

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

Empirical research on the unreported counter transference, with the David Liberman algorithm: method and applications

Maldavsky, David

RESUMEN

Objetivo: exponer un método y su ejemplificación para estudiar la perturbación contratransferencial duradera y no declarada. Operacionalización del concepto: falla clínica combinada con deseos y defensas perturbadores en el terapeuta. Instrumentos: algoritmo David Liberman. Procedimientos: 1) para la detección de las fallas clínicas en las intervenciones del terapeuta y 2) para la detección de sus deseos y defensas. Ejemplificación: 10 casos. Discusión: 1) Se dan diferentes tipos de enactment contratransferenciales, en que el terapeuta se ubica en el lugar del paciente o en el de un personaje de su vida psíquica, o se defiende de ubicarse en dicha posición. 2) En estos enactments es posible investigar los deseos y las defensas del terapeuta, a lo cual se suman identificaciones con el paciente o un personaje de su mundo psíquico e inclusive introyecciones de sus estados somáticos. 3) Las fallas clínicas derivan a veces de las perturbaciones contratransferenciales del terapeuta, pero también pueden ser consecuencia de una limitación en la formación, que se combina con las perturbaciones antedichas. 4) El aporte metodológico consistió sobre todo en el desarrollo y la aplicación de los procedimientos de empleo del ADL. Los mismos procedimientos pueden aplicarse en el estudio de la contratransferencia entendida en sentido amplio.

Palabras clave: Enactment - Deseo - Defensa - Intervenciones Clínicas

ABSTRACT

Objective: to present a method with exemplification to study the lasting and unreported countertransferential perturbation. Operationalization of the concept: clinical inaccuracy combined with wishes and pathological defenses in the therapist. Instruments: David Liberman algorithm. Procedures: 1) for the detection of clinical inaccuracies in the therapist's interventions and 2) for the detection of his wishes and defenses. Exemplification: 10 cases. Discussion: 1) Different types of countertransferential enactments in which the therapist positions himself in the place of the patient or of a character in his psychic world, or defends himself from being in that position. 2) In these enactments it's possible to investigate the therapist's wishes and defenses to which are added identifications with the patient or with a character existing in his psychic world, and even introjections of the patient's somatic states. 3) Clinical inaccuracies are sometimes derived from the therapist's countertransferential perturbations, but may also be caused by training limitations combined with the mentioned perturbations. 4) The methodological contribution consisted mostly in the development and application of procedures for the use of the DLA. The same procedures can be applied to the study of countertransference in the broad sense of the term.

Keywords: Enactment - Wish - Defense - Clinical Interventions

¹Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). E-Mail: dmaldavsky@gmail.com
A mi amigo R. H. Etchegoyen

La definición del concepto que hemos elegido es la clásica, la cual también incluye una explicación (referida a los puntos ciegos del terapeuta por las limitaciones de su propio análisis): “se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente”, y Freud propone al terapeuta “que la discierna dentro de sí y la domine”, recurriendo al autoanálisis. Freud (1910d) sostiene que esta contra-transferencia deriva en el terapeuta de sus “propios complejos y resistencias interiores” (p. 136). Más adelante Freud (1913c) habría de aconsejar al terapeuta “someterse a un análisis por un experto” (p. 116), en lugar del autoanálisis. Esta contratransferencia hace de obstáculo perturbador del trabajo clínico.

Como muchos otros conceptos en psicoanálisis, el de contratransferencia ha tenido diferentes definiciones, influidas por las orientaciones conceptuales de los autores. Además, en la definición se suelen combinar la descripción del fenómeno y su explicación, como ocurre en Freud mismo y en autores del grupo kleiniano, quienes suelen atribuir esta manifestación 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 cuanto a la categorización de tipos de contratransferencia, también han existido varios enfoques, como los de Heimann (1950, 1960), Racker (1953), Grinberg (1973) y otros autores, como los que propugnan una perspectiva intersubjetiva (entre otros, Jacobs, 1986, Renik, 1993, Ogden, 1994). Varios de estos autores propugnan un enfoque más amplio de la contratransferencia como respuesta global del terapeuta, y no tanto el enfoque restrictivo propuesto por Freud. Más allá de ello, los estudios concretos centrados en la contratransferencia tienen en común que el terapeuta la haya explicitado.

Por nuestra parte, preferimos restringirnos a la contratransferencia perturbadora del trabajo clínico, sea esta declarada o no por el terapeuta. Son también parte de nuestro interés aquellos casos en que el terapeuta declara una contratransferencia perturbadora del trabajo clínico y por el estudio empírico de las manifestaciones resulta posible confirmar la afirmación del terapeuta o ampliar y eventualmente rectificar sus afirmaciones. Además, diferenciamos entre una perturbación contra transferencial transitoria y una más duradera. Así, pues, pretendemos investigar las manifestaciones contratransferenciales perturbadoras, declaradas o no por el terapeuta, y en particular estas últimas, con un cierto grado de duración.

Objetivos

Nos proponemos 1) desarrollar un método y sobre todo un procedimiento para el estudio empírico de la contratransferencia (sobre todo aquella duradera no declarada) y 2) aportar ejemplos de su aplicación.

Operacionalización del concepto de contratransferencia perturbadora duradera

Los métodos propuestos hasta ahora para la investigación empírica de la contratransferencia consisten en inventarios, cuestionarios o escalas (entre otros, Najavits et al, 1995, Friedman y Gelso, 2000, Betan, 2005, Fauth, 2006, Rossberg et al, 2010, Hayes, Gelso y Hummel, 2011, Hayes, 2014), que son útiles pero parciales, tal como también lo señalan Machado et al (2014) en su revisión de los instrumentos existentes. Los instrumentos mencionados son respondidos apelando al saber consciente. Como la contratransferencia es solo parcialmente consciente, parece requerirse de algún otro instrumento que pueda investigar también los aspectos inconscientes de estas manifestaciones. Por nuestra parte, nos interesa investigar la contratransferencia a través del estudio de los intercambios paciente-terapeuta en las sesiones.

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

Consideraremos estos dos puntos de manera separada. Respecto del primero, señalemos que la perturbación contratransferencial duradera no declarada en el trabajo clínico, se caracteriza por el hecho de que el terapeuta formula intervenciones clínicamente no pertinentes, y/o desarrolla estrategias clínicas no adecuadas. En consecuencia, la perturbación de contratransferencia se hace evidente en las intervenciones del terapeuta, sea por una estrategia clínica errónea, sea por determinados actos de habla u otros modos de desplegar una escena. En estas intervenciones se expresan algunos de los procesos psíquicos perturbadores del terapeuta, que suelen relacionarse con determinados influjos provenientes del paciente.

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

En ocasiones las fallas clínicas del terapeuta se presentan en las intervenciones introductorias, por la dispersión que complica la búsqueda de información para localizar y precisar los focos problemáticos, o por la irrupción de una intervención central de establecimiento de nexos prematura. Otras veces la falla clínica se expresa en las intervenciones ligadas a sintonizar con el paciente, en las cuales el terapeuta puede colegir un estado afectivo cuando lo central es un estado orgánico de pánico no explicitado abiertamente por el paciente. En otras ocasiones la falla clínica se expresa en la no elección del foco del conflicto remplazado por algún otro aspecto de los que mencionó el paciente, o en el establecimiento

incorrecto de los nexos causales, no acordes con la realidad psíquica del paciente. También pueden darse fallas clínicas en las intervenciones complementarias, si la síntesis contradice lo central de las intervenciones previas. En cualquiera de estas fallas en el enfoque clínico, es frecuente que se presenten dos estrategias clínicas, una más pertinente y otra menos adecuada.

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

Esta segunda perspectiva permite además detectar el factor eficaz, consistente en los procesos psíquicos del terapeuta, derivados del intercambio con el paciente. En efecto, los actos de habla y los componentes no verbales del terapeuta pueden llevar al terapeuta a desplegar una escena que en realidad corresponde al mundo psíquico del paciente, y que se ha expresado en alguna escena relatada o desplegada por el paciente. En esta escena que el terapeuta despliega inadvertidamente en la sesión se ponen en evidencia deseos y defensas perturbadores del terapeuta. Una alternativa algo diferente es que el mismo terapeuta desarrolle defensas secundarias frente a los deseos y defensas expresados en la escena que se ve convocado a desplegar, apelando entonces a otros tipos de actos de habla o al desvío respecto del foco del problema.

Instrumentos

El estudio de las perturbaciones de contratransferencia en las fallas en las intervenciones del terapeuta implica considerar las manifestaciones del paciente y el trabajo del terapeuta para recabar información para el establecimiento del foco, sintonizar con los estados del paciente, proponer nexos, o complementar este trabajo. Para determinar la pertinencia del enfoque clínico es conveniente tomar en cuenta los relatos y los actos de habla del paciente, sobre todo aquellos que muestran el fracaso de una defensa, funcional o patológica. El foco de una sesión suele consistir, precisamente, en considerar aquellos conflictos que el paciente tiene más claramente irresueltos, y el fracaso de la defensa parece ser un buen orientador en este sentido. En cuanto al estado del paciente se infiere de las escenas relatadas recientes y de las desplegadas en la sesión.

El estudio de las perturbaciones de contratransferencia en las escenas desplegadas por el terapeuta implica considerar el nexo entre estas escenas y los relatos realizados por el paciente y/o las escenas que el mismo paciente desarrolla en las sesiones con sus actos de habla.

Este estudio permite determinar hasta qué punto el terapeuta despliega inadvertidamente la posición de un personaje de la vida psíquica del paciente, o inclusive se ha puesto en el lugar del paciente mismo, en lo cual se expresan sus deseos y defensas perturbadores.

Para el estudio de los deseos y las defensas (y su estado: exitoso, fracasado, mixto) en los relatos del paciente aplicaremos el ADL-R (Maldavsky, 2013) y para el estudio de las escenas desplegadas por paciente y terapeuta en las sesiones aplicaremos el ADL-AH (Maldavsky, 2013). El ADL-R permite estudiar los deseos y las defensas (y su estado) en los relatos del paciente. Consta de una grilla que categoriza las escenas según cada deseo y de una serie de instrucciones adicionales que permite inferir la defensa y su estado a partir de la determinación del deseo prevalente en los relatos. El ADL-AH permite estudiar los deseos y las defensas (y su estado) en los actos de habla del paciente y/o del terapeuta. Los actos de habla tienden a configurar escenas que el sujeto despliega en las sesiones y por lo tanto el estudio con este instrumento permite investigar los deseos y las defensas (y su estado) en las escenas desplegadas en sesión. El ADL-AH consta de una grilla que categoriza los actos de habla según cada deseo y de una serie de instrucciones adicionales que permite inferir la defensa y su estado a partir de la determinación del deseo prevalente en la escena desplegada.

Los instrumentos para el análisis de los aspectos verbales (ADL-R, ADL-AH) cuentan con distribuciones de frecuencias para los discursos de pacientes y terapeutas (Maldavsky, 2013, Maldavsky et al, 2015). En cuanto a la categorización del tipo de intervención, el ADL propone (Maldavsky, 2013) esta categorización: introductorias (realizar el contacto, recabar información), centrales de sintonía (detectar el estado afectivo y/o somático del paciente), centrales de nexo (causales, temporales, de analogía o contraste), complementarias (síntesis, ejemplificación, aclaración). En los trabajos citados poco antes es posible hallar las descripciones de los instrumentos mencionados y los procedimientos para su aplicación a las muestras.

Procedimientos para la detección de las intervenciones clínicamente no pertinentes y los procesos inconscientes perturbadores no declarados en el terapeuta

Es conveniente diferenciar entre los procedimientos para detectar una intervención clínicamente no pertinente y los procedimientos para detectar los procesos inconscientes perturbadores en el terapeuta y los influjos que podrían provenir del vínculo con el paciente.

Para estudiar las fallas en las intervenciones del terapeuta es conveniente estudiar los deseos y las defensas y su estado en los relatos y los actos de habla del paciente. 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.

El paso siguiente consiste en estudiar las intervenciones del terapeuta con los dos instrumentos disponibles: la categorización de los tipos de intervenciones y el análisis de los deseos y las defensas y su estado en los actos de habla del terapeuta. El estudio de los tipos de intervención que formula el terapeuta permite inferir si este tiene una o varias estrategias clínicas, en cuanto a 1) recabar información para detectar el foco problemático, 2) la forma y/o el contenido de las intervenciones de sintonía, 3) la forma y/o el contenido de las intervenciones para establecer nexos, 4) la forma y/o el contenido de las intervenciones complementarias. Estos estudios de los tipos de intervenciones y de los actos de habla del terapeuta permiten evaluar la pertinencia clínica de las intervenciones introductorias, de sintonía, de nexo o complementarias del terapeuta.

Una vez estudiado el discurso del terapeuta con estos dos instrumentos, es conveniente proceder a evaluar el tipo de intervención, con el objetivo de inferir 1) si el terapeuta perdió o nunca logró una orientación al formular las intervenciones introductorias, y cuán extensa fue su desorientación en la búsqueda del foco problemático, 2) si omitió las intervenciones para sintonizar con el paciente, las formuló a destiempo o tendió a atribuir al paciente determinado estado cuando las manifestaciones del paciente indicaban que era otro, 3) si erró en la elección del foco o, habiendo acertado en la elección, formuló intervenciones de nexo discordantes de lo que las manifestaciones del paciente indicaban, o 4) si realizó intervenciones complementarias con ejemplos contradictorios con lo que había expresado antes, síntesis en que omitía aspectos importantes de lo que previamente habían intercambiado, etc.

Una vez terminada esta primera evaluación (de la pertinencia clínica de los tipos de intervención del terapeuta, por su forma y/o su contenido), es conveniente proceder a tomar en cuenta 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 la escena desplegada por el terapeuta corresponda a un relato no formulado aún por el paciente, o que el terapeuta procure defenderse de dichos 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 segundo 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 (inclusive como doble del paciente mismo) de alguna historia relatada o no por el paciente, o que además se defiende de haberse ubicado en esa posición.

Tabla 1
Síntesis de la argumentación

Método de estudio de la perturbación contratransferencial relativamente estable, no declarada por el terapeuta	
Definición y explicación del concepto (Freud)	“Se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente” Que el terapeuta “la disciplina dentro de sí y la domine” Deriva en el terapeuta de sus “propios complejos y resistencias interiores” Aconseja al terapeuta “someterse a un análisis por un experto” La contratransferencia constituye un obstáculo para el trabajo clínico
Objetivos	1) Desarrollar un método para el estudio empírico de la contratransferencia (sobre todo aquella duradera no declarada) 2) Aportar ejemplos de su aplicación
Interrogantes	1) Cómo detectar la perturbación de la tarea en las intervenciones del terapeuta 2) Cómo detectar la naturaleza del factor eficaz, es decir, los procesos psíquicos perturbadores en el terapeuta, derivados del intercambio con el paciente
Operacionalización: Perturbación en el trabajo clínico	Se caracteriza por el hecho de que el terapeuta formula intervenciones clínicamente no pertinentes, y/o desarrolla escenas ante el paciente que son clínicamente no adecuadas (determinados actos de habla u otros modos de desplegar una escena en la sesión)
1. Inferencia de la estrategia clínica errónea o del desarrollo por el terapeuta de escenas no acordes con la propuesta clínica	La estrategia clínica errónea puede presentarse en las intervenciones introductorias, en las intervenciones tendientes a sintonizar con el paciente, en las intervenciones centrales de nexo o en las intervenciones complementarias El despliegue de escenas no acordes con la propuesta clínica se presenta en las escenas que el terapeuta desarrolla en los actos de habla así como en manifestaciones no verbales

2. Inferencia del tipo de perturbación de los procesos psíquicos perturbadores del terapeuta por el influjo del paciente	Los procesos psíquicos perturbadores del terapeuta (una combinación entre deseos y defensas patológicas) se detectan en sus actos de habla, que expresan el despliegue de una escena que coincide (de manera directa o invertida) con las escenas relatadas o desplegadas por el paciente
Instrumentos	Para la detección de las intervenciones clínicamente no pertinentes: respecto del paciente, ADL-R, ADL-AH, y respecto del terapeuta, categorización de los tipos de intervenciones (en cuanto al contenido de las intervenciones) y ADL-AH (en cuanto a la forma de las intervenciones) Para la detección de los procesos psíquicos perturbadores del terapeuta, ADL-AH
Procedimientos	Para detectar una perturbación de contratransferencia duradera no declarada: 1) Estudiar los deseos y las defensas y su estado en el nivel de los relatos y en el de los actos de habla del paciente (localizar los temas y escenas en que el paciente pone en evidencia el fracaso de sus defensas, funcionales y patológicas, en ambos niveles) 2) 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 3) Evaluar el tipo de intervención Para detectar los procesos inconscientes perturbadores en el terapeuta y los influjos que podrían provenir del vínculo con el paciente: 1) Tomar en cuenta los actos de habla del terapeuta con el objetivo de inferir si este desplegó escenas no acordes con los objetivos clínicos 2) Determinar si las escenas desplegadas por el terapeuta tienen coincidencias (en forma directa o invertida) con alguna escena relatada o desplegada por el paciente

Aplicación en ocho casos

Tres de los casos han sido descritos por otros autores (Donnet y Green, 1973, Kachele et al, 2006, Rampulla y Avila Espada, 2011). Los 8 casos fueron estudiados detalladamente con el ADL en publicaciones anteriores (Maldavsky et al, 2005, 2006, 2007, 2011). En todos los casos se han estudiado los deseos y las defensas de los pacientes, las intervenciones del terapeuta correspondiente, así como las escenas que el terapeuta despliega en la sesión. En esta oportunidad (en que se intenta mostrar la aplicación de los procedimientos para el estudio de la contratransferencia duradera no declarada), se presenta una descripción sintetizada de cada caso y se incluyen al final los comentarios correspondientes referidos a la contratransferencia y los aspectos detectados que permiten inferirla.

En todos los casos se evalúan los siguientes ítems: 1) tipo de contratransferencia (transitoria o duradera), 2) aspecto del discurso del terapeuta en que se la ha inferido, 3) estímulo determinante del paciente, 4) escena desplegada en la sesión, 5) lugar del terapeuta en la escena desplegada y 6) proceso psíquico desarrollado en el terapeuta.

Marisa, 22 años (Maldavsky et al, 2011). Consultó por cortes reiterados de la piel con un instrumento filoso. En una sesión del comienzo de la terapia relató que a la mañana había estado angustiada y que antes tuvo conflictos con el novio, con escenas de llanto porque él se ausentaba o la desconocía, pero que finalmente habían llegado a una situación más gratificante. También se refirió a que en su hogar estuvo llorando en su cuarto y que irrumpió su padre para decirle que había ido a ver a una bruja, y que esta le había dicho que la madre de un ex novio le había hecho un conjuro negativo. A la paciente le causó gracia lo que escuchaba, pero simultáneamente empezó a llorar con más fuerza y a lastimarse la piel con las uñas, hasta que apareció su madre y expulsó al padre diciendo que la paciente se ponía mal cuando hablaba con él. No le contó nada a la hermana porque el padre le había hecho prometer que guardaría el secreto.

La terapeuta le dijo que la paciente parecía guardarse cosas que debería decir, como ocurrió con su novio y con el padre. Se centró en la relación con el novio y la exhortó a ponerle límites cuando él la maltrataba, le dio ejemplos de lo que podría decirle y recurrió a frecuentes dramatizaciones. Poco después la terapeuta dio por terminada la sesión y la paciente, en lugar de irse, pasó a relatar a la terapeuta que le había dicho al psiquiatra que ella veía de noche gente deambulando por su cuarto. La terapeuta le dijo entonces que por ello la paciente había estado angustiada a la mañana, porque no sabía si contar o no estas situaciones al psiquiatra.

Los temas centrales fueron la relación con el novio y con el padre. Con el novio la paciente describió situaciones que parecían indicar un equilibrio logrado. Pero la relación con el padre pareció evidenciar lo inverso, es decir, desenlaces disfóricos. Además, en relación con las escenas con el padre la paciente relató que había vuelto a dañarse la piel, lo cual parece cercano a la cuestión de

las heridas auto-infligidas por las que consultó. Los actos de habla de la paciente correspondían por un lado a justificaciones, descripciones de situaciones concretas, establecimiento de conexiones, etc. (en cuyo caso predominaban defensas funcionales exitosas), y por otro lado a exageraciones y dramatizaciones (en cuyo caso predominaban defensas patológicas exitosas).

En cuanto a los actos de habla de la terapeuta, en las intervenciones centrales de nexo había un predominio de justificaciones, objeciones, información de hechos concretos, confirmación o rectificación de la opinión ajena, etc., y de dramatizaciones. Conjeturamos entonces que paciente y terapeuta podían establecer una alianza terapéutica positiva al recurrir a justificaciones, relatos, etc., y una relación poco constructiva al recurrir a dramatizaciones, exageraciones.

En cuanto al foco de las intervenciones centrales de la terapeuta, tendieron a que la paciente pusiera límites al novio. En cambio, dejó de prestar atención a la relación de la paciente con el padre, con quien había tenido el conflicto que culminó en una repetición atenuada de la tentativa de lastimarse la piel.

Tipo de contratransferencia: duradera, con rectificación.

Inferida de las intervenciones clínicamente no pertinentes y de los actos de habla de la terapeuta.

Intervenciones clínicamente no pertinentes: falla en la elección del foco del conflicto.

Estímulo aportado por la paciente: tendencia excesiva al histrionismo.

Actos de habla de la terapeuta: recurso excesivo a las dramatizaciones.

Escena desplegada en la sesión: escalada de histrionismo.

Lugar de la terapeuta en la escena desplegada: similar al de la paciente en la sesión.

Proceso psíquico en la terapeuta: identificación con la paciente.

Corina, 33 años (Maldavsky et al, 2006). En la sesión inicial dijo que consultaba porque sufría de estrés y estaba de novia hacía 10 años y no podía manejar la situación. En sus relatos recurrió a frecuentes dramatizaciones de las escenas que iba describiendo. El novio tenía una personalidad muy fuerte. Ella quería casarse y tener hijos y él no compartía sus proyectos. El novio prometía casamiento y luego lo postergaba. Ella no le creía ya al novio, y era celosa, ese era su calvario. Respecto de su estrés, la paciente contó que no podía dormir, que se quería ir a vivir sola, y el novio se oponía. También se opuso a que ella consultase a una psicoterapeuta. Además, no podía hablar con los padres porque se enojaban con el novio.

La terapeuta le preguntó qué sentía por el novio y la paciente respondió que sentía amor. Contó que cuando el novio era pequeño el padre le pegaba a la madre. El novio seguía viviendo con sus padres. El padre del novio era autoritario, y en las fiestas familiares siempre se peleaban. Todas las tardes él iba a visitarla.

La terapeuta le preguntó qué pasaba con ella. La

paciente dijo que discutía con el novio y se hacía la enojada. Esperaba que el novio reaccionase. La terapeuta dijo que si el novio no reaccionaba la que salía perdiendo era la paciente. La paciente acordó con ella y agregó que ella tendía a estar en la casa cuando él llegaba, aunque sabía que eso no estaba bien. La terapeuta le dijo que ella no sabía por qué no hacía lo que la cabeza le decía que sería bueno. La paciente acordó y se preguntó si él la amaba o solo quería estar con una mujer que lo quería y lo esperaba. La terapeuta le dijo que ella pensaba más en lo que él necesitaba y que no hacía lo mismo con ella, que no respetaba sus propias necesidades. La paciente comentó que hacía dos años se había operado de un fibroma, que se había achicado con la medicación. Eso fue algo maravilloso, casi milagroso. Ella quería tener hijos. Su madre estuvo 13 años hasta tenerla a ella. A ella la crió su tía, que luego se cayó y tuvo un coágulo, del que murió. Desde entonces los hijos de su tía se aferraron mucho a su propia madre.

Agregó que el novio la agredía ante sus amistades y ella no se podía defender. Si ella respondía, le arruinaba la noche a los demás. El era una persona maravillosa, acompañaba a sus propios amigos. La terapeuta comentó que en consecuencia cuando él quería hacer algo, lo hacía. La paciente dijo que ella quería estar y la terapeuta replicó que el novio a ella le hacía mal, no era bueno para ella. La paciente argumentó que la suegra también estaba cuando llegaba el marido, y dramatizó sus frases cuando ella decía que las mujeres estaban para eso. La terapeuta dijo que ella se parecía a su suegra y que el suegro maltrata a la esposa. La paciente dijo que ahora sus suegros no se hablaban, eran indiferentes el uno al otro.

Ante las preguntas de la terapeuta, la paciente relató que en su propio hogar estaban todos juntos, pero que sus padres dormían en cuartos separados desde hacía 25 años. Una mujer estaba interesada en el padre, la madre se enteró y desde entonces dormían así. El padre le ofreció a la madre comprar dos camas separadas y la madre no aceptó, dormía en un sofá-cama viejo en el living. Corina le compró otro para el cumpleaños y la madre le obligó a devolverlo. Corina trabajaba con el padre, llevaba la contabilidad de su empresa. La madre era asmática, cardíaca y alérgica. No iba al médico y no se cuidaba, pesaba unos 150 kgs, y estaba peor desde la muerte de la hermana. La madre le hacía reproches al padre y este respondía y se iba al club o a la oficina. La terapeuta le preguntó a Corina si no relacionaba lo que le pasaba con el novio con lo que ocurría en su propia casa, en especial con su madre que se abandonaba. La paciente negó que hubiera relación y la terapeuta le dijo que ella había relacionado lo que le pasaba al novio con lo que ocurría en la casa de este, y esto también era aplicable a ella misma. La paciente respondió que la madre hablaba mucho con ella, de noche ambas charlaban, porque sentía sola a su madre. En los relatos la paciente encaró tres tópicos: el novio, el cuerpo, la familia. De ellos, el del novio mostraba el fracaso de una defensa patológica de tipo sacrificial, que sin embargo estaba al servicio de una defensa sacrificial exitosa respecto de su propia familia, en particular la madre. Respecto

de su cuerpo la postura defensiva parecía fracasar sin compensación alguna en otras relaciones. Sin embargo, no fue este el aspecto en el cual la paciente puso más énfasis, sino en la relación con el novio. La postura sacrificial también se observaba en la sesión al desplegar ante la terapeuta la misma estrategia que tenía con sus amistades y familiares, consistente en la queja y el lamento y simultáneamente el temor a que quien la escucha se enoje con el novio, como ella lo notaba en las respuestas que recibía al lamentarse. La terapeuta tuvo dos estrategias clínicas, una de ellas tendiente a convocar a la paciente a que pensarán juntas acerca del problema con el novio y la familia. La otra estrategia consistió en una postura de denuncia y cuestionamiento al novio, para luego volver a la primera postura, de intentar pensar con la paciente sobre la relación con el novio. El pasaje de la terapeuta desde la primera estrategia a la segunda derivó de que había captado que el camino emprendido inicialmente no daba buenos frutos, pero luego pareció captar que tampoco la segunda estrategia los daba. Entonces volvió a la primera estrategia, es decir la relación con el novio y la familia, pero esta vez no tanto para aludir a la familia del novio sino a la propia. La estrategia intermedia, en que tuvo una postura de denuncia del novio y de cuestionamiento de la pareja, podría mostrar a la terapeuta ocupando inadvertidamente la misma posición que tenían otros personajes, amigos familiares, cuando la paciente hablaba del novio. Es decir que la terapeuta pasó a ocupar transitoriamente el lugar de un personaje en una escena del mundo interno de la paciente.

Tipo de contratransferencia: duradera, con rectificación.

Inferida de las intervenciones clínicamente no pertinentes de la terapeuta y de sus actos de habla.

Intervenciones clínicamente no pertinentes: falla en cuanto al contenido de las intervenciones centrales de nexos.

Estímulo aportado por la paciente: lamentos y quejas contra el novio.

Actos de habla de la terapeuta: tendencia a la denuncia de las actitudes del novio y a acusarlo por ellas.

Lugar de la terapeuta en la escena desplegada: similar a la de otros personajes cercanos a la paciente hostiles al novio.

Proceso psíquico en la terapeuta: identificación con un personaje del mundo de la paciente.

María, 22 años (Maldavsky et al, 2005). En la tercera sesión la paciente contó sus conflictos con el novio que la desconsideraba, y lo hizo con un estilo predominantemente histriónico. También se refirió a los conflictos con hombres que habían sido sus amantes y otros a los que había seducido en el trabajo sin terminar luego de responder a los requerimientos que le hacían. En cuanto al terapeuta, sus intervenciones centrales pusieron el énfasis en los estados de tristeza de la paciente. En la sesión siguiente, María contó escenas infantiles y adultas. Las escenas infantiles incluían a su madre y a su hermano, y ella se presentaba sufriendo injusticias y respondiendo con una defecación vengativa en la calle, con el consi-

guiente castigo. En María predominaba un estilo histriónico, más atenuado hacia el final. En cuanto al terapeuta, tuvo dos estrategias clínicas. En la primera de ellas, las intervenciones centrales consistían en referencias a los estados afectivos de la paciente, mientras que en la segunda dichas intervenciones ponían el énfasis en establecer nexos causales. En relación con un mismo episodio narrado por la paciente, cuando el terapeuta empleaba la primera estrategia María incrementaba su resistencia, se ponía más vehemente y menos colaboradora. En cambio, cuando el terapeuta empleaba la segunda estrategia, la paciente respondía de manera colaboradora. La primera estrategia del terapeuta coincidía con la implementada en la sesión 3.

Concluimos que esta estrategia estaba influida por las tendencias exhibicionistas e histriónicas de la paciente, con un afán de venganza subyacente, y conjeturamos que las intervenciones a las que recurría el terapeuta (centradas en los sentimientos de tristeza de la paciente) eran una expresión de su tentativa de defenderse de una perturbadora contratransferencia erótica. Luego de ello estudiamos una sesión de meses después, en la cual María aludió, con el mismo estilo histriónico, a su rechazo hacia los medios de transporte público y el contacto con gente poco pudiente, y el terapeuta volvió a insistir repetidas veces con sus intervenciones centradas en la tristeza de la paciente. También en esta oportunidad las intervenciones pertenecían a la primera estrategia clínica del terapeuta, y no parecían pertinentes. En consecuencia conjeturamos que la contratransferencia erótica y la defensa contra esta tenían un carácter duradero. En esta misma sesión, el terapeuta afirmó, ya a solas, que en esa ocasión él había sentido menos contratransferencia erótica.

Tipo de contratransferencia: duradera, sin rectificación.

Inferida (y luego declarada) por las intervenciones clínicamente no pertinentes del terapeuta y por sus actos de habla.

Intervenciones clínicamente no pertinentes: falla en cuanto al contenido de las intervenciones.

Estímulo aportado por la paciente: tendencia histriónica en los actos de habla acompañante de las anécdotas que expresaban una actitud vindicativa.

Actos del habla del terapeuta: exceso de énfasis en el estado de tristeza de la paciente.

Escena desplegada en la sesión: formación protectora frente al riesgo de asemejarse a los hombres seducidos eróticamente por la paciente.

Proceso psíquico en el terapeuta: formación reactiva frente a la identificación con personajes del mundo de la paciente.

Poncia, 40 años. En la primera sesión, desde el comienzo fueron llamativas sus palabras y frases interrumpidas, con las que expuso que se encontraba en un círculo vicioso en que hacía muchas cosas sin disfrutarlas, no las abarcaba, las hacía mal, siempre tenía la sensación de algo pendiente con el trabajo, los hijos. A estos rasgos de su discurso se agregaban risas inmotivadas, superpuestas con inspiraciones y suspiros, que no se conectaban de

manera evidente con el discurso verbal. Aclaró que no era su estilo consultar, pero ahora necesitaba de un profesional, que... Y el terapeuta completó: “que esté a su estilo”. Ante las preguntas del terapeuta luego aportó datos sobre su familia. Se había mudado al centro de la ciudad desde un barrio suburbano. La madre no había hecho una carrera redituable y luego había dejado de trabajar, mientras que el padre lo seguía haciendo. Ella hubiera querido hacer una carrera sin salida laboral, pero la madre la había influido en la adolescencia... Y el terapeuta completó: “para que hiciera una carrera redituable”. La paciente asintió y dijo que se sentía acelerada todo el día. Luego se refirió a que todo la aterraba, en el trabajo desde la crisis económica del 2000 en Argentina tenía clientes con estado de pánico y el padre estaba deprimido. Sus padres estaban instalados ahora en su casa. El terapeuta le dijo que la caída del padre la había impactado y la paciente respondió que para ella eso había sido un cachetazo. Dramatizó reiteradamente al progenitor, quien aludía a sus angustias. El terapeuta le dijo que ella sentía que había un límite tanto para el padre como para ella misma y que eso la enojaba. Su intervención fue interferida por frases críticas de la paciente (también interrumpidas), y el terapeuta tendía a responder también a estas objeciones de la paciente para luego continuar la propia línea expositiva. La paciente dijo que ella absorbía todo, y se sentía mal si decía que no, y describió escenas que ilustraban esta afirmación. El terapeuta fue acompañando su descripción con preguntas para que ampliara su exposición. El terapeuta luego le dijo que a la paciente le enojaba decir que “no” en lugar de hacer esfuerzos. Sus intervenciones fueron otra vez interrumpidas por objeciones y críticas de la paciente, a las cuales el terapeuta tendía a responder para luego continuar con su propia orientación. A ello la paciente respondió finalmente “sí, sí, no”. Agregó que en barrio de su infancia se sentía perdida por los cambios ocurridos durante su ausencia. Al referirse a su vida en el pueblo, sus risas, inspiraciones y exhalaciones se atenuaron.

En esta oportunidad el camino para inferir la perturbación contratransferencial consistió en estudiar los relatos y los actos de habla de la paciente y las intervenciones del terapeuta. Entre las intervenciones introductoras del terapeuta resultaron llamativos actos de habla tendientes a completar algunas frases que la paciente dejaba inconclusas, a lo cual la paciente respondía aceptando. En las intervenciones centrales de sintonía, el terapeuta y la paciente pudieron mantener un vínculo fluido, pero no ocurrió lo mismo cuando el terapeuta pretendió formular intervenciones ligadas con los nexos. La paciente interrumpía la intervención del terapeuta con objeciones y otros argumentos, y este respondía entonces a las críticas y comentarios de la paciente y procuraba continuar con su propia línea expositiva. De esta manera se creaba en el vínculo una escena en que inadvertidamente el terapeuta se convertía en un personaje que continuaba con su avance pese a los frenos que le creaba la paciente. El terapeuta parecía más interesado en completar su propia frase que en lograr que la paciente

aprovechase del intercambio. El terapeuta comentó luego que tenía la vivencia de que la paciente lo escuchaba como se leen los volantes callejeros: tras una ojeada, se los desecha. En la escena con la paciente el terapeuta pasó a ocupar inadvertidamente el lugar del padre, que irrumpía en Poncia con sus lamentos y expresiones de angustia.

Tipo de contratransferencia: duradera, sin rectificación.

Inferida por las intervenciones clínicamente no pertinentes del terapeuta y sus actos de habla.

Intervenciones clínicamente no pertinentes: forma de formular las intervenciones centrales de nexos.

Estímulos aportados por la paciente: actos de habla (auto-interrupciones) y componentes paraverbales que expresaban angustia.

Actos de habla del terapeuta: tendencia exagerada a no cejar en el intento de concluir una frase que la paciente interrumpía insistentemente.

Lugar del terapeuta en la escena desplegada: similar al del padre cuando le hablaba intrusivamente.

Proceso psíquico en el terapeuta: identificación con un personaje de la vida psíquica de la paciente.

Serafín, 45 años (Maldavsky et al, 2006). El paciente llegó a su primera sesión con un yeso cubriéndole la nariz. Su médico clínico la había recomendado que consulte a un psiquiatra por su ansiedad. La psiquiatra lo medicó y le disminuyó la ansiedad. Tiempo después fue a una reunión y consumió alcohol y cocaína, se perdió, se cayó, se desmayó. Aclaró que no compraba cocaína, sino que toma cuando lo convidaban, y que el alcohol, en cambio, le gustaba. El sabía que no podía tomar alcohol estando medicado. En una oportunidad anterior le había pasado algo parecido y se tiró al pasto, desmayado. El tenía un desorden desde chico. Estaba bien con el trabajo, la esposa y los tres hijos. Su esposa quedó embarazada de él y entonces se casaron, 23 años atrás. El paciente quiso darle un hogar a todos, a diferencia de lo que le ocurrió a él. Terminó la casa pero no los detalles, se desinfló. Se le ocurrían “flashes”, como conquistar una mujer. En ese momento le preguntó al terapeuta si lo podía tutear, y luego, ya tuteándolo, agregó que tras conquistar a una mujer, se alejaba. En cambio en el trabajo tenía regularidad, viajaba, se ponía objetivos de venta y los lograba. Trabajaba en una empresa de su cuñado. Diez años atrás consumía cocaína todos los días, hasta que le empezó a caer mal. Empezó a consumir cocaína a los 30 años, antes solo tomaba alcohol. Le gustaba el juego, las prostitutas, el alcohol, la cocaína. No sabía si era adicto o si le gustaba. El terapeuta comentó que parecía ser que era más que le gustaba. El paciente aceptó y agregó que el alcohol lo desorganizaba, hacía cualquier estupidez y al día siguiente se quería matar. Le preguntó al terapeuta por qué tomaba, si le daban cocaína, consumía, y si no la tenía, no le interesaba tenerla. Se ponía loco con las críticas de sus hijas, quienes le pedían que se tratase. Agregó que estaba desorientado.

El terapeuta le dijo que parecía algo más que desorientado y le preguntó qué era ponerse loco. El paciente respondió que con su hija la historia se daba al revés.

Tuteándolo por primera vez el terapeuta le preguntó qué le producía lo que le pasaba, y el paciente respondió que se sentía rabioso, se preguntaba por qué le ocurría eso, por qué, si todo andaba bien, él volvía a consumir. El terapeuta le dijo que andar bien era un estado de euforia, que era lo que producía la cocaína. El paciente respondió que la droga no le interesaba, solo el alcohol. Luego agregó que no necesitaba tomar y el terapeuta le dijo que podría necesitarlo, y que habría que ver por qué. Ante las preguntas del terapeuta dijo que estuvo pensando que desde chico había tenido problemas. Entrenaba en básquet y le iba bien, pero dejaba de hacerlo. Todo había sido un desorden, él estaba cómodo en el lío, le gustaba. El terapeuta le respondió que él había desafiado las normas. El paciente aceptó este comentario y dijo que en lo laboral era todo lo contrario. De noche tomaba solo una botella de vino, no dos. Ahora prefería no tomar nada. El terapeuta le dijo que siempre lo había movido el exceso, y que así arruinaba los vínculos. El paciente aceptó el comentario. A la psiquiatra él le contaba su vida y ella no le contaba la propia. Debía reconocer que ella le había bajado la ansiedad. Le había dicho a la psiquiatra que ella podía hablar, y que si él no le prestaba atención el problema era de él. El terapeuta le dijo que el paciente no se atenía a ninguna norma. El paciente agregó que cuando él tenía 9 años sus padres se separaron, no recordaba al padre, pero sí que le pegaba a la madre.

El terapeuta comentó entonces que le habían pasado muchas cosas y que el paciente estaba en un estado de semiborrachera permanente. El paciente aceptó este comentario y dijo que le gustaba estar así y por eso no tenía que tomar más. El terapeuta le respondió que habría que ver por qué necesitaba aturdirse. El paciente complementó: "Y escaparme de la realidad". El terapeuta le dijo que entonces el paciente se emborrachaba. El paciente dijo que no se emborrachaba, sino que estaba en medio de un barullo, y que le encantaba el barullo. Agregó que el terapeuta actual lo entendía, a diferencia de la psiquiatra, y que tenía que venir porque así no podía seguir más.

A lo largo de la sesión el paciente se movía permanentemente, se ponía de pie, caminaba por el consultorio, tocaba una rodilla del terapeuta con la punta de sus dedos, cambiaba de un asiento a otro, inspiraba aire por la nariz como si estuviera consumiendo cocaína. Hacia el final de la hora parecía más sereno. El terapeuta sintió fastidio por el acercamiento no autorizado del paciente y la denigración de una colega. Tendía a no creer las auto-críticas del paciente.

En cuanto a la estrategia clínica del terapeuta, en un comienzo procuró recabar información y prematuramente sostuvo que Serafín consumía porque le gustaba, luego pasó a prestar atención a los estados afectivo-orgánicos del paciente, sobre todo la euforia, y a continuación combinó dos posturas: por un lado denunció la tendencia desafiante del paciente y recurrió a generalizaciones y nexos causales. Por fin, volvió a prestar atención a una tendencia del paciente a generarse un estado de aturdimiento y preguntó por las razones de ello.

En respuesta a las intervenciones del terapeuta sobre

el enojo y la euforia del paciente, este puso énfasis en el enojo, y el terapeuta siguió ese mismo camino y se refirió entonces a la postura desafiante de Serafín, acerca de la cual hizo generalizaciones y enlaces causales. El paciente tendió a objetar aquellas intervenciones en que el terapeuta prestó atención al consumo de cocaína y argumentó con anécdotas para demostrarlo. Hacia el final, cuando el terapeuta se centró en el estado somático del paciente, pareció haber un mayor acuerdo entre ambos.

El terapeuta se rectificó en su tentativa de sintonizar con el paciente. En un comienzo aludió al enojo (estado afectivo) y la euforia (estado más bien orgánico), luego siguió la primera orientación y solo al final insistió con sus intervenciones ligadas con la búsqueda de auto-aturdimiento.

El terapeuta mostró además otros indicadores de perturbaciones contratransferenciales: el tuteo al paciente y el afirmar que Serafín tomaba alcohol porque le gustaba. El primero pareció corresponder a una tendencia a homologarse con una tendencia del paciente a un acercamiento excesivo, como cuando lo tocaba, y el segundo a una tendencia a desahuciarlo prematuramente. Ambas ponen en evidencia la hostilidad del terapeuta. El primer tipo de respuesta fue duradero y el segundo, transitorio. Al abandonar al paciente a su suerte por desahuciarlo y no creer en él, el terapeuta se colocaba en la posición de los progenitores que lo abandonaban, y al tutear al paciente se colocaba en una posición similar al paciente con sus compañeros de consumo. En cuanto a las intervenciones centrales en que combinaba denuncia, generalizaciones y enlaces causales parecían homologar al terapeuta con los miembros de su familia. Las intervenciones centradas en la tendencia del paciente a auto-aturdirse ofrecían una salida más promisoría para el tratamiento.

Tipo de contratransferencia: duradera, con rectificación.

Inferida por las intervenciones clínicamente no pertinentes y los actos de habla del terapeuta.

Intervenciones clínicamente no pertinentes: intervenciones central causal prematura de establecimiento de nexos, intervenciones centrales de sintonía incorrectas.

Actos de habla del terapeuta: súbito tuteo sin argumentación en respuesta al tuteo del paciente.

Estímulos provenientes del paciente: frases no creíbles, tendencia a un acercamiento excesivo.

Lugar en la escena desplegada: a veces similar al de aquellos personajes que lo habían desahuciado como paciente, en otras ocasiones similar al de aquellos personajes que lo cuestionaban por sus trasgresiones (cuando tomaba la adicción del paciente como un desafío a la ley), y en otras ocasiones similar a la postura del paciente mismo o sus compañeros de consumo (tuteo).

Proceso psíquico del terapeuta: identificación con el paciente (tuteo), identificación con personajes de la vida psíquica del paciente.

Z, 23 años (Maldavsky et al, 2007) El paciente estaba internado en un hospital psiquiátrico. Contó que él no era hijo del mismo padre que sus medio hermanos, ya que su madre se acostó con su yerno y él nació de esa unión.

Ambas parejas se separaron y él quedó viviendo con la madre y sus medio hermanos. El sufrió mucho esa influencia, se crió a imagen de ella. En la adolescencia quedaron en la calle. Durmió en el piso durante unos seis meses, y luego todos pasaron a una casa para menesterosos. El era músico y se deprimió, con angustia y vértigo. En ese momento se calló y el terapeuta lo instó a seguir hablando. El paciente prosiguió diciendo que tenía fuerzas para seguir, y que luego tuvo un accidente en la vía pública que fue un shock. Fue a trabajar con un director de orquesta que lo trataba amablemente. Entonces tuvo coraje como para trabajar. A los dos meses volvió a su casa. En ese momento preguntó por su padre y la madre le confesó todo. El quería conocer al padre. Entonces vivió tres meses con él. En ese momento él andaba bien, se había recuperado a sí mismo. El padre no pudo tenerlo más, no pudo ayudarlo, ya que tenía esposa y tres hijos. Fue obligado a partir otra vez, no tenía trabajo, no tenía moral. El paciente volvió a permanecer en silencio y el terapeuta lo instó a hablar. El paciente dijo que eso era todo. Agregó que el contacto con la madre y los medio hermanos le era intolerable. Si se hubiera criado con el padre él no hubiera pensado y hecho las mismas cosas. Interrumpido por sus propios silencios agregó que los medio hermanos lo educaron contra la religión y que con el padre había afecto. Vivir con el padre lo reconfortó. Luego de que él naciera su madre se unió a otro hombre, que lo reconoció como su hijo. Su padre de sangre tenía un modo de vivir era muy diferente del de la madre. Entre el padre y la madre había una diferencia de espíritu, eran opuestos en cuanto a las ideas. Le faltó el apoyo paterno y cuando iba de tour se sentía falso. Cuando había disputas en su casa, el paciente permanecía tendido, angustiado, replegado sobre sí.

El terapeuta le dijo que el paciente no deseaba pensar nada de la vida de la madre. El paciente aceptó y dijo que la vida a su lado era insoportable. De chico hubiera querido disfrutar de la naturaleza. También su padre gustaba de la naturaleza. El terapeuta le dijo que el paciente parecía tener afinidad con su padre, y el paciente lo aceptó. El paciente relató que cuando estuvo viviendo con el director de orquesta se dio cuenta de que podía haber otra forma de vida y decidió buscar al padre. En la casa de su madre no se sentía libre, sus hermanos lo influyeron en una dirección que no era la de él. Había algo que no comprendía: la influencia nefasta de su madre sobre él. Cuando estaba sin ella, se sentía libre, era lúcido, pero a su lado un peso caía sobre él, se le paralizaba la libertad de pensar. Se daba cuenta de qué representaba para sus hermanos: el mal negocio de la familia. El terapeuta le dijo que él representaba entonces la mala conciencia de la familia y el paciente dijo que no era eso exactamente, si él decía algo que no gustaba en su familia, lo influían a ultranza. El terapeuta dijo que finalmente no lo influyeron y el paciente dijo que sí lo influyeron, ahora no podía vivir con ellos, dado lo que pasó. El tenía las ideas confusas y estaba medio perdido y necesitaba que se lo ayudara a salir de allí. Si salía, intentaría buscar trabajo, no volver allí. Ante preguntas del terapeuta Z dijo que en la

adolescencia estaba perdido en todo ese marasmo. Faltaba al colegio, su madre nunca lo alentó a concurrir y llegaba muy tarde de noche. Se reprochaba no haber tenido antes conciencia de sí mismo y conducirse para liberarse de esos influjos y de los diferendos con sus hermanos. Se dejó estar, la madre lo endureció en el vicio al no impedirle dejar la escuela. Para evadirse tocaba el acordeón, ganó un campeonato nacional, todavía no había hecho la depresión, hasta que fue desalojado, lo obligaron a dormir en otra casa, en una habitación con su madre y su pareja durante 6 meses. Entonces dejó de ser hábil con el acordeón. Ante insistentes preguntas del terapeuta el paciente dijo que en el colegio nada le interesaba, que todos los amigos faltaban. Pese a que su madre y luego su padre lo apoyaban en su carrera musical, él ya no quería seguir. El terapeuta le dijo que él no quería oír de la música como no quería oír de su madre. El paciente acordó con él. El terapeuta le preguntó por su relación con las chicas, y el paciente respondió que estuvo de novio por un tiempo, no se entendía con su pareja.

Ante nuevas preguntas aclaró además que le gustaba el arte, que no tenía fantasías o ensueños, se hacía una mala idea de la vida. Dijo finalmente que se sentía discapacitado en todo sentido.

El análisis de los relatos lleva a inferir que en la situación actual predominaban defensas exitoso-fracasadas que lo dejaban en estado de desvitalización. También en los actos de habla predominaban este mismo deseo, defensa y estado. El problema central apareció en los relatos referidos al estado de terror por las peleas entre la madre y su pareja y en el shock posterior al ser desalojados, el accidente en la calle y el abandono del trabajo. En las escenas desplegadas por el paciente se advierte por un lado una orientación tendiente al orden y a la colaboración y otra tendencia al abandono de sí, que resulta dominante.

En sus intervenciones centrales el terapeuta focalizó sobre todo en el problema del influjo por la madre y los medio-hermanos y sus determinantes y fue rectificado en varias ocasiones por el paciente. A partir de ese momento realizó intervenciones de nexos para establecer analogías, pero no nexos causales acerca de los determinantes del estado del paciente, por lo cual predominó la falta de orientación clínica. Incluso intentó infructuosamente mostrar al paciente el peso del influjo paterno sobre Z.

En la sesión por momentos el terapeuta ocupaba una posición similar a la del paciente, contagiado por su desorientación, en otros momentos estaba ubicado en el lugar de un padre que no puede ayudar a su hijo y en otras, por fin, la posición de un hermano que pretende imponerle sus ideas.

Tipo de contratransferencia: duradera, sin rectificación.

Inferida de las intervenciones clínicamente no pertinentes y de los actos de habla del terapeuta.

Intervenciones clínicamente no pertinentes: intervenciones centrales de nexos rechazadas por el paciente.

Estímulo aportado por el paciente: frecuentes auto-interferencias en los relatos, solo expuestos por la insistencia del terapeuta.

Actos de habla del terapeuta: insistencia en argumen-

tos que el paciente rechaza (referidos a que Z no fue influido por la familia materna o referidas al peso del influjo paterno en Z), desorientación (preguntas finales para recabar información sin llegar a construir un foco),

Lugar en la escena desplegada: 1) similar al de un padre desorientado, 2) similar al de un medio-hermano que pretende influirlo, 3) similar al del paciente mismo.

Proceso psíquico del terapeuta: identificación con el paciente, identificación con personajes de la vida psíquica del paciente.

Amalie, 35 años (Maldavsky et al, 2005). En la segunda sesión de su tratamiento, Amalie dijo que quería seguir hablando de los problemas para interrumpir una visita que recibía cuando se hacía excesivamente larga. Ella no encontró una excusa para prevenir a los visitantes para que no se quedaran tanto tiempo. Le cuesta pedirles que se vayan. Los visitantes eran una colega y su novio. A ella le gustaba su colega y conocía poco al novio. De hecho, se lo presentaron la noche precedente. Ella quedó exhausta y quería hacer otras cosas. Quedó molesta por no encontrar una buena excusa. Cuando no estaba preparada para algo, no podía hacerlo. El terapeuta, que había recabado información hasta ese momento, le dijo que ella había tenido bloqueado el método para liberarse diplomáticamente de la situación. Amalie acuerda con el terapeuta. Agrega que cuando hay una pausa en la conversación ella teme que su torpeza muestre que ella hace lo opuesto de lo que quiere. El terapeuta le dice que ella reacciona en la forma opuesta. La paciente acuerda: ella fuerza al otro a quedarse cuando desea que se vaya. Por otra parte, en la escuela ella logró sostener su posición muy clara y decididamente. Sin embargo, su actitud parecía antinatural, porque ella sabía que pretendía ser más estricta de lo que realmente era. Ella no podía decir lo que le gustaba y cuáles eran sus intereses.

La paciente desarrolló dos temas en los relatos durante la sesión. El primero se refería al problema de poner un fin a una visita cuando la gente venía a verla, y el segundo a la relación con sus hermanos y otros miembros de su familia. También desarrolló cuatro breves relatos complementarios. Uno se refería a la relación con sus alumnos, otro se refería a su jefe, otro referido a un conductor de autos y otro sobre el terapeuta y ella misma.

La primera de las dos historias principales fue la más extensa: apareció al comienzo de la hora y reapareció al final. En síntesis, ella recibía una visita que se suponía que sería breve, cuando se suponía que llegaba el momento de liberarse de los visitantes (porque estaba cansada o porque tenía otras cosas para hacer), ella hacía lo opuesto, en consecuencia ella quedaba enojada y luego apática, y pensaba que no podría aprender de la experiencia. Cuando ella estaba preparada, podía decir diplomáticamente algo para terminar la visita a personas cercanas. Incluso podía enojarse si no la escuchaba. Cuando ella hacía lo opuesto de lo que quería ella fingía como una actriz y forzaba al otro a no irse. En cuanto a la apatía, era un estado de tristeza y se acompañaba de dificultades de sueño.

Respecto de la relación con sus hermanos y otros

parientes consistió en una secuencia: sus dos hermanos consideraban que ella estaba en una posición inferior, ella permitía que los hermanos pensarán así, ella consideraba que estaba subordinada y era vencida por ellos. Como complemento, la paciente relató que durante décadas estuvo subordinada a su hermano mayor, luego reaccionó y en particular con su hermano menor y ahora este dependía de ella. Ella además era criticada por sus padres, su tío, etc., porque no tenía un título académico. Su hermano mayor se había casado y ahora ella tenía una cuñada. Además, no tenía tanto dinero como sus hermanos. Respecto de su hermano menor agregó que algunas personas bailan a su ritmo. Agregó también que ella trataba de evitar las reuniones familiares pero no lo lograba.

En cuanto a las cuatro historias complementarias (con los alumnos, con el jefe, con el conductor de un auto, con el terapeuta) fueron breves. La historia con los alumnos era que con sus alumnos privados ella continuaba la clase cuando llegaba el momento de terminar, ella proseguía por algunos minutos. En cuanto a la historia con el jefe consistió en que él pensaba que todos tenían que desarrollar una carrera y ella decía que esta opinión no era correcta. Respecto del conductor, la paciente dijo que era un ejemplo que daba respecto de ella misma: el conductor quería cambiar de carril, viendo por el espejo retrovisor, pensó que podría hacerlo, pero tuvo dudas y quedó paralizado, así que siguió de largo y dio una gran vuelta para retornar al mismo lugar y girar entonces. La historia con el terapeuta fue que ella quería ver las expresiones faciales del terapeuta, el terapeuta trataba de ocultarlas para no influirla mostrando sobre todo sorpresa, admiración o rechazo, y que estando acostada en ella aumentaba la inseguridad y la curiosidad.

En los temas centrales relatados es posible inferir que la paciente exponía una escena ligada al autocontrol y al histrionismo, en que las defensas fallaban, y una secundaria, reactiva, en que algunas de las defensas tenían éxito pero en las que fracasaban sobre todo las tendencias histriónicas. Globalmente hablando tanto las defensas ligadas con el histrionismo la dejaban en una posición disfórica respecto de los demás, las amistades y sobre todo la familia. Sin embargo, en las relaciones con un hermano las defensas histriónicas tenían un desenlace eufórico.

En el nivel de los actos del habla era posible inferir que los centrales eran de tres tipos: 1) realizaba dramatizaciones, aludía a lo que le gustaba, correspondientes al despliegue en sesión de escenas histriónicas, 2) formulaba frases auto-interrumpidas, que indicaban tendencias evitativas, y 3) formulaba descripciones de hechos concretos, justificaciones, enlaces causales, objeciones, dudas. Las primeras expresaban un deseo histriónico en versión eufórica, las segundas un deseo ambicioso en versión disfórica y las terceras un deseo de control en versión eufórica, salvo las dudas, que mostraban un desenlace disfórico para este mismo deseo. En términos generales es posible inferir que en la sesión la paciente desplegaba escenas que se asemejan más bien a las de carácter reactivo en sus relatos, es decir aquellas en que

procuraba recuperarse de situaciones en las que las defensas fallaban apelando al relato de escenas con un desenlace eufórico.

En el terapeuta predominaron mayormente los actos de habla tendientes a controlar una realidad concreta (establecer nexos causales, solicitar información) y a generar impacto estético (dramatizaciones, comparaciones metafóricas, exageraciones). En el comienzo de la sesión tendió a usar básicamente actos de habla tendientes al control de la realidad concreta y alcanzó sus objetivos de focalizar en los problemas de la paciente, pero luego predominaron actos de habla tendientes a lograr un impacto estético, y esta nueva estrategia no resultó exitosa. En la parte final de la sesión volvió a emplear los actos de habla tendientes a dominar una realidad concreta con fuerte énfasis, y su estrategia tuvo un éxito parcial: si bien la paciente atenuó en ella misma la tendencia histriónica, pareció no entender algunas de las intervenciones del terapeuta. El terapeuta intentó protegerse y proteger a la paciente del empleo resistencial del histrionismo al sustituir la propia tendencia a generar impacto estético y desplegar en cambio escenas ligadas con el control de la realidad concreta, pero algunas de las intervenciones introductorias o complementarias que realizaba continuaban apelando a recursos histriónicos, lo cual podría haber inducido a la paciente a apelar al mismo tipo de actos de habla. En consecuencia, el terapeuta podía correr el riesgo de quedar atrapado en las escenas como las que la paciente desarrollaba con sus hermanos, en las cuales se sentía derrotada por ellos para luego desplegar una conducta inversa, reactiva, en que procuraba derrotarlos a su vez.

Tipo de contratransferencia: duradera, con rectificación.

Inferida por las intervenciones clínicamente no pertinentes y por los actos de habla del terapeuta

Intervenciones clínicamente no pertinentes: forma de formular las intervenciones centrales de nexo.

Estímulo aportado por la paciente: actos de habla contrastantes con las escenas disfóricas centrales (sobre todo con sus hermanos) relatadas.

Actos de habla del terapeuta: escalada de histrionismo.

Lugar del terapeuta en la escena desplegada: el mismo de los hermanos triunfantes ante la paciente.

Proceso psíquico del terapeuta: identificación con un personaje de la vida psíquica de la paciente.

Norberto, 38 años (Maldavsky et al, 2006). En su primera sesión Norberto dijo que llegó tarde porque tuvo una entrevista. Había estado en dos oportunidades en tratamiento con Perla, con una diferencia de 5 años, ambos de solo unos meses. A ella la había consultado angustiado y suspendió porque perdía el tiempo, no notaba avances. En cuanto al motivo actual de consulta, dijo que tenía relaciones con hombres para bajar la tensión, por los inconvenientes que aparecían en el terreno laboral. Esto le traía más inconvenientes porque estaba casado y con un hijo, no estaba teniendo relaciones sexuales con la esposa, y sí con hombres. En cuanto al tema laboral, estaba a cargo de un sector de un gobierno provin-

cial de recepción y reorientación de menores, y en su provincia, Corrientes, tenía una importante demanda. La actividad era intensa, debía resolver los problemas en el día, lo cual exigía un ritmo y una adrenalina sostenidos. Hacía dos años había quedado a cargo del departamento, y debía tomar decisiones. Contaba con un equipo de profesionales, pero él era quien decidía. El no era profesional y estaba a cargo del aspecto técnico y administrativo, y terminaba muy desorganizado, no podía tomar decisiones. El acompañaba los criterios de los profesionales. Hacía 18 años ingresó en el área. Su esposa deseaba tener otro hijo, pero en la práctica no tenía relaciones sexuales con ella. El sabía por dónde debía ir, pero no tenía ganas. También estaba el problema de la religión. El veía al terapeuta como un cura al que se confesaba. En terapia hacía catarsis, porque contaba sus pecados y seguía haciendo lo que no está permitido. A Perla le contaba todo y ella no lo ordenaba, no le exigía más. El aprovechaba esto para seguir trasgrediendo. Antes se oponía al padre, pero luego se mudó de ciudad y ya no tenía a quién oponerse y se desorientó. En el presente con los hombres tenía relaciones de mucha promiscuidad, ninguno era una pareja estable. De pequeño tenía relaciones con otros chicos y se masturbaba esperando ser descubierto y sancionado, cosa que no ocurría. En una oportunidad en que hizo una travesura junto con un primo, el padre lo sancionó haciendo que cada uno le besara el trasero al otro. Ante preguntas del terapeuta el paciente contó que al padre se lo acusó de un robo que él decía no haber cometido, y que luego sufrió mucho por ello.

El terapeuta a su vez le dijo que le iba a hacer un comentario y que él pensaba en términos de hipótesis, porque servían para abrir un camino al pensar. Se refirió entonces a las escenas con el primo, impuestas por el padre, y ante el ase Por lo tanto, el terapeuta no formuló intervenciones centrales ligadas con el foco del conflicto del paciente. Sentimiento del paciente, prosiguió diciendo que esto se podría relacionar con la tendencia del paciente a utilizar las relaciones con hombres para distenderse. Cuando estaba acorralado se organizaba, pero luego comenzaba otra vez a dispersarse. Agregó que el paciente se veía manipulador, pero que eso lo terminaba perjudicando. Comentó que la manipulación indicaba un vínculo hostil de adueñarse de la voluntad ajena y que se atrevía a decírselo desde el comienzo, como una hipótesis. El terapeuta terminó diciendo que era conveniente tomar en cuenta la importancia del tránsito del espacio terapéutico anterior al actual. El paciente acordó con él.

El análisis de los relatos muestra que el paciente desarrollaba defensas patológicas exitosas en el terreno laboral y en el terreno sexual, y que en cambio sus defensas fracasaban en la relación de pareja y el problema de la paternidad. En los actos de habla en el paciente mostraba una tendencia insistencia a la catarsis. El terapeuta, a su vez, se centró en las prácticas desafiantes del paciente, y este acordó con él sin cuestionarlo. Además, el paciente describió su trabajo en términos de estar ocupando una posición en un departamento gubernamental sin estar habilitado para ello, es decir, contó algo que podría ser

considerado una confesión de actos reñidos con la ley. El relato dejaba al terapeuta atrapado en una contradicción entre dos órdenes: 1) denunciar al paciente para no ser cómplice y 2) mantener el secreto profesional. Es decir que en el paciente se combinaban la confesión y la catarsis. La intervención del terapeuta, a su vez, tenía el carácter de una denuncia de una trasgresión, que no pareció inmutar al paciente. En los actos de habla se evidenciaba que el terapeuta tendía a hablar en términos abstractos, por ejemplo al aludir a que formulaba hipótesis. Por lo tanto, en la sesión se daba una escena similar a la que el paciente describía respecto de su relación con los curas.

Tipo de contratransferencia: duradera, sin rectificación.

Inferida por las intervenciones clínicamente pertinentes del terapeuta y por sus actos de habla.

Intervenciones clínicamente no pertinentes: falla en la elección del foco.

Estímulo aportado por el paciente: tendencia catártica combinada con una confesión.

Actos de habla del terapeuta: tendencia excesiva a la abstracción.

Lugar del terapeuta en la escena desplegada: similar al de un religioso a quien se le hace una confesión y da respuestas ligadas con argumentos abstractos.

Proceso psíquico del terapeuta: identificación con un personaje del mundo psíquico del paciente.

Discusión

Enactment

El estudio de la contratransferencia conduce a considerar un deseo y una defensa perturbadores del terapeuta, inferibles por la escena que este despliega en la sesión.

1. El tipo de perturbación contratransferencial detectado es del tipo del enactment, en el cual el terapeuta se ubica inadvertidamente en el lugar de un personaje de la vida psíquica del paciente. Se ha sostenido que el enactment tiene a veces un valor positivo desde la perspectiva clínica, sobre todo si el terapeuta ocupa con un propósito clínico el lugar de un personaje de la vida de un paciente, pero no ocurre así cuando esta tendencia a ocupar dicho lugar carece de propósito clínico.

Los estudios de los 8 casos 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.

2. 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. Además el caso María muestra que la conjetura sobre la contratransferencia fue luego confirmada por la declaración del terapeuta.

3. En todos los casos la escena que el terapeuta despliega en la sesión está influida por los estímulos que el paciente promueve, sea en el terreno verbal, sea en las manifestaciones paraverbales o motrices. 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 descritos por el paciente en sus relatos y a veces en sus actos de habla.

Procesos psíquicos del terapeuta

1. 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.

2. 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.

3. 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). En el apartado siguiente se incluye un nuevo comentario sobre otro posible factor en juego en el terapeuta.

Fallas en el enfoque clínico

1. 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.

2. 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, omita 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.

Método

1. En este trabajo 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. La secuencia de pasos ha sido en todos los casos la misma: a) detección del fracaso de las defensas del paciente en los relatos y/o en los actos de habla, lo cual permite también estudiar el tipo de afecto dominante en el paciente, y evaluación de las intervenciones del terapeuta para detectar alguna falla duradera en el enfoque (por la contenido o la forma de sus intervenciones). b) El paso siguiente consiste en el estudio de las escenas desplegadas por el terapeuta para inferir si este desarrolló un enactment y en caso afirmativo, en qué consiste este y cuál es el personaje que ocupa y que aparece en las escenas relatadas o desplegadas por el paciente. c) Un paso ulterior puede consistir en detectar si luego ha habido una rectificación en su postura clínica y si ha intentado defenderse de la tendencia a ocupar el lugar de un personaje de la vida psíquica del paciente.

2. 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 descrita ampliamente en la bibliografía antes mencionada. En estas otras situaciones es posible considerar solo el paso b antes mencionado.

3. El método recién descrito muestra la versatilidad de los empleos de los instrumentos del ADL. La comparación entre las escenas relatadas y las desplegadas por el paciente ha sido ampliamente aprovechada en otras oportunidades (Maldavsky et al, 2005, 2006, 2007), a lo cual se agregan en esta oportunidad a) la comparación entre las escenas expuestas por el paciente (relatadas y desplegadas) y las desplegadas por el terapeuta y b) la evaluación de la pertinencia clínica de sus intervenciones, sea en cuanto al contenido, sea en cuanto a la forma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- Donnet, J. L., y Green, A. (1973), *L'Enfant de ça*, Minuit, París.
- Etchegoyen, H. (1986), *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Fauth, J. (2006), Toward more (and better) countertransference research., *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 1, 16-31.
- Freud, S. (1905d), *Tres ensayos de teoría sexual*, OC, AE, VII.
- 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.
- Grinberg, L. (1976), *Teoría de la identificación*, Paidós. Buenos Aires.
- Hayes, J. A. (2014), The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference, *Psychotherapy Research*, 14, 1, 21-36.
- Hayes, J. A., Gelso, Ch. J., Hummel, A. M. (2011), Managing countertransference, *Psychotherapy*, 48, 1, 88-97
- Heimann, P. (1950), On countertransference, *Int. Jo. Psycho-Anal.*, 31, 1, 81-84.
- Heimann, P. (1960), Counter-transference, *Br. J. med. Psychol.*, 33, 1, 9-15.
- Hinshelwood, R. D. (1989), *Diccionario del pensamiento kleiniano*, Amorrortu, Buenos Aires, 1992.
- Jacobs, T.J. (1986), On countertransference enactments, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 34, 2, 289-307.
- Kachele, H., et al (2006), The German specimen case, Amalia X: empirical studies, *Int. Jo. Psycho-Anal.*, 87, 3, 809-826.
- Lacan, J. (1964), *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 2011.
- Lacan, J. (1966), *Escritos I y II*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2013.
- Machado, Diogo de Bitencourt et al (2014). Systematic review of studies about countertransference in adult psychotherapy, *Trends Psychiatry Psychother.*, 36, 4, 173-185.
- Maldavsky, D. (1988), *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Maldavsky, D. (2013), *ADL Algoritmo David Liberman, un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso*, Paidós, Buenos Aires.
- Maldavsky, D., et al. (2005), Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice, UCES, Buenos Aires.
- Maldavsky, D., et al. (2006). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*, Editorial Lugar, Buenos Aires, 2007.
- Maldavsky, D., et al. (2007), El caso Z (Donnet y Green) revisado: investigación sistemática de las erogeneidades y las defensas en el contexto intersubjetivo con el algoritmo David Liberman (ADL), *Clínica e investigación relacional*, 1, 1, 192-224.
- Maldavsky, D., et al. (2011), Investigación de los aportes positivos y negativos de paciente y terapeuta a la alianza terapéutica. Un estudio con el algoritmo David Liberman (ADL), *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15, 1, 146-176.

- 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*, Paidós, Buenos Aires.
- Rampulla, M. P., y Avila Espada, A. (2011), Estudio multidimensional y conceptual del proceso de cambio terapéutico en María. Cambios observados en los prototipos de FRAMES, *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15, 1, 230-247.
- Renik, O. (1993), Countertransference enactment and the psychoanalytic process, Horowitz, M. J., Kernberg, O, y Weinschel, 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.