

Estudio del decurso del pensamiento preconsciente-consciente y de la contra-transferencia no declarada en una sesión

Error del paciente en cuanto a las premisas del pensar y defensa del terapeuta ante el riesgo de transformarse en un enfermo intoxicado por el paciente

David Maldavsky

Resumen

El autor se propone combinar dos estudios: el del decurso del pensar preconsciente-consciente del paciente y el de la contra-transferencia no declarada del terapeuta. Para ello expone primero una sesión, luego considera el pensamiento del paciente y su perturbación (con la descripción del método para el análisis), y a continuación se centra en la contra-transferencia no declarada del terapeuta (con la consiguiente descripción del método de investigación). En las conclusiones afirma que el paciente tenía una perturbación en las premisas del pensar, y que el terapeuta procuró defenderse del riesgo de identificarse con la posición (a la cual el paciente lo convocaba) de un personaje enfermo que podía acelerar su muerte por la tendencia del paciente a la intrusión pulmonar tóxica.

Palabras clave: decurso del pensamiento, contra-transferencia, premisas del pensar

Summary

The author proposes to combine two studies: one on the patient's preconscious-conscious train of thought and another on the therapist's unreported countertransference. For this purpose, he presents first one session, then considers the patient's train of thought and its disturbance (including the description of the method employed for the analysis), and then focuses on the therapist's unreported countertransference (including the subsequent description of the research method). In the conclusions the author states that the patient presented a disturbance in the premises of the train of thought, and that the therapist sought to fend off the risk of identifying with the position (which the patient assigned him due to his tendency to pulmonary toxic intrusion) of a sick character that could accelerate his death.

Key words: train of thought, countertransference, premises of train of thought

Introducción

Son poco frecuentes los trabajos dedicados a los estudios clínicos del pensamiento preconsciente-consciente del paciente y en especial de sus errores, tema que a Freud preocupó desde el Proyecto en adelante. Parece faltar un andamiaje conceptual que permita categorizar los tipos de pensamiento preconsciente-consciente y sus errores, y que además haga posible su análisis al establecer nexos entre tales conceptos y las manifestaciones. Igualmente, abundan los trabajos dedicados a la contra-transferencia del terapeuta en la sesión, que a menudo derivan de los deseos y afectos que el mismo terapeuta explicita, y que por lo tanto han accedido a su conciencia. Estos trabajos tienen sus limitaciones, ya que Freud suponía que la contra-transferencia corresponde a procesos psíquicos inconscientes del terapeuta, y que por lo tanto este no podría explicitar. En cambio, no existen trabajos que estudien la contra-transferencia no explicitada, no declarada por el terapeuta. Otra vez parece haber una carencia de recursos para realizar estudios como este, como podría ser el análisis del discurso de paciente y terapeuta en las sesiones gracias a la transcripción de dicho intercambio.

En este trabajo habré de concentrarme en el estudio de ambos conceptos en la transcripción de una sesión, lo cual implica también exponer sintéticamente los recursos para realizar los análisis correspondientes. Así, pues, tras exponer la síntesis de una sesión (parte I) con un breve análisis global, consideraré el decurso del pensamiento del paciente y luego la contra-transferencia del terapeuta, para luego reunir los resultados de ambos estudios. En la parte II me concentraré en el estudio del decurso del pensamiento y sus perturbaciones en un paciente, lo cual requiere que describa brevemente la categorización del pensamiento preconsciente-consciente, sus errores y la operacionalización consiguiente de los conceptos. En la parte III me dedicaré a estudiar la contra-transferencia no declarada del terapeuta, lo cual requiere que exponga sucintamente el método para investigarla. Por fin, realizaré una breve tentativa de articulación de los resultados de ambos estudios (parte IV).

I. Una primera sesión

Jimeno (23 años) comienza preguntando “¿acá?” respecto de dónde sentarse, y, ya ubicado, dice que consulta porque siente que tiene mucho potencial para estudiar y para desarrollar sus hobbies y no los lleva adelante. No se siente deprimido, pero puede haber una cuestión de fondo que no le permita hacer. Sabe que el terapeuta no le va a decir qué hacer, sino que va a ser un acercamiento. Aclara que... y se interrumpe, dice: “a ver, también a veces me trabo con las palabras, describir es difícil”. Quiere hacerse cargo y buscar qué le pasa que le impide fluir.

A pedido del terapeuta se refiere a una situación concreta, con la música: toca guitarra eléctrica, tiene una banda y disfruta de tocar con ellos, pero no estudia, ya que eso implica practicar. Tiene además su cuarto muy desordenado desde hace dos años. Trata de no crearle problemas a la madre, de no discutir y hacer lo que ella le pide, pero viene postergando el orden.

Aclara que es el menor de cuatro hermanos (una mujer y dos varones, además de él), y que su padre había muerto tres años atrás de cáncer. Agrega que además el padre era alcohólico. La muerte del padre fue una sorpresa. Si a alguien le toca, le toca, comenta. Quizá para la madre haya sido injusto, porque había empezado a disfrutar del matrimonio y el padre se había recuperado bastante del alcoholismo.

Ante preguntas del terapeuta aclara que no recuerda las primeras internaciones del padre, cuando él era pequeño, pero sí las posteriores, y que el tema había sido explicitado en una ocasión en que hubo que volver a internarlo por su alcoholismo. Agrega que además se quiere ir a vivir solo y no lo ha concretado. El terapeuta le pregunta si tiene idea de por qué y el paciente, acelerando el ritmo, dice que le cuesta explicarlo. El terapeuta le dice que vaya más despacio, y el paciente, interrumpiéndolo, completa su frase diciendo que no se acelera. El terapeuta le pregunta si tiene momentos de angustia. El paciente aclara que en algunos momentos siente malestar por no avanzar en los asuntos pendientes. Dice que tiene una vivencia de vacío, como el “piiiii” de la mente en blanco. Aclara luego que lo que siente es incierto, y que por eso viene.

Ante preguntas del terapeuta aclara que trabaja en el ministerio de economía, en un puesto administrativo, y que estudia economía en la facultad. El primer año, luego de la muerte del padre, aprobó todas las materias, al año siguiente solo una y desde hace un año y medio que

no estudia. Lo mismo ocurrió con la música. Iba a las clases sin estudiar, y un profesor le dijo que estudie. Comenta que fue como si el profesor le tirara encima una lata con basura. Aclara que el profesor tenía razón, él estaba fingiendo. En su casa no puede estudiar porque sus hermanos y su madre se incomodan, y eso lo hizo repensar en el proyecto de mudarse. Se está dedicando al ocio. No quiere empezar a estudiar a los 30 años. Quiere estudiar y viajar, y por eso estudia inglés. Se refiere a un amigo que se fue de viaje, hace artesanías y es artista callejero en países limítrofes.

El terapeuta dice que cuando el paciente hizo el sonido “piii” y se refirió a la sensación de vacío, hizo también un gesto que parecía el de los monitores... y el paciente lo interrumpe para acordar con él y agregar que se trata de un electrocardiograma, con la frecuencia cardíaca. El terapeuta le responde que el gesto aludía a la falta de energía, de vida. El paciente comenta que las cosas tienen movimiento, y que él se siente estático, no activo.

El paciente no sabe por qué su padre era alcohólico, cree que tuvo una infancia heavy. No le hizo frente a muchas cosas. El padre vivió por el sostén de la madre y de la familia, que era hermosa. Agrega que él le dijo a la madre que si ella se quería separar del padre, él lo entendería. Menciona también que su padre era jugador. Comenta que no se puede elegir la familia que se tiene, y que hay que tolerar lo que se recibe, como su padre.

El terapeuta comenta que el alcoholismo genera un momento de golpe de adrenalina para tonificarse, y que lo mismo pasa en el juego, y que luego se pierde todo. El paciente responde que un amigo de la familia les dijo en un momento que el padre estaba quebrado. El terapeuta comenta que tal vez el paciente esté estático como su padre, y que es una forma de conservar al muerto. El paciente dice no sentir pena por la muerte del padre y el terapeuta le responde que tal vez el paciente esté preocupado. El paciente comenta que se siente identificado con esa palabra. Luego el terapeuta se vuelve a referir a la tristeza del paciente y este comenta que no está triste, sino que en general está contento. Insiste en el argumento de que las cosas se mueven y en que él se siente estático, que en general está bien, y que estaría bueno sentirse más pleno. El terapeuta comenta que el paciente quiere que lo reanimen, como intentó hacerlo el profesor de música. El paciente responde que sabe que en algún momento va a encontrar por qué es su preocupación y va a seguir creciendo. Teme seguir siendo un empleado del ministerio. El habla con diferentes personas, y cada uno le da su perspectiva. El ve con cuál se identifica para “llegar a buen puerto”, frase a la

que en seguida califica como “trillada”. Agrega que es como si se parara en una colina y viera todo: el trabajo que le gusta, el estudio que también le gusta, la música, las mujeres, y poco después comenta que ve todo nublado, y cree que en algún momento va a salir el sol muy brillante. Dice que la solución va a salir de él, y cuando trata de explicar a qué se refiere se auto-interrumpe, le pregunta al terapeuta si puede fumar, y aclara que lo ve resfriado. El terapeuta le responde: “No, porque me mata”. Agrega que la referencia del paciente a ver nublado se parece a lo que se percibe al tomar alcohol. El paciente dice que él toma bastante. El terapeuta le dice que lo que hablaron le puede servir para pensar y el paciente le responde que tal vez otro día le diga cosas muy distintas. Tras un intercambio de cierre, con arreglo de los horarios para la próxima sesión, se saludan.

Análisis global

Jimeno presenta dos tendencias en su discurso. Una de ellas se evidencia en los relatos en que plantea sus problemas y en sus metáforas (como la del sonido del electrocardiograma con resultado plano, o la de hallarse en una colina desde donde él ve todo brumoso), que llevan a inferir una identificación del paciente con el padre. La otra tendencia en su discurso se evidencia en su trabarse, o a acelerarse, y culmina en el pedido de autorización para fumar un cigarrillo seguida de la alusión a la salud del terapeuta.

Al comienzo de la sesión el paciente aporta información, se muestra activo, y luego aparece de manera más clara su parálisis, a la hora de aludir a su estado. Se dan dificultades en el momento de establecer la sintonía: el paciente no acuerda con los comentarios del terapeuta referidos a la tristeza, y parece aceptar mejor cuando este describe su falta de energía. Ambos terminan acordando en la palabra “preocupación”, a lo cual Jimeno agrega que se siente estático. Las dificultades del paciente se incrementan cuando intenta centrarse en la razón de esta preocupación. A partir de ese momento su discurso alterna una tendencia al embellecimiento y el trabarse. De las metáforas mencionadas poco antes, gracias al comentario del terapeuta (sobre la similitud de su forma de ver y la de quien consume alcohol), el paciente dice que él, como el padre, también bebe. Así que hacia el final de la hora se desarrolla una combinación de escenas relatadas y desplegadas en el vínculo.

Predomina entonces un discurso centrado en las alteraciones corporales y el recurso a un embellecimiento expresivo que encubre una impotencia para pensar acerca de las

situaciones que lo tomaron por sorpresa, relacionadas con el padre, y en particular su muerte por cáncer.

La orientación psíquica perturbadora, que pone en evidencia la identificación de Jimeno con el padre, parece relacionarse con el procesamiento de un trauma, como en la tentativa de hacer que otro padezca lo que el paciente sufrió. En la sesión el fracaso en la tentativa de procesar esta situación se observa en el momento en que el paciente encara la pregunta sobre el por qué, referido tanto a su padre como a su propia parálisis, momento en el cual además el paciente pone el énfasis en los procesos orgánicos del terapeuta, al concentrarse en su resfrío. Es posible que en la situación traumática que estamos infiriendo el paciente sufrió dos tipos de caos, uno orgánico y otro cognitivo. El enigma mayor, incomprensible, consistió en la lógica contenida en la tendencia del padre a la auto-destrucción, recurriendo al alcohol, el juego y por fin, de una manera más contundente, el cáncer.

De los relatos del paciente es posible inferir además que este ocupó durante un tiempo ante el padre una posición similar a la de su madre, dependiente de un hombre alcohólico, y que luego cambió progresivamente hacia la identificación con su progenitor, quizá cuando este pasó a padecer el cáncer.

II. Estudio del pensar preconsciente-consciente del paciente

En un trabajo anterior (Maldavsky, 2017a) he estudiado al paciente con el objetivo de examinar los criterios para decidir acerca del discurso con un carácter falso o genuino. En esta muestra me propongo estudiar ahora la perturbación en el pensamiento preconsciente-consciente del paciente.

Instrumentos

Considero conveniente exponer primero la categorización de dichos pensamientos apelando a los desarrollos freudianos. En trabajos recientes expuse que Freud apela a dos enfoques, uno del Proyecto (Freud, 1950a) y otro de sus trabajos ulteriores (Freud, 1915c, 1923b, 1925h, 1939a). En el Proyecto Freud procura describir los tipos de pensamiento desde una perspectiva funcional (pensar recordante, pensar crítico, pensar puramente observador, entre otros), como elementos que a su vez se pueden agrupar en torno de unidades mayores, mientras que en la obra posterior describe los rasgos de cada uno de

estas unidades mayores, como ser el juicio de atribución, el de existencia, etc. En la parte final, inconclusa, del Proyecto, Freud también se refirió a algunos de los errores de estos tipos de pensar. Siguiendo esta orientación, propuse una tabla sobre los tipos del pensar que surgen como decantación en el preconscious de cada tipo de formación yoica (yo realidad inicial, autoerotismo, yo placer purificado, yo real definitivo, superyó). Dada la necesidad de sintetizar, prefiero presentar una visión de conjunto de los tipos de pensamiento y su origen en un tipo de yo (del cual es tributario el proceso preconscious-consciente), la función que cumple cada uno y los errores predominantes así como los rasgos de dichos errores (Cuadro I). Cabe aclarar que Freud aludió a los errores del pensar preconscious-consciente como un tipo de cuestión diferente del de los lapsus, que expresan de manera disfrazada un deseo. El valor psíquico de estos errores del pensar es parte del problema que habré de considerar en la exposición que sigue.

Cuadro I: Estructuras generadoras, tipos, funciones, errores del pensar

(ver en otro adjunto el cuadro)

Prefiero no extenderme en esta ocasión en los detalles referidos a lo expuesto condensadamente en el cuadro, para evitar que el texto se vuelva demasiado extenso y farragoso. Solo he de comentar que cuando sobrevienen fallas o errores en el pensar correspondientes a los procesos psíquicos tributarios del yo real primitivo, el autoerotismo o el yo placer purificado se genera también un empobrecimiento o una limitación en el pensar correspondiente al juicio de existencia y de la auto-observación. Este empobrecimiento o esta limitación se presentan en el terreno retórico como una perturbación expresiva, como un exceso de transformaciones retóricas que interfiere en el reconocimiento de un mensaje. El exceso puede darse en relación con las normas consensuales orgánicas, lógicas, semánticas o pragmáticas, tema que desarrollé más ampliamente en otras publicaciones (ver Maldavsky, 2004).

Es conveniente agregar además un comentario sobre el criterio para seleccionar el sector específico del discurso que será objeto de análisis. Dado lo detallado del análisis, es conveniente seleccionar dicho material eligiendo los segmentos del discurso dedicados a un punto conflictivo que el paciente considera central, sobre el cual se plantea un problema

que intenta resolver. Para justificar esta selección del material sugiero realizar primero un análisis global de la sesión, que permita detectar los puntos conflictivos.

Selección del material concreto

Nos concentraremos en la escena que culmina en el pedido de autorización para fumar en sesión, hacia el final de la hora. El paciente introduce un problema diciendo que era como si estuviera parado en una colina y viera todo: trabajo, estudio, música, mujeres, y todo estaba bien. Agrega entonces un fragmento que preferimos citar textualmente, que presentamos en cuatro sectores (que son unidades de análisis, constituidos por otros tantos conceptos), cada uno constituido por actos de habla (separados entre sí por una barra): “1) Es,/ mirá,/¿viste que a veces te dicen que veo las cosas con claridad?, /Bueno,/yo estoy viendo todo nublado./2) Y así como más poeta, yo creo que en algún momento, por personalidad mía, o no sé por qué, cuando eso no esté más nublado, va a salir el sol re brillante./¿Entendés?/Que va a estar buenísimo este momento./3) Pero como a mí me gusta vivir el día a día y todo,/por eso viste... el sol lo voy a hacer salir desde acá.../no desde acá desde la terapia.../sino desde.../para delante./4) Te hago una consulta./¿Me puedo fumar un pucho?/ Porque te veo refriado y con tos,/por ahí te...”.

Análisis

En el primer sector Jimeno prosigue con la presentación del problema: ve nublado en lugar de ver claro. En el segundo, recurriendo al embellecimiento, formula una promesa referida al futuro. En el tercero objeta su propia promesa y propone en su lugar que el sol lo va a hacer salir desde “acá”, y cuando pretende aclarar qué quiere decir con “acá”, deja la frase inconclusa, y en el cuarto segmento cambia bruscamente el tema, para preguntar si puede fumar, y centrarse en el estado orgánico del terapeuta.

Un enfoque macro-analítico de este material lleva a apreciar que, a diferencia del primer segmento, en que el empleo de la metáfora permite plantear el problema, en los dos segmentos siguientes la tentativa de entender la situación es sustituida por un embellecimiento vacío de argumentos y luego por la ambigüedad y la auto-interrupción. El segmento tercero muestra, más claramente, el momento de parálisis que el paciente ha descrito, ahora en la sesión. La escena culmina en el segmento cuarto con la pregunta al

terapeuta sobre el fumar y la referencia a su salud, ya que el fumar implicaría compartir el humo tabáquico. Es posible que se despliegue así entre paciente y terapeuta una escena que sea el modo en que Jimeno relata el consumo compartido de alcohol con su padre, pese a verlo ya enfermo, simultáneo con el hecho de validar un discurso paterno con rasgos similares a los que el paciente mostró en los segmentos segundo y tercero, en que el embellecimiento vacío encubre la parálisis del pensar. La escena muestra las situaciones que Jimeno no logra entender, y que incluyen como punto central la imposibilidad de descifrar los enigmas contenidos en la mente paterna.

En la secuencia del discurso Jimeno muestra la falta de panorama claro (segmento 1), recurre a la salida vía ensoñación vacía (segmento 2), que luego rectifica sin encontrar otra alternativa (segmento 3), hasta proponer una solución orgánica: exhalar el humo del tabaco que sale de sus pulmones a través de sus labios, hacia el cuerpo de quien respira junto a él (segmento 4).

En un trabajo precedente (Maldavsky, 2017a) he estudiado micro-analíticamente los diferentes sectores de este material. Consideré entonces que cada segmento está compuesto por micro-escenas, las cuales tienen a su vez su valor, lo cual permite realizar un doble enfoque: sintagmático (centrado en la secuencia en el discurso) y paradigmático (centrado en el hallazgo de semejanzas entre los componentes de cada segmento y los que aparecen en los relatos y en los actos de habla del paciente en otros momentos de la sesión). El enfoque paradigmático permitió comprobar que cada uno de los sectores de los segmentos resulta afín con otros del discurso del paciente, sea en el nivel de los actos de habla, sea en el nivel de los relatos. En esta ocasión prefiero focalizar en los segmentos tercero y cuarto del material., en especial en el momento en que su argumentación se detiene. Ello ocurre cuando, tras afirmar que al sol lo va a hacer salir “desde acá” (con lo cual parece aludir a que no va a quedarse en una postura pasiva sino que habrá de pasar a la actividad), aclara: con “acá” (es decir el lugar de donde habrá de salir el cambio) no se refiere a la terapia sino desde..., y en este punto se auto-interrumpe, hace una breve pausa y luego aclara “para adelante”. Este tercer segmento se caracteriza sobre todo por un esfuerzo del paciente por exponer un argumento que justifique el cambio, lo cual corresponde a un nexo causal. Desde la perspectiva paradigmática, la preocupación por el nexo causal aparece a menudo en su exposición: consulta para ver qué le pasa que le impide fluir; no estudia guitarra

porque eso implica practicar; para la madre, la muerte del padre fue una injusticia, porque estaban comenzando a disfrutar del matrimonio; le cuesta explicar por qué no se mudó a vivir solo; siente malestar por no avanzar en sus asuntos pendientes; en su casa no puede estudiar guitarra porque su madre y sus hermanos se molestan; estudia inglés porque quiere viajar; no sabe por qué su padre era alcohólico, el padre vivió porque la esposa lo sostuvo; va a ocurrir un cambio por su personalidad o por algún otro factor. En este inventario, algunos nexos causales corresponden a explicaciones para situaciones ocurridas, y otros a preguntas que se formula para las cuales no halla respuesta. Entre estos últimos figuran el preguntarse por qué no puede fluir, el no poder explicar por qué no se mudó a vivir solo, el no entender por qué el padre era alcohólico, y por fin, en su argumentación sobre el cambio positivo que afirma que sobrevendrá en él, el no poder describir o aclarar de qué sector de sí habrá de surgir dicho cambio. En el segmento tercero el paciente se auto-interrumpe en el momento en que intenta esta descripción. Por lo tanto, en el avance en su pensamiento nos encontramos con la secuencia: tentativa de formular un enlace causal-auto-interrupción.

La auto-interrupción del propio discurso a su vez parece equivalente de lo que el paciente presenta como el trabarse con las palabras, la dificultad para fluir, la aceleración del ritmo al hablar, la interrupción del discurso del terapeuta, ocurrida un par de ocasiones. A su vez, la auto-interrupción es seguida por un silencio, posterior al “desde”. El silencio tiene también sus equivalentes en el curso de la sesión, como los silencios posteriores a otras auto-interrupciones, la vivencia de mente en blanco, la vivencia de lo incierto, el permanecer estático y no activo, el ver nublado. En consecuencia, el conjunto integra esta secuencia: tentativa de formular un enlace causal- auto-interrupción- mente en blanco. La secuencia muestra el proceso de desplazamiento del pensar y su parálisis. Asimismo, el “acá”, que constituye el punto de inicio de la parálisis, coincide con la primera palabra que profirió al ingresar a la sesión, y parece ser el indicador más claro del factor central de su parálisis en el pensar. En efecto, la parálisis parece indicar una dificultad para diferenciar lo propio de lo ajeno de un modo radical, es decir, la diferenciación entre los cuerpos, como la que corresponde a las premisas del pensar.

III. Estudio de la contra-transferencia no declarada del terapeuta

En trabajos precedentes (entre ellos, Maldavsky, 2015) he destacado que hasta el momento el estudio de la contra-transferencia se basó mayormente en la aplicación de cuestionarios auto-administrados o equivalentes, que requieren de la explicitación por el terapeuta de sus afectos, inclinaciones, vivencias, etc., cuando en realidad la definición de contra-transferencia alude explícitamente a los procesos inconscientes del terapeuta. Así, pues, en lugar de apelar a la declaración explícita de los terapeutas, he preferido enfocar el problema con el análisis del intercambio en las sesiones, que permite inferir una contra-transferencia no declarada del terapeuta, transitoria o duradera.

Instrumentos y procedimientos

Trabajos clínicos recientes (Jacobs, 1986, Ogden, 1994, Renik, 1993), que ponen el énfasis en la perspectiva interpersonal o intersubjetiva en psicoterapia, han recurrido al concepto freudiano de contra-transferencia como argumento para sostener su perspectiva. Establecen fuertes afinidades entre este concepto y el de enactment, considerado como despliegue en sesión por parte del terapeuta de escenas en que se ubica como personaje de la vida psíquica del paciente. Tal equiparación constituye un aporte que permite realizar estudios empíricos en las transcripciones textuales de sesiones. En este material se puede aplicar instrumentos para el análisis de las escenas que el paciente relata y aquellas que despliegan el paciente y el terapeuta en la sesión.

La aplicación de estos instrumentos se atiene a ciertos procedimientos. Los pasos para realizar el estudio de la contra-transferencia consisten en:

- 1) estudiar los deseos en los relatos y los actos de habla del paciente. (Puede o no haber coincidencias entre las anécdotas que el paciente relata y las que despliega en las sesiones.),
- 2) estudiar los deseos en los actos de habla del terapeuta en sus intervenciones clínicas.
- 3) comparar los resultados del análisis de los deseos en las escenas que el paciente relata y/o despliega y los de las que el terapeuta despliega.

Así es posible apreciar similitudes entre alguna escena desplegadas por el terapeuta y alguna escena relatada y/o desplegada por el paciente. En tal caso puede inferirse que el terapeuta desarrolló un enactment o una respuesta contra-transferencial, entendida en sentido amplio.

El procedimiento recién descrito resulta pertinente solo si entendemos la contra-transferencia en su sentido extenso, es decir como respuesta global del terapeuta ante los estímulos aportados por el paciente en la sesión, y no en su sentido restringido, como factor perturbador en el trabajo clínico, derivado de los núcleos conflictivos poco procesados por el terapeuta, que lo llevan a formular intervenciones clínicamente no pertinentes. Si nos interesa realizar un estudio de la contra-transferencia entendida en sentido más restringido, es conveniente estudiar si las intervenciones del terapeuta son clínicamente pertinentes en cuanto a la forma o el contenido. Ello implica una serie de pasos adicionales.

4) analizar, además de los deseos, las defensas y su estado en las escenas que el paciente relata y despliega, ya que solo en estas condiciones es posible inferir si el terapeuta acertó o no en sus intervenciones.

5) estudiar las intervenciones del terapeuta con el instrumento correspondiente del ADL que categoriza los tipos de intervenciones. Aplicar este instrumento permite inferir si este tiene una o varias estrategias clínicas, en cuanto a a) recabar información para detectar el foco problemático, b) la forma y/o el contenido de las intervenciones de sintonía, c) la forma y/o el contenido de las intervenciones para establecer nexos, d) la forma y/o el contenido de las intervenciones complementarias. Este estudio permite evaluar la pertinencia clínica de las intervenciones introductorias, de sintonía, de nexo o complementarias del terapeuta. En efecto, es posible evaluar si el terapeuta toma en cuenta el tema relacionado con las escenas en que fracasaron las defensas del paciente, consideró el estado afectivo que el paciente describe en relación con dichas escenas, etc.

En estas condiciones es posible evaluar a) 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, b) 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, c) 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 d) 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.

6) estudiar en los actos de habla del terapeuta 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.

Es decir que el estudio del discurso del terapeuta incluye tanto el análisis de los deseos y defensas como la evaluación de sus intervenciones tomando en cuenta su categorización. El estudio de las intervenciones del terapeuta y de sus actos de habla permite determinar si los enactments del terapeuta corresponden o no a perturbaciones de contra-transferencia transitorias o duraderas en su sentido restringido. En estos enactments el terapeuta suele ocupar el lugar del paciente mismo o de un personaje de su vida psíquica, o se defiende de la inclinación a ocupar alguno de estos lugares.

Análisis

En esta oportunidad deseo exponer un estudio que prescinde de un lenguaje técnico que puede generar el rechazo del lector interesado en cuestiones clínicas.

El estudio global expuesto más arriba pone en evidencia el punto central del conflicto del paciente, en su relación con el padre y el modo en que este vínculo lo afecta. Tomando en consideración este análisis del material del paciente, podemos pasar a estudiar las intervenciones introductorias centrales (de sintonía y foco, de establecimiento de nexos) y complementarias del terapeuta para determinar si este pudo establecer la sintonía y el foco junto con el paciente, formular intervenciones de nexo clínicamente pertinentes y realizar intervenciones complementarias acordes con las metas terapéuticas. También nos preguntamos si los actos de habla del terapeuta conducen a inferir que desarrolló escenas que no fueron clínicamente pertinentes.

Las intervenciones introductorias del terapeuta, con el objetivo de detectar el foco problemático y el estado afectivo del paciente, parecen pertinentes. Igualmente parecen clínicamente pertinentes las intervenciones que centran el foco del problema y las que aluden al estado afectivo del paciente. En cambio, las dos intervenciones de nexo del terapeuta, que conectaban la muerte del padre con un proceso de duelo del paciente, fueron rechazadas por este, al afirmar reiteradamente que no estaba triste. Por fin el terapeuta se rectificó y aludió más bien a un estado de inercia del paciente, que se asemejaba al del

padre cuando consumía alcohol, o cuando finalmente enfermó de cáncer y murió. Este otro enfoque abrió nuevas perspectivas para el trabajo clínico.

En cuanto a los actos de habla del terapeuta, globalmente hablando parecen tener un carácter pertinente. Resulta llamativa sin embargo la frase con que el terapeuta responde al pedido de autorización del paciente para fumar en sesión: “No, porque me mata” La respuesta tiene dos actos de habla: una negación y una frase de enlace causal, que alude al efecto que podría producirle a su salud que el paciente fume en sesión. De ambos actos del habla, solo el segundo tiene un carácter clínicamente no pertinente. Tal vez esta respuesta constituya el despliegue de una escena en que el terapeuta se ubicaba en el lugar de un personaje de la vida psíquica del paciente, que moría en ese intercambio tóxico por el humo del tabaco exhalado por uno e inhalado por el otro. Es posible que el terapeuta haya captado alguna inducción por parte del paciente para ubicarlo en la posición del padre ya enfermo, con el fumar del hijo que aceleraba su deterioro. Esta respuesta del terapeuta sea indicadora de una defensa para neutralizar el riesgo de seguir el destino del padre del paciente, como si el terapeuta hubiera construido la hipótesis (que quizá fuera acertada) de que las adicciones del padre del paciente contribuyeron al desarrollo o empeoramiento de su cáncer.

En consecuencia, la contra-transferencia perturbadora no declarada se hizo evidente no tanto por algunas intervenciones clínicamente no pertinentes sino más bien por un acto de habla, y las intervenciones de nexos no pertinentes, referidas al proceso de duelo del paciente (que el terapeuta luego rectificó), podrían llevar a inferir qué proceso psíquico subyacía en el terapeuta al proferir su acto de habla recién analizado. Es posible que la posición de la cual el paciente se protegía era la de ocupar ante el paciente el mismo lugar que el padre ante un hijo que pretendía calmar su propia angustia con una solución tóxica que aceleraba la muerte de su progenitor.

IV. Discusión y conclusiones

En este trabajo he realizado dos estudios de una misma sesión: de los pensamientos preconsciente-conscientes del paciente, y en particular de un error de su pensamiento, y de la contra-transferencia no declarada del terapeuta. En cuanto al error de pensamiento del paciente, lo he categorizado entre aquellos que corresponden a las premisas básicas del

pensar, y en cuanto a la contra-transferencia del terapeuta, de carácter transitorio, lo dejaba ubicado en la posición de un personaje de la vida psíquica del paciente, y que atribuimos a un conflicto del terapeuta derivado de un proceso de duelo. El error del paciente y la manifestación contra-transferencial del terapeuta, su enactment, son prácticamente coincidentes. Sin embargo, el terapeuta no se encontraba ante el riesgo de una identificación con el paciente sino con un personaje diverso, como si corriera el riesgo de intoxicarse por pulmones ajenos, es decir como si corriera el riesgo de quedar apegado a un personaje adicto, que podría matarlo, y se defendía de ocupar esa posición. Puede ser que esta misma posición que el terapeuta se veía convocado a ocupar, y de la cual se defendía, era no solo la que ocupó el padre enfermo de cáncer sino también la de un personaje intoxicado por respirar el tóxico expulsado por otro, que a su vez trataba así infructuosamente calmar su propia angustia.

Bibliografía

Freud, S. (1915c), Pulsiones y destinos de pulsión, AE, XIV.

(1923b), El yo y el ello, AE, XIX.

(1925h), La negación, AE, XIX.

(1939a), Moisés y la religión monoteísta, AE, XXIII.

(1950a), Proyecto de psicología AE, I.

Jacobs, T.J. (1986), On countertransference enactments, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 34, 2, 289-307.

Maldavsky, D. (2004) *La investigación psicoanalítica del lenguaje: Algoritmo David Liberman*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

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

(2013b) Instrumentos para el estudio de los deseos y las defensas en los desempeños motrices, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60, 1, 9-24.

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

(2017a), Notas sobre la falsedad, los procesos de pensamiento y los actos de habla, por publicarse en *Psicanalise, Revista de la Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, Porto Alegre.

(2017b), Investigación empírica del pensamiento preconsciente-consciente del paciente: conceptos y método, enviado.

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

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

Recibido 25.06.17

Aprobado 2.07.17