

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA DE LA CONTRA-TRANSFERENCIA CON EL ALGORITMO DAVID LIBERMAN (ADL): OPERACIONALIZACIÓN DEL CONCEPTO, SÍNTESIS DEL MÉTODO, HALLAZGOS Y CONCLUSIONES

EMPIRICAL RESEARCH OF COUNTERTRANSFERENCE WITH THE DAVID LIBERMAN ALGORITHM (DLA): OPERATIONALIZATION OF THE CONCEPT, SYNTHESIS OF THE METHOD, FINDINGS AND CONCLUSIONS

David Maldavsky¹

Resumen

El trabajo tiene como objetivo sintetizar los aportes recientes sobre la investigación empírica de la contra-transferencia con el algoritmo David Liberman (ADL), en cuanto a la discusión conceptual, la operacionalización del concepto, la justificación y la presentación de los instrumentos y los consiguientes procedimientos. El trabajo termina con una síntesis de los hallazgos y de las nuevas perspectivas que se abren con el desarrollo de nuevos instrumentos y enfoques en la investigación empírica de la mente del terapeuta.

Palabras clave: intersubjetividad, mente del terapeuta, deseos, defensas.

Summary

This work aims at synthesizing recent contributions to the empirical investigation of countertransference with the David Liberman algorithm (DLA) in terms of the conceptual discussion, the operationalization of the concept, its justification and the presentation of the instruments and subsequent procedures. The work ends with a synthesis of the findings and new perspectives that lie ahead with the development of new tools and approaches concerning the empirical research of the therapist's mind.

Key words: intersubjectivity, therapist's mind, wishes, defenses.

¹ Director del Doctorado en Psicología UCES. Director de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento UCES.

Conceptos

Con el auge del enfoque de la relación paciente-terapeuta desde la perspectiva de la intersubjetividad, el interés científico por el estudio de la contra-transferencia pasó de ser un aspecto circunscripto, enfocado por autores como P. Heimann (1950, 1960) o H. Racker (1953) en una primera época, para ser un punto central dentro de la argumentación de los autores recientes que procuran destacar el valor del aporte de la subjetividad del terapeuta con una posición que no coincide con la pretendida neutralidad que le ha sido atribuida. El estudio del proceso por el cual se realiza este influjo y los factores en juego también fue objeto de interés para los autores post-freudianos. Algunos autores con orientación kleiniana suelen atribuir la contra-transferencia a la eficacia de ciertas defensas del paciente, sobre todo la identificación proyectiva (véase, entre otros, Etchegoyen, 1986, Hinshelwood, 1989), mientras que otros autores, sobre todo lacanianos, ponen el foco en el deseo del terapeuta (Lacan, 1964. 1966). En consecuencia, unos toman en cuenta la defensa y otros el deseo, cuando es posible que ambos conceptos sean necesarios para el enfoque de la contra-transferencia. A ello se agrega la propuesta de homologar el concepto de contra-transferencia con el de *enactment*, desarrollado sobre todo por autores americanos y británicos (Jacobs, 1986, Ogden, 1994, Renik, 1993). Suele entenderse el *enactment* como una manifestación (sobre todo verbal, aunque también puede incluir el terreno no discursivo) del terapeuta que sea equiparable a la de un personaje de la vida psíquica del paciente o a algún aspecto del paciente mismo). La extensión de esta homologación entre conceptos llevaría a proponer inclusive que el concepto de contra-transferencia no tiene razón de ser, y que puede ser remplazado por el de *enactment*. Sin embargo, el concepto de contra-transferencia parece contener un rasgo que lo distingue, al menos en la versión que Freud da de él. En efecto, Freud consideraba que la contra-transferencia constituye una interferencia clínica, una resistencia que el terapeuta aporta al trabajo con el paciente. Freud (1910d) afirmó que la contra-transferencia “se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente” (p. 136), y propuso una tarea para el terapeuta: “que la discierna dentro de sí y la domine”, recurriendo al autoanálisis. Freud (1910d) sostenía que esta contra-transferencia derivaba en el terapeuta de sus “propios complejos y resistencias interiores” (p. 136). Más adelante Freud (1913c) aconsejó al terapeuta “someterse a un análisis por un experto” (p. 116), en lugar del autoanálisis. Algunos autores (como Cassorla, 2013) han llegado a sostener que el *enactment* puede interferir seriamente el trabajo clínico. En tal caso podría sostenerse que el *enactment* tiene un carácter resistencial, y en consecuencia, dentro de la argumentación que tiende a homologar ambos conceptos, se atenuarían las diferencias entre ellos, hasta el punto de equipararse. Sin embargo, otro aspecto de este problema requiere nuestra atención, ya que, al menos si consideramos la definición de Freud, la contra-transferencia alude a un concepto inobservable (que involucra el inconsciente del terapeuta y posiblemente también el del paciente), que es necesario inferir, mientras que el *enactment* alude sobre todo a una manifestación,

a un observable. Por lo tanto, parece necesario dar un paso más en esta discusión, y proponer que el *enactment* resistencial podría ser un terreno en que se hace evidente una contra-transferencia como interferencia en el trabajo clínico.

Operacionalización, instrumentos

Realizadas estas estipulaciones conceptuales, es conveniente que nos centremos en el terreno de la investigación empírica, a la cual nos aproximamos ya en Maldavsky et al., 2005 y 2006. 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, mientras que la contratransferencia es solo parcialmente consciente, y por ello parece requerirse de algún otro instrumento que pueda investigar también los aspectos inconscientes de estas manifestaciones. Tampoco se puede estudiar con estos instrumentos lo que Freud denominaba “el influjo” del paciente sobre el terapeuta en dicha interferencia en el trabajo clínico. Por todo ello, propongo investigar la contratransferencia a través del estudio del intercambio paciente-terapeuta en las transcripciones de las sesiones.

Esta propuesta requiere que encaremos el problema de la operacionalización de los conceptos, tomando en cuenta que, al menos en la definición freudiana, están en juego dos procesos psíquicos, el de paciente y terapeuta, cada uno con sus deseos (según la sugerencia de autores lacanianos) y defensas (según la propuesta de autores kleinianos). Para la operacionalización de estos conceptos (deseo y defensa), implicados en el concepto de contra-transferencia, propongo apelar al concepto de *enactment*, que, como expuse poco más arriba, corresponde al terreno más cercano a las manifestaciones. En consecuencia, es conveniente preguntarse cómo se evidencia en las sesiones un *enactment* en general y cómo se evidencia que este *enactment* es resistencial. Ya destacamos que en el *enactment* el terapeuta se ubica en el lugar de un personaje de la vida psíquica del paciente o en el lugar del paciente mismo. Puede ubicarse, por ejemplo, en el lugar de un padre que pierde el rumbo, en el lugar de un hermano triunfalista, en el lugar de una madre que invade con sus terrores, en el lugar de un hijo celoso, y también puede ubicarse en el lugar del paciente mismo somnoliento o furioso. Para un estudio empírico de la contra-transferencia como *enactment*, es necesario preguntarse cómo detectar manifestaciones como las que he mencionado poco más arriba. Para ello parece necesario disponer de un repertorio de las escenas que el paciente relata de su vida cotidiana y de las que despliega en el vínculo terapéutico. Una escena de la vida cotidiana relatada puede consistir en que un hermano, en las reuniones de los domingos, hace un exhibicionismo jactancioso de su saber, de su dinero, de su elegancia, mientras que el narrador sufre como derrotado en la contienda.

Una escena desplegada en la sesión puede consistir en que el paciente pase la hora aludiendo a sus rutinas y las de su familia y cuando la sesión está terminando comience a hablar de un tema que lo angustia y pida extender el horario estipulado dado que le ha aparecido una súbita urgencia. La primera de las escenas constituye un relato y la segunda, en cambio, se despliega durante la sesión. Puede detectarse un *enactment* del terapeuta si en la sesión el paciente que relataba las escenas con el hermano, al contar sus tribulaciones y manifestar sus limitaciones expresivas, se topa con intervenciones en que el terapeuta expone un brillo intelectual expresado con un lenguaje ocurrente y lleno de sutilezas. También puede detectarse un *enactment* en la sesión con el paciente que alude a sus rutinas si el terapeuta a su vez al final de la hora se extiende en una larga exposición de lo que ha pensado y callado, todo ello dicho mientras el paciente recoge sus pertenencias para irse. En la primera de estas respuestas del terapeuta es posible inferir que se ha ubicado en el lugar del hermano triunfalista y en la segunda es posible inferir que se puso en el lugar del paciente mismo. Otra alternativa consiste en que el terapeuta escoja como foco (que en ocasiones ha sido llamado “punto de urgencia”) para el trabajo en sesión un tema que no parece corresponder a aquello que al paciente lo angustia sino a aspectos en que manifiesta cierto bienestar, como indicador de que el terapeuta se ha ubicado en el lugar de un padre desorientado (tal como el paciente lo relata al referirse a sus recuerdos de infancia y adolescencia con su progenitor) que conduce al hijo por un camino que lleva a un callejón sin salida. Otro tipo de *enactment* podría ser que el paciente relate que en momentos de angustia y desconcierto le resultó muy útil, en su adolescencia, que un docente le preguntara qué pensaba y lo ayudara a tomar determinadas decisiones, y que el terapeuta, en un momento en que el paciente se halla en un estado de desasosiego y falta de definición respecto de un problema reciente, deja de formular señalamientos, interpretaciones, etc., y tiende más bien a dirigirle preguntas centradas en las situaciones conflictivas y los pensamientos del paciente acerca de ellas.

He dado cuatro ejemplos de situaciones de *enactment*. Entre ellos, los tres primeros tienen un carácter resistencial y el cuarto tiene un carácter funcional, acorde con las metas clínicas. En todos estos ejemplos lo común es el *enactment* y lo diferente es su carácter, resistencial o acorde a las metas clínicas. Por lo tanto, el estudio del *enactment* en general requiere disponer de instrumentos para estudiar las escenas relatadas o desplegadas por el paciente y las escenas desplegadas por el terapeuta en la sesión. Para decidir si este *enactment* es funcional o resistencial es necesario además determinar si las intervenciones clínicas resultan clínicamente pertinentes o no. Si las intervenciones resultan pertinentes, entonces estamos en el terreno del *enactment* con una función acorde con las metas clínicas, y si no son pertinentes, entonces estamos en el terreno de la contra-transferencia como resistencia, como *enactment* resistencial. Nótese que las intervenciones clínicamente no pertinentes pueden inferirse porque las intervenciones son clínicamente no pertinentes por su contenido (por ejemplo una intervención que centra el problema del paciente en un aspecto, cuando

lo más importante es otro aspecto) o por su forma (por ejemplo, intervenciones en que el terapeuta hace gala de un estilo rico y elaborado ante un paciente con un estilo con pobreza de recursos expresivos). En efecto, respecto del contenido, a veces el carácter resistencial de la propuesta del terapeuta se hace evidente en las intervenciones introductorias, por la dispersión en la búsqueda de información para localizar y precisar los focos problemáticos, por una reiteración insistente en el pedido de información sobre un tema, por la irrupción de una intervención de focalización prematura, en el momento de recolección de la información. Otras veces la falla clínica se expresa en las intervenciones de sintonía, en las cuales el terapeuta colige un estado de tristeza cuando se trata de un estado de somnolencia y apatía. Otras veces la falla se expresa en la no elección del foco del conflicto remplazado por algún otro aspecto de los que mencionó el paciente, o en el establecimiento incorrecto de los nexos causales, no acordes con la realidad psíquica que el paciente ha descrito, lo cual puede evidenciarse por una aparente aceptación de sus formulaciones por el paciente, mientras que al mismo tiempo ingresa en un estado de parálisis. En otras oportunidades la falla clínica se observa en las intervenciones complementarias, por ejemplo cuando la síntesis o la ejemplificación por el terapeuta no coinciden con lo central de las intervenciones previas. La otra forma de expresión de las perturbaciones contra-transferenciales corresponde ya no al contenido de la intervención sino al modo de formularla, en los actos de habla, en el estilo. Por ejemplo, puede llegar a inferirse que el terapeuta, al intervenir, presenta contradicciones entre el decir y el hacer (con los actos de habla), o incluye un número considerable de frases opositivas, adversativas (expresadas como un valor alto en la distribución de frecuencias del deseo correspondiente) con un paciente con rasgos obsesivos, o de dramatizaciones (expresadas de este mismo modo) con un paciente con rasgos histéricos, o afirmaciones ambiguas y generales (expresadas del mismo modo) con un paciente con rasgos fóbicos. También es conveniente tomar en cuenta que un terapeuta puede tener una resistencia de contra-transferencia que se extienda por un momento, con lo cual desarrolla una estrategia clínica errónea, mientras que en un momento posterior se rectifica y pasa a desarrollar una estrategia clínicamente más oportuna.

En cualquiera de estas circunstancias la investigación empírica de la contra-transferencia requiere de 3 instrumentos para detectar, respectivamente, 1) deseos y defensas y su estado en los relatos del paciente (para estudiar las escenas relatadas por el paciente), 2) deseos y defensas en los actos de habla de paciente y terapeuta, incluyendo una distribución de frecuencias de los deseos en cada interlocutor (para estudiar las escenas desplegadas por el paciente y sobre todo por el terapeuta), 3) las intervenciones del terapeuta en su función y un criterio para decidir sobre el carácter funcional o resistencial de lo que dice en cuanto a su forma y en cuanto al contenido (para detectar el carácter clínicamente pertinente o no de tales intervenciones). Los instrumentos 1 y 2, combinados, permiten estudiar el *enactment*, cuando el terapeuta despliega en sesión alguna escena que repite la de algún personaje de la vida psíquica del paciente

o del paciente mismo. Solo el instrumento 3 permite decidir sobre el carácter resistencial o funcional de estas repeticiones. Con estos recursos resulta posible determinar si el terapeuta ha desarrollado una contra-transferencia como *enactment* resistencial.

Para el estudio de los deseos y las defensas y su estado en las manifestaciones del paciente emplearemos el ADL-R y el ADL-AH (Maldavsky, 2013). Uno y otro son instrumentos que forman parte del método algoritmo David Liberman (ADL), y que han sido diseñados para estudiar tales conceptos, respectivamente, en los relatos y los actos de habla. El primero estudia las escenas narradas y el segundo, las desplegadas en el intercambio discursivo. Cada instrumento consta de una grilla para categorizar los deseos (respectivamente en relatos y en actos de habla) y un conjunto de instrucciones para inferir, luego de detectados los deseos, cuáles son las defensas y su estado. Ambos instrumentos cuentan con distribuciones de frecuencias de los deseos (Maldavsky, 2013, Maldavsky et al., 2015).

Para el análisis del trabajo del terapeuta en la sesión a la categorización funcional de las intervenciones clínicas (Maldavsky, 2013). Las funciones son 1) introductoria (de contacto y recolección de información), 2) de sintonía, 3) de focalización, 4) de nexos (causal, temporal, de semejanza) y 5) complementarias (síntesis, ejemplificación, aclaración).

Para el estudio de los deseos y las defensas (y su estado) en las escenas desplegadas por el terapeuta utilizaremos el ADL-AH (Maldavsky, 2013).

A todo ello es necesario agregar una forma de detectar los deseos y las defensas del terapeuta, que tuvieron un valor eficaz en el desarrollo de dicha resistencia. Para desarrollar este otro estudio es conveniente tomar en cuenta con qué sector del paciente o de su vida psíquica el terapeuta ha desarrollado el conflicto acompañado de una defensa perturbadora. Puede tratarse de un conflicto con un deseo del paciente, con la relación del paciente con algún personaje de su vida psíquica, como el padre o el esposo de una paciente. Por lo tanto, también para inferir el tipo de deseo, de defensa y su estado en el terapeuta al desarrollar un *enactment* resistencial es conveniente apelar a los mismos instrumentos ya mencionados. También es conveniente estudiar varias sesiones del terapeuta con el mismo paciente o del mismo terapeuta con otros pacientes, todo lo cual puede aportar otros esclarecimientos sobre la mente del terapeuta en su trabajo clínico.

Procedimientos

Es hora de considerar los procedimientos para realizar estas diferentes investigaciones contenidas en el marco del estudio de la contra-transferencia como resistencia. Es conveniente diferenciar entre los procedimientos para detectar un *enactment* del terapeuta y los que permiten detectar si este tiene o no un carácter resistencial. Para inferir

la existencia de un *enactment* es suficiente hallar afinidades entre alguna escena que el terapeuta ha desplegado en el curso de una sesión (como ser el empleo de metáforas o de dramatizaciones por una terapeuta) y alguna escena que el paciente ha relatado acerca de sí mismo o de algún otro personaje de su vida psíquica (como ser que el paciente haya descrito las actitudes histriónicas de su madre para despertar la atención del marido, que ella suponía que podría dirigirse hacia el movimiento ondulatorio del andar de una secretaria). Para determinar si el terapeuta desarrolló o no un *enactment*, es conveniente estudiar los deseos en los relatos y los actos de habla del paciente y en los actos de habla del terapeuta con los instrumentos del ADL.

Tras llegar a establecer que se ha desarrollado un *enactment*, es conveniente decidir si este tiene un carácter resistencial o funcional. Para ello es conveniente decidir si las intervenciones del terapeuta son o no clínicamente pertinentes, lo cual requiere estudiar no solo los deseos sino también las defensas y su estado en los relatos y los actos de habla del paciente y los actos de habla del terapeuta. De este modo pueden localizarse los temas y escenas en que el paciente pone en evidencia el fracaso de sus defensas, funcionales y patológicas. 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. Del estudio de los deseos y las defensas y su estado en los relatos y actos de habla del paciente puede inferirse: 1) cuál es el estado afectivo displacentero dominante, y en relación con qué escena se desarrolla, 2) cuál es el punto central que preferible centrarse. Los estados displacenteros centrales incluyen tanto la angustia como la tristeza y otros estados afines, y resulta posible inferirlos por lo dicho por el paciente y por las características generales de las escenas que el paciente manifiesta. Puede ocurrir que la angustia se relacione con determinadas escenas y la tristeza con otras escenas. Entre estos estados, es preferible prestar atención a la angustia, ya que resulta más acuciante y por lo tanto es posible contar con algo más de colaboración por el paciente. En cuanto al punto en el cual es conveniente centrarse en el trabajo clínico, suele ser sobre todo un tema ligado con la angustia

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 el contenido de la focalización, 4) la forma y/o el contenido de las intervenciones para establecer nexos, 5) 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 si ha ocurrido un *enactment* resistencial en las

intervenciones introductorias, de sintonía, de focalización, de nexos o complementarias. Esta evaluación implica decidir 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, habiendo acertado en la elección, formuló intervenciones de nexos 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. A esta evaluación del contenido de las intervenciones del terapeuta se agrega otro, centrado en el estilo, en la forma de dichas intervenciones, para lo cual es conveniente considerar los actos de habla del terapeuta con el objetivo de inferir si este desplegó escenas no acordes con los objetivos clínicos, como ser afirmar, en una intervención de establecimiento de nexos, que el paciente sufría 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. En ocasiones puede ocurrir que el terapeuta procure defenderse de procesos psíquicos que le resultan perturbadores, todo lo cual puede formar parte de las inferencias derivadas de los resultados concretos de los análisis con los instrumentos disponibles.

Con este estudio es posible determinar si el terapeuta desplegó en las sesiones algunas escenas que no resulten acordes con las metas clínicas y que más bien indiquen que se ha ubicado como personaje (o como doble del paciente) de alguna escena relatada o desplegada por el paciente, o que además se defiende de haberse ubicado en dicha posición.

El paso siguiente consiste en colegir cuáles son los deseos perturbadores del terapeuta, acompañados por defensas patológicas. Para ello es conveniente considerar las escenas que el terapeuta despliega en los actos de habla, así como sus variaciones, y el marco en que se dan dichas escenas desplegadas. Por ejemplo, un paciente cuenta que acaba de recibir una herencia relativamente importante de un familiar que simultáneamente excluyó de este beneficio a un hermano querido por el paciente pero no por dicho familiar, con quien había tenido fuertes disputas. El terapeuta puede insistir en una estrategia clínica centrada en que el paciente reparta parte de ese dinero con su hermano, como modo de conservar el vínculo afectuoso entre ambos, y vuelve sobre el tema pese al pedido del paciente de que prefería pensar un poco qué decisión tomar y consultar al respecto con su esposa y sus hijos. Es posible inferir que el terapeuta se ha ubicado en la posición del hermano no beneficiado por el familiar, y que en

ello se evidencia un deseo de carácter especulativo y también un deseo ligado con la competencia fraterna.

El paso siguiente consiste en investigar cuál es el camino por el cual el paciente influye sobre el terapeuta, a menudo de manera inadvertida. Dicho influjo puede inferirse de un estudio de los relatos y los actos de habla del paciente, como expresión de deseos y defensas y su estado, a menudo al poner en evidencia un rasgo de carácter que tiende a promover posiciones determinadas en los interlocutores. En el caso recién descrito (el paciente que recibe la herencia), los relatos del paciente referidos a la envidia de algún amigo al enterarse de la noticia, las descripciones de los planes de inversión en un cambio de vivienda, en un viaje, en un auto, las alusiones insistentes a las cantidades de diferentes monedas y acciones en que se encontraba la herencia, y el cálculo de la cantidad de dinero en que lo recibido podrían consistir en acciones verbales con las que el paciente inadvertidamente generaba o incrementaba dicho deseo en el terapeuta.

En cuanto a los resultados que una investigación de este tipo permite obtener se encuentran los siguientes ítems: 1) tipo de contratransferencia (transitoria o duradera), 2) aspecto del discurso del terapeuta en que se la ha inferido, 3) rasgos de las intervenciones clínicamente no pertinentes por la forma o el contenido, escena desplegada en la sesión, 4) lugar del terapeuta en la escena desplegada como personaje de la vida psíquica del paciente o como doble del paciente mismo, 5) proceso psíquico desarrollado en el terapeuta, 6) recursos del paciente para generar un influjo sobre el terapeuta.

Comentarios

Con este enfoque he realizado algunas investigaciones empíricas, que en total abarcan una docena de sesiones, cada una de un paciente y un terapeuta diferentes. Los estudios muestran que existen tres alternativas de que el terapeuta desarrolle un *enactment* con un valor perturbador al ubicarse en el lugar del paciente mismo o de un personaje de la vida del paciente con el cual tiene un conflicto, o al desarrollar medidas protectoras ante el riesgo de ubicarse en alguno de esos dos lugares. En todos los casos esta perturbación de contratransferencia fue detectada en los actos de habla del terapeuta, y permitió además inferir un deseo que el terapeuta no había procesado.

En algunos casos el terapeuta transmitió algo de su malestar contratransferencial, pese a lo cual no estableció relaciones con la posición que ocupaba inadvertidamente en la sesión. En consecuencia, la declaración explícita de la contratransferencia por la terapeuta fue enriquecida por el resultado del análisis.

En todos los casos la escena que el terapeuta despliega en la sesión está influida por los estímulos que el paciente promueve. Cuando sobreviene un *enactment* duradero y no deliberado del terapeuta, este y su paciente quedan atrapados en situaciones clínicamente

improductivas o nocivas. El personaje que el terapeuta despliega inadvertidamente en la sesión coincide con los descripciones del paciente en sus relatos y a veces en sus actos de habla. Es posible inferir los deseos y las defensas en los episodios de *enactment* inadvertidos por el terapeuta tomando en cuenta los deseos y las defensas del personaje de la vida psíquica del paciente que el terapeuta ocupa.

En varios de los casos ocurre alguna rectificación en el terapeuta respecto de estos episodios de *enactment*, o una defensa frente a ellos, por lo cual es posible inferir que para el terapeuta estos eran parcialmente egodistónicos.

Colocarse inadvertidamente en la posición de un personaje del paciente es consecuencia de una identificación del terapeuta y a veces de un mecanismo adicional, si es que tiene además una alteración somática, como la somnolencia, la taquicardia por rabia, la sudoración por angustia o el cosquilleo en los genitales excitados. Este otro mecanismo parece ser una introyección orgánica, como la que Freud (1905d) postuló al referirse al proceso habitual de creación de la exterioridad desde el yo. Sostuvo que entonces se da un proceso proyectivo, y que este camino puede recorrerse también en forma invertida (Maldavsky, 1988). En el *enactment* confluyen el aporte del paciente y alguno de los varios sectores en que el terapeuta es psíquicamente vulnerable por diferentes factores, tema este que requiere además una nueva investigación, que excede las limitaciones del estudio actual (Maldavsky, 2015). Más abajo se incluye un nuevo comentario sobre otro posible factor en juego en el terapeuta.

En varios casos las fallas no abarcaron toda la sesión o el tratamiento sino un fragmento, de extensión variable. Fue posible constatar que el terapeuta tenía dos estrategias clínicas, una de las cuales era pertinente y la otra no. En estos casos la estrategia clínica no pertinente se conectaba con las perturbaciones contratransferenciales.

Un factor determinante de estas perturbaciones de contratransferencia consiste en lo que Freud (1910d) designaba como resistencias y complejos no elaborados del terapeuta, pero también puede ocurrir que se agregue otro: la formación del terapeuta que interfiere en la comprensión de determinados problemas y por consiguiente en mantener una postura clínicamente pertinente para procesar las manifestaciones del paciente. Otra limitación puede derivar de que, si bien en lo inmediato el terapeuta puede focalizar correctamente el tema central en la sesión, omite otros temas que son detectables contextualmente (un aniversario, el día de la madre, etc.), que suelen tener peso en el paciente, así como sueños o recuerdos o inclusive sucesos intra-sesión ocurridos con anterioridad (por ejemplo, que el paciente haya comentado al final de la sesión precedente que había tenido un vínculo incestuoso en su infancia, luego falta a sesión y en la siguiente se centra en otros temas). Sea como fuere, la falta de formación o el omitir otros temas que trascienden la inmediatez de la sesión suelen contribuir a que el terapeuta desarrolle un *enactment* clínicamente perturbador.

El aporte metodológico se centra no tanto en la presentación de un instrumento sino en los aspectos procedimentales de su empleo, correspondientes a la estrategia de la investigación.

Sugerimos que el procedimiento de análisis de las escenas que el terapeuta despliega en la sesión y su relación con las escenas relatadas y desplegadas por el paciente también puede ser útil para detectar otros tipos de *enactment* que no corresponden a una contratransferencia perturbadora del trabajo clínico sino a otra, de carácter más global y funcional, como la descripta ampliamente en la bibliografía antes mencionada. En estas otras situaciones es posible considerar solo el paso b antes mencionado.

Los estudios también permiten apreciar otros aspectos. Respecto de la sintonía, los terapeutas se orientaron por el *displacer* manifestado por las pacientes, pero este parecía solía ser múltiple, entre ellos la angustia. Era poco frecuente que escogieran el foco ligado con la angustia, sino el otro, alternativo. Los afectos escogidos para el trabajo clínico por los terapeutas eran la expresión de defensas exitosas/fracasadas, mientras que la angustia era la expresión del fracaso de la defensa. Nos preguntamos si no sería conveniente considerar a la angustia como un mejor orientador de las decisiones del terapeuta acerca del foco para el trabajo clínico acorde con los problemas centrales que aquejan al paciente.

En cuanto a los conceptos, los terapeutas parecían tener diferentes enfoques y parecidas dificultades en la sintonía y la focalización. Nos preguntamos si las limitaciones conceptuales determinan a los *enactments* resistenciales, si, a la inversa, desde una postura resistencial, un terapeuta formula una teoría acorde con su posición resistencial, o si será conveniente mantener una posición más matizada, como ser que cada interferencia potencia a la otra, o que posturas resistenciales y fallas en la sintonía y la focalización coexisten porque tienen una raíz común.

Respecto de la coherencia conceptual del terapeuta, es conveniente recordar que para Freud implica por un lado la armonía entre los conceptos en sí y por el otro el respeto de los hechos, hacia dónde se dirige la atención. La falla en la focalización parece ser un indicador de una falla parcial en la coherencia conceptual, por una falta de respeto respecto de los hechos hacia los cuales dirigir la atención.

Resulta posible evaluar la coherencia lógica entre a) los conceptos expresados en las intervenciones clínicas, entre las cuales las de nexo pueden inclusive determinar el establecimiento de la sintonía y el foco, y b) los conceptos expuestos por el terapeuta y la realidad expresada por el paciente. Esta falla en la coherencia lógica del terapeuta se hace evidente más allá de la orientación conceptual explícita del terapeuta (kleiniana, lacaniana, freudiana, winnicotiana).

Como un logro no esperado (dado el diseño de la investigación) es posible agregar que se observó además el influjo sobre el terapeuta del vínculo con personajes extra-sesión:

como ser un familiar del paciente, un equipo evaluador, un terapeuta anterior del paciente. Es posible que los deseos del terapeuta al intervenir impliquen una relación con el paciente y a veces también con ese otro personaje extra-sesión, contenido en la mente del terapeuta o en la mente del paciente y con quien el terapeuta ha establecido un nexo. Parece ser un personaje ligado con el mantenimiento o el incremento del equilibrio narcisista del terapeuta. Cabe agregar, como conjetura, que tal vez el nexo con este otro interlocutor, y en especial los afectos despertados en relación con él, generen o incrementen en el terapeuta una insensibilidad respecto del “marcador somático” (Damasio, 1994), es decir, el displacer ante la contradicción. Esta narcosis del terapeuta parece ligada con el peso que en él puede tener la necesidad de mantener su equilibrio narcisista y con los sentimientos ligados con dicho equilibrio. En otras oportunidades esta anestesia del marcador somático puede ser generada por los deseos y los afectos despertados por los influjos del paciente mismo.

Investigaciones empíricas más recientes (Maldavsky, 2017a, 2017b) han contribuido también al estudio indirecto de la contra-transferencia, a través del análisis del pensamiento del proceso secundario de pacientes en una primera sesión de tratamiento con un nuevo terapeuta. En todos los casos los pacientes se encontraban en un estado de parálisis o estancamiento, se preguntaban por su problema y exponían el modo de entenderlo, que no les permitía sin embargo salir de la situación de parálisis. En su modo de entender, el problema fue posible inferir una falla en el proceso de pensamiento, el cual a su vez parecía ser una sedimentación de los influjos cognitivos del terapeuta precedente, que cada paciente aceptó acríticamente. Por este camino fue posible, entonces, inferir alguna perturbación de contra-transferencia del terapeuta anterior en el trabajo clínico con el paciente. A veces fue posible inferir que las fallas en dicho terapeuta correspondían a las intervenciones de nexo; en otras, a la focalización y en otras, al estilo con que se formulaban las intervenciones. Además, el método de estudio del pensar del proceso secundario parece abrir promisorias perspectivas en el análisis de las perturbaciones de contra-transferencia.

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.

Cassorla, R. M. S. (2013). When the analyst becomes stupid: an attempt to understand enactment using Bion's theory of thinking. *Psychoanalytic Quarterly*, LXXXII, 2, 323-360.

Damasio, A. R. (1994). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica, 2003.

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

- 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.
- Freud, S. (1913c). Sobre la iniciación del tratamiento, OC, AE, XII.
- Friedman, S. M., Gelso, C. J. (2000). The development of the inventory of countertransference behavior. *Clin Psychol.*,56, 9:1221-35.
- 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*. Buenos Aires: Amorrortu. 1992.
- Jacobs, T.J. (1986). On countertransference enactments. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 34, 2, 289-307.
- Lacan, J. (1964). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. 2011.
- Lacan, J. (1966). *Escritos I y II*. Madrid: Biblioteca Nueva, 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*. Buenos Aires: Paidós.
- 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. (2017a). Investigación empírica del pensamiento preconsciente del paciente: conceptos y método. *Investigaciones en psicología*, 22, 1, en prensa.

Maldavsky, D. (2017b). Inferencias sobre las categorías clínicas en las intervenciones de nexos de un terapeuta a través de la investigación de los procesos de pensamiento preconsciente de un paciente en su primera sesión de reanálisis. *Desvalimiento psicosocial*, 5, 1, en prensa.

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)*. Buenos Aires: Lugar. 2007.

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.

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*. Buenos Aires: Paidós.

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.

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

Fecha de recepción: 16/07/17

Fecha de aceptación: 23/08/17