

Entrevistas para administración de tests

Cuando el psicólogo planifica la batería de tests que utilizará, puede incurrir en dos errores: alargar excesivamente el proceso o acortarlo en demasía. En la planificación de la batería debemos pensar que el proceso psicodiagnóstico debe ser lo suficientemente amplio como para comprender bien al paciente, pero al mismo tiempo no debe excederse porque esto implica (al igual que un acortamiento excesivo) una alteración en el vínculo psicólogo-paciente. Algunas veces, se aumenta excesivamente el número de entrevistas iniciales o finales; otras, en cambio, esto se produce en las entrevistas destinadas a la administración de los tests.

Algo ocurre, desde el primer contacto con el paciente, que moviliza en el psicólogo la determinación de administrar más o menos tests. En esto tiene mucho que ver el tipo de relación predominante entre ambos. Si predominan elementos negativos en el vínculo, el psicólogo puede optar por continuar la relación administrando otros tests, para ver si la relación mejora. Esto, contrariamente a lo que se espera, puede empeorar la relación. Si el vínculo ha sido predominantemente positivo también puede ocurrir que el psicólogo lo prolongue porque dar por finalizado el psicodiagnóstico es sentido como una pérdida que no tolera; le cuesta separarse del paciente, en el primer caso por el predominio de elementos contratransferenciales negativos, en el segundo, por el predominio de los elementos positivos. En ambos casos, por la culpa que le produce la separación, culpa relacionada con aspectos infantiles propios no elaborados. De una manera u otra, el pro-

blema consiste en establecer una dosificación adecuada de la cantidad de entrevistas, en general, y, como veremos en este capítulo, de las destinadas a los tests, en especial. En este momento del proceso psicodiagnóstico es cuando más frecuentemente hemos hallado desvíos respecto de lo que llamaremos una duración usual o tipo. En términos generales la batería de tests proyectivos puede insumir entre dos y cuatro entrevistas destinadas a examinar al paciente. En otros casos el psicólogo ve al paciente sólo una vez. Entendemos que estos son casos extremos entre los cuales se debe hallar la duración adecuada dentro de los límites que hemos especificado más arriba.

Si el proceso se acorta demasiado, inevitablemente habrá un déficit de información, sea cual fuere el material de tests utilizado. Si se prolonga demasiado, surgen eventualidades de importancia que sólo serán reconocidas si el psicólogo trabaja con un marco de referencia psicoanalítico y admite la importancia de la transferencia y contratransferencia en su relación con el paciente y sus padres. Cuando la batería de tests se prolonga más de lo debido es porque en el psicólogo predomina la sensación de impotencia frente al paciente. El paciente resulta recargado en su labor (sean horas de juego, dibujos o producción verbal). Esto facilita en él la fantasía de que lo que le ocurre es algo tan serio o complicado que lleva al psicólogo a una exploración intensiva. En suma, la fantasía sería la de tener algo raro, complicado y difícil de captar. Aunque el paciente no tenga idea alguna de lo que comúnmente dura un psicodiagnóstico, puede también alimentar estas fantasías, pues el psicólogo, involuntariamente, le transmite su inquietud, incertidumbre, curiosidad, etc. Este último sentimiento es el que puede favorecer en el paciente otro tipo de fantasías: la de que forma con el psicólogo una pareja de tipo voyeurista-exhibicionista, resultando así distorsionada la dosis y calidad de curiosidad que el psicólogo debe utilizar para cumplir con eficiencia su rol. Además, si la devolución de información resulta ser un paso tan importante en el cierre del proceso como nosotros pensamos y confirmamos día a día en la práctica profesional, ese paciente resulta frustrado en sus deseos de saber qué es lo que le ocurre y qué le recomiendan hacer. Es decir, la devolución funciona como una expectativa que no se cumple, sobre todo si la cantidad de entrevistas excede notoriamente lo estipulado en el contrato. En este sentido el paciente funciona más como objeto de estudio que como

persona. Si la problemática del paciente previa a la iniciación del psicodiagnóstico fuera precisamente ésta, sentirá que se repite con el psicólogo la experiencia que tuvo en sus tempranas relaciones objetales. Esto, lejos de ser saludable, puede acarrear serios inconvenientes en el proceso psicodiagnóstico y en la eventual terapia futura. Si no se trabaja con técnica de devolución de información, esa relación queda inconclusa; la despedida entre ambos se produce con gran incógnita por parte del paciente (y del psicólogo) y con un incremento de ansiedad persecutoria, porque no se le ha dado la oportunidad de una experiencia correctora de las fantasías mencionadas. Otro aspecto a considerar es lo que ocurre si finalmente se recomienda psicoterapia: el modelo de vínculo que lleva internalizado el paciente es perjudicial porque favorece fantasías de ser retenido y, al mismo tiempo, frustrado en sus intentos de real acercamiento. Si se prolongan las entrevistas para administrar muchos tests, perdura el temor a ser hurgado. Si predominó la idealización en ese vínculo prolongado, el paciente llegará a la terapia con la fantasía de ser tan interesante, agradable o seductor que nadie puede desprenderse de él.

Lo que señalamos como muy importante es la distorsión que el psicólogo facilita en el paciente en un sentido o en otro (aumento de la idealización o de la persecución) respecto del vínculo paciente-terapeuta sobre la base del modelo que introyectó durante el psicodiagnóstico. Otro elemento negativo digno de señalarse es que la prolongación del vínculo dificulta el pasaje transferencial que el paciente debe realizar al comenzar su terapia. Este inconveniente se torna más serio cuando la patología del paciente es muy grave, su Yo muy débil y sus defensas muy precarias.

Dijimos antes que cuando el vínculo se alarga notablemente por iniciativa del psicólogo es porque ha predominado en él un sentimiento de impotencia. Lo que siente es que no logra comprender al paciente y recurre a la administración de otros tests, esperando que alguno le suministre la respuesta ansiosamente buscada. Lo más adecuado, desde nuestro punto de vista, es que la extensión de la batería y el número de entrevistas iniciales y finales se mantenga constante (dentro de lo posible). Esto supone en el psicólogo la posibilidad de aceptar un límite para sí y poner un límite al paciente. Cuando alarga la cantidad de entrevistas con los padres, se rompe el equilibrio necesario de la relación con ellos y con el hijo. Ellos dan mucho material y parecen tener guar-

dadas cosas muy importantes (actitud evacuativa); sin embargo, suele tratarse de una táctica empleada para reclamar una mayor atención para sí a expensas del hijo. Por su parte el psicólogo sigue concediendo entrevistas, aparentemente con el fin de reunir datos que permitan una mayor comprensión del paciente, operando con el prejuicio de que cuanto más detallada sea la biografía, mejor lo comprenderá. Olvida, no obstante, que un vínculo así prolongado con los padres puede convertirse en una psicoterapia breve de pareja, donde los padres lo manejan a él, estableciendo con ellos una alianza distorsionante en la medida en que se posterga el contacto con el hijo. Lo aconsejable, según nuestra opinión, es señalar a esos padres la necesidad de contar con un profesional que los escuche y oriente al margen de lo que haga falta para el hijo. De lo contrario, si bien obtienen un cierto beneficio secundario (seudo alivio proveniente de actuaciones, evacuaciones, etc.), están procediendo al servicio de sus propias resistencias por cuanto el psicólogo debe (o debería) centrarse en otro punto (el hijo). Si le resulta tan natural ese hecho de marginar al hijo podemos presumir la existencia de aspectos infantiles que pugnan competitivamente contra el paciente reteniendo triunfalmente a papá y mamá consigo más de la cuenta. Esto puede estar unido a otros factores tales como una curiosidad perversa (voyeurismo), necesidad de ser el que lo sabe todo (omnipotencia), etc. En cuanto a los padres que tratan de retener al psicólogo podemos afirmar la existencia de sentimientos de celos y rivalidad frente al hijo que se quedará con el psicólogo, vivido como representante de una pareja papá-mamá buenos. Ellos pasan a ocupar el lugar de hijos necesitados. Todo esto se confirma si, en la devolución, los padres lo evidencian en la dinámica misma de la entrevista o solicitando nuevas entrevistas. Generalmente verbalizan que algo no les ha quedado claro, que necesitan conversarlo más, que hay algo más de qué hablar. Esto puede ser real, porque algunos padres esperan hasta estar convencidos de que el psicólogo trabaja bien, los sabe escuchar y comprender y sólo entonces lo hacen partícipe de datos muy ansiógenos. Pero es necesario poner un límite a esto o caeremos en los errores señalados. Si los padres demuestran un gran monto de ansiedad, aceptamos y hasta proponemos una entrevista para ayudarlos a elaborar la ansiedad. Pero no se trata de mantener esta actitud *ad infinitum* puesto que entonces la ansiedad de los padres se transforma en la táctica indicada para retener al psicólogo.

lo cual, lejos de sanear la situación traída a la consulta, la complica aún más. Muchas veces intentan retener más y más al psicólogo porque quieren mostrarle que son buenos padres, tratan de justificarse y lo viven como un Superyó paterno-materno que exige interminables explicaciones acerca de lo que han hecho o dejado de hacer. El psicólogo debe tener en cuenta estos elementos a los fines de comprender mejor a los padres y fundamentalmente al hijo. Constituye una pauta diagnóstica importante que, en el momento de la devolución de información, debe incluirse para aclararles el tipo de vínculo existente.

Veamos ahora qué ocurre cuando el proceso, en general, y la administración de tests, en especial, se acortan considerablemente. (Por ejemplo si se recurre a una hora de juego o a la administración de un solo test, por iniciativa del psicólogo.) Este acortamiento del proceso favorece la fantasía de que el paciente puede depositar rápidamente los conflictos y preocupaciones en el psicólogo, quien, además, es investido de atributos mágicos de comprensión de los mismos. Facilita en los padres una actitud tendiente a no sufrir las alternativas del proceso, a no exponerse a la movilización de angustia. Este contacto fugaz empobrece la capacidad comprensiva del psicólogo, si bien hay casos en los que él mismo lo provoca impulsado por el monto de ansiedad o rabia que siente contratransferencialmente: trata de desembarazarse del paciente lo antes posible. Si no trabaja con técnica devolutiva de información, las fantasías antes mencionadas no se pueden rectificar. Cuando el psicólogo planifica un contacto tan fugaz con el paciente (y los padres), pensamos que opera con una gran omnipotencia, sustentada por el psicólogo o transferida a un determinado test, por ejemplo el Rorschach. Tal actitud facilita en el paciente la fantasía de que lo que tiene es algo muy simple, muy fácil de captar, y/o simultáneamente que el psicólogo es una especie de brujo que maneja el test como si fuera una bola de cristal que refleja todo lo que ocurre. Por otra parte disminuye su capacidad para sutilizar, estimula la tendencia a llenar los huecos de la producción del paciente con sus propias proyecciones, aumenta la intolerancia para aceptar lo que no se sabe, para enfrentarse con dudas y carencias. En ambas situaciones extremas pensamos que subyace un déficit de información que mueve en un caso a una búsqueda de infinitas recurrencias y en el otro a negar la necesidad de suficientes recurrencias que le permiten una buena síntesis de la

problemática del paciente. Hay una excesiva voracidad y curiosidad, actuada en un caso y reprimida en el otro. El mecanismo de contraidentificación proyectiva con el paciente desempeña un papel importante en estas vicisitudes del proceso psicodiagnóstico. Si el paciente trata de evitar fóbicamente al psicólogo o si trata de absorberlo e instalarse en una relación perdurable con él, puede movilizarlo a contraidentificarse con él, a través de conductas tendientes a acortar o alargar el vínculo. Atacada su capacidad de pensar, el psicólogo siente que no entiende al paciente y opta por prolongar el vínculo o acortarlo más de lo conveniente, transformándose en un mal continente porque no metaboliza lo que el paciente le da, no discrimina, acumula o por lo contrario pide poco material por temor a que lo invadan.