

EXPLORACIÓN DE UN MODELO PARA ESTUDIAR EVOLUCIÓN CLÍNICA EN NIÑOS Y PÚBERES

EXPLORATION OF A MODEL TO STUDY CLINICAL EVOLUTION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Jorge A. Goldberg*

Resumen

Se trata de una investigación de caso único, cuyo objetivo es estudiar la evolución clínica en niños. En este trabajo nos preguntamos: ¿existe un modo único de evolución clínica? Describimos una trayectoria, una secuencia que consta de tres momentos, desde la resistencia a un momento de mayor colaboración y crecimiento psíquico. La propuesta surge del estudio de la muestra y requiere ser evaluada en nuevos estudios.

Palabras clave: estudio de caso único, evolución clínica en niños, instrumentos del ADL, trayectoria de tres momentos.

Summary

This is a single case research aimed at studying clinical evolution in children. In this piece of work the following question is posed: is there a unique approach to clinical evolution? In this study we describe a course, a sequence which consists of three moments, from resistance to a moment of greater collaboration and psychological growth. The proposal originates in the study of the sample and requires evaluation in further studies.

Key words: single case study, clinical evolution in children, DLA instruments, three-moment sequence.

Introducción

Este trabajo constituye un fragmento de una investigación sistemática acerca del cambio clínico en niños aplicando el Algoritmo David Liberman (ADL). Es un estudio de caso único, en el que analizamos dos procesos clínicos de pacientes de 11 y 12 años. La muestra la constituyen fragmentos de sesiones desgrabadas y la pauta para evaluar el cambio clínico deriva de nuestro marco teórico psicoanalítico, es decir, de la modificación de la defensa. Nos preguntamos. ¿Cómo se da el cambio clínico en niños? ¿Se

* Psicoanalista, Magíster en Problemas y Patologías del Desvalimiento por UCES. Docente en la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento en UCES, en la Cátedra Abordaje Psicosocial de las Enfermedades Orgánicas, Crónicas y Terminales. Av. Santa Fe 2647 Piso 7° C (C1425BGB), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. E-mail: jorgegoldberg@fibertel.com.ar

trata, como decía Freud, de levantar represiones? ¿Cuenta esta fórmula en la clínica de niños? ¿Existe un modo canónico de cambio clínico, una trayectoria única o existen diversas modalidades?

El estudio sistemático de los dos casos que constituyen nuestra muestra nos conduce a describir una secuencia que aproximadamente siguió la evolución clínica de estos pacientes. La secuencia se inicia con un *momento resistencial*, en que el supuesto es que el analista utiliza a los pacientes para establecer *relaciones de poder* para su exclusivo beneficio (sea que extrae un goce cognitivo, o goce en la humillación, etc.), continúa con otro momento más provechoso clínicamente, en que el paciente siente *mayor confianza en la sinceridad de las intenciones del analista*. Llegado a este punto, tiene lugar el tercer momento, en el que la sesión pasa a ser un lugar en que: a) se despliegan genuinas experiencias de *aprendizaje emocional (la gratitud por ejemplo)* y b) se realizan *experiencias preparatorias para el intercambio social con pares*.

Cabe agregar dos consideraciones:

1. El pasaje de un momento a otro es solo una posibilidad (no un hecho intrínseco a la terapia, naturalmente esperable). Es un desafío terapéutico y depende, en buena medida, de la eficacia clínica del analista.
2. Liberman (1972) al referirse a los criterios de analizabilidad, define qué entiende por paciente colaborador. Quien colabora en su análisis, rectifica los errores de su analista desde su inconsciente, espontáneamente. Coherentemente, al captar la superación de dificultades, aumentan la confianza en el analista y el interés por la terapia. Asimismo, en caso que el analista se mantenga duraderamente descaminado, abandonan el tratamiento en un acto de salud. Según esta definición de analizabilidad, el criterio que proponemos para evaluar el cambio clínico podría ser recorrido por pacientes capaces de establecer estas importantes discriminaciones (ej.: en caso de hallar en los hechos del tratamiento, buenos argumentos para autorefutarse respecto de un sentimiento de desconfianza predominante en el inicio de la terapia, comunicar -de modo espontáneo- al analista, confirmaciones acerca del buen rumbo), es decir que abarcaría a pacientes de gravedad clínica relativa.

Breve presentación del sistema categorial del ADL

El ADL (Maldavsky, 2004) ha sido diseñado para estudiar el discurso desde la perspectiva psicoanalítica freudiana. Procura detectar las erogeneidades y las defensas en tres niveles del lenguaje: palabra, frase y relato.

Las erogeneidades que puede detectar son siete: libido intrasomática, oral primaria, oral secundaria, anal primaria, anal secundaria, fálico uretral y fálico genital. Respecto de las defensas, distingue entre las centrales: 1) desestimación de la realidad y de la instancia paterna, 2) desestimación del afecto, 3) sublimación, 4) desmentida,

5) represión, 6) sublimación, 7) creatividad. A este grupo se agregan otras defensas, complementarias: identificación, proyección, anulación, aislamiento, etc.

En este sistema categorial existen prioridades. Las defensas son destinos de pulsión y por lo tanto tienen una importancia secundaria. Sin embargo, en el quehacer en la investigación diferencial es de gran importancia, ya que la erogeneidad se expresa en el discurso por mediación de una defensa, que expresa el destino específico de esa pulsión.

Asimismo, la operacionalización de la pulsión y la defensa implica investigar el pre-consciente como término intermediario entre aquellas y las manifestaciones del paciente. El pre-consciente se constituye a partir de un procesamiento de las pulsiones y los actos psíquicos inconscientes, por un lado, y el influjo de la cultura, por el otro. De lo que esta aporte cada yo elige el grupo de representaciones que le resulte más afín a sus procesos endopsíquicos.

Para realizar este pasaje desde las postulaciones teóricas hasta las referidas al pre-consciente como expresión de una pulsión sexual, tomamos en cuenta: 1) la especificidad de cada goce y los correspondientes estados afectivos, 2) la especificidad de los desempeños motrices (como procesamiento de las pulsiones de vida y como neutralización de la pulsión de muerte), 3) la especificidad de la formalización de la materia sensorial, 4) especificidad de las huellas mnémicas y los pensamientos inconscientes.

Dada la peculiar importancia de los desempeños motrices (neutralizar la pulsión de muerte a través de algún tipo de actividad sádica) detallaremos su especificidad a través del siguiente cuadro:

Cuadro I. Motricidades según cada erogeneidad

	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
Motricidad	Tendiente a la alteración interna	Tendiente a la extracción de una esencia o líquido	Tendiente a la expresión de las emociones	Tendiente a la venganza sobre otro	Tendiente a aferrar y dominar un objeto	Tendiente a penetrar	Ondulatoria, tendiente a la totalización estética

Fuente: Maldavsky (2007)

Utilidad de los instrumentos: El ADL se interesa por estudiar: 1) las escenas tanto relatadas por el paciente cuanto desplegadas en la sesión ante el analista y 2) las posiciones del hablante en dichas escenas. El estudio de las escenas decanta las erogeneidades y el de las posiciones establece las defensas. Con este método, además del

discurso del paciente, podemos estudiar el del terapeuta para detectar la contribución de su subjetividad en sus intervenciones, la pertinencia de las mismas e indagar sus árboles de decisiones clínicas.

Cuadro II

Tipo de análisis de la erogeneidad	Instrumento
Relaciones extratransferenciales (pasado, momento actual, sueños)	Grilla del relato
Relaciones transferenciales	Grilla de las frases
Valoración crítica de los resultados de los análisis de los relatos y de las frases	Programa computacional

Dado que para estudiar el cambio clínico, nos vamos a centrar en el vínculo analítico, expondremos con más detalle el estudio que el ADL hace de I) las frases y II) las defensas, con el objeto de hacer a ambas utilizables en las investigaciones psicoanalíticas y III) las intervenciones del analista.

I) La estructura frase como expresión de la erogeneidad: a diferencia de los relatos, el estudio de las frases desde un punto de vista psicoanalítico no tiene una tradición importante. Es notable que, pese a la importancia que las diversas corrientes psicoanalíticas otorgan al estudio del vínculo o la escena transferencial, sean tan escasos los intentos de abordar sistemáticamente las escenas desplegadas en sesión.

Maldavsky (2004) propone categorizar las frases en términos de una semántica (la significatividad erógena) de la enunciación. Nos interesa una frase en tanto acto que expresa la subjetividad de quien la profiere. La dramatización, la interrupción intrusiva, la reflexión, la expresión de emociones, la acusación o el reproche son actos de enunciación que corresponden a distintos lenguajes del erotismo. Este abordaje nos convoca a interrogarnos ante el discurso del paciente: ¿qué escena concreta se despliega? En esta cuestión el contenido del discurso no es un elemento decisivo. Por ejemplo puede ocurrir que el paciente narre una escena de venganza (inherente al lenguaje anal primario) y que al mismo tiempo se despliegue en sesión una escena de la gama del lamento. En esta última escena el terapeuta queda involucrado. El análisis de las frases hace posible refinar el estudio de la transferencia y contratransferencia en sesión.

Este nivel de análisis es la mejor alternativa para investigar los procesos psicoanalíticos con niños y adolescentes de hasta 15 años, sobre todo si el paciente tiende a desplegar una actividad lúdica en la que se incluye la participación del analista. En estos casos, el lenguaje del paciente contiene sobre todo frases como actos de enunciación, en lugar de relatos de escenas ocurridas fuera de sesión. De ese modo, las escenas

analizadas son las desplegadas en la sesión misma. Cabe agregar que dentro del valor semántico incluimos tres aspectos de los componentes paraverbales de un discurso: el tono afectivo, ritmo y manifestaciones sonoras del cuerpo. El primero se constituye en el más “psíquico”, los otros dos poseen un rango más “orgánico” de expresión de la erogeneidad. Fuente: Maldavsky (2004).

II) La defensa: las características principales del abordaje de las defensas del ADL (y que la distinguen de otros métodos) son: 1) que el ADL conecta a cada defensa con una fijación pulsional, 2) que incluye en su inventario, mecanismos inherentes a la psicosis y afecciones psicósomáticas o adicciones, 3) que distingue entre defensas centrales y complementarias, 4) que considera el estado de la defensa: la defensa puede ser exitosa (cuando logra rechazar algo, un deseo, un fragmento de realidad y logra mantener un equilibrio narcisista), fracasada (cuando retorna lo rechazado y aparece un sentimiento de inferioridad) o mixta (cuando el rechazo de algo se mantiene pero no el equilibrio narcisista), 5) que al establecer los resultados describe relaciones entre defensas correspondientes a diversas corrientes psíquicas (prevalencias, subordinación, etc.).

Cuadro III. Defensas y estructuras clínicas

Represión	Neurosis de transferencia
Represión +desmentida secundaria e identificación con un objeto decepcionante	Patologías neuróticas del carácter
Desmentida	Patologías narcisistas del carácter
Desestimación de la realidad y la instancia paterna	Psicosis
Desestimación del afecto	Psicósomática, adicciones

Fuente: Maldavsky (2007)

La principal diferencia entre las defensas centrales consiste en que algunas se oponen al deseo (represión, creatividad/sublimación) y otras a la realidad y la instancia paterna (desmentida, desestimación, creatividad/ sublimación). Como se advierte, creatividad y sublimación pueden oponerse o bien al deseo (como en el chiste) o bien a la realidad (como en el humor).

Creatividad y sublimación se oponen a percepciones y juicios, pero apelando a recursos que al mismo tiempo implican un reconocimiento de la realidad y sobre todo, de la ley. A estas defensas normales (creatividad y sublimación) se puede agregar otra, de tipo adaptativo, que Maldavsky (2007, ob. cit.) denomina “acorde a fines”. El lugar de esta defensa se advierte con mayor claridad en las etapas avanzadas de los tratamientos. Su descripción resulta una herramienta útil a la hora de estudiar cambio clínico.

Cuadro IV: Similitudes y diferencias entre defensas no patógenas

	Armonía con el contexto	Respeto de normas	Desafío reglado de normas	Desafío reglado de normas y exigencias de trabajo sobre la producción precedente
Acorde a fines	X	x	-	-
Creatividad	X	x	x	-
Sublimación	x	x	x	x

Cuadro V: Similitudes y diferencias entre desmentida, desestimación, acorde a fines, creatividad y sublimación

Defensa	Se opone a	Procedimiento	Recurso	Estructura clínica
Desmentida	Percepción y/o afectos, juicios objetivos, juicios críticos contra el yo	Refutación del juicio objetivo y/o crítico	Extraído de la realidad objetiva	Rasgos patológicos narcisistas del carácter(depresivos, esquizoides, paranoides, sobreadaptados)
Desestimación	Percepción y/o afectos, juicios objetivos, juicios críticos contra el yo	Abolición del yo que formula el juicio objetivo y/o crítico o del yo sujeto del afecto	Producido en el yo mismo como sustituto de la realidad abolida(p. ej. la alucinación)	Psicosis y perturbaciones tóxicas y traumáticas
Acorde a fines	Percepción y/o afectos, juicios objetivos, juicios críticos contra el yo	Transacción funcional entre la pulsión(desexualizada), la realidad y el superyó	Actividad laboral o estudiantil	
Creatividad	Percepción y/o afectos, juicios objetivos, juicios críticos contra el yo	Regresión formal del Prec. al funcionamiento inc.(con aval del superyó)	Humor, artes culinarias	
Sublimación	Percepción y/o afectos, juicios objetivos, juicios críticos contra el yo	Cambio de meta y elevación del ideal	Obra con valor cultural	

Fuente: Maldavsky 2007

Cuadro VI: similitudes y diferencias entre represión, acorde a fines, creatividad y sublimación

Defensa	Se opone a	Procedimiento	Recurso	Estructura clínica
Represión	Deseos	Desinversión Prec. (no da cabida a contenidos Inc) y con inversión Prec.	Formación sustitutiva	Neurosis de transferencia
Acorde a fines	Deseos	Transacción funcional entre la pulsión (desexualizada), la realidad y el superyo	Actividad laboral o estudiantil	
Creatividad	Deseos	Regresión formal del Prec. al funcionamiento Inc (con aval del superyo)	Chiste	
Sublimación	Deseos	Cambio de meta y elevación del ideal	Obra con valor cultural	

Fuente: Maldavsky 2007

IIIa) Intervenciones del terapeuta: El ADL describe una secuencia de pasos prototípicos en las intervenciones de los psicoanalistas. Es la siguiente: después de un grupo de intervenciones introductorias (contacto, pedido de información), el terapeuta hace una primera intervención central, habitualmente correspondiente a O2 (referencia a estados afectivos del paciente). Cuando ulteriormente el paciente responde usando el mismo lenguaje, el analista cambia (referencias a vínculos, conexiones entre escenas, etc). La secuencia altera su orden si el paciente inicia con LI y desestimación exitosa del afecto. En ese caso la primera intervención pertinente no es O2 sino LI (referencias al acelerar del paciente, p. ej.) y, cuando el paciente describe tal estado, el terapeuta puede cambiar a O2 (interferencia sobre los afectos desestimados). En cualquier caso, el objetivo de la primera intervención central es lograr la sintonía y el de la segunda, exponer las primeras inferencias.

Cuadro VII: Intervenciones prototípicas

Intervenciones introductorias	Intervenciones centrales
A2 (pedido de información)	O2 (referencias a los afectos del paciente)
FU (contacto, acompañamiento)	A2 (vínculos causales, generalizaciones)
	LI (referencia a los estados orgánicos del paciente)
	O2 (referencias a los afectos del paciente)

Fuente: Maldavsky 2007

IIIb) La alianza terapéutica: es el vínculo en que paciente y terapeuta tienen funciones específicas y pueden contribuir positiva o negativamente a la tarea. Liberman (1970) sistematizó la actitud colaboradora del paciente durante la sesión considerando cómo responde a las intervenciones pertinentes y a las no pertinentes.

Cuadro VIII: Alianza terapéutica

Terapeuta	Paciente	
Intervención clínica	Actitud colaboradora	Actitud obstructiva
Pertinente	Ratificación inadvertida	Rectificación inadvertida
No pertinente	Rectificación inadvertida	Ratificación inadvertida

Fuente: Maldavsky 2007

La muestra

Breves referencias del paciente: Teodoro, de 11 años al momento de la sesión, estaba en análisis desde los ocho. En cuanto al motivo de consulta, lo “traen” los padres desde otra de sus hijas, Marcia, hermana mayor del paciente. Marcia había padecido, hacia sus 11 años, un suceso de abuso sexual perpetrado por un hombre que ingresó al hogar a hacer reparaciones de artefactos eléctricos. Ese hecho permaneció silenciado hasta que muchos años más tarde, gracias a su terapia, la joven pudo dimensionar su significación y anotar a sus padres. Lo que a Marcia más le preocupaba es que su hermano en el marco de una familia con padres sobreocupados y hermanos mucho mayores, padezca en soledad el ingreso a la pubertad. La tendencia al sobrepeso de Teodoro no constituía para ninguno de sus familiares un motivo de consulta.

En el vínculo analítico, entre las resistencias más significativas que hubo que atravesar, se hallaba la de creerse objeto del deseo cognitivo del analista, lo cual provocaba reacciones como la de tratar de sumirlo en la confusión al terapeuta (en lugar de usar la sesión para expresar sus problemas). En la medida que esta desconfianza del paciente se fue despejando, se facilitó el hacer consciente estados y sensaciones corporales (como las de mareo y caída) que permanecían desinvertidos. Luego de esa fase del trabajo, se inició otra que incluía el cuerpo en movimiento (frecuentemente a través de juegos con pelotas), con una naciente seguridad y placer. Asimismo se hizo evidente su dificultad para desplegar juegos competitivos (tendencia a interrumpir las partidas cuando se encontraba en situación adversa). En la época de las sesiones que analizamos, lo novedoso era que comenzaba, más allá de cual fuera su suerte, a desplegar partidas hasta su conclusión con un ganador. El primer fragmento que presentamos para el análisis, presenta condensadas varias de estas problemáticas.

Primer fragmento clínico

El juego al que están jugando en el primer fragmento es el de las Damas. Se trata de un juego al que desde unas pocas sesiones atrás Teodoro había seleccionado para desarrollar partidas de principio a fin. Un detalle de importancia es que el paciente –en una sesión previa a esta que analizamos- a la hora de comenzar a jugar manifestó conocer el juego, aunque a poco de comenzar los partidos el terapeuta tuvo la clara sensación de que Teodoro desconocía reglas básicas, o cometía errores atribuibles a un jugador principiante. Es decir que la sesión tiene como marco una paradoja lógica infligida por Teodoro, y de la cual el analista comienza a rescatarse durante el presente fragmento de sesión. Recordemos que la paradoja lógica resulta de una afirmación (p. ej., “yo sé jugar al ajedrez”) que se contrapone a los hechos observables por el destinatario de la afirmación (en este caso, era ostensible que quien dijo saber jugar desconocía los fundamentos del juego).

P: No voy a caer en la trampa.

P: [En su turno, profiere una frase, el tono es languideciente, no se entiende].

A: Me la tenés que comer, si no, te la soplo. Mirá [el terapeuta toma el reglamento]. De acuerdo con el reglamento, podemos hacer un reglamento aparte, pero el reglamento dice así: “si un jugador está en condiciones de comer y no lo hace, el rival le soplará la ficha que estaba en esa posición retirándola del tablero, o lo obligará a comer pudiendo también renunciar a ambos derechos”.

Ajá, ahí dice una cosa que yo no sabía. Dice que yo puedo... eeeeh estaba ahí la ficha ¿no? Que yo puedo soplarle la ficha si vos no comés esta, obligarte a comerla o renunciar a ambas cosas. Bueno, ¿cómo querés jugar?

P: Me la comía [tono aniñado].

A: Bueno.

Luego de un rato de juego.

P: No puedo hacer nada [tono de queja].

A: ¿Por qué no? Ah, porque te la como acá.

P: Todos los movimientos que hago me podes comer.

A: ¡Dama! [El analista mueve una ficha y concreta una dama]

Te toca a vos.

[Mueve el paciente, luego en su turno, el analista].

A: A vos.

P: Esta se queda ahí [pensaba mover una ficha, pero cayó en la cuenta de que no era buena decisión. Desde hace un rato está desconcertado e impotente en el juego].

A: ¿Jugamos con consejos, el adversario puede dar consejos? ¿O cada uno juega solo?

P: ¿Y por qué consejos?

A: No, por si querés.

P: Está bien.

Análisis paradigmático, sintagmático, paraverbal y de los actos motrices del paciente

Análisis paradigmático del paciente

FU: Frase de desconfianza (no voy a caer en la trampa); afirmación sobre localización espacial (esta se queda ahí); frase de desorientación (no podía hacer nada).

FG: exageración (no puedo hacer nada/todos los movimientos que hago, me podés comer); dramatización (me la comía [con voz infantil]).

O2: queja (no puedo hacer nada/todos los movimientos que hago, me podés comer); referencia a estado afectivo (está bien).

A2: pregunta por qué (¿Y por qué consejos?); rectificación de opinión ajena (está bien).

A1: jactancia

Análisis sintagmático del paciente

Tabla 1. Caso Teodoro. Análisis sintagmático del paciente, fragmento I

Frase	Deseo	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominante	Defensa
No voy a caer en la trampa			x		X		X		O1	Desmentida exitosa
[Profiere una frase, el tono es languideciente, no se entiende]	No se puede calificar									
Me la comía [tono añinado]						x				Acorde a fines
No podía hacer nada [tono de queja]							X	x		Represión exitosa
Todos los movimientos que hago, me podés comer								x		Represión exitosa
Esta se queda ahí						x	x			Acorde a fines
¿Y por qué consejos?						x				Acorde a fines
Esta bien				x		x				Acorde a fines

Nivel paraverbal en el paciente

Tabla 2. Caso Teodoro. Análisis paraverbal, fragmento I

Manifestación	Erogeneidad	Defensa	Estado
[Profiere una frase, el tono es languideciente, no se entiende]	O1	Desestimación	Fracasada
Me la comía [con tono añinado]	FG	Represión	Exitosa
No podía hacer nada [tono de queja]	O2	Desmentida	Exitosa

Análisis de las motricidades

Tabla 3. Caso Teodoro. Análisis de las motricidades, fragmento I

Acto motriz	Erogeneidad	Defensa	Estado	Función
Mueve una ficha	A2 (tendiente a aferrar y dominar un objeto)	Acorde a fines	Exitosa	Complementaria

Análisis de las motricidades, los actos del habla y las intervenciones del terapeuta

Motricidades del terapeuta

Tabla 4. Caso Teodoro. Motricidades del analista, fragmento I

Acto motriz	Erotismo	Función
El terapeuta toma el reglamento	A2	Central
Mueve una ficha y concreta una dama	A2	Complementaria
En su turno, mueve una ficha	A2	Complementaria

Análisis paradigmático de las frases del terapeuta

FG: convocatoria al interlocutor (mirá), pregunta: cómo (¿jugamos con consejos?) énfasis (¡dama!).

A2: imperativo condicional (me la tenés que comer si no te la sople), contrato (de acuerdo con el reglamento...), objeción (pero el reglamento dice así), aclaración (¿el adversario puede dar consejos?/ ahí dice una cosa que yo no sabía), presentación de alternativas (si un jugador [...] o lo obligará [...] pudiendo también renunciar a ambas), confirmación de opinión ajena (bueno), pregunta por qué (¿por qué no?), enlace causal (ah, porque te la como acá).

FU: afirmación sobre localización espacial (ahí dice una cosa que yo no sabía), acompañamiento del discurso ajeno (ajá), autointerrupción (Dice que yo puedo...), muletilla (eueeh), pregunta por localización espacial (¿estaba ahí la ficha?).

Estudio de las intervenciones del analista

Tabla 5. Caso Teodoro. Intervenciones del terapeuta, fragmento I

A2	Imperativo condicional, contrato, objeción, aclaración, presentación de alternativas, confirmación de opinión ajena, pregunta por que, enlace causal	Introductorio
FG	convocatoria al interlocutor, énfasis, pregunta: cómo	Central
FU	acompañamiento del discurso ajeno, muletilla, pregunta por localización espacial	Introductorio

Análisis sintagmático de conjunto

Esta sesión pertenece a un período del análisis en que el paciente estaba explorando el despliegue de juegos competitivos desde su inicio hasta su conclusión. Asimismo los hechos que ocurren en esta sesión están condicionados por algo que ocurrió en otra (en la que el paciente informó que conocía el juego de Damas aunque en los hechos del juego evidenciaba desconocer reglas y procedimientos básicos del mismo).

El paciente comienza con una frase (“no voy a caer en la trampa”) con la que advierte (FU) al analista respecto de las intenciones que cree que este tiene (la de provocarle humillaciones). Es posible que la frase incluya un componente A1 -la jactancia. En todo caso jactancia y advertencia contribuyen a alimentar la información falsa que Teodoro brinda acerca de su experiencia en el juego (se presenta como un jugador capaz de anticipar las movidas del adversario). De modo que jactancia (A1) y advertencia (FU) apuntalan a O1 + desmentida exitosa (entrampar al otro en una mentira acerca de su capacitación respecto al juego de damas), que es lo central. Un instante después, el tono languideciente resulta de tener que responder en su turno con alguna acción concreta y hallarse paralizado por falta de conocimiento de juego. Constituye un efecto de la mutación de la desmentida de exitosa a fracasada.

El terapeuta en su primera intervención convoca la atención del paciente (“mirá” -FG-), apela a la lectura del reglamento (A2) y culmina utilizando el mismo repertorio: FG: pregunta por el cómo jugar (“Bueno, cómo querés jugar”) y A2: presenta alternativas, en ese caso, dentro del reglamento. Teodoro opta porque la partida siga las pautas reglamentarias (contrato A2) aunque lo expresa a través de una dramatización en que usa un tono añorado (FG).

El paciente opta por jugar acorde al reglamento, pero un rato después al verse desorientado profiere una frase (no puedo hacer nada) que incluye algo de la desorientación (FU + represión fracasada) y la exageración (FG + represión exitosa), dicha con tono de queja (O2 y desmentida fracasada). Luego exagera (“todos los movimientos que hago, me podés comer”) lo que implica FG + represión exitosa. Con esta combinación, de queja (O2) más exageración (FG), creemos que intenta manipular afectivamente al terapeuta. Sin embargo el analista vuelve a recurrir a la pregunta acerca de cómo jugar (FG) a la vez que presenta alternativas -A2- (jugar con consejos o cada uno juega solo). La propuesta FG-A2 es similar a la primera de sus intervenciones aunque en este caso la propuesta contiene alternativas (como la de jugar con consejos) que exceden a las opciones reglamentarias. Constituye una respuesta a la secuencia de tono lánguido+ desorientación y dudas + combinación de tono quejoso y exageración, con que el paciente trataba de entramparlo (que al sentir confusión cognitiva, pena y lástima, responda jugando a menos; facilitando de ese modo que el paciente rearme su desmentida patógena). La propuesta le permite al terapeuta eludir estas alternativas entrampantes. Por eso creemos que constituye su intervención central. El paciente

pregunta el porque de la propuesta (A2 funcional) y el terapeuta enfatiza en que la evalúe en función de su deseo (FG) (“por si querés”), a lo que el paciente responde aludiendo a un estado afectivo (“está bien” O2 y defensa funcional), que en los hechos es una respuesta negativa a la oferta del analista.

Segundo fragmento

Notas aclaratorias: en el período en que transcurre esta sesión, un juego de cartas, el Truco, ocupaba un espacio importante en las sesiones. El vínculo con este juego y con el terapeuta se planteó de un modo muy diverso que el del juego de Damas. Por un lado, el Truco era el juego que elegían sus compañeros de colegio para entretenerse en recreos y Teodoro deseaba aprender a jugar mejor para incluirse con éxito en el grupo de pares. De hecho, el jugarlo en sesión tenía como una de sus funciones el desarrollar conocimiento y habilidades para aplicarlas en el juego con pares. De lo dicho se desprende otro elemento importante. Respecto de este juego, Teodoro se mostró como lo que era: un principiante. A su vez, su aprendizaje resultaba una práctica abierta (al terminar cada “mano”, consultaba las cartas del terapeuta y le preguntaba el porque de sus decisiones de juego. Es interesante contrastar esta conducta con la que asumió respecto de ocultar su desconocimiento del juego de damas.

Segundo fragmento clínico

A: Me toca a mí [la referencia es al turno en el partido de truco].

P: Sí.

A: Juego. Un tres en la primera. Primera que pasa.

¡Truco!

P: No quiero.

[Culmina la jugada, el terapeuta suma solo un punto].

A: ¡Eeeeh! [La exclamación dramatiza una “protesta”].

[El paciente en un gesto característico, da vuelta mis cartas para detectar la lógica del juego].

A: Aquí este señor se encuentra con mucho, mucho, mucha carta de mi parte. Dos tres y un ancho de basto.

[El paciente acompaña mi comentario y su descubrimiento con risa].

P: ¿Por qué no cantaste e... enviado?

A: Y porque pensé, primero, que no tenía mucho y segundo, queee, al decirte veinticuatro en la segunda mano, vos ibas a adivinar qué carta me quedaba.

P: [Acompaña la justificación del terapeuta con una sonrisa] Sí. Igual, no iba a resistir la segunda mano [sonriendo].

Análisis paradigmático, sintagmático, paraverbal y de los actos motrices del paciente

Análisis paradigmático del paciente

A2: confirmación de opinión ajena (sí), pregunta por qué (¿por qué no cantaste e... enviado?), información de hechos concretos (no quiero- Igual, no iba a resistir la segunda mano).

FU: autointerrupción (¿por qué no cantaste e... enviado?).

Análisis sintagmático del paciente

Tabla 6 Caso Teodoro. Análisis sintagmático del paciente, fragmento II

Frase	Erogeneidad	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominante	Defensa
Sí						X			A2	Funcional
No quiero						X			A2	Funcional
[El paciente en un gesto característico, da vuelta mis cartas para detectar la lógica del juego]										
[El paciente acompaña mi comentario y su descubrimiento con risa]										
¿Por qué no cantaste e... enviado?						X	x		A2	Funcional
[Acompaña la justificación del terapeuta con una sonrisa] sí. Igual no iba a resistir la segunda mano [sonriendo]						X			A2	Acorde a fines

Análisis paraverbal del paciente

Tabla 7. Caso Teodoro. Estudio paraverbal del paciente, fragmento II

Manifestación	Erogeneidad	Defensa	Estado
[El paciente acompaña mi comentario y su descubrimiento con risa]	O2	Creatividad	Exitosa
[Acompaña la justificación del terapeuta con una sonrisa]	FG	Creatividad	Exitosa
Igual no iba a resistir la segunda mano [sonriendo]	FG	Creatividad	Exitosa

Análisis de las motricidades del paciente

Tabla 8. Caso Teodoro. Estudio actos motrices del paciente, fragmento II

Acto motriz	Erogeneidad	Defensa	Estado	Función
[El paciente en un gesto característico, da vuelta mis cartas para detectar la lógica del juego]	A2 - (tendiente a aferrar y dominar un objeto)	Acorde a fines	Exitosa	Central

Análisis de los actos del habla y las intervenciones del terapeuta

Análisis paradigmático de las frases del terapeuta

A2: información de hechos concretos (me toca a mí), descripción de una situación concreta (Un tres en la primera/ Primera que pasa /aquí este señor se encuentra con mucho, mucho, mucha carta de mi parte. Dos tres y un ancho de basto), rectificación sintáctica (...mucho, mucho, mucha carta...), justificaciones de actos (y porque pensé, primero, que no tenía mucho y segundo, queee al decirte veinticuatro en la segunda mano, vos ibas a adivinar qué carta me quedaba), enumeración (...pensé: primero... segundo).

FU: localizador espacial (aquí...)

FG: énfasis (¡Truco! ¡eeeeeh!), redundancia sintáctica (...queee), dramatización (¡eeeeeh!).

Estudio de las intervenciones del analista

Tabla 9. Caso Teodoro. Estudio de las intervenciones del analista, fragmento II

Nivel paraverbal	Nivel frase	Deseo	Defensa	Función
	Me toca a mí	A2	Acorde a fines	Introductoria
	Juego. Un tres en la primera. Primera que pasa ¡Truco!	A2-FG	Acorde a fines	Introductoria
¡eeeeeh!		FG	Acorde a fines	Introductoria
	Aquí este señor se encuentra con mucho, mucho, mucha carta de mi parte. Dos tres y un ancho de basto	FU-A2-FG	Acorde a fines	Introductoria
	Y porque pensé, primero, que no tenía mucho y segundo, queee, al decirte veinticuatro en la segunda mano, vos ibas a adivinar qué carta me quedaba	A2	Acorde a fines	Central

Análisis sintagmático de conjunto

Al inicio transcurre la partida, el terapeuta informa el turno de juego (A2, información de un hecho concreto), el paciente asiente (A2 confirmación de opinión ajena). Mientras el terapeuta tira las cartas describe el hecho concreto y a continuación, ateniéndose a las reglas del juego, levanta la apuesta cuando enfáticamente dice “¡truco!”. Teodoro responde negativamente siguiendo una de las dos opciones que le ofrece el reglamento (A2) y el analista dramatiza una protesta enfática (FG) (¡eeeeeh!) por esa decisión del paciente. Lo más importante en este fragmento ocurre una vez terminada la “mano”. Se trata de una escena de aprender en un clima de espontaneidad. Comienza cuando el paciente recurre a su motricidad manual para dar vuelta las cartas del analista con el objeto de aprehender, de dominar la técnica del juego del truco. El terapeuta acompaña con un discurso A2 (descripción de situación concreta, rectificación sintáctica) el acto motriz de Teodoro, en quien brota una risa (paraverbal, O2) cuya causa sea tal vez, un sentimiento de felicidad, despertado por la vivencia que denominamos aprender en un clima de espontaneidad. Enseguida da un paso más: formula la pregunta acerca del por qué (A2) siguió determinada orientación de juego. El analista responde explicitando, enumerando dos justificaciones (A2) respecto a su proceder. Esa es, creemos, su intervención clínica central. El analizando acompaña la argumentación con una sonrisa (paraverbal FG) y luego al analista con una información acerca de las propias cartas (que aquel no había pedido) acaso en un intento de justificar sus

actos (A2). Culmina con una nueva sonrisa (paraverbal FG) con lo que aporta al clima risueño en que transcurre la escena.

Respecto de las intervenciones clínicas encontramos algunas introductorias (las que ocurren en el momento inicial del fragmento, mientras se desarrolla la “mano” y otra más con que acompaña el acto motriz de Teodoro, al dar vuelta las cartas). A nuestro juicio la intervención con la que explicita su proceder es central y la vez, resulta funcional (a posteriori de ella el paciente despliega un sentimiento de retribuir al analista).

Tercer fragmento clínico

P: [Continuando el juego] ¡Truco! Digo: ¡Envido!

T: Mm. No quiero la primera.

P: ¿Envido no?

T: No.

P: Truco.

T: ¡Qué apurado que estás!

P: [Risita traviesa].

T: No sé por qué tanto. Quiero.

P: No tenías que querer.

[Se tiran las cartas, el analista resulta vencedor].

T: [Tono risueño] lo que buscabas era otra cosa...

P: Sí. Bueno, ya fue.

T: ¿En serio? Oooh [sonido de lamento en este caso utilizado para dramatizar un personaje burlón].

P: La cosa era que... digas no quiero, porque [se acelera, dos o tres palabras no se entienden]... La forma que lo decías... Pero no. La forma que lo decías... Pero ¡no! Me salió mal...

T: [Acompaña con risas] No te salió, pero bueno, fue un intento.

P: Sí. Aprendiendo a mentir.

Análisis paradigmático, sintagmático y paraverbal del paciente

Análisis paradigmático del paciente

LI: catarsis [se acelera, dos o tres palabras no se entienden].

O2: reproche (no tenías que querer) lamento (Bueno, ya fue).

A1: admisión de la derrota (no tenías que querer).

A2: contrato (¡Truco! Digo: ¡envido!/truco), rectificación sintáctica (Truco... ¡Digo: Envido!), pedido de confirmación de opinión ajena (¿envido no?), confirmación de opinión ajena (sí), objeción (pero no/Pero ¡No!), inferencia concreta (Me salió mal/ Aprendiendo a mentir),

FU: deseo aventurero (¡Truco! ¡Envido!).

FG: énfasis (¡Digo: envido!).

FU: autointerrupción [(truco.../la cosa era que... digas no quiero porque [dos o tres palabras no se entienden]... la forma que lo decías... pero no, la forma que lo decías.../Me salió mal...).

Análisis de las manifestaciones paraverbales del paciente

Tabla 10. Caso Teodoro. Estudio paraverbal del paciente

Manifestación	Deseo	Defensa	Estado
risita traviesa	A1-O2	desmentida	Exitosa
Se acelera, dos o tres palabras no se entienden]	LI	desestimación	Exitosa

Análisis sintagmático del paciente

Tabla 11. Caso Teodoro. Estudio sintagmático del paciente, fragmento III

Frase	Deseo	Li	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominante	Defensa
¡Truco! ¡Digo: envido!						x	x	x	A2	Represión exitosa
¿Envido no?						x			A2	Acorde a fines
Truco					x	x	x		A1	Acorde a fines
No tenías que querer				x	x				O2 -A1	Desmentida fracasada
Sí						x			A2	Acorde a fines
Bueno, ya fue				x					O2	Acorde a fines
La cosa era que... digas no quiero, porque [Se acelera, dos o tres palabras no se entienden]... La forma en que lo decías... Pero no. La forma en que lo decías... Pero ¡No! Me salió mal		x				x	x	x	A2	Acorde a fines
Aprendiendo a mentir						x			A2	Acorde a fines

Análisis de los actos del habla y las intervenciones del terapeuta

Análisis paradigmático del terapeuta

A2: contrato (No quiero la primera /Quiero), confirmación (no), duda (no sé por qué tanto), objeción (no te salió, pero bueno...).

O2: consuelo (...fue un intento), referencia a estados afectivos (Qué apurado que estás).

FU: autointerrupción (lo que buscabas era otra cosa...).

FG: Énfasis (¡Qué apurado que estás!)

Análisis de las manifestaciones paraverbales del terapeuta
 A2: tono dubitativo (mm)

FG- A1: dramatiza tono burlón

FG: tono risueño

Análisis sintagmático del terapeuta

Tabla 12. Caso Teodoro. Estudio sintagmático del analista, fragmento III

Nivel paraverbal	Nivel verbal	Deseo	Defensa	Función
Mm	No quiero la primera	A2	Acorde a fines	Introductoria
	No	A2	Acorde a fines	Introductoria
	¡Qué apurado que estás!	O2	Acorde a fines	Central
	No sé por qué tanto. Quiero	A2	Acorde a fines	Central
[tono risueño]	Lo que buscabas era otra cosa...	FG	Acorde a fines	Complementaria
[dramatiza tono burlón]	¿En serio? Oooh	A1	Acorde a fines	Complementaria
[acompaña con risas]	No te salió, pero bueno, fue un intento	O2	Acorde a fines	Central

Análisis sintagmático de conjunto

El fragmento se inicia con el paciente intentando -en uso de una legítima opción de juego (A2)- “apurar” al terapeuta al cantar “truco”. Apurar significa en este caso, lo siguiente: despertarle una falsa sensación, la de que disponía de cartas poderosas y que, consiguientemente, al analista le convenía irse literalmente al mazo. En rigor creemos que junto al deseo A2 se pone en juego otro FU por el cual Teodoro despliega una postura aventurera, excesivamente ambiciosa (la de sumar puntos pese a contar con poco respaldo en sus cartas para lograr tal propósito) La plasmación de esta posición incluye una rectificación intercalada, también A2 (¡Truco! ¡Digo: Envído!). Conjeturamos que en este momento de la sesión subyace en Teodoro un deseo O2 (no detectable aún a nivel de las frases) cuya meta es el reconocimiento y aprobación afectiva. En ese caso podría atribuirse a un estado de impaciencia -O2- aquello que lo condujo a que confunda el cantar el truco antes que el envío.

El analista duda un instante y luego decide no aceptar la primera de las propuestas (el envío). Teodoro pide confirmar la opinión ajena (A2) y luego retoma su estrategia A2 FU (“truco”). El analista a partir de captar su contratransferencia, le describe al paciente el estado anímico de un modo enfático (¡Qué apurado que estás! -O2, FG). Teodoro responde con una risa traviesa (paraverbal O2) que -creemos- expresa una alegría que da por sentado que va a salirse con la suya, y lograr el reconocimiento y la aprobación afectiva del analista (por ejemplo la que podría destilarse en la frase: que bien que estás jugando). La risa en los hechos resulta contraproducente ya que provoca un nuevo estado de duda (A2) en el terapeuta. En esta ocasión, la duda se expresa como frase acerca de la causa del apuro en el paciente. Finalmente informa su decisión (“quiero”-A2) que contiene un descrédito a la estratagema del chico. Este tiene un brusco cambio, de la risa (O2 y desmentida) al reproche y la admisión prematura de la derrota (O2-A1 y desmentida fracasada). Luego de que se arrojan las cartas el paciente, efectivamente pierde el juego.

El analista emplea un tono risueño (FG paraverbal) para decir una frase que se inicia tratando de establecer el presunto objetivo de Teodoro en la jugada anterior, pero se autointerrompe (FU). El paciente se consuela a sí mismo (O2 funcional). El terapeuta da otro paso, desde lo paraverbal despliega la dramatización de un personaje burlón (a través del tono). Teodoro comienza a explicar su proceder, aunque se autointerrompe (FU + represión exitosa), se acelera catárticamente (LI + desestimación exitosa), intercala sucesivamente autointerrupciones y objeciones (A2, represión exitosa,) hasta que finalmente concluye con una reflexión concreta (A2 acorde a fines).

El terapeuta ríe (paraverbal O2, acorde a fines) lo que tiende a apuntalar la apertura del paciente (expresada en su última reflexión concreta con la que emergió de una secuencia de autointerrupciones, objeciones y catarsis). Luego confirma la opinión ajena (no te salió) -A2- y luego sucesivamente objeta y consuela (O2) todos recursos acorde a fines.

El paciente concuerda (A2) y luego concluye con una muy ajustada reflexión concreta respecto de su estado actual en el aprendizaje del juego (“aprendiendo a mentir”) -A2, acorde a fines-. En el juego del truco, aprender a jugar es efectivamente aprender a utilizar el engaño (lo que Teodoro llama mentir). Con esta reflexión sanciona como eficaces las intervenciones clínicas previas en que el terapeuta con elementos paraverbales y frases A2 y O2, intentó que el paciente se reconecte con que el juego tiene como meta su aprendizaje y no su humillación, por ejemplo.

Comparaciones entre los tres fragmentos (actos del habla del paciente y el terapeuta, motricidades)

En el primer fragmento los deseos dominantes de Teodoro son O1, A1, O2 y A2 (en menor medida FU y FG). Las defensas más importantes son la desmentida (especialmente

en su estado fracasado) y la defensa acorde a fines, en el final del fragmento. Las intervenciones más importantes del terapeuta son A2 (apelar al reglamento) y FG (pregunta por el cómo).

En el inicio del primer fragmento, el paciente intenta sostener una premisa falsa en el terapeuta, la de su conocimiento previo del juego que se disponían a jugar (O1 más desmentida exitosa). La jactancia A1 y la advertencia apuntalan el esfuerzo por confundir al analista. Sin embargo, al tener que responder en los hechos, la defensa le fracasa (O1, tono languideciente). El terapeuta responde apelando al reglamento (A2) y a la pregunta por el cómo jugar (FG funcional). El paciente opta por jugar acorde al reglamento. La continuidad del juego resulta una fuente de frustración del deseo de mantener al analista preso de una premisa falsa. Al verse desorientado Teodoro profiere una frase que expresa desconfianza (FU represión fracasada), exageración (FG y represión exitosa) dichas en tono de queja (O2 y desmentida fracasada). En esta combinación la queja (O2) más exageración (FG), creemos que apuntan a manipular la afectividad del terapeuta, que este por lástima juegue a menos. De ese modo apunta a que su premisa falsa no termine de quedar en evidencia, ni sea denunciada por el analista, es decir a través del generar lástima pretende salvaguardar su desmentida. El analista no entra en esa propuesta entrampante, sostiene la pregunta por el cómo jugar (FG acorde a fines), el paciente opta por hacerlo siguiendo el reglamento (A2 acorde a fines). En síntesis el niño pasó de una propuesta O1 y desmentida patógena a otra muy diversa, A2 funcional. Dado que el lenguaje A2 fue un baluarte del analista en este fragmento, decimos que el paciente (al optar por jugar bajo reglamento) introyectó una de las propuestas que el discurso del analista le ofrecía, y que eso constituye un cambio clínico intrasesión positivo.

En el segundo fragmento los deseos dominantes son A2, O2 y FG. Las defensas son funcionales y creatividad. Respecto del terapeuta las intervenciones centrales son FG y A2. El paciente al dar vuelta las cartas expresa un deseo A2 (aprehender y dominar los fundamentos del juego). Pero lo que sigue es aún más importante. Es el intercambio que ocurre luego de dar vuelta las cartas del analista. En tanto el terapeuta acompaña con un discurso A2 la acción espontánea del paciente, este aporta una risa (O2) que resulta propiciatoria para un paso posterior: la pregunta acerca de por qué (A2) el analista siguió determinada orientación de juego. El analista responde explicitando, enumerando dos justificaciones (A2) lo cual es acompañado por una sonrisa (FG) de Teodoro. El deseo central es A2, y cuando percibe la receptividad del terapeuta o cuando el terapeuta le aporta la información requerida, contribuye creando climas (paraverbal O2 FG) que favorecen el intercambio.

El tercer fragmento comienza con el inicio de una partida de truco. El paciente adopta una orientación por la cual intenta hacer creer que tiene cartas valiosas (cuando en los hechos ocurría todo lo contrario) y que para el otro, lo más conveniente resultaba irse

al mazo. Esta estrategia (que el otro saque conclusiones falsas respecto de las cartas propias) armoniza con las reglas y hasta el espíritu del juego. La estrategia incluye cuatro deseos: el A2 (apela al reglamento del juego para hacer creer algo falso), el FU (el deseo ambicioso) y dos subyacentes; en esta configuración: el A1 y el O2 con la desmentida exitosa como defensa. Se trata del deseo impaciente de desplegar una postura burlona triunfal. El terapeuta apelando funcionalmente a A2 y O2, frustra la intentona. El paciente tras un fugaz reproche, experimenta un sentimiento de fracaso y derrota (O2, A1 y desmentida fracasada). El terapeuta puede en sendas intervenciones devolverle (a modo de vacuna) algo de ese deseo burlón que el paciente vehiculizó durante el juego. El paciente se enoja, no puede expresar cabalmente el enojo en términos FU (se autointerrompe), hace catarsis (LI más desestimación exitosa del afecto), vuelve a autointerromperse (FU más represión exitosa), objeta (represión exitosa) y finalmente extrae una inferencia concreta (A2 funcional).

El terapeuta cierra apelando a A2 y especialmente a O2 paraverbal (risa) y verbal (consuelo), retoma su rol más clásico (contención, empatía). El paciente extrae una muy precisa inferencia A2 en que se ubica transitando el proceso de aprendizaje.

Conclusiones provisionarias de la comparación de los análisis sintagmáticos

La dupla O1-A1 + desmentida que organiza parte del primer fragmento no reaparece en ningún momento del segundo fragmento. Es una de las diferencias entre ambos. La desmentida en el primer fragmento es una respuesta a la fantasía transferencial, en la que el paciente atribuye al analista deseos A1 y -tal vez- O1 inconcesados (usar a los pacientes como objeto de humillación o de experimentación).

En la segunda sesión el vínculo transferencial se modifica radicalmente. El analista se constituye en el objeto de consulta (es un instrumento que permite desarrollar el aprendizaje de un juego de naipes y -a través de ello- desplegar una vivencia: la de aprender en un clima propicio, cálido. En este segundo fragmento el paciente cuenta con el lenguaje A2 y O2 como un bagaje propio (en la primera sesión fue necesario que el terapeuta lo aporte desde su discurso).

En la tercera sesión reaparece el engaño y el A1 pero de un modo distinto que en el primer fragmento. El engaño, hacer creer que sus cartas eran más poderosas, forma parte de la esencia del juego; es decir que hay diferencia entre confundir al terapeuta sobre su condición de jugador inexperto, haciéndose pasar por experto (paradoja lógica, O1 y desmentida patógena) de esta otra situación en que el engaño acerca del poder de sus cartas constituye un recurso legítimo, avalado por el reglamento (A2). A su vez este engaño legítimo resulta al servicio de otros deseos, entre ellos el A1 y el O2: el deseo impaciente de desplegar una postura burlona triunfal. La primera diferencia con el primer fragmento es que el deseo A1 no aparece puesto fuera por proyección, sino que es admitido en el yo y se trata de satisfacer. El accionar del analista

supone una doble prueba: la de la frustración y en segundo término la devolución (vía dramatización) del deseo burlón. Esa intervención en la época del primer fragmento hubiese dado lugar a confirmar la transferencia suspicaz, pero en este momento ocurre otra cosa. Se le despierta un deseo hostil que queda interferido en su expresión FU y A2, que tiene que apelar a la catarsis (LI) como vía de salida. Luego el deseo hostil, vuelve a coartarse en su expresión FU y A2 (nueva autointerrupción y objeción) aunque luego deriva en inferencia con sentido autocrítico sobre su juego en concreto y posteriormente, sobre la condición de estar en proceso de aprendizaje.

A la luz de los resultados del análisis del material, ¿es pertinente seguir explorando la modalidad de cambio clínico propuesta?

La modalidad de cambio clínico contiene en sustancia tres momentos:

- a. Resistencia (por desconfianza en las verdaderas intenciones del analista)
- b. Cambio de perspectiva del paciente (tomando en cuenta buenos indicios: la sinceridad del analista, el impacto de la terapia en su mejoría clínica) y
- c. Desarrollo de genuinas experiencias de aprendizaje emocional y de preparación para la experiencia social.

Veamos si podemos conectar la modalidad de cambio clínico propuesto con el trayecto clínico concreto del paciente. En resumen, en la primera sesión el paciente parte de una postura desconfiada, cree que el analista tiene un inconfesado deseo de humillar y -acaso- experimentar a costa de él. La circunstancia de que para jugar a determinado juego debe primero aprenderlo y para ello pedirle ayuda al analista, resulta un atolladero. Al creer que por confesar su necesidad de aprender antes de jugar quedaría en situación vulnerable, adopta la siguiente posición: la de jactarse de ser capaz de confundir al analista, de crearle una realidad falsa. Ese es en sustancia el primer momento, el resistencial. Ya en el primer fragmento se detecta un cambio, puesto que Teodoro termina eligiendo que el juego se haga acorde a reglas (lo que lleva a evidenciar su necesidad de ir aprendiéndolo paso a paso), para lo cual introyectó el lenguaje A2 que previamente utilizó el analista.

La intervención del analista centrada en A2 y FG tal vez haya sido para el paciente un indicio de las sinceras intenciones de su terapeuta de ayudarlo. Al respecto podemos plantear: si el terapeuta hubiese optado por denunciar (A1) lisa y llanamente la postura falsa de Teodoro (por ejemplo interpretando que la trampa que decía que el terapeuta deseaba hacerle era, en verdad, parte de su propio deseo de trampear y confundir), ¿hubiese tenido la misma eficacia clínica?

En el segundo fragmento encontramos un paciente que ha modificado su transferencia, el analista deviene un objeto de consulta, al que dirigir ciertos interrogantes. Se

ponen en juego dos experiencias importantes: una es la de dominar un juego que juegan sus compañeros en el aula y Teodoro desea aprehender para afianzar su lugar en el grupo de pares. La otra, que toma como medio al juego de cartas, consiste en distinguir en los hechos dos vivencias muy diferentes: la de disimular conocimiento y la de aprender del otro. A diferencia de la simulación, el aprendizaje puede resultar una oportunidad para desplegar, desde las propias insuficiencias, el ejercicio de una dependencia fecunda, cuya nota esencial es que profundiza la alianza entre ambos, algo bien diverso que la experiencia de padecer el sometimiento o la degradación.

En la tercera sesión, ya con una base vincular más sólida, el paciente despliega un deseo burlón (A1) y el terapeuta, en sendos movimientos, se corre del lugar de burlado y le devuelve algo de lo que el paciente intentaba provocar en él. La frustración del deseo A1 y la respuesta del analista constituyen:

- a. una preparación para el juego concreto del truco, tal como se juega en nuestro medio (en que los jugadores toman con tanto esmero ganar como bromear a los contrarios, apenas se presta la oportunidad);
- b. al final del juego el paciente tuvo un contraste entre su inicial deseo impaciente de burlar y su frustrante resultado. Lo que finalmente hizo fue consolarse y sacar una ajustada reflexión sobre lo lejos que está aún de saber jugar bien, pero que el camino es seguir jugando y aprendiendo.

En resumen, *el análisis sistemático de este caso habilita continuar el estudio de otras evoluciones clínicas con el objeto de establecer si este modelo de evolución clínica enriquece o empobrece la descripción de las trayectorias clínicas de los pacientes niños y púberes.*

En nuevos estudios, podemos plantearnos por ejemplo las siguientes preguntas:

- ¿Qué tipo de pacientes, desde el punto de vista psicopatológico pueden ser estudiados con este modelo?
- El componente resistencial, por el cual el paciente se supone víctima del poder del terapeuta, ¿se puede destilar en otros erotismos y en otras defensas diversas de las que prevalecieron en este estudio?
- Una vez hecho el inventario de los erotismos a los que apela el paciente para desplegar la resistencia, cabe preguntarse ¿qué tipos de intervención terapéutica resultan eficaces clínicamente, permiten sortear la resistencia, y cuáles tienen el efecto de potenciar la desconfianza del paciente? Este ítem puede ser un aporte a la teoría de las complementariedades estilísticas, aporte original de D. Liberman (1970 ob. cit.) que ha sido retomado y enriquecido por el ADL.

Bibliografía

Liberman, D. (1970). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Buenos Aires. Nueva Visión.

Liberman, D. (1972). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico* (Tomo III). Buenos Aires: Nueva Visión.

Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Buenos Aires. Lugar.

Maldavsky, D. (2007). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires. Lugar.

Fecha de recepción: 17/05/09

Fecha de aceptación: 3/07/09