipótesis de los conflictos de una paciente con la función paterna más que de la consideración de los hechos concretos, en que la paciente aducía que el padre aparecía de manera intrusiva en su cotidianidad y no aceptaba los límites que ella intentaba poner.

En todos estos trabajos los beneficios del enfoque más refinado de las intervenciones de nexo consistieron en permitir evaluar con un criterio más específico las características de la falta de pertinencia clínica en dichas intervenciones.

Más allá del rendimiento concreto en estos trabajos, cabe destacar que existen otras alternativas de empleo de estas propuestas. Entre sus utilidades se encuentra la posibilidad de comparar dos sesiones de la misma día paciente-terapeuta con un tiempo intermedio, para determinar si hubo cambios no solo en el paciente sino también en el terapeuta. Igualmente, con este enfoque se podría estudiar el complemento de un cambio clínico (positivo o negativo) en un paciente, considerando qué ocurría con el terapeuta en esas mismas sesiones. Otra alternativa podría consistir en el estudio de la contra-transferencia del terapeuta y su relación con la lógica de sus intervenciones, y algo similar se podría estudiar cuando se detecta que el terapeuta desplegó un enactment. Del mismo modo, se podrían estudiar las sesiones de dos pacientes con problemas clínicos similares y atendidos por diferentes terapeutas.



Ejemplos

Presentaremos ahora dos ejemplos de estudios de casos de un mismo terapeuta, relativamente sencillos para el análisis y bastante redundantes en cuanto a sus rasgos. El plan de cada uno de estos dos estudios es 1) en primer lugar sintetizaremos la sesión segmentada tomando en cuenta el hecho de que el terapeuta haya formulado una intervención de nexos, 2) luego realizaremos algunos comentarios sobre el caso en que quedan implícitos (para evitar que el trabajo se vuelva excesivamente extenso) los análisis con el ADL de los deseos y las defensas (y su estado) en los relatos y actos de habla del paciente, 3) a continuación consideraremos y evaluaremos las intervenciones de nexos del terapeuta. Deseamos advertir al lector que por momentos los comentarios se hallan un poco distantes del material clínico aludido, y ello puede despertar alguna desorientación o dificultad para seguir el hilo argumentativo, y por lo tanto el texto requiere alguna paciencia de quien lo esté considerando.

Pascual

Hemos segmentado la siguiente síntesis de la sesión tomando en cuenta el tipo de intervención formulada por el terapeuta y los intercambios consiguientes con el paciente. Entre las intervenciones del terapeuta, solo se toman en consideración las de nexos, y en cambio se dejan a un lado aquellas en que recaba información, que integran el segmento 1 y luego se esparcen en el resto de la sesión, intercaladas entre las de nexos, y también las de sintonía y de focalización, más evidentes en el extenso segmento 7.

1. Pascual (24) cuenta que había ido a un psicólogo por un año y luego dejó de ir, pensó que podría resolver solo el problema y no fue así, y prefirió no volver a ver al mismo terapeuta y que este se quedara con la idea de que él

había resuelto su problema. Dos años después vuelve a consultar a un nuevo terapeuta, y aclara que los problemas que tuvo en aquel entonces eran dos: la soledad y su dificultad sexual. Agrega que en este primer encuentro no sabe hasta dónde decir, y que un momento después dirá más. El terapeuta comenta que no tiene obligación de hacerlo. Aclara que el terapeuta anterior lo ayudó y que él es muy cerebral, racional. No le sale relajarse en algunas cosas. Cuando va por la calle va encerrado en sus pensamientos, salvo que haya un accidente. Va pensando en su trabajo, en el estudio, en sus relaciones, se inventa situaciones en que no estuvo nunca, como si tuviera un problema extremo, y se imagina resolviéndolo de una manera que sabe que no lo va a arreglar, como una pelea con un amigo por una chica. Agrega que se ha peleado con un amigo por una chica y que se imaginaba traicionándolo, porque ahora la chica es novia de él. Es algo de hace años que ahora reflató. El paciente salía con una chica, luego la dejó de ver y el amigo empezó a salir al poco tiempo y todavía son novios. Un amigo puso un café como para concentrar a un grupo de conocidos a su alrededor, y allí confluieron otros conocidos, entre ellos una chica, que su amigo le presentó. Él le gustó y se vieron un tiempito, y él tenía una urgencia de sacar a la chica de este grupo para que no se mezclaran las cosas. El paciente explica que en el grupo ella iba a tener que atravesar algunas experiencias que él no quería. Él tiene grandes dificultades para relacionarse con el sexo opuesto, nunca tuvo relaciones sexuales. A veces tiene una inquietud, una



- necesidad de resolverlo. Quiere resolver un problema, no por tener sexo.
2. El terapeuta, que hasta ese momento había recabado información, comenta que es más un conflicto que un deseo. El paciente prosigue diciendo que tenía la necesidad de resolver ese problema y de asegurarse de que cualquier cosa que le pudiera suceder en un ámbito de intimidad con ella no fuera a trascender. Él ponía excusas, ahora piensa que era una estupidez, a un mes de conocerse. Él quería que ella lo eligiera, le parecía que ella quería venir al grupo para tener amigos, porque estaba medio sola. Él quería que ella estuviera con él y para asegurarse de eso tendía a alejarla.
 3. El terapeuta comenta que eso que le pasaba no era una estupidez sino algo conflictivo. El paciente prosigue diciendo que era una estupidez pedirle una prueba de amor a una chica que acababa de conocer.
 4. El terapeuta comenta que la relación le producía mucha ansiedad. El paciente agrega que está viviendo en este momento y con la mente ya lo proyectó y entonces dice cosas que corresponden a un momento posterior, y que esto tiene que ver con el hecho de que es muy inseguro, y todo eso lo molesta. Cuando consultó dos años atrás nunca había tenido relaciones sexuales, y ahora también tiene que ver un poco más con el hecho de que siente que no encuentra una mujer para él, se siente excesivamente rechazado, y él sabe que tiene mucho que ver. Sus amigos tienen una novia y él ha tenido algunas cosas pero nunca pudo hacerse querer por una mujer. Con la chica él se aleja, se da cuenta de que está haciendo las cosas mal, quiere recomponerlas y ya no puede. La chica comenzó a verse con otro de los amigos del bar y se pusieron de novios. Él dejó de ir un tiempo al café del amigo y cuando se lo comentaron manejó el impacto. Habían salido todos a una fiesta y en un momento lo dejaron solo. Él se sentía con mucha exposición. Uno de los amigos lo llamó y le explicó que lo habían dejado solo porque no querían que viera a su ex novia con otro amigo. Él dijo que entendía la situación y luego hablaron del asunto algo más extensamente. La madre y la hermana se dieron cuenta de lo que le pasaba y la madre lo provocó, quería hablar con él pero no desde un buen lugar, incitándolo a ser más despierto e inteligente para que no le hicieran esas cosas. El piensa que todo el tiempo debió de ser así. Él no habló más del tema con su amigo pero se empezó a cerrar. Por momentos estuvo obsesionado pensando si la chica volvería, pero con ella no hubo novedades, y hace poco reflató todo esto porque el paciente se fue con varios amigos de vacaciones a Villa Gesell y allí conocieron a un grupito de chicas y durante el verano él estuvo con una de las chicas. Él había puesto distancia con las chicas y allí quería tener una novia de vacaciones, no sabía si se permitiría decir que tenía una novia si no había tenido relaciones con ella. Esa era una barrera, una novia sin haber tenido relaciones es una estupidez.
 5. El terapeuta le pregunta por qué, si lo siente así o siente que es una obligación hablarlo con la chica que está de novio. Luego comenta que se trata de un curriculum bastante pesado, que se relaciona con la frase de



la madre que le había dicho que él tenía que ser más despierto. El paciente acuerda con él y alude a su virginidad. El terapeuta comenta que es un prontuario. El paciente acuerda con el terapeuta y agrega que no se permitiría sentirse enamorado, ya que primero tendría que foguearse, experimentar.

6. El terapeuta comenta que racionalmente debe de ser muy trabajoso enfocarse a una situación de placer por estar con alguien. Agrega que esta es una mochila que lleva cuando se encuentra con alguna chica. El paciente responde que él pone distancia.
7. El terapeuta comenta que la distancia es como la que se pone ante lo que representa un gran obstáculo, que él siente algo similar a lo que dice su madre, como si en un encuentro con una chica él tiene que ser despabilado. Él siente que esa es una obligación, una exigencia. Entonces lo que podría ser una experiencia satisfactoria pasa a ser una carga pesada y el paciente se las tiene que arreglar al menos racionalmente para equilibrarse y poder conectarse con la chica, aunque con inseguridad. Agrega que el paciente parece transmitir que no tiene perspectiva en cuanto a que ella lo quiera. El paciente propone suponer que él se construya un personaje para parecer más despierto o para enfrentar estas situaciones, y que lo haga ante una chica, y que la chica crea en ese personaje, y no capte que él pone distancia, la rechaza. Cada vez más espaciadamente tiene historias así con alguna chica. Cuando la chica le cree él siente rechazo de que la chica guste de él. Por un lado es lo que más quiere y por otro lado le dejan de gustar. Salió

alguna vez con una chica que le confesó que ella era virgen, y eso le ocasionó varios sentimientos. Racionalmente era como un obstáculo mayor, ya que ella no tenía experiencia, pero con prostitutas él no ha podido un par de veces, y eso ocasionó que evitase las situaciones que podían derivar en eso. A veces el no poder implicaba que no tuvo erección y a veces que, teniéndola, no hubo penetración. En el nivel físico tiene un temor a un dolor o una distancia con su cuerpo, como si no fuera él con su cuerpo. El paciente prosigue diciendo que no se conoce y no se relaja como los demás, y de más joven tuvo un problema con la masturbación, no está habituado, no lo hace como se debe, aunque sabe que no hay una fórmula. Su mayor progreso fue hacerlo como puede, como le sale. El problema es por qué no lo hace como se debe. La cuestión lo está agotando, es frustrante. El terapeuta le pregunta si le genera angustia y el paciente responde afirmativamente, y lo mismo cuando el terapeuta le pregunta si le genera rabia. El paciente agrega que si bien se permite hacerlo como a él le sale, se mira desde afuera y se dice que no se hace así, que no está bien, y ese condimento del cuerpo le aparece cuando está con otros. El paciente agrega que plantea el problema como si no tuviera escapatoria, y cuando le plantean soluciones apelando a métodos no complicados en teoría, con una prostituta o con una chica que no lo convence, o aparentar ser el novio de una chica, dice que no. Él tiene la idea de que en algún momento se va a solucionar, alguna noche con algún personaje medio anónimo, que



no tenga problemas y que no esté relacionado con su círculo, y quizá con algún trago encima, y que van a ir a algún cuarto, y todo eso va a funcionar.

Curiosamente, hacía poco estuvo con una chica así, en un bar, salvo que era una prima de una conocida. De todos modos están bien, la chica no nota nada en él, él había disimulado bien, estaba medio alcoholizado, se boicoteaba y empezaba a transitar un camino, se puso a buscar salidas cercanas, y la chica se le acercó y él le propuso tener un mayor acercamiento, y ella aceptó. Él le pidió que dejase a la prima y le ofreció ir en su auto. Se puso en la situación en que no tenía otra alternativa que salir con ella. Empezaron a dar vueltas sin saber dónde ir, y pretendió espantarla, empezó a llevarla hacia su casa, para volver a la suya, pero cuando se acercó a la casa de ella detuvo el auto y descubrió que tenía al lado un hotel. Ella pensó que lo había hecho adrede y él en lo único que pensaba era en cómo salir de la situación. Le recordó que ella tenía un novio, simuló que eso ponía mal, como que él lo entendía porque había estado en ese lugar, con una actuación muy buena. Pero la excusa no lo convencía tampoco a él, y entonces entraron en el hotel, mientras se decía que al menos iba a conocer el lugar y que fuera lo que Dios quisiera. Entonces se puso nuevas excusas, como ser que podía entrar su madre o su hermana, pero no estaban en su casa. Además, arguyó que no tenía preservativo y la chica los pidió por teléfono y en seguida les trajeron una cajita. En la experiencia al comienzo no tenía erección y luego empezó a disfrutar, pero dudaba si la erección era suficiente. Intentó penetrarla sin éxito. El paciente explica al terapeuta que tiene un miedo físico y un dolorcito por poner el pene en una posición en la que no está acostumbrado. El terapeuta dice que no entiende lo que dice el paciente acerca de poner el pene de otro modo y pide mayor

explicación. El paciente dice que en su niñez llegó tarde a muchas cosas, sus compañeros siempre descubrían algunas cosas mucho antes que él. Una de ellas era la masturbación. Hablaban del tema insistentemente y él no sabía de qué estaban hablando. Todos la habían descubierto gracias a un chico que la descubrió. Él le preguntó y el chico le explicó algo, a grandes rasgos y además le dijo que no quería decirle mucho porque era algo que le tenían que decir sus padres. Él no tiene padre, que murió a sus 6 años. Cuando ocurrieron estos hechos él tenía ya 11 años, y cuando en su casa su madre fue a saludarlo para darle las buenas noches, él le hizo la pregunta sobre la masturbación y ella no ocultó su nerviosismo y dijo que prefería que respondiera su pareja. Él se negó, ya que nunca desarrolló con él un vínculo o de confianza, y le dijo que prefería que lo que fuera lo dijera ella. Entonces ella muy temerosa trajo un libro que tampoco explicaba mucho sobre la operatoria. Ella habló de las cosquillas que producen placer que uno se hace a sí mismo. Entonces él empezó a hacerse cosquillas en la ingle y decidió llamar a eso masturbación. Al amigo le dijo que él se hacía eso desde hacía mucho, pero le faltó una última explicación, que mucha gente descubre.

8. El terapeuta comenta que fue como la falta de padre. El paciente continúa diciendo que luego superó esa etapa de las cosquillitas en la ingle pero no sabía que era tomar el pene para arriba y para abajo. Lo supo por algunos chistes, y esa fue su manera de aprender. Cree que en algún momento estuvo más cerca inclusive que ahora. A los 12 años encontró cuál era la forma que estaba buscando, sin llegar a pasar al glande, aunque era bastante parecida. Le decían que tenía que masturbarse para eyacular y de ese modo llegaría el desarrollo, ya que los otros chicos eran más desarrollados.



9. El terapeuta comenta que había que hacer y había que ser, y que desde el comienzo el sexo fue una obligación. El paciente acuerda con él y prosigue diciendo que él nunca se miraba mucho, y cuando lo hacía se distraía.

El paciente hizo referencia a varios temas, pero solo algunos pueden ser encarados como episodios: el retraso desde pequeño respecto a los compañeros en cuanto a experiencia, el ingreso tardío y parcial en la práctica masturbatoria, el temor al dolorcito en el pene y al cambio de posición durante las actividades sexuales, la tendencia a fingir, el aprender sin tener quien lo guíe, las prácticas sexuales incompletas con algunas chicas, la escasa relación con el hombre que es pareja de la madre, la muerte prematura del padre, la tendencia a apelar a su madre como orientadora, la tendencia a la imaginación y a anticipar los hechos, la tendencia al alejamiento y la fuga. Los diferentes temas se agrupan en un conjunto: la muerte prematura del padre parece haber dejado al paciente apegado a este y sin aceptar al sustituto que su madre tiene como pareja. Al mismo tiempo, es posible que este deceso haya influido para que sobreviniera un retraso del paciente en cuanto al aprendizaje vital y una tendencia a apelar como solución a buscar amigos que lo orienten, inclusive a su madre y al aprendizaje indirecto a través de las anécdotas contadas por terceros. Este modo indirecto de aprendizaje parece ser el modo de protegerse de la vergüenza. Quizá fuera también un modo de testimoniar su fidelidad al padre. Es posible que en el paciente se hubiera desarrollado así un rasgo de carácter que lo aislaba del resto de sus conexiones y lo mantenía apegado a soluciones solitarias de sus problemas. El núcleo irreductible de su dificultad tiene que ver no tanto con la relación con una mujer sino con su pene, sobre todo por el temor que le producía colocarlo en una posición a la que no estaba

acostumbrado y por el temor al dolorcito. Algunos de los aspectos centrales de esta situación resultan enigmáticos, ya que el dolorcito podría corresponder a alguna fimosis parcial, dado que el paciente hizo alguna alusión al glande, pero no es claro lo referido respecto de la posición del pene. Es posible que para esos problemas con el pene, que era el aspecto central de la situación, el paciente hubiera requerido de quien hiciera de padre. En cuanto a la tendencia del paciente a fingir, parece tener un carácter funcional, que le permite realizar su experiencia sexual sin poner en evidencia su falta de relaciones previas, con la vergüenza correspondiente. También había fingido ante el terapeuta anterior, y al consultar ahora a uno distinto estaba mostrando que prefería mantener la apariencia respecto del anterior. La evitación parecía ser el complemento del aparentar, en que la fachada disfrazaba su tendencia evitativa. Sin embargo, en los hechos el paciente fue apelando a la apariencia para culminar en una relación incompleta con una chica en un hotel, poco tiempo atrás, y quizá este fue el episodio detonante que lo decidió a realizar la consulta. Así, pues, en el paciente la tendencia a fingir era relativamente funcional, porque al menos en el presente no se acompañaba necesariamente de una tendencia a la evitación sino que le iba permitiendo realizar las experiencias que le importaban, con una tendencia ambiciosa, inversa de la fuga. Entonces se le hizo más claro que el centro del problema no era la relación con la chica sino con el propio pene, y que ese problema era el que lo había conducido a la evitación. Así que posiblemente el paciente estuviera buscando un interlocutor para encarar dicho problema. El material de que disponemos, además, no nos permite determinar si en los conflictos derivados de su relación con el pene tiene o no relevancia, o hasta qué punto la tiene, una identificación con el padre enfermo.



En cuanto al terapeuta, en el segmento 1 sobre todo recaba información, y realiza un comentario referido a que no era una obligación que el paciente dijera algo más comprometido. En los segmentos 2 y 3 el terapeuta describe la situación del paciente como un conflicto. En el segmento 4 se refiere a la ansiedad del paciente al relacionarse con una mujer. En el segmento 5 alude a que el paciente se siente obligado a la relación sexual y a su curriculum o su prontuario negativo por la falta de experiencia sexual. En el segmento 6 se refiere a las dificultades del paciente para tener situaciones placenteras y que la mochila que lleva le hace de obstáculo. En el segmento 7 el terapeuta comenta que se da una contraposición entre las situaciones placenteras y las obligaciones y agrega que el paciente cree no tener perspectivas de que la chica lo quiera. En el mismo segmento el terapeuta procura sintonizar con el estado afectivo del paciente y recabar información respecto de las posiciones del pene a las que el paciente alude. En el segmento 8 el terapeuta establece una relación entre las dificultades del paciente respecto de la masturbación y la falta de padre. En el segmento 9 el terapeuta se refiere a que el paciente estaba obligado a hacer y a ser, y a que el sexo fue siempre una obligación.

El terapeuta parece tener un enfoque único del problema del paciente, basado en la contraposición entre las relaciones por obligación y por placer, con un predominio de las primeras sobre las segundas. Inclusive, el comentario inicial del terapeuta referido a que no era obligatorio decir algo que el paciente tenía dificultades para relatar, parece anticipar su postura posterior.

En consecuencia, el terapeuta establece nexos entre los aspectos mencionados por el paciente basados en la analogía, que implica reunir en un conjunto elementos dispersos, sobre todo reunidos a partir de suponer que existe un elemento en común, consistente en

la obligación, y en otro conjunto reúne elementos dispersos en torno de la búsqueda del placer. Otros enlaces por analogía tienen un valor diferente, notable sobre todo en una intervención de la segunda mitad de la sesión, cuando, en el segmento 6, el paciente alude a poner distancia con una chica cuando existe la posibilidad de un acercamiento. En el segmento 7 el terapeuta apela a la semejanza para decir que esa distancia se parece a la que se pone cuando existe un gran obstáculo, y él se siente obligado a ser despierto siguiendo la palabra materna. En este caso es posible que la cuestión de la distancia corresponda a un rasgo evitativo del paciente, y el terapeuta tiende a diluir la diferencia entre lo que afirmaba hasta ese momento y los hechos contenidos en el relato del paciente.

A estas intervenciones de nexo basadas en la analogía se agregan las intervenciones de nexo basadas en la causalidad, que parecen centrales. En las intervenciones de carácter causal el terapeuta apela a desplazar uno de los dos componentes de la oposición previa entre obligación y placer y transformarlo en factor promotor de efectos: la obligación aparece entonces como causa de las dificultades para el disfrute. Es notable que en el segmento 8 el terapeuta establezca un nexo causal entre la dificultad para encontrar la forma de masturbarse y la falta de padre, y para realizar este nexo causal el terapeuta apela a la semejanza: la falta de una explicación es como la falta de padre. El “porque” queda remplazado por el “como”.

En cuanto al paciente, el problema central parece no ser solo con las mujeres sino con su pene y su temor al dolor si lo coloca en una posición que no es la acostumbrada, inclusive en la masturbación. Al respecto el terapeuta agrega una argumentación adicional, referida a la falta de padre, pero en el segmento final vuelve a su argumentación general, centrada en la obligación. Es posible que la consideración algo más amplia de la relación



entre los problemas del paciente con la sexualidad y lo ocurrido con su padre, su temprana muerte, quizá una enfermedad precedente, hubiera permitido abrir nuevos enfoques al problema clínico central del paciente.

Quizá hubiera sido conveniente reunir en primer lugar por un nexo por contigüidad temporal el atraso en el aprendizaje extra-escolar y el período de la posible enfermedad y la posterior muerte del padre, para culminar en la situación del atraso en el aprendizaje de la práctica masturbatoria.

Por otra parte, el terapeuta no toma en consideración una tendencia del paciente a fingir para que alguna chica se interese por él. Tampoco le prestó atención a la tendencia del paciente a protegerse de que los amigos y conocidos se enteraran de su dificultad, lo cual parecía relacionado más bien con una defensa frente a la vergüenza.

Nicolás

Como en la síntesis precedente, hemos segmentado el siguiente resumen tomando en cuenta el tipo de intervención formulada por el terapeuta los intercambios consiguientes con el paciente, y consideramos solo las intervenciones de nexo.

1. Nicolás (22) empieza relatando que tres años atrás murió su madre de cáncer y poco antes le había dicho que sentía que a él le había dado poco afecto, poca atención. Él es el hijo del medio entre otros dos que siempre demandaron atención por sus problemas. En cambio, a él todo le salió bien, no presentó dificultades, y si los tenía no los hacía notar. Cuando la madre murió, a él le costó más que al resto superar la pérdida. Le costaba manifestar afecto a otra gente, con sus amigos y conocidos. Recientemente se animó a relacionarse con una chica, después de

mucho tiempo en que no se atrevía. Surgieron problemas sexuales para mantener la erección y para eyacular. Se puso a pensar y concluyó que tenía una inhibición con el tema sexual, que en su familia no se habló. Pudo cambiar algunas cosas, pero lo relacionado con la pareja lo sigue sufriendo. Le genera mucha ansiedad, le pone muchas expectativas a la relación y no lo puede disfrutar. Con respecto a la relación iniciada hace un tiempo, la considera una oportunidad de tener una pareja estable. Es muy perfeccionista, quiere hacer las cosas bien pero llega un punto en que reniega de las pautas sociales. Trata de hacer todo perfecto y lo que sabe que no le va a salir no se anima a hacerlo, lo rechaza, piensa que no le va a interesar. El paciente agrega que antes de arrancar una relación se ha sorprendido pensando que en su vida estaba todo bien y que le faltaba una novia para que fuera todo perfecto. Tiene ese modelo metido en la cabeza.

2. El terapeuta ha formulado hasta este punto intervenciones para obtener información, y en este momento (séptima intervención) realiza un primer comentario en que pretende establecer nexos: describe en el paciente un conflicto en sus relaciones entre dos alternativas: la exigencia y el placer, conflicto en el cual da mayor preeminencia a la primera opción.

El paciente acuerda con esta intervención y agrega que habló de esta actitud perfeccionista con su padre. El paciente cree que mamó esta actitud de su madre, que era muy responsable en todos los ámbitos, siempre sufría porque nada salía como tenía que salir. Tiene esta actitud desde muy chico, a los 12 o 13 años, en una edad en que no tendría que haber sentido esta responsabilidad. Le faltó



rebeldía, jamás hizo cosas que no se debían hacer. Sus rasgos de rebeldía son tolerables, arrancó a emborracharse a la edad en que era más tolerable emborracharse. Si bien nunca se le prohibió nada, se espera que él haga cosas, y tiene conflictos con el tema de la carrera. Nunca supo por qué decidió estudiar arquitectura. Tiene un abuelo paterno que no conoció, con algunas historias interesantes, como su participación en el diseño de edificios públicos. Eligió la carrera porque no sabía de qué se trataba y le dio curiosidad. Luego tuvo una crisis y ganas de viajar. Nunca le terminó de gustar la carrera y nunca le costó. Pronto se recibe. No encuentra nada que lo apasione. Cree haber tenido épocas más apasionadas.

3. El terapeuta formula otra intervención. Le dice al paciente que lo que este describe parece aludir a situaciones en que se sintiera encorsetado, como si le impidieran el movimiento. El paciente acuerda con este comentario.
4. Poco después el terapeuta formula otra intervención en que describe en el paciente una secuencia en que arranca y luego es como si perdiera el interés. Ante esta intervención el paciente responde que cuando la otra persona no se define él siente mucha ansiedad, y que cuando esa persona le da cierta seguridad él empieza a dudar. Eso le ha ocurrido en las relaciones previas y también le está pasando en el presente.
5. El terapeuta sintetiza lo que el paciente ha dicho y el paciente responde que además elige mujeres con mucha personalidad, con relaciones no sencillas. Si todo va a ser sencillo no le atrae la atención. No son mujeres sumisas sino que tienen proyectos propios.
6. Entonces el terapeuta en el mismo turno de habla formula dos intervenciones diferentes: primero le pregunta si el paciente recuerda situaciones en

que tuviera escaso interés, como si tuviera escasas energías, como le pasa cuando una chica se dispone a estar con él, y luego afirma que esto le ocurre porque cuando la chica se dispone a estar con él va a tener alguna exigencia y él no va a tener energía suficiente como para dedicarle. Luego agrega que el paciente está encorsetado, como si intentara buscar y luego se le pincha el interés y le aparece una duda. El paciente responde que no sabe si siente desinterés, que encuentra motivos para sufrir la relación, y que oscila entre la duda y la seguridad en la relación. Luego alude a la relación actual, que comenzó una noche estando ambos borrachos. En ese momento intentó una relación sexual que no se concretó por problemas de erección, que él atribuyó a la borrachera. Al comienzo no sabía qué sentía por esa chica, y ella le planteó que gustaba de él. Al volver a encontrarse se dio cuenta de que no gustaba de ella y se empezó a atormentar. El paciente sentía que tenía que demostrar que tenía un interés por ella. Él había sentido que ella le gustaba, que tenían afinidad, que no quería que le pasara lo que le ocurrió en otras ocasiones, quedar esperando en actitud pasiva. Ambos se reunieron a hablar y ella le planteó que se sentía insegura, y él le replicó que gustaba mucho de ella. Continuaron viéndose y en el siguiente encuentro sexual él se inhibió y lo mismo ocurrió en una ocasión posterior, y él teme que esta situación afecte la relación.

7. El terapeuta reitera que el paciente avanza para tratar de convencer a la otra parte, pero que luego le surgen miedos cuando ella le demuestra su interés, parecería que siente como una obligación de demostrarle para que se



quede con él, para que no piense que él es una mala persona, y que, sea como fuere, queda atrapado en obligaciones, sobre todo observables en el plano sexual. Aclara que no debería ir a la cama por obligación de satisfacerla. Se arma entonces un circuito negativo, le resulta más difícil distenderse para tener una relación satisfactoria para ambos. Luego el terapeuta agrega que esto le ocurre también con la carrera y en otros terrenos.

El paciente acuerda con el terapeuta en que lo mismo le ocurre con la carrera y que cuando quiso cambiar la madre lo frenó. Con ella hablaba estos temas, y ella lo frenó cuando quiso cambiar con el argumento de que ella hizo lo que le gustaba y luego vivió sufriendo. Entonces él se pinchó, necesita el impulso para el cambio, con la mala suerte de que cuando está por terminar le comentan que el mundo laboral de los arquitectos es muy complicado, y ahora está asustado por lo que puede pasar cuando se reciba. Agrega que a veces habla también con el padre, que trabaja como director de un centro de cómputos. El padre también empezó una carrera que no le gustó y no se dedicó, y no tiene pasión por nada.

8. El terapeuta comenta que el padre le da un modelo y no es un referente que pueda ayudar al paciente a salir de estar desanimado, mientras que la madre parecía dar la imagen de lo que él debía ser. Cuesta saber qué quiere el paciente. Tal vez hubo un momento en que aparecieron los deseos y quedaron taponados.

El paciente acuerda con el terapeuta y se pregunta qué hace con la carrera. El terapeuta agrega qué hace con las mujeres y el paciente coincide con él.

9. El terapeuta comenta que el paciente ha mencionado que tenía una oportunidad que no quería perder, se pasaba

el tiempo de algo, como si él tuviera un plan, un proyecto que no podía armar. El paciente responde que él cuestiona a sus amigos que no tienen proyectos, mientras que él planifica demasiado.

10. El terapeuta reitera que cuando estaba borracho pudo salir de las obligaciones, pero luego, al volver a la normalidad estas obligaciones reaparecen y la relación se complica.

El paciente se refirió a varios temas: la relación con las chicas, con los estudios que está a punto de terminar, con la madre, con el padre, con los amigos y conocidos, con su tendencia perfeccionista. Entre ellos, los que parecen más centralmente ligados con el motivo de consulta y sus preocupaciones son la cuestión de su sexualidad y en segundo lugar la ligada con la carrera. A ello se podría agregar la cuestión del vínculo con amigos y conocidos y una tendencia a evitar mostrarse en situaciones en que puede sentir vergüenza ante ellos. En su búsqueda de mujeres enérgicas y con iniciativa intenta encontrar personajes similares a su madre, y algo similar ocurre con su tendencia perfeccionista. Sin embargo, esta tendencia perfeccionista se combina con otra, evitativa, que parece central, y que parece corresponder a una identificación con el padre. De la identificación con este también parece provenir una necesidad de estímulos para seguir avanzando en algún proyecto.

El paciente parece haber mantenido un equilibrio psíquico durante años apelando a una combinación de recursos evitativos y perfeccionistas, en que el perfeccionismo quedaba al servicio de mantener la tendencia a la evitación. En este marco, dos situaciones, una ligada con la sexualidad y con las chicas y la otra con el trabajo, parecían perturbar su situación. Entre ellas, la más inmediata tenía que ver con su sexualidad, con el momento en que una chica se mostraba interesada y esperaba su respuesta acorde a la escena. El problema central expuesto en la sesión parece ser



la dificultad con la sexualidad, como los fracasos recientes que teme repetir, mientras que la dificultad con la chica, por quien dice perder interés, resulta secundaria al primero. Sobre todo parecía faltarle un estímulo o una orientación por un modelo paterno y quizá sobreviniera en este segundo momento una identificación con un personaje decepcionante, como pudo serlo la madre con él, ya que, según el paciente, ella no le brindó afecto. Es posible que la búsqueda de un apoyo de este tipo haya sido uno de los factores centrales para la consulta.

En cuanto al terapeuta, en el segmento 1 no formula intervenciones de nexo, pero sí en el segmento 2, en que describe una oposición entre dos alternativas: búsqueda de obligaciones, búsqueda de placer. En el segmento 3 alude a que el paciente se siente encorsetado, propuesta que parece afín con la categorización ya expuesta, y podría corresponder a una alusión a que el paciente está atrapado en sus obligaciones. En el segmento 4 el terapeuta alude a una secuencia en el paciente: arranca, pero cuando la chica le da cierta seguridad él pierde interés. En el segmento 5 el terapeuta sintetiza lo dicho por el paciente: cuando no sabe qué siente ella, tiene ansiedad, pero cuando ella parece interesada en él surge la duda. En el segmento 6 la intervención inicial tiene la forma de una tentativa de recabar información, pero al mismo tiempo equipara el poco interés con la falta de energía, cuando la chica se dispone a estar con él. Luego formula una intervención causal: esto le ocurre cuando piensa que la chica que se dispone a estar con él va a tener exigencias para las cuales no va a tener energía como para dedicarle. Después describe el encorsetamiento del paciente como derivado de que él intenta buscar y luego se le pincha el interés y le aparece la duda. En el segmento 7 reitera que el paciente primero intenta convencer a la chica y cuando esta le muestra su interés él se siente obligado a mostrarle para que ella se quede con él y no

piense que él es una mala persona, y que sea como fuere se siente exigido, sobre todo en el plano sexual. Se le crea un circuito negativo y le resulta difícil distenderse. Luego extiende este comentario al terreno de su carrera. En el segmento 8 el terapeuta se refiere a la relación con sus padres: su padre no aparece como referente para salir del desánimo y su madre parece proponer el deber ser, y que en todo resulta difícil saber qué desea él, que quizá aparecieron en algún momento y quedaron tapados. En el segmento 9 el terapeuta alude a algún proyecto actual del paciente que no puede armar. En el segmento 10 el terapeuta reitera que el paciente solo pudo salir de las obligaciones estando borracho, y luego estas obligaciones reaparecieron.

A lo largo de la sesión el terapeuta mantiene una perspectiva, centrada en considerar que en el paciente las obligaciones le interfieren en sus relaciones afectivas y en su carrera. Esta orientación va desde la intervención del segmento 2 en adelante. En el segmento 4, junto con esta orientación, aparece el enfoque de la pérdida de interés del paciente hacia una chica que muestra su disposición a estar con él. En el segmento 5 describe el pasaje desde la ansiedad (cuando no sabe si la chica está bien dispuesta hacia él) a la duda (cuando la chica se muestra bien dispuesta). En segmento 6 equipara falta de interés con falta de energía cuando la chica se dispone a estar con él. Luego justifica su falta de interés como consecuencia de que, cuando la chica se dispone a estar con él, él supone que no va a disponer de energía como para dedicarle. Después se refiere al encorsetamiento como consecuencia de que él busca y luego le desaparece el interés y le aparece la duda. En el segmento 7 describe la situación en que, luego de mostrar su interés por una chica para convencerla, le aparece la exigencia para que ella se quede con él y no piense que él es una mala persona por no estar interesado, y reitera que el paciente se siente exigido. Agrega que en



este circuito le resulta difícil distenderse. En el segmento 8 relaciona su exigencia con el influjo materno y la dificultad para salir del desánimo con el influjo del padre. En el segmento 9 alude a que no puede armar un proyecto y en el segmento 10 se refiere a las dificultades para salir de las obligaciones excepto cuando está borracho.

De tal modo, el terapeuta tiende a caracterizar las dificultades del paciente como desánimo, como duda, como desinterés, como falta de energía. También alude al encorsetamiento como opuesto a actuar distendido, sobre todo en la sexualidad. Explica este encorsetamiento como consecuencia de que pasa de buscar a una chica a perder el interés en ella, pese a lo cual intenta conservarla y que esta no suponga que él es una mala persona. Parece prestar atención a las dificultades del paciente para salir tanto de las obligaciones como del desánimo. Tiende a formular dos explicaciones diferentes: las obligaciones a mostrarse interesado para no sentirse con culpa y para no ser abandonado aparecen como causa del encorsetamiento, y las obligaciones de satisfacer a una chica dispuesta a estar con él sin poder cumplir con sus expectativas aparecen como causa del desinterés o de la duda. A su vez, la falta de energía aparece como consecuencia de sentirse obligado y también como explicación de que no pueda responder a las exigencias de un encuentro con una chica.

La categoría más clara expuesta por el terapeuta es la de la obligación. Otra categoría, en cambio, resulta más difusa, ya que incluye la duda, la falta de interés, la falta de energía. Por momentos todos estos factores quedan homologados, y en otros momentos alguno hace de derivado de otros (como la duda) y otro aparece como causa (falta de energía).

El paciente se ha referido al problema de sus fracasos en la sexualidad, que teme repetir, a lo cual ha agregado su falta de definición respecto de sus decisiones afectivas con sus

parejas. El terapeuta parece centrarse más en este segundo punto que en el primero. Respecto del fracaso sexual, tiende a relacionarlo con el encorsetamiento y quizá con el sentirse demasiado exigido.

En todo ello el terapeuta parece no prestar atención a la referencia inicial del paciente a la muerte prematura de su madre por cáncer, pese a que este ha comentado haber sufrido más que el resto de la familia lo ocurrido con su progenitora. Tampoco hace preguntas sobre la vida laboral de la madre, pese a que el paciente ha hecho alguna referencia a este tema.

Así, pues, el enfoque del terapeuta tiene algunas fallas en cuanto a la focalización (al centrarse más en las dificultades afectivas del paciente que en las dificultades sexuales) y al no considerar también el efecto de la muerte de la madre (y de la enfermedad previa a su deceso) en los problemas recientes. En las intervenciones de nexos, hubiera sido posible reunir por contigüidad temporal la enfermedad y la muerte de la madre y los problemas afectivos y sexuales del paciente con las chicas. Claro está, estas son alusiones acerca de lo que el terapeuta no hizo.

En cuanto a lo que sí hizo en las intervenciones de nexos, puede advertirse un agrupamiento en dos clases con un vínculo opositivo: relaciones placenteras vs relaciones por obligación. También describió una secuencia, una transformación, desde una búsqueda, que el terapeuta equipara a arrancar, en la cual el paciente está ansioso porque no sabe si la chica estará dispuesta, hasta una pérdida del interés cuando se siente más seguro de ella. Respecto del primer momento, a veces el terapeuta tiende a suponer que contiene un interés del paciente y a veces tiende a suponer que es parte de la obligación, que depende del plan que se forjó. Respecto del segundo momento, el terapeuta tiende a reunir en un mismo grupo la falta de interés, la falta de energía y la duda. Ha reunido factores que no



necesariamente son idénticos. Puede zanjarse en parte la cuestión diciendo que la duda es la expresión intelectual o cognitiva que hace de correlato de la expresión energética, y por lo tanto quedan solo dos aspectos equiparados, la falta de interés y la falta de energía. Sin embargo, al hilar más fino, el terapeuta establece entre falta de energía y falta de interés un enlace causal: en el paciente falta el interés debido a que supone que no va a tener energía para responder a las exigencias de la chica.

Este conjunto categorial parece ser el núcleo de la argumentación del terapeuta. A ello se agregan dos aspectos adicionales: el efecto de la secuencia antes descrita (buscar y luego perder el interés) y las dificultades para salir de esta situación. Respecto del efecto de la secuencia ya descrita, sobre todo el encorsetamiento, surge en la relación con la chica a la que comenzó mostrando interés y luego dejó de sentirlo, y a la cual se obliga a mostrarle interés para no perderla y para que ella no piense que él es una mala persona. Parecería que este encorsetamiento, ligado con la obligación, es uno de los factores centrales por los cuales, según el terapeuta, el paciente fracasa en la sexualidad. Respecto de los dificultades para salir de la situación, el terapeuta considera dos cuestiones: el sentirse obligado y el desánimo, la falta de interés. Para salir de la situación de sentirse obligado, el terapeuta propone que el camino es apelar a las situaciones placenteras, o a los propios deseos, y para salir de la situación del desánimo, el terapeuta parece no proponer camino alguno.

En las intervenciones denexo el terapeuta ha formulado algunas en que reúne en grupos por analogía (que implica semejanza y oposición) algunos aspectos expuestos por el paciente, y además ha formulado intervenciones en que reúne términos por un enlace causal. Resulta notable que algunos de los términos reunidos primero como equiparables en un enlace por semejanza queden luego reordenados en un enlace de tipo causal. En cuanto a

la secuencia que va del arrancar hasta el desánimo y luego el encorsetamiento, tiene un carácter circular, en el cual está atrapado el paciente en sus relaciones sexuales: el terapeuta parece sugerir que el paciente las encara desde la perspectiva de la obligación.

El terapeuta establece diferentes enlaces por causalidad: cuando comienza una relación el paciente está ansioso porque no sabe si la chica le corresponderá, y luego pierde el interés porque supone que la chica le exigirá más energía de la que él dispone.

Como el terapeuta alude centralmente a la obligación, tal vez con este término esté refiriéndose menos a la presión ejercida por la moral, de donde deriva la amenaza del sentimiento de culpa, y más a la presión ejercida por el ideal, de donde deriva la amenaza de la vergüenza y el sentimiento de inferioridad. De todos modos, cabe preguntarse si este enfoque, en que cobra importancia la cuestión del sentimiento de inferioridad combinado con la vergüenza, resulta suficiente para comprender el fracaso sexual. Es posible que la consideración del vínculo con la madre e inclusive del vínculo con el padre al encarar la enfermedad y la muerte de su esposa (progenitora del paciente) hubiera aportado un modo más complejo de entender el fracaso sexual del paciente.

Comentarios

Pueden observarse algunas similitudes entre ambos casos: se trata de dos jóvenes de una edad parecida, con problemas similares con la sexualidad y la relación con las mujeres, con un progenitor muerto tempranamente, con una tendencia a protegerse frente al sentimiento de vergüenza y con un rasgo caracterológico que empobrece los vínculos. En sus intervenciones de nexos el terapeuta tiende a destacar el conflicto entre el sentirse obligado u exigido y el disfrutar de la experiencia. Este enfoque parece parcialmente



apropiado, con un carácter más bien general y descriptivo, pero que no da cuenta de las dificultades centrales con la sexualidad. Quizá enfocar este problema desde la perspectiva de los efectos perturbadores de la enfermedad y muerte del padre o la madre, y del modo en que ello repercutió en el progenitor sobreviviente, hubiera traído algo más de claridad a la situación. En ambos casos el terapeuta solo consideró esta perspectiva, y muy parcialmente, hacia el final de la hora. Además, tendió a destacar más la tensión con la moral, al aludir a la obligación, que la tensión con el ideal, que llevaría a prestar atención a la vergüenza.

El terapeuta parece tener una disposición a considerar los problemas clínicos desde la perspectiva del conflicto entre obligación y placer, como se advierte en una intervención prematura en el caso de Nicolás y una referencia a que el paciente no tenía obligación en decir algo si todavía no era el momento. Comenzaba presentando esta oposición como si se tratara de dos conjuntos, cada uno reunido en torno de un rasgo, en el marco de los nexos por analogía, pero luego trasladaba a uno de los términos, la obligación, a la función de causa. Tal vez con ello esté expresando que porque la obligación se volvía dominante en el conflicto el paciente padecía determinadas consecuencias.

Así, pues, el terapeuta formula intervenciones de nexo por analogía y por causalidad, pero no por contigüidad. Ello implica que el terapeuta se centró en un único problema, y no en una situación más compleja, que en ambos casos incluyó al menos la muerte de un padre o una madre. El terapeuta parecía tener en estas sesiones una tendencia al pensamiento centrado en un punto, en lugar de un pensamiento más complejo, como ocurriría si tomara en cuenta otros problemas y factores que el paciente planteaba.

Con todo, se observan algunas diferencias, porque en el segundo caso el terapeuta

apela a un conjunto más amplio de enlaces causales, para crear una especie de red de enlaces causales, originados sobre todo en el argumento centrado en la obligación. Puede establecer inclusive una secuencia que va de la ansiedad por saber si la chica habrá de responderle afectivamente al desinterés y luego el malestar por ello. Esta mayor riqueza en cuanto al enfoque analógico y causal presente en el segundo ejemplo parece derivar de que en este ejemplo el paciente no presentó, como en el primero, un problema no expuesto inicialmente, centrado en su preocupación por su pene, que llevó al terapeuta a recabar más información y solo poder realizar nuevos enlaces causales hacia el final de la hora. El estudio del segundo caso permite inferir que el terapeuta en principio tiende a una complejización de su enfoque sobre todo en cuanto a aquello acerca de lo cual establece nexos analógicos y causales, pero no en cuanto a la consideración de una combinación de posibles relaciones de semejanza y de posibles causas (a su vez en una relación de jerarquías relativas y con valores diferentes: predisponentes, concurrentes, precipitantes) para dar cuenta de los hechos.

Otro aspecto que merece consignarse consiste en las metáforas que emplea el terapeuta para describir la situación de obligación y la falta de experiencia sexual del paciente: “prontuario”, “currículum”, “mochila”, “carga pesada”, etc., que tienen afinidad en una y otra sesión.

Estos términos parecen ser la expresión de los criterios del terapeuta para establecer los nexos por analogía. Del mismo modo, en otro caso, en que una terapeuta exageraba el uso del pensamiento basado en la analogía al incluir en el mismo grupo elemento que correspondían a realidades diversas, una de ellas conflictiva y la otra no, encontramos que abusaba también de determinado recurso expresivo, como la dramatización (en la cual el hablante ocupa el lugar de otra persona a la cual



imita explícitamente), indicadora del peso de la identificación. Cabe agregar que el término “obligación”, lo mismo que el “tener que”, corresponden a un campo semántico que en otras oportunidades hemos caracterizado por su fundamento libidinal, y que la “duda”, o la tendencia a la disyunción (“o esto o aquello”, en términos opositivos), pertenecen a este mismo campo semántico. En cambio, la “dramatización” y la tendencia a la reunión en una misma clase elementos a veces poco afines pertenecen a otro campo semántico caracterizado también por su fundamento libidinal. En uno de estos campos semánticos prevalece la disyunción (“o”) y en el otro la inclusión (“y”).

Estos argumentos pueden conducir a formular algunos interrogantes adicionales: ¿puede ser que el terapeuta del que presentamos la primera sesión con dos pacientes diferentes ponga en evidencia en sus intervenciones de nexos, que culminan en las de tipo causal, un tipo de razonamiento acrítico, más bien un a priori, de carácter automático y no rectificado por la experiencia? ¿Puede ser que encontremos en otros rasgos del discurso del terapeuta algunos indicadores que conduzcan a pensar que el contenido del pensamiento causal, prefigurado en las intervenciones basadas en nexos por analogía, esté motivado sobre todo por las disposiciones libidinales del terapeuta, y menos por las manifestaciones del paciente? Y si fuera así, ¿habrá encontrado en las sesiones posteriores el camino para rectificar este tipo de enfoque basado en una causalidad simple y automática para dar cabida a un enfoque más complejo de factores predisponentes, concurrentes y precipitantes, y con una consideración de los puntos nucleares problemáticos en el paciente? ¿Y si el terapeuta se topa con un paciente con problemas diferentes de los presentados en estos casos, apelará al mismo conjunto automático de argumentos? ¿Y si la paciente es una mujer? Más allá de estos ejemplos concretos, ¿será

esta situación (comenzar a intervenir a partir de un razonamiento causal relativamente pobre y carente de complejidad, basado además en disposiciones propias del terapeuta, para pasar luego quizá un enfoque más preciso y complejo) relativamente generalizable, de la cual quizá queden exceptuados solo algunos terapeutas con una gran experiencia clínica, que se hayan enriquecido con la dura elaboración de los propios fracasos clínicos? No tenemos respuestas para estos interrogantes, al menos por el momento, pero al menos el punto al que han llegado nuestras investigaciones permite que los planteemos con mayor precisión.



Referencias:

- Bion, W. R. (1962), *Learning from experience*, William Heinemann, Londres.
- Bion, W. R. (1963), *Elements of Psycho-Analysis*, William Heinemann, Londres.
- 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.
- Evans, J. S. B. T., y Stanovich, K. E. (2013), Dual-process theories of higher cognition: Advancing the debate, *Perspectives on Psychological Science*, 8, 3.
- Freud, S. (1900a), *La interpretación de los sueños*, AE, Buenos Aires, IV-V.
- Freud, S. (1915e), *Lo inconsciente*, AE, Buenos Aires, XIV.
- Freud, S. (1918b), *De la historia de una neurosis infantil*, AE, Buenos Aires, XVII.
- Freud, S. (1941f), *Conclusiones, ideas, problemas*, AE, Buenos Aires, XXIII.
- Freud, S. (1950a), *Proyecto de psicología*, AE, Buenos Aires, I.
- Goldberg, J. (2017), *EADL y el estudio vincular de la alianza terapéutica y el cambio clínico en la psicoterapia con púberes*, tesis de doctorado en psicología. Director: David Maldavsky, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Hill, C. (1992), An overview of four measures developed to test de Hill Process Model: Therapist intentions, therapist response modes, client reactions and client behaviors, *Journal of Counseling and Development*, 70, 6.
- Hill, C. E., y O'Grady, K. E. (1985), List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations, *Journal of Counseling Psychology*, 32, 1.
- Kazez, R. (2015), *Cambio psíquico en un proceso de psicoterapia psicoanalítica*, tesis de doctorado en psicología. Director: David Maldavsky, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., et al. (2007), The evolution of therapeutic change studied through generic change Indicators, *Psychotherapy Research*, 17, 6.
- Lambert, M. J, y Bergin, A. E. (1994), The effectiveness of psychotherapy, en A. E. Bergin y S. L. Garfield, eds., *Handbook of psychotherapy and behavior change*, John Wiley and Sons, Nueva York, cuarta edición.
- Lieberman, D. (1970) *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, Buenos Aires: Galerna-Nueva Visión, 1971-72.
- Maldavsky, D., (2003), *La investigación psicoanalítica del lenguaje: algoritmo David Lieberman*, Lugar editorial, Buenos Aires.
- Maldavsky, D. (2013), *ADL Algoritmo David Lieberman, un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*, Paidós, Buenos Aires.
- Maldavsky, D. (2015), Investigación empírica con el algoritmo David Lieberman de la contratransferencia no declarada: método y aplicaciones, *Investigaciones en psicología*, UBA, 20, 3.
- Maldavsky, D. (2017), Investigación empírica del pensamiento preconsciente-consciente del paciente: conceptos y método, *Investigaciones en psicología*, UBA, 2017, 22, 1.
- Maldavsky, D. (2018a), Nuevos aportes al método de investigación del proceso secundario y sus fallas en el discurso del paciente: instrumentos, procedimientos, aplicaciones, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 22, 1.
- Maldavsky, D. (2018b), Investigación empírica del *enactment*: operacionalización, instrumentos, ejemplos, en F. M. Gómez y J. M. Tauszik (edits), *Psicoanálisis Latinoamericano Contemporáneo*, Editorial APA, 2018.
- Maldavsky, D. (2018c), Empirical study of enactment in patient-therapist discourse exchange: method and applications, inédito.
- Maldavsky, D., Argibay, J. C., Truscello de Manson, M. (2015), Cuestiones clínicas y metodológicas en el estudio de los relatos en tres sesiones con el algoritmo David Lieberman, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 61, 4.
- Maldavsky, D., Rembado, J. M., Truscello de Manson, M. (2018), Dos casos de enactment resistencial: estudio y comprensión de las fallas en las intervenciones clínicas, inédito.
- Maldavsky, D., et al. (2005), *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice*, UCES, Buenos Aires.



Maldavsky, D., et al. (2007), *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica*, Lugar editorial, Buenos Aires.

Nersessian, N. J. (2002), Maxwell and “the method of physical analogy”: model-based reasoning, generic abstraction, and conceptual change, en D. Malament, *Scientific Cognition as Model-Based Reasoning, Essay in the History and Philosophy of Science and Mathematics*. Lasalle, IL, 2002, Open Court.

Roussos, A. J., Etchebarne, I., y Waizmann, V. (2006), Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica, *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 13.

Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarrí, O., Ben-Dov, P., Arístegui, R., de la Parra, G. (2005), Proceso de cambio psicoterapéutico: Análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos, *Psyche*, 14, 2, 3-18.

