

**Enactment resistencial y fallas parciales en el proceso del pensamiento del
terapeuta: una investigación empírica.**

**Resistential enactment and partial failures in the therapist's thinking process: an
empirical research**

David Maldavsky

Resumen

El trabajo comienza describiendo el proceso de pensamiento preconsciente-consciente (como un desplazamiento de las investiduras en el camino hacia la acción) y las fallas lógicas (como contradicciones lógicas y como desconsideración de su relación con la información aportada por la atención). En relación con el pensamiento del terapeuta, se describen cinco tipos de intervención o grupos de ellas caracterizados por el objetivo y se proponen ciertos requisitos que representan a la regla de la no contradicción y a la regla del respeto de la realidad aportada por las manifestaciones del paciente. Luego el trabajo propone ciertas rasgos del enactment: el núcleo es un “desvío” del terapeuta respecto de las normas del trabajo clínico, promovido por el influjo del paciente, y en el cual el terapeuta despliega una escena y un personaje de la vida psíquica de dicho paciente.

Luego se expone la síntesis de una sesión, los conceptos y el instrumento con que se estudian los relatos de la paciente así como el instrumento con que se evalúan las intervenciones del terapeuta, ambos inherentes al algoritmo David Liberman. Se concluye que el terapeuta ha desarrollado un enactment de moderada extensión, y se infiere cuál ha sido el influjo aportado por la paciente y cuáles han sido la escena y el personaje que el terapeuta desplegó con sus intervenciones clínicas.

Por fin, se evalúa cuál ha sido el tipo de falla lógica aportada por el terapeuta para el desarrollo del enactment y se afirma que este parecía consecuencia de que el terapeuta carecía de un repertorio alternativo para pensar la situación clínica problemática.

Palabras clave

Enactment, tipos de intervenciones clínicas, contra-transferencia, pensamiento

Abstract

The paper begins with the description of the preconscious-conscious thinking process (as a displacement of the catexis in the way to action) and the logical failures (as logical contradictions and thoughtlessness of their relationship with the information contributed by the attention). In regards the therapist's thinking, five types of interventions or groups of them are described characterized by their objective, and certain requirements are proposed representing the rule of no contradiction and the rule of respect to the reality contributed by the patient. Then the paper proposes some features of the enactment: the core is a "detour" of the therapist regarding the rules of the clinical work, promoted by the patient's influence, in which the therapist develops a scene and a character of that patient's psychic life.

A synthesis of a session, the concepts and the instruments with which the patient's narrations are studied as much as the instrument with which the therapist's interventions are evaluated (both inherent to the David Liberman algorithm) are then exposed. We conclude that the therapist has developed an enactment of moderate extension, and we infer which has been the influence contributed by the patient and which have been the scene and the character that the therapist deployed with his/her clinical interventions.

Finally, we evaluate which type of logical failure has been contributed by the therapist to the development of the enactment and we assert that this seemed to be a consequence of the therapist's lack of an alternative repertoire to think about the problematic clinical situation.

Key words

Enactment, types of clinical interventions, counter-transference, thinking.

I. Procesos de pensamiento del terapeuta en la sesión

En la tradición científica de investigación empírica existen estudios estimulantes centrados en los procesos inferenciales del terapeuta (entre otros, Leibovich de Duarte et al., 2002, Juan et al, 2009). A ello se agregan clasificaciones de los tipos de intervenciones, como la de Elliott et al., 1987, Roussos et al. (2005), Stiles et al. (2006) y Trijsburg et al. (2002), a menudo útiles para comparar las actividades clínicas de terapeutas con diferente orientación o grado de formación, o momentos de un tratamiento, etc.

Este trabajo, como los ya mencionados, toma en cuenta el pensamiento del terapeuta, expresado en sus manifestaciones discursivas durante la sesión. El trabajo continúa una línea de estudios con diferentes diseños, estrategias, instrumentos y procedimientos sobre la mente del terapeuta, a partir del enfoque de sus intervenciones en el intercambio durante la sesión. Un trabajo precedente se ha centrado en la co-construcción entre paciente y terapeuta del proceso de recolección del material significativo, la sintonía y el foco en la primera sesión (Maldavsky, Alvarez, Neves, Tate de Stanley, 2016). Se trata de un trabajo conjunto entre paciente y terapeuta, con acuerdos, rectificaciones, ratificaciones, en el cual participan ambos interlocutores. Otro estudio prestó atención, en la primera sesión del mismo terapeuta con 20 pacientes diferentes, a los deseos dominantes (expresados en las palabras) cuando 1) recolecta información, 2) pretende establecer la sintonía y determinar el foco, 3) realiza intervenciones de nexo (enlaces causales, temporales, de semejanza), o 4) complementarias (síntesis, ejemplificación, etc.) (Maldavsky, Argibay et al, 2016). Un tercer estudio estuvo dedicado a 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 se tomó 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.

Como el foco de este trabajo está puesto en el pensamiento del terapeuta durante la sesión, es conveniente precisar la definición del concepto, que se atiene al marco teórico freudiano. En efecto, Freud (1923b) definió a los procesos de pensamiento como desplazamientos de la energía anímica en el camino hacia la acción. Freud describió además tipos de pensamiento preconscious e inconsciente, y sostuvo que el pensar comienza siendo inconsciente y puede o no acceder finalmente a la conciencia (Maldavsky, 1986). Estos

procesos de pensamiento entran en diferentes transacciones con las exigencias morales y éticas y con las provenientes de la realidad, lo cual conduce al desarrollo de defensas funcionales y patológicas. En relación con el pensar del proceso secundario, preconsciente-consciente, es conveniente tomar en cuenta lo que Freud afirmaba al aludir a lo que llamaba (Freud, 1950a) fallas lógicas, que derivan de haber ignorado las reglas biológicas para el decurso del pensar. Estas reglas “enuncian adónde tiene que dirigirse en cada caso la investidura-atención, y cuándo es preciso detener el proceso de pensar. Tales reglas están protegidas por amenazas de displacer, son obtenidas por la experiencia y se pueden trasponer sin más a las reglas de la lógica. ... El displacer intelectual de la contradicción, a raíz de la cual el decurso de pensar examinador se detiene”, es entonces un displacer “almacenado para proteger las reglas biológicas, que el proceso de pensar incorrecto pone en movimiento” (p. 435). En consecuencia, las reglas que Freud menciona abarcan la consistencia interna en el proceso cogitativo y el respeto a lo captado por la conexión con una realidad que reclama atención.

La definición del pensamiento como proceso de desplazamiento de la energía anímica abre el camino para la operacionalización del concepto en las manifestaciones discursivas. El desplazamiento puede estudiarse con un enfoque microanalítico, considerando las secuencias de actos de habla, cada una de las cuales tendría el valor de una unidad de análisis, o con un enfoque macroanalítico, considerando conjuntos de actos de habla. En un trabajo anterior (Maldavsky, 2018a) se empleó este segundo enfoque para estudiar el pensar del proceso secundario y sus fallas en dos pacientes. En este trabajo, centrado en el proceso de pensamiento preconsciente-consciente del terapeuta, parece conveniente apelar a este mismo enfoque, macroanalítico, en que cada unidad de análisis está compuesta por un conjunto de actos de habla, correspondientes a una o varias intervenciones clínicas. Lo que distingue la construcción de las unidades de análisis en el estudio del pensar preconsciente del paciente y del terapeuta consiste en que en las manifestaciones discursivas de este último el sentido para cada conjunto de intervenciones está dado por el objetivo, que puede ser alguno de estos cinco: 1) recabar información, 2) sintonizar, 3) focalizar, 4) establecer nexos (causales, temporales, de semejanza), 5) realizar complementos (aclaraciones, ejemplos, síntesis). Tanto para el paciente como para el terapeuta, el criterio para la construcción de las unidades complejas de análisis consiste en el objetivo, y lo que los diferencia es que para el terapeuta los criterios son canónicos y restrictivos, y para el paciente son aleatorios, inherentes a cada

caso. El rasgo que distingue a esta categorización de las intervenciones del terapeuta, parece ser su carácter funcional.

En suma, respecto del discurso del terapeuta, cada una de las unidades de análisis está constituida por una o varias intervenciones, a su vez compuestas por uno o más actos de habla. Entre los cinco conjuntos de intervenciones ya mencionados se da un proceso de desplazamiento, de manera tal que cada conjunto presuponga al siguiente y el anterior anticipe al posterior. En esta secuencia han de respetarse estos requisitos: 1) isotopía (es decir que los diferentes conjuntos han de tratar un mismo tema), 2) mantenimiento de la coherencia argumentativa (es decir, atenerse a un orden en las intervenciones, según el cual, por ejemplo, la recolección de la información, la sintonía y la focalización han de preceder al establecimiento de nexos, salvo que la situación clínica amerite una modificación en esta secuencia), 3) oportunidad (es decir, sin intervenciones prematuras o fuera de tiempo), 4) respeto de las manifestaciones del paciente que pueden introducir rectificaciones y alteraciones en el contenido y/o el rumbo de la secuencia del pensar del terapeuta. Según las propuestas de Freud ya citadas, las reglas del pensar del proceso secundario incluyen el mantenimiento de una coherencia interna y el respeto de la información aportada por la atención dirigida hacia el mundo, que en el caso de las sesiones está constituida por las manifestaciones del paciente. Los requisitos 1 y 2 recién enumerados son inherentes a la regla de la no contradicción, y los requisitos 3 y 4 son inherentes a la regla del respeto de la realidad aportada por las manifestaciones del paciente. Cada uno de estos requisitos puede ser alterado o ignorado en determinado momento, y la falla en cuestión puede ser rectificad con ulterioridad.

Las reglas recién descritas forman parte del acervo de la formación clínica, y solo pueden ser transgredidas de manera pautada, siempre y cuando se reconozca la forma originaria de la cual la manifestación concreta es una transformación derivada de la implementación de alguno de los procesos pautados, lo mismo que ocurre para la producción de las figuras retóricas, en las cuales hay normas consensuales que pueden ser trasgredidas siempre y cuando en la versión final se pueda recuperar la forma originaria, porque permanece una invariante, como ocurre con figuras como la metáfora, la sinécdoque, etc. En retórica se han descrito tanto las reglas -fonológicas, sintácticas, semánticas y lógicas, a las cuales se le han agregado (Maldivsky, D., et al., 2005) las orgánicas y las pragmáticas- como los procesos de transformación (supresión, adjunción, permutación). En la terapia, en ocasiones puede invertirse el orden en la secuencia de los tipos de intervención, puede suprimirse parcial o

totalmente uno de tales tipos, etc. (siempre y cuando el cambio implique que tales intervenciones queden presupuestas, por lo general explicitadas en intercambios precedentes), puede multiplicarse de manera insistente un tipo de intervención.

Cuando así no ocurre, y más bien se desconsidera la isotopía, la secuencia, la oportunidad o el respeto por las manifestaciones del paciente, es posible que en el terapeuta haya sobrevenido una narcosis de la auto-observación, responsable del desarrollo del displacer intelectual de la contradicción interna o con las investiduras de atención.

II. Enactment

En los últimos 20 años, surgieron trabajos sobre el enactment con posiciones poco compatibles (ver los útiles panoramas presentados por Bohleber et al., 2013, y por Borenstejn, 2009), que van desde considerarlo una interferencia severa en el trabajo clínico hasta concebirlo como una manifestación inherente al intercambio paciente-terapeuta. Se ha destacado (Maldavsky, 2018b) que existen al menos acuerdos en considerar 1) que el enactment es un fenómeno, es decir, pertenece al terreno de las manifestaciones, 2) que constituye una acción del terapeuta, 3) que esta acción pertenece al campo de las verbalizaciones, 4) que es un “desvío” respecto de las normas del trabajo clínico, es decir que difiere de las acciones convencionales (como la interpretación, la construcción, etc.), 5) que al menos en apariencia hace de interferencia en el logro de las metas clínicas, 6) que el paciente tiene un papel como inductor de ese desvío, y 7) que por lo tanto la acción desarrollada por el terapeuta implica encarnar en sesión algún aspecto de la vida psíquica del paciente. El fenómeno puede abarcar sectores pequeños de una sesión, sesiones íntegras, inclusive un tramo extenso de un tratamiento, lo cual requiere disponer de instrumentos aptos para captar desde manifestaciones sutiles hasta grandes bloques del intercambio entre paciente y terapeuta. El rasgo distintivo del fenómeno del enactment parece ser el “desvío” respecto de una norma, lo cual implica que existe algún tipo de norma que se trasgrede, que tiene un carácter implícito, como ocurre en retórica (Dubois et al., 1970) y cuyos rasgos han sido poco precisados en la bibliografía psicoanalítica.

Un trabajo precedente (Maldavsky, 2017b) ha propuesto criterios para evaluar las intervenciones del terapeuta, inherentes a sus procesos de pensamiento preconsciente-consciente y que forman parte del algoritmo David Liberman-proceso secundario (ADL-PS). Se categorizaron entonces dos tipos de contradicciones lógicas posibles: 1) entre lo que el terapeuta dice a lo largo de la sesión o de un conjunto de ellas y 2) entre lo que el terapeuta dice y los hechos, tanto los del paciente como los propios. Una contradicción del primer tipo

(entre lo afirmado a lo largo de una sesión) puede corresponder a la forma (1a) o al contenido (1b) de las intervenciones. En cuanto al contenido de las intervenciones, la contradicción puede darse entre lo que el terapeuta afirma en las intervenciones centrales y lo que sintetiza en las complementarias, y una contradicción en cuanto a la forma puede darse cuando un terapeuta expone una conclusión sin haber desarrollado con anterioridad los argumentos en que se basa para ello. Una contradicción del segundo tipo (entre lo que el terapeuta dice y los hechos) puede corresponder a una oposición (2a) entre lo que el terapeuta ha focalizado y lo que el paciente dice o muestra por otras vías (movimientos, preferencias sonoras) o (2b) entre lo que el terapeuta expone y lo que hace él mismo. A estas categorías se ha propuesto (Maldavsky, 2017b) agregar algunas otras que también permiten evaluar los procesos preconsciente-conscientes del pensar del terapeuta: el procedimiento (las intervenciones del terapeuta pueden o no derivar de un intercambio con el paciente, en cuanto a tomar en cuenta su opinión, sus rectificaciones, aclaraciones, etc.), la función (si determinada intervención o conjunto de ellas se atiende a un objetivo, más allá de que lo alcance o no), la estrategia de conjunto y por sectores (que puede abarcar a toda una sesión o una parte importante de esta, o puede abarcar solo una parte de una estrategia más amplia, con algún tipo de unidad interna, de carácter menos abarcativo, incluyendo al menos intervenciones de recolección de la información, de sintonía, focalización y nexos, a menudo con el agregado de las complementarias, con lo cual puede llegar a colegirse que en una parte de la sesión un terapeuta posee una estrategia, mientras que en otra parte carece de ella, y desarrolla solo intervenciones para recabar información) y el estilo (si existe o no armonía entre el contenido de lo manifestado por el terapeuta, sus giros expresivos, sus componentes fonológicos y faciales o posturales). La propuesta de considerar estas categorías tenía un carácter especulativo, y parece constituir un aporte a la construcción de las normas de las cuales el enactment se presenta como “desvío”. Con todo, en el trabajo antes mencionado se destacó que todavía no se habían aplicado tales categorías para la evaluación empírica de las manifestaciones del terapeuta.

Las fallas en el proceso del pensamiento del terapeuta, detectables en sus intervenciones, pueden ubicarse entre los desvíos característicos del enactment, es decir que pueden comprenderse tomando en cuenta que el terapeuta desplegó con sus intervenciones una escena y ocupó el lugar de un personaje, correspondientes a la vida psíquica del paciente. Entre los “desvíos” propios del enactment, algunos corresponden al terreno de la coherencia o falta de coherencia en la secuencia de las intervenciones, y otros corresponden a la falta de

enlace entre los dichos del terapeuta y las manifestaciones clínicas. La evaluación de la coherencia o su ausencia entre las intervenciones no requiere otro trabajo que la categorización del tipo al que corresponde cada intervención y la consideración crítica de la isotopía y la secuencia entre cada tipo. En cambio, la evaluación del respeto a las manifestaciones del paciente en las intervenciones del terapeuta requiere un contraste entre lo dicho por este y lo dicho por el paciente. Más precisamente, se podrá apreciar así si el terapeuta ha recolectado o no la información con una orientación clínica que facilite el trabajo ulterior, ha establecido o no la sintonía, ha focalizado o no de manera pertinente en una situación problemática del paciente, ha formulado o no intervenciones de nexo que aporten mayor coherencia y comprensión a una situación problemática y por último, en las intervenciones complementarias, ha realizado o no aclaraciones, síntesis y ejemplificaciones coherentes con lo antes expuesto.

En cuanto a la norma correspondiente a la secuencia de intervenciones o la oportunidad de una de ellas en el conjunto, tiene también su “desvío”. El criterio para evaluar el desvío parece ser doble: por un lado, considerar si se ha respetado la secuencia que va de la recolección de información a la sintonía, de esta a la focalización, etc. (criterio que sigue una lógica del conocimiento en el trabajo clínico) y por otro lado, considerar que habitualmente las intervenciones de sintonía, focalización y nexo no aparecen en el comienzo de la sesión. En cuanto a la norma que consiste en el mantenimiento de una isotopía, es decir que una unidad temática en la tentativa de sintonía, en la focalización, etc., a menos que el discurso del paciente justifique un salto de un tema a otro, el “desvío” podría corresponder al no respeto de la isotopía sin que el discurso del paciente lo justifique.

Cuando el “desvío” constituye una interferencia en la consecución de las metas clínicas e incrementa las dificultades en el trabajo paciente-terapeuta, es posible inferir que en el terapeuta ha quedado neutralizada una capacidad auto-observadora y crítica que lo induciría a rectificar su orientación clínica. Es posible que también ponga en evidencia una carencia de recursos para entender las manifestaciones en sesión desde otra perspectiva (con el correspondiente cambio de orientación clínica) y/o de un repertorio de intervenciones que vehiculice de manera práctica este otro enfoque. La extensión de este “desvío” indicaría entonces la magnitud de la carencia antedicha.

Entre los rasgos fenoménicos del enactment, además, se hallan los influjos del paciente sobre las manifestaciones del terapeuta y el hecho de que el terapeuta ocupa el lugar de un personaje en una escena inherente a la vida psíquica del paciente. Así, pues, una

investigación empírica del enactment ha de aspirar a responder a estos interrogantes: 1) cuál es específicamente el desvío detectado en el discurso del terapeuta, 2) cuál es la extensión de este desvío (que puede indicar la magnitud de la carencia de recursos del terapeuta), 3) cuál es el influjo del paciente para generar dicho desvío, 4) cuál es el personaje y cuál la escena en que el terapeuta queda ubicado. Los dos primeros interrogantes (sobre todo el primero) corresponden al núcleo del enactment, y los otros dos, a su comprensión.

III. Investigación empírica de un caso

III. 1. Síntesis de una sesión

La síntesis de la sesión está segmentada tomando en cuenta la variación en el tipo de intervención del terapeuta.

Lorena (19 años) fue internada psiquiátricamente por un tiempo a propuesta del padre (separado de la madre de la paciente y radicado en una ciudad algo distante) luego de que se provocara cortaduras en los brazos, situación agravada por una intensificación de la ingesta de drogas. Cuando la madre estaba embarazada de ella, se fue a vivir con sus padres y el abuelo materno amenazó al padre de la paciente para alejarlo del parto y los primeros meses de vida de la paciente. El padre solo conoció a su hija meses más tarde. En el presente, ya externada, la paciente alterna la convivencia con la madre y con el novio. Ha solicitado retomar el tratamiento con el terapeuta (15 años de experiencia clínica) que la atendía antes de la internación.

1. En la sesión, ante preguntas del terapeuta, Lorena se refiere a su malhumor por la próxima llegada del padre, a quien no quiere ver. Agrega que supone que el padre va a vivir en la casa que ella habita con su madre. En seguida se refiere a que la madre se iría por tres días a otra ciudad y a que ella se siente poco valiosa.

2. El terapeuta pregunta cómo se siente ante el alejamiento de la madre y la paciente responde que se siente bien, pero hace un chasquido de lengua. El terapeuta le pregunta qué quiere decir para ella sentirse poco valiosa y la paciente responde que se auto-critica permanentemente.

3. El terapeuta le pregunta por qué no quiere hablar con el padre, y la paciente responde que no tolera su presencia, para el padre todo lo que ella haga está mal. El terapeuta le recuerda que el padre había pagado la internación y ahora hace lo mismo con la

psicoterapia. La paciente acepta este argumento pero insiste en que no quiere verlo, ya que cuando ello ocurre él le dice cosas que la dañan. Ella no quiere que él se meta en su vida.

4. a. El terapeuta le dice que le parece que ella está pasiva ante el padre y no puede decirle qué relación quiere tener con él. La paciente insiste: aunque ella diga qué le gusta, no quiere verlo, y el terapeuta comenta que ella parece desesperarse. La paciente explica que se siente obligada por él, tiene que tolerarlo en su casa pese a su negativa a verlo. Además, el padre se enoja si ella se aleja. b. El terapeuta insiste: la paciente parece no tener recursos para entablar con el padre una relación en la cual decirle lo que le molesta de él y aceptar... La paciente lo interrumpe para decirle que eso ella ya lo ha intentado, y que no quiere verlo más, el padre siempre ha sido así, comete errores y luego pide perdón. No quiere gastar tiempo hablando con él. No sabe qué hacer cuando él venga. El terapeuta le pregunta por qué piensa que no sabe manejarse con el padre. La paciente dice que no quiere nada con el padre, que quiere estar con amigas, se va a ir. La pone de mal humor, porque cuando ella trata de que esté todo bien, el padre siempre dice algo que arruina, exagera las cosas. c. El terapeuta le pregunta si no puede hablar con él y ella responde que él no la escucha, no le importaba lo que ella dice, siempre la considera equivocada.

5. El terapeuta le pregunta entonces cómo está por el hecho de que su madre se vaya unos días de viaje. La paciente responde que está bien, solo la angustiaba que el padre... que no se soporta a sí misma. Comenta que de todos modos no se quiere cortar. Agrega que va por la calle, se mira en las vidrieras y se ve tonta, se deprime, tiene la sensación de que se va a quedar sola, su familia la va a dejar, el novio la va a dejar, y se imagina qué haría cuando la dejen sola. Hay días en que se siente bien y otros que no.

6. a. El terapeuta resume lo que ha expuesto con anterioridad en relación con el padre y agrega que ahora la paciente ha hablado de su imagen en el espejo y el sentirse tonta. Comenta que esto que ella dice deriva de que no tiene recursos para relacionarse con el padre. La paciente responde que le choca la personalidad del padre y el terapeuta comenta que parece que él la arrastra. La paciente agrega que el padre la obliga a hacer cosas, la amenaza. Además, le dice cosas feas por teléfono, y luego, al ver que ella se pone mal, le pide perdón, y ella solo quiere que él deje de joderla. b. El terapeuta, aludiendo a una intervención de una sesión anterior (sobre una actitud sacrificial con la madre), le dice que ella espera que él la deje ocupando un lugar de salvavidas de la madre. La paciente manifiesta sus dudas ante lo que el terapeuta dice y luego, ante la insistencia del terapeuta, manifiesta que no está de acuerdo. Agrega que, si la situación es como él terapeuta describe, ella no tiene salida. El

terapeuta le dice que eso es lo que ella manifiesta en relación con la visita del padre. La paciente dice que entonces solo le queda agarrar sus cosas e irse, y que el padre se enoja si ella no le presta atención. El terapeuta le pregunta por qué no le quiere prestar atención. La paciente dice que no lo tolera, que le da rabia. El terapeuta pregunta por qué tiene rabia con él y Lorena responde que desde que se separó de la madre él cometió errores y los quería arreglar cuando ya era tarde y no valía la pena. El terapeuta dice no estar convencido de lo que ella dice y ante el pedido de aclaración de la paciente agrega que la madre le había comentado varias veces que ella se desorientaba cuando el padre le hablaba, como si él la llevara por delante y ella no tuviera cómo manejar la relación con él. La paciente comenta que el padre quiere imponerle cosas a la madre. El terapeuta agrega que la madre parece no poder expresar sus opiniones y pensamientos ante él, dialogar y, si se genera un conflicto con él, ver cómo finalmente se resuelve. La paciente dice que con el padre es imposible, corta el teléfono. Es cierto que la madre no sabe hablar con el padre, y el padre en seguida se enoja y corta la comunicación. El terapeuta le dice que ella parece estar respondiendo ante el padre igual que su madre, no tiene cómo manejar un diálogo con él. La paciente reitera que no le interesa. c. El terapeuta insiste: el padre ha hecho cosas por ella, como internarla. La paciente lo interrumpe con enojo, diciendo que él es un idiota y que las internaciones fueron una porquería. El terapeuta le replica que las internaciones fueron por algo que ella había hecho. La paciente lo admite, y agrega que eso ha ocurrido tiempo atrás. El terapeuta insiste: la internación fue una respuesta a una conducta de la paciente, y el padre la había hecho por indicador del equipo tratante, entre ellos él mismo. La paciente acompaña esta argumentación del terapeuta asintiendo con monosílabos. El terapeuta prosigue: ella ha dicho que quería retomar su tratamiento y el padre la ha escuchado y ha decidido pagárselo. Agrega que no entiende por qué ella se desespera cuando viene el padre. La paciente responde que no lo quiere ver. El terapeuta le pregunta si es falta de amor y la paciente replica que el padre no la trata bien ni a ella, ni a sus amigos, ni a su madre, y eso siempre la enojó.

7. Luego de una pausa la paciente dice estar angustiada porque desde el día anterior no tiene seguridad en ella misma, cuando camina por la calle no quiere que nadie la vea. El terapeuta le pregunta qué ha pasado y la paciente responde que estando en la casa del novio empezó a sentir que ella era poco para él. Agrega que no sabía por qué él estaba con ella. Ante preguntas del terapeuta aclara que él sabe muchas cosas y no puede hablar con ella.

8. El terapeuta replica que el novio la había elegido. Le pregunta si ella no estaría queriendo irse de la relación. La paciente aclara que ella lo ama, y que cree que le haría un

favor si lo deja. El día anterior el novio no le había dicho que se quedase con él en su casa, le había dicho que decidiera ella si se quedaba o no. Entonces ella decidió irse. Le hubiera gustado quedarse, pero estaba con él desde hacía tres días, y se decía a sí misma que debía irse, porque él se iba a cansar de ella. En su casa no se podía dormir y se empezó a angustiarse pensando que era muy cargosa, y que las últimas horas que había estado con él en su casa lo estuvo molestando. Sintió que él se alegraba de que ella se fuera. El terapeuta dice que a veces en las parejas es necesario que cada uno tenga su espacio. La paciente acepta estos comentarios. Agrega que siente que ahora él la conoce más y se decepcionó, porque en el último tiempo, dado que intentó dejar de fumar, había engordado 4 kgs y no dejó el cigarrillo.

9. El terapeuta le pregunta si se le ocurre algo respecto de los momentos en que se sentía tonta y parecía perder la posibilidad de pensar. La paciente responde que solo se le ocurre que hubiera debido ponerse a estudiar cuando debía, y no lo había hecho. El terapeuta comenta que quedan temas pendientes, y que es hora de terminar. Manifiesta que es conveniente seguir pensando en la descripción de la paciente sobre su sentirse atontada. La paciente dice que no sabe qué haría, y aclara que está tratando de sentirse mejor pero no puede. A veces le ocurre que se pone mal y cuando sale de la sesión mejora.

III. 2 Conceptos, instrumentos, procedimientos.

Para el estudio del discurso de la paciente se implementará el ADL-R, que pretende evaluar los deseos y las defensas y su estado en los relatos. Los deseos considerados son los clásicamente descritos por Freud (1933a) y Abraham (1924): oral primario (O1), sádico oral secundario (O2), sádico anal primario (A1), sádico anal secundario (A2), fálico uretral (FU), fálico genital (FG), con el agregado de la libido intrasomática (LI), que Freud (1926d) considera un primer momento en que la libido inviste órganos antes de recaer sobre las zonas erógenas periféricas. En cuanto a las defensas centrales, figuran algunas funcionales y otras patológicas, como la represión, la desmentida y la desestimación de la realidad y la instancia paterna, o la desestimación del afecto. Estas defensas pueden tener tres estados: exitoso (cuando el yo logra rechazar lo displacentero y mantiene su sentimiento de sí), fracasado (cuando lo rechazado retorna y sobreviene la angustia), exitoso/fracasado (cuando el yo logra rechazar lo displacentero pero no mantiene el sentimiento de sí, o cuando retorna lo rechazado y no sobreviene la angustia). Para la evaluación de los deseos en los relatos el ADL dispone de una grilla, de la cual se transcribe un sector (Tabla I), y para la evaluación de las defensas y su

estado dispone de un instructivo consistente en una secuencia de pasos posteriores al estudio de los deseos (Maldavsky, 2013).

Para el análisis del trabajo del terapeuta en la sesión usaremos la categorización funcional de las intervenciones clínicas (Maldavsky, 2013), ya mencionadas. Estas funciones son 1) introductoria (de contacto y recolección de información), 2) sintonía, 3) focalización 4) establecimiento de nexos (causales, temporales, de semejanza) y 5) complementarias (síntesis, ejemplificación, aclaración). A ello le agregaremos el estudio de las intervenciones clínicas con el ADL-PS, que pretende evaluar el proceso de pensamiento del terapeuta tomando en cuenta si existen o no contradicciones internas o con los estímulos aportados por la atención.

Pasos en la investigación: 1) estudio de los deseos y las defensas (y su estado) en las escenas relatadas por el paciente, 2) estudio de las intervenciones del terapeuta para determinar su consistencia lógica (existencia de contradicciones internas o con las manifestaciones del paciente), 3) detección y comprensión de un enactment resistencial.

III. 3. Síntesis del estudio de los deseos y las defensas (y su estado) en los relatos de la paciente

El análisis de los relatos de la paciente con el ADL-R (Maldavsky, 2013) permitió diferenciar tres temas expuestos por la paciente: 1) el conflicto con el padre, 2) la relación con la madre, 3) la relación con el novio. La tendencia al alejamiento que homologaba a la paciente con su madre se manifestaba tanto con el padre como con el novio, y el sentirse limitada intelectualmente como la madre se hizo presente en su relación con el novio. Es posible que este mismo sentimiento de limitación se le hiciera presente en el vínculo con el padre, y que se sintiera atrapada a su lado, sin poder aplicar la solución de la fuga como la madre. En consecuencia, de los tres temas, el que parecía central era el conflicto con el padre, entendido en términos de una situación en que el yo se encuentra impotente para enfrentar una realidad superior a sus recursos y además no puede apelar al mecanismo de fuga, como puede ocurrir en las situaciones traumáticas. Se combinaban entonces LI + fuga fracasada y O1 + desmentida fracasada. Así, pues, con el novio Lorena se sentía mentalmente paralizada (O1 + desmentida fracasada) pero podía fugar, como la madre, pero con el padre se le combinaban la parálisis del pensamiento y el fracaso del mecanismo de fuga. Con respecto al alejamiento de la madre, la paciente desplegaba una defensa patológica exitosa (O2 + desmentida exitosa) que luego tenía su costo, como ser el sentirse tonta (O1 + desmentida fracasada) y poco valiosa (O2 + desmentida fracasada) ante terceros. De tal modo, con respecto al novio se combinaban una

defensa patológica exitosa y otra fracasada, con respecto a la madre predominaba una defensa patológica exitosa inicial con un costo posterior ante terceros, cuando dicha defensa fracasaba, y con respecto al padre se combinaban dos defensas patológicas fracasadas.

III. 4. El “desvío” (enactment) y su comprensión.

Las intervenciones del terapeuta aspiran en 1 y en 7 a recolectar información, en 2 y 5 a lograr la sintonía, en 3 y en 9 a focalizar, y en 4, en 6 y en 8 a establecer nexos.

Al comienzo la paciente presenta tres temas que le resultan displacenteros: llegada del padre, alejamiento de la madre, sentimiento de minusvalía. De los tres temas, el terapeuta en sus bloques de intervenciones 2, 3 y 4 se centra en el primero, la llegada del padre y el conflicto de la paciente con él. En 4 insiste al menos en tres oportunidades (a, b, c) en destacar el peso del conflicto de la paciente con el padre. En 5 pretende sintonizar con la paciente respecto del alejamiento transitorio de la madre, pero en 6 insiste: el alejamiento de la madre, su sentimiento de minusvalía y sus dificultades para pensar se relacionan con el conflicto con el padre (6.a). El terapeuta establece entonces un nexo mayor: Lorena aparece como salvavidas de la madre ante el padre (6.b), y en 6.c alude a la actitud protectora del padre. Ante los insistentes rechazos de la paciente a sus intervenciones, y tras un silencio luego del cual la paciente se refiere a su malestar con el novio, el terapeuta vuelve a recabar información en 7. En 8 establece algunos nexos sin que con ello parezca alterar el malestar de la paciente. En 9, por fin, propone focalizar en un punto: las dificultades de la paciente para pensar, que durante el intercambio ha decantado por su importancia.

Es llamativa la insistencia del terapeuta en el establecimiento de nexos relacionados con el conflicto de la paciente con el padre, a lo cual se dedica en 4 y en 6, con el reiterado rechazo de Lorena. También es llamativo que el terapeuta hubiera intentado sintonizar con la paciente respecto de las otras dos situaciones que esta mencionó de entrada (alejamiento de la madre por unos días, sentimiento de ser poco valiosa) pero no respecto de la tercera (venida del padre a quien no quería ver), por lo cual la decisión de encarar este punto en 4 y 6 tiene algo de precipitado. Es más notable la insistencia del terapeuta en 6, luego de que la paciente hubiera aludido nuevamente a otros malestares, que el terapeuta conecta con el rechazo que ella tiene por el padre. Su insistencia en cuanto al valor del rechazo de la paciente al padre condujo al terapeuta a focalizar tardíamente (en 9) en un problema que Lorena había expuesto con anterioridad (se sentía tonta), por lo cual solo pudo destacar la relevancia del tema. Del

mismo modo, en 8 el terapeuta se apresura a establecer nexos sin haber sintonizado con el estado de la paciente, que esta explicita en parte en 8.

Tomando en cuenta las cuatro reglas antes mencionadas respecto del pensar del proceso secundario (1) isotopía, 2) mantenimiento de la secuencia, 3) oportunidad, 4) respeto de las manifestaciones del paciente que pueden introducir rectificaciones y alteraciones en el contenido y/o el rumbo de la secuencia del pensar del terapeuta), como expresiones las dos primeras del mantenimiento de una coherencia interna y las dos últimas del respeto de la información aportada por la atención dirigida hacia el mundo, es posible apreciar una precipitación en el pasaje de 3 a 4, una falta de unidad temática desde 5 hasta 9, una falta de oportunidad en 7, y una falta de respeto de las manifestaciones de la paciente sobre todo en 6. De todas estas fallas la más severa es la que se observa en el bloque de intervenciones 6 (desconsideración de las manifestaciones de la paciente), que introduce a su vez la falta de unidad temática y la falta de oportunidad.

Es posible concluir que las intervenciones clínicas de 4 y sobre todo de 6 constituyen un “desvío” contrario a las metas clínicas, en que se incrementaron las dificultades para el trabajo conjunto paciente-terapeuta. El “desvío” fue solo transitorio, pero tuvo consecuencias sobre el resto de la sesión, ya que el terapeuta no pasó a desarrollar una estrategia clínica alternativa. En estos segmentos de la sesión es posible que en el terapeuta estuviera narcotizada la capacidad auto-observadora y crítica, circunstancia que se combinaba con que parecía no hallar otras alternativas para encarar la situación clínica. La extensión de este “desvío” parece abarcar sobre todo hasta 7, y la reorientación clínica culmina en 9, con la decantación del problema de la parálisis del pensamiento.

En cuanto a la comprensión de este “desvío”, la escena desplegada en la sesión, en que el terapeuta insistía en una orientación que la paciente rechazaba, parecía asemejarse a la escena en que al padre se le impidió acercarse a la paciente recién nacida y a la escena en que en el presente la misma paciente reitera su malestar por el acercamiento del padre. El terapeuta parecía repetir en esta situación una dificultad del padre para no precipitarse en una actitud obstinada y para encontrar una salida más constructiva al conflicto.

Es posible que la paciente indujera esta actitud del terapeuta al afirmar que no la afectaba el alejamiento transitorio de la madre, en 2. La insistencia del terapeuta en preguntar en 5 sobre el estado de la paciente ante el alejamiento de la madre podría ser considerada como indicadora de la eficacia que tuvo para él que la paciente sostuviera en 2 que se sentía bien ante este hecho.

IV. Comentarios finales

El trabajo comienza describiendo el proceso de pensamiento preconsciente-consciente (como un desplazamiento de las investiduras en el camino hacia la acción) y las fallas lógicas (como contradicciones lógicas y como desconsideración de su relación con la información aportada por la atención). En relación con el pensamiento del terapeuta, se describen cinco tipos de intervención o grupos de ellas caracterizados por el objetivo y se propone determinados requisitos para el desplazamiento del pensar, expresiones de las reglas de no contradicción y de respeto de las manifestaciones del paciente.

Luego el trabajo propone ciertos rasgos del concepto de enactment. Propone que el núcleo es el “desvío” en las intervenciones clínicas, que tiene una cierta extensión y es promovido por el influjo del paciente, por lo cual el terapeuta en sus intervenciones despliega una escena y un personaje de la vida psíquica del primero.

A continuación se estudia una sesión, que se describe con cierto detalle. Tras presentar los conceptos (deseos y defensas y su estado) y el instrumento para la evaluación de los relatos (ADL-R), se analizan con ellos los temas centrales tratados por la paciente y las relaciones entre ellos. Al considerar las intervenciones del terapeuta, se detecta un enactment y su extensión, se precisa cuál es el tipo de enactment (desconocimiento de determinadas manifestaciones de la paciente), cuál ha sido el influjo del paciente y qué personaje y qué escena de la vida psíquica del paciente el terapeuta desplegó.

La investigación llevada a cabo concluye que en el “desvío” se observaron manifestaciones correspondientes a varias de las categorías propuestas para caracterizar un enactment, entre las cuales algunas parecían nucleares y otras secundarias, consecuencia de las primeras. Entre las nucleares pareció tener importancia la desconsideración por el terapeuta de las manifestaciones de la paciente, que a su vez parecía consecuencia de que el terapeuta carecía de un repertorio alternativo para pensar la situación clínica problemática.

Cabe destacar también que J. M. Rembado (2018) ha desarrollado una muy cuidadosa investigación empírica del discurso de la paciente y los efectos que en ella provocaba (sobre todo el incremento en la magnitud de la angustia y el fracaso de una defensa patológica) algún desacierto en las intervenciones del terapeuta, sea por su forma, sea por su contenido. Una y otra investigación tienen un carácter complementario.

Algunos autores tienden a equiparar enactment y contra-transferencia (Jacobs, 1986, Sandler, 1976), propuesta algo apresurada que desconsidera dos aspectos. Por un lado, el enactment constituye una manifestación, mientras que la contra-transferencia no es

observable, sino que se la infiere. Entonces se podría aprovechar de tal propuesta proponiendo que el enactment es una manifestación que permite operacionalizar el concepto de contra-transferencia. Por otro lado, la propuesta ya rectificada (el enactment como camino para inferir la contra-transferencia) sería aceptable solo si se define a la contra-transferencia como reacción global del terapeuta ante su paciente, pero no si se pretende considerar a la contra-transferencia, como lo proponía Freud (1910d), es decir entendida como resistencia, lo cual implica que el terapeuta ha errado el camino clínico, en cuyo caso se requiere además, como en esta oportunidad, encontrar indicadores de que sus intervenciones constituyen un obstáculo en la consecución de una meta clínica. En este sentido, como lo sugieren Kachele et al. (2015), el enfoque del discurso en la sesión parece ser uno de los caminos indicados para los avances en el terreno de la investigación empírica, de lo cual el presente estudio se constituye en testimonio.

Referencias Bibliográficas

Abraham, K. (1924), A short study of the development of the libido, in *Selected Papers Of Karl Abraham* (E. Jones, ed.), The International Psycho-Analytical Library, London, 1927.

Bohleber, W., Fonagy, P., Jiménez, J. P., Scarfone, D., Varvin, S., Zysman, S. (2013), Towards a better use of psychoanalytic concepts: A model illustrated using the concept of enactment, *International Journal of Psycho-Analysis*, 94, 3.

Borenstejn, C. (2009), El enactment como concepto clínico convergente de teorías divergentes, *Revista de Psicoanálisis*, LXVI, 1.

Dubois, J., Edeline, F., Klinkenberg, J. M., Minguet, M., Pire, F., Trinon, H. (1970), *Rhétorique générale*, Larousse, París.

Elliott, R., Hill, C., Stiles, W. B., Friedlander, M. I, Mahrer, A.R., Margison, F. R. (1987), Primary Therapist Response Modes: Comparison of Six Rating Systems, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 2.

Freud, S. (1910d), The Future Prospects of Psycho-Analytic Therapy, Standard Edition, XI, London.

Freud, S. (1923b), *The Ego and the Id*, Standard Edition, XIX, London.

Freud, S. (1926d), *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, Standard Edition, XX, London.

Freud, S. (1933a), *New Introductory Lectures on Psycho-Analysis*, Standard Edition, XXII, London.

Freud, S. (1950a), *Project for a Scientific Psychology*, Standard Edition, I, London.

Jacobs, T.J. (1986), On countertransference enactments, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 2.

Juan, S., Etchebarne, I., Waizmann, V., Leibovich de Duarte, A., Roussos, A. (2009), El proceso inferencial clínico, el pronóstico y las intervenciones del psicoterapeuta, *Anuario de investigaciones*, 16.

Kächele, H., Erhardt, I., Seybert, C., Buchholz, M. B. (2015), Countertransference as object of empirical research?, *International Forum of Psychoanalysis*, 24, 2.

Leibovich de Duarte, A., Huerín, V., Roussos, J., Rutzstein, G., Torricelli F. (2002), Empirical Studies on Clinical Inference: Similarities and Differences in the Clinical Work of Psychotherapists with Different Theoretical Approaches and Levels of Experience, *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*, segunda edición revisada, International Psychoanalytic Association, Londres.

Maldavsky, D. (1986), *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*, Amorrortu, Buenos Aires, 1988.

Maldavsky, D. (2003), A Contribution to the Development of a Psychoanalytical Methodology for Research into Language: A Systematic Study of Narration as an Expression of the Sexuality, *International Journal of Psycho-Analysis*, 84, 3.

Maldavsky, D. (2007), *La Intersubjetividad en la Clínica Psicoanalítica*, Lugar editorial, Buenos Aires.

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*, UBA, 20, 3.

Maldavsky, D. (2016), Un instrumento para el estudio de los deseos, las defensas y su estado en los relatos de los pacientes, *Estudios de Psicología/Studies in Psychology*, 37, 2-3.

Maldavsky, D. (2017a), Sobre el establecimiento de la sintonía en la primera sesión y la defensa del paciente, *Summa Psicológica UST* (Chile), 14, 2.

Maldavsky, D. (2017b), Aportes al método de estudio de la mente (deseos y pensamientos) del terapeuta en la sesión, en particular en las perturbaciones contratransferenciales, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 21, 1.

Maldavsky, D. (2018a), Nuevos aportes al método de investigación del proceso secundario y sus fallas en el discurso del paciente: instrumentos, procedimientos, aplicaciones, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 22, 1, en prensa.

Maldavsky, D. (2018b), Investigación empírica del enactment: operacionalización, instrumentos, ejemplos, *Pensamiento Psicoanalítico Latinoamericano Contemporáneo*, edición de FEPAL.

Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., et al.(2005), *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)*, UCES ed., Buenos Aires.

Maldavsky, D., Álvarez, L.H., Neves, N., Tate de Stanley, C. (2016), Description and illustration of an instrument for study the first steps in the creation of the therapeutic alliance, presentado en la Joseph Sandler Conference, Buenos Aires.

Maldavsky, D., Argibay, J. C., Scilletta, D., Rembado, J. M., De Simone, L., Otálora, J., y García Grigera, H. (2016), Estudio de las intervenciones de un mismo terapeuta con 20 pacientes en la primera sesión *Subjetividad y procesos cognitivos*, 20, 1.

Rembado, J. M. (2018), *Descripción y ejemplificación de un instrumento para el análisis del tipo de afecto y del estado de la defensa en el componente tonal del lenguaje* (director: David Maldavsky), tesis de doctorado en psicología, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

Roussos, A. J., Etchebarne, I., y Waizmann, V. (2006), Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica, *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 13.]

Sandler, J. (1976), Countertransference and Role-Responsiveness, *International Review of Psycho-Analysis*, 3.

Stiles, W. B, Leiman, M, Shapiro, D. A, Hardy, G.E., Barkham, M., Detert, N. y Llewelyn, S. P (2006), What does the first exchange tell? Dialogical sequence analysis and assimilation in very brief therapy, *Psychotherapy Research*, 16, 4, 408-421.

Trijsburg, R. W, Frederiks, G. C. F. J, Gorlee, M., Klouwer, E., den Hollander, A. M., Duivenvoorden, H. J. (2002), Development of the Comprehensive Psychotherapeutic Intervention Rating Scales (CPIRS), *Psychotherapy Research*, 12, 3.

Tabla I

Deseos y escenas en el relato (segmentos)

DESEO ESCENA	FG	FU	A2	A1	O2	O1	LI
Estado inicial	Armonía estética	Rutina	Orden jerárquico	Equilibrio jurídico Natural	Paraíso	Paz cognitiva	Equilibrio de tensiones
Primera transformación: despertar del Deseo	Deseo de Completud estética	Deseo ambicioso	Deseo de dominar a un objeto en el marco de un juramento público	Deseo justiciero	Tentación. Expiación	Deseo cognitivo abstracto	Deseo especulativo
Segunda transformación: tentativa de consumir el deseo	Recepción de un Don-regalo	Encuentro con una marca paterna en el fondo del objeto	Discernimiento de que el objeto es fiel a sujetos corruptos	Venganza	Reparación	Acceso a una Verdad	Ganancia de goce por la intrusión orgánica