

1997 - Número 10

REVISTA DE LA **S**OCIEDAD
ESPAÑOLA DEL **R**ORSCHACH **Y**
METODOS **P**ROYECTIVOS

10

■ S · E · R · Y · M · P ■

Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos

(Fundada en 1988)

Esta revista es la única publicación de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos (Pasaje Marimón, 7, principal 1ª y 2ª 08021 Barcelona).

La principal misión de la revista es cumplir con los fines de la Sociedad. Se tendrán en cuenta para su publicación las contribuciones originales a la teoría y a la aplicación del enfoque proyectivo en psicología.

Se aceptarán artículos sobre el uso y desarrollo de las Técnicas Proyectivas en las áreas clínicas y de investigación, así como reseñas bibliográficas. Los trabajos deben estar redactados siguiendo la adaptación al castellano de las normas de la APA.

CORRESPONDENCIA CON EL EDITOR: Vera Campo. C/Fernando Agulló 24, sobreático. 08021 Barcelona. Teléfono (93) 209 29 23.

SECRETARIA DE REDACCIÓN: Ana Mª Tuset. Paseo S. Gervasio, 73, 1º., 4ª. 08022 Barcelona. Teléfono (93) 212 52 61.

COMITE DE CONSULTORES: Gloria Aguirre, Francisco Campillo Ventura Ferrer, Alicia Manchón, Emilio M. Megias, José Peinado, Montserrat Ros, Silvia Viel, Nancy Vilar, María Vives.

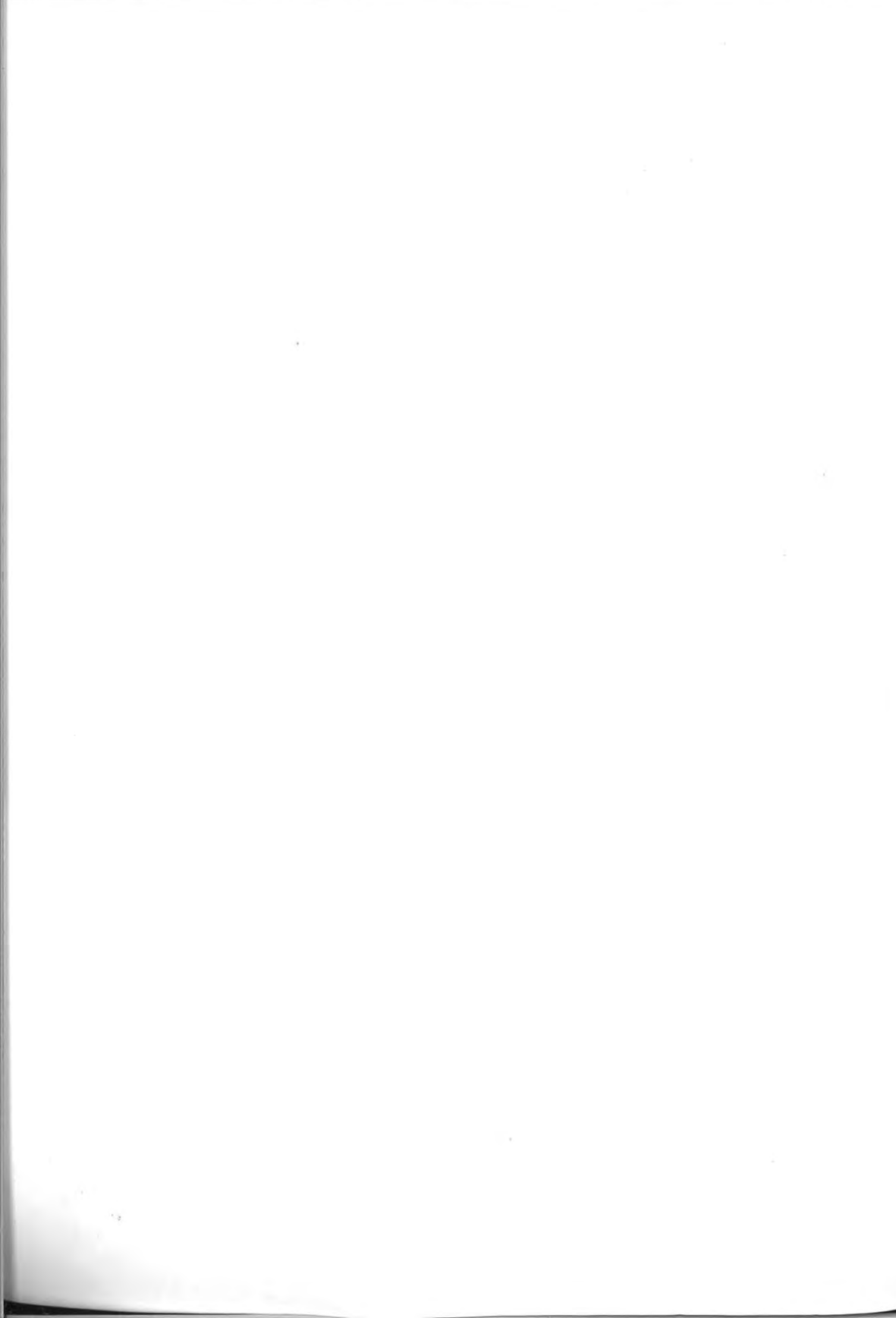
SUSCRIPCIONES: Ana Mª Tuset. Paseo S. Gervasio, 73, 1º, 5ª. 08022 Barcelona. Teléfono (93) 212 52 61.

La Revista se publicará anualmente (Diciembre) y se distribuirá gratuitamente a todos los miembros de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos.

Suscripción a la Sociedad:	6.000 ptas.
Suscripción a la Revista: España	1.000 ptas. (salvo números extraordinarios)
Extranjero	12 \$ U.S
Números atrasados:	1.200 ptas.

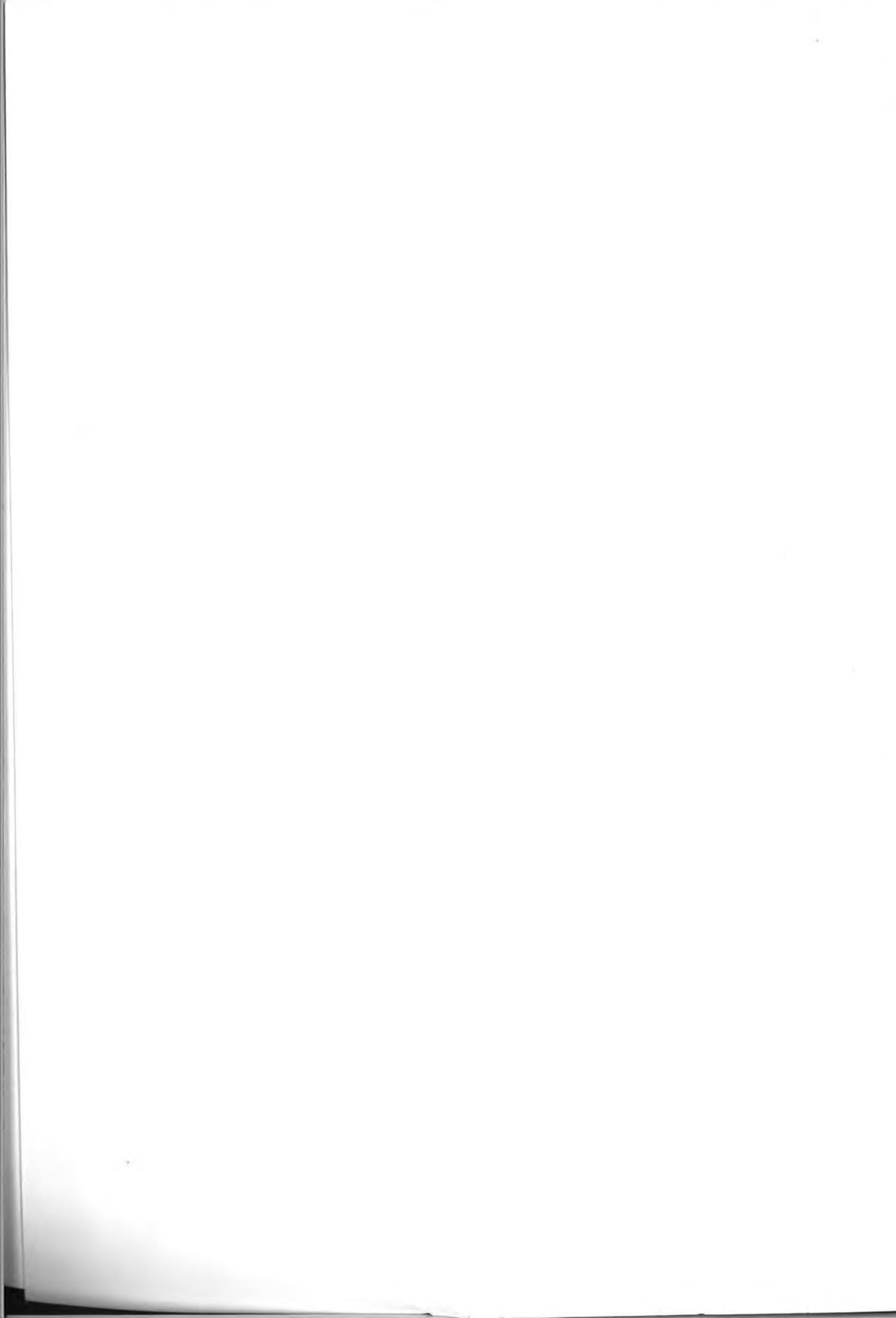
Al final de esta publicación aparece información complementaria sobre la Sociedad.

ANUNCIOS: Se aceptan anuncios de una o media página. Los detalles sobre las tarifas deben pedirse a la Secretaria de Redacción.



Indice

Editorial	5
Lectura psicoanalítica vs. lectura psicológica del Rorschach: un enfoque epistemológico A. Andronikof-Sanglade	8
Enfoque analítico y Sistema Comprehensivo: ¿Todos los caminos llevan a Roma? O. Husain	14
El narcisismo en el Rorschach revisado: algunas reflexiones sobre datos empíricos M. J. Hilsenroth, Ch. Fowler, J.R. Padawer y L. Handler.	23
Automutilación y Rorschach Ch. Fowler	45
Comparación de una muestra de población normal valenciana con la muestra barcelonesa J. Fúster, S. Sifre, I. Barriuso, E. Lobato, M. Martínez V.	58
Psicología y ética: cierta irreductibilidad básica E. De La Lama	67
La validez del trabajo psicológico en los pacientes esquizofrénicos. A propósito de un caso. A. López	77
Notas y noticias	88
Revistas de libros y de revistas	89
Extracto	92



Editorial

Después de 10 años de trabajo, he pensado que ya es hora de dejar paso a generaciones más jóvenes, de modo que este será mi editorial del adiós, al que se agrega mi excelentísima secretaria Ana Tuset. Los lectores conocen mi mayor frustración, que es la de no haber recibido suficiente retro-alimentación (la siempre vacía sección de **Cartas al Editor**, con la muy grata excepción de este N° 10) como para sentirme enteramente segura en la tarea editorial. Esta ha sido compartida -tanto en la elección de trabajos como en su traducción, preparación y corrección- con Ana Tuset. En general no hemos acudido a nuestro Comité de Consultores -que tal vez también se hayan sentido frustrados- porque no hubo dudas acerca de la publicación de los trabajos, ¿demasiado a menudo extranjeros? (casi siempre recogidos en los Congresos Internacionales del Rorschach y Métodos Proyectivos) dada la falta de contribuciones en español con excepción de nuestros Congresos Nacionales. Pero también debido al hecho que de esta manera nuestros lectores que no pueden asistir a esos eventos, puedan obtener información sobre lo que se hace y se piensa en el ámbito de la evaluación psicológica fuera de España.

Miro hacia atrás sin ira, al contrario, con satisfacción, sí con cierto cansancio -los años me pesan- y con agradecimiento por haber tenido la oportunidad de editar la única revista española dedicada solamente a la psicología proyectiva. ¡A ambas les deseo larga vida, amor y pesetas!

Cartas al Editor

«Llamada» se titula esta carta enviada por Jaime Fúster (de Valencia): Cuando en el verano del 96 participé en el Primer Congreso de la SEAS (Sociedad Española para el manejo de la Ansiedad y el Stress) me sorprendió que hubiera más de 400 asistentes y que se presentaran más de 100 trabajos. Los hubo de investigación, de evaluación, de estudio de casos, etc. Algunos los consideré muy interesantes y otros menos, unos me parecieron muy bien elaborados metodológicamente hablando y otros no tanto, unos eran de clara aplicación práctica, otros tan sólo teóricos.

Fue cuando reflexioné acerca de los que consideré menos acertados cuando me di cuenta de la importancia de lo que allí estaba ocurriendo. Era una sociedad naciente y se habían presentado más de 100 trabajos; psicólogos o equipos habían estado trabajando, investigando, reflexionando, sobre tests, cuestionarios, o casos; eso era una levadura que haría crecer con el tiempo el conocimiento sobre el estrés y las herramientas y métodos que permiten conocerlo, evaluarlo o controlarlo.

Realmente era satisfactorio. No obstante la satisfacción en mí no estaba generalizada.

Estudio y practico el Rorschach desde 1979, lo enseño desde 1988, pertenezco a la Sociedad Catalana del Rorschach y Métodos Proyectivos (SCRIMP), por ende a la Española y consecuentemente a la Internacional; también a la ERA (Sociedad Europea para el Rorschach por el Sistema Comprensivo); conozco a los mejores rorschachistas españoles, rorschachistas y enseñantes.

Nuestra Sociedad, la SERYMP, cuenta con algo más de 100 socios; en nuestros congresos se presentan trabajos, quizás en su mayoría buenos, pero pocos; la principal dificultad de la revista anual es conseguir material que publicar.

Sabemos que el Rorschach es una herramienta de riqueza difícilmente comparable con ninguna otra conocida en Psicología. La información que nos da es tan rica, amplia y segura que pensamos que es la prueba ideal. ¿Por qué si es así tiene tan pocos adeptos? ¿Es que sólo la hemos enseñado a los 100 miembros de la Sociedad? No. Las escuelas de Barcelona, Madrid, Sevilla, Valencia, Zaragoza...con seguridad la han enseñado a muchos más.

Algunos creemos que sabemos Rorschach y hemos dedicado muchísimo tiempo a estudiarlo, tanto que nos hacemos la pregunta: ¿Está justificado nuestro esfuerzo para el uso individual del Rorschach? Creemos que no. Sería altamente antieconómico. Nuestro esfuerzo sí que vale la pena, si enseñamos el Rorschach, si hacemos partícipes a cuantos más psicólogos mejor, de esta hermosa, riquísima y genial herramienta que nos permite conocer la personalidad de nuestros pacientes, como ninguna otra.

Se me dirá que ya lo hacemos, ya lo enseñamos, pero...¿Cómo lo enseñamos? ¿Cómo lo ofrecemos? Lo enseñamos y ofrecemos como si se tratara de un Rolls (y lo es) y a precio de Rolls (no ya económicamente hablando, sino en cuanto a dificultad y esfuerzo en su aprendizaje). La mayoría de nuestros alumnos estudian horas y horas de administración y especialmente de codificación, sin ver ni resquicios de interpretación: de tal forma que cuando empiezan a llegar a ver la utilidad y los frutos, suelen ya estar muy cansados y muchos abandonan.

Hay quienes sostienen que es natural, que el Rorschach es difícil y sólo muy pocos pueden llegar a *dominarlo*. -(Efectivamente así lo piensa la Editora, son contados los alumnos que realmente «se enrollan» con las Láminas)-. Posiblemente lleven razón en ello, pero no es menos cierto que dominar cualquier prueba es, quizás no tanto, pero también difícil. Sin embargo es lo más frecuente que en todas las demás pruebas muchos psicólogos las emplean sin llegar a dominarlas, pese a que obtienen de ellas resultados muy útiles. La pregunta es: ¿Por qué no intentar que el Rorschach sea conocible y usable sin que sea necesario *dominarlo*? Es tanta la infor-

mación que puede dar que quien obtuviera tan sólo el 50% ya conseguiría más que con ninguna otra prueba. -(Esta Editora lo duda un poquito, pero celebra el entusiasmo del autor de esta «Llamada»)-

¿Acaso un coche utilitario no presta los mismos servicios que un Rolls?, o mejor dicho, ¿acaso un Rolls no puede ser usado por un conductor poco experto? Desde luego no le sacará el máximo rendimiento, pero le llevará a donde quiera, e irá aprendiendo con él; puede que llegue a ser un experto y lo *domine*, o, tal vez, nunca llegue a serlo, porque para sus necesidades no lo requiera y con los primeros conocimientos tenga suficiente. -(Editora: Mientras no se vuelva omnipotente...)-

Volviendo al Rorschach, creo que nuestro esfuerzo estaría justificado si fuésemos capaces de hacerlo fructificar, de traspasarlo tratando de poner a disposición de nuestros alumnos todo lo que sabemos, Quizás a nosotros nos ha costado demasiados años y esfuerzos saber lo que sabemos. Por eso nuestra llamada a los que decimos saber Rorschach y estamos entusiasmados con él, es:

Formar a cuantos más alumnos mejor, en el uso del Rorschach. Hacerlo de la forma más fácil, con métodos sencillos, seguros y ciertos, pero sin demasiada profundidad.

Que en nuestra enseñanza no se pierda nunca de vista el objetivo de la prueba, la interpretación, para que nuestros alumnos se vean estimulados desde el principio por los resultados que vayan obteniendo, aunque se equivoquen. Estos errores nos servirán para demostrarles la importancia de la administración y codificación, viendo cuales hubiesen sido los resultados si no los hubiesen cometido. Vendámosles el producto, vale la pena.

Confiar en que de esos usuarios futuros podrán salir algunos que se enamoren de la prueba y que de éstos, a su vez algunos, quizás pocos, llegarán también con gran esfuerzo, como nosotros, a *dominarlo*. Ellos serán los maestros de mañana.»

Espero que este espacio no siga tan vacío en el futuro. Seguramente yo misma me encargaré de escribir alguna carta al nuevo/a editor/a.

Lectura psicoanalítica vs. lectura psicológica del Rorschach: un enfoque epistemológico*

Anne Andronikof-Sanglade

Ante todo intentemos comprender la cuestión planteada: ¿el Rorschach del Sistema Comprensivo (SC) y el psicoanálisis son enfoques compatibles? En el marco de una ciencia esta cuestión puede remitir a tres diferentes niveles de análisis: un nivel teórico, un nivel práctico y un nivel ideológico. En física por ejemplo, se podría plantear la cuestión de saber si las teorías de la física mecánica son compatibles con las de la teoría cuántica. En el nivel teórico estas dos concepciones efectivamente son incompatibles en el sentido de que no pueden aplicarse simultáneamente a los mismos fenómenos. Sin embargo, se sabe que cada una continúa siendo «verdadera» o pertinente, según el tipo de situación que se estudia. En el nivel práctico, los físicos e ingenieros aplican una y otra de acuerdo con las circunstancias. El ejemplo de una incompatibilidad «ideológica» nos es provisto por la aventura de Galileo: desde la antigüedad todos los astrónomos sabían que la tierra era redonda y que giraba, pero decirlo no era de buen tono.

En materia de Rorschach la cuestión teórica requiere una respuesta de nivel epistemológico, la cuestión práctica una respuesta de nivel clínico, y la cuestión ideológica una respuesta de nivel político.

Primero me situaré brevemente en el nivel práctico, luego en el ideológico, para abordar aspectos teóricos más largamente al final.

La práctica

En tanto que rorschachista, que ha aprendido a interpretar este test primero según un enfoque psicoanalítico, para luego descubrir el SC con felicidad y habiendo continuado utilizando uno u otro modelo de manera complementaria en función del contexto clínico específico a la administración del Rorschach, es decir, en función de las circunstancias del examen y de las cuestiones planteadas acerca del paciente, me cuesta mucho trabajo experimentar la más mínima «incompatibilidad» entre los dos métodos y sé que muchos clínicos comparten esta opinión. Entonces, de las dos cosas una u otra: o bien funcionamos de manera loca según el principio de no-contradicción propio del proceso primario, o bien la cuestión de la incompatibilidad es un falso problema (o más bien un no-problema) en la práctica

*Trabajo presentado en el Simposio: Sistema Comprensivo del Rorschach y Psicoanálisis: ¿Compatible o incompatible?, XV Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos, Boston, 1996.

clínica. En la práctica pues, defendiendo la idea de que estos dos enfoques lejos de ser incompatibles, son necesariamente complementarios.

La ideología

Es bien cierto que la dimensión ideológica no se halla ausente del debate actual. En efecto, en los países de tradición cultural latina (ciertos países de Europa y de la América Latina), el SC se encuentra como indexado: en general no se enseña en las universidades y a veces hasta su publicación está prohibida en las revistas especializadas en el Rorschach o en psicología clínica. ¿Por qué esta exclusión, este ostracismo?

Generalmente los motivos aducidos son triples: 1) El SC es un enfoque psicométrico (cuantitativo), 2) es normativo y 3) no se refiere a la metapsicología freudiana. Esto sobrentiende una definición muy particular de la psicología clínica como debiendo ser exclusivamente cualitativa, idiosincrática y especulativa. En esta concepción, la psicología clínica no es más que una modalidad de la aplicación del psicoanálisis, pertenece, exclusivamente al campo psicoanalítico. El clínico, por lo menos en Francia, es dado como el especialista del inconsciente y de la transferencia. Todo lo que no tiene en cuenta estas dimensiones no es considerado como propiamente **clínico**, en el sentido noble del término.

Para ser equitativa quisiera hacer recordar que también existe un ostracismo inverso: los partidarios de una psicología denominada «científica» y orientada hacia la investigación, refutan el carácter «científico» (sobrentendido como «serio») de los enfoques clínicos. Los motivos del rechazo son exactamente simétricos: las afirmaciones son llamadas inverificables y especulativas.

Así pues la cuestión de fondo es la siguiente: ¿se puede ejercer la psicología clínica legítimamente sin ser psicoanalista? Dicho de otro modo, ¿siendo clínico se puede decir algo acerca de un sujeto de manera ética, válida y útil sin referirse al modelo psicoanalítico?

Sólo al abordar serenamente esta cuestión fundamental de la definición de la psicología clínica es que podremos sacar el Rorschach del conflicto ideológico que lo encierra y lo socava. Sugiero a uno u otro organismo de la psicología clínica y por qué no a la Sociedad Internacional del Rorschach, organizar pronto un debate sobre este tema.

La teoría

Arribo ahora al tercer nivel de análisis, el epistemológico, que se podría formular en estos términos:

¿Qué nivel de apremio ejerce un instrumento (o una situación) sobre quién lo utiliza?

o aún:

¿Cómo legitimizar el uso de este u otro enfoque?

De hecho se puede pensar que debe haber una correspondencia entre la naturaleza del modelo de interpretación y la naturaleza del proceso puesto en juego. Así, por ejemplo, todos coincidirán en que no es apropiado estudiar la percepción de los colores a partir de un estímulo en negro y blanco, ni de analizar la actividad perceptual o las funciones cognitivas superiores en un sujeto que está durmiendo. Para el enfoque psicoanalítico por lo tanto es: ¿qué me autoriza a tratar la producción del Rorschach como la de un sueño o de un objeto transicional o de una sesión analítica? Y, para el enfoque en el SC, ¿qué nos autoriza a estudiar las funciones cognitivas y los procesos perceptuales? Comenzaré con el SC.

El proceso de respuesta en el SC

Aunque muy grosero con respecto a los refinamiento actuales en materia de percepción, de identificación y de cognición, el proceso de respuesta descrito por el SC presenta a la vez una coherencia interna y una pertinencia externa y ha sido abundantemente demostrado por J. Exner.

PERCEPCIÓN-ASOCIACIÓN-SELECCIÓN-COMUNICACIÓN

En mi opinión, el punto discutible de este modelo es el papel atribuido a la necesidades, emociones y a otros elementos de orden afectivo y más o menos inconscientes que son considerados por Exner como «sesgos» que deforman o que se transforman en percepción (en un simposio de la SPA en Atlanta, 1995, Exner distinguía entre traducción «correcta» -sobrentendida como objetiva y neutra- e «incorrecta» -sobrentendida como subjetiva y proyectiva- del estímulo). Exner sitúa el impacto de estos elementos en la última fase del proceso de respuesta (selección y comunicación).

Ahora bien, estudios recientes sobre los mecanismos de la visión (Reppas, Dale, Sereno & Tootel, 1996) mostraron que el pensamiento (y en particular la memoria y la representación anticipada) juega un papel activo en la percepción *desde el primer momento*. Estos trabajos han demostrado que la actividad cerebral (detectada a través de imágenes por resonancia magnética funcional) es diferente según se «perciban» formas y colores desprovistos de sentido o imágenes que representan algo que tiene sentido para el sujeto (cf. ilusión de Lincoln).

Parece que estos descubrimientos conciernen directamente el acto perceptual en el Rorschach: el estímulo se halla compuesto por formas y colores que, si son tratados de manera «objetiva», típicamente dan lugar a nominaciones de colores. Desde el momento en que hay «respuesta» nos encontramos en el campo de lo que los investigadores de la visión denominan «percepción subjetiva» o «ilusión» perceptual, que pone en juego un conjunto complejo de fenómenos y funciones psíquicas desde el primer momento perceptual. Seguramente es esto que intuyeron los autores anti-

guos al hablar de «apercepción» y lo que H. Rorschach llamaba la «interpretación» de formas fortuitas. También es cierto que estos nuevos conocimientos acerca del mecanismo de la visión, como asimismo los trabajos sobre la contextualización de la memoria, hacen necesario repensar el proceso de respuesta.

Me parece que son justamente estos tipos de descubrimientos en el terreno de las neurociencias que, como ironía de la suerte, pueden también apoyar la elaboración de un modelo psicoanalítico del proceso de respuesta.

El enfoque psicoanalítico

Frente al modelo del proceso de respuesta propuesto por J. Exner, que, como vimos, tiene sus defectos pero tiene el mérito de ser coherente y pertinente, que yo sepa no existe un modelo equivalente en psicoanálisis. De hecho, la mayoría de modelos reposan sobre postulados: Lerner postula que el motor de la respuesta es la necesidad de la comunicación con el otro (SPA, Atlanta, 1995) y que la interpretación se realiza por medio de la empatía.

Falta probar que «la necesidad de comunicación» es un impulso fundamental, obrando siempre en cualquier sujeto al que se le administra el Rorschach y que esa necesidad fundamental funciona según un mecanismo inmutable, accesible a la empatía.

Bruce Smith postula que la situación Rorschach crea un «espacio potencial» en el que se proyecta la relación objetal del sujeto. Falta demostrar en qué la formación de la respuesta al Rorschach es asimilable a la creación de un objeto transicional en el sentido Winnicottiano.

En la escuela francesa, siguiendo a Didier Anzieu, se postulan dos cosas:

- Sea que la pasación del Rorschach es asimilable a una sesión de análisis, lo que lleva a la interpretación de la respuesta como un producto transferencial,

- sea que la respuesta es asimilable a un producto onírico, es decir, un producto disfrazado del inconsciente, como en el sueño, a través de mecanismos de dramatización, condensación, desplazamiento, simbolización, etc. En esta perspectiva cualquier respuesta es considerada como la expresión de un material inconsciente, a ser descifrada como tal.

- A esto se agrega el postulado según el cual cada lámina se dirige preferencialmente a un lugar preciso del inconsciente. Dicho de otro modo, que cada lámina despierta de modo específico contenidos psíquicos específicos (en términos de conflictos o de fantasías o de ansiedades). Por ejemplo, tal lámina evoca la castración, tal otra la destrucción, tal otra la escena primaria o aún las imágenes parentales, etc.

Falta probar todos estos postulados. Por ejemplo, la asimilación del Rorschach a una sesión de análisis me parece difícilmente sostenible puesto que ninguna de las reglas que definen el encuadre psicoanalítico está presente en el momento de la administración del Rorschach: ni el contrato

muy específico que liga al analizado con el analista, ni la regla de «decirlo todo» (no se trata de la asociación libre y las censuras accionan muy fuertemente), ni la situación de regresión inducida por la posición recostada del paciente. En cuanto a la prohibición del pasaje al acto, es válida, puede ser esperada para todo encuentro entre un sujeto y un clínico. Finalmente, la interpretación reposa sobre la neurosis de transferencia por una parte y la transferencia se elabora lentamente durante el curso del análisis y por otra parte, sobre las propias asociaciones del sujeto posteriores a la producción de un sueño o de la conducta. En sí, como Sigmund Freud nos lo enseñó, la imagen de un sueño o una conducta, no tienen un significado universal y pre-establecido.

En lo que respecta a la asimilación de la respuesta Rorschach a una imagen onírica, debería cumplirse una condición esencial en el momento de la administración del Rorschach, a saber, que el sistema percepción-consciencia se halle suspendido como ocurre durante el sueño. ¡Es difícil sostener que la presentación de manchas de tinta, estímulo visual presentado a una persona en estado de vigilia, involucre la inhibición del sistema percepción-consciencia!

¿Es legítima la interpretación de las respuestas Rorschach desde una perspectiva psicoanalítica? ¿En qué medida hay correspondencia-similitud entre los mecanismos psíquicos puestos en marcha en la situación Rorschach y aquellos que producen formas psicoanalíticas (actos fallidos, lapsus, sueños, transferencia, neurosis, etc.)?

Así y para volver a la primera cuestión de la compatibilidad o incompatibilidad de los dos enfoques, sería bueno preguntarse en qué nivel de análisis uno se coloca y cuál es el lugar del eventual conflicto:

- en el plano práctico, el lugar del conflicto está en la cabeza del clínico, de cada clínico: ¿está preparado o no a referirse a modelos distintos en función de la naturaleza y del contexto de la evaluación en curso? ¿Puede sacar partido de una variedad de conocimientos? En el plano práctico el clínico es el interface.

- en el plano ideológico el lugar del eventual conflicto se halla en la comunidad científica: ¿se puede ser reconocido como clínico si no se adopta un punto de vista psicoanalítico?

- en el plano teórico finalmente, el lugar del conflicto se sitúa en el *interface* entre el material (es decir el test) y su interpretación.

Estoy convencida de que entre el «todo perceptual» del SC y el «todo proyectivo» del enfoque psicoanalítico, existe un lugar para una concepción perceptivo-proyectiva mejor asentada en la teoría de lo que está actualmente.

Una tarea, me parece, que queda por realizar. ¿Tal vez tendremos algunas respuestas dentro de tres años en el Congreso de Amsterdam?

BIBLIOGRAFIA

Reppas, J. B., Dale, A. M., Sereno, M. & Tootell, R. B. H. (1996). La vision, une perception subjective. *La Recherche*, 289, Julio-Agosto.

Dirección:
200, Avenue de la Republique
92001 Nanterre Cedex
Francia

Enfoque analítico y Sistema Comprehensivo: ¿Todos los caminos llevan a Roma?*

Odile Husain

Resumen

Confrontar el enfoque analítico del Rorschach con el Sistema Comprehensivo (SC) plantea de entrada un problema de definición. Si la evocación del SC genera una unidad de representación en quienes lo utilizan, este no es para nada el caso de los que se proclaman pertenecer al enfoque analítico. Empezaremos examinando la moda de la compatibilidad y nos interrogaremos sobre la distinción tal vez necesaria entre adición de modelos e integración de modelos. A la hora en que la tendencia es hacia la reconciliación, nos adherimos a una posición conflictiva que trata estos dos modelos interpretativos como divergentes e incompatibles. Finalmente examinaremos ciertos puntos de convergencia que no necesariamente contradicen el punto de vista de la incompatibilidad.

I. ¿Una compatibilidad a la moda?

Comenzaré con una cita:

"Los dos enfoques no se solapan de ninguna manera y ni tienen ningún punto en común, ni aun a través del tema que investigan... El enfoque psicoanalítico y el del SC no pueden, en principio, refutarse mutuamente; tampoco son contradictorios porque cada uno opera en un reino científico distinto. En otras palabras, están basados en posiciones epistemológicas radicalmente diferentes..." (pp.53-54).

Se pueden leer estas líneas de la pluma de Anne Sanglade en la *Rorschachiana* No. 20 (1995). Ellas resumen nuestra posición y nuestra entrada en materia en este, a veces, agitado debate.

En un sentido puedo decir que envidio a los Exnerianos: ellos por lo menos saben de qué hablan cuando evocan el SC. Forman una «familia» a partir de un método común de codificación. Pero cuando se dice pertenecer al enfoque analítico, como lo hacemos nosotros, nadie sabe a punto fijo de qué se está hablando: en ese mismo artículo Sanglade apunta cuatro escuelas de orientación analítica. De paso señalo que nunca hemos bautizado nuestro método con un nombre cualquiera; a mi me gusta referirme a él

*Trabajo presentado al Simposio: Sistema Comprehensivo del Rorschach y Psicoanálisis: ¿Compatible o incompatible?, XV Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos, Boston, 1996. Nota del traductor: Creo que la referencia a Roma, más allá de un juego de palabras, se refiere a la posibilidad de que el próximo Congreso se celebre en esa ciudad (pero será en Amsterdam, 1999).

como «análisis psicodinámico del discurso».

Entonces, cuando hablamos de compatible o incompatible, ¿de qué integración hablamos? ¿Exner y qué otra cosa? Con seguridad hablaré solamente de lo que conozco, a saber, la cuestión de casar el SC con el método que nosotros practicamos.

Desde hace algunos años, la cuestión de la compatibilidad persigue las reuniones de la SPA (Society of Personality Assessment). Las posturas originales más bien conflictivas -pienso en un co-análisis de caso Exner-Lerner en Nueva Orleans, 1990- han empezado a girar hacia la afirmación de la compatibilidad y de una integración posibles. Esta postura corre el riesgo, creo, de allanar las diferencias conceptuales. Sin embargo, es una cuestión que actualmente preocupa a autores y presentadores (de trabajos). Lo prueba el hecho que en el No. 20 de *Rorschachiana*, la cuestión de la integración o no, de Exner más otra cosa, es objeto de tres artículos: uno primero presenta un punto de vista teórico (Andronikof-Sanglade, 1995), un segundo el punto de vista de un estudio de grupo sobre los transexuales (Mormont, 1995) y un tercero el punto de vista de un estudio de caso (Baba, 1995). Los dos estudios clínicos presentan dos «integraciones» lo más diferentes créanme: uno injerta conceptos psicoanalíticos en las codificaciones, mientras que el otro mantiene la independencia de ambos enfoques.

¿Se trata de integraciones o de adiciones? Se podrá objetar que corto los pelos en cuatro pero la distinción tiene talla. La integración supone que la suma de las observaciones resulte en una organización «Supra», a una síntesis: es el paso seguido en el establecimiento de un diagnóstico, según Holt (1968), que comprende inferencias primarias y secundarias. La adición permanece en una colección de rasgos a menudo dispares, lineales. Es el caso del trabajo de Meloy (1988) sobre la psicopatía, que reúne datos ricos, a la vez derivados del SC y de las escalas de inspiración analítica de Blatt, Lerner & Lerner, etc., pero donde la ausencia de integración parece emanar de la ausencia de un encuadre teórico unificador.

II. We shall agree to disagree *

El SC y el enfoque analítico son procedimientos incompatibles o, más bien, visto que el SC es un método de codificación y no un modelo, debería decir que el modelo empírico y el modelo analítico son incompatibles. Ambos son concebidos como diferentes procesos de descubrimiento a partir de un objeto particular que es el discurso de una persona. Si insisto en resituar el SC en un modelo, es porque a menos de remontar hasta las fuentes, a las epistemologías subyacentes, ninguna argumentación me parece posible.

El método de los tests reclama un parentesco doble: en tanto que

*Nota del traductor: En inglés en la versión original francesa: vamos a acordar estar en desacuerdo

técnica psicométrica, contribuye al análisis experimental de las variaciones conductuales en las que la psicología diferencial se interesa; en tanto que prueba clínica, constituye una etapa en el estudio del funcionamiento del individuo en el seno del encuentro entre dos sujetos, lo que practica la psicología clínica. Brevemente, el psicólogo se siente apurado para articular el discurso de las ciencias humanas y el de las ciencias exactas (Reuchlin, 1974 & 1976).

Duruz (1979) propone considerar dos soluciones a este dilema, o sea dos «testologías». La psicométrica, concebida a la imagen de la psicología experimental, supone una normalidad estadística objetivable, siendo entonces la patología definida como una diferencia interindividual que se apartaría de la media; de ahí su inclinación por los métodos de interpretación rigurosos de preferencia estadísticos. La testología clínica, por contra, concebida a la imagen de la psicología clínica e inspirada en el modelo psicoanalítico, comprende la normalidad y la patología desde un punto de vista problemático y conflictivo, así pues favoreciendo las interpretaciones cualitativas. Esta diferenciación parece superponible a la distinción que varios autores norteamericanos (Smith, 1990; Jaffe, 1991; Sugarman, 1991) introducen entre el testar, procedimiento que tendería a hacer el repertorio de y a aislar rasgos y conductas, y la evaluación, cuyo eje es la comprensión de la complejidad del individuo.

Considerando que estos dos enfoques se excluyen (Schotte, 1990), nos adherimos a la posición de Duruz (1983) con respecto a «la imposibilidad epistemológica» y no a «la debilidad epistemológica» de la psicología clínica para someterse a los criterios estrictos de estandarización y operativización de los trabajos experimentalistas solamente, lo que no significaría tanto como que un enfoque clínico del examen psicológico no pueda dotarse de procedimientos teorizados y coherentes, o sea, medibles (Duruz, 1990).

La preocupación por conservar esta perspectiva de una «testología clínica» fundamentada sobre el sentido, la coherencia y la convergencia, nos lleva a recurrir a ciertos epistemólogos (Kaplan, 1964; Diesing, 1971) y a otros procesos de «descubrimiento» que obran en otras metodologías. El enfoque «holístico» (Diesing, 1971), al que pensamos poder acudir, presenta procesos de descubrimiento y etapas específicas de investigación, no superponibles a los del método experimental.

Equipado con su «atención flotante» (Diesing, 1971) el investigador espera dejarse impresionar por la reaparición de ciertos temas. Su espera, lejos de ser totalmente pasiva (Pine, 1986), está por el contrario formada por sus conocimientos y sus teorías previas, quedando sin embargo abierto al encuentro que se desarrolla entre un sujeto que habla y un sujeto que escucha. Una vez descubiertos, interpretados y testados los temas, serán reunidos en una red de significación: es la etapa de la construcción del mo-

delo tipo «pattern model». Cada tema ilumina una faceta del sistema, cuando el modelo logrado permite describir la actividad del sistema en su integridad; en cuanto al proceso de explicación, consiste en establecer relaciones plausibles entre los temas aparentemente independientes. La garantía del modelo se atiene a la posibilidad de «rellenarlo» y de ampliarlo con la ayuda de nuevas observaciones, cada una de las cuales tendrá su lugar.

A la inversa, las codificaciones Exnerianas presentan, en mi opinión, el inconveniente de ser a-priorísticas, por lo tanto pre-establecidas antes que a-posteriorísticas de las categorizaciones reales que opera el sujeto individual. Así, dado que el método de las codificaciones no prevé un análisis secuencial del discurso, no se distinguirán, por ejemplo, los fenómenos de estereotipia del lenguaje o de la aprehensión perceptual, solamente aparecerá la estereotipia del contenido (10 respuestas anatómicas, por ejemplo). O, con el pretexto de que nunca se han podido operativizar las manifestaciones relacionales, por ejemplo bajo la forma de una referencia al examinador (V: «optaría también por un bicho *a pesar de que Ud. se burle de mi*») no se hace caso de ésta, como si no existiera: ¿si la lente no lo ve quiere esto decir que el fenómeno no existe?

Tal vez sea el momento de zambullirse un poco más aún en las epistemologías subyacentes, porque siempre existe una epistemología subyacente a una teoría del conocimiento. Calificar el SC o el DSM como «ateóricos» y de método «descriptivo» es, para mi, un sin sentido. El SC. Contrariamente a las afirmaciones de algunos, *no se ve* el control emocional o la tolerancia al estrés. En el Rorschach, no más que en el TAT, no se ve otra cosa que la persona en frente nuestro y palabras sobre una hoja de papel, que es el documento sobre el cual trabajamos. Más allá de esas palabras, *todo es inferencia, construcción de nuestra parte* en función de presupuestos epistemológicos bastante precisos.

Resumiré aquí las posturas de Parnas y Bovet (1995). El punto de vista objetivista subyacente al enfoque empírico de Exner, admite una realidad externa y un sujeto cuyo desarrollo va a apuntar a la correspondencia entre la estructura racional intrínseca del mundo externo y la representación que de éste tiene. El éxito de esta empresa depende de la armonía entre esas representaciones y los objetos de la realidad externa. Esto supone entonces, que el mundo externo existe independientemente de las «creencias» de una persona. Es esta la posición que subyace a la teoría de los «bits» críticos de Exner, esencialmente centrada en la estructura del estímulo externo al que el sujeto se acomodaría casi pasivamente.

Ahora bien, los tiempos se han acabado en que se consideraba la

* Nota del traductor. En inglés en el original.

percepción como un fenómeno pasivo de tipo fotográfico. Así, la actividad perceptual como experiencia sensorial pura no existiría, debido a su inevitable coloración por el sentido que se le ha dado. Por este hecho, siempre sería interpretación (Sanglade, 1995) aunque manteniendo una relación tan «objetiva» como posible con la mancha (Schafer, 1954).

La fenomenología de Husserl y de Merleau-Ponty intentó sobrepasar este dualismo sujeto-objeto para rechazar la noción dualista de que el percepto es ontológicamente distinto del objeto externo que representa. La fenomenología cree en una necesaria constitución del self y del otro, como por otra parte el modelo psicoanalítico, en el cual la percepción no puede ser separada de la acción. Las implicaciones son importantes con respecto a la validez.

Efectivamente, la historia de un sistema complejo no puede ser predicha a partir de sus condiciones iniciales, en razón de la impredecibilidad impuesta por los puntos de bifurcación. El modelo objetivista, al presuponer una homología unidireccional entre el mundo externo y el organismo, pone el acento en la *adaptación* a ese mundo externo. A la inversa, la teleología subyacente a una perspectiva fenomenológica, es el mantenimiento de la *coherencia interna* del organismo en el mundo, a través de las vicisitudes de sus interacciones significativas.

III. But sometimes we agree: meet you in Rome... *(inglés en el original: Pero a veces estamos de acuerdo: nos encontraremos en Roma...)

Para Diesing (1971) la particularidad del Rorschach proviene justamente de la dualidad teórica que preside su análisis: holístico por una parte, estadístico por otra. Mientras que la primera sería considerada como el reflejo de una visión «estructuralista» de la psicopatología, la segunda podría ser concebida como un calco del modelo taxonómico que Bolzinger (1990) sitúa en la línea de los enfoques tipológicos de la personalidad y de una psicología de los rasgos. En este sentido la aplicación del término «estructural» al SC me parece inapropiada. Diesing pone en guardia contra una síntesis de los dos enfoques que desembocaría en un «híbrido» doblemente deficiente a la vez en el plano estadístico y el holístico y que resultaría en intentar sumar «manzanas y peras».

La divergencia epistemológica y modélica no puede hacer olvidar que a menudo las conclusiones se recortan, los caminos de la interpretación se cruzan, las playas de intersección -para tomar prestado una imagen de las matemáticas de conjunto- aparecen.

He aquí unos ejemplos:

*Nota del traductor: En inglés en el original: Pero a veces estamos de acuerdo: nos encontraremos en Roma.

Los psicópatas y la dependencia: Para Meloy (1988) los parámetros del poder y del control reemplazarían toda la dimensión afectiva de los psicópatas. Para apoyarlo, Meloy se basa en el hecho de que sus protocolos carecen de respuestas de textura, siendo interpretada ésta como la expresión de la dependencia. Por lo tanto, es por la ausencia de esta categoría de codificación que Meloy propone una lucha contra la dependencia. Rossel, Merceron y Ponce (1983 & 1989), en su análisis del discurso psicopático, igualmente subrayan la ausencia de contenidos de dependencia en los psicópatas y esto a diferencia de lo que se observa en otros fronterizos. Los psicópatas, con su capacidad de simbolización poco desarrollada, habrían tenido escasa posibilidad de traducir el afecto ligado a la pérdida en representación, de donde una traducción inmediata en la acción.

Las respuestas de reflejo: Exner creó un nuevo determinante para las respuestas de reflejo -rF y Fr- según lo que prime en el plano perceptual, el reflejo o la forma, y a partir de investigaciones empíricas estipula que las respuestas de reflejo contienen una medida del egocentrismo. Una perspectiva más analítica como la de Rosegrant (1984) argumenta que las respuestas de reflejo se inscriben de hecho en un continuum de la apreciación de las relaciones objetales (cita la escala de mutualidad-autonomía de Urist). Si la respuesta de reflejo «clásica», citada por Exner: «una niña mirándose en un espejo» (VII), efectivamente puede tomar valor de egocentrismo en el seno de una relación que nosotros calificaríamos de «en espejo» donde prima la fantasía de unicidad narcisística, el examen atento de la formulación de las respuestas de reflejo indica grados de elaboración diferentes de la simetría. Claramente, en algunos casos, el egocentrismo no es el fin apuntado. Así la simetría, como aparece en los contextos psicóticos, generalmente remite a problemáticas más arcaicas del orden de la simbiosis y del imposible acceso al estadio del espejo («una cabeza y la otra del otro lado que se refleja»).

Los códigos especiales: También podemos coincidir con las conclusiones de Exner en materia de ciertas alteraciones de las funciones cognitivas (verbalizaciones desviadas, combinaciones inapropiadas y lógica inapropiada), pero a diferencia de Exner no veríamos en éstas un simple comportamiento de trastornos del pensamiento, sino que veríamos el resultado de procesos internos ligados a una problemática importante con los límites, con fenómenos de vinculación y desvinculación semejantes a la dimensión de ataque contra los vínculos descritos por Bion (1982).

En todas estas respuestas, equivalentes a signos o síntomas para Exner, existe un continuum para los proyectivistas analíticos. Pienso en la imagen de un haz luminoso del cual el sistema Exner captaría una extensión parcial. Es en esa parte captada que obtenemos playas de intersección que pueden permitir creer en una integración posible. De hecho, la interpretación analítica es profundamente polisémica, no admite sentido unívoco

alguno para una respuesta ni para un síntoma (es el punto de vista defendido con fuerza por Schafer, 1954). Así permite sobrepasar la simple equivalencia entre un tal síntoma, respuesta o significado. Por otra parte, no excluye ningún dato, contrariamente a la perspectiva exneriana que privilegia las desviaciones de la norma. En 1994, Smith proponía que una integración de ambos enfoques sólo podía hacerse a condición de que la teoría analítica fuese el encuadre conceptual global. Una de las razones de esto es que el enfoque analítico sobrepasa la herramienta Rorschach. Según Jaffe (1991), es en razón de su poder integrador y explicativo único, que el modelo psicoanalítico constituiría la única teoría de referencia para sintetizar aún lo que de otro modo podría aparecer como una masa de datos heterogéneos. Es este poder explicativo general el que permite mantener la misma grilla de lectura a través del Rorschach, el TAT, y hasta otras producciones.

Hay que reconocerlo, para un proyectivista de orientación analítica, el Rorschach y el TAT no son tests más allá de la consigna estandarizada: no miden una función, son un pretexto para discurrir acerca de una realidad más o menos ambigua revelando al mismo tiempo un funcionamiento psíquico subyacente. Entonces, ¿cómo integrar una relación dual sujeto-objeto donde uno se interroga sobre cómo el sujeto percibe el objeto y, en particular, con qué adecuación? ¿Y cómo integrar esto con una relación triangular del tipo yo-tu-él/élla entre el sujeto, el examinador y el objeto, donde no figura el percepto sino la narración sobre el percepto? En este sentido, lo visto y lo percibido empíricos difícilmente «pegan» con lo dicho y lo escuchado-comprendido analíticos.

Ciertamente, proyectivistas analíticos y empiristas corren el riesgo de cruzarse durante sus callejeos romanos, pero si los unos sólo tienen ojos para reconstituir las ruinas del Foro y los otros se pierden en la Piazza Navona, el encuentro tal vez no sea para mañana...

BIBLIOGRAFIA

- Andronikof-Sanglade, A. (1995). Interpretation and the response process. *Rorschachiana*, 20, 49-63.
- Baba, R. (1995). A comparative study of the Comprehensive System and a psychoanalytic sequence analysis. *Rorschachiana*, 20, 64-92.
- Bion, W. (1982). Attaques contre les liens. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 25, 285-298.
- Bolzinger, A. (1990). Hiatus méthodologique entre le Rorschach et la clinique: inconvénients et remèdes. *Rorschachiana XVII (64)*, 66-72.

- Diesing, P. (1971). *Patterns of Discovery in the Social Sciences*. New York: Aldine.
- Duruz, N. (1979). De l'utilisation des tests projectifs. Artículo no publicado.
- Duruz, N. (1983). Recherches en psychothérapie. *Revue Suisse de Psychologie Pure et Appliquée*, 42 (4), 280-310.
- Duruz, N. (1990). La pratique professionnelle de la psychologie est-elle clinique? Conferencia dada el 31 de Enero, 1990, en l'Office d'Orientation et de la Formation Professionnelle, Ginebra.
- Holt, R. (1968). Prefacio del editor. En Rapaport, D, Gill, M. & Schafer, R. *Diagnostic Psychological Testing* (pp. 1-44). New York: International Universities Press Inc.
- Jaffe, L. (1991, Marzo). Uniting psychological testing with psychoanalytic theory to develop a more enjoyable and rewarding approach to psychological assessment. Comunicación al Simposio de la SPA, New Orleans.
- Kaplan, A. (1964). *The Conduct of Inquiry*. San Francisco: Chandler.
- Meloy, R. (1988). *The Psychopathic Mind. Origin, Dynamics and Treatment*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- Merceron, C., Ponce, L. & Rossel, F. (1983). Aménagement particulier des états-limites: les troubles du comportement à caractère délictueux. *Psychologie Française*, 28 (2), 156-163.
- Mormont, Ch. (1995). Transsexualism and connection with reality: Rorschach data. *Rorschachiana*, 20, 172-186.
- Parnas, J. & Bovet, B. (1995). Research in psychopathology: epistemologic issues. *Comprehensive Psychiatry*, 36 (3), 167-181.
- Pine, F. (1986). Margaret S. Mahler, M. D.: In memoriam. *Psychoanalytic Psychology*, 3 (2), 101-103.
- Reuchlin, M. (1974). *Histoire de la Psychologie*. Paris: PUF.
- Reuchlin, M. (1976). *Les Méthodes en Psychologie*. Paris: PUF.
- Rosegrant, J. (1984). Rorschach object relations and fantasy themes incorrectly scored as determinants. *Journal of Personality Assessment*, 48 (5), 467-475.
- Rossel, F., Merceron, C. & Ponce, L. (1989). Aménagement particulier des états-limites inférieures: les psychopathes à travers le Rorschach. Manuscrito no publicado.
- Schafer, R. (1954). *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing*. New York: Grune & Stratton.
- Schotte, J. (1970). Curso de método clínico. Policopiado.

Smith, B. L. (1990). The theoretical matrix of interpretation: an object relations perspective. *Rorschachiana*, XVII (64), 73-77.

Smith, B. L. (1994). Object relations theory and the integration of empirical and psychoanalytic approaches to Rorschach interpretation. *Rorschachiana*, 19, 61-77.

Sugarman, A. (1991). Where's the beef? Putting personality back into personality assessment. *Journal of Personality Assessment*, 56 (1), 130-144.

Dirección:
460 Champ de Mars, App.# 404
Montreal, Quebec
Canadá, H2Y 1B4

El narcisismo en el Rorschach revisado: algunas reflexiones sobre datos empíricos*

M. J. Hilsenroth, Ch. Fowler, J. R. Padawer y L. Handler.

Resumen

Este estudio investiga en qué medida el Rorschach es capaz de identificar apropiadamente expresiones patológicas de narcisismo de acuerdo con las recomendaciones metodológicas ofrecidas por Nezworski y Wood (1995). Se compararon 91 pacientes que cumplían los criterios del DSM-IV de un trastorno en el Eje II [trastornos de personalidad del cluster A (TPCA)=10; antisocial (TPA)=20, borderline (TPB)=25, histriónico (TPH)=5, narcisista (TPN)=15; trastornos de personalidad del cluster C (TPCC)016] con un grupo control de 50 sujetos no-clínicos en cuatro variables Rorschach: número de reflejos (REF), personalización (PER) y respuestas idealizadas (IDEAL), así como el índice de egocentrismo (EGOI). Los resultados de este estudio indican que determinadas variables Rorschach pueden ser utilizadas para diferenciar de forma efectiva pacientes con patología narcisista de muestras no-clínicas así como de trastornos de personalidad de los clusters A y C. Los hallazgos presentados aquí muestran que las variables del Rorschach pueden ser utilizadas para ayudar en el diagnóstico diferencial de los pacientes con TPN en relación con otros trastornos de personalidad del cluster B de diagnósticos del DSM-IV. Además, las variables de reflejo e idealización resultaron estar empíricamente relacionadas con los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TPN y una medida de autoinforme del TPN. Finalmente, estas variables del Rorschach pueden ser utilizadas con fines clasificatorios en formas que son clínicamente significativas para el diagnóstico de TPN.

El Trastorno de Personalidad Narcisista (TPN) se incluyó como categoría diagnóstica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (3ª ed.[DSM-III]; Asociación Americana de Psiquiatría, 1980) en gran parte debido al amplio interés de los psicoterapeutas en el concepto teórico y clínico del narcisismo (Kernberg, 1970, 1975, 1984; Kohut, 1971, 1977; Pulver, 1970; Stolorow, 1975; Teicholz, 1978). Sin embargo, la justificación para contemplar el Trastorno Narcisista de Personalidad como una

* Este artículo fue publicado originalmente en inglés como: M. J. Hilsenroth, Ch. Fowler, J. R. Padawer, & L. Handler. (1997). Narcissism in the Rorschach Revised: Some Reflections Upon Empirical Data. *Psychological Assessment*, 9, 113-121. Los derechos de autor (Copyright © 1997) pertenecen a la *American Psychological Association*. Traducido con el permiso del editor y los autores. La *American Psychological Association* no se responsabiliza de la calidad de la traducción. Ni el original ni esta traducción pueden ser reproducidos o distribuidos en cualquier forma o medios, o archivados en una base de datos o sistema *retrieval*, sin el permiso previo por escrito de la *American Psychological Association*.

entidad diagnóstica independiente, con características distintas de otros trastornos de la personalidad, ha sido objeto de algunas controversias (Loranger, Oldham y Tulis, 1982; Pope, Jonas, Hudson, Cohen y Gunderson, 1983; Siever y Klar, 1986; Perry y Vaillant, 1989). En realidad apenas se han realizado trabajos empíricos centrados exclusivamente en el TPN desde finales de los años 80. En su revisión de datos sobre los criterios del TPN para el DSM-III-R (Asociación Americana de Psiquiatría, 1987), Gunderson, Ronningstam y Smith (1991) afirman: «sigue siendo un trastorno sobre el cual ha habido poca evidencia empírica y sobre el que las cuestiones básicas de descripción, utilidad clínica y validez siguen pendientes» (p. 167).

Sin embargo, han habido muchos esfuerzos recientes de sistematización y descripción de las características básicas del TPN (Gunderson, Ronningstam y Bodkin, 1990). En este esfuerzo para echar luz sobre varias cuestiones alrededor de los aspectos nosológicos del TPN, muchos investigadores han intentado desarrollar criterios específicos para varios instrumentos de evaluación que pueden ayudar en la diferenciación del TPN de otros trastornos de personalidad (Colligan, Morey y Offord, 1994; Morey, Waugh y Blashfield, 1985; Millon, 1983, 1987). En particular, algunos estudios han aportado puntuaciones en el Rorschach que son útiles para diferenciar el TPN de otros grupos clínicos. (Berg, 1990; Berg, Packer y Nunno, 1993; Farris, 1988; Gacono y Meloy, 1994; Gacono, Meloy y Berg, 1992; Gacono, Meloy y Heaven, 1990; Hilsenroth, Hibbard, Nash y Handler, 1993).

Las cuatro variables del Rorschach que han demostrado alguna utilidad en estos estudios sobre el diagnóstico del TPN han sido el incremento en el número de respuestas de reflejo (REF) respuestas personalizadas (PER) e respuestas idealizadas (IDEAL), así como un elevado índice de egocentrismo (EGOI). Mientras la investigación anteriormente citada indica que el Rorschach puede ayudar a diferenciar pacientes con TPN de otros grupos clínicos, una revisión reciente de Nezworski y Wood (1995) cuestiona la habilidad del Rorschach para evaluar adecuadamente manifestaciones patológicas del narcisismo y constructos relacionados con él como egocentrismo y autoestima.

Nezworski y Wood (1995) hacen una revisión crítica de la literatura en un esfuerzo por investigar la relación entre el Índice de Egocentrismo (EGOI) descrito en *The Rorschach: A Comprehensive System* (Exner, 1969, 1973, 1974, 1978, 1986, 1991, 1993) con egocentrismo, autoestima, narcisismo, funcionamiento del yo, depresión, sociopatía antisocial y homosexualidad. Los que hicieron la revisión consideran el egocentrismo como un constructo que «parece estar muy relacionado con el narcisismo e implicar una tendencia a centrar la atención en las cualidades y experiencias del yo en lugar de las del mundo externo». Se examinaron 22 estudios de Exner así como otros 28 artículos y 9 tesis que los autores sugieren ofrecen resultados no concluyentes o que demuestran que no hay relación entre EGOI y

estas características. Estudios que apoyan una relación entre reflejos y diagnóstico de TPN (Berg, 1990; Gacono et al., 1992) son criticados y desestimados por los autores por basar los diagnósticos de narcisismo de los sujetos en criterios diagnósticos inespecíficos y circulares (utilizando datos del Rorschach). Nezworski y Wood (1995) acaban cuestionando la utilidad de la variable EGOI y, por extensión, el mismo Sistema Comprehensivo.

Nezworski y Wood (1995; p. 196) ofrecen cuatro recomendaciones básicas para investigaciones futuras utilizando el Rorschach en la evaluación del narcisismo. Incluyen: 1) La selección de «grupos de pacientes deben usar criterios diagnósticos bien definidos y rigurosamente medidos (por ejemplo, criterios DSM-III-R o DSM-IV)» 2) «Los diagnosticadores deben desconocer las puntuaciones de los sujetos en el Rorschach»; 3) «Los informes deben incluir medidas apropiadas de ejecución diagnóstica» (ver Kesel y Zimmerman, 1993); y 4) se deben emplear «medidas validas que no pertenezcan al Rorschach» para clarificar los hallazgos.

En su comentario sobre el artículo de Nezworski y Wood (1995), Exner (1995; p. 200) apunta que basan su análisis y conclusiones en una asunción de que el Sistema Comprehensivo incluye una medida formalizada del narcisismo, EGOI, «una conclusión que no haría nadie muy familiarizado con el sistema y sus aplicaciones». Por el contrario, apunta que las respuestas de reflejo han sido la medida más específica de narcisismo, mientras el EGOI da «una medida bruta de preocupación por sí mismo o atención a sí mismo» (Exner, 1978, pp. 130-134), siendo esperable que esté entre unos límites y asociándose la psicopatología a puntuaciones inusualmente altas o bajas. Postular una relación directa uno a uno, entre EGOI y cualquier característica concreta de personalidad, incluidas autoestima y autoconcepto, se critica como una «simplificación excesiva».

El propósito del presente estudio fue investigar en qué medida, si alguna, el Rorschach es capaz de identificar correctamente expresiones patológicas de narcisismo, de acuerdo con las recomendaciones metodológicas hechas por Nezworski y Wood (1995). Este trabajo es importante por ser el primero que evalúa las características del test de los pacientes con TPN diagnosticados de acuerdo con los criterios del DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Mediante una serie de análisis de correlación fue posible investigar la relación que puede existir entre los varios índices del test identificados, como útiles en la discriminación del TPN, con los criterios del DSM-IV. Además, los análisis examinan la relación entre las variables del Rorschach identificadas como útiles en la discriminación del TPN y una medida de autoinforme de narcisismo, la Escala de Trastorno de Personalidad Narcisista del Cuestionario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2 -TPN; Colligan et al., 1994; Morey et al., 1985).

Este estudio es también el primero que evalúa la eficacia clínica de

las variables Rorschach en la correcta clasificación de los individuos con TPN. Se calculó la eficiencia estadística del diagnóstico bajo cuatro condiciones distintas de forma que fuera clínicamente relevante (Kessel y Zimmerman, 1993). Estas comparaciones siguieron la progresión lógica para determinar la habilidad de determinadas variables para diferenciar el TPN de una muestra no clínica; de un grupo de trastornos de la personalidad no relacionados, cluster A y C; de un grupo de trastornos de la personalidad relacionados, cluster B; y finalmente de toda la muestra clínica y no clínica. Los cinco estadísticos calculados fueron sensibilidad (SN; habilidad del test para identificar correctamente individuos con TPN), especificidad (SP; habilidad del test para identificar correctamente a los individuos no-TPN como sujetos que no tienen TPN, poder predictivo positivo (PPP; probabilidad de que un individuo tenga un TPN cuando el test lo identifica como teniendo TPN) poder predictivo negativo (PPN; probabilidad de que un individuo no tenga TPN cuando el test lo identifica como no teniendo TPN) y porcentaje global de clasificaciones correctas (PCC; porcentaje global de aciertos de la proporción de pacientes con TPN y sin TPN correctamente clasificados por el test).

METODO

Sujetos

Como parte de un proyecto más amplio para investigar los trastornos de personalidad del DSM-III-R/DSM-IV (Blais, Hilsenroth y Castlebury, *a* en prensa y *b* en prensa), todos los participantes utilizados en este estudio fueron seleccionados mediante una búsqueda en un archivo de expedientes de una clínica psicológica para pacientes externos ubicada en una universidad; se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de aproximadamente 800 casos, vistos en un período de siete años. Se procedió a la selección de los casos clínicos en tres fases. En la primera fase se identificaron inicialmente 217 casos como teniendo un diagnóstico de trastorno de personalidad, dado por un equipo clínico compuesto por un estudiante avanzado de doctorado en clínica y un supervisor clínico miembro del claustro. Todos los miembros del claustro eran licenciados en psicología clínica, con varios años de experiencia en psicología clínica aplicada. El diagnóstico original se hizo después de un proceso de evaluación de admisión y se basó en la historia del paciente, el análisis de los datos del test y una entrevista clínica, así como las notas de la sesión de los trámites de admisión.

En la segunda fase de la recolección de datos, estos 217 casos fueron clasificados según la presencia o ausencia de diagnóstico según DSM-IV. La presencia o ausencia de síntomas se determinó con una revisión retrospectiva de los protocolos de los pacientes que incluían un informe

evaluativo, notas de la sesión (detallando el relato del paciente sobre historia, síntomas y temas hablados durante la sesión) del proceso de evaluación, así como notas de las sesiones de las 12 primeras semanas de terapia y reseñas de tres meses de tratamiento. La información sobre la identidad del paciente, diagnóstico y datos de tests (incluidos todos los datos del Rorschach) fueron convenientemente enmascarados o puestos fuera del alcance de los codificadores que revisaban el protocolo del caso. Los codificadores en este estudio eran cuatro estudiantes avanzados de doctorado en un programa de psicología clínica avalado por la APA. Los codificadores habían recibido un curso y entrenamiento adicional en el diagnóstico de síntomas de los trastornos de personalidad según el DSM-IV, antes de valorar los protocolos de los pacientes. El acuerdo entre codificadores se estableció con puntuaciones independientes de 31 pacientes seleccionados al azar y se obtuvo un coeficiente kappa de .90 en cuanto a la presencia o ausencia de un trastorno de personalidad según el DSM-IV. De los 217 pacientes revisados de esta manera, 91 reunían los criterios del DSM-IV para un trastorno en el Eje II, con la siguiente distribución: paranoide (TPP)=4, esquizoide (TPES)=1, esquizotípico (TPET)=5 [cluster A de trastornos de la personalidad (TPP, TPES, TPET)=10]; antisocial (TPA)=20, borderline (TPB)=25, histriónico (TPH)=5, narcisista (TPN)=15 [cluster B de trastornos de la personalidad (TPA, TPB, TPH, TPN)=65]; evitativa (TPE)=9, dependiente (TPD)=5, obsesivo-compulsiva (TPOC)=2 [cluster C de trastornos de la personalidad (TPE, TPD, TPOC)=16].

Los 91 pacientes identificados a través de este análisis retrospectivo constituyeron la muestra. Esta muestra estaba compuesta por 47 (52%) hombres y 44 (48%) mujeres con una edad media de 28 años (D.S.=8) en el momento de la admisión. El número medio de años de educación de los pacientes era 14 años (D.S.=2) y el CIT medio en la Escala de Wechsler fue 106 (D.S.=13); los CI oscilaban entre 84 y 136 (Wechsler, 1981). Cincuenta y un pacientes eran solteros, 14 casados, 25 estaban divorciados y uno era viudo. En la tercera fase, los protocolos de estos 91 pacientes fueron de nuevo clasificados independientemente según todos los criterios sintomáticos del cluster B de trastornos de personalidad. (TPA, TPB, TPH, TPN) del DSM-IV utilizando el mismo material de casos y metodología descrita antes. De nuevo se calculó la fiabilidad inter-codificadores puntuando, independientemente, una muestra seleccionada al azar de 25 pacientes. Los valores medios de kappa para el acuerdo entre examinadores sobre la presencia o ausencia de los criterios sintomáticos para cada trastorno del cluster B, son los siguientes: TPA=.86, TPB=.80, TPH=.90, TPN=.90.

Participantes de clases de licenciatura en psicología de una gran universidad del sudeste sirvieron como sujetos para el grupo de control no clínico (NC). Estos participantes participaron voluntariamente en el estudio a cambio de créditos académicos. Los participantes del grupo NC fueron

seleccionados en función de su historia de psicoterapia u hospitalización psiquiátrica. Un grupo de estudiantes avanzados de un curso de doctorado en psicología clínica aprobado por la APA administró el Rorschach a una muestra de 50 participantes. Estos estudiantes habían terminado la formación en testing del programa. Este grupo no clínico incluía 25 hombres y 25 mujeres con años de educación que oscilaban entre 13 y 18 (media = 14.8) y con una edad media de 22,6 años.

Instrumentos

Como se dijo anteriormente, hay tres puntuaciones estructurales del Rorschach, REF, EGOI y PER, que han mostrado alguna utilidad para diferenciar el TPN de otros trastornos de la personalidad relacionados (cluster B) o no relacionados (cluster C) (Gacono et al., 1992; Hilsenroth et al., 1993). Además de estas tres variables estructurales, la puntuación de contenidos de idealización se ha mostrado relevante en relación al TPN. La defensa de la idealización en este estudio se evaluó con la Escala de defensas de Lerner (LDS; Lerner, 1991). La LDS es un sistema de codificación del Rorschach para evaluar defensas primitivas tal como aparecen en respuestas humanas (*H*), así como en parahumanas (*(H)*) y respuestas de detalles humanos (*Hd*) en algunos casos. Para poder utilizar una sola variable de idealización en el análisis, este puntaje se ponderó de acuerdo con una graduación (un continuum ordenado de mayor a menor idealización, 1-5). Después se redujo a una puntuación global para esta categoría (Hilsenroth et al., 1993; Lerner et al., 1987). Por ejemplo, si había tres casos de idealización en un protocolo de los participantes, el uno de Nivel 1 y los otros dos casos de Nivel 3, el sujeto recibía la puntuación total en idealización de 7 ($1+3+3=7$).

Procedimiento

La administración y codificación del Rorschach siguió los procedimientos articulados por Exner (1986, 1993), excepto en el caso de la variable idealización que se codificó de acuerdo con Lerner (1991). Para todos los casos, la puntuación de todas las variables proyectivas utilizadas en este estudio fue hecha por el primer autor (MH) quien no conocía el diagnóstico. Para la fiabilidad interexaminadores (Weiner, 1991) se escogieron al azar 20 protocolos Rorschach y fueron codificados de nuevo de forma independiente por el segundo autor (CF) quien también desconocía la codificación de los primeros codificadores y el diagnóstico de los pacientes. Se compararon los dos grupos de protocolos codificados y se calcularon los porcentajes de acuerdo para todas las categorías de codificación relevantes. Los datos resultantes del acuerdo entre examinadores fueron del 100% para REF (reflejos); 98% para los pares (el acuerdo entre examinadores para esta variable se calculó porque esta puntuación se incluye en el EGOI); 90% para PER; y 88% para IDEAL. Se examinó la validez de los protocolos de

Rorschach, y se encontró que seis de los pacientes tenían menos de 14 respuestas y un *Lambda* mayor de 1.0 y fueron por ello eliminados del estudio. A dos pacientes no se les había administrado el Rorschach. En un esfuerzo por evitar redundancias con análisis anteriores, se excluyeron de la investigación cuatro protocolos Rorschach de pacientes que se habían utilizado en un estudio previo (Hilsenroth et al., 1993). Esto supuso que el número de pacientes con Rorschach utilizables en este estudio fuera de 79.

RESULTADOS

Un análisis de la varianza (ANOVA) muestra que la media de respuestas Rorschach (R) no variaba significativamente ($p=.59$) de un grupo a otro. Se calcularon los estadísticos *H* de Kruskal-Wallis y la *U* de Mann-Whitney, con la corrección *for ties*, para todos los grupos y para la comparación entre grupos individuales respectivamente, en relación a las cuatro variables consideradas. Estas variables se compararon para efectos principales con el test *H* de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Se consideró que los resultados eran significativos si alcanzaban el nivel .05. Cuando el análisis *H* de Kruskal-Wallis resultó significativo, se usó la *U* de Mann-Whitney para comparaciones de grupos apareados. Las variables que diferenciaban significativamente el TPN de los clusters de trastornos de personalidad relacionados y no relacionados, así como del grupo no clínico, se situaron en una matriz de correlación con los criterios del cluster IV del DSM-IV. Primero se normalizaron las variables Rorschach y se usaron puntuaciones transformadas *Z* de las puntuaciones individuales en el análisis correlacional. La muestra también se evaluó para *outliers* y ninguna puntuación se situaba a más de 3 desviaciones estándar de la media normalizada. Estas mismas variables Rorschach se incluyeron en una matriz de correlación con dos versiones de la MMPI-TPN: la escala que se solapa (MMPI-TPN-O; en la que los items son compartidos con otras escalas de trastorno de la personalidad) y la escala que no se solapa (MMPI-TPN-NO; cuyos items se encuentran sólo en una escala en particular). Finalmente estas variables Rorschach fueron utilizadas en el cálculo de estadísticos de eficiencia diagnóstica.

La Tabla 1 presenta los datos concernientes a la habilidad de las puntuaciones Rorschach seleccionadas para identificar TPN, comparado con trastornos de personalidad relacionados, clusters no relacionados del DSM-IV y grupos no clínicos. El análisis *H* de Kruskal-Wallis mostró diferencias significativas para las cuatro variables Rorschach para los seis grupos ($p<.05$). Además las cuatro variables se analizaron con la *U* de Mann-Whitney para ver las diferencias entre los grupos. La utilidad de estas variables se confirmó parcialmente, ya que los pacientes con TPN produjeron protocolos con un número significativamente mayor de reflejos y respuestas idealizadas, comparados con el cluster A (CA), cluster C (CC) y grupos no clínicos

(NC) ($p < .05$). Además de probar su eficacia en las comparaciones entre pacientes con TPN, con clusters de trastornos de personalidad no relacionados y la muestra no clínica, las variables de reflejo e idealización discriminaron a los pacientes con TPN de otros trastornos de personalidad del cluster B.

Además, los pacientes con TPN tienen un índice de egocentrismo mayor que los TPA y que los grupos no clínicos. Los pacientes con TPN producen un mayor número de respuestas que indican que su reacción a las láminas se ve influida por experiencias personales idiosincráticas (PER) respecto a grupos no clínicos ($p < .05$). Mientras que el índice de egocentrismo (EGOI) y las PER parecen distinguir a los pacientes TPN de otros grupos de comparación, estos hallazgos no están limitados sólo a este grupo de pacientes. Finalmente, tras estos análisis a priori, se llevó a cabo un examen post hoc de las respuestas de par, que constituyen el segundo componente del índice de egocentrismo. La muestra con TPN no tenía un número significativamente superior de respuestas de par respecto a los demás grupos de comparación. De hecho, el grupo TPN tenía menor número de este tipo de respuesta que los sujetos con trastornos de personalidad perteneciente al cluster C.

Tabla 1

Comparación de las variables Rorschach entre grupos clínicos y no clínicos (N=124)

Variables	TPA (n=16)	TPB (n=23)	TPN (n=12)	Cluster A (n=10)	Cluster C (n=13)	No clínico (n=50)	H	p	Grupo contrastado +
	M	M	M	M	M	M			
REF	.3	.5	2.3	.3	.3	.3	16.5	.005	TPN>TPB,CA*; TPD>TPA,CC**; TPN>NC***
EGOI	.27	.36	.49	.31	.42	.24	21.7	<.001	TPN>TPA*; TPN>NC***; TPB>NC***; CC<NC***
PER	3.1	2.3	1.1	1.8	.9	.3	32.3	<.001	TPN,CC>NC*; TPA,TPB,CA>NC***
IDEAL	1.8	4.3	4.8	.9	2.5	1.9	30.5	<.001	TPN>TPA,CA,CC,NC***; TPB>TPA,CA**; TPB>NC***
Pares #	4.0	6.8	4.4	6.7	9.0	4.5	16.9	.005	CC>TPN*,CC>TPA,NC***; TPB>TPA*; TPB>NC**

TPA=Trastorno de personalidad antisocial, TPB= trastorno de personalidad borderline, TPN=Trastorno de personalidad narcisista
 REF=reflejos, EGOI=índice de egocentricidad, PER=Personalización, IDEAL=idealización
 + U de Mann-Whitney
 # Análisis post hoc
 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .005$

Dado que las variables de reflejo y de idealización son importantes a la hora de comparar los pacientes con TPN con otros trastornos de personalidad y con grupos no clínicos, determinamos la relación que estas variables pudieran tener con los criterios DSM-IV de trastornos de personalidad del cluster B. La tabla 2 nos muestra los coeficientes de correlación para las respuestas de reflejo y de idealización del Rorschach con los criterios del DSM-IV referidos a trastornos de personalidad del cluster B para aquellos pacientes del estudio que tenían un diagnóstico en el eje II. El número de respuestas de reflejo que un paciente da en su protocolo de Rorschach, está significativa y positivamente correlacionado ($r=.33$, $p<.003$) con el total de criterios del DSM-IV para el TPN que cumple.

Tabla 2

Correlaciones de las puntuaciones seleccionadas del Rorschach con los criterios DSM-IV para el cluster B (N= 79)

<u>Puntuación Rorschach</u>	<u>Criterios DSM-IV</u>			
	<u>TPA</u>	<u>TPB</u>	<u>TPH</u>	<u>TPN</u>
<i>REF</i>	-.06	.10	.04	.33*
<i>IDEAL</i>	-.20	.12	.19	.18*

TPA= Trastorno de personalidad antisocial, TPB= Trastorno de personalidad borderline, TPH= Trastorno de personalidad histriónico, TPN= Trastorno de personalidad narcisista, REF=Reflejos, IDEAL=Idealización.

La tabla 3 presenta los coeficientes de correlación para las variables de reflejo y de idealización con los nueve criterios individuales del DSM-IV referidos al TPN. Tres de estos criterios están significativamente relacionados con el número de respuestas de reflejo. Por orden de importancia estos criterios son: el criterio 2, fantasías de éxito ilimitado ($r0.31$, $p<.01$); criterio 5, sentido de distinción ($r=.28$, $p<.02$) y criterio 1, sentido exagerado de la propia importancia ($r=.27$, $p<.02$). El número de respuestas de idealización estaban también significativa y positivamente relacionadas con el criterio 2, fantasías de éxito ilimitado ($r=.25$, $p<.03$). Los seis criterios de TPN restantes, que no estaban significativamente relacionados ($p>.05$) con ninguna de las variables son: criterio 3, creencia de que se es único o especial; criterio 4, requerimiento excesivo de admiración (REF $r=.19$, $p=.09$); criterio 6, rela-

ciones de explotación a nivel interpersonal; criterio 7, falta de empatía; criterio 8, ideas envidiosas; y criterio 9, conducta arrogante y altanera (REF $r=.20$, $p=.08$). Parece ser que las variables del Rorschach están significativamente relacionadas con criterios individuales del DSM-IV para el TPN.

La tabla 4 nos muestra los coeficientes de correlación entre las variables de reflejo y de idealización con las escalas TPN del MMPI-2 (Morey et al, 1985; Colligan et al, 1994). Catorce de los ítems son exclusivos de la escala TPN (TPN-NO), y los restantes 17 (son 31 ítems en total) están en al menos otra de las escalas de trastorno de personalidad (TPN-O). Ambas versiones de la escala TPN, la que se solapa (TPN-O) y la que no se solapa (TPN-NO), fueron usadas en los análisis correlacionales. Sesenta y dos de los pacientes clínicos de este estudio habían completado el MMPI-2 con escalas F inferiores a T=90 (Butcher et al, 1990). El número de respuestas de reflejo ($r=.30$, $p<.02$) y de idealización ($r=.31$, $p<.02$) que un paciente da en su protocolo de Rorschach está significativa y positivamente relacionado con las puntuaciones TPN-NO del MMPI-2, pero no con las puntuaciones TPN-O.

Tabla 3

Correlaciones de las puntuaciones Rorschach con los criterios aislados del DSM-IV (N=79)

Puntuación Rorschach	TPN-1	TPN-2	TPN-3	TPN-4	TPN-5	TPN-6	TPN-7	TPN-8	TPN-9
REF	.27**	.31***	.07	.19	.28**	-.04	.15	.08	.20
IDEAL	.04	.25*	.09	.17	.08	.00	.05	.12	.11

REF=reflejos, IDEAL=idealización, TPN=Trastorno de personalidad narcisista, TPN-1=sentimiento grandioso de ser importante, TPN-2=fantasías de éxito ilimitadas, TPN-3=creencia de que es especial o único, TPN-4= requiere admiración excesiva, TPN-5=sentido de distinción, TPN-6= relaciones de exploración a nivel interpersonal, TPN-7=falta de empatía, TPN-8=ideas envidiosas, TPN-9= conducta arrogante y altanera

79 pacientes externos con un trastorno de personalidad según el DSM-IV a los que se ha administrado el Rorschach

(TPA=16, TPB=23, TPH=5, TPN=12, Cluster A PD=10 y Cluster C PD=13)

TPA=Trastorno de personalidad antisocial, TPB=Trastorno de personalidad borderline, TPH=Trastorno de personalidad histriónico,

* $p<.03$, ** $p<.02$, *** $p<.01$

Tabla 4

Correlaciones de las puntuaciones seleccionadas del Rorschach con las versiones de las escalas TPN del MMPI-2 que se solapan (O) y que no se solapan (NO)

<u>Variable Rorschach</u>	<u>Escalas TPN MMPI-2</u>	
	<u>TPN-O</u>	<u>TPN-NO</u>
<i>REF</i>	.14	.30*
<i>IDEAL</i>	.22	.31*

REF = Reflejos, IDEAL = Idealización, TPN = Trastorno de personalidad narcisista, TPN-O= Versión de la escala TPN del MMPI-2 (31 ítems) que se solapa con otras escalas, TPN-NO= Versión de la escala TPN del MMPI-2 (14 ítems) que no se solapa con otras escalas.

El Rorschach y el MMPI-2 fueron administrados a 62 pacientes externos con un trastorno de personalidad DSM-IV.

(TPA=12, TPB=18, TPH=5, TPN=10, TPCluster A=6, y TPCluster C=11).

TPA = Trastorno de personalidad antisocial, TPB = Trastorno de personalidad borderline,

TPH = Trastorno de personalidad histriónico.

* $p < .02$

Después de una revisión de los datos de la población normativa (Exner, 1986, 1993) y de las investigaciones sobre TPN (Gacono et al, 1992; Berg et al, 1993; Hilsenroth et al, 1993; Gacono y Meloy, 1994), escogimos una puntuación de corte de 1 para las respuestas de reflejo y una puntuación total de 5 o más para las respuestas de idealización. Los resultados de este análisis aparecen en la tabla 5. Para evaluar la eficacia clínica de las variables de reflejo e idealización del Rorschach para clasificar sujetos con TPN, se calcularon en cuatro condiciones diferentes los estadísticos de eficiencia de diagnóstico. Los resultados de estos análisis se presentan en la tabla 5. Estas comparaciones siguen una progresión racional al determinar la habilidad de estas escalas para diferenciar los pacientes con TPN (A) de una muestra no clínica, (B) de un grupo de trastornos de personalidad no relacionados del cluster A y C, (C) de un grupo de trastornos de personalidad relacionados del cluster B y (D) de la muestra total, clínica y no clínica. Los cinco estadísticos presentados en la tabla 5 son: sensibilidad (SN; la habilidad del test para identificar correctamente los sujetos con TPN), especificidad (SP; la habilidad del test para identificar correctamente los sujetos sin TPN), poder de predicción positiva (PPP; la probabilidad de que un individuo tenga TPN cuando el test lo identifica como tal), poder de predicción

negativa (NPP; la probabilidad de que un individuo que no tiene TPN sea identificado como no teniendo TPN) y puntuación total de clasificación correcta (OCC; la clasificación correcta total o «hit rate», la proporción de pacientes con TPN y sin TPN correctamente clasificados por el test).

Tabla 5

Estadísticos de la eficiencia diagnóstica para las puntuaciones seleccionadas del Rorschach

	SN	SP	PPP	HEP	OCC
<u>TPN (n= 12) vs. No Clínico (n= 50)</u>					
REFp I	.67	.80	.44	.91	.77
IDEAL>5	.92	.76	.48	.97	.79
<u>TPN (n= 12) vs. Cluster A y C (n= 23)</u>					
REFp I	.67	.83	.67	.83	.77
IDEAL					
<u>TPN (n= 12) vs. Cluster B (n= 44)</u>					
REFp 1	.67	.73	.40	.89	.71
IDEALp 5	.92	.55	.35	.96	.63
<u>TPN (n= 12) vs. Total (n= 117)</u>					
REFp I	.67	.78	.24	.96	.77
IDEAL					

REF = Reflejos, IDEAL = Idealización, TPN = Trastorno de personalidad narcisista, Cluster B = (TPA=16, TPB=23, TPH=S); TPA = Trastorno de personalidad antisocial, TPB = Trastorno de personalidad borderline, TPH = Trastorno de personalidad histriónico. SN (Sensibilidad), SP (Especificidad), PPP (Poder de predicción positiva), NPP (Poder de predicción negativa), OCC (Clasificación total correcta).

Un análisis de estos criterios pone de manifiesto algunas semejanzas y diferencias entre las variables a la hora de hacer una clasificación diagnóstica de los TPN. En primer lugar, ambos criterios funcionan bien en la clasificación correcta total de estos pacientes con TPN en relación a la muestra no clínica y a los clusters de personalidad no relacionados. También muestra una habilidad moderada de clasificar correctamente los TPN respecto a los trastornos del cluster B. Comparativamente, el uso del criterio de reflejos tienen una sensibilidad más baja (la habilidad del test para identificar correctamente individuos con TPN), pero una mayor especificidad (la habilidad del test de identificar correctamente individuos sin TPN) respecto

al criterio de idealización, que tiene un gran nivel de sensibilidad, pero una especificidad ligeramente inferior que el criterio de reflejo. Once de los doce pacientes con TPN tienen 5 o más respuestas de idealización y pocos pacientes sin TPN tienen respuestas de reflejo. De modo general, estos dos criterios (sensibilidad y especificidad) nos permiten un buen nivel de eficiencia en el diagnóstico al comparar la muestra total con los pacientes con TPN. Concretamente, el alto nivel de poder de predicción negativa a través de las cuatro comparaciones sugiere que estos puntos de corte nos dan una buena indicación de que los sujetos que son identificados como no TPN no tienen este trastorno de personalidad. De todas maneras, el bajo o moderado nivel de poder de predicción positiva sugiere que estos criterios, cuando están presentes, deben ser usados con precaución a la hora de asignar un diagnóstico de TPN.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indican que las variables del Rorschach seleccionadas pueden ser usadas de modo efectivo para diferenciar pacientes patológicamente narcisistas de una muestra no clínica, así como de trastornos de personalidad del cluster A y del cluster C. Igualmente, los resultados presentados aquí muestran que estas variables del Rorschach pueden ser usadas para ayudar en el diagnóstico diferencial de pacientes con TPN respecto a otros trastornos de personalidad pertenecientes a los clusters diagnósticos del DSM-IV. Las variables de reflejo e idealización están relacionadas empíricamente con los criterios diagnósticos para el TPN y con medidas de autoevaluación de dicho trastorno. Por lo tanto, estas variables del Rorschach pueden ser utilizadas para propósitos de clasificación de forma clínicamente significativa en el diagnóstico del TPN.

Los pacientes con TPN tienen protocolos de Rorschach con un mayor número de respuestas personalizadas y un mayor índice de egocentrismo, respecto a un grupo no clínico. No sólo son útiles en la diferenciación del TPN respecto a un grupo no clínico, sino también respecto a otros grupos clínicos. Por lo que hace referencia a la elevación del índice de egocentrismo en el grupo de TPN, un análisis post hoc revela que no es el número de respuestas de par las que constituyen la fuente de estas diferencias grupales, sino que es el número de respuestas de reflejo el que constituye el componente importante en estos hallazgos referentes al índice de egocentrismo en relación al diagnóstico diferencial del TPN.

El número de respuestas de personalización en el Rorschach es elevado en los protocolos de pacientes con TPA en relación a otros grupos diagnósticos (Gacono et al, 1992). En contraste con la muestra de Gacono, nuestra muestra de TPA no se parecía a los psicópatas graves y no incluían

a los criminales violentos de los estudios de Gacono y sus colaboradores (Gacono et al, 1990; Gacono et al, 1992; Gacono y Meloy, 1994). Por el contrario, nuestros pacientes eran más representativos de aquellos individuos que pueden encontrarse en muestras no internadas. El alto número de respuestas de reflejo que mostraban los pacientes con TPA en estudios anteriores puede estar relacionado con la alta incidencia de un TPN comórbido. En su tratado sobre pacientes psicopáticos (Gacono y Meloy, 1994) está claro que un gran número de sus casos podrían responder a los criterios DSM-III-R/IV de TPN. Asimismo, estos hallazgos de Gacono y Meloy (1994) sugieren que la psicopatía puede entenderse mejor clínicamente como una subvariante altamente agresiva de un narcisismo patológico, más que como un TPA que responde también a criterios diagnósticos de TPN.

Las variables más importantes en la discriminación de los pacientes con TPN respecto a otros grupos eran el número de respuestas de reflejo y de idealización en el Rorschach. Ambas puntuaciones eran significativamente mayores en el grupo con TPN cuando lo comparábamos con otros grupos. En contraste con los otros trastornos de personalidad del cluster B, los pacientes con TPN tenían mayor número de respuestas de reflejo que los TPA y TPB. Dada la importancia de estas variables en cuanto a su relevancia teórica y su utilidad diagnóstica, las implicaciones de estas puntuaciones en relación al diagnóstico de TPN serán comentadas con mayor detenimiento.

Los resultados de este estudio vienen a confirmar las investigaciones anteriores llevadas a cabo sobre el TPN, donde se encontraba que las respuestas de reflejo e idealización ocurrían frecuentemente (Gacono et al, 1992; Hilsenroth et al, 1993). Estos hallazgos consistentes sugieren un vínculo entre el narcisismo patológico y las respuestas de reflejo. En relación a dicho vínculo, la correlación entre los reflejos y los criterios del DSM-IV para el TPN eran moderadas ($r=.33$, $p<.003$). Sin embargo, esto no supone una interpretación diferente referente al significado de las respuestas de reflejo, como la autoestima, el egocentrismo (Sugarman, 1980; Greenwald, 1990; Exner, 1993), o la capacidad de autopreocupación (Viglione, 1990), incompatible con nuestros resultados.

Los resultados de la tabla 2 indican que el número de respuestas de reflejo que aparece en los protocolos de pacientes no internados está significativamente relacionado con el número total de criterios DSM-IV de TPN que cumplen estos pacientes. Además, las respuestas de reflejo no se hallan significativamente relacionadas con otros criterios DSM-IV referentes al cluster B, lo cual es un hallazgo importante de cara al diagnóstico diferencial. Respecto a los criterios individuales del DSM-IV para el TPN, la producción de respuestas de reflejo parece asociarse con fantasías de éxito ilimitado, sentido de distinción y grandiosidad. Es interesante notar que esta variable, derivada de un test proyectivo, estaba significativamente relacionada con los criterios DSM-IV para el TPN asociados con rasgos intrapsíquicos o

cognitivos pertenecientes al narcisismo patológico, más que con expresiones conductuales. Además la puntuación de respuestas de idealización no estaba significativamente relacionada con el número total de criterios DSM-IV para el TPN, sino que se relacionaba con el criterio 2, fantasías de éxito ilimitado.

La relación de estas dos puntuaciones con características intrapsíquicas o internas del TPN, sugiere que el Rorschach puede ser muy útil cuando se emplea junto a otros métodos de evaluación diseñados para evaluar expresiones conductuales del TPN. Una evaluación que use medidas que evalúen tanto los aspectos intrapsíquicos como interpersonales o conductuales ofrecerá a los clínicos un entendimiento más rico de estos pacientes. Esta evaluación multidimensional puede ser especialmente importante, dado que autores recientes han criticado el uso exclusivo de inventarios de autoevaluación referente a la evaluación del TPN porque este tipo de instrumento tiende a ser más directo al identificar los rasgos narcisistas y, por tanto, puede dar lugar a respuestas de defensa (Gunderson et al, 1990). Asimismo, estos autores han puesto de manifiesto la incapacidad de los pacientes con TPN para verse a sí mismos de manera realista. Aunque las entrevistas permiten la observación clínica de la conducta, debemos preguntarnos si esta crítica se puede aplicar, al menos en parte, a las entrevistas semi-estructuradas, que tienen limitaciones a las cuales los clínicos deben estar atentos. Investigaciones anteriores han indicado que, una vez que se ha puesto de manifiesto la presencia de uno o dos trastornos del eje II, tienden a subestimarse o minimizarse los síndromes coexistentes (Widiger y Frances, 1987). A diferencia de los inventarios de autoevaluación, que incluyen índices que detectan las respuestas intencionales de simulación, la exageración de síntomas, las respuestas al azar, la aquiescencia o la negación, los entrevistadores clínicos deberían ser susceptibles a los intentos de simulación. La evaluación de criterios de trastornos de personalidad puede ser difícil a través del requerimiento directo y, por tanto, es cuestionable que los pacientes con TPN puedan admitir que son egocéntricos, autoindulgentes, desconsiderados o explotadores en sus relaciones interpersonales.

Encontramos algunas relaciones interesantes entre las puntuaciones del Rorschach y las escalas de TPN del MMPI-2. Ambas variables del Rorschach, reflejo e idealización, están relacionadas con una versión no solapada de la escala TPN del MMPI-2. Dicha escala está compuesta de 14 ítems únicos a la escala TPN-NO, es decir, que no son usados en ninguna de las once escalas de personalidad desarrolladas por Morey y sus colaboradores (Colligan et al, 1994). Esto contrasta con el hallazgo de que no hay relación entre las variables del Rorschach y la escala TPN-O del MMPI-2, donde 17 ítems de un total de 31 pertenecen a otras escalas de trastorno de personalidad. Este resultado indica que las variables del Rorschach tienen una fuerte relación con aquellas medidas de autoevaluación que son dise-

ñadas exclusivamente para evaluar el TPN más que con aquellas escalas largas que comparten ítems con escalas de trastornos de personalidad relacionados. Las implicaciones de la Tabla 4, así como de la Tabla 2, indican que estas variables, y más específicamente las respuestas de reflejo, pueden ser útiles en el diagnóstico diferencial del TPN.

Los estadísticos de eficiencia diagnóstica de las variables del Rorschach (reflejo e idealización) muestran un buen comportamiento en la clasificación de los TPN respecto a otros grupos de nuestro estudio. En la comparación de los pacientes con TPN respecto a la muestra total, un hallazgo importante fue que casi ningún individuo que se identificó correctamente como no TPN tenía una o más respuestas de reflejo o una puntuación total de idealización superior o igual a 5. Además, el criterio de clasificación correcta total usando ambos criterios iba desde puntuaciones bajas de .63 a altas de .83. Esta alta probabilidad de clasificación correcta de pacientes con y sin TPN usando los criterios del Rorschach era efectiva al hacer un diagnóstico del TPN. Parece que el examen de las variables de reflejo e idealización del Rorschach puede ser un instrumento útil en el diagnóstico de dicho trastorno.

Es importante apuntar que, mientras que estos estadísticos de rendimiento diagnóstico pueden dar una información clínicamente más relevante que un análisis categorial de las diferencias entre grupos, esta aproximación única no es realmente clínicamente representativa de los procesos actuales de toma de decisión diagnóstica. Un proceso de evaluación responsable supone una aproximación múltiple que evalúe varias dimensiones del funcionamiento, incluyendo puntuaciones de tests usadas junto a información obtenida de la historia del paciente, de observaciones conductuales y de la interacción con el profesional durante el procedimiento de pasación de tests (Shafer, 1954; Leary, 1957; Rapaport, Gill y Schafer, 1968; Sugarman, 1981; Sugarman, 1991; Phillips, 1992; Benjamin, 1993). Por tanto, no se sugiere que se use la presencia de una o más respuestas de reflejo en el Rorschach como una indicación del TPN. Hacerlo de este modo sería una interpretación muy concreta de los datos presentados aquí y sería poco sofisticado desde un punto de vista clínico. Lo que nuestros datos sugieren es que la presencia de una o más respuestas de reflejo suele aparecer típicamente en aquellos sujetos que pueden cumplir alguno de los criterios DSM-IV para el TPN, pero que posiblemente no cumplen 5 de los 9 criterios necesarios para un diagnóstico positivo de TPN. Respecto a este punto, los sujetos de nuestra muestra clínica que tenían respuestas de reflejo, cumplían de 3 a 4 criterios del TPN. Además, la presencia de este tipo de respuestas, parece estar más relacionada con características intrapsíquicas o cognitivas del paciente que con expresiones conductuales del TPN. Podemos concluir, por tanto, que la presencia o ausencia de dichas respuestas puede ayudar en el proceso de toma de decisión diagnóstica siempre que

se incluya dentro de una batería comprehensiva de evaluación.

Recientemente, Gacono y Meloy (1994) han destacado dos puntos importantes respecto a la interpretación de las respuestas de reflejo que merecen ser destacados dentro de la presente discusión. El primero de ellos es que un análisis combinado de la estructura, secuencia y contenido de las respuestas de reflejo puede ayudar a una interpretación más clara del significado de estas para un individuo determinado (aproximación ideográfica), más que realizar hipótesis globales del significado de dichas respuestas (aproximación nomotética). En segundo lugar, estos autores comentan que una sola respuesta de reflejo, aunque no es esperable en ningún protocolo, no debe llevar a un diagnóstico inmediato de narcisismo patológico, sino que se debe evaluar las formulaciones interpretativas de estas respuestas, así como de cualquier otro indicador patognomónico, en el contexto del protocolo total, sin interpretarse de modo aislado respecto a los demás datos estructurales (por ejemplo, localización, determinantes, calidad formal) y de contenido. Las implicaciones de ambas sugerencias llevarán sin duda a una información más minuciosa respecto a la regulación de la autoestima, a los derivados del impulso, a la representación del objeto y al uso de estructuras defensivas para cada protocolo específico que examinemos, en vez de limitarnos a formulaciones interpretativas únicas. En todo caso, la aproximación interpretativa comentada es antitética a las formulaciones del tipo «receta de cocina» y necesitará más trabajo, entrenamiento y experiencia por parte de los clínicos.

Los hallazgos de este estudio apoyan y amplian las investigaciones previas que utilizaban el Rorschach en la evaluación del TPN (Farris, 1988; Berg, 1990; Gacono et al, 1992; Berg et al, 1993; Hilsenroth et al, 1993; Gacono y Meloy, 1994). Los datos del Rorschach que hemos presentado aquí pueden ayudar a diferenciar los pacientes con TPN de otros grupos clínicos y no clínicos. Además, las variables de reflejo e idealización parecen relacionarse con criterios del DSM-IV y con medidas autoevaluadas de narcisismo. Asimismo, estas respuestas representan dos operaciones defensivas que se han asociado con la literatura teórica referente a los trastornos del carácter de tipo narcisista (Kernberg, 1970; Kohut, 1971; Kernberg, 1975; Kohut, 1977; Kernberg, 1984). Estos hallazgos reflejan líneas convergentes de evidencia y apoyo del uso del Rorschach como un instrumento valioso en el diagnóstico del TPN, así como una contribución al entendimiento conceptual del narcisismo y de la patología narcisista. En conclusión, esperamos que futuras investigaciones con el Rorschach, utilizando puntuaciones de contenido estructural y teóricamente derivadas, podrán responder a los retos propuestos por Nezworski y Wood (1995). Los resultados darán, sin duda, datos importantes y significativos que facilitarán la tarea diagnóstica.

Agradecimientos

Las versiones primeras de este manuscrito se presentaron en el Congreso Internacional de Rorschach y de Métodos Proyectivos, Boston, Julio de 1996 y en la convención anual de la American Psychological Association, Toronto, Agosto de 1996.

Los autores quieren agradecer a Frank Castlebury, Myra Christensen, Susan Church, Karen Thomas y Greta Smith sus contribuciones en la realización de este estudio. Asimismo, queremos ampliar nuestro reconocimiento a los Drs. Mark Blais, Paul Lerner y Drew Westen por sus comentarios de las versiones primeras del manuscrito así como a los Drs. Larry James y John Lounsbury por su ayuda con los análisis estadísticos.

Algunas de las partes de este manuscrito fueron completadas por Mark J. Hilsenroth mientras era residente en The Cambridge Hospital y en la Harvard Medical School.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.) Washington, D.C.: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.) Washington, D.C.: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, D.C.: Author.

Benjamin, L. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford.

Berg, J. (1990). Differentiating ego functions of borderline and narcissistic personalities. *Journal of Personality Assessment*, 55, 537-548.

Berg, J., Packer, A., & Nunno, V. (1993). A Rorschach analysis: Parallel disturbance in thought and in self/object representation. *Journal of Personality Assessment*, 61, 311-323.

Blais, M., Hilsenroth, M., & Castlebury, F. (in press a). Psychometric characteristics of the Cluster B personality disorders under DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*.

Blais, M., Hilsenroth, M., & Castlebury, F. (in press b). Content validity of the DSM-IV borderline and narcissistic personality disorder criteria sets. *Comprehensive Psychiatry*.

Butcher, J., Dahlstrom, W., Graham, J., Tellegen, A., & Kraemmer, B. (1989).

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2): Manual for administration and scoring. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Castlebury, F., Hilsenroth, M., Handler, L., & Durham. (in press). Use of the MMPI-2 Personality Disorder Scales in the Assessment of DSM-IV Antisocial, Borderline and Narcissistic Personality Disorders. *Assessment*.

Colligan, R., Morey, L., & Offord, K. (1994) The MMPI/MMPI-2 personality disorder scales: Contemporary norms for adults and adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 50.* 168-200.

Exner, J. (1969). Rorschach responses as an index of narcissism. *Journal of Personality Assessment, 33.* 324-330.

Exner, J. (1973). The self-focus sentence completion: A study of egocentricity. *Journal of Personality Assessment, 37.* 437-455.

Exner, J. (1974). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 1. Basic Foundations.* New York: Wiley.

Exner, J. (1978). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 2. Current research and advanced interpretation.* New York: Wiley.

Exner, J. (1986a). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol.1. Basic Foundations* (2nd ed.) New York: Wiley.

Exner, J. (1991). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 2. Current research and advanced interpretation.* (2nd ed.) New York: Wiley.

Exner, J. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 1. Basic Foundations* (3rd ed.) New York: Wiley.

Exner, J. (1995). Comment on «Narcissism in the Comprehensive System for the Rorschach». *Clinical Psychology: Science and Practice, 2.* 200-206.

Farris, M. (1988). Differential diagnosis of borderline and narcissistic personality disorders. In H. Lerner & P. Lerner (Eds.), *Primitive mental states and the Rorschach* (pp. 299-338). New York: International Universities Press.

Gacono, C., & Meloy, J. (1994). *The Rorschach assessment of aggressive and psychopathic personalities.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Gacono, C., Meloy, J., & Heaven, T. (1990). A Rorschach investigation of narcissism and hysteria in antisocial personality disorder. *Journal of Personality Assessment, 55.* 270-279.

Gacono, C., Meloy, J., & Berg, J. (1992). Object relations, defensive operations, and affective states in narcissistic, borderline and antisocial personality disorder. *Journal of Personality Assessment, 59.* 32-49.

Greenwald, D. (1990). An external construct validity study of Rorschach

personality variables. *Journal of Personality Assessment*, 55. 768-780.

Gunderson, J., Ronningstam, E., & Bodkin, A. (1990). The Diagnostic Interview for Narcissistic Patients. *Archives of General Psychiatry*, 47. 676-680.

Gunderson, J., Ronningstam, E., & Smith, L. (1991). Narcissistic personality disorder: A review of data on DSM-III-R descriptions. *Journal of Personality Disorders*, 5. 167-177.

Hilsenroth, M., Handler, L., & Blais, M. (in press). Assessment of narcissistic personality disorder: A Multimethod Review. *Clinical Psychology Review*.

Hilsenroth, M., Hibbard, S., Nash, M., & Handler, L. (1993). A Rorschach study of narcissism, defense, and aggression in borderline, narcissistic and cluster c personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 60. 346-361.

Kessel, J. & Zimmerman, M. (1993). Reporting errors in studies of diagnostic performance of self-administered questionnaires: Extent of the problem, recommendations for standardized presentation of results, and implications for the peer review process. *Psychological Assessment*, 53. 395-399.

Kernberg, O. (1970). Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18. 51-85.

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.

Kernberg, O. (1984). *The treatment of severe character disorders*. New Haven: Yale University Press.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.

Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald.

Lerner, H., Albert, C., & Walsh, M. (1987). The Rorschach assessment of borderline defenses. *Journal of Personality Assessment*, 51. 344-354.

Lerner, P. (1991). *Psychoanalytic theory and the Rorschach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Loranger, A., Oldham, J., & Tulis, E. (1982). Familiar transmission of DSM-III borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 39. 795-799.

Millon, T. (1983). *Millon clinical multiaxial inventory manual*. Minneapolis: National Computer Systems.

Millon, T. (1987). *Millon clinical multiaxial inventory manual*. (2nd ed.) Minneapolis: National Computer Systems.

Morey, L., Waugh, M., & Blashfield, R. (1985). MMPI scales for DSM-III personality disorders: Their derivation and correlates. *Journal of Personality Assessment*, 49, 245-251.

Nezworski, T. & Wood, J. (1995). Narcissism in the Comprehensive System for the Rorschach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 179-199.

Perry, J., & Vaillant, G. (1989). Personality disorders. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry, Vol 2 (5th ed)* (pp. 1352-1383). Baltimore: Williams & Wilkins.

Phillips, L. (1992). A Commentary of the relationship between assessment and the conduct of psychotherapy. *The Journal of Training & Practice in Professional Psychology*, 6, 46-52.

Pope, H., Jonas, J., Hudson, J., Cohen, B., & Gunderson, J. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40, 23-30.

Pulver, S. (1970). Narcissism: the term and the concept. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 319-341.

Rapaport, D., Gill, M., & Schafer, R. (1968). *Diagnostic psychological testing* (rev. ed; R. Holt Ed.). New York: International Universities Press.

Siever, L., & Klar, H. (1986). A review of DSM-III criteria for the personality disorders. In A. Frances and R. Hales (Eds.), *American Psychiatric Association Annual Review, Vol 5* (pp. 299-301). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Schafer, P. (1954). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing*. New York: Grune & Stratton.

Stolorow, R. (1975). Toward a functional definition of narcissism. *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, 179-185.

Sugarman, A. (1980). The borderline personality organization as manifested on psychological tests. In J. Kwawer, H. Lerner, P. Lerner, & A. Sugarman (Eds.), *Borderline phenomena and the Rorschach test* (pp. 39-57). New York: International Universities Press.

Sugarman, A. (1981). The diagnostic use of countertransference reactions in psychological testing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 45, 473-490.

Sugarman, A. (1991). Where's the beef? Putting personality assessment back into personality assessment. *Journal of Personality Assessment*, 56, 130-144.

Teicholz, J. (1978). A selective review of psychoanalytic literature on theoretical conceptualizations of narcissism. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 26. 831-861.

Viglione, D. (1990) Severe disturbance or trauma-induced adaptive reaction: A Rorschach child case study. *Journal of Personality Assessment*, 55. 280-295.

Wechsler, D. (1981). *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised*. New York: The Psychological Corporation.

Weiner, I. (1991). Editor's note: Interscorer agreement in Rorschach research. *Journal of Personality Assessment*, 56. 1.

Widiger, T., & Frances, A. (1987). Interviews and inventories for the measurement of personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 7. 49-75.

Dirección:
Dr. Mark J. Hilsenroth
216 Memorial Hall
Department of Psychology
University of Arkansas
Fayetteville, AR 72701
EEUU

Automutilación y Rorschach

Christopher Fowler

La automutilación del tipo cortes superficiales, se asocia a menudo con los pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de Personalidad. A pesar de que la automutilación es uno de los nueve criterios para determinar el TLP, sus determinantes psíquicos han sido muy poco explorados por los investigadores. Disponemos, en cambio, de numerosos estudios de casos que subrayan el relato del paciente de los acontecimientos que lo condujeron a este acto. Estas reconstrucciones están, en el mejor de los casos, limitadas a un recuerdo consciente y por ello, útiles sólo hasta cierto punto. Lo que puede faltarles a estos relatos clínicos es una comprensión profunda de lo que diferencia a los borderlines que se automutilan de otros borderlines primitivos y, en consecuencia, qué motiva y refuerza el acto autodestructivo.

Este vacío en evaluación proyectiva es preocupante cuando consideramos la gravedad de estos actos. Además del estigma asociado a las cicatrices graves, los datos sobre tasas de suicidio por automutilación es alarmantemente alto. Los pacientes borderline tienen un riesgo de suicidio durante su vida del 5 al 10% (París, Brown y Nowlis, 1987; Stone, Hurt y Stone, 1987); y, sin embargo, los pacientes borderlines que se automutilan, tienen una tasa de suicidio que es el doble que la de los otros pacientes borderlines (Stone, 1987).

Aquellos pacientes que no se matan, acostumbran a volver locos a sus terapeutas con preocupación y rabia mientras juegan a conductas de alto riesgo con sus cuerpos. Las reacciones transferenciales de los terapeutas van de las fantasías omnipotentes de rescatar y curar, a iracundas fantasías de matar a los pacientes. Algunos terapeutas tratan a estos pacientes competentemente y con gran éxito, pero mi impresión es que la mayoría de terapeutas, tanto veteranos como novatos, tienen grandes dificultades con estos pacientes. Bajo tantas presiones y provocaciones emocionales, los terapeutas a menudo pierden de vista su misión y rol. Algunos abandonan la exploración y se limitan a mantener al paciente vivo como única función de soporte. Otros terapeutas se desinteresan como forma de defenderse de la intensidad que estos pacientes traen a la consulta. El resultado es, a menudo, crisis crónicas de manejo sin espacio para una psicoterapia en profundidad.

Lo que es más notable es que investigadores especializados en evaluación proyectiva no hayan contribuido a una comprensión de la automutilación y no hayan ofrecido alguna perspectiva a los terapeutas que tratan a estos pacientes. Espero empezar una exploración de la automutilación para comprender las funciones profundas a las que sirve.

Muy pronto constaté que encontrar diferencias entre dos grupos de

borderlines iba a ser difícil, y por ello elegí cinco escalas de contenidos psicoanalíticos que creí podían captar mejor los determinantes psíquicos de la automutilación. En mi búsqueda de una razón psicológica para la automutilación, encontré un vasto conjunto de explicaciones, desde los modelos ortodoxos del *drive* a la contemporánea psicología del yo. A pesar de esta diversidad, las descripciones clínicas comparten semejanzas notables. En primer lugar la automutilación es considerado un acto extremadamente agresivo. El propósito y los efectos de esta agresión, sin embargo, toman muchas formas. Cortar puede ser un deseo mágico y un esfuerzo para castigar aspectos defectuosos y malos del yo; o puede ser usado para encubrir afectos intolerables. Cualquiera que sea el propósito original, los teóricos han inferido que el acto de cortarse tiene propósitos defensivos e idiosincráticos.

Muchos autores analistas se adentran en una comprensión de la automutilación en el desarrollo de la transferencia. Estos pacientes tienden a desarrollar transferencias intensas y dependientes con sus terapeutas. Cuando el terapeuta no cumple sus expectativas, estos pacientes a menudo se enfurecen y experimentan una intensa desvalorización del terapeuta. Entonces estos pacientes o bien se automutilan intencionalmente, teniendo in mente la venganza, o niegan o desaprueban su rabia y experimentan sentimientos de desrealización, de ausencia de sentimientos, angustia intensa y de odio a sí mismos. Para los automutiladores intencionales, Kernberg ha sugerido que la venganza y un deseo de control omnipotente del terapeuta son las fuerzas motivantes que están detrás del acto. Desde un punto de vista de la psicología del yo, Stolorow y Lachmann (1980) sugieren que el individuo estructuralmente deficiente, con una representación del yo difusa o evanescente, puede buscar experiencias de dolor agudo como forma de reestablecer un sentido de límite del yo y cohesión del yo. La implicación, entonces, es que algunos automutiladores pueden cortarse para reforzar unos límites que se disolvían.

Para evaluar los determinantes psíquicos de cortarse, hemos comparado 2 grupos de borderlines: un grupo que se corta y un grupo sin historia de cortes. Basándome en estas inferencias clínicas y en mi experiencia clínica, propongo lo siguiente (Tabla 1):

Tabla nº 1. Hipótesis

Hipótesis # 1 Proceso Primario de Holt

Automutiladores TLP > No automutiladores TLP

Hipótesis # 2 Escala de Dependencia Oral de Masling

Automutiladores TLP > No automutiladores TLP

Hipótesis # 3 Escala de Defensas de Lerner Denigración, Idealización, Splitting y Negación

Automutiladores TLP > No automutiladores TLP

Hipótesis # 4 Escala de Mutualidad - Autonomía de Urist

Automutiladores TLP > No automutiladores TLP

Hipótesis # 5 Escala de Trastorno del Pensamiento y de los Límites de Blatt y Ritzler

Límites laxos y trastornos en los límites dentro-fuera
Automutiladores TLP = No automutiladores TLP
Trastornos en los límites yo-otros
Automutiladores TLP > No automutiladores

1) Los borderlines que se automutilan tienen mayores dificultades de modulación de la rabia, y por ello producirán más respuestas influidas por la agresión propia del proceso primario según se mide en la escala de Holt.

2) Dado que la intensa dependencia del terapeuta parece precipitar la secuencia de necesidad frustrada, denigración, rabia, etc. estos pacientes manifestarán más símbolos de dependencia que otros borderlines. Hemos elegido la Escala de Dependencia Oral del Rorschach de Joseph Masling para evaluar esta dimensión.

3) Denigración, idealización, splitting y negación pueden también jugar alguna parte importante en la forma en que los pacientes que se automutilan tratan de manejar sus intensos afectos. Incluimos la Escala de Defensas de Lerner para evaluar diferencias en el funcionamiento defensivo.

4) Incluimos la Escala de Mutualidad - Autonomía de Urist (EMA) para evaluar cualquier diferencia en el nivel de desarrollo de las relaciones objetales entre los dos grupos. Esperamos que los que se cortan van a exhibir más relaciones de objeto alteradas, especialmente con mayor incidencia de control malevolo y límites difusos.

5) Finalmente, el punto de vista de Stolorow sobre los efectos de reintegración del dolor agudo, nos lleva a formular que los que se cortan pueden experimentar mayores grados de trastornos agudos de sus límites, tales que la distinción entre el yo y el otro no puede ser mantenida. Dado que los trastornos de los límites es una de las características principales del TLP, esperamos que sólo la forma más severa del trastorno prevalezca entre los que se cortan.

Muestra y método

En el momento de diseñar el estudio, tuvimos la suerte de disponer de un gran número de datos proyectivos y actuariales que se habían recogido durante años. Estos datos incluían informes hospitalarios rellenos desde 1993 hasta ahora, muchos de los cuales son relatos detallados de actos de cortarse. Para nuestra muestra de sujetos que se cortan, el número medio de incidentes era 9.4 con un rango entre los pacientes de 2 a 36 episodios independientes de auto laceraciones. También teníamos alrededor de tres años de datos de seguimiento para comprobar la adecuación del diagnóstico para cada paciente del centro pidiendo una revisión por parte del staff médico de los criterios diagnósticos del DSM para los TLP. El diagnóstico de TLP fue confirmado en cada caso por el terapeuta y un compañero miembro del staff médico. Este criterio riguroso nos permite sentirnos confiados en la fiabilidad y validez de los datos diagnósticos y las distinciones entre los dos grupos.

También tenemos datos proyectivos que se remontan a la edad de oro de Riggs, cuando David Rapaport era responsable de los tests psicológicos. Estos datos hacen fácil construir dos grupos apareados de pacientes que tienen diagnósticos fiables diagnosticados como TLP como diagnóstico principal.

Tabla nº 2 . Resultados de la Anova para las variables demográficas de pacientes que se automutilan y pacientes que no se automutilan.

	Automutiladores (n=32)		No-mutiladores (n=26)		F	P
	Media	DS	Media	DS		
Edad	31.6	9.0	33.0	10.7	.29	.59
Educación	14.8	1.9	14.4	1.4	.72	.40
WAIS FSIQ	118.9	15.6	108.4	17.5	5.0	.03
Lambda	.59	.50	.64	.50	.17	.69
R. Rorschach	22.8	9.2	21.8	7.5	.20	.65

En realidad el grupo (Tabla 2) no difería en edad, estado civil (predominantemente solteros), número o severidad de trastornos co-mórbidos en el Eje I (Pacientes que se automutilan = 3.5; Pacientes que no se automutilan = 3.7), sexo (predominantemente mujeres; 2 pacientes hombres) o nivel de educación. Los grupos diferían, sin embargo, de forma significativa en sus CI. Estos datos sugieren que la automutilación, por lo menos en esta muestra, no puede explicarse por diferencias en educación, estado civil, edad, Lambda o productividad en el Rorschach. Actualmente no tengo una explicación del por qué los que se cortan puntúan mejor en los tests de inteligencia que los otros borderlines; pero plantea una pregunta importante dado que uno esperaría encontrar lo contrario, según sugieren algunas teorías sobre el acting out, en el sentido de la incapacidad para simbolizar y utilizar el lenguaje como mediador en estos sujetos.

A continuación codificamos una muestra elegida al azar de 20 Rorschachs según las cinco escalas para obtener acuerdo entre examinadores.

Tabla nº 3. Acuerdo interjueces.

1. Urist	Escala de Mutualidad - Autonomía de Urist	95% de acuerdo
2. Masling	Escala de Dependencia Oral de Rorschach	98 % de acuerdo
3. Holt	Escala de Agresión Proceso Primario	98 % de acuerdo
4. Holt	Escala de Agresión Proceso Secundario	98 % de acuerdo
5. Lerner	Escala de Defensas	94 % de acuerdo
6. Blatt	Escala de Trastorno del Pensamiento y de los Límites	98 % de acuerdo

Tanto yo como el Dr. Hilsenroth desconocíamos los datos de identificación y la pertenencia a un grupo determinado de los protocolos. El resultado del acuerdo interjueces fue excelente (Tabla 3): esta estimación de la fiabilidad fue consistentemente rigurosa y excedió los mínimos requerimientos sugeridos por Weiner (1991).

Resultados

¿Qué aprendimos sobre los pacientes que se automutilan?. Teníamos razones para creer que los que se cortan darían más respuestas en el Rorschach implicando procesos primarios agresivos, con respuestas como la siguiente: «Esto son dos demonios rompiendo una persona a pedazos, partiéndola por la mitad, con sangre esparcida por todos los lados».

Tabla nº 4. Resultado de la Anova para la escala de Holt de pacientes que se automutilan y pacientes que no se automutilan.

	Automutiladores (n=32)		No-mutiladores (n=26)		F	P
	Media	DS	Media	DS		
Agresión Proceso Primario	1.3	1.1	.15	.37	25.5	.0001
Agresión Proceso Secundario	6.7	3.7	6.0	3.5	.48	.49*

Como puede observarse (Tabla 4), el grupo que se automutila produce un número significativamente más alto de respuestas agresivas propias del proceso primario que el grupo que no se automutila. Por otro lado, el grupo no difiere en respuestas agresivas propias del proceso secundario. Ambos hallazgos son importantes porque demuestran claramente que parte de la forma de ser de los que se cortan está dominada por la agresión no modulada y primitiva. Mientras el acto de cortarse puede tener una variedad de propósitos, como sugirió Kernberg (1987), parece que la agresión es el principal componente implicado en el perfil Rorschach de los que se cortan. Según nuestro análisis de regresión *stepwise* ($AGG1 = .56$), la agresión propia del proceso primario explica el 31% de la varianza que explica la diferencia entre los dos grupos.

Algunos teóricos pueden tomar este dato como evidencia de la historia de traumas físicos y psíquicos de los automutiladores. Pero investigaciones empíricas recientes (Zweig-Frank, París y Guzder, 1994), sugieren que el abuso físico y sexual no son factores de riesgo significativos para la automutilación. Por ello, esta hipótesis puede ser una explicación inapropiada e insuficiente del fenómeno. Sugiero, en su lugar, que empecemos a pensar en la agresión propia del proceso primario de los automutiladores, como un resultado de varios fenómenos interdependientes. Dado que la agresión no se da en un vacío, necesitamos considerar la persona en su totalidad, su estructura defensiva, relaciones de objeto y cualidad del trastorno de pensamiento. Mi impresión es que la agresión propia del proceso primario puede emerger cuando las defensas fallan en la transformación de la ideación propia del proceso primario en la ideación del proceso secundario. Esta falta de habilidad de las defensas para funcionar puede complicarse por relaciones objetales trastornadas, así como por un fallo de la función psíquica

ca básica para mantener límites cohesivos y estables.

Tabla nº 5. Resultados de la Anova para la Medida de las Relaciones Objetales y Dependencia de sujetos que se automutilan y no se automutilan.

	Automutiladores (n=32)		No-mutiladores (n=26)		F	P
	Media	DS	Media	DS		
Puntaje Máximo EMA	5.4	1.6	4.4	1.9	5.3	.02
Puntaje Patológico EMA	2.4	2.0	1.0	1.0	10.4	.002
Dependencia Oral Rorschach	6.4	3.6	4.9	3.1	2.5	.55

En el mundo de las relaciones objetales evaluamos la dependencia y el nivel de desarrollo de las relaciones objetales. Como se puede observar (Tabla 5) no hay diferencias significativas entre los dos grupos sobre prevalencia de imágenes de dependencia oral en el Rorschach. En este momento me resisto a hacer ninguna declaración definitiva sobre el rol de la dependencia en la automutilación, pero puede ser que los grupos aunque no difieran en el grado de dependencia, puedan diferir en la forma de manejarla. Más adelante estableceré una relación entre dependencia y algunos hallazgos sobre las operaciones defensivas de los que se cortan.

El paso siguiente fue comparar el grupo de puntuaciones en la EMA y encontramos notables diferencias entre los dos grupos. Esta escala evalúa el progreso en el desarrollo de la separación-individuación, desde estadios de simbiosis y fusión, hasta representaciones complejas y altamente diferenciadas. Un segundo objetivo de la escala es la evaluación del grado de control malévolo y destructividad percibida en relaciones objetales no balanceadas. Volviendo a la respuesta en el Rorschach «dos demonios rompiendo una persona a pedazos, partiéndola por la mitad, con sangre esparcida por todos los lados», vemos un alto grado de interacción malévola con una destrucción franca de un objeto. Esta respuesta recibiría una puntuación

patológica de 6 sobre 7 por este motivo.

En nuestro análisis hemos utilizado dos puntajes: el Puntaje Máximo y el Puntaje Patológico. El Puntaje Máximo es la respuesta más patológica en el protocolo del paciente. Como puede observarse, los que se automutilan producen puntuaciones un punto más altas que los otros pacientes borderlines. La segunda ANOVA utiliza el Puntaje Patológico que es la suma de las puntuaciones patológicas de niveles 5, 6 y 7. Este índice es considerado por muchos como la mejor medida de las relaciones objetales patológicas. Aquí vemos que los que se cortan dan más de 2 Puntajes Patológicos por Rorschach, mientras el otro grupo da sólo uno por protocolo. Estas representaciones objetales tan altamente inestables, sugieren control omnipotente y relaciones malévolas. Estos resultados apoyan la noción de Kernberg en el sentido de que la automutilación puede estar asociada con actos reivindicativos dirigidos a controlar al terapeuta.

Tabla nº 6. Resultados de la Anova para la Escala de Defensas de Lerner de sujetos que se automutilan y no se automutilan.

	Automutiladores (n=32)		No-mutiladores (n=26)		F	P
	Media	DS	Media	DS		
Splitting	.79	1.1	.20	.5	5.9	.01
Idealización	5.0	6.5	1.1	2.3	8.6	.004
Denigración	6.7	6.0	5.0	4.35	1.3	.25
Negación	1.9	2.3	1.3	2.0	.85	.36

Las siguientes variables que comparamos fueron defensas primitivas medidas con las Escala de Defensas de Lerner (Tabla 6). De las cuatro defensas que componen el análisis, *splitting* primitivo e idealización son las dos únicas que eran más frecuentes en los automutiladores. Esta mezcla de idealización y *splitting* de representaciones en partes buenas y malas, es indicativa de operaciones defensivas altamente inestables que condiciona relaciones muy intensas. Estos hallazgos pueden arrojar luz sobre los com-

ponentes interpersonales e intrapsíquicos de la automutilación. En las historias clínicas, estos pacientes son descritos a menudo como muy dependientes de sus terapeutas. Demuestran su necesidad con frecuentes llamadas, pidiendo sesiones extras y cualquier clase de demanda. He oído incluso de una paciente que al terminar las sesiones se tendía en el pasillo justo delante de la puerta de la oficina del terapeuta. Se quedaba allí hasta que el terapeuta dejaba la oficina, forzándolo o bien a verse envuelto en una discusión sobre esta conducta bizarra, o simplemente a pasarle por encima.

Bajo la influencia de tal dependencia, el terapeuta está destinado a fallar al hacer frente a sus necesidades. En este caso el terapeuta eligió pasar por encima de la paciente, lo que, como pueden imaginar, causó un alboroto. Parece que el grado de idealización tiene un mayor impacto sobre el hecho de que el paciente se corte que la presencia de denigración como algunos teóricos han sugerido. Esta información puede ser extremadamente importante para los terapeutas que prefieren una transferencia idealizada a una desagradable de rabia y denigración. Los terapeutas que favorecen la idealización e intentan ayudar el desarrollo y dar mucho apoyo, pueden verse desabradablemente sorprendidos cuando le fallan al paciente y son sometidos al *splitting* y la venganza del mismo.

Otra forma posible de entender estos hallazgos es considerar el superego primitivo del paciente. Unos requerimientos tan primitivos, idealizados y rígidos del superego, pueden llevar a extremos de aborrecerse y autocastigarse. Con el uso del *splitting* primitivo, los pacientes pueden creer que es posible librarse de los aspectos egodistómicamente «malos» del yo cortándose o dejando salir sangre, por ejemplo.

Las últimas variables comparadas fueron la escala de trastorno de los límites y de trastorno del pensamiento de Blatt y Ritzler (Tabla 7). Esta escala utiliza los tres índices de Rapaport de trastorno del pensamiento (combinación fabulada, confabulación y contaminación) para evaluar tres niveles de trastorno del pensamiento y trastorno de los límites. Algunos estudios encuentran que los pacientes borderline tienen típicamente gran dificultad en mantener el límite dentro-fuera, como ilustra la dificultad de los borderlines de discriminar entre la lámina del Rorschach y su reacción afectiva a este objeto. Este nivel de trastorno de los límites puede responder a lo que Stolorow y Lachmann describen como la precaria integridad de los límites del yo. Sin embargo el trastorno de los límites yo-otro de la respuesta de contaminación es la más clara indicación de una severa desintegración de los límites.

Tabla nº 7. Resultados de la Anova para la Escala de Trastornos del pensamiento y de los Límites de Blatt y Ritzler de sujetos que se automutilan y no se automutilan.

	Automutiladores (n=32)		No-mutiladores (n=26)		F	P
	Media	DS	Media	DS		
Límites laxos	1.8	1.8	1.4	1.4	.71	.4
Límites dentro-fuera	1.4	1.5	.9	1.4	1.8	.19
Límites yo-otros	1.5	1.8	.4	.8	8.0	.0065

El contraste entre los dos grupos presenta una semejanza esperable entre los pacientes. Los dos grupos eran prácticamente idénticos en el grado de laxitud de los límites y trastorno de los límites dentro fuera. Pero se da una diferencia sorprendente por cuanto los pacientes que se automutilan demuestran una incidencia mucho mayor de desintegración de los límites yo-otros que los otros borderlines. Este nivel de desintegración de límites debe seguramente producir estados dolorosos de desrealización y despersonalización, y puede conducir a los pacientes a cortar su piel para restablecer una sensación de cohesión del yo. Este intrigante hallazgo, apoya la hipótesis de Stolorow y aporta alguna claridad al tipo de trastorno del pensamiento que se observa a menudo en los borderlines que se automutilan.

Conclusiones

Estos resultados revelan algunos hallazgos muy interesantes que diferencian a los borderlines que se automutilan de otros borderlines. Para resumir estas diferencias, sugiero que el borderline que se automutila es más susceptible de experimentar pensamientos destructivos, agresión propia del proceso primario, que la combinación de *splitting* primitivo e idealización en estos pacientes puede explicar el uso de su cuerpo como un lugar para el *splitting* de las «partes malas» y puede explicar la naturaleza altamente interpersonal que se reconoce en los cortes. Nuestro hallazgo de que los que se cortan manifiestan más relaciones de objeto inestables en el Rorschach apoya también la «hipótesis vengativa» de Kernberg. Además,

parece haber evidencia que apoya la hipótesis de Stolorow y Lachmann de que las conductas autopunitivas agudas pueden ser un intento de restablecer una sensación de auto adhesión y límites. Aunque esta investigación no examina directamente la relación entre estos factores psíquicos, creo que hemos aportado algo a la comprensión de las defensas específicas, déficits del yo y afectos que dominan la fachada psíquica de estos pacientes que se automutilan. Además es alentador comprobar que el Rorschach, y quizás otros tests proyectivos, pueden ampliar nuestra comprensión de los dinamismos de la automutilación.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington DC: Author.

Exner, J. E., Jr. (1986) *The Rorschach: A comprehensive system* (Vol. 1, 2nd ed.). New York: Wiley.

Hold, R (1977). *The method for assessing primary process manifestations and their controls in Rorschach responder*. In M. Rickers-Ovsiankina (Ed.), *Rorschach Psychology* (pp.375-420). New York: Krieger Press.

Kernberg, O.F. (1987). A psychodynamic approach. *Journal of Personality Disorders*, 1 (4), 344-346.

Masling, J., Rabie, L., & Blondheim, S.H. (1967). Obesity, level of aspiration, and Rorschach and TAT measures of oral dependence. *Journal of Consulting Psychology*, 31 233-239.

Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 530-535.

Plakun, E.M. (1991). Prediction of outcome in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 5 (2), 93-101.

Stolorow, R.D., & Lachmann, F.M. (1980). *Psychoanalysis and developmental arrests: Theory and Treatment*. New York: International Universities Press.

Stone, M. H., Huret, S.W., Stone, D.K. (1987). The PI 500: Long term follow-up of borderline inpatients meeting DSM-III criteria. I. Global outcome. *Journal of Personality Disorders*, 1, 291-298.

Stone, M. H., S.W., Stone, D.K. (1987). The PI 500: Long term follow-up of borderline inpatients meeting DSM-III criteria. I. Global outcome. *Journal of Personality Disorders*, 1, 291-298.

Uris, J. (1977). The Rorschach test and the assessment of object relations. *Journal of Personality Assessment*, 41, 3-9.

Christopher Fowler
The Austen Riggs Center
25 Main Street
P.O. Box 962
Stockbridge, MA 01262-0962
EEUU

Comparación de una muestra de población normal valenciana con la muestra barcelonesa

J. Fúster, S. Sifre, I. Barriuso, E. Lobato, M. Martínez V.

Resumen

En la siguiente investigación comparamos los valores de las variables del Rorschach de una muestra de la población normal de Valencia, con los de la población presentada por Exner (1991), y los de una muestra de la ciudad de Barcelona, estudiada por psicólogos de la Escuela de Rorschach de esta última ciudad, encontrando que hay mucha mayor proximidad en los resultados obtenidos con Barcelona, que con la población norteamericana. Ello nos hace validar aún más los valores de la muestra de la ciudad de Barcelona para su aplicación a los casos que veamos en Valencia; al menos en aquellas variables cuyos valores más se aproximen.

Fue una satisfacción conocer los resultados del estudio sobre las variables del Rorschach que hizo un grupo de psicólogos de la Escuela de Rorschach y Métodos Proyectivos de Barcelona (M. Alvarez y otros, 1993).

Por entonces, aunque muy satisfechos del uso y de los resultados del Sistema Comprehensivo, eramos conscientes de que *no todo cuadraba*, y dudábamos de si lo que ocurría era *culpa nuestra*.

Lo primero que nos había llamado la atención fue las diferencias cuantitativas en cuanto a la aparición de la variable de textura, en nuestros protocolos, con respecto a los datos que facilitaba Exner.

Tras confirmar estas diferencias con otros rorscharchistas valencianos, en una primera investigación *boca a boca*, vimos cuantificada esta diferencia en los resultados de aquel estudio. Simultáneamente por nuestra parte estudiamos las razones socioculturales de esa diferencia (Fúster, 1993).

Disponíamos ya de muchos protocolos de pacientes, pero nos propusimos buscar, aunque fuera pequeña, una muestra de protocolos normales, con el objetivo inicial de disponer de un grupo de Control para las investigaciones que llevásemos a cabo en Valencia.

Para ello realizamos las primeras administraciones en 1994 siguiendo con ellas hasta el año en curso.

La muestra

Está formada por 51 personas de ambos sexos (20 hombres y 31 mujeres) de edades comprendidas entre 17 y 57 años, con una media de 25 años.

Todos ellos han sido voluntarios y el único criterio de exclusión es el de haber recibido, en alguna ocasión, tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

Por ello no es sorprendente que entre sus componentes aparezcan 16 con CDI positivo, 9 con DEPI de 6 ó 7 y 1 SCZI positivo.

Como sabemos los que hemos trabajado con el Rorschach, ello no es óbice para que se trate de personas que funcionan perfectamente en su entorno cotidiano y desde luego, ninguno de ellos llamó la atención a los entrevistadores que les administraron las pruebas.

Su nivel cultural es alto, ya que 22 tienen estudios superiores (de ellos 7 psicólogos), 1 carrera de grado medio, 17 son estudiantes universitarios (15 en Psicología), 9 BUP, 2FP y 2 estudios primarios.

Administración y Codificación

Ambas se han realizado ajustándose escrupulosamente a lo marcado por el Sistema Comprehensivo (Exner, 1991).

Realizada por psicólogos o estudiantes del último curso de psicología, con más de tres años de estudio del Rorschach y con numerosas administraciones y codificaciones previas en su haber.

Las codificaciones han sido confrontadas, en todos los casos, con las de otro codificador independiente del primero y, tras verificar el acuerdo entre ellos (mayor de un 80%), revisadas y puestas en común con un Especialista en Rorschach (por la SCRIMP).

Hipótesis de partida

Conocidos los estudios sobre la población portuguesa (Silva y otros, 1990), sobre la de Barcelona (M. Alvarez y otros, 1993), sobre los finlandeses (Mattlar y otros, 1993), así como los resúmenes de los datos normativos presentados en el Simposio interactivo del Congreso Internacional de Lisboa (Campo, 1993) y también lo dicho en la clausura del XIII Congreso Nacional de Rorschach (Dana, 1995), en cuanto a la necesidad de actuar de diferente forma en la aplicación del Rorschach entre poblaciones culturalmente distintas, nos llevó, una vez más, a considerar la gran importancia que tienen esas diferencias para realizar diagnósticos correctos y consecuentemente la conveniencia de seguir con estudios de este tipo.

Con todo ello, unido a nuestra práctica con el Rorschach, consideramos la siguiente hipótesis:

La población normal de Valencia debe de tener grandes diferencias con la de los EEUU, propuesta por Exner, pareciéndose más a la europea y en concreto a la de Barcelona.

Dado lo pequeño de nuestra muestra (N=51) si se cumple la hipótesis, lo que habremos hecho habrá sido confirmar los resultados obtenidos con la muestra de la población de Barcelona (M. Alvarez y otros, 1993), y podremos usarla como referencia con mucha más seguridad, en nuestra práctica cotidiana.

Método de trabajo

1. Una vez con los protocolos codificados, obtener los estadísticos de la muestra de la población de Valencia. Presentamos estos valores en el Anexo 1.

2. Mediante la prueba t (Student) comprobar el valor de las diferencias entre los valores de nuestra muestra y los de la población presentada por Exner (1991), señalando aquellas variables cuyas probabilidades de ocurrencia por azar sean menores del 99% y/o del 95%.

3. Realizar la misma prueba, tomando como referencia la muestra de la población de Barcelona, que hemos mencionado antes (M. Alvarez y otros, 1993).

RESULTADOS

La comparación de los valores con la muestra norteamericana nos presenta 71 variables significativamente diferentes (de las que en tan solo 10, $p < 0,05\%$; mientras que las restantes 61, $p < 0,01\%$).

La comparación con la muestra de la población de Barcelona nos da diferencias significativas en 42 variables (en 9, $p < 0,05\%$ y en las restantes 33, $p < 0,01$).

La conclusión es que se demuestra la hipótesis establecida: nuestra población difiere mucho de la norteamericana y se parece más a la catalana.

DISCUSIÓN

El número de Respuestas (R) está entre los de ambas poblaciones de referencia sin diferencias significativas.

Ello nos permite dar más valor a las diferencias en las variables entre nuestra muestra y cada una de las otras dos, puesto que no esperamos incrementos o decrementos en aquellas como consecuencia de un valor muy distinto en R.

Comparación de las variables más destacadas

Localización: Encontramos diferencias tanto en la D, que es menor que la de la muestra norteamericana, como en la Dd, que es mayor ($p < 0,01$ para ambas).

Pensamos que del mismo modo que la elección de las respuestas ordinarias se han hecho desde la cultura norteamericana (Fúster, 1996) también la partición de las láminas, en las áreas que señalan las D y las Dd, se ha hecho allí y tal vez aquí se hubiesen señalado áreas distintas.

El hecho de que en estas dos variables, *no haya diferencia significativa entre nuestras medias y las catalanas*, aboga en esa dirección, más que en la de querer explicarlo sencillamente porque *nosotros seamos más de-*

tallistas. Es más, quizás esto lo que esté señalando es un mayor grado de libertad, menor rigidez, en la tarea del área a elegir.

Calidad Evolutiva: La DQ+ en Valencia (9,35), es superior a la muestra de Exner (7,31), con $p < 0,05$ y aún más a la de Barcelona (6,21) con $p < 0,01$; en cambio nuestra DQv (0,75) es menor que la de aquellas dos (1,3 y 1,5 respectivamente, con $p < 0,01$ en ambas).

Aunque esto nos satisface por cuanto señala más capacidad de integración y de síntesis, por una parte y menos indefinición, por otra, pensamos que puede ser un sesgo debido al alto nivel cultural de la muestra, al que ya nos hemos referido.

Ligada a las DQ+, la capacidad de organizar el campo estimular también es mayor en la muestra valenciana, $Z_f = 14,96$; con $p < 0,05$, frente a 11,81 para la americana y 12,38 para la catalana y $Z_d = 3,65$; con $p < 0,01$, frente a 0,72 y 0,52 para estas poblaciones respectivamente. La primera (Z_f) señala más tendencia a establecer relaciones entre los elementos estimulares; pero ¿y la Z_d tan alta? ¿Realmente es que somos hiperincorporadores? Parece que sea así, al menos según estos datos, en comparación con norteamericanos y catalanes.

El espacio en blanco: El valor $S = 3$, ($p < 0,01$), para nuestra muestra, es claramente mayor que el norteamericano ($S = 1,47$), pero coincide con el catalán.

Volvemos a pensar que quizás nuestra forma de ver sea más lábil, menos rígida, más individualista, más original, que la norteamericana y por ello la tendencia a cambiar forma por fondo pueda darse con menos carga de oposicionismo.

En cualquier caso deberemos de tener presente que para hablar de oposicionismo, este valor, ($S = 3$), deberá ser superado.

La Agresividad: El valor de AG, *también igual al catalán* y significativamente ($p < 0,01$) inferior al norteamericano, señala que nuestras poblaciones pueden ser más peculiares, e incluso críticas que la norteamericana (por las S altas), pero indudablemente menos agresivas.

La Cooperación: Por otra parte que COP sea inferior ($p > 0,01$) al de Exner y *muy próximo al catalán*, indica cierto individualismo, poco deseo de actuar en colaboración.

Calidad Formal: Son significativamente ($p < 0,01$) menores a los norteamericanos, los valores FQX+, FQXo, MQ+, X+%, F+%, correspondientes a lo que entendemos por buena calidad formal (+ y o) y, en cambio, son mayores (también con $p < 0,01$), los FQXu, FQX-, MQ-, MQ-, S-, Xu%, X-%. (Tabla 1)

Tabla 1
Frecuencias comparadas para los niveles formales

	Valencia	Barcelona	USA	Portugal	Madrid
X+%	0,51	0,55	0,79	0,53	0,57
F+%	0,46	0,50	0,71	0,54	0,55
Xu%	0,32	0,25	0,14	0,34	-
X-%	0,16	0,19	0,07	0,14	0,23

Ello es consecuencia, como ya hemos dicho en otras ocasiones, no de que nuestra población este más alejada de la realidad, o sea más neurótica, sino simplemente del hecho de que se trata de otra población, distinta a aquella con la que se construyó la lista de las respuestas normales.

Nos reafirma a cuanto ya escribimos sobre estas variables (Fúster, 1996).

Las respuestas Populares: Próxima a la Calidad Formal estaba la variable P (Populares), en la que *tampoco hay diferencia con respecto a Barcelona*, (Tabla 2) pero que es menor que la de referencia americana ($p < 0,01$).

Tabla 2
Medias comparadas de las respuestas Populares

	Valencia	Barcelona	USA	Portugal
Media:	5,84	5,75	6,89	4,31
D.T.:	2,27	1,94	1,38	3,23

Las respuestas de movimiento: Aunque todo en el Rorschach sea realmente un proceso ideacional, son estas respuestas las que se refieren específicamente a ello.

Aquí todas las variables de la muestra de Valencia, son significativamente mayores (M y m, con $p < 0,05$; FM y FM+m, con $p < 0,01$), que las de las dos poblaciones de referencia. ¿Nos lleva ello a considerar que la población valenciana es más tendente a la reflexión, o a los procesos ideativos en general, que los sujetos de aquellas dos poblaciones?

La variable *a(activo)* es mayor que en Barcelona, y la *p(pasivo)* mayor que las de ambas referencias (es lógico esto al ser mayor el conjunto de las R de movimiento).

El color: Parece que nuestros valores están ($FC+CF+C+C_n = 4$ y $\text{SumPond } C = 2,76$) por debajo (con $p < 0,01$) de los de los de los EEUU (cuyos valores son respectivamente: 6,54 y 4,52) y superan *ligeramente a los de los catalanes* (3,34 y 2,66).

Lo dicho en estos últimos párrafos nos lleva a considerar que podemos ser más introversivos que los catalanes y bastante más que los de la muestra de Exner.

También el **Afr** de nuestra muestra coincide con el catalán y ambos son mucho menores que el valor norteamericano.

Los claroscuros: En igual sentido vemos los valores de los claroscuros, cuya suma es significativamente ($p < 0,01$) mayor que la población USA y, también mayor ($p < 0,05$) que la catalana. Es probable que seamos más disfóricos que aquellos pueblos.

Mención aparte merece el estudio de la variable T, sobre la que ya escribimos (Fúster, 1993), cuyos valores son significativamente menores que los de la población de referencia, como vemos en la Tabla 3.

Tabla 3
Medias comparadas para las respuestas T

	Valencia	Barcelona	USA	Portugal
Media:	0,65	0,57	1,03	0,5
D.T.:	0,84	0,93	0,58	0,74

También aquí deberemos de recordar que no son de aplicación en nuestras poblaciones (las Ibéricas señaladas en la tabla) los conceptos que expresa Exner para los individuos que carecen de esta variable, ni, por lo tanto, que pueda ser significativa su carencia para determinar el índice de Hipervigilancia, cuya aplicación en nuestras poblaciones debería someterse a otros criterios.

Tanto los valores de **F** (8,2) como el **Lambda** (0,57) son menores ($p < 0,01$) que los de la población catalana (11,13 y 1,06 respectivamente) y casi coincidentes con la americana (7,9 y 0,57).

Ello, aunque nos sorprende, puesto que son las únicas variables importantes en la que se rompe la hipótesis, nos muestra que con respecto a los catalanes estamos menos encorsetados, nos concedemos más libertad para dejar que los estímulos incidan sobre nosotros. ¿Tendrá algo que ver esto con la sensibilidad artística del pueblo valenciano?

Contenidos: El conjunto de respuestas de contenido humano es muy superior al norteamericano y próximo al catalán.

Ello señala nuestro interés por lo humano superior al de los EEUU, pero que también va acompañado tanto de una preocupación mayor por el

cuerpo y las enfermedades (An), como por los temas de carácter sexual (Sx).

CONCLUSIONES

Con todo lo dicho hemos visto, apoyándonos en las más importantes variables del Rorschach, las grandes diferencias con la población norteamericana, así como las menores, e incluso la similitud, entre nuestra muestra y la de Barcelona.

Como dijimos al empezar, el resultado más importante de la confirmación de nuestra hipótesis, era el que nuestra investigación reafirmaba, en su mayor parte, las conclusiones de la realizada en Barcelona.

La traducción a la práctica reside en la conveniencia de usar los valores de la muestra catalana, como referente, cuando se trata de realizar diagnósticos clínicos, especialmente en las variables que hemos encontrado más coincidentes.

Seguimos insistiendo en que consideramos que el Rorschach es una prueba supracultural, así como que el Sistema Comprensivo nos permite hablar de validez y fiabilidad como ningún otro y que su método es también utilizable en cualquier población, sin embargo, como es lógico, creemos en la necesidad de disponer de tablas de variables propias de cada población, o quizás fuera suficiente de cada cultura.

Para nuestro uso práctico, hacemos figurar a continuación una tabla en la que figuran tres columnas para las muestras valenciana, catalana y norteamericana, referida a aquellos valores en que se ha obtenido una mayor semejanza entre nuestra muestra y la de Barcelona. (Tabla 4)

Variables de la muestra valenciana más semejantes a la catalana y significativamente distintas de las norteamericanas ($p < 0,01$)

Variable	Valencia	Barcelona	USA
D	10,76	11,70	12,90
Dd	4,55	4,46	1,23
S	3,06	2,96	1,47
X+%	0,51	0,55	0,79
F+%	0,46	0,50	0,71
Xu%	0,32	0,25	0,14
X-%	0,16	0,19	0,07
FC+CF+C+Cn	4,00	3,34	6,54
Suma Pond C	2,86	2,66	4,52
T	0,65	0,57	1,03
Afr.	0,56	0,56	0,69
P	5,84	5,85	6,89
Total H	7,59	6,60	5,40
An	1,12	1,30	0,40
Sx	0,86	0,90	0,07
AG	0,71	0,71	1,18
COP	0,76	0,59	2,07
MOR	1,39	1,38	0,70
PER	0,41	0,61	1,0

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, M., Baeza, A., Campo, V., García, J. M., Guardia, J., Montlleó, T., de Jesús, A., Jirón, P., Mateos, M. L., Minobis, J., Navarro, J., Pérez, V., Pouso, R., Prófumo, L., Torras, C., & Zayas, M. (1993). Primera aproximación a un estudio normativo del Rorschach de la ciudad de Barcelona y su entorno. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 6, 21-27.
- Mattlar, C-E, Carlsson, A., Forsander, C., Norrlund, L., Öist, A-S, Mäki, J. & Alanen, E. (1993). Rasgos del contenido y del resumen estructural Rorschach característicos de los finlandeses: Una comparación transcultural. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 6, 28-35.
- Campo, V. (1993). Resumen de los datos de otros trabajos normativos presentados en el simposio interactivo del Congreso de Lisboa. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 6, 36-38.
- Dana, R. H. (1995). Orientación para la evaluación de hispanos en los Estados Unidos de Norteamérica utilizando la prueba del Rorschach y el test de Apercepción Temática. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 8, 176-187.
- Silva, D. R., R. Novo & Prazeres, N. (1990). Los datos normativos del Rorschach presentados por Exner son válidos para la población europea in extenso? Ensayo con una población portuguesa. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 8, 33-41.
- Exner, J. E. (1991). *Manual del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. Barcelona: SCRIMP.
- Fúster, J. (1993). ¿Por qué T o no T, en el Rorschach? *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 6, 39-44.
- Fúster, J. (1996). Las influencias culturales en el Sistema Comprehensivo del Rorschach. La codificación de la calidad formal. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 9, 57-63.

Jaime Fúster
Avda. de Campanar 39, puerta 1ª
Valencia 46009

Anexo 1. Investigación Población Normal Valencia

Medias y Desviaciones T. de la muestra

Variables	Media	D.Típico	Variable	Media	D.Típico
R	24,96	10,37	X+%	0,51	0,16
W	9,65	9,02	F+%	0,46	0,23
D	10,76	5,45	X-%	0,16	0,08
Dd.	4,55	4,74	Xu%	0,32	0,14
S	3,06	1,94	S-%	0,21	0,27
DQ+	9,35	6,06	Aislamiento	0,18	0,14
DQo	14,53	6,91	H	3,08	1,98
DQv	0,75	1,02	(H)	1,75	1,56
DQv/+	0,33	0,55	Hd	2,25	2,01
FQX+	0,06	0,24	(Hd)	0,51	0,81
FQXo	12,27	5,08	Hx	0,24	0,74
FQXu	8,43	5,56	Todos cont.H	7,59	3,73
FQX-	4,02	2,76	A	7,55	3,39
Sin FQX	0,18	0,43	(A)	0,35	0,56
MQ+	0,06	0,24	Ad	3,43	2,86
MQo	3,12	1,78	(Ad)	0,18	0,48
MQu	1,41	1,50	An	1,12	1,28
MQ-	0,71	1,08	Art	1,65	1,93
Sin MQ	0,04	0,20	Ay	0,20	0,40
S-	0,71	0,81	BI	0,27	0,60
M	5,35	3,29	Bt	1,73	2,38
FM	4,88	3,06	Cg	2,94	2,20
m	1,94	2,38	CI	0,06	0,24
FM+m	6,82	4,58	Ex	0,24	0,55
FC	2,73	2,82	Fi	0,63	1,04
CF	1,02	1,93	Fd	0,53	0,81
C	0,25	0,63	Ge	0,22	0,42
Cn	0,00	0,00	Hh	0,69	1,22
FC+CF+C+Cn	4,00	3,84	Ls	0,86	1,23
Sum Pond C	2,76	3,01	Na	0,80	1,17
Sum C'	1,92	1,74	Sc	0,69	0,93
Sum T	0,65	0,84	Sx	0,86	1,17
Sum V	0,57	0,92	Xy	0,08	0,27
Sum Y	2,43	2,59	Idio	2,80	3,12
Sum Clar.	5,57	4,33	DV	0,12	0,38
Fr+rF	0,29	0,61	INCOM	1,18	1,40
FD	0,88	0,82	DR	0,82	1,37
F	8,20	4,71	FABCOM	0,71	1,01
PAR	8,90	4,98	DV2	0,00	0,00
3R+(2)/R	0,40	0,14	INC2	0,00	0,00
LAMBDA	0,57	0,43	DR2	0,00	0,00
EA	8,18	4,74	FAB2	0,04	0,20
es	12,39	7,65	ALOG	0,08	0,27
D	-1,39	2,10	CONTAM	0,02	0,14
AdjD	-0,43	1,49	Sum 6 C.E.	2,92	2,63
a (activo)	6,57	4,18	Sum 6 C.E.	0,04	0,20
p (pasivo)	5,71	3,81	Sum Pont 6	8,57	7,77
Ma	3,02	2,26	AB	0,16	0,54
Mp	2,35	2,04	AG	0,71	0,97
Intelect	2,16	2,16	CFB	0,04	0,20
Zf	14,96	8,80	COP	0,76	0,95
Zd	3,65	4,97	CP	0,00	0,00
Múltiples	4,73	4,34	MOR	1,39	1,71
Múlt. Col. Clar	0,88	1,13	PER	0,41	0,75
Afr	0,56	0,19	PSV	0,43	0,92
Popular	5,84	2,27			

Psicología y ética: cierta irreductibilidad básica*

Enrique De La Lama

Resumen

Desde el formalismo moral se ha acusado a Sigmund Freud (creo que falazmente) de contribuir a disolver la idea de responsabilidad: Al subrayar y destacar las determinaciones inconscientes de la conducta, creen algunos que Freud socava la capacidad de los individuos para reconocerse responsables de sus actos. También se ha querido afirmar que cuando el pensamiento social progresista formula ciertas leyes y modelos sobre la mala distribución de recursos, la injusticia universal queda libre de consideraciones éticas. Ambas lecturas son malintencionadas o se apoyan en la ignorancia. ¿Diría alguien que Sócrates contribuyó a la irresponsabilidad de los humanos al afirmar que virtud es conocimiento y que el mal procede de la ignorancia? ¿Debería acusarse también de amoraless a Voltaire y a Rousseau?

La psicología de Sigmund Freud es la única psicología social que asienta la responsabilidad y la culpa sobre bases fisiológicas: el humano es responsable porque está biológicamente construido para prever, recordar y aprender de la experiencia, y no puede, en consecuencia, dejar de sentirse fisiológicamente compelido a experimentar culpas y remordimientos de lo pasado, o a desear perdón y esperanza para el futuro. Esto es la etología humana: una Ética de fundamento biológico. Atentar contra estas posibilidades que fueron biológicamente construidas en el devenir evolutivo de la especie humana es, para Freud, generar sumisión e irresponsabilidad mediante la represión, la disociación y el fraccionamiento del natural despliegue madurativo de la persona. Es este profundo enfrentamiento de Freud contra los poderes excesivos de la represión que somete y fragmenta los recursos de la humanidad, es este freudiano desenmascaramiento de las fuerzas, biológicas y sociales, que explotan la miseria de la especie humana, lo que, en definitiva, disgusta a los formalistas éticos: malintencionados o ignorantes, aunque a veces revestidos de erudición académica.

Quiera o no reconocerse así, Kant y Freud van de la mano: Cuando en 1793 el filósofo de Königsberg escribe que las mujeres y los hombres somos «animales» porque estamos vivos o animados, «humanos» porque hablamos y razonamos, y «personas» porque respondemos socialmente de

El texto modifica ligeramente lo comunicado por el autor el 9 de Abril del 1997 en la Taula rodona: aspectes ètics de la intervenció clínica en l'àrea d'adults, dentro del ciclo de debats sobre Ètica i deontologia de la intervenció professional en el camp psicològic, organizado por la Comissió Deontològica del Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, en la sede de Barcelona.

nuestros actos, está abriendo caminos hacia un Freud que si, por un lado, se niega a acusar al individuo infeliz de las decisiones socioculturalmente insufiadas por la acción directa de sus predecesores, de sus propios padres incluso, por otro lado afirma sólidamente la posibilidad de que cada sujeto aprenda a reconocer sus motivos y quererres inconscientes, pueda revisarlos y evite alegar ya nunca más ignorancia o inocencia por los sometimientos, para que a cada humano le sea posible conquistar la autonomía de sus libres determinaciones como adulto, superando posiciones infantiles que fueron indeleblemente grabadas a fuego en las entrañas inconscientes y que se repiten mediante reiteradas transferencias, siempre actualizadas. Tomar conciencia de ello y sufrirlo es la adecuada medicina para abandonar las transferencias infantiles.

Salvo que se trate de una deliberada opción por la barbarie más feroz, ya nadie podrá afirmar que el Psicoanálisis no será necesario siempre en algún modo y medida, aunque varíen las formas y las visiones históricas de su práctica: Unas más epicúreas en torno al conflicto entre principio de placer y principio de realidad; otras más estóicas en torno al conflicto entre los aspectos narcisistas y socialistas de la mente (Bion): entre la tranquila calma individual y la esforzada y dolorosamente activa virtud de avanzar en la justicia de todos para todos.

Aplicando todo lo anterior al terreno clínico, tendremos que cuando una persona consulta a un psicólogo de orientación psicodinámica, debe saber que, como consultante, se arriesga a asumir todas las consecuencias de «dialogar aclarando»; se arriesga a realizar un gran esfuerzo por llegar a ser un adulto que quiere pagar el precio adecuado por el dolor y el placer de estar vivo, y a cargar con el enorme peso de su libertad de decisión, reconociendo, además, el riesgo destructivo que comporta el intento de aliviarse permaneciendo infantil e irresponsable: sometido y drogado.

«Dialogar aclarando» es el objetivo medicinal de la propuesta freudiana y a él debe ordenarse la buena técnica, tanto en la fase exploratoria (para permitir que el consultante se informe, gane claridad y decida libremente si quiere o no quiere tratarse), como en la fase terapéutica (para que pueda llegar a mantenerse internamente vivo un tipo de diálogo que, en lo externo, sólo debe concluir cuando terapeuta y consultante juzguen firmemente establecida la posibilidad de no cerrarse nunca).

El comportamiento humano (me estoy refiriendo a adultos) es responsabilidad del sujeto: expresión de su libre decisión o, lo que es lo mismo, resultado de la determinación libre de su voluntad. En esto sigo a Kant.

En mi trabajo como psicólogo clínico, sin embargo, he querido asumir un principio básico de la psicología de Sigmund Freud, en aparente contradicción con lo que acabo de decir. En efecto, asumo la idea freudiana de que el humano sufre mentalmente porque algunas conductas pueden emerger sin control consciente o sin ser claramente reconocidas, por quien las

efectúa, como expresiones de su libre decisión. A partir de este principio de Freud, mi trabajo clínico (sea diagnosticando o practicando la psicoterapia) consistirá en «dialogar aclarando»: aclarando que esa conducta irreconocible expresa, si bien deformadamente, otra conducta que sí está siendo querida por el sujeto, pese a no poder reconocerlo fácilmente.

Pero ¿tanto se contradicen Kant, el filósofo racionalista crítico, y Freud, el psicólogo de la irracionalidad humana? Tal vez no tanto, si entendemos que Kant se está refiriendo a las condiciones de que el ser humano **pueda** ser libre, y Freud a las condiciones en que el ser humano **no puede** ser libre y, por tanto, propiamente humano: con íntegra personalidad. Para Kant (1793), un humano es animal en cuanto que se mueve, ser racional en cuanto que discurre o piensa, y personalidad humana y social en cuanto que es responsable. Tengamos presente que Freud, médico y descubridor en neurología, había sido un buen lector de filosofía (Anguera, 1995) que conocía la obra de Kant.

Cuando realizo mi profesión de psicólogo clínico, tengo en cuenta, en la medida de mis posibilidades, a Kant y a Freud, entre otros, pero, sobre todo, procuro tener escrupulosamente en cuenta que quien me consulta es una persona. Si no supongo que el consultante miente deliberadamente y tampoco tengo motivos para dudar de que el sujeto está íntegro y plenamente constituido como tal al relacionarse conmigo, es decir, si no observo un comportamiento que sea una deliberada ficción, para engañarme adrede, o que pueda deberse a lesiones o incompletudes orgánicas (sean éstas congénitas o adquiridas, anátomo-fisiológicas o tóxicas), creo estar en condiciones de realizar mi trabajo.

Si el supuesto consultante miente o está drogado, trato de valorar sus posibilidades de prescindir de ambos tipos de mutilación de su personalidad, y procuro indagar **qué clase de verdad es** su decisión de mentir o su necesidad de recurrir a drogas (Bion, 1974 y 1977). Creo que debo valorar también mi capacidad para admitir grados variables de mentira reductible o de toxicidades benignas y reversibles, y puedo asimismo aceptar plantearme objetivos terapéuticos muy limitados, en el caso de personas que se adornan o defienden con fabulaciones, inexactitudes o mentiras; que deforman la percepción de la realidad con alucinaciones, convicciones inalterables o delirios, y que requieren ser medicadas, a veces muy intensamente, para tolerar el sufrimiento de estar vivos. Aunque en estos casos se trata de aplicaciones que pueden resultar muy provechosas para el doliente y sus familias (y en este sentido deontológicamente plausibles), son casos de indicación límite y a menudo me veo por ello obligado a de-limitar («de-terminar»: poner límite o final adecuado) tanto por lo que hace al tiempo, la intensidad o la frecuencia y los objetivos a plantearme, como por lo que hace a la relación utilidad/costo de las intervenciones.

Ya se hace aquí evidente que la tarea diagnóstica en psicología clíni-

ca reviste enorme importancia. Diagnosticar, en psicología, es lograr un conocimiento **con valor instrumental** (Echevarría, 1993 y 1995), previo al inicio de los compromisos terapéuticos. No sería honesto empezar a tratar sin previa noción de la utilidad o sin que el consultante sepa que ya está siendo tratado. Bien se haga con tests o sólo mediante entrevistas clínicas, el diagnóstico constituye también una forma de «dialogar aclarando». Cuando practico el diagnóstico (con o sin tests) procuro que el diálogo aclarador sea, en general, breve, aunque bien sé que no siempre puede serlo; a veces consigo que sea muy breve y entonces la claridad obtenida podrá ser, también en general, reducida y provisional. Si eso es todo lo que el consultante quiere, no estamos autorizados a ir más allá. En algunas ocasiones, un proceso diagnóstico se prolonga y llega a tener casi las características de un breve proceso terapéutico, con objetivo de que el consultante pueda obtener la suficiente comprensión y claridad acerca de sus dificultades como para tomar libremente una decisión terapéutica bien fundamentada. En general no ofrezco tratamiento yo mismo a quienes debo explorar de una forma muy prolongada ni exploro detenidamente a quienes vienen con un criterio ya formado para tratarse conmigo, salvo que aparezcan dudas. Cuando aparecen dudas antes de iniciar el tratamiento, remito a otra persona para que realice la exploración suficientemente aclaratoria, si presumo que podré llegar a hacerme cargo de la terapia. Derivo generalmente tratamientos a otros colegas en el caso de consultantes con quienes ya he debido mantener una detenida relación exploratoria.

Si, al iniciar el tratamiento, acordé con el consultante un límite temporal (psicoterapia «breve» o «focal y breve a tiempo prefijado», según Farré, Hernández y Martínez, 1992; y Pérez-Sánchez, 1996) me atendré a los términos de nuestro acuerdo, con muy pocas, poquísimas excepciones. No impongo nada y no quiero permitir que se me imponga nada: lo libremente acordado se mantiene, en principio. Por eso, cuando el consultante pida prolongar indefinidamente el diálogo, haré técnicamente lo posible para que el mismo permanezca vivo mientras pueda resultar esclarecedor (psicoterapia psicoanalítica propiamente dicha, sin apelativos). Si este «dialogar aclarando» va desarrollándose adecuadamente, el consultante irá asumiendo la autonomía de sus determinaciones (sean acción o pensamiento: fantasías, temores o deseos) e irá reconociendo los motivos y la importancia que él quiso conceder a sus criterios de acción: cómo y por qué decidió obrar o inhibirse del modo que lo hizo en tales o cuáles circunstancias.

Quien esté dispuesto a dialogar de este modo (sea consultante o terapeuta) deberá ser consciente de que se atiene a las consecuencias que de ello puedan derivarse, y por eso es necesario diagnosticar bien antes de empezar la actividad terapéutica. No niego que pueda bastar una buena entrevista clínica para lograr suficiente claridad diagnóstica, pero, en general, lo juzgo insuficiente.

El objetivo de toda actividad terapéutica realizada de este modo sería poner el consultante a disposición de sí mismo con mayor libertad e independencia, nunca a disposición de instituciones o de modos de pensar o proceder ajenos a él, o de proyectos sociales, económicos, políticos o religiosos de tipo alguno. Se trataría de que el consultante pueda evitar perjudicarse al argüir ignorancia o inocencia respecto de sus propias decisiones; que él llegue a asumir que la acción se refuta siempre por sí misma al contener inevitables limitaciones que impiden su validez universal; que pueda renunciar a las construcciones farisaicas e hipócritas de que «no pude evitar» obrar así o «no sabía» lo que hacía, «yo creía que...», etc.. Se trata de poder llegar a reconocer que «creyendo lo que creía», «sabiendo lo que sabía» o «sintiendo que» no podría tolerar otra cosa, obré del modo que efectivamente lo hice y me resolví a hacer o a omitir mi acción, porque esa fue mi propia libre determinación a hacerlo. Y aceptaré que lo hice concediendo a mis motivos, deseos, sentimientos, temores, etc., el **valor resolutivo** que decidí concederles. No hay refrendo ético alguno a la «dirección de conciencias»; frente a la «casuística», vale el Pascal de «Las Provinciales». Las exigencias moralísticas de **perfección total** (superyó enfermo) rompen la mente al disociar la responsabilidad y también hunden a los humanos en la desesperanza de los relativismos morales, porque «como toda acción es refutable y no podemos hacer más, al final todo nos da lo mismo». Pero, si toda acción humana puede ser en alguna medida **heterónoma**, ello no impide que cualquier acción humana pueda ser, en cierto grado, **algo más autónoma**. Así aprendemos de la experiencia: moderando ganas y prisas.

¿Cuántos terapeutas podrán tolerar, cuántos consultantes podrán tolerar este modo de «dialogar aclarando»? La respuesta sólo puede ser relativamente restrictiva porque, como escribe Felipe Martínez Marzoa (1974), «la libertad (la plena responsabilidad de todas nuestras acciones) es la más pesada carga, de la que de buena gana nos descargamos». Unos y otros.

Esta opinión no es la de un psicoanalista (¿o tal vez sí lo es, en el más estricto sentido?), sino la de un filósofo. También era un filósofo Epicuro (1995), quien llegó a decir que si el diálogo filosófico no servía para aliviar a los humanos de sus específicos sufrimientos mentales, carecía de todo valor. A este tipo de diálogo provechoso, Epicuro lo llamó «therapèia tès psychès» (o sea: terapia del alma, psicoterapia) y también «tetra phàrmakon», como nos recuerda Rogeli Armengol en dos preciosos artículos sobre la vida, la muerte y la relación médico-enfermo (1993 y 1995).

Cuando Erich Fromm escribe su «Miedo a la libertad» (edición castellana de 1968) ¿parece más filósofo que psicoanalista o más psicoanalista que filósofo? ¿Ha dejado de ser actual porque ya no está de moda? ¿Qué es lo que hay de inactual, qué de vigente en el pensamiento de Kant y en el de los primeros psicoanalistas o de los filósofos clásicos y modernos?

Cuando el psicoanalista británico R.E. Money-Kyrle (1968) nos dice

que el trastorno mental es la forma en que se manifiestan en el comportamiento humano (bien sea como pensamiento, bien como acciones o inhibiciones) ciertos «malentendidos básicos», es decir que los síntomas se relacionan con deficientes comprensiones infantiles o construcciones prematuras y erróneas; o cuando Winnicott (1974) nos habla de las «crisis» actuales como intentos del paciente por volver a tener ocasión de revisar y revivir situaciones tempranas que fueron ya experimentadas sin que pudieran ser comprendidas y claramente pensadas, se está poniendo adecuadamente el acento en el mismo asunto: las prematuras construcciones infantiles (basadas en la radical dependencia de los pequeños humanos, en el desvalimiento originario de las crías de la especie, en la irresponsabilidad básica de los cachorros) deben ser revisadas para que el adulto pueda asumir su responsabilidad por estar vivo, gane la libertad de decidir, y acepte su vida y sus acciones como resultado de su libre opción, pese a limitaciones e ignorancias, en la medida de sus posibilidades siempre escasas sin duda. Y una vez aquí, no podrá, ya adulto, eludir el juicio: no podrá evitar que esas acciones suyas le parezcan útiles o estériles, justas o injustas, moralmente plausibles o deleznable.

Esto de los malentendidos básicos y de las construcciones prematuras ¿no se parece a lo que cognitivistas modernos llamarían el valor patógeno de las «cogniciones erróneas» y a lo que Melanie Klein llamaría «introyecciones» y «objetos internos» que si son «malos» dificultan la integración mental?. Cognición o introyección mala o errónea, objeto interno inintegrable o des-integrador ¿no son, en última instancia, la misma cosa?. En definitiva integrar la mente es sustraerla a la influencia de objetos internos que no permiten asumir el control y la responsabilidad; reducir cogniciones erróneas que impiden experimentar la pertinencia y pertenencia de los propios actos; librarla del sometimiento a malentendidos básicos que desorientan la libertad de acción. Es común a todos los humanos, y básico, el malentendido de creer que es posible no asumir responsabilidad por el propio ser y actuar. Y ¿no es eso un residuo infantil?

Previsión y memoria son hábitos comportamentales básicas del humano, rasgos eto-lógicos ineludibles de la especie, por tanto fundamento eto-lógico de la conducta y, por ende, «comportamiento habitual, o ética, de fundamento biológico» (que eso es lo que significa Etología, como nos recuerda Gustavo Bueno, 1991 y 1994). El enorme parénquima cerebral humano genera ineludiblemente la responsabilidad por la acción: cualquier conducta hubiera podido ser mejor hecha (salvo que neguemos la defectibilidad humana), menos limitada, más precisa o, en el menos favorable de los casos posibles, evitada. Cualquier acción futura podría realizarse mejor o evitarse, por lo mismo que cualquier acción pasada pudo ser mejor o no hacerse. Concebir al humano sin responsabilidad, intentar eludirla, es mentir, trastornar funciones mentales y privar al lenguaje de capacidad para testimoniar

y comunicarse. La responsabilidad intenta ser eludida en la medida en que duele de diferentes maneras (algunos dolores serían: culpa, vergüenza, temor retaliativo, anticipación pesimista del futuro, juicio o condena, inesperanza, desesperanza o desesperación, etc.), y en cuanto hallamos oportunidad nos declaramos desvalidos e infantiles: «yo no quise», «no pude», «creía que...», «yo no sabía...». Pero lo **ya hecho** no se basa en **qué supimos** o en **qué ignoramos**, sino en **qué quisimos** o **aceptamos** hacer. Al sabernos responsables si nos sabemos libres, intentamos inventar situaciones que nos priven de libertad y «no tener más remedio que...». La «obediencia debida» y la «razón de Estado» son decisiones libres: aunque el derecho positivo pueda legitimarlas no hay exención moral, y sin exención moral no puede eludirse el dolor mental. La lealtad, el temor o los deberes pueden motivar conductas, pero no suprimen la autoría de quien decide obrar por lealtad, temor u obediencia, aunque se legisle a su favor. Vale la pena tener esto en cuenta, por si algún humano que hubiera asumido graves compromisos políticos reclamara ayuda y creyéramos estar en condiciones de ser profesionalmente honestos y no privarle de la ocasión de revisar y reparar sometimientos pasados. Las decisiones no pueden imponerse: quien se someta también pudo optar por la rebelión. Sin libertad no existirían sentimientos de culpa ni reparación o perdón.

Cuando Freud propuso el método psicoanalítico para atender al sufrimiento mental de los humanos, supuso y comprobó que si el consultante hablara libremente (asociando libremente) y se evitara todo modo de juicio, crítica y condena, con una actitud de escucha calmada y sosegada atención (libremente flotante, para mejor evitar la interferencia de los propios valores), enseguida podría observarse la tendencia a excusarse y acabarían surgiendo en el diálogo las formas actuales, tal vez muy disfrazadas, del deseo de irresponsabilidad. Asociadas a él acudirían a la memoria las etapas tempranas y polimorfos (no necesariamente perversas) de la mente, los modos de entender la vida propios de un yo inmaduro, insuficientemente moral, conducido («educado») **heterónomamente** según el código familiar de sus padres, y decididamente egoísta, asocial, sin suficiente alteridad, sobradamente narcisista y pretendidamente auto-suficiente. En eso no se equivocaba Freud y comprobarlo está al alcance de cualquiera con suficiente coraje: hablemos libremente de nosotros y de nuestras insatisfacciones (sólo debe hacerse tal cosa en el lugar y con las garantías adecuadas) y veremos lo poco que tardamos en formular excusas; lo mucho que nos disgusta reconocernos plenamente responsables de nuestras vidas; el constante intento de justificarnos y dar explicaciones auto-exculpatorias; el deseo («libido» en latín, no «sexus») de que alguien asuma por nosotros y en nuestro lugar ciertas responsabilidades y libertades, como cuando éramos pequeños y o bien lo teníamos todo o bien se podría evidenciar que las enormes carencias lo eran de la familia, del medio natural y social, del momento y la coyuntura.

«Transferencia» es eso: dotar **hoy** a nuestro medio de las características relacionales que tiñeron nuestra infancia cuando otros humanos se responsabilizaban de nuestras vidas y nos enseñaban a vivir y codificar experiencias, de manera tal que «lo que duele es culpa de alguien que me daña» y «lo que va bien no me supone mayor esfuerzo». ¿No percibimos ese básico deseo («libido») en nuestras vidas actuales: que «lo que va mal» sea «por culpa de otro» y que lo que pueda «ir bien» no me cueste mucho esfuerzo? Esto es nuestro básico deseo. Lo hace suyo con especial claridad el estoicismo de Epícteto, al proponernos que lo que nos daña no depende de nosotros y que no nos afanemos en lo que pueda turbarnos; e intentamos satisfacerlo, más o menos, todos en la «transferencia»: cuando añoramos la actualización de los modelos relacionales primeramente adquiridos.

La realidad de la transferencia puede ser comprobada a cada instante en nuestras vidas, diariamente. Permitir que esa actitud básicamente infantil se ponga de manifiesto, devenga consciente y deje de repetirse sin fin ni esperanza, es propio de la técnica psicoterapéutica que Freud instituyó. Permitiendo que la transferencia se observe y analice con técnica adecuada (cosa que en la realidad cotidiana no es tolerable pues provocaría conflictos con las exigencias naturales del mundo adulto), mantenemos vivo el diálogo que aclara las cosas. Y lo que al final acabamos aclarando es que somos -legalistas o ilegales, eso a nadie le corresponde juzgarlo ética ni psicológicamente- los únicos autores responsables de nuestra conducta. Quien no puede ser autor de su conducta o no quiere serlo evitará ese tipo de constatación ética y al mismo tiempo psicológica. Si se trata de que no puede (bien sea por lesión orgánica o por malformación o disfunción congénita o adquirida con predominio fisiológico evidente) debería empezar por aceptar medicarse... Si pudiendo no quiere, elegirá libremente una mentira o malentendido básico, y explicará y entenderá su vida como si no fuera humano (es decir: responsable), pudiendo también obrar inhumanamente (es decir: con irresponsabilidad) y debiendo, entonces, responder por ello jurídicamente en algunas ocasiones.

Quien piense que «la transferencia no se resuelve nunca» debería extremar la cautela e indicar psicoterapia con muchas restricciones. Movilizar transferencias sin razonable garantía de que podrán resolverse es muy peligroso y puede ser deshonesto o al menos imprudente. Mejor, en tal caso, no movilizarlas, dejarlas ser sin tocarlas, como espontáneamente hacemos entre adultos por la calle, y aclarar, si hay ocasión, el grave problema de las dependencias infantiles en la medida de lo posible. Heredar y transmitir tácticas o clientelas contribuye a explicar el «familiarismo» institucional, pero ¿podría llegar a afectar al método terapéutico?

Si, cuando Freud instituyó el psicoanálisis, lo obvio oculto era la abundante actividad sexual vergonzante de la burguesía victoriana, creo que lo

oculto pero obvio tanto entonces como ahora, y así será mientras los humanos permanezcamos en la existencia, es la tendencia a reproducir vínculos infantiles de «familiaridad» inadecuada (de La Lama, 1994), para satisfacer grandiosas aspiraciones ilusorias e intentar transmitir a los «ahijados» la ventajosa herencia. Resulta chocante que alguien pueda afirmar que el psicoanálisis no será necesario siempre en alguna medida. ¿Se trata de una deliberada opción por la barbarie?

Cuando algunos autores con desmesurada afición al mero formalismo de los discursos éticos afirman que Freud contribuyó a disolver la idea de responsabilidad al destacar los factores inconscientes determinantes de la conducta, ignoran que lo que hizo fue precisamente lo contrario: esclarecer que los actos son queridos por quien los hace (aunque tal vez por motivos nada claros para él mismo ni confesables ante los demás), incluso cuando la decisión que emerge en la conducta haya sido tomada inconscientemente: porque mediante análisis puede llegarse a tomar conciencia, asumir el pasado y rectificarlo. Querer negarle a Freud este indudable mérito es contribuir a la doblez de la conciencia moral, con consecuencias graves para la integridad de la mente humana.

BIBLIOGRAFIA

Anguera, B. (1995). Reflexions sobre la influència de F. Brentano i A. Comte en l'obra de S. Freud. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, XII, 2, 1995.

Armengol, R. (1993). La relación médico-enfermo: factores inconscientes. *Cuaderns CAPS*, 19, 3-31.

Armengol, R. (1995). Sobre la propia muerte y la de los otros. *Cuaderns CAPS*, 23, 21-29.

Bion, W. R. (1974). *Bion's Brazilian lectures*. Vers. castellana: *Seminarios de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1978.

Bion, W. R. (1977). *Two papers: The grid and caesura*. Ver. cast.: *La Tabla y la Cesura*. Barcelona: Gedisa, 1982.

Bueno, G. (1991). La etología como ciencia de la cultura. *El Basilisco*, 2ª Epoca: 9, 3-37.

Bueno G. (1994). La ética desde la izquierda. *El Basilisco*, 2ª Epoca: 17, jul.-dic., 3-36.

de La Lama, E. (1994). Familiaridad: Una crítica psicodinámica del pensamiento instituido. En: *En Defensa de la Tolerancia: Crítica de Fundamentalismos*. Barcelona: EUGE y la Llar del Llibre.

Echevarría, R. (1993). Validez gnoseológica y validez instrumental de las clasificaciones de los trastornos mentales. *Inf. Psiquiátricas*, 134, 4º trim.,

395-405.

Echevarría, R. (1995). El diagnóstico categorial y las estrategias de investigación en psicopatología. *Informaciones Psiquiátricas*, 141, 3º trim., 363-374.

Epicuro (II a C.-1995). *Obras completas*. Traducción y estudio preliminar de JOSÉ VARA. Barcelona: Ed. CATEDRA.

Farré, LL., Hernández, V. & Martínez, M. (1992): *Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve*. Barcelona: Paidós.

Fromm, E. (TRAD. 1968). *El miedo a la libertad*. Buenos Aires: Paidós.

Kant, I. (1793). ***La religión dentro de los límites de la pura razón***. Barcelona: Alianza Editorial (4ª reimpr.), 1995.

Martínez Marzoa, F. (1974). *Iniciación a la Filosofía*. Barcelona: ISTMO.

Money-Kyrle, R.E. (1967). Cognitive development. *International Journal Psycho-Analysis*, XLIX, 4, 1968.

Pérez-Sánchez, A. (1996). *Prácticas psicoterapéuticas: psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*. Barcelona: Paidós y FVB (1ª Edición).

Winnicott, D. W. (1974). The fear of breakdown. *International Review Psycho-Analysis*, I, 1-2, 103-107.

Enrique de La Lama
Herzegovina 15, 2º 1ª
Barcelona 08006

La validez del trabajo psicológico en los pacientes esquizofrénicos. A propósito de un caso.

Angeles Lopez

Uno de los aspectos que me resultan mas interesantes del trabajo psicológico con pacientes aquejados de patologías muy graves es la capacidad que algunos tienen de mejorar contra todo pronóstico. Pacientes cuyo desarrollo infantil se ha dado en condiciones muy precarias, tanto afectiva como socialmente, con familias a menudo incapaces de contener y hacerse cargo del mismo, con un diagnóstico psiquiátrico que hace pensar en enfermedades crónicas y que tienden a un deterioro progresivo de las capacidades adaptativas, sociales, volitivas, afectivas y cognitivas.

El caso que voy a exponer ejemplifica, a mi entender, cómo un paciente con todos los elementos vitales en contra es capaz de recoger y aprovechar la ayuda que se le ofrece.

Se trata de un paciente varón L. de 27 años, en el momento que lo atendimos por primera vez, que es el segundo hijo de una familia con 6 hijos. El padre padece una dependencia enólica y la madre está diagnosticada, desde la primera infancia del paciente, de esquizofrenia que ha motivado múltiples ingresos a lo largo de su vida en distintos centros psiquiátricos y en el momento actual se halla ingresada en una Unidad de Larga Estancia de un Hospital Psiquiátrico, el mismo en el que se encuentra el paciente ingresado aunque en otra sala. Durante los ingresos de la madre, el paciente y sus hermanos pasaban a ser cuidados por distintos familiares, principalmente la abuela paterna.

Describen trastornos del paciente desde la infancia, celos muy exacerbados tras el nacimiento del hermano que le sigue e hiperquinesia. A los 10 años pasa a ser internado en un centro donde sigue EGB hasta los 16 años.

Los recuerdos de la infancia, principalmente centrados en la madre, son situaciones en las que el paciente se siente en riesgo de morir él mismo o su hermano recién nacido por agresiones de la madre. También recuerda como en ocasiones era capaz de cuidarlos haciéndoles patatas fritas cuando iban los fines de semana a casa.

A los 16 años inicia actividad laboral de camarero igual que el padre y la hermana mayor, aunque nunca la sigue de forma regular pasando largos períodos sin trabajar. A los 23 años marcha con unos feriantes a trabajar, perdiendo el contacto con la familia durante tres años. En esta época la madre ingresa nuevamente en el Hospital Psiquiátrico, ingreso que llevará a la situación actual de internamiento indefinido dada la gravedad

psicopatológica del cuadro. Aunque al principio la familia, principalmente el marido, venía a visitarla, dejan de hacerlo muy pronto. Ella pregunta a menudo por su hijo L. del que no sabe nada.

Al cabo de 3 años, el paciente contaba 26, y tras un accidente leve con una motocicleta de un amigo, se inicia la actividad psicótica del paciente que regresa a casa, es acogido por la hermana ante el rechazo del padre e intenta trabajar en su faena habitual, pero no consigue mantenerlo dada su situación psicopatológica. Presenta un brote delirante agudo, con conductas exhibicionistas en la vía pública, ideación de tipo místico y agitación psicomotriz. Ingresa en el Hospital Psiquiátrico en el que se halla su madre. A los cinco meses, ante la gravedad clínica del cuadro, la falta de evolución del mismo y la falta de soporte familiar (la familia se desentiende de él), es trasladado a la unidad de larga estancia en la que se halla la madre pero cuidando de que sea en otra sala.

Clínicamente el cuadro es catalogado como esquizofrénico y desde el punto de vista dinámico se interpreta que esta evolución es la única forma que tiene el paciente para reunirse con su madre, solo puede hacerlo a través de identificarse con ella en la enfermedad. A nivel sintomático dramatiza la regresión haciendo conductas de andar hacia atrás, como si fuera a caerse, hasta que la pared le aguanta. El período que recuerda como mejor de su vida es la época del internamiento escolar viéndose así la necesidad que tiene de una estructura que lo ayude a organizarse y a reencontrarse con «la madre buena» que les hacía patatas fritas. Ello hace pensar que otra institución, el Hospital Psiquiátrico, puede cumplir esta misión de ayudarle a construir un proyecto de vida, «hacia adelante», a la vez que le ayude a reencontrarse con su madre y a hacerse cargo mentalmente de esta relación ambivalente con ella: culpa por el abandono en que la ha tenido, odio por los terribles recuerdos que conserva de ella y amor por los cuidados que en otro momento fue capaz de proporcionarles.

Se plantea pues el tratamiento atendiendo a todos estos frentes: se prepara y cuida el encuentro con la madre y paulatinamente se van pautando visitas periódicas, al principio con un terapeuta, hasta que es capaz de hacerlas solo; se pauta un seguimiento psicológico frecuente y regular con el fin de ir ayudándole a elaborar la crisis, los encuentros con la madre y demás familia con la que finalmente puede relacionarse; a elaborar un plan de futuro a medio plazo que no represente una desvinculación total con la institución pero sí ganar en autonomía; una revisión del tratamiento farmacológico cada vez que se considera necesario a fin de mantenerlo con dosis mínimas pero suficientes y soporte de actividad ocupacional.

Se le administró un Rorschach en el momento de ingresar en la Unidad de Larga Estancia y otro a los 10 meses de tratamiento con una evidente mejoría tanto clínica como la que se traduce a nivel del test.

Tanto el índice de esquizofrenia, que en la primera pasación era de 6,

como el HVI que era de 5 y el DEPI también de 5, dejan de ser significativos y adquieren valores no patológicos.

En el SCZI mejoran todos los aspectos, el contacto con la realidad, principalmente a base de disminuir la percepción inusual, aumenta la distorsión debida a los aspectos mas agresivos y oposicionistas, la distorsión ideacional y los trastornos de pensamiento de forma global.

La actitud hipervigilante, controladora y paranoide prácticamente se normaliza en la segunda evaluación, los contenidos en los que el paciente pierde la distancia con la lámina, tipo «...me está mirando...viene a por mí...», también desaparecen.

En el DEPI mejoran los aspectos depresivos relacionados con los afectos. Todo ello a costa de un mayor aislamiento social, se halla mas centrado en sí mismo y en una actitud mas pasiva y dependiente. Mucho mas abierto a los estímulos emocionales presenta algunas dificultades a este nivel, labilidad, ansiedad y excesiva implicación en algunos momentos, que precisarán contención psicológica. Se deberá atender a la posible aparición de conductas lábiles y descontroladas con aspectos de negación y omnipotencia. También la agresividad será algo que deberemos ayudar al paciente a contener y canalizar.

Los aspectos de pasividad, dada la gravedad, se empezaron a tratar con sumo cuidado, dando prioridad a la precaria estabilidad conseguida a base de construirle un marco estable y seguro de su día a día y una terapia ocupacional que le ayude a estructurarse.

La evolución del paciente ha seguido siendo muy positiva en los 7 años que han transcurrido desde que se inició el abordaje del mismo. L. ha sido externado del Hospital Psiquiátrico y vive en un piso protegido, supervisado por monitores del Centro de Día, con otros pacientes. Sigue vinculado al programa de reinserción laboral, aunque es muy difícil que pueda conseguir un trabajo normalizado y acude regularmente a visitar a su madre hospitalizada, también mantiene contactos con el resto de su familia pero se plantea espaciarlos pues la insistencia de ésta para que se reintegre al núcleo familiar le crea mucha ansiedad.

RORSCHACH

I

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. Un lobo.
E: Generalmente... | 1. Todo alrededor del animal, labios, la boca los ojos y aquí arriba 2 cuernos (WS). |
| 2. Un águila. | 2. Estos son las 2 alas y esto la cabeza y el cuerpo (Dd99). |
| 3. Y 2 manos que vienen a por mí. | 3. Dos manos aquí arriba, que vienen a por mí (D1). |
| 4. La cabeza de 1 gato | 4. Las 2 orejas y la cabeza (Dd99). |

II

- | | |
|--|---|
| 5. Una cara con los 2 ojos arriba, que me vigilan. | 5. Todo alrededor y estas 2 manchas rojas, la boca (S) y eso rojo los 2 ojos. (¿Vigilan?) Sí, estos 2 ojos me vigilan (WS). |
| 6. Veo una mancha de sangre, goteando. | 6. Sangre porque soy daltónico, veo los colores (D3). |

III

- | | |
|--|---|
| 7. Una pareja, masculino y femenino. | 7. Este es el masculino y esta la femenina (D9). |
| 8. Dos hombres, posiblemente homosexuales. | 8. Sí, esto es el pene y esto la figura del cuerpo (D9). |
| 9. Una cara. | 9. Boca, cara, ojos negros, veo una cara pequeña aquí, esto la nariz, la boca, los colmillos (DS7). |

IV

- | | |
|---|--|
| 10. Un monstruo con 2 piernas y 2 manos de color negro. Un gigante. | 10. Pies, manos, la cabeza sería esta. (¿Gigante?) Las piernas grandes y el medio hay algo que no sé describir, no se me ocurre nada, eso es el pene del gigante (W) |
|---|--|

V

- | | |
|---|--|
| 11. Una mariposa. | 11. Dos alas, patitas y antenas (W). |
| 12. Entremedio hay un hombre, tiene 2 alas. | 12. Cuerpo, 2 piernas, la cabeza, con 2 alas |

VI

- | | |
|-------------------------------|---|
| 13. Un hombre roto por medio. | 13. El cuerpo y eso el hombre con la cara y los brazos, dividido en canal. (¿Me lo puede explicar?) Abierto por el medio, en canal (W). |
| 14. Una cara. | 14. Bigotes, cara y 2 ojos (Dd99). |

15. Un gato.

15. Esto bigotes del gato, las manos y las 2 patas (D3).

16. Un felino.

16. Un lobo, la nariz y las melenas (D3).

VII

17. Dos nenas con faldas, en el medio hay 1 corazón, tienen cola las dos.

17. Cabeza, cola (cabello), cuerpo y las faldas y en medio un corazón que es este (S), las manos y esto que están juntas, no se pueden separar (WS).

VIII

18. Dos osos que se pelean por conseguir la fruta de 1 árbol, están enganchados los dos.

18. Un oso y el otro, las patas y esto es el fruto que quieren coger, se pelean y 1 montaña y esto fuego. (¿Fuego?) El color, porque están en medio del bosque (W).

19. Un corazón roto.

19. (Contornea con el dedo) (¿Roto?) Porque se pelean ambos, no se quieren y por eso se pelean y veo el corazón roto (DdS99).

IX

20. Un monstruo que está en medio de 2 diablos rojos, abajo está el fuego.

20. Los 2 diablos rojos, están unidos, esto es el fuego, aquí veo 1 cara, sería el monstruo. (¿Monstruo?) Por como me mira. (¿Fuego?) Es el color, los ojos que vigilan, el monstruo (WS).

21. Dos pechos de una mujer... el fuego que las está quemando. Dos ojos que vigilan.

21. Estos (señala Dd28).

X

22. Una mujer encima de 1 árbol, tiene cara de ser 1 monstruo.

22. La cara, pómulos, ojos y cabeza, el árbol es este. (¿Monstruo?) Me recuerda las fauces de 1 león (D11).

23. Dos huevos fritos.

23. El color que tienen, que son como 1 huevos fritos (D2).

24. Un excremento.

24. Excremento por el color (D6).

25. Un monstruo muy grande.

25. Ojos, boca, y todo eso alrededor del monstruo es él (WS).

SELECCION

- IV Me recuerda a un gorila gordo que viene a por mi.
+ III Es una situación en la que los dos se quieren y es la que más me gusta.

CODIFICACION 1

I	1.	WSo	Fo	Ad	3.5	DV, INC
	2.	Ddo99	Fu	A		
	3.	Do1	Mao	Hd		DR2
	4.	Ddo99	F-	Ad		
II	5.	WSo	Ma-	Hd	4.5	DV, INC
	6.	Dv3	C.mo	Bl		
III	7.	Do9	Fo	H	P	
	8.	Do9	Fo	(2) H, Sx	P	
	9.	Ds7	FC'	Hd	4.5	
IV	10.	Wo	FC'	(H), Sx	P 2.0	
V	11.	Wo	Fo	A	1.0	INC
	12.	Wo	Fu	H		
VI	13.	Wo	F-	H		MOR,
	14.	Ddo99	F-	Hd		Spaltungg.
	15.	Do3	F-	A		Perseveración
	16.	Do3	Fu	Ad		DV, Perseveración
VII	17.	WS+	Mp-	(2) H, Cg, An	P 4.0	FAB2, Border
VIII	18.	W+	FMa. CFo	(2) A, Ls, Fi	P 4.5	AG, DR, Border?
	19.	DdSo99	F-	An	4.0	ALOG, MOR, Persev.
IX	20.	WS+	CF.Ma.mau	(2) (H), Fi, (Hd)	P 5.5	AG, DR, RD2, Persev.
	21.	Ddo28	Fu	Hd, Sx		
X	22.	D+11	F-	(Hd), Bt	P 4.5	AG, DR, Border?
	23.	Do2	CFo	(2) Fd		
	24.	Dv6	C	ld		INC
	25.	WSo	F-	(H)	5.5	DV, Perseveración.

-----STRUCTURAL SUMMARY-----

LOCATION FEATURES	DETERMINANTS	CONTENTS	S-CONSTELLATION
	BLENDS	SINGLE	
Zf = 12	C.m	H = 5,0	NO..FV+VF+FD>2
ZSum = 42.5	FM.CF	(H) = 3,0	NO..Col -Shd BI>0
ZEst = 38.0	M.m.CF	Hd = 5,0	YES..Ego<.31,>.44
		(Hd) = 1,1	NO.. MOR > 3
W = 10		Hx = 0,0	NO ..es > EA
(Wv = 0)		A = 4,0	YES..CF+ > FC
D = 11		(A) = 0,0	YES..X+% <.70
Dd = 4		Ad = 4,0	NO..S > 3
S = 5		(Ad) = 0,0	NO..P < 3 or > 8
		An = 3,0	NO..Pure H < 2
DQ		Art = 0,0	YES..R < 17
..... (FQ-)		Ay = 1,1	4.....TOTAL
+ = 5 (1)		Bl = 0,0	
o = 18 (8)		Bt = 0,0	
v/+ = 0 (0)		Cg = 0,0	SPECIAL SCORINGS
v = 2 (0)		Cl = 1,0	Lv1 Lv2
		Ex = 0,1	DV = 1x1 0x2
		Fd = 0,1	INC = 2x2 2x4
		Fi = 0,0	DR = 0x3 1x6
		Ge = 0,0	FAB = 0x4 1x7
		Hh = 1,1	ALOG = 0x5
		Ls = 0,2	CON = 0x7
		Na = 0,0	Raw Sum6 = 7
		Sc = 0,0	Wgtd Sum6 = 26
		Sx = 0,0	
		Xy = 0,1	
		ld = 0,0	AB = 0 CP = 0
		0,3	AG = 1 MOR = 2
		0,0	CFB = 1 PER = 0
		1,1	COP = 0 PSV = 0

FORM QUALITY

	FQx	FQf	MQual	SQx
+	= 0	0	0	0
o	= 10	5	1	1
u	= 5	3	2	1
-	= 9	7	1	3
NONE	= 1	--	0	0

----- RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS -----

R = 25	FC:CF+C = 0 : 5	COP = 0	AG = 1
	Pure C = 2	Food = 2	
EB = 4: 6.0	EA = 10.0	EBPer = 1.5	SumC' : WSumC = 2 : 6.0
eb = 3: 2	es = 5	D = +1	Afr = 0.47
	Adj es = 4	Adj D = +2	S = 5
			(HHd) : (AAd) = 5 : 0
FM = 1 :	C' = 2	T = 0	Blends:R = 3: 25
m = 2 :	V = 0	Y = 0	CP = 0
a:p = 5: 2	Sum6 = 16	X+% = 0.40	Zf = 12
Ma:Mp = 3: 1	Lv2 = 5	F+% = 0.33	Zd = +4.5
2AB+Art+Ay = 0	WSum6 = 61	X-% = 0.36	W:D:Dd = 10:11: 4
M- = 1	Mnone = 0	S-% = 0.33	W = 10: 4
		Xu% = 0.20	DQ = 5
			DQv = 2
			3r+(2) / R = 0.20
			Fr+rF = 0
			FD = 0
			An+Xy = 2
			MOR = 3

SCZI = 5*	DEPI = 5*	CDI = 2	S-CON = 5	HVI = YES	OBS = No
-----------	-----------	---------	-----------	-----------	----------

I

1. Una mariposa, con las alas aquí y el centro del cuerpo es este.

No veo nada más, no encuentro ninguna cosa más.

E: Seguramente si toma más tiempo podrá ver alguna otra cosa.

No, no veo nada más. Los ojos y la cola aquí, de la mariposa

II

2. Una mariposa herida, esto es la sangre, lo rojo, que han matado. Esto el centro del cuerpo (S), saca sangre por los genitales, nada más. No veo nada más.

III

3. Dos hombres, el pene, se están disputando por una cosa, se han enganchado ambos, los pechos y esto los pies. Se están peleando por una cesta, a ver quien de los 2 puede más. Yo no veo nada más.

IV

4. Es 1 gigante con la cabeza aquí y las manos y los pies, las manos, eso es el pene.

V

5. Un murciélago, una rata pinyada (catalán), las alas, las patas y esto las antenas, las patas, las alas un poco rotas.

1. (La vuelve a describir señalando partes) (W)

2. (Vuelve a señalar) Está herida, hay sangre, eso rojo, y aquí saca sangre por los genitales (WS).

3. (Señala) Y la sangre. (¿Se han enganchado, me lo puede explicar?) Están disputando una cesta por las manos cogen la cesta. (¿Me ha dicho que se pelean, qué le hizo pensar?) Porque están agachados (¿Sangre?) Eso rojo, los 2 se pelean y se hacen sangre, porque se pelean (W).

4. (Vuelve a describirlo) (¿Gigante?) Es muy grande, los pies, las manos (señala), su centro (señala el eje medio) (W)

5. (Vuelve a describirlo señalando) (¿Alas rotas?) Se ven desgarradas, la forma, patas, antenas (W).

VI

6. Un gato, las patas aquí, eso es el centro del cuerpo, los bigotes y esto la cabeza.

6. (Va señalando y repitiendo) (W).

VII

7. Dos nenas con el cabello para arriba, se están meciendo en 1 columpio, este es el columpio (D4) y esto su centro, las manos, el cuerpo, no se me ocurre nada más.

7. (Repite lo mismo, señalando) (W).

VIII

8. Dos osos, esto 1 montaña, (D4) esto es el centro de la tierra. Esto 1 montaña, se cogen a las hierbas de la montaña los osos, no veo nada más. Esto un ganado que agarra la tierra (Dd99 entre D8 y D2).

8. (Repite) (¿Qué le hizo pensar en hierbas?) Eso verde. (¿Me dijo el centro de la tierra) Tierra. Esto 1 montaña, se cogen a las hierbas de la montaña los osos, no veo nada más. Esto un gancho que agarra la tierra (Dd99 entre D8 y D2).

IX

9. Dos diablos (D3), están sentados en la tierra, esto es el centro de la tierra. Esto es sangre (D6). Tienen panza los demonios. Esto es sangre, ya se lo he dicho.

9. (Señala) (¿Sangre?) Son muy malos y sacan sangre (¿De dónde la sacan?) De ellos, por el color rojo (W).

X

10. ¡Caray qué difícil! Esto es 1 hombre con las piernas y el pene.

10. (Describe y señala) (DdS22).

11. Esto son 2 huevos fritos.

11. Por el color amarillo y rojo (D2).

12. Aquí 1 pájaro, 2 pájaros. Esto el pene, ya se lo dije y las piernas, es la cabeza (R 10).

12. Pájaros con las alas abiertas (D15).

13. Esto es el cielo. Y esto la cintura (R 10).

13. Cielo porque está de color azul (D1).

CODIFICACION 2

I	1. Wo	Fo	A	P	1.0	
II	2. WS+	CF.mp-	A,BI,Sx		4.5	MOR, INC2, Pers.
III	3. W+	Ma.Co	(2) H,Sx,Hh,BI	P	5.5	AG, INC2
IV	4. Wo	Fo	(H)	P	2.0	
V	5. Wo	Fo	A	P	1.0	MOR,INC
VI	6. Wo	Fu	A		2.5	
VII	7. Wo	Mau	(2) H,Id	P	2.5	COP
VIII	8. W+	FMP.CF.mp-	(2) A, Na, Id	P	4.5	FAB2
IX	9. W+	Mp.CFo	(2) (H),Na,BI	P	5.5	DR, Pers.
X	10. DdSo22	F-	H, Sx			
	11. Do2	CFo	(2) Fd			
	12. Do15	FMpo	(2) A			
	13. Dv1	C	Na			

-----STRUCTURAL SUMMARY-----

LOCATION FEATURES	DETERMINANTS BLENDS	SINGLE	CONTENTS	S-CONSTELLATION
Zf = 9	C.m	M = 1	H = 3, 0	NO..FV+VF+FD>2
ZSum = 29.0	FM.CF	FM = 1	(H) = 2, 0	NO..Col -Shd Bl>0
ZEst = 27.5	M.m.CF	m = 0	Hd = 0, 0	YES..Ego<.31,>.44
		FC = 0	(Hd)= 0, 0	NO.. MOR > 3
		CF = 1	Hx = 0, 0	NO ..es > EA
		C = 0	A = 7, 0	YES..CF+ > FC
		Cn = 1	(A) = 0, 0	YES..X+% <.70
		FC' = 0	Ad = 0, 0	NO..S > 3
		C'F = 0	(Ad)= 0, 0	NO..P < 3 or > 8
		C' = 0	An = 0, 0	NO..Pure H < 2
		FT = 0	Art = 0, 0	YES..R < 17
		TF = 0	Ay = 0, 0	4.....TOTAL
		T = 0	Bl = 0, 3	
		FV = 0	Bt = 0, 0	
		VF = 0	Cg = 0, 0	SPECIAL SCORINGS
		V = 0	Cl = 0, 0	
		FY = 0	Ex = 0, 0	Lv1 Lv2
		Y = 0	Fd = 1, 0	DV = 1x1 0x2
		Fr = 0	Fi = 0, 0	INC = 2x2 2x4
		rF = 0	Ge = 0, 0	DR = 0x3 1x6
		FD = 0	Hh = 0, 1	FAB = 0x4 1x7
		F = 5	Ls = 0, 0	ALOG = 0x5
			Na = 0, 2	CON = 0x7
			Sc = 0, 0	Raw Sum6 = 7
			Sx = 0, 4	Wgtd Sum6 = 26
			Xy = 0, 0	
			ld = 0, 2	AB = 0 CP = 0
				AG = 1 MOR = 2
				CFB = 0 PER = 0
				COP = 1 PSV = 0
FORM QUALITY				
	FQx	FQf	MQual	SQx
+	= 0	0	0	0
o	= 8	3	3	0
u	= 1	1	0	0
-	= 3	1	0	2
none	= 1	--	0	0

-----RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS-----

R = 13	L = 0.63	FC:CF+C	= 0 : 6	COP = 0	AG = 1
		Pure C	= 0	Food	= 1
EB = 3: 5.0	EA = 8.0	EBPer = 1.7	SumC' : WSumC	= 0 : 5.0	Isolate/R
eb = 4: 0	es = 4	D = +1	Afr	= 0.86	H: (H) Hd (Hd) = 3: 2
	Adj es = 3	Adj D = +1	S	= 2	(HHd) : (AAAd) = 2: 0
			Blands:R	= 4: 13	H+A:Hd+Ad = 12: 0
			CP	= 0	
		P = 7	Zf = 9	3r+(2) / R = 0.46	
a:p = 2: 5	Sum6 = 7	X+% = 0.62	Zd = +1.5	Fr+rF = 0	
Ma:Mp = 2: 1	Lv2 = 4	F+% = 0.60	W:D:Dd = 9: 3: 1	FD = 0	
2AB+Art+Ay = 0	WSum6 = 26	X-% = 0.23	W = 9: 4: 3	An+Xy = 0	
M- = 0	Mnone = 0	S-% = 0.67	DQ = 5	MOR = 2	
		Xu% = 0.08	DQv = 1		

SCZI = 3 DEPI = 2 CDI = 3 S-CON = 4 HVI = NO OBS = No

Notas y noticias

Se comunica la realización del XIV Congreso Estatal de nuestra Sociedad, en Madrid, el 30 y 31 de Octubre y el 1 de Noviembre de 1998. ¡A la Comisión Organizadora constituida por M. Bueno, P. Ortiz y P. Pérez todo nuestro apoyo, colaboración y buena suerte!

En cuanto a las actividades de la Sociedad Catalana, en el mes de Febrero tuvo lugar su I Reunión Anual Abierta (¡ya era hora!) con el tema: «Evaluación del tratamiento con técnicas proyectivas», reunión bastante concurrida (cerca de 70 personas) en el acogedor ámbito de la Universidad Ramón Llull. En esta ocasión V. Campo y S. Sember presentaron un caso de adulto con dos protocolos de Rorschach. Dado el interés despertado, se proyecta continuar con este tema pero con un caso infantil en la próxima II Reunión Anual Abierta, también en el mes de Febrero.

En las sesiones científicas mensuales de los Miércoles se discutieron temas interesantes, como «El diagnóstico diferencial en el ámbito penal. Psicosis-psicopatía» y «A propósito de las exploraciones difíciles» en que se presentó un Rorschach administrado a un niño autista.

Dos visitantes extranjeros dieron la oportunidad de aprovechar su experiencia en sendos seminarios: Zunilda Gavilán, de Rosario, Argentina, trabajó el tema «Seguimiento con Rorschach en adolescentes» y Philip Erdberg de San Francisco, USA, en viaje de vacaciones por Europa y para conocer Barcelona, se dedicó a la clarificación de «Cómo derivar del Rorschach la terapia adecuada».

Y la última novedad: esta Sociedad está por inaugurarse en Internet a fin de facilitar la comunicación inter pares Rorschach y otras técnicas proyectivas; ya tiene su página en el ciberespacio: <http://www.geocities.com/HotSprings/7641>, y su buzón: <scrimp@geocities.com>.

Con respecto a otras sociedades, la inglesa se reunió en el mes de mayo y «sacando lo máximo de la fantasía» está intentando reorganizarse; y lo hará de nuevo en noviembre con un seminario sobre métodos de codificar el TRO con la participación de A. Lis y V. Campo.

Nuestros vecinos franceses, en sus dos reuniones anuales, dedicaron su atención a la «Actualidad de la neurosis» en Noviembre pasado y a discutir acerca del «Problema de las normas» en general y en la adolescencia, además de aspectos de la bulimia, en Mayo.

En el cono sur tuvo lugar el I Congreso de la Sociedade Brasileira de Rorschach y A.D.E.I.P. organizó el I Congreso Nacional de Psicodiagnóstico -y sus VIII Jornadas- en San Martín de Los Andes.

Como siempre, de las reuniones bi-anales de la Society for Personality Assessment, que reúnen mucha gente y muchos temas muy interesantes, sólo se puede comunicar esto mismo, ya que citar los trabajos ocuparía

demasiado espacio. Sí vale la pena señalar que después de San Diego, le tocará el turno a Boston en Febrero, 1998, un lugar geográficamente más accesible para quien se interese.

Y una última nota, de especial agradecimiento, a A. Manchón por su infatigable y generosa traducción de las «Cartas a los alumnos» que anualmente nos envía el «maestro» John Exner.

Revista de Libros

No han llegado noticias acerca de nuevos libros en el campo de los Métodos Projectivos.

Revista de Revistas

En el *British Journal of Projective Psychology* (41, 1, 1996) aparece un interesante estudio finlandés sobre el Rorschach y el suicidio (Mattlar y colaboradores), seguido por una versión en inglés del trabajo normativo realizado en Barcelona y su entorno en 1993, además de una contribución al estudio de una muestra de esquizofrénicos con el Z Test, codificado según el Sistema Comprensivo. En el siguiente volumen (41, 2, 1996) V. Campo y N. Dow publican «Estabilidad de las Variables TRO en la investigación del seguimiento y cambio terapéutico».

Psychologie Clinique et Projective, el nuevo nombre de la revista de la Sociedad Francesa (publicada hasta ahora por Dunod) presenta en sus volúmenes 2 (1996) y 3 (1997) dos temas: Procesos del Pensamiento y Psicósomática. El primero reúne una serie de títulos sugerentes como: «¿Puede una teoría psicoanalítica del pensamiento integrar los descubrimientos piagetianos?» de Elsa Schmid-Kitsikis, antigua colaboradora de Piaget e Inhelder, ahora psicoanalista; «Estructura de funcionamiento de un pensar sin 'yo': A propósito del pensar psicótico en las técnicas proyectivas», de Odile Husain -siempre docta-; «Proceso del pensamiento: Entre perversión y psicosis» de C. Merceron y F. Rossel; etc., para nombrar algunos.

Respecto del volumen sobre Psicósomática, C. Dejours argumenta «La elección del 'órgano' en psicósomática: ¿Una cuestión perimida?»; C. de Tichey y colaboradores estudian «Depresión post-natal e imago materna: Aproximación comparativa a través del test de Rorschach». A menudo, como es conocido, los trabajos franceses se centran más en lo cualitativo; contenidos, lenguaje y secuencia enfocados psicoanalíticamente, que en aspectos cuantitativos, pero este trabajo al comparar el «choque» a las Láminas VII y IX consideradas «maternas», la frecuencia de coloridos afectivos negativos de sí mismo y del objeto materno, como así también de las res-

puestas desvitalizadas y de la calidad de la simbolización de lo femenino y materno, encontraron diferencias significativas ($p = 0.01$) entre el grupo experimental y el grupo control. Como siempre la cuestión descansa sobre el problema, triple en este caso, de probar cuando -y cómo- hay «choque», que las Láminas VII y IX efectivamente son «maternas» -hay trabajos que lo ponen en duda- y de probar que las categorizaciones de estos autores son fiables. P. Roman firma «Trastornos somáticos y catástrofes de la simbolización». Fuera de tema E. Pelanda presenta un interesante trabajo acerca de «La evaluación de la inteligencia. Complejidad del diagnóstico en la adolescencia», en base al Rorschach, TAT y tests piagetianos, estos últimos analizados dinámicamente (siguiendo los trabajos de E. Schmid-Kitsikis).

Vuestra Editora ha recibido (y cedido a la biblioteca de la Sociedad Catalana) *Anais de l'Encontro de la Sociedade Brasileira de Rorschach e outros Métodos Proyetivos*. Sin entrar a detallar los muchos trabajos ahí publicados, sí puede señalarse que en Brasil continúa el interés en los tests: Pirámides Coloridas de Pfister, de Colores de Lüscher, el Test de Wartegg, el Zulliger, las Fábulas y el Rorschach, con varios trabajos vinculados a la clínica infantil y adulta. La mayoría de los trabajos sobre el Rorschach usan la escuela francesa de codificación.

Acta Psychiatrica Belgica (23-IX-1994) en un número especial publica trabajos del III Congreso de la ERA (Oslo) y C. Mormont edita las *Actas del IV Congreso* de la ERA (1995 en Lieja) con 19 trabajos, uno de los cuales por lo fuera de serie e interesante llamó la atención: «Algunas consideraciones acerca del uso del Rorschach en la psicoterapia conductual y cognitiva». En la reproducción de su Tabla 1 se puede observar claramente qué elementos del Rorschach fueron utilizados para la orientación de la terapia en el caso de un niño de 10 años con ansiedad social que sufría una miopatía congénita:

Confirmación del análisis de la conducta

Daj = -2	H = 1
CDI = 4	() contenidos = 4
Afr = .60	

Datos específicos recolectados

DEPI = 5	m = 2	
	Y = 2	
EGO = .25		
FD = 2	DQ+ = 2	(R = 16)
V = 2	W:M = 5:1	
MOR = 1		

En *Psicodiagnosticar* (Revista de ADEIP, VI, 6, 1996) los siguientes trabajos llamaron la atención, entre otros: «Psicodiagnóstico y psicoanálisis»

sis: Una relación compleja y paradójica» de Z. Gavilán; «Forma Textura intelectual ¿sólo distancia afectiva?» de A. Perez y M. Rubulotta.

Y, finalmente, el *Journal of Personality Assessment*, Vol 67, 3, 1996, incluye dos series especiales con 3 trabajos acerca de «La naturaleza de la tarea Rorschach y de la interpretación», dos de P. M. Lerner y uno de J. E. Exner. La otra serie trata de «La integración del Rorschach y el MMPI-2: ¿Sumando manzanas y naranjas?», con 6 trabajos de los cuales citaré algunas frases llamativas de uno solo, el de D. Viglione: «Datos y cuestiones a considerar al reconciliar auto-informe y Rorschach». El autor se pregunta: «Puede ser demasiado especulativo, pero ¿parte del desacuerdo entre el Rorschach y el MMPI emerge porque el Rorschach es prospectivo y el MMPI retrospectivo?» (p. 582). Y «...estos datos sugieren que la defensividad no es sinónima de protocolos más breves, menos complejos... En algunos casos esta aparente desviación (protocolos más largos y complejos) puede no reflejar una real patología». (p. 583).

Del volumen 68, 1, 1997, cabe anotar que en otra serie especial dedicada a «Instrumentos para la evaluación de la personalidad: Estado actual y direcciones futuras» aparecen trabajos sobre el Rorschach de I. B. Weiner y J. E. Exner, y otros sobre el MMPI-2 y el MMCI-III, etc. Asimismo resultó curioso un pequeño artículo sobre el DAP (Dibujo de una persona) en el que las autoras R. D. Merrit y C. J. Kok concluyen que «...para muchos sujetos hay escasa diferencia entre la instrucción de 'dibujar una persona' vs. 'dibujar un hombre' (debido al sesgo gente = masculino derivado del uso de términos lingüísticos genéricamente masculinos tales como 'el hombre'). No parece existir una justificación para concluir que la producción de una mujer de una figura masculina como primer dibujo en el DAP represente una identificación comprometida.» (p. 213).

El volumen 68, 2, 1997 no presenta mayor interés desde el punto de vista proyectivo salvo un trabajo de G. J. Meyer: «Sobre la integración de métodos de evaluación de la personalidad: El Rorschach y el MMPI».

Para terminar, el volumen 68, 3, 1997, contiene otra serie especial acerca de los «Avances en los métodos estadísticos para la investigación en evaluación de la personalidad» y otro trabajo de D. Viglione «Problemas en la investigación con Rorschach y qué hacer con ellos», cuyo resumen es el siguiente: «Este artículo identifica muchos problemas relacionados entre sí que interfieren con el progreso en la investigación con el Rorschach. Estos incluyen hipótesis vagas, comparaciones confundidas, fracaso en el control de variables extrañas, mal uso de la estadística e interpretaciones distorsionadas de los resultados. Se ofrecen dos soluciones cruciales para enfrentarse a muchos de estos problemas: conocer los datos y descartar hipótesis rivales. Las confusiones conceptuales subyacentes son enfocadas y ejemplos prototípicos de la literatura son discutidos con la esperanza de mejorar los fundamentos científicos del Rorschach.» (p. 590).

Extracto

Del *Boletín* de la SPA (Society for Personality Assessment), del apartado consagrado a la enseñanza: Confección de informes por estudiantes principiantes. «... Si los estudiantes pensaban que codificar el Rorschach era difícil, esperen hasta que intentan interpretar 'ideación, mediación, procesamiento'. ¡No es inusual ver integrados estos tres constructos de manera que esta parte del informe pareciera haber sido construido en un universo paralelo, no relacionado con el cliente al que está dedicado el resto del informe! El profesor puede discutir el mérito de sintetizar los hallazgos del CI con información derivada de las secciones del Rorschach sobre ideación, mediación y procesamiento en una sección titulada: 'Inteligencia y organización del pensamiento'. ¡Entonces el profesor puede tomar una jubilación anticipada!». (p. 2).

Pasaje Marimón, 7, pral., 2^a

08021 Barcelona

■ S · E · R · Y · M · P ■