

Capítulo 1
"El Rorschach en el siglo 2001"



El Rorschach en el siglo XXI

Autor: Sydney J. Blatt. Yale University. Plenario, Congreso Internacional de Rorschach y Métodos Proyectivos. Ámsterdam, 21 de julio de 1999.
Traducción: Valentina Kosak y Favla Fernández.

Hermann Rorschach desarrolló su monumental descubrimiento dentro de la evaluación de la personalidad durante la primera mitad del siglo XX, cuando la psicología como disciplina académica se ocupaba de los procesos de sensación y percepción, y de la predicción y control de la conducta manifiesta. La investigación psicológica enfocó primariamente los procesos perceptivos de la visión y la audición. Los procesos cognitivos y las operaciones mentales eran vistos como experiencias subjetivas ocurridas dentro de lo que se llamó en aquella época "caja negra"; a causa de que dichos procesos no podían ser observados se los consideró inadecuados para el estudio científico. La psicología se definió a sí misma como una ciencia de la conducta, y la investigación se focalizó en los procesos perceptivos y en el estudio del arco reflejo como unidad, prestando escasa atención al proceso que mediaba la relación entre el ingreso del estímulo y la respuesta conductual. Entonces, no resulta sorprendente que en 1921, cuando Hermann Rorschach descubrió el valor de las ambiguas manchas de tinta para la evaluación de la personalidad, haya pensado su procedimiento como un "test perceptivo", y que tratara de ligar la tendencia a utilizar distintos componentes del campo perceptivo - la forma, el color, el sombreado de las manchas de tinta - con ciertos tipos de respuesta conductual. En los años siguientes se ha acumulado un impresionante cuerpo de conocimientos que fundamenta muchos de los supuestos básicos de Rorschach acerca del vínculo entre ciertas inclinaciones perceptivas y un amplio rango de respuestas conductuales.

De todas maneras, la genialidad de la contribución de Rorschach no radica en su formulación del vínculo entre las tendencias perceptivas y la respuesta conductual, sino en el desarrollo de un procedimiento que confronta al individuo con estímulos ambiguos en circunstancias inciertas, que nos permite observar sistemáticamente la manera en que las personas organizan la realidad y construyen sentido en situaciones relativamente inestructuradas. En cuanto a esta cuestión, el procedimiento de Rorschach es altamente congruente con el énfasis contemporáneo en los procesos cognitivos, y posee por lo tanto un enorme potencial para el estudio de temas que se han convertido en el foco central de la ciencia psicológica de la última mitad del siglo XX.

En la segunda mitad de este siglo la psicología se ha convertido en algo más que en una ciencia de la conducta -se ha convertido en una ciencia de la mente- la investigación del modo en que la gente construye el significado y cómo los sistemas de significaciones se expresan en la conducta. Influidos por el altamente reconocido texto de 1953 de Charles Osgood, "Método y teoría en la psicología experimental", los psicólogos de alrededor de mitad de siglo comenzaron a considerar los procesos que podían ocurrir en el interior de la "caja negra", el "proceso de mediación" (Osgood, 1953), que establecía los vínculos entre el ingreso de los estímulos y la respuesta conductual. En el comienzo de los años sesenta advino en la psicología lo que se llamó la "revolución cognitiva" (Gardner,

1985), y muchas de las subáreas de la psicología contemporánea (ej: social, del desarrollo, clínica) comenzaron a interesarse en las estructuras cognitivas en tanto esquemas, sinopsis, programas, patrones, modelos internos de trabajo, y representaciones mentales- especialmente en el modo en que se establecen las estructuras cognitivas, cómo influyen sobre el desarrollo psicológico, y cómo se expresan en las relaciones interpersonales.

Dichas estructuras cognitivas se han convertido en constructos teóricos centrales no sólo en la ciencia cognitiva, en la psicología del desarrollo y psicología social, sino también en la teoría psicoanalítica y en la investigación. Las investigaciones en psicoanálisis y en desarrollo cognitivo indican que los niños construyen esquemas afectivo-cognitivos acerca de sí mismos y de los otros sobre las bases de las interacciones tempranas con los cuidadores de los primeros cuidados, y que estas representaciones se desarrollan a lo largo del ciclo vital. Estas representaciones poseen componentes cognitivos, afectivos y experienciales, conscientes e inconscientes, que derivan de las experiencias interpersonales significativas tempranas. Los esquemas afectivo-cognitivos reflejan también el nivel de desarrollo individual y aspectos de la vida psíquica como los impulsos, afectos, pulsiones y fantasías. Estos esquemas afectivo-cognitivos pueden involucrar representaciones verdícas de la realidad consensual, construcciones idiosincráticas y creativas o distorsiones primitivas y patológicas que sugieren psicopatología (Blatt, 1991, 1995). Ambas teorías, la psicoanalítica y la del desarrollo cognitivo de la mente intentan considerar el modo en que los individuos establecen, mantienen y revisan estos sistemas de significación (esquemas, planes, roles o representaciones). Las formulaciones y hallazgos de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales y de la psicología del desarrollo son consistentes con el énfasis reciente en la ciencia cognitiva, el procesamiento de la información, y el aprendizaje social, en el sentido de tomar a los esquemas como prototipos heurísticos que proveen la base para las interacciones sociales (Blatt, Auerbach, & Levy, 1997).

Los esquemas de sí mismo y de los otros son construidos durante los intercambios interpersonales que empiezan en las relaciones con las personas que suministran los primeros cuidados, y estos esquemas, habitualmente se despliegan como parte de un proceso natural de maduración, en respuesta a las demandas y perturbaciones ambientales. Cuando las demandas ambientales son apropiadas a la edad y no demasiado severas, las estructuras cognitivas existentes evolucionan para acomodarse a las perturbaciones experimentadas. Estas acomodaciones tienen como resultado la construcción de estructuras afectivo-cognitivas más maduras, que usualmente se despliegan en una secuencia de desarrollo bien definida, que va desde el potencial, afectivo y físico, a una capacidad simbólica y abstracta. Los esquemas se organizan progresivamente de una manera efectiva, mejor modelados, guiados subsecuentemente por las conductas interpersonales. Pero las perturbaciones severas o inapropiadas desde el punto de vista del desarrollo pueden desbordar las capacidades de acomodación del niño comprometiendo de ese modo el desarrollo de las capacidades de representación. Las perturbaciones específicas o el deterioro de la estructura y el contenido de los esquemas afectivo-cognitivos constituyen hechos centrales dentro de las diversas formas de psicopatología (Blatt, 1991, 1995).

Representaciones mentales en la Teoría del Apego y en la Teoría Psicoanalítica de las Relaciones Objetales.

El desarrollo cognitivo, la teoría psicoanalítica y la investigación demuestran que el desarrollo de los esquemas afectivos-cognitivo derivan de la concordancia relacional entre la persona que suministra los cuidados y los patrones de ligazón y desligazón del infante durante los primeros meses de vida (Ej: Beebe, 1986; Beebe & Lachman, 1988; Stern, 1985) y de patrones de apego y separación durante la primera mitad del segundo año. (Ej: Ainsworth, 1982; Bowlby, 1988). Las experiencias de un cuidado relativamente satisfactorio facilitan el desarrollo de un sentido diferenciado y cohesivo de sí mismo y de los otros que provee la base para el desarrollo de la capacidad para las relaciones interpersonales crecientemente maduras. La investigación acerca de los patrones de apego durante los dos primeros años de vida sugieren que el niño establece *modelos internalizados de trabajo* (IWMs; ver Bowlby, 1969, 1988; Main, Kaplan & Cassidy, 1985) y de relaciones de apego relativamente estables a lo largo del tiempo (Ainsworth, 1982; Bretherton, 1985) y esto influye sobre un amplio rango de conductas, incluso durante la adultez.

Los IWMs mencionados, han sido definidos como "un dispositivo de reglas concientes e inconscientes para la organización de la información, relevante para ... las experiencias relacionadas con el apego, los sentimientos y las ideaciones" (Main et al., 1985, p. 67). Funcionan como modeladores sorprendentemente poderosos que "se relacionan no solamente con los patrones individuales de la conducta no verbal, sino con patrones del lenguaje y de las estructuras mentales" (Main et al., 1985, p.67). Los modelos internos de trabajo formados tempranamente en la vida varían en su flexibilidad, adaptabilidad y madurez, pero resultan centrales para el desarrollo de un sentido de sí mismo y de los otros, e influyen permanentemente en la naturaleza y cualidad de los vínculos a través de todo el ciclo vital. Estos esquemas constituyen guías heurísticas que organizan las experiencias, modulan los afectos y proveen direccionalidad a la conducta subsecuente. Ellos se transforman en estructuras psicológicas permanentes o en los patrones que procesan, organizan la información y promueven la asimilación de experiencias nuevas a las estructuras mentales existentes. (Blatt & Lerner, 1983^a, 1983b). El desarrollo psicológico puede ser visto, por lo tanto, como un despliegue progresivo epigenético de nuevos esquemas cognitivos que evolucionan partir de estructuras cognitivas primitivas.

Los estudios empíricos acerca de las cualidades de los IWMs en niños, adolescentes y adultos son paralelos a las formulaciones de los teóricos de las relaciones objetales que consideran las representaciones afectivo-cognitivas de sí mismo y de los otros como pivotes de las estructuras psicológicas del desarrollo y la organización de la personalidad (Beres & Joseph, 1970; Blatt, 1974; Blum, 1961; Jacobson, 1964; Sandler & Rosenblatt, 1962). La comprensión de estas representaciones de sí mismo y de los otros en la teoría de las relaciones objetales se basa primariamente en las experiencias clínicas con adultos, mientras que la formulación de modelos internos de trabajo en la teoría del apego deriva predominantemente del estudio de niños y adultos normales. Una integración de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales y las teorías del apego, de todos modos, hace posible especificar la complejidad de los vínculos entre relaciones interpersonales, dimensiones afectivas, cognitivas y el desarrollo psicológico. Por ejemplo, la complejidad creciente de las representaciones permite una mejor regulación de los afectos, un nivel más elevado de integración, un aumento de la tolerancia de la ambivalencia hacia los otros (Gruen & Blatt, 1990; Diamond, Kaslow, Coonerty & Blatt, 1990; Levy, Blatt, & Shaver, 1998).

La teoría cognitiva del desarrollo (por ej. Piaget y Werner) y la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales (Ej: Fraiberg, A. Freud, Jacobson y Mahler) pueden utilizarse para identificar la mayoría de los puntos nodales en el desarrollo de las representaciones mentales. Dichos puntos nodales son los siguientes:

- a) la constancia de los límites, sobre los cuales es posible establecer y mantener un sentido de separación entre sí mismo y los otros, entre yo y no-yo;
- b) el reconocimiento constancia afectiva, sobre lo cual se asienta la capacidad de establecer y mantener un apego afectivo consistente hacia otra persona;
- c) la capacidad para la evocación o constancia objetal, sobre la que se apoya la capacidad para establecer y mantener una relación afectiva positiva con un otro significativo aún cuando no se lo encuentre en el campo perceptual inmediato o en situaciones de conflicto;
- d) la constancia del sí mismo, por lo cual se posee una representación de sí mismo consolidada, cohesiva y estable, diferenciada de los demás y con continuidad en el espacio y constancia en el tiempo, más allá del estado afectivo; y
- e) pensamiento operatorio, en el cual se posee la capacidad coordinar relaciones entre varias dimensiones y por lo tanto la capacidad de considerarse a uno mismo en el interior de una configuración interpersonal triádica. (Ej: dentro de la propia familia y por último en contextos sociales más amplios). Con el pensamiento operatorio, el sentimiento de sí y de los otros puede ahora extenderse al sentimiento de "nosotros" (Blatt, 1995).

Implicaciones para la psicopatología

Varias formas de psicopatología, desde la esquizofrenia hasta la neurosis, involucran diversos déficits en la estructura de las representaciones mentales, esto es en el desarrollo de esquemas cognitivo-afectivos de sí mismo y de los otros. Extensos hallazgos en la investigación y reportes clínicos demuestran que un amplio rango de síntomas, y muchos de los tratamientos cognitivos, perceptivos e interpersonales observados frecuentemente en la esquizofrenia pueden ser comprendidas como disrupciones en la capacidad de establecer y mantener los límites (Blatt & Ritzler, 1974; Blatt & Wild, 1976) y la inhabilidad para establecer y mantener la constancia emocional (o reconocimiento) en las relaciones interpersonales (Blatt, Schimek & Brenneis, 1980). La respuesta contaminada en el Rorschach es un ejemplo básico de las perturbaciones en los límites en la esquizofrenia. En la respuesta contaminada, dos conceptos o perceptos independientes son fusionados en un todo idiosincrático (Ej: la respuesta de "un conejo mano" porque se parece a un conejo y se parece a una mano, en el detalle central inferior de la lámina X).

En contraste, muchos de los síntomas y déficits en la psicopatología borderline, pueden ser entendidos como perturbaciones en la capacidad de establecer y mantener la constancia del sí mismo y del objeto (evocar o recordar) (Ej: Adler & Buie, 1979; Auerbach & Blatt, 1996; Blatt y Auerbach, 1988). La respuesta confabulada, la más típica forma de desorden del pensamiento que se presenta en el Rorschach en los casos de desórdenes de la personalidad borderline (Blatt & Shichman,

1983; Lerner, Sugarman & Barbour, 1985; Wilson, 1985), es un ejemplo básico del impacto de las perturbaciones en la constancia evocativa sobre el funcionamiento psicológico de los pacientes borderline. En la respuesta fabulada, las asociaciones idiosincráticas y las intensas reacciones afectivas sobrecargan el pensamiento realista y la percepción, de tal modo que las percepciones inicialmente precisas y realistas resultan inapropiadamente infundidas de una excesiva elaboración afectiva (Ej: "alguien inclinado y gritando en agonía, duele sólo con mirarlo o "una mujer siendo descuartizada por osos, la están desgarrando en partes"). El pensamiento exagerado y fluido expresado en las respuestas confabuladas de los pacientes borderline reflejan el intento de dichos pacientes por compensar el déficit en la constancia evocativa (Ander & Buie, 1979; Blatt & Shichman, 1983). Las imágenes vívidas y exageradas y los conceptos simbólicamente polarizados (Ej: intensa idealización o denigración grosera) son algunos de los modos en que estos pacientes exageran las cosas haciéndolas dramáticas y vívidas, intentando mantener un sentido de estabilidad de los otros, y un sentido de sí mismo cohesivo aunque frecuentemente negativo. A pesar de la ideación dolorosa y el afecto a menudo reflejado en estas respuestas confabulatorias, estas imágenes proveen al menos algún grado de estabilidad y una tentativa de sentido de continuidad y constancia dentro de un mundo psíquico inestable. La investigación empírica de los desórdenes del pensamiento en pacientes seriamente perturbados (Ej: Lerner et al., 1985; Wilson, 1985) apoyan las formulaciones de que las respuestas contaminadas que señalan disturbios en los límites ocurren básicamente en pacientes esquizofrénicos, mientras que las respuestas confabuladas señalan dificultades en la constancia evocativa que ocurre básicamente en pacientes borderline.

Formas psicopatológicas menos serias (Ej: depresión, neurosis, etc..) ocurren en personas cuyas capacidades para establecer límites diferenciados, la capacidad de evocación, la constancia de la imagen de sí mismo están en gran medida intactas, pero sus dificultades comprometen disrupciones particulares en la integración de los esquemas de sí mismo y de los otros, y en el establecimiento de un sentido de "nosotros". Debido a las marcadas dificultades interpersonales, algunos de estos pacientes menos perturbados empiezan a preocuparse en el intento de estabilizar un sentimiento de sí mismo, mientras otros se preocupan en tratar de estabilizar su sentido de los otros. Algunos focalizan el logro de un grado de constancia del sí mismo y otros en el de algún grado de constancia del objeto. Dos formas principales de depresión (Ej: dependiente y autocrítica) y dos tipos primarios de desórdenes de la personalidad (Ej: histérico y obsesivo compulsivo) pueden diferenciarse dependiendo de si la preocupación del individuo está básicamente focalizado en relación a la definición del sí mismo ((Ej: cuestiones de poder, control y autoestima) o sobre cuestiones relativas a la disponibilidad y validez de los otros como sostenes emocionales (Blatt, 1991, 1995; Blatt & Shichman, 1983). Para ello, varios estudios acerca de las representaciones mentales en muestras clínicas han provisto de nuevos modos de entender un amplio rango de la psicopatología, incluyendo la esquizofrenia (Auerbach & Blatt, 1996, 1997; Blatt, Schimek, & Brenneis, 1980; Blatt & Wild, 1976; Blatt et al., 1975), patología borderline, (Auerbach & Blatt, 1996; Blatt, 1990; Blatt&Auerbach, 1988; Diamond et. Al, 1990; Gruen&Blatt,1990; Nigg, Lohr, Westen, Gold& Silk, 1992; Lohr, Westen, Gold& Kerber, 1990), depresión, (Blatt, 1974; Blatt& Omán, 1992; Blatt&Maroudas, 1992; Cicchetti&Aber, 1986; Omán,

1991; Zuroff & Fitzpatrick, 1991), y los dos principales desórdenes de la personalidad (Blatt, 1991, 1995; Blatt & Schichman, 1983).

Evaluación de las representaciones mentales

El énfasis contemporáneo en el proceso cognitivo y las representaciones mentales no ha transformado solamente el entendimiento corriente de la psicopatología, sino que ha llevado también a nuevos modos de pensamiento acerca de la evaluación de la personalidad (Blatt, 1990; Leichtman, 1996a, 1996b) y al desarrollo de varios abordajes novedosos para abordar la evaluación de técnicas proyectivas como el Rorschach y el Test de Apercepción Temática (T.A.T.). Muchos desarrollos actuales en la evaluación de la personalidad derivan de la consideración de las técnicas proyectivas como procedimientos a través de los cuales es posible observar los procesos de construcción cognitiva. Mis colegas y yo, por ejemplo, desarrollamos procedimientos para evaluar aspectos de las representaciones mentales a través de la evaluación del contenido y la estructura de descripciones espontáneas de sí mismo y de otros significativos (Blatt; Wein, Chevron & Quinlan, 1979; Blatt, Chevron, Quinlan, Schaffer & Wein, 1988; Diamond, Blatt, Stayner & Kaslow, 1991). La utilización de conceptos extraídos del desarrollo cognitivo y de las teorías psicoanalíticas, desarrollamos un método de evaluación del grado de diferenciación y vincularidad (Diamond, Blatt & Kaslow, 1991) en descripciones espontáneas de sí mismo y de los otros.

Nivel/Punto de la escala	Descripción
1. Compromiso del límite sí mismo-otro	Falta del sentimiento básico de cohesión física o falta integración de las representaciones.
2. Confusión	Sí mismo-otro presentados como físicamente intactos y separados pero los sentimientos y pensamientos son amorfos, indiferenciados o confusos.. La descripción puede consistir en una cualidad simple e impresionista o en un flujo de detalles con sentido de confusión y vaguedad.
3. Espejularidad	Características de sí mismo-otro con la apariencia de cualidades físicas, forma y tamaño virtualmente idénticas.
4. Idealización o denigración	Intento de consolidación de las representaciones basado en la idealización o denigración no modulada. Descripciones extremas exageradas, unilaterales.
5. Tenue consolidación de las representaciones de sí mismo-otro en imágenes semi-diferenciadas a través de splittin (polarización) y/o el énfasis	Oscilación marcada entre imágenes dramáticamente opuestas o énfasis en rasgos externos.

en propiedades concretas y parciales.

6. Emergencia de constancia (cohesión) ambivalente del sí mismo-otro y emergencia de un sentido de vincularidad.

7. Consolidación de constancia (estable) de sí mismo-otro en vínculo unilateral.

8. Sí mismo -otro cohesivo, individualizado empáticamente vinculado

9. Sí mismo-otro recíprocamente vinculado e integrado

10. Construcciones creativamente integradas de sí mismo-otro y vínculos empáticos recíprocamente concordantes.

Emergencia de la constancia y de un sentido emergente de vincularidad.

Pensamientos, sentimientos, necesidades y fantasías diferenciados y modulados. Creciente tolerancia a la integración de aspectos contradictorios. Distinción entre cualidades y características. Comprensión empática de los otros.

Sentido definido de interés en las relaciones interpersonales, capacidad de entender la perspectiva del otro.

Sentido cohesivo de sí mismo y de los otros en relaciones recíprocas que transforman tanto al sí mismo como al otro de un modo continuo, y complejo.

Relaciones recíprocas integradas con apreciación de la propia contribución en la construcción del sentido y complejidad de las relaciones interpersonales.

Escala de Diferenciación-Vincularidad Esquematizando a partir de formulaciones teóricas y observaciones clínicas acerca del temprano proceso de articulación de los límites (Blatt & Wild, 1976; Blatt, Wild & Ritzier, 1975; Jacobson, 1964; Kernberg, 1975, 1976), el proceso de separación- individuación (Coonerty, 1986; Mahler, Pine & Bergman, 1975), el de la formación del sentimiento (sentido de sí mismo (Stern, 1985) y el desarrollo de niveles crecientes de maduración de la relación interpersonal (Blatt & Blass, 1990, 1996) nuestro grupo de investigación desarrolló la Escala de Diferenciación-Vincularidad, una escala de 10 puntos en la cual se obtiene una puntuación dentro de los siguientes rangos: falta de diferenciación básica entre sí mismo y el otro (niveles 1 y 2); utilización de imágenes especulares (nivel 3); idealización o denigración de sí mismo y del otro (nivel 4); oscilación entre atributos positivos y negativos polarizados (nivel 5) como maniobras para consolidar y estabilizar las representaciones; representación emergente diferenciada, constante e integrada de sí mismo y del otro, con tolerancia incrementada para la ambigüedad (niveles 6 y 7); representaciones de sí mismo y de los otros relacionadas empáticamente (nivel 8); representaciones de sí mismo y de los otros en interacciones recíprocas y mutuamente facilitadoras (nivel 9); y representaciones reflexivamente construidas, integradas de sí mismo y de los otros dentro de relaciones recíprocas y mutuas (nivel 10). En general, los puntajes más elevados de diferenciación-vincularidad en la descripción de sí

mismo y de los otros se basan en la articulación y estabilización crecientes de los esquemas afectivo-cognitivos y en una apreciación incrementada de las relaciones mutuas y empáticamente concordantes.

En cuanto a la dimensión de la diferenciación, la escala refleja en los niveles inferiores, el compromiso de los límites en relación al cuidado básico del cuerpo, emociones y pensamientos.

Esta escala resumida en el cuadro anterior se basa en el supuesto de que el desarrollo psicológico transcurre a lo largo de dos ejes fundamentales: a) la emergencia de un sentido y definición de sí mismo integrado y consolidado; b) la formación de vínculos mutuos empáticamente concordantes con los otros significativos. Las dimensiones de diferenciación y vinculación son interactivas y se despliegan a través del desarrollo.

La interacción dialéctica entre estas dos dimensiones del desarrollo, la dimensión del sí mismo y la de la vinculación, facilitan la emergencia y consolidación de niveles crecientemente maduros tanto de la organización de sí mismo como de las vinculaciones empáticas intersubjetivamente concordantes. Esta escala supone que con el desarrollo psicológico las representaciones de sí mismo y del otro se vuelven crecientemente más diferenciadas e integradas, y comienzan a reflejar también una apreciación creciente de la mutua vinculación.

Subsecuentemente, los niveles de la escala reflejan una perspectiva unilateral y no modulada de sí mismo y de los otros como sus extensiones, o como propias imágenes especulares (Ej: imágenes en las cuales aspectos de sí y de los otros resultan idénticas).

En un nivel intermedio, las representaciones se organizan alrededor de una idealización unilateral o la denigración de sí mismo o de los otros (Ej: alrededor de un sentimiento exagerado de bondad o maldad de la figura descrita). En el nivel siguiente, estos aspectos exagerados de sí y de los otros aparecen alternan en una yuxtaposición extremos (todo bueno y todo malo) polarizados. Los últimos niveles de la escala reflejan tanto el incremento de la capacidad de integrar aspectos dispares de sí y de los otros como el incrementode la tolerancia a la ambivalencia y la ambigüedad (Kernberg, 1977).

La escala también refleja una tendencia hacia relaciones interpersonales complejas, empática y mutuamente consonantes. En los niveles más bajos, el sentido de vincularidad puede incluir el sentimiento de ser controlado por otros (Ej: tratar de resistir el ataque de otro que es experimentado como malo y destructivo). En los grados crecientemente superiores, la vincularidad puede expresarse primariamente en interacciones paralelas, en expresiones de cooperación y reciprocidad, en la comprensión de la perspectiva del otro o en expresiones de reciprocidad empáticamente concordantes (Blatt & Blass, 1990, 1996). En los niveles más elevados, las descripciones reflejan un sentido acerca de la propia contribución en la complejidad de las matrices relacionales que determinan las propias percepciones, atribuciones, y la construcción de sentido.

Estos 10 niveles de diferenciación-vincularidad fueron establecidas sobre la base de hallazgos clínicos y del desarrollo, y reflejan lo que se consideran distinciones clínicamente significativas dentro de la transición que va de las relaciones objetales groseramente patológicas hasta las saludables o intactas.

Los rangos más elevados de diferenciación-vincularidad reflejan un mayor grado de salud psicológica. Teóricamente, la diferenciación-vincularidad dentro los niveles 8, 9 y 10, son indicativos de salud mental, y los niveles de diferenciación-

vincularidad en el nivel 7 (consolidación de la constancia objetal) es considerada como un prerrequisito para el funcionamiento psicológico e interpersonal normal. La confiabilidad entre evaluadores y de retest en el procedimiento de puntuación se halla en niveles aceptables (Stayner, 1994), y los hallazgos de la investigación fundamentan la validez de esta escala como medida del funcionamiento psicológico (Ej: Blatt, Auerbach & Aryan, 1998; Blatt, Stayner, Auerbach & Behrends, 1996; Diamond et al, 1990; Diamond et ai 1991).

Cambios en las Representaciones Mentales en el proceso terapéutico

Mis colegas y yo (Blatt et al., 1996; Blatt et al., 1998; Blatt et al., 1991; Diamond et al., 1990; Gruen & Blatt, 1990) utilizamos la escala de diferenciación-vincularidad para evaluar los cambios en las descripciones de sí y de los otros significativos en adolescentes seriamente perturbados, resistentes al tratamiento y en jóvenes adultos internados al comienzo de un tratamiento psicodinámico intensivo, de larga duración, comprensivo (más de un año).

Los cambios en las descripciones de sí y de las figuras significativas Ej: madre, padre, terapeuta) obtenidas en la admisión y alta fue correlacionada con las estimaciones de cambio en el nivel de funcionamiento psicológico, evaluado independientemente a través de informes clínicos de rutina preparados simultáneamente por un equipo terapéutico interdisciplinario que incluía al terapeuta individual. Los registros de los casos utilizados para derivar las puntuaciones fueron extensivos, orientados hacia una evaluación rutinaria de la conducta preparada para la admisión y a intervalos de seis meses, incluyendo la terminación de varios miembros del equipo de terapeutas. El nivel de funcionamiento de cada paciente, al momento de la admisión y al del alta fue evaluado a través del registro de caso con la Escala de Evaluación Global (GASS; Endicott et el. , 1976), una escala que abarca un rango de 100 puntos para la puntuación de psicopatología severa. Esta evaluación independiente del funcionamiento, clínica, en la admisión y el alta estuvo a cargo de un psicólogo clínico experimentado, habiendo logrado un alto nivel de confiabilidad entre evaluadores en el procedimiento de asignación de puntajes (correlación intracase = 0.87) en una muestra de pacientes externos con perturbaciones crónicas. Las descripciones de sí mismo y de las figuras significativas fueron clasificadas a ciegas por otros evaluadores tanto en relación a la identidad de los pacientes como con respecto al momento del tratamiento del cual se extrajo el material relevante para la muestra.

Damos por supuesto en esta investigación acerca de las modificaciones en las representaciones mentales en el proceso de tratamiento, que si varias formas de psicopatología involucran distorsiones de las representaciones de sí y del objeto, y si un apego satisfactorio durante la infancia, en el desarrollo normal, da por resultado la formación de esquemas interpersonales crecientemente maduros, entonces, las interacciones constructivas entre paciente y terapeuta deberían facilitar la revisión de representaciones deficitarias o distorsionadas de sí y del objeto y conducir al desarrollo de esquemas de sí y de objeto más integradas y maduras. (Behrends & Blatt, 1985; Blatt & Behrends, 1987; Blatt et al., 1975; Blatt, Wiseman, Prince-Gibson, & Blatt, 1991). Nuestro supuesto básico afirma que la relación terapéutica crea un proceso a través del cual el déficit o la distorsión de los esquemas de sí y de objeto son reelaborados y transformados en representaciones cognitivo-afectivas más adaptativas. Por lo tanto, hacia el final

del tratamiento las representaciones de sí y del otro deberían ser más diferenciadas e integradas, con indicaciones de una mayor capacidad para los vínculos interpersonales.

Los cambios en las representaciones mentales (Ej: diferenciación-vincularidad) de sí y de los otros significativos fueron correlacionados con la evaluación independiente de los cambios clínicos en el nivel de funcionamiento (Ej: puntajes del GAS), estableciendo controles de los niveles iniciales en ambos conjuntos de variables (tiempo 1, tiempo 2). Como se indica en la Tabla 4, se encontraron relaciones altamente significativas entre el grado de mejoría clínica después de al menos un año de tratamiento y un incremento de la diferenciación-vincularidad en las descripciones de sí y de los otros significativos. Las evaluaciones independientes del grado de mejoría clínica a través de los puntajes de GAS se correlacionaron en un grado altamente significativo ($p < 0.001$) con el incremento de la diferenciación-vincularidad en las descripciones de la madre, el terapeuta, sí mismo, y en un menor grado ($p < 0.05$) con descripciones acerca del padre (Blatt et al., 1996). Entonces, el progreso terapéutico se asociaba con el incremento de la diferenciación en las representaciones de figuras significativas, especialmente la madre y el terapeuta, y con la capacidad creciente de representación de relaciones interpersonales mutuas. Estas modificaciones en las dimensiones estructurales de las representaciones fueron independientes de las modificaciones en la longitud de la descripción. Generalmente, los pacientes seriamente perturbados y resistentes al tratamiento, en nuestra muestra, han mostrado mejores representaciones de sí mismo y de los otros en el inicio del tratamiento que fueron, en el mejor de los casos, dominadas por la polarización, usualmente representaciones intensamente negativas y denigradas de sí mismo y de los otros (Nivel 4). Al momento del alta, estos pacientes, que se juzgaron independientemente como portadores de un cambio terapéutico mayor, habían adquirido la consolidación de la constancia objetal (diferenciación-vincularidad, nivel 7), mientras pacientes con menos mejoría sólo han alcanzado la emergencia de la constancia objetal (nivel 6)- que es una habilidad emergente para tolerar y comenzar a integrar aspectos contradictorios de las figuras significativas de sus vidas. Tomados en conjunto, estos resultados (Blatt et al., 1996; Blatt et al., 1998) indican que la psicoterapia de largo plazo, psicoanalíticamente orientada, en pacientes internados, resulta en una mejoría sustancial de la diferenciación-vincularidad en las representaciones de sí mismo y de los otros en pacientes seriamente perturbados y resistentes al tratamiento.

Específicamente, las representaciones de los pacientes acerca de sí y de los otros significativos se transformaron, de un nivel de polarización y disociación (Ej: descripciones sobrevaloradas, unilaterales, idealizadas o denigradas) a niveles de constancia objetal (Ej: descripciones que involucran una integración de aspectos contradictorios y dispares). Es necesario dirigir las futuras investigaciones hacia la comprensión del proceso a través del cual la terapia lleva a la modificación de los esquemas cognitivo-afectivos (ver Blatt & Behrends, 1987). Dicha investigación necesitaría también esclarecer el proceso a través del cual las mencionadas modificaciones de las representaciones de sí y de los otros se relacionan con cambios en un amplio rango de procesos cognitivos y hasta en la cualidad de las experiencias interpersonales, tanto en el contexto clínico (Ej: la relación terapéutica) como en las experiencias interpersonales en general.

Recientemente mis colegas (Diana Diamond y Sheila Coonerty) y yo hemos aplicado este modelo conceptual de niveles de diferenciación-vincularidad en las representaciones mentales de las respuestas al Rorschach. Esta escala para la evaluación de respuestas al Rorschach es un paralelo de la escala para evaluar aspectos de las descripciones de sí mismo y de los otros significativos. Los dos niveles inferiores se utilizan para identificar las respuestas al Rorschach que indican perturbaciones en los límites, tanto una aprehensión global de indiferenciación y aniquilación (nivel 1) o un temor más diferenciado de destrucción (nivel 2). El nivel 3 es utilizado para las respuestas al Rorschach que indican la emergencia parcial de la individuación, tal como se expresa en las imágenes de perfiles, espejos o pares; los niveles 4 y 5, corresponden a respuestas que indican un intento de establecer un sentido diferenciado de sí y de los otros a través del uso de conceptos extremos o polarizados; los niveles 6 y 7 son utilizados para respuestas que contienen la indicación de la emergencia de un sentido de constancia en las representaciones de sí mismo y de los otros; y los niveles 8 y 9 indican respuestas en las cuales los individuos están representados de manera integrada e individualizados en relaciones interpersonales recíprocas o compartidas. El nivel 10 se reserva a las respuestas que indican que el individuo tiene cierto reconocimiento de su propia contribución en la construcción de relaciones interpersonales complejas y significativas.

CASO DE ILUSTRACION

Para ilustrar el valor de este enfoque al Rorschach, permítanme presentar los datos de un caso clínico.

Paciente A, una mujer blanca, soltera, de 13 años al momento de la admisión, siendo su tercera hospitalización psiquiátrica. Los padres de A se separaron y divorciaron cuando A tenía tres años y medio. Ellos tenían serios problemas matrimoniales que empezaron tempranamente, después del nacimiento del hermano de A, cuando A tenía dos años. Al padre de A se lo presentó como alcohólico, y su hermano sufrió lo que fue descrito como una "ruptura nerviosa". El tío materno de A fue hospitalizado varias veces por disturbios emocionales inespecíficos.

A nació de un parto normal, con un nivel de desarrollo dentro de los límites de tiempo normales. Sus presentes dificultades surgieron de un fundamento de amargura crónica entre el divorcio de sus padres y las dificultades interpersonales de la personalidad de A, de larga duración. Al momento de la separación y divorcio de sus padres, cuando A tenía tres años y medio, ella empezó a tener dificultades alimenticias. También tenía berrinches temperamentales frecuentes y dificultades para separarse de su madre, problema que persistió hasta sus cinco años. Cuando tenía 4 o 5 años, fue sometida a una evaluación psiquiátrica por estas dificultades. Acerca de los 8 años empezó a creer que su cuerpo estaba poseído por el demonio y a tener alucinaciones de la voz y la cara del diablo. Alrededor de los 10 años tenía discusiones frecuentes con su madre y hermano y se negaba a ir a la escuela. Su rendimiento en la escuela se deterioró, la relación con su madre se volvió crecientemente hostil, turbulenta y violenta y empezó a experimentar con cannabis (cáñamo de la India) y alcohol. Ella eventualmente incursionó en el diazepam (valium), methaqualone (quaalude) y heroína intravenosa.

Aunque tuvo mínimos contactos con su padre durante los nueve años posteriores a la separación y el divorcio, se mudó al hogar de su padre a los 12 años, porque su madre no podía gobernarla más.

La primera hospitalización de A fue a los 12 años, después de un intento de suicido por sobredosis de diazepam. Fue dada de alta después de unos pocos días y el deterioro continuó durante el año siguiente. Su abuso a las drogas empeoró, como también sus alucinaciones visuales y auditivas. Se mantuvo crónicamente depresiva, ansiosa, suicida, lábil afectivamente con períodos ocasionales cortos de júbilo y euforia, pero se negaba a hacer psicoterapia como paciente externo. Fue hospitalizada durante un tiempo corto, una vez más antes de ser admitida a nuestro pequeño y privado dispositivo de tratamiento de largo plazo. Al momento de su tercera internación psiquiátrica, fue diagnosticada como sufriendo una severa depresión psicótica, con tendencias paranoides marcadas, en una personalidad borderline, con rasgos mixtos, histriónicos y compulsivos.

En una evaluación clínica de la admisión, A fue descrita como depresiva, tanto en su presentación como en su conducta. Introversa, con dieta e higiene pobre, y con frecuencia distraída por estímulos internos, usualmente no podía sostener una conversación y se mostraba insegura acerca de lo que sucedía alrededor suyo. Su grupo de tratamiento la describió como actuando su depresión, más que comunicarla verbalmente y reportó que era obsesiva, preocupada y rumiante, con un nivel psicótico de ambivalencia. Su mejor defensa contra la depresión era la intelectualización y el aislamiento del afecto.

Durante el curso de la hospitalización de A, su puntuación de GAS se elevó de 22 (incapaz para funcionar en casi todas las áreas) en el momento de la admisión, a 43 (síntomas serios y dificultades) al momento del alta. Revisiones periódicas del tratamiento de A después de 19 meses de hospitalización reportaron que su autoestima mejoró notablemente, se tornó menos vulnerable a la descompensación psicótica y fue más capaz de usar relaciones con los otros para elaborar su crisis. Ella también pudo darse cuenta que su vinculación con las drogas fue un sustituto de la provisión de soportes afectivos que sentía que no podía obtener de otra manera. Aunque todavía se la consideró vulnerable a una regresión psicótica, fue externalizada del hospital hacia un pensionado, por la inhabilidad de sus padres para continuar con el esfuerzo que significaba un tratamiento intensivo. Consideremos ahora la descripción del sí mismo de A y de los otros significativos en las respuestas al Rorschach de la admisión como del alta.

Paciente A: Sí mismo y representaciones objetales

ADMISION

Madre (D-R = 4) Preocupada, agresiva, infeliz, solitaria. Pregunta: (algo más) No.

Padre (D-R = 4) Saliente, generoso, considerado, entendido. Eso es.

Sí misma (D-R=5) Depende de cómo se siente. Algunas veces saliente, pero otras veces aislada, introversa. Pregunta: (qué más). No me quiero

describir a mí misma. (Porqué?) Porque me perturbo cuando lo hago. (Puedes decirme qué te perturba?) Yo no soy ni engreída ni modesta para responder algo así.

Terapeúta (D-R = 6) Dulce, contenedora, confiada, cuidadosa

UN AÑO Y MEDIO, ALTA

- Madre (D-R =6) Ella es dulce, cuidadosa, obstinada. Ella intenta hacer las cosas con ganas, trabaja duro. Algunas veces autoritaria. Ella mide Aproximadamente 5'5", pesa 120 pounds, pelo enrulado, No muy robusta en la parte superior, más bien de pecho plano. Pregunta (autoritaria?) algunas veces ella es demasiado para mí. A ella no le gusta darse por vencida.
- Padre (D-R = 7) Divertido, cuidadoso, bien criado, generoso conmigo. Trata de Ser entendido. No puede guardar un secreto muy bien. Acerca de 5' 9", 185 libras. Un poco....rechoncho. Pelado. Una persona de buen entendimiento. Felizmente casado en el presente. Pregunta (felizmente casado en el presente?) Realmente feliz casado. Tiene una gran sonrisa. Eso es todo.
- Sí misma (D-R = 7) Solitaria, insegura. Escondida detrás de una fachada. Tiene sentido común. Opiniones anormales. Una de mis opiniones anormales es que la gente que quiere matarse a sí misma, debería permitírsele matarse a ellos mismos, y no me estuve refiriendo a mí misma tampoco. Madura, puede ser madura, no ha actuado realmente de esa manera durante su testificación. Salida de un ambiente chillado. Debería tener más confianza.
- Terapeuta (D-R= 8) Estoy tratando de pensar una palabra. Discreta en el abordaje de Los temas. No era la palabra que estaba pensando, no Terminante, puede decir cosas de mejor manera. Ella puede Poner las cosas de una mejor manera de lo que suenan, Demasiado intimidatorias o crueles. Es una persona agradable, Tiene altos estándares.

En la admisión describió a su madre en términos negativos y disfóricos. Por el otro lado ella caracterizó a su padre como teniendo cualidades positivas. A causa de estos rasgos, acompañados de su tono emocional, se estima que al menos en un nivel manifiesto A consideró su relación con su padre como considerablemente más proveedora que aquella con su madre. Aunque las representaciones de su madre y padre fueron escindidas, en totalmente buenas y totalmente malas, esta polarización también indicó una organización y diferenciación básica en sus procesos de pensamiento.

La descripción del sí mismo de a en la admisión, aunque básicamente de tono negativo contenía polaridades perplejas, lo que sugirió un comienzo de

reconocimiento de aspectos contradictorios de ella misma y una comprensión de que el concepto de sí era altamente dependiente de su estado afectivo.

Aunque su sensibilidad a sentimientos de estar expuesta, de vergüenza y grandiosidad sugerían un trastorno narcisista, así como también la consistencia con su self crítico y orientación paranoide, su reconocimiento de algunos de sus antecedentes en su autovariabilidad, sugirieron que era capaz de desarrollar diferenciaciones más sutiles.

En contraste con su descripción polarizada de sus padres, su descripción de sí misma involucraba un más alto nivel de diferenciación. Tanto las imágenes positivas como las negativas estuvieron presentes, como su reconocimiento de que ella necesitaba integrar ambas cualidades para entenderse a ella misma. Su capacidad para la introspección, así como su buena voluntad para involucrarse en la descripción de sí misma, a pesar de sus reservas para la tarea, sugirieron un potencial para volverse constructivamente comprometida en la psicoterapia.

Pero generalmente su descripción del sí mismo inicial fue fragmentada y desintegrada. Estuvo organizada alrededor de polaridades rudimentarias de atributos que fueron directa o indirectamente indicados en la descripción de sus padres.

En la admisión A caracterizó a su terapeuta como a su padre, en términos positivos e idealizados, que enfatizaba el potencial para las vinculaciones interpersonales.

Las notas de la revisión del tratamiento preparadas por su terapeuta después de tres meses de hospitalización, describieron a A como muy necesitada y con una esperanza desesperada, que su terapeuta femenina se convirtió en su deseada madre idealizada, quien podría cuidarla y nutrirla. A reaccionó a la reprogramación de las horas de terapia y a la ausencia de la terapeuta durante las vacaciones con sentimiento de rechazo y angustia. Ella se volvió psicótica al tiempo, en respuesta a la percepción de estas pérdidas.

En el alta, cambios significativos, reflejos de considerable mejoría clínica, se advirtieron en las descripciones obtenidas al momento del egreso de A del hospital. El foco de la descripción de la madre de A varió desde aspectos disfóricos a aspectos relativamente no conflictuales de su relación. Describió a su madre en términos físicos, y aunque ella también vio a su madre como emocionalmente insatisfactoria y limitada provisión afectiva, A usó por primera vez términos más modulados y mezclados, positivos y negativos, que trazaron un perfil de su madre como capaz de proveerle algo a ella. A los 18 meses, A fue comenzando a integrar más hechos físicos de su madre, así como un entendimiento más balanceado, calificado y diferenciado de la personalidad de su madre.

Un similar cambio constructivo ocurrió en la descripción más integrada de A sobre su padre. Ella ahora lo describió en términos positivos, pero no idealizados que también convergieron en un sentimiento incrementado de vinculación. Como con su madre, estas descripciones fueron moderadas por calificativos y así parecían polarizadas y absolutas. Ella reconoció que su padre tenía tanto limitaciones como capacidades. Esta descripción del padre como la de su madre, fue también hecha más objetiva y realística por la introducción de sus características físicas, aunque sus términos (por ejemplo gordinflón) sugirieron sus propias necesidades. El uso de la palabra "cuidadoso", para describir tanto a su madre como a su padre en este momento, indicaba un mayor sentimiento de vinculación con ambos padres.

Los temas depresivos continuaron en la descripción de A al egreso, pero fueron menos persistentes e intensos. Su preocupación por el suicidio también indicó su disforia persistente, aunque ahora ella pudo modular esta preocupación, a través de la intelectualización.

El cambio primario al momento del egreso, sin embargo, fue su incrementada capacidad para su propia reflexión. A finalmente comenzó a pensar a cerca de ella en un modo operacional formal.

En contraste a su negación para describir a su terapeuta hace un año, A ahora la describió en términos positivos. Ella enfatizó la calidad de la relación con su terapeuta, específicamente los sentimientos de compartir, pensamientos, y las experiencias compartidas que pueden enriquecer las experiencias personales. Es notable que la descripción de A de su terapeuta al egreso, enfatizó la capacidad en la terapeuta que A también valoró claramente en sí misma, una habilidad para seleccionar una palabra o frase adecuada, para continuar efectivamente sus pensamientos y sentimientos, y especialmente para moderar los sentimientos y deseos destructivos.

Similarmente el reconocimiento de A de los altos estándares morales de su terapeuta, fueron paralelos con su propia formación de pensamiento operacional formal, expresados en sus creencias éticas, especialmente acerca del suicidio.

Las notas de la revisión del tratamiento al egreso indicaron que, desde el final del primer año del tratamiento hasta el egreso siete meses después, A se volvió crecientemente capaz no sólo de reconocer los sentimientos hostiles que ella tenía hacia su terapeuta derivados de un largo sentimiento de deprivación y rechazo experimentados en relación a su madre sino también que ella pudo verbalizar estos sentimientos de deprivación y odio.

Reconociendo que su visión de su terapeuta ha sido distorsionada durante gran parte del tratamiento, A ahora pudo expresar fuertes sentimientos positivos para su terapeuta en el alta. La representación del sí de A y de los otros significativos al egreso reflejaron así un claro sentimiento de diferenciación e integración así como una capacidad incrementada para su reflexión sobre sí su vinculación interpersonal. Aunque su expresión del afecto se volvió cada vez más moderada, balanceada y calificada, ella permaneció disfórica.

El incremento de la expresión de depresión de A pareció ser paralelo a múltiples indicaciones independientes de mejorías. El incremento en su verbalización de depresión, en su propia descripción, aún cuando su afecto fue defendido por intelectualización, coincidió con informes acerca de revisiones del tratamiento, en las cuales ella mostró mejor cuidado de sí misma, algunas veces asistió a la escuela, estuvo más vinculada con otros y apareció menos psicótica.

El paralelo entre el incremento de disforia y la mejor organización del funcionamiento psicosocial, sugirió que una mayor capacidad para experimentar y expresar sentimientos críticos del sí mismo, más que proyectarlos, fue una importante faceta de su progreso clínico, de una organización paranoide a una organización depresiva (Blatt y Bers, 1993).

Sobre el curso del tratamiento, la descripción del sí mismo de A, enfatizó también cada vez más las vinculaciones interpersonales. Ella demostró esta inversión de crecimiento en la dimensión interpersonal a través de su reconocimiento de la presencia del examinador, su expresión de soledad y su reconocimiento de la consideración por los otros. Así, las descripciones de A fueron más integradas y tuvieron un mayor sentido de sí mismo y de los otros como reales sustanciales e interrelacionados.

Las respuestas al Rorschach de A, esencialmente paralelas a los cambios, se manifestaron en la descripción de sí y de los otros significativos. Las respuestas reflejaron severos disturbios en los límites (nivel 2), que fueron presentados en la admisión, y fueron reemplazados en la finalización con un número de respuestas que indica la emergencia de la constancia objetal.

Por ejemplo en la admisión, el paciente A a la lámina II respondió:

- 1- Un demonio matando a dos personas (la forma, matando por que parece que hay sangre)
- 2- Una ardilla muerta volando (la cabeza y el cuerpo parecen separados, como una ardilla voladora, pero había sangre sobre ella, entonces parecía muerta)

Y en la lámina III en la admisión respondió.

- 1- Dos mujeres desgarrando a un bebe (la manera en que están dispuestas, y tienen un martillo en sus manos y la sangre salpicando).
- 2- Un monstruo que está matando gente (la manera en como tiene las manos levantadas y la forma y sangre salpicada por todas partes).

En contraste, después de 18 meses de tratamiento, A respondió a la lámina II de la siguiente manera.

- 1- Dos figuras negras con sombrero rojo, y hay un pié. Ellas están paradas en un charco de sangre (solo por las formas en que están hechas. Tienen brazos, piernas y pies. Ambas tienen sus manos levantadas, por eso están rojas. Estoy tratando de no aburrirte, pero no parece que estuvieran trabajando.[rojo?], por que tienen rojo en sus pies).

Y A, dio las siguientes respuestas al egreso a la lámina III.

1- Dos mujeres africanas, trabajando sobre una olla, en frente de un Dios Volcano (por que son negras, muy oscuras, negras y tienen pelo corto, parecen las personas que ví en el National Geographic. Dios Volcano, por que parece algún tipo de Dios. Cref que sería creativa. Por que los ojos y la nariz eran más grandes.

Así, en contraste a los disturbios en los límites expresados en amenaza a la integridad física (nivel 2), indicados en las respuestas violentas, dadas al Rorschach en la admisión, las repuestas al Rorschach al egreso, indican, en un mayor nivel de desarrollo, la emergencia de la constancia objetal (nivel 7)-Respuestas de figuras únicas comprometidas en actividades parcialmente colaborativas. A pesar de la presencia de contenidos atípicos en estas respuestas, estructuralmente indican el incremento de una mejoría de estabilización de la representación objetal. Interesantemente, estas respuestas al egreso también contienen elementos del nivel 10, como fue indicado por las observaciones autorreflexivas de A, acerca de su motivación en dar aspectos de estas respuestas, tratando de no aburrir al examinador y tratando de ser creativa.

SINTESIS:

Como estamos parados en el umbral del Siglo XXI y tenemos casi un siglo lleno de experiencias con métodos proyectivos de evaluación de la personalidad, es importante evaluar la contribución hecha con métodos proyectivos y tratar de anticipar nuevas direcciones y oportunidades. Esto es un tributo al genio de

Hermann Rorschach que su procedimiento para observar cómo la ambigüedad de presentación individual es aún más relevante para la teoría psicológica contemporánea que cuando él introdujo el método de las manchas de tinta hace casi 80 años.

Como he disentido en este y algunos textos anteriores (Blatt 1986,1990) el Rorschach tiene un enorme potencial para contribuir al estudio de los procesos cognitivos, - especialmente el mundo representacional y de cómo los individuos construyen significados. La representación de sí y de los otros es actualmente un tópico principal en la investigación de la ligazón y en el conocimiento social y es muy relevante para la psicología clínica y la psiquiatría, porque provee una manera de entender la psicopatología que va más allá de la simple escucha de las manifestaciones de síntomas que es tan prevalente hoy en la descripción psiquiátrica.

Un modelo de desarrollo del mundo representacional nos permite comenzar a identificar y a entender la estructura subyacente de pensamiento en varias formas de psicopatología, desde la esquizofrenia a las neurosis. Además cambios en la estructura y contenido de la representación mental, provee una manera de evaluar sistemáticamente los cambios importantes que ocurren en el proceso terapéutico. Y el Rorschach, puede jugar un rol central en estos excitantes nuevos desarrollos, por que el Rorschach es particularmente un modo efectivo de evaluar sistemáticamente estas estructuras representacionales.

Así, mejores desarrollos recientes en las ciencias psicológicas, nos provee la oportunidad para establecer conexiones productivas entre la teoría psicológica básica y nuestro esfuerzo clínico. Este nuevo énfasis en la representación mental debería capacitarnos para ampliar nuestro compromiso con la psicopatología, y para descubrir nuevas vías para evaluar sistemáticamente un amplio rango de trastornos psicológicos. No solo estos desarrollos recientes en ciencia psicológica enriquecen nuestro trabajo clínico, pero los métodos proyectivos pueden en cambio proveer una metodología para enriquecer las investigaciones sobre psicología básica y la teoría sobre los procesos cognitivos.

El descubrimiento de Rorschach del valor de estudiar como los individuos intentan resolver los estímulos ambiguos, provee un método experimental que va más allá de los cuestionarios autoadministrados y las listas de preguntas, un método que le permite a los investigadores obtener una más completa y comprehensiva visión de los procesos mentales complejos y estudiarlos sistemáticamente. Los procesos mentales provocados por el Rorschach, son vitalmente importantes si entendemos más completamente los desarrollos psicológicos normales, las rupturas que pueden ocurrir en estos procesos de desarrollo normal y el complejo proceso interpersonal que llamamos psicoterapia, en e cual algunos individuos son ayudados para encontrar la manera de resolver más efectivamente sus disrupciones en el desarrollo.

De cualquier manera estamos en el umbral de un excitante nueva área en la evaluación de la personalidad, si tenemos el coraje de pensar en nuevas y creativas maneras de conexiones entre nuestra actividad clínica y recientes mejores avances en la ciencia psicológica básica, particularmente los avances en nuestra apreciación de cómo los individuos desarrollan su comprensión de sí mismos y de sus relaciones interpersonales significativas.

DIFERENCIACION- VINCULACION DE LAS RESPUESTAS AL RORSCHACH

I. Trastorno de los límites: compromiso de los límites del sí mismo y de los otros (pérdida de la integridad física básica y de la cohesión)

Respuestas contaminadas y temas de destrucción total (por ejemplo "explosión de bomba atómica", " todo explota, todo se ha ido", "fin del mundo", "invierno nuclear", "destrucción").

II. Trastorno de los límites: confusión de los límites de sí mismo y de los otros (límites afectivos intelectuales están confundidos, fusionados o comprometidos).

Temas de engolfamiento o destrucción, frecuentemente en respuestas confabuladas, en las cuales una persona o fuerza relativamente más poderosa, destruye a otras más pequeña, más débiles o más pasiva. Una figura poderosa tragando o destruyendo usualmente a un animal más pequeño o incompleto, persona o cosa (ejemplo " un animal tragando algo", "dos bebés muertos con un cuchillo atravesándolos", "dos mujeres desgarrando a un bebe").

III. Precursores de respuestas individualizadas (sentimiento de sí mismo y de los otros parcial o no completamente independiente).

A Respuestas de perfil/ sombras (" la silueta de un hombre", "contorno de una cara", "la sombra de una casa", "ver su sombra cerca de él").

B. Espejularidad. ("una chica mirándose a sí misma en el espejo", "mirando el reflejo en el agua").

C. Apareamiento (" dos mujeres exactamente de la misma manera", "los dos mismos animales", "dos personas de la misma manera"- énfasis en la igualdad o semejanza con respecto a otro, siendo similar a sí mismo.

IV: Idealización o denigración (consolidación y estabilización de representaciones basadas en idealizaciones y denigraciones polarizadas, y no moduladas).

Temas de omnipotencia o insignificancia, fuerza o debilidad, énfasis en tamaños, tanto grandes como pequeños, significativo o insignificante (ejemplo "totem", "magia india", "poder diabólico", "figura poderosa espantosa", "rey", "gigante", "o siendo pequeño casi como una lombriz comparada con otros", como nada diminuto y débil.

V . Semidirefenciación (diferenciación tentativa alcanzada a través de alternancia de los extremos).

Lucha entre la vida y la muerte, tratar de hacer algo pero fallar, pelear y ser dañado, empujar-tirar-luchar, luchas físicas literales involucrando ambivalencia, conflictos y confusión acerca de si permanecer cerca o alejarse, ayudar o rechazar a otros, destruir o crear, cosas cambiantes y alternantes, personas y animales mirando y corriendo en distintas direcciones (ejemplo " ir tomados de las manos pero sentir pánico y volver a casa", jugar juntos pero sentirse extraño e irse).

VI. Emergencia de la constancia y de un sentido emergente de vincularidad.

Figuras implicando actividades relativamente consistentes pero no específicas, que cualquier figura podría hacer (ejemplo corre, estar parado, escalar, jugar, pelear hablar, discutir, etc).

VII. Constancia objetal consolidada y un sentido emergente de vinculación

Sentido estable de sí mismo en relaciones unilaterales, en las cuales las acciones son únicas y congruentes con la definición del objeto tal que una única clase de personas debería o podría hacer esa clase de acción (ejemplo un cura dando la bendición) pero en la cual el otro está implícito pero no explícitamente identificado o presente. La relación es usualmente unilateral con la acción de una persona de manera diferenciada sobre otra que es relativamente pasiva.

VIII. Vincularidad cohesiva, individualizada y empática entre el sí mismo y el otro

Sentido estable del sí mismo en el cual las individualidades participan en una acción compartida. Individuos independientes colaborando en actividades y/o compartiendo perspectivas.

IX. Vincularidad en las relaciones recíprocas, e integradas entre el sí mismo y los otros

Interacción entre dos objetos diferenciados e independientes, quienes tienen efectos recíprocos sobre cada uno o una implicación en una relación desarrollada o desplegada.

X: Construcción integrada y creativa del sí mismo y de los otros (reflexividad del sí mismo)

Conciencia de la naturaleza relativa al proceso de respuesta y asumir responsabilidades en la propia respuesta al Rorschach con algo de conciencia reflexiva del sí mismo de las implicaciones de las propias respuestas como revelando aspectos particulares del sí mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, G., & Buie, D.H., Jr. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development and issues. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 83-96.
- Ainsworth, M.D.S. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. In C. M Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.) *The place of attachment in human behavior* (pp.3-30). New York: Basic Books.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Auerbach, J. S., & Blatt, S.J. (1996). Self representation in severe psychopathology: the role of reflexive self-awareness. *Psychoanalytic Psychology*, 13, 297-341.
- Auerbach, J. S., & Blatt, S.J. (1997). Impairment of self –representation in schizophrenia: The roles of boundary articulation and self –reflexivity. *The Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 297-316.
- Beebe, B. (1986). Mother-infant mutual influence and precursors of self and object representations. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories* (Vol. 2, pp. 27-48), Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F.M. (1988). The contribution of the mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations. *Psychoanalytic Psychology*, 5, 305-338.
- Behrends, R.s. & Blatt, S.J. (1985). Internalization and psychological development throughout the life cycle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 40, 11-39. Translated and reprinted in *Arbeitshefte Kinderanalyse*.
- Benjamin, J. (1985). *Like subjects, love objects; Essays on recognition and sexual differences*. New Haven: Yale University Press.
- Beres, D., & Joseph, E. (1970). The concept of mental representation in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 51, 1-9.
- Blatt, J.S (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, J.S. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J.L.Singer (Ed). *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health*. (pp. 299-335). Chicago : University of Chicago Press.
- Blatt, S.J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 449-458.
- Blatt, S.J. (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.). *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol 6. Emotion, Cognition and Representation* (pp.1-33). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Blatt, S.J., Auerbach, J.S. (1988). Differential cognitive disturbances in three types of "borderline" patients. *Journal of Personality Disorders*, 2, 198-211.
- Blatt, S.J., Auerbach, J.S. & Aryan, M. (1998). Representational structures and the therapeutic process. in J. Masling & R. Bornstein (Eds.), *Empirical investigations of events within the analytic hour* (pp. 63-107). Washington, DC: APA Books.
- Blatt, S.J. & Behrends, R.S. (1987). Internalizations, separation-individuation, and the nature of therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 68, 279-297.

Blatt, S.J. & Blass, R.B. (1990). Attachment and separateness: A dialectic model of the products and process of psychological development. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107-127.

Blatt, S.J. & Blass, R.B. (1996). Relatedness and self definition: A dialectic model of personality development. In G.G. Noma & K.W Fischer (Eds.), *Development and vulnerabilities in close relationships* (pp.309-338). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Blatt, S.J., Chevron, E.S., Quinlan, D.M., Schaffer, C.E., & Wein, S. (1988). The assessment of qualitative and structural dimensions of object representations (Revised Edition). Unpublished research manual, Yale University.

Blatt, S.J. & Homann, E. (1992). Parent-Child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91.

Blatt, S.J. & Lerner, H.D., (1983a). The psychological assessment of object representation. *Journal of Personality Assessment*, 47, 7-28.

Blatt, S.J. & Lerner, H.D., (1983). Investigation in the psychoanalytic theory of object relations and object representations. In Masling, J. (Ed.). *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.

Blatt, S.J. & Maroudas, C. (1992). Convergence of psychoanalytic and cognitive behavioral theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 157-190.

Blatt, S.J. & Ritzler, B. A. (1974). Thought disorder and boundary disturbances in psychosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 370-381.

Blatt, S.J., Schimek, J. & Brenneis, C.B. (1980). The nature of the psychotic experience and its implications for the therapeutic process. In J. Strauss, M. Bowers, T.W. Downey, S. Fleck, S Jackson & I. Levine (Eds.). *The Psychotherapy of the Schizophrenia*, pp. 101-114. New York: Plenum.

Blatt, S.J. & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 187-254.

Blatt S., Stayner, D., Auerbach, J.S, & Beherends, R.S. (1996). Change in object and self representations in long-term, intensive, inpatient treatment of seriously disturbed adolescent and young adults. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 59, 82-107.

Blatt, S.J., Wein, S.J, Chevron, E.S. & Quinlan, D.M. (1979). Parental representation and depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 388-397.

Blatt, S.J., Wiseman, H., Prince-Gibson, E, & Gatt, H.(1991). Object representation and change in clinical functioning. *Psychotherapy*, 28, 273-283.

Blatt, S.J. & Wild, C.M. (1976). Schizophrenia: A developmental analysis. New York: Academic Press.

Blatt, S.J., Wild, C.M. & Ritzler, B.A. (1975). Disturbances in object representation in schizophrenia. *Psychoanalysis and Contemporary Science*, 4, 235-288.

Blatt, S.J. & Zuroff, D.C. (1992). Interpersonal relatedness and self –definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.

Blum, G.S (1961). A model of the mind. NY: Wiley.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol. 1, New York: Basic Books.

Bowlby, J; (1998a), *Developmental psychology comes age*. American Journal of psychiatry, 145, 1-10.

Bowlby, J, (1998b) *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London. Routledge and Kegan Paul.

- Bretherton, I ; (1985) *Attachment theory: Retrospect and prospect*. Monographs of the Society for Research in child development, 50, (1 and 2) , Serial N° 209, 3-35
- Cicchetti, D; Aber, L.J.; (1986) *Early precursors of the later depression: An organizational perspective*. In L. Lipsett (Ed), *Advances in infant research*, Volume 3, Norwood, NJ: Abley.
- Coonerty, S, (1986) *An exploration of separation-individuation themes in borderline personality disorder*. *Journal of Personality Assessment*, 50, 501-511.
- Diamond, D, Blatt, S. J., Stayner, D., Kaslow, N.; (1991), *Self-other differentiation of object representations*. Unpublished research manual, Yale University.
- Diamond, D., Kaslow, N., Coonerty, S., Blatt, S.J., (1990) , *Change in separation-individuation and intersubjectivity in long-term treatment*. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 363-397.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J.L., and Cohen J. ; (1976). *The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity psychiatry disturbance*. *Archives of general psychiatry*, 33, 766-771.
- Gardner, H. ; (1985). *The mind's new science: A history of the cognitive revolution*. New York : Basic Books.
- Gruen, R. , Blatt, S.J. , (1990) . *Change in self and object representation during long-term dynamically oriented treatment*. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 399-422.
- Homann, E. (1991) *Parent-child interaction in Dependent and Self Critical Depression*. Unpublished Master's Thesis. University of Michigan, Ann Arbor, Michigan.
- Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. New York: International Universities Press
- Jordan, J.V., (1986). *The meaning of mutuality*. *Work in progress*, 23, Wellesey, MA: Wellesey College, Stone Center.
- Kegan, R. ; (1982) . *The Evolving Self: Problem and process in human development*. Cambridge MA : Harvard University Press.
- Kernberg, O.F., (1975). *Borderline Conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O.F., (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Aronson.
- Kernberg, O.F., (1977). *Boundaries and structure in love relations*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 25, 81-114.
- Leichtman, M., (1996a). *The Rorschach: A developmental perspective*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Leichtman, M., (1996b). *The nature of the Rorschach task*. *Journal of Personality Assessment*, 67, 478-493.
- Lerner, H., Sugarman, A., Barbour, C., (1985). *Patterns of ego boundary disturbance in neurotic, borderline and schizophrenic patients*. *Psychoanalytic Psychology*, 2, 47-66.
- Levy, K. N., Blatt, S.J., Shaver, P. (1998). *Attachment styles and parental representation*. *Journal of personality and Social Psychology*, 74, 407-419.
- Mahler, M. S., Pine, F., and Bergman, A. (1975) . *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J. (1985). *Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation*. In I. Bretherton and E. Waters (Eds.) , *Growing points in attachment theory and research Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, (1 & 2, Serial N° 209) , 66-104.

- Miller, J.B., (1984). *Toward a new psychology of women*. Boston, MA: Beacon Press.
- Mitchell, S.A., (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: an integration*. Cambridge: Harvard University Press.
- Nigg, J. T., Lohr, N.E., Western, D., Gold, L.J., & Silk, K.R. (1992). *Malevolent object representation in borderline personality disorder and major depression*. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 61-67.
- Ogden, T. H.; (1986). *Matrix of the mind: Object relations & the psychoanalytic dialogue*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Osgood, C. E. (1953). *Method and theory in experimental psychology*. New York: Oxford.
- Rorschach, H. (1921/1951). *Psychodiagnostics*. Bern: Huber.
- Sander, L. W. (1983). *Polarity, paradox, and the organizing process in development*. In J. Call, E. Galenson, & R. Tyson (Eds.). *Frontiers of infant psychiatry*, (pp. 315-327), New York: Basic Books.
- Sandler, J. & Rosenblatt, B. (1962). *The concept of the representational world*. *Psychoanalytic Study of the Child*. 17, 128-145.
- Stayner, D. (1994). *The relationship between clinical functioning and changes in self and object representations in the treatment of severely impaired inpatients*. Unpublished doctoral dissertation, The Teachers College, Columbia University.
- Stern, D.N., (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic.
- Urrey, J.L. (1985). *Self-in-relation: a theory of women's developmental*. Unpublished manuscript, Stone Center for Developmental Services and Studies, Wellesley College, Wellesley, MA.
- Western, D., Lohr, N.E., Silk, K., Gold, L., & Kerber, K. (1990a). *Object relations and social cognition in borderlines, major depressives, and normals: A thematic apperception test analysis*. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 355-364.
- Wilson, A., (1985). *Boundary disturbance in borderline and psychotic states*. *Journal of Personality Assessment*., 49, 346-355.
- Zuroff, D.C. & Fitzpatrick, D. (1991). *Romantic relationship of dependent and self-critical women*. Manuscript submitted for publication.