

DAVID LIBERMAN: Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico. Tomo I; editorial Galerna, Buenos Aires, 1971.

Ésta no busca ser la reseña puntual de una obra que, debido a su amplitud y riqueza de contenido, es difícilmente sintetizable. Incluye solamente algunas de las ideas desarrolladas en la misma, principalmente aquéllas que tuvimos oportunidad de comentar con el propio autor en ocasión de sus recientes visitas a Montevideo. Centraré mi exposición en torno a la clasificación estilística establecida por el doctor Liberman, de indudable fecundidad para la estructuración de una estrategia terapéutica y de un método de validación en psicoanálisis.

Es sabido que cada persona tiene un estilo particular para hacernos llegar sus mensajes. Supongamos —nos decía Liberman— que en el curso de una entrevista el paciente desea hacer saber al terapeuta que es una persona indecisa. Cada “tipo” de paciente va a informarnos acerca de sus dudas de diferente manera. Si se trata de un esquizoide, puede decir, por ejemplo: “Hay muchas opciones en esta vida”, o “Un estado de vaguedad me invade ahora”. El mensaje está centrado en él mismo, en el estado de él frente a sus dudas; posee un alto nivel de abstracción y generalización con exclusión de su participación

Un paciente depresivo, quizás dirá: “Soy un atormentado porque no sé qué camino tomar”. Aquí, en cambio, el tema central son los afectos; es la persona que habla de sus estados de ánimo.

Supongamos que el paciente es un fóbico a quien decidirse le provoca angustia. En tal caso va a dar a entender algo, pero siempre dejando abierta una

salida. Por ejemplo: ‘No sé si mañana voy a venir y no sé si es porque no puedo o porque no tengo ganas’. Refiere dos motivos que se oponen entre si y da un mensaje ambiguo que le permite una salida.

Si tiene rasgos histéricos relatará con un máximo de redundancia un conjunto de hechos para dar a entender que es una persona que no está decidida. Hará una pantomima de la indecisión. En el paciente histérico el mensaje está centrado sobre el mensaje y va a teatralizar con la emoción, con el gesto: “¡Por Dios! ¡Dios mío! ¿Qué haré?”

La duda en forma pura se da en las cavilaciones obsesivas. El paciente obsesivo hace una larga narración para hacer saber que está indeciso. Y dice: “Voy a hacer tal cosa; no, a lo mejor me conviene hacer tal otra cosa”. El pro y el contra.

El psicopático es el que inocular la duda por identificación proyectiva. No siente la duda sino que la infiltra. No va a decir la duda manifiestamente, sino que aparece soslayada y deja al otro con dudas, O crea una situación de suspenso y luego pregunta: “¿Y a usted qué le parece? ¿Es conveniente hacer tal cosa?”, para ver cómo reacciona el interlocutor.

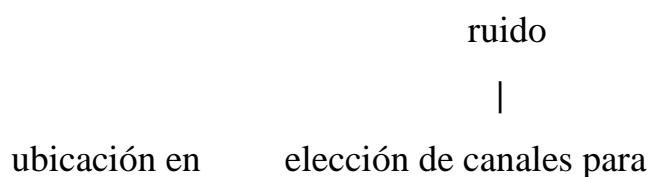
La duda es del área mental. Si se altera el código, llega un momento en que, por alguna razón determinada, el paciente no puede sentir que está frente a un dilema. Personas en quienes se desorganizan los códigos pueden emplear un código visceral, como sensación de encierro o transpiración, o les molesta la ropa, o empiezan a dar vueltas de un lado para otro.

Para este análisis, que no toma el texto sino la estructura, el estilo del relato, se requiere tomar instrumentos de investigación de otras disciplinas. Es el proceso inverso al del psicoanálisis aplicado. El doctor Liberman utiliza elementos de la teoría de la comunicación y de la lingüística, no para mezclar esas disciplinas con el psicoanálisis sino para emplear determinados elementos

de la pragmática de la comunicación humana como instrumento. Del mismo modo que en biología se usa la estadística, por ejemplo. Este libro es, precisamente, el resultado de diez años de investigación procurando articular los hallazgos y postulados de diversos enfoques de la comunicación humana en una exposición psicoanalítica.

El autor señala que hay dos formas de investigar en psicoanálisis. Una de ellas es la investigación del inconsciente y la transferencia, que es el trabajo que el analista realiza en la sesión con el paciente, en calidad de observador participante. La otra es la investigación del diálogo psicoanalítico ya desarrollado, que es el trabajo efectuado con posterioridad y en el que la sesión misma es tomada como objeto de indagación. El doctor Liberman plantea una metodología para hacer el análisis de un diálogo y de su evolución a lo largo de un lapso determinado.

En su libro anterior, *La comunicación en terapéutica psicoanalítica* había tomado modelos de otras disciplinas, que permiten investigar en la comunicación humana las relaciones entre las “personas que emiten mensajes” (fuentes) y las “personas que los reciben” (destinos), que por el hecho de recibirlos ya están comprometidas en el circuito comunicativo. C. E. Shannon estableció que existen tres pasos en un ciclo de interacción comunicativa: X envía un mensaje a Z; si el mensaje llega a Z (destino), este último debe hacer saber a X que lo recibió y, además, qué sentido le adscribió al mismo. Una vez efectuado este segundo paso, se completa el proceso comunicacional, debiendo X acusar recibo de dicho mensaje. El circuito “modelo de comunicación” es el que se ve en el cuadro I:



fFuente del mensaje — un código — transmitir la comunicación

|

destino del mensaje — desciframiento

En psicoanálisis el analizando da información al analista para que éste lo entienda e interprete, lo que a su vez permite al analizando adquirir una mayor y mejor información acerca de sí mismo. La teoría de la comunicación trata de las distorsiones de los mensajes y las interferencias, lo que permite tomar en consideración las perturbaciones que, por motivaciones inconscientes-, pueden ocurrir en los distintos momentos del proceso comunicativo.

J. Ruesch estableció una clasificación de tipos psicopatológicos basada en la modalidad de recepción y transmisión de información en la relación interpersonal. Liberman ha encontrado las siguientes equivalencias entre la nomenclatura de Ruesch y la psicoanalítica:

persona demostrativa...	histeria de conversión (carácter histérico)
-------------------------	---

persona atemorizada y huida.....	histeria de angustia (carácter fóbico)
----------------------------------	--

persona lógica.....	neurosis obsesiva (carácter obsesivo)
---------------------	---------------------------------------

persona de acción	personalidades psicopáticas (perversiones e impulsión neurótica)
------------------------	--

persona depresiva.....

ciclotimia; depresión neurótica:
psicosis maníaco-depresiva

persona observadora y
no participante.....

esquizoidia; esquizofrenia

persona infantil

órgano-neurosis
(enfermedades psicósomáticas)

En *La comunicación en terapéutica psicoanalítica* ha realizado una descripción de cada uno de estos tipos de persona, tomando en cuenta postulados psicoanalíticos fundamentales, tales como la fantasía inconsciente las relaciones objetales y las ansiedades básicas.

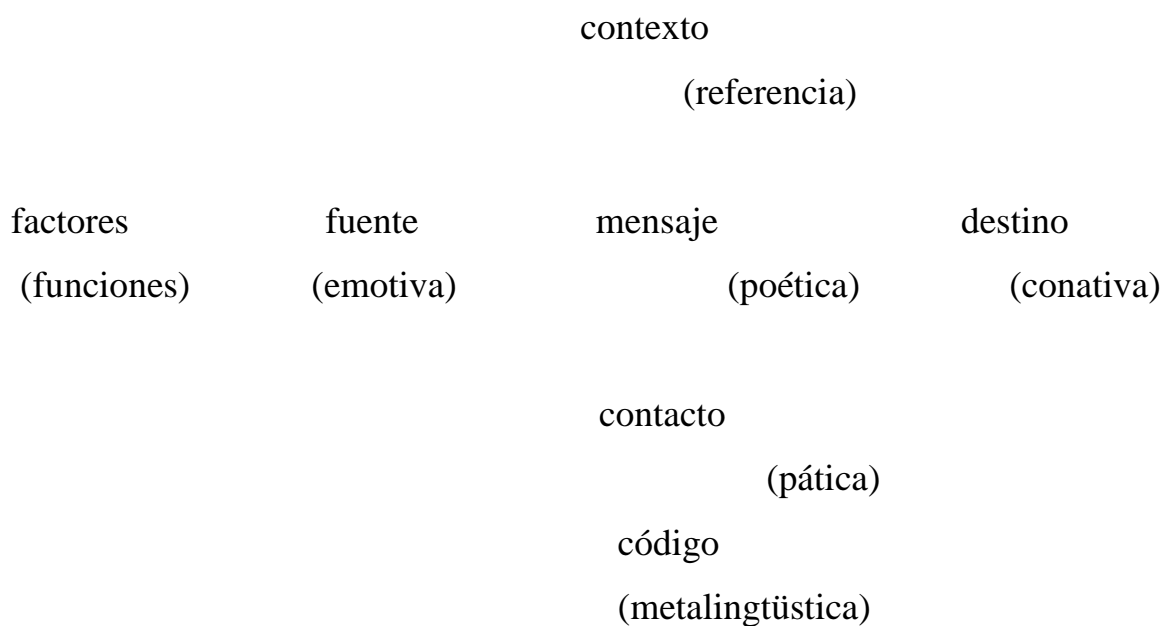
En trabajos posteriores y en el presente libro, el doctor Liberman toma elementos de la lingüística estructural, entre los cuales cabe señalar la teoría de los factores y funciones del mensaje verbal, establecida por Roman Jakobson. Este autor ha distinguido seis factores y funciones que son constitutivos de todo acto de comunicación verbal. El *remitente* envía un *mensaje* al *destinatario*. El mensaje requiere un *contexto* al cual reenvía (lo que ha sido llamado también, el “referente”), contexto comprensible para el destinatario y que es verbal o susceptible de ser verbalizado. El mensaje requiere también un *código común* a ambos; por último, requiere un contacto, un canal físico y una conexión psicológica entre el remitente y el destinatario, lo que les permite establecer y mantener la comunicación.

Cada uno de estos factores da origen a una función lingüística diferente. La diversidad de los mensajes reside no en el monopolio de una u otra funciones, sino en las diferencias de jerarquía entre éstas. La estructura verbal de un

mensaje depende ante todo de la función predominante.

La función *emotiva* o expresiva”, está centrada sobre el remitente y apunta a una expresión directa de la actitud del sujeto respecto a aquello de lo que habla. En el otro extremo está la función *conativa*, que es la orientación hacia el destinatario. La función *referencial* corresponde a la persona o cosa de la cual se habla. En la función *pática* hay una acentuación del contacto; predomina en aquellos mensajes que sirven esencialmente para establecer, prolongar o interrumpir la comunicación, para verificar *si el* circuito funciona, para atraer la atención del interlocutor (“Dígame, ¿me escucha usted?”) La función *metalingüística* es jerarquizada cuando hablamos del lenguaje mismo. Cada vez que el remitente y/o el destinatario necesitan verificar si utilizan el mismo código, el discurso es centrado sobre el código: “~.Comprende usted lo que quiero decir?”. La función *poética* pone el acento en el mensaje por el mensaje mismo, y no se limita al dominio de la poesía.

Tenemos entonces- en el cuadro II el esquema de los seis factores y funciones de la comunicación verbal:



El doctor Liberman ha encontrado que estos factores y funciones, que dan

origen a estilos distintos del mensaje verbal, pueden superponerse a las funciones del yo.

“Para poder detectar la naturaleza de las perturbaciones predominantes en cada apertura, así como la naturaleza de la reparación a la que llega el tratamiento en cada caso, nos pareció importante diferenciar una serie de pautas de comportamiento, cuyo hiperdesarrollo o hiperfuncionamiento en detrimento de la actividad de otras pautas, nos podrían dar un conjunto de elementos para construir modelos que abarcan tanto a la teoría de la técnica como a la teoría de la enfermedad y la curación por el tratamiento psicoanalítico. Esto permite estipular connotaciones referentes a distintas formas incluidas en la denominada reparación y de esa manera contribuir a eliminar la vaguedad que puede acarrear su uso en forma denotativa o extensa [. . .], dentro del yo existe una serie de funciones y las estructuras patológicas del yo pueden postularse como hiperactividad e hiperdesarrollo de una de las funciones en detrimento de las otras. Partimos de la hipótesis de que un yo idealmente plástico tiene que poseer: 1. la capacidad de disociarse, observar sin participar y así percibir totalidades con los detalles distinguibles dentro de dichas totalidades (percepción microscópica: el yo se achica y el objeto se agranda); 2. la capacidad de acercarse a la función perceptual al objeto y ver un detalle haciendo abstracción de la totalidad, pero sin confundir la parte con el todo; 3. la capacidad de captar los deseos propios y llevarlos a la acción en tanto existe la posibilidad de satisfacer dicha necesidad, y para ello tomar una decisión luego de haber calibrado el equilibrio entre necesidad y posibilidad; 4. la capacidad de adaptarse a las circunstancias, al tipo de vínculo, ya sea en el sentido vertical (abuelos, padres, hijos), o en el sentido horizontal (grados de intimidad); la capacidad de utilizar el pensamiento como acción de ensayo, y también la capacidad para estar solo; 5. la capacidad de tener un monto de ansiedad útil preparatoria para llevar a cabo una acción, una vez establecido el vínculo,

tomada la decisión y observadas las circunstancias, todo lo cual permite tener, 6. las óptimas posibilidades para enviar un mensaje en el cual la acción, la idea y la expresión del afecto se combinan adecuadamente.”

Más adelante agrega: “La hiperfunción de una de estas pautas en detrimento de otras permite tipificar las aperturas, los desarrollos y los desenlaces diferentes en el proceso terapéutico. La tipificación de los diferentes modos de reparación se basa en el logro de la función que sufría el detrimento más intenso. Por ejemplo, una persona con una estructura observadora no participante (carácter esquizoide), tiene hiperdesarrollada la función de abstraer y generalizar a costa de un *splitting* como consecuencia del cual excluye su participación afectiva y motriz, y es así que sólo atiende y percibe. Los adelantos en la posición depresiva se detectarán por indicios en los que la ideación, el sentimiento y la motricidad requeridos para el lenguaje articulado están cada vez más sincronizados. Adquirirá, pues, técnicas y estilos de comunicación que, cuando se hipertrofian, confieren a la persona las características que habitualmente denominamos como autoplastia histérica; en cambio, en el caso de la esquizoidía están instrumentados (cuando son el producto de la evolución terapéutica).”

Algo muy distinto sucede cuando se establece un vínculo psicoanalítico iatrogénico: “En el caso en que el paciente no es captado por el terapeuta, sino que a la inversa, el paciente va conociendo al terapeuta y lo va condicionando más y más, un esquizoide reforzará su esquizoidía, un depresivo incrementará su dependencia, un actor perfeccionará cada vez más las técnicas de inoculación masiva de sus problemas en los demás, un obsesivo logrará transformarse en un más hábil discutidor, un fóbico racionalizará más y mejor sus evitaciones y, si tiene rasgos contrafóbicos, por identificación proyectiva perfeccionará técnicas para hacer asustar a los demás, y un histérico de

conversión aumentará su capacidad para representar autoplásticamente sus papeles y atraer más y mejor a un auditorio.”

Tomando en cuenta la hipertrofia de determinados factores y funciones del mensaje verbal, que puede ser superpuesta a la de determinadas funciones yoicas, es posible establecer pautas estilísticas y sus correspondientes estilos complementarios.

Los estilos de los pacientes esquizoides y depresivos corresponden a mensajes centrados predominantemente en el factor fuente y la función emotiva; la diferencia entre ambos consiste en que mientras en el primero ha ocurrido una disociación entre la mente y las representaciones de los afectos ligados a estímulos provenientes del cuerpo, en el segundo la disociación es distinta, entre figura y fondo.

El esquizoide hace un *splitting* entre el aspecto emotivo y el perceptual y motriz. El análisis de las oraciones nos muestra que están centradas en la fuente, en él mismo: “Yo considero que...” Es el paciente que siempre está a la búsqueda de resolver incógnitas, sin provocar suspenso. Está interesado en los grandes problemas metafísicos, en las galaxias. Con pacientes que se mueven en un alto nivel de abstracción y generalización, conviene que las interpretaciones sean ricas en contenido dramático, incluyendo personajes, el encuentro, la comunicación. El preguntarse del esquizoide sobre el origen de las cosas es una manera de desplazar las cosas cotidianas de la vida; por eso las interpretaciones deben restituir el drama de amor, celos- y venganza. El terapeuta debe instrumentar su histeria, de lo contrario van a terminar siendo dos lógicos matemáticos.

El esquizoide es el paciente más alejado, el que viene a ver qué pasa en el análisis y el depresivo es el que está demasiado encima, el que viene a hacer

catarsis. En las personas depresivas el tema central son los afectos. A veces la expresión es pobre, porque está comprometida la afectividad, o por la propia ambivalencia. Toma el análisis como una forma de mejorar su autoestima; su fantasía patológica de curación consiste en que se va a curar por el afecto e interés que le va a dar el terapeuta.

Estos pacientes hacen en la sesión una pérdida de objeto y una introyección de tipo melancólico. Al no ver al terapeuta ya están en la situación de privación. La única forma de rescatarse de la introyección es utilizar en las interpretaciones técnicas obsesivas, de manera que el terapeuta aparezca construyendo frases con oposiciones pronominales en las que se perfila como otro. El depresivo es el que habla de sus estados de ánimo. Posee una estilística lírica (cantante de ópera). Como estilo complementario el analista debe emplear categorías lógicas y sus interpretaciones- serán bastante narrativas: “Hoy cuando usted llegó me miró, hizo una mueca de disgusto y me dijo esto porque ayer yo le había dicho a usted tal cosa”.

El psicopático es el naciente con estilo épico; en sus mensajes predomina el factor destino y la función conativa. La vida de él es una epopeya. El paciente épico es una persona con una estructura delirante subyacente y tiene las características de un sistema paranoico disimulado. Una cosa es el paranoico descrito en los libros psiquiátricos y otra cosa son los paranoicos que se quieren analizar para comprobar que, efectivamente, hay alguien interesado en perjudicarlos. Un paranoico tiene una adaptación delirante y hasta que se desenmascare puede pasar bastante tiempo. El paciente se presenta como mucho menos enfermo de lo que es y utiliza diferentes recursos estilísticos, desde la dramatización a la creación de abstracciones; trata de crear una situación de suspenso simplemente para ver como reacciona el terapeuta. Utiliza un sinnúmero de paradojas para crear ambigüedad y confusión. En estos casos lo

más terapéutico son las estipulaciones sobre el encuadre. Estos pacientes vienen al análisis con una segunda intención: poner a prueba si el terapeuta cree en lo que hace y si va a cumplir con lo estipulado. Tratan de descubrir a las personas que engañan para certificar su desconfianza. Por consiguiente el terapeuta debe mantener lo dicho, de lo contrario se des-califica ante el paciente.

El obsesivo o la persona lógica, es el paciente narrativo. En sus mensajes hay una hipertrofia del factor contexto y la función referencial. Asocian por contigüidad temporal o espacial o a veces por similitud, predominando generalmente una de éstas sobre las otras dos. Se detecta que no es una asociación libre porque es un relato muy bien armado y sin conflicto; habla de las cosas como si estuviera leyendo, no comprometido. Puesto que son pacientes que inmovilizan al terapeuta, es necesario arbitrar medios para producir interpretaciones que se parezcan un poco a una orden. Es preciso buscar una forma de hacer saber al otro que uno está siendo inmovilizado y que necesita más movilidad. El lenguaje puede ser emotivo, informativo o apelativo; con el obsesivo hay que utilizar el lenguaje como acción, como orden.

Supongamos que en las narraciones aparezcan como tema predilecto los autorreproches, que aparezca privilegiada la anti-crueldad. En tal caso podemos sospechar que hay una melancolía debajo. Lo que encontramos como subtema da una pauta de estructuras subyacentes que nos permite pensar que esa persona tiene una fachada obsesiva y lo que está debajo es una melancolía. Supongamos que dentro de una narración aparezca, en cambio un relato dramático, pero muy sistematizado, sobre psicología de la vida familiar. Entonces vamos a tener una histeria y el pronóstico es distinto.

Puede darse un tipo de narración donde el tema sea el riesgo. Podemos pensar que esa persona tiene una contrafobia que se ha ritualizado; que ha estructurado

una defensa obsesiva para el control omnipotente de las ansiedades fóbicas.

Decíamos que el paciente esquizoide es el que busca incógnitas sin provocar suspenso. El fóbico, en cambio si bien es un buscador de incógnitas, es el paciente que crea suspenso, por su ansiedad. Trasmite su ansiedad al terapeuta porque el mensaje está centrado sobre el factor contacto y la función pática.

El paciente que tiene la autoplastia histérica, la persona demostrativa, es aquél que crea un impacto estético; nos hace una especie de representación plástica y verbal. Por ejemplo: “Toda la vida vivo torturándome, yendo de un extremo al otro [dramatizando la situación] y nunca puedo encontrar el punto medio para poder mirarme a mí mismo y desde allí poder entrever una salida.” Es un lenguaje muy rico, metafórico, centrado en la función poética. Con estos pacientes el terapeuta no debe dramatizar, como con el esquizoide, sino que, por el contrario, sus formulaciones deben poseer un elevado nivel de abstracción.

Para finalizar, digamos que la determinación de diferentes códigos expresivos realizada por el doctor Liberman abre un amplio campo de investigación y permite perfeccionar los instrumentos de trabajo de que dispone el terapeuta. Es útil no sólo en psicoanálisis sino también para médicos clínicos, psiquiatras y psicólogos en sus más variadas áreas de trabajo. Entre sus posibilidades cabe destacar las siguientes:

1. Apunta al establecimiento de una nueva nosología psicoanalítica, extraída del diálogo particular que se establece entre analizando y analista. Un hecho que dificulta la comprensión de los pacientes es la utilización de diagnósticos psiquiátricos que fueron hechos sobre pacientes en un contexto dado, así como el empleo de términos abstractos donde están comprometidas la psicología y la psiquiatría y que arrastran una serie de prejuicios. Las categorías diagnósticas *varían* con las *circunstancias* y el *mismo* paciente es muy distinto según la

manera como sea abordado. “La evolución de un paciente depende en sumo grado (además de las condiciones en que se presenta al tratamiento) del esquema con el cual el analista indaga y opera durante el curso de las sesiones.”

2. Lo que antecede está estrechamente vinculado con los criterios de analizabilidad, ya no centrados exclusivamente en el paciente sino en la interacción del paciente con determinado terapeuta. La entrevista o la sesión es un método de indagación de una situación en la que están diferentemente implicadas dos personas, realizando un diálogo en un contexto determinado. Pero además del psicoanálisis está la investigación del proceso psicoanalítico. Una cosa es el trabajo con el paciente y otra cosa es el trabajo del terapeuta con el material de las entrevistas. Lo que el doctor Liberman introduce es un método evaluativo tomando a la sesión o a la entrevista como objeto de indagación, lo que permite la prueba de validación de la labor realizada por ambos participantes. La relación paciente-terapeuta no es de por sí terapéutica. Si bien es indudable que el paciente tiene amplia intervención en el establecimiento de una interacción iatrogénica al responder en forma positiva a los desaciertos del terapeuta y en forma negativa a sus aciertos, no todos los fracasos se deben a la “reacción terapéutica negativa”, sino que a veces se producen porque el terapeuta es inadecuado. La clasificación estilística permite agrupar a “tipos” de pacientes, lo que es muy útil para saber si la interacción del terapeuta con el paciente va a ser posible o no.

3. Permite formular enunciados que tomen como datos algunos elementos de la base empírica, introduciendo entre el lenguaje teórico psicoanalítico y el lenguaje de observación, hipótesis intermedias referidas a la interacción comunicativa. Este libro apunta fundamentalmente en dos sentidos: reducir al mínimo las teorías y aumentar al máximo los instrumentos para poder hacer estipulaciones.

4. Permite perfeccionar los instrumentos de trabajo, aumentando las posibilidades de alcanzar la meta terapéutica, dado que la clasificación estilística nos da pautas definidas para saber cómo trabajar con el paciente. Determinando el estilo del paciente el terapeuta puede sentar criterios de diagnóstico y pronóstico evolutivo y estructurar una estrategia, una táctica y una técnica interpretativa de complementariedad entre terapeuta y paciente, evitando el condicionamiento recíproco y la relación iatrogénica. Para cada una de las pautas estilísticas hay estilos complementarios, lo que significa que el discurso del analista debe poseer los ingredientes que faltan al discurso del paciente, dándole las matrices estilísticas de las cuales carece.

CARLOS SOPENA