

APORTES AL MÉTODO DE ESTUDIO DE LA MENTE (DESEOS Y PENSAMIENTOS) DEL TERAPEUTA EN LA SESIÓN, EN PARTICULAR EN LAS PERTURBACIONES CONTRATRANSFERENCIALES

CONTRIBUTIONS TO THE MIND STUDY METHOD (WISHES AND THOUGHTS) OF THE THERAPIST IN SESSION, IN PARTICULAR CONCERNING COUNTERTRANSFERENCE DISTURBANCES

David Maldavsky¹

Resumen

El autor enfoca, por un lado, el método de estudio de las fallas lógicas en el pensar del terapeuta al intervenir con el paciente y, por otro lado, el método de estudio de los deseos surgidos en el terapeuta por el influjo del paciente, y que perturban su trabajo clínico. Respecto de las fallas lógicas del terapeuta, considera las contradicciones de las ideas entre sí y de las ideas con los hechos, lo cual incluye las contradicciones lógicas en cuanto a la función de las intervenciones, en cuanto a la construcción o el procedimiento y en cuanto al estilo. El autor destaca que, en el caso de las fallas lógicas, el displacer intelectual ante la contradicción, que conduce a que se detenga un proceso de pensamiento, queda narcotizado. Tras indicar los caminos para la investigación de estas diferentes formas de las contradicciones lógicas, el autor pasa a sugerir el modo de investigar en el discurso del terapeuta sus deseos y defensas generados por el influjo de los procesos psíquicos del paciente. El trabajo termina con breves consideraciones referidas a las posibilidades de combinar los estudios de los pensamientos y los deseos del terapeuta en las investigaciones sobre la contratransferencia.

Palabras clave: deseos del terapeuta, pensamientos del terapeuta, contratransferencia, *enactment*.

Abstract

The author focuses, on the one hand, on the method of study of flaws in the logical thinking of the therapist when intervening with the patient, and, on the other hand, on the method of study of the wishes in the therapist resulting from the influx of the patient, and which disrupt his clinical work. With regard to the logical flaws of the therapist,

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

the author considers the contradictions between ideas and between ideas and facts, which includes logical contradictions in terms of the function of the interventions, in terms of the construction or the procedure and in terms of style. The author highlights the fact that, in the case of the logical flaws, intellectual displeasure concerning contradictions, which leads the process of thought to a stop, becomes anesthetized. After indicating directions for the investigation of these different forms of logical contradictions, the author goes on to suggest the discourse investigation approach for the therapist's wishes and defenses generated by the influx of the patient's psychic processes. The work ends with brief considerations concerning the possibilities of combining studies of the thoughts and wishes of the therapist in investigations on countertransference.

Keywords: wishes of the therapist, thoughts of the therapist, countertransference, enactment.

Antecedentes

El tema de la mente del terapeuta, y en particular de la contratransferencia, ha sido objeto de numerosos estudios a lo largo de las últimas décadas (Betan et al., 2005, Etchegoyen, 1986, Fauth, 2006, Friedman y Gelso, 2000, Grinberg, 1976, Hayes, 2014, Hayes, Gelso y Hummel, 2011, Heimann, 1950, 1960, Hinshelwood, 1989, Machado et al., 2014, Najavtis et al., 1995, Racker, 1953, Rossberg et al, 2010). Los más recientes tienden a considerar a la contratransferencia menos como una interferencia aportada por el terapeuta al trabajo clínico y más como una manifestación inherente al vínculo, en el contexto del enfoque de la intersubjetividad y el *enactment* por el terapeuta de alguna escena del mundo psíquico del paciente (entre otros, Jacobs, 1986, Ogden, 1994, Renik, 1993). Sin embargo, algunos de estos estudios tienden a prevenir ante el riesgo de considerar de manera indistinta toda respuesta contratransferencial y a destacar que en algunos casos puede aportar problemas adicionales en un tratamiento. Inclusive se ha considerado la respuesta contratransferencial orgánica en terapeutas que han padecido por situaciones traumáticas (Egan y Carr, 2008). Por nuestra parte, en esta misma orientación hemos estudiado un tipo de contratransferencia afectivo-orgánica, que puede corresponder a estados de somnolencia, de enojo, de angustia, de excitación sexual, de euforia en el terapeuta, y que suele ser un modo en que el paciente pretende instalarse en su vida psíquica más allá del momento de la sesión, en una tentativa de encontrar algún refugio ante las propias vivencias de desamparo (Maldavsky, 2015b).

En acuerdo con el interés de la comunidad profesional y científica por la contratransferencia, surgieron diferentes métodos para estudiarla en investigaciones empíricas. Estos métodos consisten sobre todo en cuestionarios y otros instrumentos de autoinforme del terapeuta, que permitieron relevar deseos y afectos declarados por el profesional tratante, es decir, los que este capta de manera consciente. Sin embargo, se suele admitir que la contratransferencia abarca aspectos inconscientes del terapeuta,

y ello parece requerir de otros instrumentos de investigación, como los que hemos intentado presentar y ejemplificar en nuestros trabajos.

En efecto, hemos realizado investigaciones empíricas de la mente 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, Álvarez, et al., 2016). Se trata de un trabajo conjunto, con acuerdos, rectificaciones, ratificaciones, en el cual participan ambos interlocutores, y exponemos esta propuesta en el análisis de una sesión. 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, Argibay et al., 2016). Detectamos entonces que los deseos prevalentes del terapeuta armonizan con el tipo de intervención, como ser la alusión a estados afectivos en las intervenciones de sintonía, y a la racionalidad con pensamientos más concretos o más abstractos en las de nexos. Además, detectamos que se da un incremento de esta prevalencia de determinados deseos que armonizan con el tipo de intervención a medida que la sesión avanza. Igualmente, estudiamos la contratransferencia, 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, 2015a). Desde el punto de vista metodológico tomamos en cuenta que el concepto de contratransferencia 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 detalladamente 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, puede interferir en su trabajo (usando algún término hermético, o exageraciones, o repitiendo una 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 (funcionales y patológicas) y estados.

A medida que avanzábamos con nuestras investigaciones empíricas, se nos hizo cada vez más evidente que, si bien tiene su importancia la detección de los deseos y defensas

del terapeuta para inferir la contratransferencia, además, es necesario detectar con mayor precisión el error en el trabajo clínico. Si omitimos este segundo estudio o lo hacemos de modo descuidado y en los hechos consideramos solo el intercambio de los deseos y defensas de ambos interlocutores (lo cual para algunos autores es equivalente al estudio de la contratransferencia en términos de la intersubjetividad), se borran las diferencias entre el análisis global de los vínculos entre paciente y terapeuta y el análisis de la contratransferencia. No es esta la propuesta de Freud (1910d), para quien la contratransferencia introduce una interferencia en el trabajo clínico, y nosotros nos atenemos a esta definición, más restringida.

Para poder estudiar las fallas en el trabajo del terapeuta, nos fue necesario prestar atención a sus intervenciones. Destacamos ya que dichas intervenciones tienen 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 las intervenciones de nexo, y que pueden ser de síntesis, ejemplificación, aclaración. Parece tratarse de una secuencia canónica: 1) introductorias, 2) centrales, que incluyen sintonía (con el foco correspondiente) y nexo, 3) complementarias, 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. Esta secuencia y sus reglas y requisitos parecen hacer de fundamento para el desarrollo de una autocrítica del terapeuta (por ejemplo al advertir una falta de coherencia lógica entre lo formulado en las intervenciones de sintonía y el establecimiento del foco, o entre lo formulado en estas intervenciones de sintonía y foco y las intervenciones centrales, o al formular intervenciones de nexo sin fundamentarlas) o para aceptar los cuestionamientos de colegas ante determinadas intervenciones. Parece haber un consenso no explicitado acerca del respeto 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.

Cabe agregar que 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 peleas con 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).

Además, la secuencia de intervenciones y cada una de ellas tiene diferentes variaciones que también podemos investigar. Algunas variaciones en cuanto a las intervenciones corresponden a los actos de habla o segmentos de ellos y otras a las secuencias en que se presentan dichas intervenciones. En una misma intervención coexisten procesos desiderativos y procesos de pensamiento. Ambas orientaciones del pensamiento (la desiderativa y la cognitiva) 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 contratransferencia, pero excede dicho terreno, ya que abarca el estilo de trabajo del terapeuta. 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.

El aspecto cognitivo en la mente del terapeuta

Los cambios en el enfoque de la contratransferencia en la comunidad científica revelan el influjo creciente que ha tenido el enfoque de la intersubjetividad, que tomamos en cuenta en el desarrollo de instrumentos para estudiarla. Otros aportes pueden provenir de los desarrollos cognitivistas. Estos tienden a poner el énfasis en las funciones ejecutivas, como ser la planificación y la toma de decisiones, incluyendo la corrección de errores o la resolución de problemas, en los que las respuestas no fueron correctamente aprendidas o contienen nuevas secuencias de acciones que requieren superar respuestas habituales o resistir tentaciones (Norman y Shallice, 1986, Shallice, 1988, Shallice y Burgess, 1991), los tres niveles en interacción que dirigen la atención (con funciones ligadas con mantener, concentrar, compartir, cambiar, preparar, establecer metas) y las funciones ejecutivas: el superior (autoconciencia o autoanálisis) posee una representación de las experiencias subjetivas, que monitoriza la propia actividad mental y utiliza el conocimiento ya adquirido para resolver nuevos problemas y guiar la toma de decisiones; el intermedio, que realiza un control cognitivo o ejecutivo de funciones como la anticipación, la selección de objetivos, la formulación y planificación de posibles soluciones, el comienzo de la respuesta, su monitoreo y sus consecuencias, y el inferior, que corresponde al impulso para iniciar y mantener una actividad mental y una conducta motora acorde con los deseos y las emociones del sujeto, y la capacidad para mantener secuencias de información y percibir el orden temporal de los sucesos (Stuss y Benson, 1986, Stuss y Alexander, 2000, y Stuss et al., 2005), y los procesos y funciones de la memoria de trabajo, como un sistema que conserva y manipula la información, e interviene en tareas cognitivas como la comprensión del

lenguaje, de la escritura, el pensamiento, con un sistema ejecutivo central (que realiza operaciones de control y selección de estrategias), el bucle fonológico (útil para el almacenamiento transitorio del material verbal y para conservar el habla interna en las tareas) y la agenda visoespacial (útil para el almacenamiento transitorio, la creación y utilización de las imágenes visuales) (Baddeley y Hitch, 1974, 1994). Los autores de esta orientación tienen otros dos méritos: han establecido relaciones entre estas funciones y las actividades del sistema nervioso, en particular de sectores específicos de los lóbulos frontales, y han desarrollado instrumentos para la evaluación de varias de tales funciones. Pese al valor de tales instrumentos han surgido diferentes objeciones por el solapamiento entre conceptos, la falta de claridad en cuanto al valor de cada uno, las fallas en los estudios *test-retest*, etc. (véase, entre otros, Pennington, Bennetto, McAleer, & Roberts, 1996).

Pese a tales objeciones, los aportes provenientes del enfoque de las funciones ejecutivas conducen a considerar otro aspecto de la contratransferencia, más bien centrado en los pensamientos del terapeuta al intervenir, es decir el terreno considerado por Freud (1950a) al referirse a los procesos psi normales. Como nos interesa considerar la contratransferencia, sobre todo podemos prestar atención a lo que Freud (1950a) denomina errores en el terreno cognitivo, por no considerar lo que él llama reglas biológicas. Freud (1923b) definió a los procesos de pensamiento como desplazamientos de la energía anímica en el camino hacia la acción. En los comienzos de su obra se refirió a los procesos psíquicos normales de pensamiento de manera casi similar, como desplazamiento de la energía neuronal (Freud, 1950a). Freud (1900a, 1915e) describió, además, tipos de pensamiento preconscious e inconsciente, regidos por el proceso primario, y sostuvo también que el pensar comienza siendo inconsciente y puede o no acceder finalmente a la conciencia (Maldivsky, 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. También se refirió a lo que él llamaba (Freud, 1950a) las fallas lógicas, que derivan de no haber tomado en cuenta las reglas biológicas para el curso 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 curso 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). Es posible que este *displacer* intelectual derive de los efectos de las funciones del superyó en relación con el yo en cuanto a los procesos de pensamiento y en cuanto a los juicios de existencia. En efecto, los juicios de existencia (Freud, 1925h) admiten o impugnan la existencia de una representación en la realidad, y su función es vigilada por el superyó, el cual, además, cuida de la coherencia interna en cuanto a la ilación de los pensamientos. El superyó tiene tres

funciones: autoobservación, conciencia moral, formación de ideales. La vigilancia de este doble trabajo del yo (juicio de existencia, coherencia en el pensamiento) es encomendada a la autoobservación, y su dictamen negativo es valorado críticamente por la conciencia moral (de donde deriva el sentimiento de culpa) y por la formación de ideales (de donde derivan el sentimiento de inferioridad y la vergüenza). Culpa y vergüenza parecen ser dos modos de expresión de ese displacer intelectual ante los errores lógicos, que Freud mencionó. A estos dos afectos se une un tercero, la angustia, cuando el juicio de existencia determina que un pensamiento del terapeuta, explicitado al paciente, discrepa de las respuestas de este. Así, pues, el displacer intelectual parece tener varios matices: angustia, culpa, vergüenza, cada uno de ellos tributario de un conflicto específico del yo: con la realidad, con la conciencia moral, con la formación de ideales.

Recientemente, Damasio (1994) ha retomado estas propuestas para aludir al “marcador somático”, por el cual las emociones influyen sobre los pensamientos y las decisiones. Como consecuencia del aprendizaje, determinados procesos somato-afectivos se ligan con clases de estímulos y en consecuencia el organismo libra señales que orientan el pensar y la toma de decisiones para evitar consecuencias negativas si se sigue determinado camino del pensamiento y la decisión, y la ausencia de estas señales conduce a tomar decisiones poco favorables.

Nuestro interés resulta más complejo y quizá más equilibrado desde el punto de vista conceptual: pretendemos realizar una investigación empírica de la mente del terapeuta no solo en cuanto a los deseos y defensas (y su estado) despertados en la contratransferencia sino también en cuanto a las fallas lógicas, unos y otras inferibles en su discurso, tomado como actos de habla (para el estudio de los deseos y las defensas y su estado) y como intervenciones clínicas (para el estudio de las fallas lógicas).

Por lo tanto, solo aprovecharemos de manera acotada los aportes del enfoque de las funciones ejecutivas, al considerarlas de manera más bien global, en bloques que reúnen a varias de ellas y, además, en el terreno de los intercambios en sesión, y no en el terreno del laboratorio.

Dos problemas

En un trabajo más reciente (Maldivsky, Álvarez, García Grigera et al., 2016) consideramos el pensamiento del terapeuta en términos desiderativos y conceptuales, y nos preguntamos si podemos evaluar la coherencia lógica de los conceptos entre las intervenciones clínicas, y entre estos conceptos y los hechos descritos por el paciente, si contamos con modos de evaluar el establecimiento del foco que más respete los hechos centrales manifestados por el paciente, si podemos detectar el estilo funcional o no funcional del terapeuta y por lo tanto un posible *enactment* contratransferencial y si podemos establecer nexos entre este *enactment* y las fallas parciales en la sintonía,

la focalización y la coherencia conceptual del terapeuta. Realizamos un estudio de tres sesiones, en cada una de las cuales el terapeuta difería en cuanto a la orientación psicoanalítica y en cuanto a su experiencia profesional.

Respecto del pensamiento del terapeuta, se advierte que los respectivos terapeutas desconsideraron parte de los problemas centrales de sus pacientes. Todos ellos tuvieron fallas en la sintonía y la focalización, la cual tiende a respetar la realidad del paciente y a determinar hacia dónde orientar el trabajo clínico. Los terapeutas se orientaron por el displacer manifestado por las pacientes, pero este parecía ser múltiple: culpa y angustia en un caso, mal humor y angustia en otro, astenia y angustia en un tercero. Ninguno de ellos escogió 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 exitoso/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.

De los tres terapeutas, el tercero contaba con una formación conceptual más refinada, pese a lo cual también desconsideró aspectos importantes en la sesión. Este hecho lleva a inferir que el influjo del paciente sobre el hilo del pensamiento del terapeuta puede tener más poder que la trama de conceptos de que este dispone. En ocasiones, los conceptos del terapeuta hacen de interferencia para la captación de parte de la realidad clínica del paciente, pero a veces el obstáculo es más bien algún deseo despertado en el terapeuta por el influjo del paciente.

Cada terapeuta tenía conceptos diferentes y parecidas dificultades en la sintonía y la focalización, y todos desarrollaron *enactments* contratransferenciales. Nos preguntamos si las limitaciones conceptuales determinan a los *enactments*, 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 *enactments*, fallas en la sintonía y la focalización y limitaciones en la formación coexisten porque tienen una raíz común. Respecto de la coherencia conceptual, 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.

Como un logro no esperado (dado el diseño de la investigación) es posible agregar que en los tres estudios se observó, además, el influjo sobre el terapeuta del vínculo con personajes extrasesión: el padre de la paciente, en un estudio, el equipo evaluador, en otro, y los terapeutas precedentes, en el tercero. Es posible que los deseos del terapeuta al intervenir impliquen una relación con el paciente y a veces también con ese otro personaje

extrasesión, 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 para captar 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. Es posible que en otras oportunidades esta anestesia sea generada por los deseos y los afectos despertados por los influjos del paciente mismo.

Concluimos, entonces, que: 1) 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, 2) cuando el paciente manifiesta varios afectos displacenteros y consiguientemente varios focos (cada uno ligado con un afecto), quizá sea conveniente que el terapeuta elija aquel problema ligado con la angustia, que ofrece mejores perspectivas para el trabajo clínico, 3) resulta posible diferenciar entre el estilo funcional del terapeuta y un estilo correspondiente a un *enactment* contratransferencial, 4) las fallas en la sintonía y la focalización parecen coexistir y tal vez potenciarse con el *enactment* contratransferencial del terapeuta, con sus restricciones conceptuales (derivadas de su formación) y/o con el influjo directo o indirecto del paciente o de algún personaje significativo (supervisor institucional, colegas, familiares del paciente).

Algunas palabras sobre las limitaciones de este enfoque. Estamos en condiciones de detectar las perturbaciones contratransferenciales del tipo del *enactment*. Nos preguntamos si existen, además, otras perturbaciones contratransferenciales que no se atengan a este patrón (el del *enactment*), pero, si las llegara a haber, los instrumentos actuales de que disponemos no nos permiten investigarlas, ni tampoco detectarlas, aunque es posible que el hecho de mostrar esta limitación constituya en sí una forma de generar la pregunta, lo cual es un primer paso.

En esta oportunidad deseamos continuar con nuestras líneas de trabajo de un modo más refinado y nos proponemos encarar dos problemas: 1) cuáles son los criterios para decidir que las intervenciones del terapeuta antes descriptas, sea en su secuencia, sea alguna de ellas en particular, revelan una falla lógica en su trabajo clínico, 2) cómo podemos utilizar de manera provechosa los instrumentos de que disponemos para estudiar los deseos y las defensas en el discurso de paciente y terapeuta.

Criterios para detectar la falla lógica en las intervenciones clínicas

Hemos mencionado ya que un terapeuta formula en la sesión diferentes intervenciones: recolección de información, establecimiento de la sintonía y el foco, exposición

de nexos (causales, temporales, de semejanza), complementarias (síntesis, ejemplificación, aclaración de las intervenciones de nexo). Esta categorización de las intervenciones puede ser útil para estudiar los procesos de pensamiento del terapeuta, su modo de elaborar lo aportado por el paciente y lo que esto despierta en él, su modo de tomar las decisiones clínicas, rectificarse, etc. Por lo tanto, esta perspectiva puede resultar de utilidad para investigar lo que Freud denominaba las fallas en cuanto al pensar del terapeuta. Si nos atenemos a la propuesta de Freud, estas fallas consisten en 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 expone en las intervenciones de nexo 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, sea con el cuerpo, sea con sus actos de habla, sea por la forma o el contenido de sus intervenciones.

Por nuestra parte, agregamos a este inventario otros cuatro tipos de contradicciones lógicas en la formulación de las intervenciones, los cuales derivan ya no tanto de las ideas formuladas (o implícitas) en sí sino del procedimiento con que este llega a construir dichas formulaciones, de la función de lo dicho por el terapeuta, de la estrategia de conjunto y por sectores, y del modo en que las expresa (estilo). Así, pues, contamos con cinco criterios para evaluar las contradicciones lógicas, derivadas de enfoques convergentes de las intervenciones clínicas, centrados respectivamente en: 1) el pensar en sí (con las cuatro alternativas antes mencionadas), 2) el procedimiento, 3) la función, 4) la estrategia de conjunto y por sectores, 5) el estilo.

Es posible que las contradicciones de tipo 2, 3, 4 y 5 sean en sí un despliegue sobre todo de la contradicción 2b mencionada poco antes, entre lo que este expone y sus acciones. Sea como fuere, es conveniente considerar estas otras contradicciones por separado. El primer criterio para categorizar las contradicciones es el estrictamente relacionado con la propuesta de Freud sobre el pensar en general, mientras que los cuatro restantes toman en cuenta la situación concreta en que las intervenciones tienen una meta (criterio 2), surgen en un vínculo (criterio 3), expresan una variedad de propósitos imbricados o no y los modos de alcanzarlos (criterio 4) y se manifiestan con determinados recursos expresivos (criterio 5). Podemos explicitar algo más las características de cada criterio.

Comencemos con la contradicción de tipo estrictamente lógico en sus cuatro alternativas (1a, 1b, 2a, 2b). La contradicción 1a se presenta, por ejemplo, cuando en las intervenciones introductorias el terapeuta propone un interrogante (por ejemplo, qué ocurrió para que de pronto una paciente pasara de comer libremente diferentes alimentos a restringirse hasta tan pocos que por el grado de adelgazamiento perdió el ciclo menstrual) y los elementos (un primer y único encuentro sexual con un novio tan joven como ella, combinado con el agravamiento súbito de la salud del padre) para pensar en él, y luego en las centrales comienza a considerar este conjunto de elementos y... lo deja interrumpido, para centrarse en el tema de los estudios en el colegio.

La contradicción del tipo 1b se presenta, por ejemplo, cuando el terapeuta afirma en una intervención central que el paciente ve la realidad desde la perspectiva del sentimiento de vacío que le atribuía al padre y luego da un ejemplo de su hipótesis recordando que el paciente había dicho que el abuelo paterno había perdido en el juego la fortuna familiar y que por ello su padre tuvo a lo largo de su vida fuertes deseos vengativos y justicieros insatisfechos que lo habían dejado con una amargura y un resentimiento duraderos. Entre la afirmación contenida en la intervención central y la descripción del ejemplo no existe una armonía evidente, y si el terapeuta no presenta los eslabones intermedios entre una y otra formulación (como podría ser si el terapeuta afirmara que el padre del paciente pasó progresivamente desde el sentimiento de amargura y resentimiento contra su propio progenitor hasta una identificación con el vacío que él supuso que tendría aquel luego de haber perdido la fortuna familiar, y quizá aún antes), entonces entre ambas se presenta una contradicción lógica.

La contradicción del tipo 2b (entre lo que expone y los propios actos verbales o no verbales) se presenta, por ejemplo, cuando un terapeuta establece una secuencia temporal entre sucesos de la adolescencia del paciente narrados en diferentes momentos, para encontrar un patrón ordenador, consistente en que las salidas del ambiente familiar fueron acompañadas de peleas, accidentes, ingesta de alcohol o padecimiento de un robo a mano armada, situaciones en las cuales lo común parecía ser que el cuerpo quedara expuesto a alteraciones orgánicas, para exponer todo lo cual emplea un volumen de voz apagado y un tono monótonamente grave.

Así, pues, las contradicciones 1a, 1b y 2b resultan accesibles a la investigación empírica, pero las contradicciones del tipo 2a requieren un análisis más refinado. Tal tipo de problema se hace evidente cuando un terapeuta apela a determinados conceptos (por ejemplo, la teoría de la represión de los deseos edípicos o la teoría del duelo) para dar cuenta de un problema clínico concreto (por ejemplo, la crisis de angustia persistente de un paciente a la hora en que se suicidó su padre ante sus ojos, años atrás) y tales hechos parecen desbordar o no armonizar con lo que este afirma. Suele ocurrir entonces que, ante la insistencia en el mismo enfoque por el terapeuta, el paciente muestre que este no resulta suficiente, sea al insistir en el relato de episodios similares

en que se encuentra sin salida, sea porque durante la sesión se reiteran las mismas escenas que traban un intercambio fluido. En tal caso parece necesario que el terapeuta cambie de perspectiva o de enfoque, y es posible que un requisito para que ello ocurra es que disponga o encuentre otros modos de encarar las mismas situaciones entrampantes. El terapeuta puede carecer entonces de recursos conceptuales para captar otros matices u otras alternativas de trabajo.

También puede ocurrir que la falta de estos recursos conduzca al terapeuta a desconocer o banalizar algunos relatos de los pacientes, como los referidos al consumo, los riesgos de accidentes, la violencia intrafamiliar, los abusos sexuales o de otro tipo. Tal desconocimiento se expresa en las sesiones como una decisión clínica consistente en focalizar en otros aspectos aportados por el paciente. Es decir, la falta de recursos puede no solo influir sobre el contenido de las intervenciones centrales sino también sobre la focalización en los aspectos en que concentrar el esfuerzo clínico. También puede darse una combinación entre esta tendencia evitativa de determinados temas y la intervención carente de recursos para encarar determinados matices centrales de situaciones complejas. Esta combinación puede mostrar el desamparo del terapeuta para encarar estos problemas y constituye un *enactment* contratransferencial en que este ocupa el lugar de un personaje (habitualmente correspondiente a la infancia del paciente) que careció de recursos y con ello dejó al paciente desamparado ante ciertos problemas nucleares.

Pasemos a considerar con algún detalle los otros cuatro tipos de contradicción antes mencionados, que pueden superponerse en algo con las ya mencionadas, sobre todo con las de tipo 2b.

Antes mencionamos que un segundo criterio para detectar estos errores lógicos corresponde a un aspecto procedimental: 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., para la construcción de la información, la sintonía, el foco, el establecimiento de nexos y/o la formulación de las síntesis, los ejemplos, las aclaraciones. Hemos construido un instrumento, consistente en un cuestionario para que el investigador se expida respondiendo por sí o por no a las preguntas formuladas con el objetivo de estudiar este aspecto procedimental en las intervenciones clínicas (Maldavsky, Álvarez et al., 2016).

Un tercer criterio para detectar errores lógicos del terapeuta consiste, según ya lo expusimos, en prestar atención a la función de la intervención, es decir a la cuestión de si determinada intervención o conjunto de ellas se atiende a un objetivo, más allá de que lo alcance o no. Una serie de intervenciones introductorias puede apuntar a obtener información cada vez más fina o cada vez más dispersa y carente de meta. Una intervención de sintonía puede desconocer la información aportada por el paciente, que

contiene inclusive una descripción de determinados malestares recientes, así como el establecimiento del foco puede no basarse en los malestares centrales del paciente sino centrarse en su descripción de episodios en los cuales llegó a desenlaces exitosos, las intervenciones de nexos pueden pasar por alto sectores importantes que el paciente describió como perturbadores, y en cuanto a las complementarias, las de síntesis o ejemplificación pueden confundir más que aclarar.

Por otra parte, de un modo más amplio, puede ocurrir que a las intervenciones de sintonía no sigan las de foco y las de nexos, o que el terapeuta saltee las intervenciones de sintonía. En consecuencia, algunos de los errores pueden consistir en no atenerse a los objetivos de una intervención puntual, y otros pueden consistir en que no se respeta la secuencia de los pasos o que dicha secuencia se ejecuta solo parcialmente. También es conveniente tomar en cuenta que la falta de respeto de una secuencia de pasos puede derivar de un brusco cambio en el enfoque clínico del terapeuta, que puede ser consecuencia de una autorectificación acorde a las circunstancias o no. Por lo tanto, el estudio abarca tanto un enfoque global (si se respeta la secuencia total de pasos de las intervenciones o si se saltea alguno de ellos o se deja inconcluso el conjunto) y otro específico, referido a cada tipo de intervención, con su objetivo que puede o no ser buscado. En cada uno de los tipos de intervención puede darse una creciente precisión en cuanto a la formulación, o, a la inversa, una dispersión progresiva carente de orientación de conjunto. También puede darse un pasaje de una orientación clínica a otra, alguna de ellas más pertinente que la otra.

Es posible que algunas preguntas derivadas de este criterio puedan ser orientadoras del enfoque tendiente a detectar las fallas del terapeuta relacionadas con la función de las intervenciones del terapeuta en un aspecto más puntual o más global. En un nivel más puntual, las preguntas pueden focalizar en el acuerdo de la intervención con el objetivo buscado. En un nivel más global, las preguntas pueden focalizar en el respeto o no de la secuencia de pasos y los resultados en cuanto a la concentración o dispersión del enfoque clínico, y en el caso de que haya un quiebre en la secuencia de pasos, en las razones por las cuales el terapeuta no la ha respetado. Claro que con ello vamos ingresando ya en la consideración del cuarto criterio de enfoque del error lógico, de carácter estratégico.

El cuarto tipo de criterio, fuertemente enlazado con el tercero, consiste en la consideración de la estrategia de conjunto y por sectores que inferimos en las intervenciones clínicas (la diferencia consiste en que el tercer criterio focaliza más bien en aspectos puntuales, y el cuarto, en cuestiones más amplias). La estrategia de conjunto puede abarcar a toda una sesión o una parte importante de esta, mientras que la sectorizada puede abarcar solo una parte de una estrategia más amplia, con algún tipo de unidad interna, de carácter menos abarcativo. En cada estrategia se presentan al menos intervenciones introductorias y centrales, a menudo con el agregado de las complementarias. Por lo

tanto, puede ser que en una sesión completa o en una parte de ella el terapeuta ponga en evidencia que posee una estrategia, mientras que en otra parte carece de ella, y desarrolla solo intervenciones introductorias, o agrega a ellas intervenciones de sintonía y foco con un carácter no unificado sino disperso, etc. También puede ocurrir que en el interior de una estrategia clínica completa se desarrolle una microestrategia menos abarcativa que posee un carácter disperso, etc., o a la inversa, que en una secuencia de intervenciones dispersas haya un sector más pequeño en el cual se desarrolla una microestrategia completa. La dispersión suele abarcar sobre todo a la sintonía y el foco, y en cuanto a las intervenciones de nexos puede ser que el terapeuta establezca varias conjeturas que revelen diferentes enfoques y conceptos. Las diferentes estrategias desarrolladas por el terapeuta en una sesión pueden ser contradictorias, subordinarse entre sí, remplazarse como consecuencia de una rectificación, resultar más o menos oportunas por acordar con el momento, el estado del paciente, lo que este ha manifestado, etc.

También en relación con este criterio proponemos algunas preguntas generales que pueden orientar la investigación del pensamiento clínico del terapeuta durante la sesión. Entre ellas, algunas se centran en determinar si el terapeuta formuló o no una estrategia (con sus intervenciones introductorias, de sintonía y foco, de nexos y complementarias), si la interrumpió (y las razones para ello, que pueden ir desde la autorrectificación a la falta de comprensión del problema clínico planteado por el paciente), si el trabajo del terapeuta en el conjunto de la sesión o una parte de ella tiene un carácter disperso o se halla orientado, si se advierte un sector disperso en una sesión en que predomina la orientación o viceversa. En algunos aspectos, este tipo de contradicción puede coincidir también con las que antes denominamos 1a y 1b.

Ya mencionamos un quinto criterio para categorizar los errores lógicos, desde la perspectiva del estilo expresivo del terapeuta, que involucra tanto sus actos de habla como otras tantas acciones que despliega en la sesión, como ser el tono y el volumen de voz, la postura corporal, la expresión facial. Puede ocurrir que, aunque el contenido de las intervenciones clínicas sea acorde a los problemas que plantea el paciente, el terapeuta despliegue en la postura corporal y en sus actos de habla a un personaje de la vida psíquica del consultante, y con ello introduzca un elemento perturbador en el vínculo. Al respecto, hasta ahora hemos investigado (Maldivsky, Argibay et al., 2016) las intervenciones clínicas durante la primera sesión de 20 pacientes con el mismo terapeuta y concluimos que el terapeuta tiende a mantener un estilo consistente en que la expresión de sus deseos armoniza con la función adjudicada a cada tipo de intervención: O2 para las de sintonía, A2 y O1 para las de nexos, A2 para las introductorias. Tomando en cuenta el resultado de este estudio, procuramos detectar alguna contradicción entre el contenido inherente al tipo de intervención y el deseo expresado por el terapeuta en sus manifestaciones verbales o no verbales.

Es posible, además, que las reglas biológicas mencionadas por Freud, consistentes en el surgimiento de un displacer ante la emergencia de una contradicción lógica,

también operan cuando ocurren los otros cuatro tipos de fallas en el trabajo clínico, es decir los derivados de la falta de acuerdo en cuanto a los objetivos, de la falta de respeto de los procedimientos para llegar a formular las intervenciones, de la falta de una estrategia clínica coherente y/o de la falta de armonía entre el contenido de las intervenciones clínicas y el estilo que el terapeuta despliega en sesión.

Análisis de los deseos, las defensas y su estado en paciente y terapeuta para inferir una perturbación de contratransferencia

Al investigar la mente del terapeuta nos interesa considerar: 1) aquellos deseos del terapeuta que pueden resultar una interferencia en el trabajo clínico y que son despertados por el influjo del paciente, lo cual suele llevar a que el terapeuta desarrolle *enactments* contratransferenciales y 2) la falta de pertinencia de algunas de sus intervenciones y que son indicadores de la interferencia en el trabajo clínico antes mencionada. La valoración de la falta de pertinencia clínica de las intervenciones del terapeuta se atiende a cuatro criterios: 1) lógico, 2) funcional, 3) procedimental, 4) estilístico. A este tema hemos dedicado ya un apartado. En cambio, el otro tema, el de la valoración de los deseos, las defensas y su estado en las intervenciones clínicas, es el centro del presente apartado. Para desarrollar este segundo tipo de investigación necesitamos estudiar los deseos y las defensas (y su estado) en el discurso del terapeuta y en las manifestaciones del paciente, de donde puede inferirse su influjo sobre los deseos del terapeuta.

Para ello disponemos de instrumentos que nos ha aportado el ADL. Para el estudio de los deseos y las defensas y su estado en las manifestaciones del paciente podemos emplear el ADL-R y el ADL-AH (Maldavsky, 2013). Uno y otro 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. Para el estudio de los deseos y las defensas (y su estado) en las escenas desplegadas por el terapeuta podemos utilizar el ADL-AH (Maldavsky, 2013).

En cuanto a los procedimientos, cabe destacar que estamos acostumbrados a realizar un estudio completo y detallado de los deseos y las defensas y su estado en todos los relatos y en las escenas desplegadas por el paciente en la sesión. Sin embargo, no es necesario desarrollar un estudio tan exhaustivo para una investigación como esta. Respecto del análisis de los relatos, nos interesa considerar dos aspectos: 1) cuáles son las narraciones en que se evidencia un desenlace en que la defensa es parcial o totalmente fracasada, y 2) cuáles son los personajes con los que el terapeuta puede tener eventualmente una identificación. El primer tipo de estudio (sobre el fracaso parcial

o total de una defensa) nos interesa para evaluar si las intervenciones del terapeuta aciertan en cuanto a la sintonía y el foco. El segundo tipo de estudio nos interesa para el estudio de la contratransferencia del terapeuta y el despliegue de un *enactment* perturbador del trabajo clínico.

El estudio del primer tipo requiere recurrir a un procedimiento consistente en determinar cuáles son los temas que el paciente trata en el curso de la sesión para luego considerar cuáles de ellos tienen un desenlace disfórico, parcial o total. En cambio, no resulta necesario estudiar aquellos otros relatos en los cuales el desenlace es eufórico, ya que alcanza con constatar que lo es. Si el terapeuta se centra reiteradamente en aquellos temas en los que el paciente expuso relatos con un desenlace eufórico, entonces es probable que la sintonía y el foco que ha establecido sean clínicamente poco pertinentes. Si en cambio el desenlace de los relatos de un tema son mixtos (exitoso/fracasados), entonces es posible que la sintonía y el foco establecidos por el terapeuta sean clínicamente más pertinentes, y tanto más puede serlo si el desenlace de los relatos de un tema evidencia el fracaso de una defensa.

El estudio del segundo tipo requiere de otro enfoque, en el cual el investigador logre establecer semejanzas entre alguna escena desplegada por el terapeuta o entre este y el paciente durante la sesión y alguna escena que el paciente haya relatado o desplegado previamente. Esta semejanza entre la postura del terapeuta y la de un personaje o la del paciente mismo es la que permite inferir el *enactment* contratransferencial, y se basa en el supuesto de una identificación del terapeuta, e inclusive en alguna defensa ulterior para rescatarse de dicha identificación. Este “igual que” que es inherente a la identificación tiene un carácter parcial y a menudo transitorio, ya que el terapeuta suele rescatarse al tiempo de dicha postura, y que, por lo general, se centra solo en determinados rasgos del paciente o de un personaje de la vida de este que el terapeuta asume.

Este segundo estudio (el del *enactment* del terapeuta) requiere, además, un estudio más detenido de las intervenciones clínicas, y en particular de algunos de sus sectores que resultan más llamativos. A veces el estudio se centra en una escena desplegada única por el terapeuta (en que por ejemplo exhibe una postura triunfalista ante los propios colegas por suponer que ha logrado desentrañar aspectos complejos del caso que no entendieron los colegas que lo atendieron con anterioridad), en otras ocasiones en un intercambio que muestra la redundancia de una postura clínicamente errónea del terapeuta (por ejemplo, la insistente denuncia de un familiar que aparentemente maltrata al paciente de manera injusta, sin considerar la tendencia apática que este despliega de manera duradera, con lo cual el terapeuta se asemeja a alguno de los progenitores, que tiene una postura similar a la que él desarrolla).

Mientras que el primer tipo de estudio (detección de aquellos temas en cuyos relatos las defensas fueron parcial o totalmente fracasadas) tiene un carácter estructurado, no

ocurre lo mismo con el segundo tipo de estudio, el que pretende establecer semejanzas entre alguna escena desplegada por el terapeuta al intervenir y alguna escena relatada o desplegada por el paciente, por un personaje de la vida psíquica del paciente, o alguna defensa ante el despliegue por el terapeuta de dicha escena. Pese al carácter no estructurado del segundo tipo de estudio, es posible precisar algunos de sus pasos. En un comienzo es conveniente seleccionar la escena llamativa en cuestión y luego estudiarla detenidamente en sus rasgos y determinar su extensión, su carácter puntual o duradero. En cuanto a sus rasgos, es conveniente evaluar los deseos y las defensas y su estado en el terapeuta y tomar en consideración el hecho de que en una sesión el terapeuta tiene un interlocutor inmediato pero varios otros de carácter simbólico, como ser sus colegas, sus maestros, los padres u otros miembros de la familia del paciente, etc., y que por lo tanto el análisis de los procesos psíquicos del terapeuta se vuelve más complejo, y constituye una trama en que no es conveniente intentar alguna reducción, alguna simplificación si resulta empobrecedora. En cambio, suele ser de utilidad tomar en cuenta que los diferentes personajes intervinientes en la mente del terapeuta y sobre todo en su *enactment* tienen posiciones no coincidentes: alguno puede aparecer como modelo, otro como ayudante, otro como rival, otro como objeto, y que por lo tanto los deseos y defensas (y su estado) del terapeuta pasan a constituir una trama igualmente compleja.

Comentarios

Si deseamos realizar una investigación empírica de la mente del terapeuta durante las sesiones, el estudio de su pensamiento, con sus rectificaciones y reorientaciones, parece ser un complemento del estudio de sus deseos, defensas y estado, expresados simultáneamente. Las relaciones entre uno y otro proceso son complejas. Freud (1910d) suponía que el pensar clínico puede quedar interferido por los deseos y las defensas despertados en el terapeuta por el influjo perturbador del paciente. También puede ocurrir algo diverso: que la falta de formación clínica y conceptual del terapeuta lo deje expuesto al desarrollo de *enactments* contratransferenciales. Además, los deseos del terapeuta no involucran solo la relación con el paciente sino también la relación con otros personajes de la vida psíquica de este, con lo cual el estudio de los procesos psíquicos en juego tiene mayor complejidad y requiere un enfoque empírico refinado para el cual estamos proponiendo diferentes instrumentos integrantes todos ellos de un mismo método.

Desde el punto de vista metodológico, puede apreciarse que estamos proponiendo un empleo más puntual de los instrumentos del ADL en la investigación. En este caso, tal empleo más restringido del ADL corresponde al análisis de los relatos del paciente, ya que interesa sobre todo aquellos relatos en los que se evidencia un fracaso de la defensa, en particular en los episodios de cierre centrados en un tema en particular (por ejemplo, las anécdotas referidas a la relación con el jefe recién jubilado en la empresa en que el paciente también trabaja), todo ello acompañado de una lectura cuidadosa de todo el texto de la muestra.

El empleo de los instrumentos del ADL para el análisis del discurso de paciente y terapeuta ha sido ya explicitado con claridad en otros trabajos y en esta oportunidad solo hemos agregado una precisión. En cambio, está menos clara la aplicación de los criterios para detectar los errores lógicos del terapeuta, como parte del estudio de la contratransferencia. En ocasiones podría ocurrir que alcance con apelar al enfoque descrito en primer lugar, pero quizá sea más fructífero combinar este criterio con al menos otro de ellos, como el descrito en segundo lugar o con el mencionado en el quinto. También parece rendidor aplicar una combinación entre los criterios tercero y cuarto.

Cabe preguntarse, además, hasta dónde son aplicables estas estipulaciones metodológicas referidas a la investigación de las contradicciones lógicas en las intervenciones, ya que existen psicoterapias en las cuales la sintonía y el foco no tienen importancia, o no la tiene el establecimiento de nexos. Es posible que inclusive en estas ocasiones la aplicación del enfoque que proponemos sea fructífera, con la cautela correspondiente en cuanto a su uso.

Igualmente, tenemos conciencia de la diferencia en cuanto al refinamiento metodológico de los estudios que proponemos. El enfoque de los deseos y las defensas (y su estado) en el terapeuta dispone de una operacionalización de los conceptos y también cuenta con los instrumentos correspondientes para su estudio. En cambio, el enfoque de los errores lógicos del terapeuta al intervenir, es decir en cuanto a sus pensamientos como clínico en la sesión, dispone de una operacionalización de los conceptos y cuenta con algunos de los instrumentos para el estudio de solo algunos de los conceptos ya operacionalizados, como ser el tipo de intervención y los criterios primero, segundo y quinto, pero solo aportes parciales (no puestos a prueba aún en investigaciones empíricas) para el estudio de los criterios tercero y cuarto.

Bibliografía

Baddeley, A.D. & Hitch, G.J. (1974). Working memory. En Bower, G.A. (ed.). *The psychology of learning and cognition*. Nueva York: Academic Press.

Baddeley, A.D. & Hitch, G.J. (1994). Developments in the concept of working memory, *Neuropsychology*, 8, 484-93.

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.

Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error. Emotion, reason and the human brain*. Nueva York: Putnam's Sons.

Egan, J. & Carr, A. (2008). Body-centred countertransference in female trauma therapists. *Eisteach*, 8, 22-27.

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

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

Freud, S. (1900a). La interpretación de los sueños. En *Obras completas* (Vol. IV-V). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1910d). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En *Obras completas* (Vol. XI). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1915e). Lo inconsciente. En *Obras completas* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1923b). *El Yo y el Ello*. En *Obras completas* (Vol. XIX). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1925h). La negación. En *Obras completas* (Vol. XIX). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1950a). Proyecto de psicología. En *Obras completas* (Vol. I). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

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*. Buenos Aires: Paidós.

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). Countertransference. *Br. J. Med. Psychol.*, 33(1), 9-15.

- Hinshelwood, R.D. (1989). *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1992.
- Jacobs, T.J. (1986). On countertransference enactments. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 34(2), 289-307.
- 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. (1986). *Estructuras narcisistas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1988.
- 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. (2015a). Investigación empírica con el algoritmo David Liberman de la contratransferencia no declarada: método y aplicaciones. *Investigaciones en psicología*, 20(3), 61-75.
- Maldavsky, D. (2015b). Estudio de algunos factores contribuyentes al desarrollo de perturbaciones psicósomáticas, *Psicanálise. Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 17(2), 29-47.
- Álvarez, L.H.; Neves, N. y Tate de Stanley, C. (2016). Description and illustration of an instrument for study the first steps in the creation of the therapeutic alliance. Ponencia en la *Joseph Sandler Conference*. Buenos Aires.
- Álvarez, L.; García Grigera, H.; Manson, M.; Neves, N.; Rembado, J.M. y Tate de Stanley, C. (2016). *Enactments* contratransferenciales y fallas parciales del terapeuta en la sintonía, la focalización y la coherencia conceptual. Inédito.
- Argibay, J.C., Scilletta, D.B., 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. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 20(1), 128-146.
- 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.
- Norman, M.A. & Shallice, T. (1986). Attention to action: willed and automatic control of behavior. En Davidson, R.J.; Schwartz, G.E. & Shapiro, D. (Eds.). *Consciousness and self-regulation*. Nueva York: Plenum Press.

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

Pennington, B.F.; Bennetto, L., McAleer, O. & Roberts, R.J., Jr. (1996). Executive functions and working memory: Theoretical and measurement issues. En G.R. Lyon & N.A. Krasnegor (Eds.). *Attention, memory, and executive function* (pp. 327-348). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

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

Renik, O. (1993). Countertransference enactment and the psychoanalytic process. En M.J. Horowitz; O. Kernberg & M. Weinschel (Eds). *Psychic structure and psychic change. Essays in honor of Robert S. Wallerstein* (pp. 135-158). Madison: Int. Univ. Press.

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

Shallice, T. (1988). *From neuropsychology to mental structure*. Cambridge: Cambridge University Press.

Shallice, T. y Burgess, P.W. (1991). Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain*, 114, 727-41.

Stuss, D.T. & Benson, D.F. (1986). *The frontal lobes*. Nueva York: Raven Press.

Alexander, M.P. (2000). Executive functions and the frontal lobes: a conceptual view. *Psychol Research*, 63, 289-98.

Alexander, M.P.; Shallice, T.; Picton, T.W.; Binns, M.A.; Macdonald, R. et al. (2005). Multiple frontal systems controlling response speed. *Neuropsychologia*, 43, 396-417.

Fecha de recepción: 29/11/16

Fecha de aceptación: 17/01/17