

Fecha de presentación:

**FORMULARIO PARA LA PRESENTACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACION**

1.) Campo de aplicación:

2.) **Título del Proyecto:** *Programa de investigación de la mente del terapeuta durante su trabajo clínico*

3.) **Entidades Participantes<sup>1</sup>**

**Entidad:<sup>2</sup>**  
**Tipo de vinculación:**  
**Descripción de la vinculación:**

4.) **Responsables:**

4.1.) **Director del Proyecto:**

**Apellido y Nombre<sup>3</sup>:** David Maldavsky

**Lugar Principal de Trabajo<sup>4</sup>:** Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales  
**Funciones<sup>5</sup>:** coordinación del equipo de análisis de las muestras, coordinación general, redacción del trabajo final  
**Dedicación<sup>6</sup>** 10 hs semanales

4.2.) **Co-director del Proyecto:**

**Apellido y Nombre<sup>7</sup>:** Delia Scilletta

<sup>1</sup> Se refiere además de UCES:

<sup>2</sup> Nombre si es una entidad científica o Razón Social si se refiere a una empresa.

<sup>3</sup> Anexar CV actualizado

<sup>4</sup> En función de las horas semanales dedicadas.

<sup>5</sup> Se refiere a las funciones que desarrollará para monitorear, dirigir y evaluar la marcha del Programa.

<sup>6</sup> Expresado en Horas Semanales dedicadas a la labor de gestionar el Programa.

**Lugar Principal de Trabajo**<sup>8</sup>: UCES

**Funciones**<sup>9</sup>: coordinación de los equipos de trabajo (transcripción, revisión de las muestras, convocatoria de jueces independientes, comparación entre resultados de los análisis)

**Dedicación**<sup>10</sup> 10 hs semanales

## 5.) Antecedentes del Equipo de Investigación

**Numerosas investigaciones empíricas con aplicaciones de los instrumentos del ADL a las manifestaciones de pacientes y terapeutas, publicadas en revistas con referato del país y del extranjero**

**Presentaciones de conferencias, ponencias y posters sobre investigación empírica en la clínica en psicoterapia en congresos nacionales e internacionales**

## 6.) Problema y Justificación

Los estudios sobre la mente del terapeuta se han centrado sobre todo en dos terrenos: la contra-transferencia y las decisiones clínicas con los pacientes, incluyendo los tipos y las cualidades de las intervenciones y su eficacia. Respecto del terreno de las decisiones clínicas, abundan las descripciones de los tipos de intervenciones, en buena medida orientadas por el enfoque teórico del terapeuta, las recomendaciones, las referencias a estrategias, las discusiones sobre los tipos de terapia (focalizada o no, breve o sin límite de tiempo). También se han presentado estudios de la eficacia de una u otra de las formas de intervención (apoyada en una corriente teórica específica), incluyendo un N que abarca a diferentes pacientes y terapeutas. Se suele evaluar entonces más bien los resultados de estas intervenciones en los pacientes apelando a determinados cuestionarios u otros instrumentos. Del mismo modo, existen numerosos estudios sobre la contra-transferencia, basados sobre todo en la aplicación de cuestionarios. Se ha cuestionado hasta dónde los resultados de los estudios de la mente del terapeuta apelando a los recursos antes mencionados y con muestras construidas con ese enfoque son suficientemente representativas de los hechos. En cambio, no existen casi investigaciones empíricas de estos temas, correspondientes a la mente del terapeuta, basadas en muestras consistentes en transcripciones de sesiones, a las que se les aplica determinados instrumentos de indagación. Los estudios empíricos existentes son sobre todo los aparecidos en Maldavsky et al, 2005, 2007, que tienen un carácter pionero.

---

<sup>7</sup> Anexar CV actualizado

<sup>8</sup> En función de las horas semanales dedicadas.

<sup>9</sup> Se refiere a las funciones que desarrollará para monitorear, dirigir y evaluar la marcha del Programa.

<sup>10</sup> Expresado en Horas Semanales dedicadas a la laboral de gestionar el Programa.

### **7.) Marco conceptual:**

Optamos por la definición clásica del concepto, que incluye una explicación (referida a los puntos ciegos del terapeuta por las limitaciones de su propio análisis): es decir, es un obstáculo que surge en el terapeuta por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente. Freud (1910d) sostiene que esta contra-transferencia deriva en el terapeuta de sus propios complejos y resistencias interiores. Esta contratransferencia hace de obstáculo del trabajo clínico.

Como muchos otros conceptos en psicoanálisis, el de contratransferencia ha tenido diferentes definiciones, influidas por las orientaciones conceptuales de los autores (Heimann, 1950, 1960, Racker, 1953, Grinberg, 1973, Jacobs, 1986, Renik, 1993, Ogden, 1994). En la definición se suelen combinar la descripción del fenómeno y su explicación: los autores kleinianos atribuyen esta manifestación a ciertas defensas del paciente, como la identificación proyectiva (entre otros, Etchegoyen, 1986, Hinshelwood, 1989), y los lacanianos destacan el deseo del terapeuta (Lacan, 1964. 1966), mientras que otros propugnan un enfoque de la contratransferencia como respuesta global del terapeuta, en lugar del enfoque restrictivo propuesto por Freud. Más allá de ello, los estudios concretos centrados en la contratransferencia tienen en común que el terapeuta la haya explicitado.

Por nuestra parte, optamos por la definición restringida, como perturbadora del trabajo clínico, declarada o no por el terapeuta. Son también parte de nuestro interés aquellos casos en que el terapeuta declara una contratransferencia perturbadora del trabajo clínico y por el estudio empírico de las manifestaciones resulta posible confirmar la afirmación del terapeuta o ampliar y eventualmente rectificar sus afirmaciones. Además, diferenciamos entre una perturbación contratransferencial transitoria y una más duradera. Así, pues, pretendemos investigar las manifestaciones contratransferenciales perturbadoras, declaradas o no por el terapeuta, y en particular estas últimas.

Los métodos propuestos hasta ahora para la investigación empírica de la contratransferencia consisten en inventarios, cuestionarios o escalas (entre otros, Najavits et al, 1995, Friedman y Gelso, 2000, Betan, 2005, Fauth, 2006, Rossberg et al, 2010,

Hayes, Gelso y Hummel, 2011, Hayes, 2014), que son útiles pero parciales, tal como también lo señalan Machado et al (2014) en su revisión de los instrumentos existentes. Los instrumentos mencionados son respondidos apelando al saber consciente. Como la contratransferencia es solo parcialmente consciente, se requiere de algún otro instrumento que pueda investigar también los aspectos inconscientes de estas manifestaciones. Por nuestra parte, nos interesa investigar la contratransferencia a través del estudio de los intercambios paciente-terapeuta en las sesiones.

Este estudio requiere considerar dos aspectos: 1) cómo detectar la perturbación en el trabajo clínico, 2) cómo detectar la naturaleza del factor eficaz, es decir, los procesos psíquicos perturbadores en el terapeuta, derivados del intercambio con el paciente.

Respecto del primer aspecto, señalemos que la perturbación contratransferencial no declarada en el trabajo clínico se hace evidente en las intervenciones del terapeuta, sea por una estrategia clínica errónea, sea por determinados actos de habla u otros modos de desplegar una escena en la sesión. En estas intervenciones se expresa además el segundo aspecto, es decir algunos de los procesos psíquicos perturbadores del terapeuta, que suelen relacionarse con determinados influjos provenientes del paciente.

Describir lo que entendemos por estrategia clínica errónea exige que aclaremos que suele darse una secuencia de intervenciones canónicas: 1) intervenciones introductorias para recabar información tendiente a detectar uno o más focos problemáticos, 2) intervenciones centrales de sintonía (sobre los estados afectivos y/u orgánicos del paciente), 3) intervenciones centrales de establecimientos de nexo (causales, temporales, de semejanza o contraste, etc.), 4) intervenciones complementarias de síntesis, aclaraciones, ejemplificaciones, etc.

En ocasiones las fallas clínicas del terapeuta se presentan en las intervenciones introductorias, por la dispersión que complica la búsqueda de información para localizar y precisar los focos problemáticos, o por la irrupción prematura de una intervención central de establecimiento de nexos. Otras veces la falla clínica se expresa en las intervenciones ligadas a la sintonía, en las cuales, por ejemplo, el terapeuta puede colegir un estado afectivo cuando predomina un estado orgánico de pánico no explicitado abiertamente por

el paciente. En otras ocasiones la falla clínica se expresa en la no elección del foco del conflicto remplazado por algún otro aspecto mencionado por el paciente, o en el establecimiento incorrecto de los nexos causales, no acordes con la realidad psíquica del paciente. También pueden darse fallas clínicas en las intervenciones complementarias, si la síntesis contradice lo central del enfoque clínico. Es frecuente que se presenten dos estrategias clínicas, una más pertinente y otra menos adecuada.

La otra forma de expresión de las perturbaciones contratransferenciales corresponde ya no al tipo de intervención sino al modo de formularla, sea en los actos de habla, sea en los componentes no verbales. Por ejemplo, el terapeuta, al intervenir, puede presentar contradicciones entre el decir y el hacer (con los actos de habla), incluir un número considerable de frases en suspenso, o de dramatizaciones, o afirmaciones auto-contradictorias, o ambiguas, o mostrar una tendencia a continuar con una línea argumentativa pese a las permanentes interrupciones de un paciente que con ello está pidiendo al terapeuta que tome en cuenta algún otro enfoque.

Esta segunda perspectiva (actos de habla, componentes no verbales) permite además detectar el factor eficaz, consistente en los procesos psíquicos del terapeuta, derivados del intercambio con el paciente. En efecto, los actos de habla y los componentes no verbales del terapeuta permiten inferir una escena desplegada inadvertidamente por este, coincidente con una escena re latada o desplegada por el paciente. En esta escena que el terapeuta despliega inadvertidamente en la sesión se ponen en evidencia deseos y defensas perturbadores del terapeuta.

Además de la contra-transferencia, en las intervenciones del terapeuta también es posible inferir su pensamiento en la sesión, en el momento de formular sus intervenciones. Las intervenciones del terapeuta parecen tener una secuencia prototípica, que comienza con la recolección del material, sigue con la tentativa de establecer la sintonía y el foco, luego prosiguen las intervenciones de nexo (causal, temporal, de semejanza), y por fin las complementarias, de síntesis, ejemplificación, aclaración. Parece tratarse de una secuencia canónica, que en cada terapeuta se construye en su práctica concreta. Además, las intervenciones de sintonía, las de foco y las de nexo toman en cuenta la

información obtenida con las intervenciones introductorias, y las complementarias tienden a respetar lo expuesto con anterioridad en las intervenciones de sintonía y las de nexo. Parece haber un consenso no explicitado acerca del respeto de la coherencia lógica y de una secuencia canónica, expresión de una transacción funcional entre los deseos y el respeto de la realidad y de los imperativos del superyó. El respeto del superyó se presenta como imperativo de coherencia lógica, el respeto de la realidad, como imperativo de reconocimiento de lo que el paciente manifestó como problema, y el acuerdo con los deseos, como fineza para la captación de sentimientos y pensamientos en el trabajo con el paciente.

El terapeuta formula otras intervenciones (puestas de límite, consejos, indicaciones, etc.), que se enmarcan en el contexto de las intervenciones canónicas: algunas puestas de límite procuran que el paciente frene una tendencia evasiva y relate determinado episodio vergonzante (y por lo tanto están al servicio de la recolección del material), algunas indicaciones derivan de intervenciones de nexo, en las cuales se concluye que cuando el paciente está ansioso tiende a provocar a sus amigos, por lo cual el terapeuta le sugiere que controle esta tendencia que le trae nuevos problemas (y por lo tanto forman parte de las intervenciones complementarias).

Esta versión canónica de las intervenciones clínicas tiene otras variaciones en los actos de habla: una redundancia, una exageración, un diminutivo, un refrán, una sigla, una acusación, un reproche, una expresión hermética, porcentajes, inclusive subcomponentes incluidos en un acto de habla, como “milagrosamente”, “problemita”, “misterioso”, etc. Los actos de habla o sus segmentos constituyen el despliegue de escenas o partes de ellas, que expresan deseos y defensas del terapeuta. Otras variaciones consisten en que el terapeuta comienza omitiendo un sector de la intervención central, como los fundamentos de su argumentación, y arriba precipitadamente a la conclusión, para luego rectificarse, retroceder, intercalar los pasos intermedios omitidos y retornar al cuerpo principal. También el terapeuta puede decidir unilateralmente cuál es el foco de la sesión, para luego descubrir que equivocó el camino, o puede realizar una intervención de nexo sin

contar con argumentos obtenidos en la recolección de datos, para luego corregirse al obtener información por el paciente.

Así, algunas variaciones corresponden a los actos de habla o segmentos de ellos y otras a las secuencias de las intervenciones. Ambas orientaciones del pensamiento pueden darse con simultaneidad, en que las respectivas metas armonizan con el predominio del respeto de las normas canónicas, o se contraponen si la expresión de los deseos cobra mayor hegemonía. Este enfoque puede ser útil para estudiar la contra-transferencia, pero excede dicho terreno, ya que abarca el estilo de trabajo del terapeuta. En consecuencia, al estudiar los hilos del pensamiento del terapeuta en la sesión (o un segmento de ella) pueden darse dos alternativas: un hilo del pensamiento corresponde a las intervenciones acordes a las metas del trabajo clínico, el otro corresponde a intervenciones en las que se combinan los deseos del terapeuta con las actividades acordes o no con las metas clínicas. Así, en las intervenciones del terapeuta pueden entrelazarse de tres modos los hilos de pensamiento: 1) acordes con las metas clínicas, 2) deseos combinados con el respeto de las metas clínicas, 3) deseos no acordes con las metas clínicas. Cualquiera de estos modos puede tener un carácter transitorio o duradero.

En consecuencia, los principales conceptos psicoanalíticos que hacen de fundamento a nuestro enfoque son los de deseo y el de defensa y su estado. El primero atañe a lo que se suele denominar el aspecto motivacional. Freud, que había iniciado sus trabajos en el terreno de la neurología, puso luego el énfasis en la importancia de las pulsiones y los deseos como motores de la vida psíquica. Para Freud el concepto de pulsión, sobre todo el conjunto de pulsiones de vida, corresponde a la frontera entre lo somático y lo psíquico. Estas pulsiones de vida constituyen una exigencia de trabajo que lo somático le impone a lo psíquico. Cada pulsión tiene cuatro componentes (Freud, 1915c): fuente somática, empuje, meta y objeto. La fuente somática de la pulsión esta constituida por procesos orgánicos, de naturaleza química, que generan una tensión que debe ser resuelta por la vida psíquica. El empuje de la pulsión es el factor de exigencia o presión para que lo psíquico realice la tramitación correspondiente. El objeto de una pulsión constituye aquello

por lo cual o gracias a lo cual una pulsión se consuma, y la meta es precisamente esta consumación pasional. El objeto y la meta son los dos componentes psíquicos de este concepto mixto o fronterizo de la pulsión. Entre las pulsiones de vida, el sector más dinámico y matizado, que suele incidir sobre la vida psíquica, es el de las pulsiones sexuales o libidinales. Precisamente, al aludir a estas pulsiones sexuales Freud puso énfasis en la importancia de los componentes psíquicos implicados, sobre todo el objeto y la meta. Respecto de estas pulsiones sexuales, Freud definía a la meta por un verbo, que corresponde al tipo de acción que despierta una vivencia placentera en quien la realiza: succionar, defecar, etc. En numerosos trabajos destacó la significación libidinal de las manifestaciones clínicas y psicosociales de diverso tipo y propuso un repertorio de dichas pulsiones, en buena medida en un intercambio con uno de sus discípulos, K. Abraham (Freud, 1933 a). Cada pulsión sexual se distingue por su zona erógena, que es una región del cuerpo (por lo general una mucosa) en la cual una estimulación despierta sentimientos placenteros. A ello sigue una respuesta activa, como podría ser el chupeteo. Por ello, cada pulsión se suele caracterizar por esta respuesta activa, motriz, que constituye el camino por el cual el psiquismo pretende reiterar dicha vivencia placentera.

En cuanto al repertorio de las pulsiones, hemos propuesto un repertorio que se basa en los desarrollos de Freud el cual incluye estas siete pulsiones y deseos correspondientes:

- libido intrasomática (LI)
- oral primario (O1)
- oral secundario (O2)
- anal primario (A1)
- anal secundario (A2)
- fálico urteral (FU)
- fálico genital (FG)

Entre estas pulsiones, solo la libido intrasomática no ha sido expuesta de manera explícita en la obra de Freud, quien sin embargo aseguró (Freud, 1926 d) que en el momento inicial de la vida post-natal la investidura recae sobre ciertos órganos internos, sobre todo corazón y pulmones. Luego de ello, pasa a desplazarse hacia las zonas erógenas

consabidas. A la pulsión que inviste esos órganos internos la hemos denominado libido intrasomática. Cada una de estas pulsiones es el fundamento de un deseo específico, el cual se caracteriza porque ya la exigencia pulsional correspondiente se ha enlazado con representaciones, con huellas anémicas, entre ellas las representaciones verbales.

Respecto de las defensas, cabe señalar que S. Freud (1915 c) sostuvo que pueden ser consideradas como destinos o vicisitudes de las pulsiones (y consiguientemente de los deseos) en la vida psíquica. Estos destinos o vicisitudes son modos de procesamiento desarrollados por el yo para encarar los conflictos en que debe terciar entre tres sectores a menudo en pugna: 1) las pulsiones y los deseos, 2) la realidad, 3) el superyó. El yo a veces se pone del lado de la pulsión y el deseo y se enfrenta con la realidad y con el superyó, y otras veces se pone del lado de la realidad y el superyó y se opone a la pulsión y el deseo.

Estos modos de procesamiento yoico al desarrollar alguna defensa pueden ser funcionales o patológicos. Son defensas patológicas aquellas que introducen una creciente indiferenciación y empobrecimiento en la vida psíquica, y son funcionales si permiten una creciente diferenciación y complejización de los procesos internos.

Estas dos categorizaciones de las defensas (por un lado, tomando en cuenta de qué lado se coloca el yo y a qué se opone, y por otro lado tomando en cuenta su carácter funcional o patológico) pueden reunirse, lo cual conduce a decir que tanto las defensas patológicas como las funcionales pueden terciar en el conflicto psíquico al colocarse o bien del lado del deseo contra la realidad y el superyó, o bien del lado del superyó y la realidad contra el deseo, o bien en una transacción en que los diferentes sectores en pugna encuentran una conciliación menos drástica.

En cuanto a la combinación de deseos y defensas, ya destacamos que para S. Freud (1915c) las defensas son destinos e la pulsión en la vida psíquica, es decir, son una forma en que el yo tramita las exigencias provenientes de las demandas libidinales. Por lo tanto, algunas defensas pueden ser consideradas como respuestas específicas del yo a determinadas exigencias pulsionales y desiderativas, mientras que otras pueden constituir

respuestas de más amplio rango ante estas mismas demandas. Los deseos se combinan con todas las defensas funcionales, de la gama de la inhibición, la defensa acorde a fines, la creatividad y la sublimación. Además, cada uno de los deseos se combina con un grupo restringido de defensas patológicas, de la gama de la represión, la represión + rasgos caracterológicos, la desmentida y la desestimación (ver cuadro).

<b>Deseos</b>	<b>Defensas</b>	<b>Estado</b>
LI	Desestimación del afecto.	Exitoso
O1 O2 A1	Desmentida. Desestimación de la realidad y la instancia paterna.	
A2 FU FG	Represión más rasgos Caracterológicos. Represión.	Fracasado
FG	LI O1 O2	Exitoso/Fracasado
	A1 A2 FU	
	Acorde a fines.	
	Inhibición.	
	Creatividad.	
	Sublimación	

### 8.) Objetivos

Recientemente hemos estudiado la subjetividad del terapeuta con diferentes diseños, estrategias, instrumentos y procedimientos. Destacamos que en el curso de la primera sesión entre este y el paciente construyen la recolección del material significativo, la

sintonía y el foco (Maldavsky et al, 2016b). Se trata de un trabajo conjunto, con acuerdos, rectificaciones, ratificaciones, en el cual participan ambos interlocutores. También estudiamos, en la primera sesión del mismo terapeuta con 20 pacientes, los deseos dominantes (expresados en las palabras) cuando 1) recolecta información, 2) pretende establecer la sintonía y determinar el foco, 3) realiza intervenciones de nexos (enlaces causales, temporales, de semejanza), o 4) complementarias (síntesis, ejemplificación, etc.) (Maldavsky et al, 2016a). Igualmente, estudiamos la contra-transferencia, entendida como perturbación para el trabajo clínico derivado de los propios deseos no procesados del terapeuta, que despiertan o se acentúan por el influjo del paciente (Maldavsky, 2015). Desde el punto de vista metodológico tomamos en cuenta que el concepto de contra-transferencia implica realizar dos estudios combinados: 1) los errores del terapeuta y 2) los deseos no procesados (es decir, acompañados por defensas patológicas o por defensas funcionales fracasadas) despertados en este por el influjo del paciente. Para realizar esta investigación primero consideramos los deseos, las defensas y su estado en los relatos y los actos de habla del paciente (estos últimos permiten estudiar las escenas desplegadas por el paciente en el vínculo). Así es posible inferir los estados anímicos displacenteros del paciente y los puntos de urgencia, relacionados con aquellos episodios relatados o desplegados en la sesión que evidencien el fracaso de las defensas. Este estudio nos permitió evaluar si el terapeuta acertó o no al recolectar información, intentar sintonizar con el paciente y establecer el foco. Evaluamos también el acierto o desacierto del terapeuta en el nivel de los actos de habla, es decir en las escenas que este despliega en la sesión ante el paciente, ya que, pese a exponer intervenciones conceptualmente pertinentes desde la perspectiva clínica, el terapeuta puede interferir en su trabajo (usando algún término hermético, o exageraciones, o repitiendo un frase en exceso). El análisis de las escenas desplegadas por el terapeuta en los actos de habla también es útil para estudiar sus deseos, defensas y estados, y con ello para inferir aquellos deseos acompañados por defensas patológicas o por defensas funcionales fracasadas.

En una línea afín con estos estudios, nos proponemos ahora desarrollar y testear los instrumentos y procedimientos para la evaluación de la contra-transferencia no declarada del terapeuta y de los procesos de pensamiento ligados con sus decisiones clínicas.

### **8.1. Objetivos generales**

Estudiar los deseos y las defensas del paciente en sus manifestaciones en sesión  
Describir y testear los instrumentos y procedimientos para estudiar los deseos y las defensas en las escenas desplegadas por el terapeuta en sus manifestaciones en sesión  
Describir y testear los instrumentos y procedimientos para evaluar los procesos de pensamiento del terapeuta en sus intervenciones clínicas

### **8.2. Objetivos específicos**

Describir los instrumentos para estudiar los deseos y las defensas del paciente en los relatos del paciente  
Describir los instrumentos para estudiar los deseos y las defensas del paciente en los actos de habla del paciente  
Describir y testear los instrumentos y procedimientos para estudiar los deseos y las defensas del terapeuta en sus actos de habla  
Describir y testear los instrumentos y procedimientos para evaluar los procesos de pensamiento en las intervenciones introductorias, centrales (sintonía, nexos) y complementarias, formuladas por el terapeuta

### **9.) Hipótesis:**

El vínculo paciente terapeuta en la sesión deriva de un proceso de construcción en que los intercambios generan modificaciones positivas o negativas en uno y otro (en el paciente, un incremento de la severidad de sus mecanismos patológicos de defensa, y en el terapeuta, un creciente empobrecimiento de sus recursos y de la estereotipia en sus intervenciones).

## **10.) Metodología**

### **10.1. Muestra**

Transcripción de sesiones.

### **10.2. Instrumento**

Los instrumentos que emplearemos son básicamente tres: ADL-R, ADL-AH, Categorización de las intervenciones clínicas

ADL-R: Los instrumentos para analizar relatos consisten en 1) una grilla para estudiar las escenas relatadas, 2) una grilla con una descripción de espacios, ideales, personajes, etc., para cada deseo, 3) una distribución de frecuencias de los deseos en los relatos de los pacientes, 4) instrucciones para que el investigador decida, a partir del análisis de deseos, cuáles son las defensas dominantes y su estado. Solo expondremos aquí la grilla (Tabla II) para estudiar el deseo en las escenas relatadas.

Se presentan cinco momentos, de los cuales dos son estados (inicial y final) y tres son transformaciones (despertar del deseo, tentativa de consumarlo, consecuencias de ello). Este relato es ideal, en la práctica se suele presentar fragmentado: las consecuencias de la tentativa de consumir el deseo y el estado final, por ejemplo.

ADL-AH: Los instrumentos para el estudio de deseos y defensas en los actos del habla son: 1) una grilla con la caracterización de actos de habla para cada deseo, 2) distribuciones de frecuencias de los deseos en los actos de habla de pacientes, de terapeutas y de textos periodísticos, 3) instrucciones para que el investigador decida, a partir del análisis de deseos, cuáles son las defensas dominantes y su estado en paciente y terapeuta. Solo expondremos aquí algunos actos de habla de la grilla para estudiar el deseo en las escenas desplegadas: Dedicatoria y Promesa, para FG; Refranes y

Consejos, para FU; Enlaces causales y Objeciones, para A2; Ofensas y Amenazas, para A1; Lamentos y Ruegos, para O2; Lenguaje cifrado, en clave, y Metalenguaje, para O1; Cuentas y Banalizaciones, para LI.

#### Categorización de las intervenciones clínicas

Categorización de las intervenciones clínicas del terapeuta, según su función: 1) introductorias (saludos, recabar información), 2) centrales (que apuntan a sintonizar con los estados corporales o afectivos del paciente y a establecer nexos causales, de semejanza, etc.), y 3) complementarias (ejemplificaciones, síntesis, aclaraciones). Es posible combinar ambos estudios (deseos y funciones) respecto del discurso del terapeuta.

### **10.3. Procedimientos**

Para determinar la pertinencia del enfoque clínico es conveniente tomar en cuenta los relatos y los actos de habla del paciente, sobre todo para determinar si el terapeuta logró o no sintonizar con el estado del paciente y si sus intervenciones de nexo fueron clínicamente acordes con los objetivos clínicos, por su forma y/o su contenido. El estado del paciente se infiere de sus escenas relatadas recientes y de las que despliega en sesión. En cuanto al foco, se infiere de aquellas escenas (relatadas o desplegadas) que muestran el fracaso de una defensa, funcional o patológica, ya que dicho foco suele consistir en considerar aquellos conflictos que el paciente tiene más claramente irresueltos, y el fracaso de la defensa parece ser un buen orientador en este sentido. Puede o no haber coincidencias entre las anécdotas que el paciente relata y las que despliega en las sesiones. El fracaso en las defensas puede darse en ambos niveles (escenas relatadas y desplegadas), pero también en solo uno de ellos. También puede haber más de un tema o relato en que se evidencie el fracaso de las defensas del paciente.

El paso siguiente consiste en estudiar las intervenciones del terapeuta con los dos instrumentos disponibles: la categorización de los tipos de intervenciones y el análisis de los deseos y las defensas y su estado en los actos de habla del terapeuta. El estudio de los tipos de intervención que formula el terapeuta permite inferir si este tiene una o varias estrategias clínicas, en cuanto a 1) recabar información para detectar el foco problemático, 2) la forma y/o el contenido de las intervenciones de sintonía, 3) la forma y/o el contenido de las intervenciones para establecer nexos, 4) la forma y/o el contenido de las intervenciones complementarias. Estos estudios de los tipos de intervenciones y de los actos de habla del terapeuta permiten evaluar la pertinencia clínica de las intervenciones introductorias, de sintonía, de nexo o complementarias del terapeuta. El estudio de las intervenciones del terapeuta permite inferir 1) si el terapeuta perdió o nunca logró una orientación al formular las intervenciones introductorias, y cuán extensa fue su desorientación en la búsqueda del foco problemático, 2) si omitió las intervenciones para sintonizar con el paciente, las formuló a destiempo o tendió a atribuir al paciente determinado estado cuando las manifestaciones del paciente indicaban que era otro, 3) si erró en la elección del foco o si, habiendo acertado en la elección, formuló intervenciones de nexo discordantes de lo que las manifestaciones del paciente indicaban, o 4) si realizó intervenciones complementarias con ejemplos contradictorios con lo que había expresado antes, síntesis en que omitía aspectos importantes de lo que previamente habían intercambiado, etc. Además, el estudio de las escenas desplegadas por el terapeuta permite evaluar si la forma en que el terapeuta formula sus intervenciones es afín con los objetivos clínicos o se desvía de ellos, como ser afirmar, en una intervención de establecimiento de nexos, que el paciente sufre por depender de personajes evitativos y recurrir en su formulación a denuncias, a condenas morales o a dramatizaciones.

Si ocurren perturbaciones de contratransferencia, es conveniente determinar si las escenas desplegadas por el terapeuta en estas circunstancias tienen coincidencias (en forma directa o invertida) con alguna escena central o menor del relato del paciente. De este modo es posible determinar si el terapeuta desplegó inadvertidamente en las

sesiones algunas escenas que no resultan acordes con las metas clínicas pero que sí se relacionan con escenas relatadas o desplegadas por el paciente (Maldavsky, 2015).

#### 10.4. Consideraciones generales sobre el uso del instrumento

Como se emplearán varios instrumentos combinados entre sí, todos ellos aplicados a la muestra, cada estudio requiere un enfoque detallado de la transcripción de una sesión y un análisis cuidadoso de los resultados, por lo cual solo es posible realizar estudios detenidos caso por caso. En consecuencia, en cada trabajo del programa estudiaremos hasta 3 sesiones.

#### 11.) Cronograma

	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Recolección muestra	x	x										
Análisis de deseos y defensas de pacientes			X	x	x							
Análisis de deseos y defensas del terapeuta						X	x					

Análisis de la contratransferencia								X	x			
Análisis del proceso de pensamiento del terapeuta										X	X	
Síntesis y conclusiones												X

**12.) Resultados Esperados**

Obtener mayor claridad sobre los deseos y las defensas así como sobre los procesos cognitivos del terapeuta

Disponer de instrumentos y procedimientos más precisos para evaluar los deseos, las defensas y los procesos cognitivos del terapeuta durante la sesión

**12.1.) Aportes científicos**

**Documentos de trabajo:**

**Artículos con referato:**

Estudio de las intervenciones de un mismo terapeuta con 20 pacientes en la primera sesión

Estudio empírico de la contratransferencia: método y aplicaciones

Investigación empírica con el algoritmo David Liberman de la contratransferencia no declarada: método y aplicaciones

**Capítulos de Libros:**

**Libros:** La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica y Systematic research on psychoanalytic Concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)

**Traducciones:**

**Conferencias Científicas:**

**Conferencia introductoria Jornadas de investigación en psicología, UCES, 2016, sobre la investigación empírica de la contra-transferencia**

**12.2.) Vinculación y Transferencia<sup>11</sup>**

**Vinculación con el sector productivo:**

**Vinculación con la sociedad civil:**

**Vinculación con el Estado (Nacional, provincial, local):**

**Otros tipos de vinculaciones:**

**12.3.) Mediación del conocimiento**

**Cursos de Capacitación:** post-grado

**Conferencias:** sí

**Trabajo de consultoría:** si

**Asesoramiento especializado:** sí

---

<sup>11</sup> Indicar el nombre de la entidad destinataria de la transferencia y el tipo de relación formal que habría que tramitar para concretar el vínculo

**12.4.) Otros.**

**13.) Investigadores<sup>12</sup>:**

**13.1.) Seniors**

**Apellido y Nombre:** Liliana Alvarez

**Grado Académico:** Doctora

**Principal actividad laboral:** docencia en post-grado

**Dedicación al proyecto.** 10 hs mensuales

**Apellido y Nombre:** José María Rembado

**Grado Académico:** magister

**Principal actividad laboral:** docencia en post-grado

**Dedicación al proyecto.** 4 hs mensuales

**Apellido y Nombre:** Marilé Manson

**Grado Académico:** Doctora

**Principal actividad laboral:** docente invitada en post-grado

**Dedicación al proyecto.** 4 hs

**13.2.) Juniors**

**Apellido y Nombre:** Jorge Goldberg

**Grado Académico:** magíster

**Principal actividad laboral:** docente post-grado

**Dedicación al proyecto** 4 hs

**Apellido y Nombre:** Ariel Wainer

**Grado Académico:** Doctor

**Principal actividad laboral: docente en carrera de grado**  
**Dedicación al proyecto. 4 hs**

**13.3.) Alumnos asistentes de Investigación.**

**Apellido y Nombre: (A completar oportunamente)**  
**Breve descripción de las tareas que se asignarán:**

**Apellido y Nombre:** Chavarri Sofía

**Breve descripción de las tareas que se asignarán:**

**Transcripción de sesiones**

**Búsqueda bibliográfica**

**Ordenamiento del texto**

**Apellido y Nombre:**

**Breve descripción de las tareas que se asignarán:**

**14.) Bibliografía**

Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., Westen, D. (2005) Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation, Am J Psychiatry, 162, 890-8.

Etchegoyen, H. (1986), Los fundamentos de la técnica psicoanalítica, Amorrortu, Buenos Aires.

---

<sup>12</sup> Anexar CV (máximo cuatro folios) para cada uno de ellos.

Fauth, J. (2006), Toward more (and better) countertransference research., *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 1, 16-31.

Freud, S. (1910d), *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*, OC, AE, XI.

Friedman, S. M., Gelso, C. J. (2000), The development of the inventory of countertransference behavior, *Clin Psychol.*,56, 9:1221-35.

Grinberg, L. (1976), *Teoría de la identificación*, Paidós. Buenos Aires.

Hayes, J. A. (2014), The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference, *Psychotherapy Research*, 14, 1, 21-36.

Hayes, J. A., Gelso, Ch. J., Hummel, A. M. (2011), Managing countertransference, *Psychotherapy*, 48, 1, 88-97

Heimann, P. (1950), On countertransference, *Int. Jo. Psycho-Anal.*, 31, 1, 81-84.

Heimann, P. (1960), Counter-transference, *Br. J. med. Psychol.* , 33, 1, 9-15.

Hinshelwood, R. D. (1989), *Diccionario del pensamiento kleiniano*, Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

Lacan, J. (1964), *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 2011.

Lacan, J. (1966), *Escritos I y II*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2013.

Machado, Diogo de Bitencourt et al (2014). Systematic review of studies about countertransference in adult psychotherapy, *Trends Psychiatry Psychother.*, 36, 4, 173-185.

Maldavsky, D. (2013), ADL Algoritmo David Liberman, un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso, Paidós, Buenos Aires.

Maldavsky, D. (2015), Investigación empírica con el algoritmo David Liberman de la contratransferencia no declarada: método y aplicaciones, Investigaciones en psicología, 20, 3, 61-75.

Maldavsky, D., et al. (2005), Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice, UCES, Buenos Aires.

Maldavsky, D., et al. (2006). La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL), Editorial Lugar, Buenos Aires, 2007.

Maldavsky, D., et al (2010b), El empleo de herramientas informáticas en la investigación sistemática del discurso en psicología, Subjetividad y Procesos Cognitivos, 14, 2, 127-142

Maldavsky, D., et al (2015), Distribución de frecuencias de los deseos en los relatos de los pacientes en psicoterapia, Investigaciones en psicología, UBA, 20, 1, 75-90.

Maldavsky, D. et al (2016a)., Argibay, J.C., Scilletta, D., Rembado, J.M, De Simone, L., Otálora, J., García Grigera, H., Estudio de las intervenciones de un mismo terapeuta con 20 pacientes en la primera sesión, Subjetividad y Procesos Cognitivos, 20, 1, 128-146

Maldavsky, D., et al (2016b) Álvarez, L., Neves, N., Tate de Stanley, C., Description and illustration of an instrument for study the study of the first steps in the creation of the therapeutic alliance, 9 Joseph Sandler Conference, Buenos Aires, APA/USAL.

Najavits, L. M., Griffin, M. L., Luborsky, L., Frank, A., Weiss, R. D., Liese, B. S., et al. (1995), Therapists' emotional reactions to substance abusers: a new questionnaire and initial findings, Psychotherapy, 32, 669-77.

Ogden, Th. (1994), The analytic third: working with intersubjective clinical facts, Int. Jo. Psycho-anal., 75, 1, 13-19.

Racker, H. (1953), Estudios sobre la técnica psicoanalítica, Paidós, Buenos Aires.

Renik, O. (1993), Countertransference enactment and the psychoanalytic process, Horowitz, M. J., Kernberg, O, y Weinshel, M. (eds), Psychic structure and psychic change. Essays in honor of Robert S. Wallerstein, Int. Univ. Press, 135-158.

Rossberg, J. L., Karterud, S., Pedersen, G., Friis, S. (2010), Psychiatric symptoms and countertransference feelings: an empirical investigation, Psychiatry Res., 178, 191-5.