

NUEVOS APORTES AL MÉTODO DE INVESTIGACIÓN DEL PROCESO SECUNDARIO (ADL-PS) Y SUS FALLAS EN EL DISCURSO DEL PACIENTE: INSTRUMENTOS, PROCEDIMIENTOS, APLICACIONES¹

NEW CONTRIBUTIONS TO THE SECONDARY PROCESS RESEARCH METHOD (DLA-SP) AND ITS FLAWS IN THE PATIENT'S DISCOURSE: INSTRUMENTS, PROCEDURES, APPLICATION

David Maldavsky²

Resumen

El autor presenta los avances en un método para el estudio del pensamiento preconsciente-consciente y sus fallas en el curso de la sesión, con un enfoque freudiano. Tras sintetizar los desarrollos precedentes de este mismo método, incluye dos novedades: 1) una exposición más precisa de los procedimientos para la construcción de la muestra y para su análisis y 2) la propuesta de combinar el instrumento ya existente (que permite caracterizar el pensar y sus fallas tomando en cuenta las categorías freudianas referidas a los tipos de pensamiento que se sedimentan en el yo) con otros, complementarios, que permiten caracterizar los rasgos del pensar del paciente en términos de la forma y el contenido y en términos de la sensibilidad a los propios deseos y los ajenos. El autor ejemplifica sus propuestas con el estudio de dos casos y la comparación entre ellos.

Palabras clave: tipos de pensamiento preconsciente, rasgos del pensamiento preconsciente, procedimientos para el estudio del pensamiento preconsciente.

Summary

The author presents advances concerning a method for the study of preconscious-conscious thinking and its flaws in the course of a session, from a Freudian perspective. After synthesizing the preceding developments of this same method, the author

¹ El autor agradece los comentarios y sugerencias de L.H. Álvarez, O. Bodni, G. Cryan, R. Kazez, S. Koreck, S. Plut, D. Scilletta, E. Stein, C. Tate de Stanley y A. Wainer al leer el presente trabajo.

² Doctor en Filosofía y Letras. Director del Instituto de Altos Estudios de Psicología y Ciencias Sociales, IAEPIS de UCES. Director del Doctorado en Psicología UCES. Director de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento UCES. Director de la revista *Subjetividad y Procesos Cognitivos* de UCES. Director de Desvalimiento Psicosocial UCES.

includes two new features: 1) a more detailed presentation of the procedures for the construction of the sample and its analysis, and 2) the proposal of combining the existing instrument (which allows to characterize the thinking process and its flaws, taking into account the Freudian categories relating to types of thinking that root in the ego) with others, complementary, that allow to characterize the features of the patient's thinking process in terms of form and content and in terms of sensitivity to own wishes and other people's ones. The author illustrates his proposals with the study of two cases and the comparison between them.

Keywords: types of preconscious thinking, features of preconscious thinking, procedures for the study of preconscious thinking.

I. Introducción

La investigación empírica de los procesos de pensamiento ha tenido en las últimas décadas un desarrollo creciente, fecundo. Por un lado, se ha desarrollado un método de investigación empírica del pensamiento en las sesiones, denominado función reflexiva, entendida como la capacidad para captar los estados mentales ajenos y los propios (Fonagy, Target, Steele, Steele, 1998, Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002), basada en la teoría del apego (Bowlby, 1969, 1973, 1980), y por otro lado se ha desarrollado un método de investigación empírica del pensamiento en el contexto del "laboratorio", es decir en términos de la administración de instrumento psicométricos, que corresponde a una orientación neurocognitiva centrada en el estudio de las funciones ejecutivas (Baddeley y Hirsch, 1974, 1994, Damasio, 1980, Norman y Shallice, 1986, Shallice, 1988, Stuss y Benson, 1986, Stuss y Alexander, 2000, Stuss, Alexander, Shallice, Picton, Binns, Macdonald, et al., 2005), entendidas como habilidades cognitivas tendientes a alcanzar una meta, y que implican procesos internos de autorregulación, de control de los afectos, etc.

Estas dos orientaciones tienen ya ricos desarrollos, constituyen aportes en sus respectivos terrenos de estudio, de todo lo cual la presente propuesta se reconoce tributaria. Pese a ello, estos desarrollos (función reflexiva y función ejecutiva, respectivamente) no han considerado algunos de los aportes centrales contenidos en las propuestas freudianas sobre la teoría y la clínica (incluyendo el procesamiento psíquico de las pulsiones) y la rica tradición derivada de ellas, que los instrumentos y procedimientos que se desarrollan más abajo pretenden aprovechar.

II. Antecedentes

En trabajos recientes (Maldavsky, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d, 2017e) se ha presentado un método para la investigación empírica del pensamiento que Freud considera propio del proceso secundario en el curso de una sesión y se ha ejemplificado su empleo en varios casos. El marco conceptual deriva de las hipótesis freudianas que figuran en el Proyecto y en textos de diferentes períodos de la producción freudiana (Freud,

1915c, 1915e, 1923b, 1925h, 1950a), del mismo modo que la operacionalización del concepto. En términos generales, las propuestas freudianas sobre los diferentes yo y los tipos de pensamiento que se plasman con cada uno parecen orientadas por un refinamiento en el proceso cogitativo que implica una igualmente creciente ligadura, conducción e inhibición de la energía anímica, de lo cual da cuenta, por ejemplo, la intelección del “no”, el “yo” y el “porque” por el yo realidad definitivo (Maldavsky, 1988). Se verá luego en la Tabla I el aprovechamiento de estas afirmaciones (sobre el “no”, etc.) para categorizar tipos de hipertrofia y de perturbación. La intelección de estos términos surge en lugar de la proyección y el apego a la percepción (Freud, 1925h), junto con la conquista anímica de nuevas normas consensuales para operar con representaciones palabra en el preconscious (Maldavsky, 1997). Es posible, además, que estas propuestas freudianas se atengan, como lo describen trabajos recientes en el terreno del neuropsicoanálisis (comenzando con el de Carhart-Harris y Friston, 2010) al “default mode” del funcionamiento neuronal (DMN), es decir un sistema organizado jerárquicamente en subsistemas que tiende a controlar y ligar la excitación tanto externa como interna.

El marco conceptual de este trabajo se puede encontrar en la Tabla I, que contiene la categorización de los tipos de pensar (entendido cada uno como consecuencia de la sedimentación de un proceso de complejización del proceso cogitativo en el yo: yo real primitivo: YRP, autoerotismo, yo placer purificado: YPP, yo realidad definitivo: YRD, superyó-ideal del yo: SYO), de deseos implicados en cada pensar (libido intrasomática: LI, oral primario: O1, sádico oral secundario: O2, sádico anal primario: A1, sádico anal secundario: A2, fálico uretral: FU, fálico genital: FG), de funciones del pensamiento, de errores y de indicadores en los actos de habla. Estos deseos (y las defensas correspondientes) pueden ser estudiados apelando a los instrumentos del ADL (Maldavsky, 2013). En cuanto a la operacionalización de los conceptos, el central es el de pensamiento, que Freud (1923b) define como un desplazamiento de la energía anímica en el camino hacia la acción, por lo cual el método propone estudiar la secuencia discursiva del paciente en determinado segmento de la sesión. Como Freud (1915e) define, además, el pensar como un acto puramente interno, el método propone considerar, en el análisis del discurso, los actos del habla expresados por el paciente.

En cuanto a los criterios para la selección de la muestra, toman en cuenta el hecho de que el análisis del pensar en la secuencia de los actos de habla del paciente durante toda la sesión puede resultar una tarea extensa y poco fructífera. Por ello se propone un procedimiento para la selección de la muestra por estudiar, consistente en elegir el segmento en que el paciente se interroga por un problema concreto que lo afecta y expone su modo de entenderlo. Esta muestra concreta es analizada con dos estrategias de análisis del discurso: sintagmática y paradigmática. La primera considera precisamente la secuencia discursiva, y por lo tanto es la más afín con la definición

del pensamiento como proceso de desplazamiento, mientras que la segunda tiene funciones complementarias, como ser determinar que la muestra es representativa del discurso del paciente, etc.

Con estas propuestas se estudió una muestra constituida por la primera sesión de 20 pacientes, de lo cual dan testimonio los estudios de algunos casos puntuales (Mal-davsky, 2017b, 2017c, 2017d, 2017e) con los hallazgos que es posible alcanzar. El estudio de estos 20 casos llevó a tener una experiencia más rica y diversa y por lo tanto a aportar mayor refinamiento al enfoque de los procedimientos de recolección de la muestra y de análisis. También llevó a apreciar nuevos problemas que surgen al avanzar en la investigación y por ello a proponer nuevas soluciones.

Igualmente, los estudios de casos recién mencionados permitieron apreciar la utilidad concreta en la investigación clínica de los nuevos instrumentos, sobre todo al permitir poner el foco en un terreno hasta ahora no explorado en los estudios empíricos con una perspectiva psicoanalítica y al aportar más precisión a la descripción de algunos rasgos del proceso cogitativo preconsciente-consciente que es posible relacionar con otras consideraciones sobre cada caso.

El presente trabajo se propone en primer lugar exponer el mayor refinamiento alcanzado en los procedimientos de construcción de la muestra y su análisis con el instrumento ya desarrollado, el sector del algoritmo David Liberman dedicado al estudio del proceso secundario (ADL-PS), con una aplicación comparativa al análisis de dos muestras (discursos de Marcelo y Pepe), el planteo de los nuevos problemas y la propuesta de solución, apelando a instrumentos complementarios (para el estudio de los rasgos del pensar del proceso secundario), que también son aplicados a las mismas muestras.

II. Procedimientos en el estudio del pensar preconsciente

III.1. Selección de la muestra

El criterio básico para la selección de la muestra consiste en focalizar en un segmento del discurso del paciente en que describa un malestar (un problema personal), se formule una pregunta acerca de este y procure responder a ella apelando a algún tipo de argumentación. Quedan omitidas las intervenciones del terapeuta que pueden acompañar de diferente modo esta secuencia. Puede ocurrir que el terapeuta formule, además, intervenciones (preguntas, comentarios, señalamientos) que en ocasiones desvían temporariamente la atención del paciente, hasta retomar el hilo expositivo precedente. Cuando ello ocurre, es conveniente omitir tanto las intervenciones del terapeuta como los sectores del discurso del paciente que constituyen desvíos respecto de su hilo expositivo. También puede ocurrir que el paciente por sí mismo agregue algunas anécdotas de este tipo, que es conveniente omitir de la muestra. En todos los casos se sugiere mencionar que se ha omitido determinado sector del discurso del

paciente. Todo ello constituye el criterio básico para la selección de la muestra. En los hechos concretos, es posible observar que solo un grupo de casos cumple con estos requisitos. A continuación se mencionan algunas de las otras alternativas surgidas en los hechos y la consiguiente propuesta referida a la construcción de la muestra. Globalmente hablando, estas otras alternativas pueden variar respecto del criterio básico porque falta la descripción de un problema personal, porque el problema personal está descrito de manera solo parcial, porque el interrogante no coincide con el problema, porque en lugar del interrogante aparecen otras formulaciones, porque presenta más de una respuesta a los interrogantes. 1. En efecto, respecto de la presentación del problema, puede ser que el paciente no manifieste ningún tipo de malestar psíquico, sino uno vincular. 2. En otras ocasiones puede ocurrir que el paciente no termine de describir con precisión el problema, y en su lugar tienda a dilatar su presentación, en cuyo caso la muestra puede incluir estos esbozos de descripción. 3. En otras ocasiones la tentativa del paciente de dar mayor precisión al problema se vea interferida por las intervenciones del terapeuta, que desvían la atención en otras direcciones. En tal caso, es conveniente incluir en la muestra la tentativa interrumpida de descripción del problema y, en lo posible, alguna versión posterior que enfoque el problema de manera concreta o simbólica, a través de sustitutos. 4. Igualmente, el paciente puede manifestar un malestar y no formularse interrogante acerca de los motivos para su sufrimiento. 5. Puede ocurrir, además, que, en lugar de formularse interrogantes sobre su sufrimiento, más bien intente descargarlo de manera catártica, o que intente que el terapeuta lo libere de él, o al menos que lo alivie o lo consuele, o que le dé algún consejo. 6. También puede ocurrir que el paciente intente usar la consulta como un medio para lograr que otros lo acepten o le levanten una sanción. En cualquiera de estos casos, la muestra se construye solo en torno de la descripción del malestar, o en torno de la descripción de este malestar con las expresiones de la tentativa de descargarlo, de que el terapeuta se lo elimine, lo alivie, lo consuele, o le dé consejos, o en torno de los indicadores que hacen presumir que el paciente tiene otro tipo de objetivo. 7. También puede ocurrir que el paciente se formule un interrogante que no coincide con la descripción del problema (o coincide solo en parte), y formule argumentaciones para entender solo el interrogante que se formula, en cuyo caso se consigna el discurso en que el paciente expone el problema, el interrogante y la respuesta que se da. 8. Respecto de las respuestas a los interrogantes o a la explicación del problema, en ocasiones un paciente no da una sola versión, sino dos, cada una basada en categorías diferentes, alguna de ella más inherente al paciente mismo y otra que expresa el influjo de algún personaje que aporta una nueva perspectiva, más realista o más desatinada. Cuando así ocurre, es conveniente recoger ambas respuestas al mismo problema y/o interrogante, a menudo distribuidas en sectores diferentes de la sesión estudiada.

III.2. Análisis del discurso

El análisis del discurso tiene dos estrategias, combinadas y con objetivos parcialmente

diferentes: sintagmática y paradigmática. El análisis sintagmático pretende seguir la secuencia del discurso, y con ello del hilo del pensamiento. En cambio, el análisis paradigmático procura apreciar el valor de las clases de segmentos del discurso (actos de habla, grupos de estos, relatos) agrupados tomando en cuenta su valor semántico en términos de los deseos. El análisis sintagmático estudia sobre todo el material elegido como muestra. En cambio, el análisis paradigmático puede considerar el discurso de la sesión íntegra. Este análisis paradigmático pretende tres objetivos: 1) verificar el carácter representativo de los segmentos analizados, 2) encarar en mejores condiciones interpretaciones dudosas de determinado segmento del discurso, 3) determinar si los problemas y/o los interrogantes que se plantea el paciente son acordes con los hechos descritos en el curso de la sesión.

El estudio sintagmático es afín con la definición freudiana del pensamiento como desplazamiento de la energía anímica en el camino hacia la acción. En cambio, el estudio paradigmático es afín con la propuesta freudiana de que el pensamiento atiende a los hechos, a los problemas con una realidad constituida por la vida psíquica del paciente en relación con sus semejantes. Ya se ha destacado que el estudio del pensar implica también decidir acerca del grado de coincidencia entre las preguntas y las argumentaciones que responden a ellas, por un lado, y, por otro lado, acerca del grado de coincidencia con los problemas expuestos. Para decidir al respecto puede ser que no resulte suficiente el análisis sintagmático de la secuencia del discurso del paciente, sino que sea necesario agregar un análisis paradigmático que permita comparar lo expuesto por el paciente al formularse las preguntas y pretender responderlas y lo expuesto como planteo de los problemas.

Para el estudio sintagmático de la secuencia discursiva es conveniente segmentar el material en sectores caracterizados cada uno por una isotopía temática, como ser: antecedentes del problema, descripción del problema, planteo del interrogante, respuesta inicial, objeción autocrítica, discusión de las posturas enfrentadas, formulación de una nueva respuesta. El motivo de esta segmentación es que permite apreciar con más claridad cada uno de los pasos en el trabajo del pensar. Es posible advertir que la isotopía temática no consiste en que lo dicho corresponde a un mismo tópico sino más bien a un orden cognitivo, que empieza con una descripción de un problema (y eventualmente sus antecedentes), sigue con el planteo de interrogantes, etc. Puede ser que algo dicho en un momento posterior pase a formar parte de una aclaración de un sector precedente en el proceso cogitativo.

En un segundo paso, cada sector así segmentado es sub-segmentado en actos de habla, que también son actos psíquicos, consistentes en escenas desplegadas (ejemplificar, preguntar, objetar, acusar, lamentarse), que pueden compararse con otras escenas, desplegadas o relatadas, en otros sectores del discurso. El motivo de esta sub-segmentación es que permite realizar un estudio paradigmático. En cuanto al criterio para

construir las clases de escenas (relatadas o desplegadas), corresponde a las categorías de los deseos entendidos en términos freudianos, que conforman la base del desarrollo del algoritmo David Liberman, en cuanto al estudio de los deseos y las defensas (Maldavsky, 2013).

IV. Dos ejemplos de análisis de las perturbaciones en el pensar

Como ya se ha mencionado, con este enfoque se ha estudiado hasta el presente la transcripción de una sesión en 20 pacientes, varias de las cuales han sido objeto de análisis en respectivos trabajos. A los fines de mostrar una aplicación de los procedimientos y de exponer nuevas propuestas metodológicas de estos estudios, parece conveniente realizar otros dos análisis, correspondientes respectivamente a Marcelo y Pepe, y luego comparar los resultados alcanzados.

El primer ejemplo (Marcelo) contiene una muestra en que el paciente se formula un problema, un interrogante afín con este y aporta una tentativa de respuesta. Todo ello permite realizar un estudio de la secuencia del pensamiento del paciente y sus fallas. El segundo ejemplo (Pepe), en cambio, contiene una muestra en que el paciente expone un problema sin formularse un interrogante, aunque propone algunas argumentaciones sobre el problema, con lo cual se hace posible un estudio de su pensar y las fallas correspondientes.

Ejemplo I: Marcelo

El paciente (24 años) dice que este es su quinto año en Buenos Aires y está estudiando Química y sigue en primer año. Se ha debatido si esa era la carrera que quería seguir. No encuentra los espacios para ponerse a estudiar. Los pocos momentos en que lo logra se siente satisfecho, y eso lo lleva a pensar que quiere seguir estudiando.

I. Me falta energía para todo,/ ¿no?/ y no entiendo por qué/. Esto relacionado con lo que estudio no... no puedo entender por qué me pasa/. El otro día estaba pensando que me pongo a estudiar y me siento bien, me siento feliz. /Y si yo no puedo encontrar esos momentos para estudiar que me hacen feliz, este... no puedo encontrar un momento para ser feliz. /O no quiero tener ese momento. /Y ya me empecé a preocupar demasiado./ (Omitidas preguntas del terapeuta sobre algunos detalles de la cotidianidad del paciente, su trayectoria académica y la historia de sus padres, con las respuestas de este, hasta que el terapeuta pregunta si le preocupa el fracaso académico al pensar que no puede ser feliz.)

II. Este sí, /es una especie de de silogismo./ Y ahí me empecé a hacer la cabeza que si... si no me ponía con... si estudiar significaba ser feliz, y no podía... si no me pongo a estudiar, si no puedo encontrar los momentos no puedo estudiar, entonces no encuentro los momentos para ser feliz. /Este bueno eso me empecé a taladrar la cabeza /y.

III. (tras una pregunta del terapeuta sobre qué siente por ello) Y miedo, bastante mie-

do. /Este... /Pero la verdad que no me lo había planteado nunca / y... este... más allá de que... eh... no puedo, /no es que no puedo... /No sé, más allá de que a mí me cuesta el sentarme a estudiar o levantarme temprano para ir a la Facultad, este... no consideraba que... no consideraba que me estaba haciendo infeliz./ Este... /pero por ahí me juntaba con mis amigos, /o estoy con mi novia, /este... /Pero no. /Bueno,/ no,/ más me... /esta... esta construcción lógica me preocupó bastante.

En el sector I el paciente se plantea un problema, en el sector II apela a un silogismo para pensar su situación y en el sector III discute la extensión del silogismo y expresa el estado afectivo (angustia, preocupación) derivado de su silogismo.

Enfoque sintagmático

En el primer sector el paciente comienza presentando el problema centrado en su desgano y las consiguientes dificultades para concentrarse en estudiar, con la inclusión del nexa entre estudiar y sentirse feliz. Luego, en el segundo sector, formula un silogismo: 1) estudiar lo hace feliz, 2) no encuentra los momentos para estudiar, 3) en consecuencia, no encuentra los momentos para ser feliz. Este silogismo lo atormenta y, como lo aclara en el tercer sector, lo asusta, lo preocupa.

El sector I contiene el planteo del problema, el interrogante y un nexa que el paciente establece para pensar la situación, el sector II una tentativa de respuesta que aprovecha del nexa ya establecido para construir el silogismo y el sector III una consecuencia de ello.

Enfoque paradigmático

El paciente reitera insistentemente las muletillas, así como los relatos acerca de su quedarse dormido y no poder concentrarse en los estudios, del mismo modo que en el segmento analizado no puede concentrarse en los pensamientos ligados con el problema que plantea.

Comentarios

La parálisis del pensar del paciente se hace evidente cuando no logra avanzar en la respuesta a las preguntas que se formula, en lugar de lo cual, en el sector II, recurre a un silogismo abstracto que parece no derivar hacia alguna consecuencia práctica, sino que solo conduce a conclusiones que, pese a aludir a sus estados afectivos, tienen un carácter conceptual, sin derivación hacia una decisión concreta. Más bien parece corresponder a una tendencia a sintetizar (apelando a un silogismo) el problema que lo preocupa.

El considerar una realidad concreta en el marco de un silogismo abstracto corresponde a un pensar inherente a la decantación de los procesos psíquicos del autoerotismo, y la perturbación consiste en que mantiene al sujeto en una situación en que las decisiones son puramente lógicas, procesos cognitivos no correspondientes a una serie de prácticas que impliquen algún tipo de transformación de la realidad. La perturbación

corresponde entonces sobre todo al tipo de pensar derivado de la decantación del autoerotismo.

En suma, se infiere una perturbación del pensar derivado de la plasmación del autoerotismo. En cuanto al deseo y la defensa involucrados en los actos de habla (apelando a los instrumentos del ADL para su estudio), son O1 y desmentida. También se advierte una falla en la función de la autoobservación, derivada de la plasmación de la constitución del superyó-ideal del yo, falla que se expresa en la no formulación de autocríticas o rectificaciones a la perturbación del pensar antes descrita

Ejemplo II: Pepe

El segundo ejemplo contiene una muestra en que el paciente expone un problema sin formular por ello un interrogante, pero desarrolla una serie de argumentos relacionados con el problema. Con ello se hace posible estudiar la secuencia del pensamiento del paciente y sus consiguientes fallas apelando a otro camino.

El paciente (29 años) ha interrumpido sus estudios universitarios, su trabajo y su relación de pareja por sus crisis de angustia. Esta situación comenzó dos años antes, en que temió haberse contagiado HIV. Luego de un tiempo pasó a temer que en su trabajo (un criadero de pollos) una larva se le hubiera introducido en el ano y encapsulado allí, lo cual a su vez podría provocarle efectos en los ojos, le desviaba uno de ellos. Consultó a diferentes especialistas, entre ellos varios oculistas, que lo tranquilizaron.

Hacia el final de la primera sesión el paciente dice:

I. La doctora me tranquilizó con que adentro del ojo no hay nada/ y qué sé yo. /Adentro del globo ocular no tenía nada,/ estaba un poco tranquilo./

II. Pero empecé a tener molestia y más molestia con esto del trasero y con lo del ojo, /me empecé a preocupar más con esto de que no me iba a mirar más por el ojo desplazado. /

III. Es mínimo, /no es que si vos me mirás te das cuenta/. Yo veo una mínima que se me corrió el ojo para el costado./

IV. pero yo porque soy detallista. / No sé si es sugestión /o que realmente se me metió una larvita/ y me generó eso. /Yo estoy abriendo las posibilidades a cualquier cosa. / Puede ser totalmente psicológico, nervioso,/ puede ser real. /

V. Entonces cuando seguía ocurriendo, /a mi vieja la trató un tipo que es muy bueno, muy capo. /Entonces fui/ y me dijo: /'No, si te entró una larva primero va a la sangre y después va al ojo. Esto que vos te ves no es nada, está todo bien'. / Me dijo que estaba todo bien, /me dijo: /'Las larvas pueden ir por el músculo y generar un poco de

estrabismo, pero no es que están en el ojo', /pero me dijo que no creía que tenga eso. /

VI. Entonces digo: /'Si me entró una larva por ahí no está en el trasero y el ojo, o se murió, o se encapsuló o se me va a la sangre'. /

VII. Mi miedo, ahora, era que se me haya encapsulado en el músculo y que me esté generando ese pequeño desvío que yo veo. /

VIII. Ya no puedo discernir, /porque tengo miedo /y es tan fuerte el miedo a perder la rectitud de la mirada, /tengo tanto miedo de que se me modifique la mirada, de tener estrabismo, de que se modifique la identidad de mi mirada/, ese pánico me consume. /

IX Fui ayer a este oculista que me dijo que me quede tranquilo, /

X. como que cuando me dicen que estoy bien me empiezo a sentir un poco solo, / porque yo me veo mal la mirada. /

XI. Me dicen que está todo bien /

XII. y yo me tengo que fumar no verme los ojos alineados como antes./

XIII. El daño está hecho por más que ahora no tengo nada.

Un primer bloque del discurso del paciente está constituido por los sectores I-IV, un segundo bloque por los sectores V-VIII, un tercero por los sectores IX y X, un cuarto, por los sectores XI y XII. En el sector I el paciente relata la opinión de un profesional sobre su preocupación orgánica y el efecto tranquilizante que le generó, en el sector II objeta dicha afirmación de la profesional y se refiere a su preocupación subsistente, en el sector III alude a un autocuestionamiento de su propia crítica y en el sector IV muestra una oscilación entre ambas posturas: la convicción y su relativización.

Un segundo bloque de su discurso está constituido por los sectores V-VIII. En el sector V menciona otra vez a la opinión de un profesional, en el sector VI alude al empleo de lo que opinó el especialista en el marco de sus temores, en el sector VII relaciona lo que escuchó del profesional como refuerzo de sus temores y en el sector VIII relativiza otra vez su propia convicción.

El tercer bloque está constituido por los sectores IX y X. En el primero se refiere otra vez a la opinión de los profesionales y en el segundo a su propia convicción.

El cuarto bloque está constituido por los sectores XI y XII. En el primero menciona otra vez la opinión de profesionales y en el segundo insiste con sostener su idea.

Por fin, en el sector XIII se centra sobre todo en su propia convicción de un daño orgánico pese a que por el momento no tiene nada.

En síntesis, los dos primeros bloques muestran la opinión de un profesional sobre sus preocupaciones corporales, las objeciones a lo dicho por el profesional, la insistencia del paciente en su preocupación y la relativización y la autocrítica de la propia opinión. Los dos bloques siguientes muestran la opinión ajena y su propia idea, opuesta a ella. Por fin, el último sector alude, de manera condensada, a su propia opinión en contraste con lo que los profesionales han dicho de su salud.

El sector XIII en sí mismo es una muestra suficiente que, desde una perspectiva sintagmática, pone en evidencia una contradicción entre dos partes (que son dos actos de habla, uno de los cuales contiene una afirmación y el otro una objeción a ella) no conciliables: “no tengo nada” y “el daño está hecho”, en que la convicción expresada en esta última parte se contraponen (como objeción) a los hechos y a la opinión de los profesionales. La contraposición recién descrita puede ser considerada una contradicción lógica. En cuanto a los sectores I-XII, pueden ser encarados desde una doble perspectiva: sintagmática y paradigmática.

Desde esta última perspectiva, dichos sectores permiten apreciar una fuerte redundancia, de modo que las escenas desplegadas en los dos actos de habla del sector XIII se reiteran en las escenas precedentes. Por ejemplo, “el daño está hecho” coincide con “yo veo una mínima que se me corrió un ojo para el costado” (sector III), “yo me veo mal la mirada” (sector X), etc.

Desde el punto de vista sintagmático es posible estudiar la secuencia de los 5 bloques. Esta secuencia no consiste en el despliegue de una argumentación con la alusión a hechos como explicaciones de otros, con afirmaciones, rectificaciones, autocríticas, etc. Dichas secuencias existen, pero en el interior de cada bloque, punto considerado poco más arriba. En cambio, entre los bloques las secuencias indican más bien que en los bloques tercero (sectores IX y X) y cuarto (sectores XI y XII) hubo una desaparición de las autocríticas y de las relativizaciones de las convicciones, que en cambio sí aparecían en los bloques primero y segundo. Por fin, en el bloque quinto, las alusiones a las opiniones de profesionales y a las propias convicciones se sintetizaron en un solo sector, constituido por dos actos de habla.

En este paciente, la perturbación central corresponde a un pensar derivado de la sedimentación del autoerotismo. Es inherente a este pensar el supuesto de que la realidad es un producto de la propia mente. También se advierte el peso de una falla en la función crítica de la autoobservación, que podría cuestionar la convicción tomando en cuenta lo dicho por profesionales a los que el paciente consultó. En cuanto al deseo

y la defensa involucrados (al apelar a los instrumentos del ADL para el estudio de los actos de habla), son O1 y la desestimación de la realidad y la instancia paterna.

Comentarios de los análisis

Se habrá observado que el análisis de cada muestra es diverso, ya que el material es heterogéneo. El estudio sintagmático del discurso de Marcelo es relativamente breve, pero se observa una secuencia del pensar en que el paciente va pasando desde la preocupación por un problema concreto, ligado con los estudios, hasta la preocupación por una construcción lógica. Este parece ser su proceso de pensamiento.

En cambio, el análisis sintagmático del discurso de Pepe es más extenso y abarca varios bloques, y muestra en cada bloque el predominio de una convicción, pese a las objeciones provenientes de los interlocutores y de los estudios médicos, con una desaparición progresiva de la tendencia a relativizar las propias convicciones y de la tendencia a dejar algún espacio para la opinión ajena. Por lo tanto el estudio sintagmático puede realizarse en la secuencia de la argumentación en cada bloque o en la secuencia que va desde los primeros a los últimos bloques. La secuencia de la argumentación intrabloque expresa un pasaje desde la presunta realidad hasta la expresión de la convicción, con o sin autocrítica en el medio, mientras que la secuencia inter-bloques expresa una creciente desaparición de la tendencia a la autocrítica. El último bloque, que contiene un solo sector, sintetiza lo esencial, y está compuesto por dos actos de habla lógicamente autocontradictorios.

Comentarios de los resultados

Los resultados centrales de los análisis de los dos ejemplos coinciden en dos aspectos: 1) el deseo en juego (si se estudian los casos con el ADL-AH, un instrumento que estudia los actos de habla), que no constituye el foco de la presente investigación, y 2) las fallas en el proceso de pensamiento derivado de la decantación del autoerotismo, que constituye el centro del interés en esta oportunidad. Si bien este resultado distingue a estos pacientes respecto de pacientes en quienes la perturbación se da en tipos diferente del pensar, al mismo tiempo permite apreciar que es conveniente encontrar otros análisis más finos, que permitan distinguir a pacientes con el mismo tipo de falla en el pensar, pero con otras diferencias. En esta situación, las diferencias podrían corresponder, como en esta ocasión, al tipo de defensa empleada. Pero estas diferencias no atañen tanto al pensar como a otros niveles de análisis. En consecuencia, puede ser útil disponer de recursos adicionales para caracterizar los rasgos del pensar de cada paciente.

V. Instrumentos complementarios para el estudio de los rasgos del pensar en el discurso

Para la evaluación de los rasgos formales del pensar, en cuanto a forma y contenido

se propone un conjunto de instrumentos adicionales. Los rasgos del pensar pueden ser diferenciados en tres categorías: aspectos formales; aspectos de contenido; sensibilidad y procesamiento de los propios deseos y los ajenos. Cada una de estas categorías contiene diferentes ítems, y por ello cada una queda expresada en una Tabla, en la cual el investigador debe contestar por Sí o por No a cada uno de los 33 ítems (ver Tablas II-IV).

El criterio para la construcción de estas categorías consiste en tomar en cuenta el trabajo psíquico del pensar del proceso secundario. Esta actividad se diferencia de otros tipos de pensar por la mayor complejidad del trabajo cogitativo, tanto desde la perspectiva formal como en cuanto al contenido, pero en todo lo demás, como el conjunto de la vida psíquica, tiene como meta procesar los conflictos con los tres amos a los que el yo debe servidumbre: la pulsión, la realidad, el superyó. Algunas de las Tablas (sobre todo las Tablas II y III) fueron construidas siguiendo el criterio de la diferencia entre el pensar del proceso secundario respecto de actividades cogitativas más elementales, mientras que la Tabla IV considera también la relación entre el pensar y los deseos propios y ajenos en el marco vincular y los recíprocos influjos. La Tabla II presta atención a los rasgos formales del pensar, mientras que la Tabla III considera cuestiones de contenido en relación con los hechos y con la función auto evaluadora y crítica. También la Tabla IV toma en consideración aspectos del contenido del pensar en relación con los hechos, pero en este caso prestando atención tanto a los deseos propios y los de otros sujetos, como a los influjos recíprocos.

Recomendaciones generales referidas al empleo de las Tablas II-IV

Se sugiere al usuario de las Tablas que las aplique tomando en cuenta el conjunto de la muestra, y no tanto sectores de ella, y en estos rasgos generales el cierre, el modo en que el paciente termina expresando su pensar, tiene un carácter decisivo. Por ejemplo, si en un sector de la muestra el paciente pone en evidencia una dificultad para exponer su propio estado afectivo y en un momento posterior logra formular su sentir, prevalecerá este último rasgo sobre el primero, y si en un momento el paciente muestra un apego de las afirmaciones a los hechos y luego dicho apego se pierde, entonces este segundo rasgo será el definitorio.

También es posible segmentar la muestra en dos sectores, sobre todo si el paciente expone dos problemas, formula dos interrogantes diferentes, o da dos explicaciones sucesivas no coincidentes respecto de los interrogantes y los problemas.

VI. Aplicación de las tablas complementarias sobre los rasgos del pensar a los casos de Marcelo y Pepe

Marcelo:

Tabla II: 1) sí, 2) sí, 3) sí, 4) no, 5) sí, 6) sí, 7) no, 8) no, 9) sí, 10) no

Tabla III: 1) sí, 2) sí, 3) sí, 4) sí, 5) sí, 6) no, 7) no, 8) no, 9) no, 10) no, 11) no

Tabla IV: 1) no, 2) no, 3) no, 4) no, 5) no, 6) sí, 7) no, 8) sí, 9) no, 10) no, 11) sí

Pepe:

Tabla II: 1) sí, 2) sí, 3) sí, 4) no, 5) no, 6) no, 7) no, 8) no, 9) no, 10) no

Tabla III: 1) sí, 2) no, 3) no, 4) no, 5) no, 6) no, 7) no, 8) no, 9) no, 10) no, 11) no

Tabla IV: 1) sí, 2) no, 3) no, 4) sí, 5) no, 6) sí, 7) no, 8) no, 9) no, 10) no, 11) sí

La comparación entre los resultados de la evaluación de los rasgos del pensar de Marcelo y Pepe puede dar mayor precisión al enfoque más bien global del estudio del tipo de perturbación en el pensar del proceso secundario antes expuesto. En efecto, puede apreciarse que en Marcelo, a diferencia de Pepe, respecto de los aspectos formales del pensar, tiene claridad y especificidad en los interrogantes (en realidad, Pepe no se los formula) y mantiene el hilo del pensamiento mientras expone el problema; respecto del contenido del pensar, se plantea interrogantes e intenta responderlos, presenta concordancia entre hechos y problemas y entre problemas e interrogantes; respecto del grado de sensibilidad a y de procesamiento de las relaciones con los demás, no está influido por las opiniones de su familia, no critica opiniones ajenas y reconoce las acciones de otros sobre él mismo.

Hay diferencias en 10 de los 33 ítems que integran las tres Tablas, en proporciones casi similares: 4 en la Tabla III y 3 en las otras dos.

VII. Comentarios finales

En esta ocasión se han seleccionado 2 de los 20 casos estudiados hasta el presente para realizar la comparación entre sus rasgos tomando en cuenta (para esta selección) la coincidencia en cuanto la falla en el pensar, correspondiente a los procesos cogitativos derivados de la sedimentación del autoerotismo. Por supuesto, pueden estudiarse casos reunidos con otros criterios, como ser aquellos en que no hay formulación de interrogantes para considerar cuál es la defensa y su estado, etc. También puede apelarse a otros criterios para la selección de la muestra, como ser las que expresan el pensar del paciente en el comienzo y en el final de una sesión, o al inicio del tratamiento y a los seis meses de ese momento.

Bibliografía

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

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

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, I. Attachment*. Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, II. Separation, anxiety and anger*. Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, III. Loss, sadness and depression*. Nueva York: Basic Books.
- Carhart-Harris, R.L., y Friston, K.J. (2010). The default-mode, ego-functions and free-energy: a neurobiological account of Freudian ideas. *Brain, 133*, 1265-1283.
- Damasio, Antonio (2006). *El error de Descartes*. Madrid: Crítica.
- Fonagy, P.; Target, M.; Steele, H. & Steele, M (1998). *Reflective-Functioning Manual, Version 5.0 for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self* Other Press.
- Freud, S. (1915c). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras completas* (T. XIV). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915e). Lo inconsciente. En *Obras completas* (T. XIV). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923b). *El yo y el ello*. En *Obras completas* (T. XIX). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925h). La negación. En *Obras completas* (T. XIX). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1950a). *Proyecto de psicología*. En *Obras completas* (T. I). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Maldavsky, D. (1988). *Estructuras narcisistas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Maldavsky, D (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad: exploraciones y conjeturas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2013). ADL Algoritmo David Liberman, un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso. Buenos Aires: Paidós.
- Maldavsky, D. (2017a). Investigación empírica del pensamiento preconsciente-consciente del paciente: conceptos y método. *Investigaciones en psicología, 22*(1), 33-44. UBA.

Maldavsky, D. (2017b). Notas sobre la falsedad, los procesos de pensamiento y los actos de habla. *Psicanálise, Revista de la Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*, 19(2), Porto Alegre.

Maldavsky, D. (2017c). Estudio del discurso del pensamiento preconsciente-consciente y de la contratransferencia no declarada en una sesión. *Desvalimiento psicossocial*, IV(2).

Maldavsky, D. (2017d). La vergüenza, el decurso del pensamiento y la relación entre corrientes psíquicas en una primera sesión. *Actualidad Psicológica*, 468, agosto de 2017.

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

Maldavsky, D. et al. (2007). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*. Buenos Aires: Lugar.

Norman, M.A. y Shallice, T. (1986). Attention to action: willed and automatic control of behavior. En Davidson, R.J.; Schwartz, G.E; Shapiro, D. (Eds.). *Consciousness and self-regulation*. Nueva York: Plenum Press.

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

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

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

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

El autor agradece los comentarios y sugerencias de L. H. Alvarez, O. Bodni, G. Cryan, R. Kazez, S. Koreck, S. Plut, D. Scilletta, E. Stein, C. Tate de Stanley y A. Wainer al leer el presente trabajo.

Fecha de recepción: 12/01/18

Fecha de aceptación: 3/03/18

Anexos
Tablas

Tabla I: Origen, errores, funciones de pensamiento e indicadores de actos de habla

	YRP LI	Autoerotismo OI	YPP O2, A1		YRD A2, FU, FG	SYO
Función	Diferenciación de lo propio, sobreinvertido, y de lo no propio, indiferente, a partir del criterio del mecanismo de fuga.	Producción de un mundo sensorial sobreinvertido (pensar observador), desarrollo de la memoria coincidente con la percepción y consiguiente enlace causal (pensar práctico), coordinación con YRP.	Coordinación con el YRP y el autoerotismo	Juicio de atribución (pensar práctico, que dictamina si el objeto es bueno o malo, útil o perjudicial para el yo, y por lo tanto si se lo considera o bien parte del yo o se lo desea introyectar, o bien ajeno y hostil a este).	Juicio de existencia, coordinación con el YRP, el autoerotismo, el YPP y el SYO, progreso en la espiritualidad (predominio del pensar sobre el representar, pensar teórico y crítico).	Juicio autocrítico, coordinación con el YRP, el autoerotismo, el YPP y el YRD.
			Ambos juicios se conjugan en el sentido de considerar que lo bueno o útil es reducible al yo, coincide con este, mientras que lo ajeno y hostil puede coincidir con ese irreducible del objeto al yo.			
Errores	Errores ligados con el establecimiento de las premisas básicas para el pensamiento (diferenciación del cuerpo propio como fuente pulsional y como lugar en que se tramitan las acciones específicas: a veces lo externo está tomado como externo y/o lo interno está tomado como interno, y a veces no se diferencia entre lo interno y lo externo), con la primera orientación en el mundo.	Errores en cuanto a la parcialidad de la información, sea intracanal sensorial, sea inter-canales, insistencia en equiparar percepción y recuerdo cuando la realidad pulsional muestra que ello no es sostenible, con una tendencia a mantenerse en el mundo de las abstracciones en una visión puntiforme de la realidad, inversión del enlace entre percepción-recuerdo (respuesta) y deseo (interrogante), o del enlace entre percepción y recuerdo, por lo cual el recuerdo genera una realidad (alucinatoria), contradicciones lógicas.	La totalidad o la mayor parte del objeto se vuelve incomprensible.	1) parálisis en el juicio de atribución, o preferencia por la versión dada por el personaje que hace de modelo, con una creciente desorientación y la angustia consiguiente, 2) considerar innecesariamente bueno lo perjudicial y viceversa, 3) parálisis en el acto de incorporación o introyección, o en el acto de expulsión o proyección.	1) hiper o hipotrofia del espíritu de contrariedad, del "no" (exceso o empobrecimiento de las críticas y objeciones y de la disyunción en lugar de la conjunción), 2) hiper o hipotrofia de la tendencia a reunir lo incompatible, del "yo" (exceso o empobrecimiento de la búsqueda de asimilar el otro al yo en lugar de la disyunción) y 3) hiper o hipotrofia de la tendencia a ubicar la causa interna fuera, del "porque" (exceso o empobrecimiento de la tendencia al establecimiento de enlaces causales entre el yo y el objeto, con la consecuente evitación).	Perturbación en la crítica de las fallas en el pensar (contradicciones entre afirmaciones o contradicciones entre las afirmaciones y los hechos, o contradicciones entre afirmaciones, o hiper/hipotrofas en el espíritu de contrariedad, en la tendencia a reunir lo incompatible en el yo, o a ubicar la causa interna fuera de sí,).
Factor del error	Hiper o hipotrofia del mecanismo de fuga, falta de categorías para decidir qué es interno y qué externo.	Suponer que el mundo sensorial es un producto de la mente, perturbación en la coordinación con el YRP.	Perturbación en la coordinación con el yo real primitivo y captación de manera incompleta de las características del objeto, ocupar no la posición de sujeto ante un modelo sino la de un ayudante de otro que hace de sujeto, falta de categorías o parámetros para decidir acerca de la semejanza entre las cualidades del mundo estimulante y el yo.	Perturbación en la coordinación con el yo real primitivo y 1) contraposición entre la versión de los hechos derivada de las vivencias propias y la versión de los hechos derivada del influjo ambiental, 2) contradicción innecesaria entre los dos sectores del juicio de atribución, 3) falla en el proceso de decisión y ejecución.	Perturbación en la coordinación con el SYO, el yo placer purificado y el yo real primitivo, con 1) exceso o pobreza del freno, 2) exceso o pobreza del pensamiento proyectivo, práctico, 3) exceso o pobreza del pensar identificatorio, discerniente.	Dictaminar como aceptable o creíble determinado pensamiento cuando no cumple las exigencias para ello, o, a la inversa, o aceptar determinado pensamiento que sí cumple con dichas exigencias, perturbación en la coordinación del trabajo de cada uno de los sectores del yo (real primitivo, placer purificado, real definitivo).

Tabla II: Aspectos formales

1) Contexto espacio-temporal	Sí/No
2) Secuencia de los hechos	Sí/No
3) Claridad en la expresión referida al estado afectivo propio	Sí/No
4) Claridad en la expresión referida al estado afectivo ajeno	Sí/No
5) Especificidad de los interrogantes	Sí/No
6) Claridad de los interrogantes	Sí/No
7) Especificidad de las respuestas	Sí/No
8) Claridad de las respuestas	Sí/No
9) Mantenimiento del hilo del pensamiento al intentar formular el problema	Sí/No
10) Mantenimiento del hilo del pensamiento al intentar pensar sobre los interrogantes y/o el problema	Sí/No

Tabla III: Aspectos de contenido

1) Existencia de presentación de problemas	Sí/No
2) Existencia de interrogantes a partir del problema	Sí/No
3) Existencia de tentativa de respuesta a los interrogantes	Sí/No
4) Concordancia entre hechos y planteo de problemas	Sí/No
5) Concordancia entre presentación de problemas e interrogantes	Sí/No
6) Concordancia entre interrogantes y tentativa de respuesta	Sí/No
7) Apego de las afirmaciones a los hechos	Sí/No
8) Existencia del pensar crítico acerca de los propios pensamientos	Sí/No
9) Existencia de una tentativa de rectificación a partir de la reflexión autocrítica	Sí/No
10) Diferenciación entre lo central y lo secundario en los problemas propios	Sí/No
11) Diferenciación entre lo central y lo secundario en los problemas de otros	Sí/No

Tabla IV: Sensibilidad y procesamiento de los propios deseos y los ajenos

1) Aceptación de la opinión ajena (intrafamilia)	Sí/No
2) Crítica de la opinión ajena (intrafamilia)	Sí/No
3) Aceptación de la opinión ajena (extrafamilia)	Sí/No
4) Crítica de la opinión ajena (extrafamilia)	Sí/No
5) Captación del estado orgánico/afectivo de seres del entorno inmediato	Sí/No
6) Reconocimiento del influjo del estado orgánico/afectivo ajeno sobre el sujeto	Sí/No

7) Reconocimiento del influjo del estado orgánico/afectivo propio sobre el entorno	Sí/No
8) Reconocimiento del influjo de las acciones de otros sobre el sujeto	Sí/No
9) Reconocimiento del influjo de las acciones propias sobre el entorno	Sí/No
10) Captación de los deseos ajenos	Sí/No
11) Consideración de los propios deseos	Sí/No
