



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

**DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**SINTESIS**

**TESIS DE DOCTORADO**

**Título: El ADL y el estudio vincular de la alianza terapéutica y el cambio clínico en la  
psicoterapia con púberes**

**DOCTORANDO.....JORGE A. GOLDBERG**

**DIRECTOR DE TESIS: DAVID MALDAVSKY.....**

**2016**

## Síntesis del trabajo realizado

### I. Problema

En el terreno de la psicoterapia con púberes, una de las cuestiones que despierta mayores controversias y suscita numerosas investigaciones resulta ser la relación de la alianza terapéutica con el cambio clínico: en qué consiste cada uno de ellos y que influencia tiene uno respecto del otro. La alta tasa de abandono terapéutico que se registra entre los pacientes de este grupo etario ha sido un factor que promovió un fuerte interés en el estudio de procesos y resultados terapéuticos. Una característica de las investigaciones en este campo es que los instrumentos que se construyen para estudiar alianza terapéutica y cambio clínico, son en su gran mayoría del tipo de cuestionarios, los que se administran fuera de la sesión misma. De ello surge que el material recolectado es *ajeno al intercambio clínico concreto*. Cabe agregar que ni siquiera quienes han hecho aportes en la confección de estos cuestionarios están del todo conformes con los resultados obtenidos hasta el momento. Midgley (2007) afirma que el gran desafío es construir instrumentos para detectar “lo que efectivamente ocurre en la sesión”.

### II) Justificación

La investigación empírica de la alianza terapéutica en niños tiene actualmente sus luces y sombras. Por un lado existe conciencia sobre la importancia que adquiere la construcción y el mantenimiento de la alianza para evitar la interrupción prematura de los tratamientos, en la calidad del proceso y en los resultados terapéuticos (Abrishami 2009). Sin embargo las investigaciones actuales, diseñadas casi exclusivamente en base a encuestas que terapeuta y paciente responden fuera del ámbito de la sesión, presentan limitaciones. La fundamental es que los instrumentos en cuestión no detectan la alianza en el vínculo tal como se da en la sesión, sino la versión que de la relación terapéutica paciente y terapeuta, brindan luego de la sesión. Creemos que la aplicación de un instrumento psicoanalítico capaz de detectar los aportes que paciente y terapeuta brindan a la calidad de la alianza terapéutica, pesquisar la existencia o

no de cambio clínico y su dirección, en el intercambio concreto (frases, actos paraverbales y actos motrices), puede contribuir al avance del conocimiento existente respecto del proceso terapéutico con pacientes púberes. Respecto de los profesionales de la salud mental, en especial para quienes se dedican a la clínica con un enfoque psicoanalítico, el aporte de un instrumento capaz de evaluar de modo sistemático un proceso clínico, detectando en las manifestaciones concretas del paciente y el terapeuta, los aspectos constructivos u obstructivos en relación a la concreción de los objetivos terapéuticos del tratamiento, viene a ocupar un lugar vacante: el de la falta de instrumentos de cuño psicoanalítico para evaluar escenas, sesiones o procesos clínicos con fundamento sólidos. Una herramienta de este tipo puede facilitar, al terapeuta el hacer diagnósticos más precisos de la situación de un tratamiento así como a contar con instrumentos para poder autocriticar sus propias intervenciones clínicas. Un efecto secundario del contar con un instrumento de este tipo, es que puede fomentar una mejor comunicación con otros profesionales intervinientes en un caso (psiquiatras, abogados, asistentes sociales, médicos, etc.) ya que al contar con criterios más claros en relación a la evolución clínica, quizás nuestro aporte al diálogo interdisciplinario sea más fructífero.

### III. Marco conceptual

#### Marco substantivo

Alianza terapéutica constructiva y obstructiva: La definición de alianza terapéutica que utilizamos surge del aporte de psicoanalistas clínicos como W. Bion (1969, 1966a), ulteriormente sistematizada por D. Liberman (1971). Permite evaluar los aportes constructivos u obstructivos de cada uno de los sujetos del vínculo terapéutico. Respecto del terapeuta, los autores recién mencionados, consideran dos criterios

- 1) El raptor (Bion, op. cit del analista: es el estado anímico que se abre a captar aquello nuclear que puja por expresarse en el paciente en una sesión: el punto de urgencia (la angustia o el desvalimiento inherentes a una sesión concreta). Cobra una gran importancia la capacidad para captar el surgimiento de los

nuevos problemas. Esta aptitud habilita al analista para hallar nexos significativos en un material clínico que hasta el momento, le resultaba incomprensible. El proceso se cierra con el logro de trasmudar esos hallazgos en interpretaciones precisas

2) Es fundamental la capacidad de rectificarse del analista (afinar la perspectiva de los problemas del paciente, la propia modalidad de intervención).

Según Liberman (op. cit.) el paciente colaborador se define por ratificar (con nuevas asociaciones) al terapeuta que con sus intervenciones enfoca hacia un foco de angustia o un problema irresuelto. Tienen una disposición a establecer alianza terapéutica constructiva, es decir: a sentir confianza en el terapeuta (o a expresar abiertamente la desconfianza), a utilizar a la sesión como medio para mejorar de sus síntomas y - por esto último - están dispuestos exponerse, a hablar de sí mismos.

La alianza terapéutica constructiva se vuelve clave en los momentos críticos de la terapia, cuando el terapeuta no encuentra una estrategia que aborde el foco problemático actual. En esas circunstancias el paciente contribuye con su análisis aportando nuevas asociaciones con las que, de modo inadvertido, orienta al terapeuta a corregir su enfoque. Si el desencuentro clínico resulta duradero, el paciente colaborador puede interrumpir el tratamiento, en cuyo caso, la decisión no constituye reacción terapéutica negativa.

El paciente que obstruye la alianza terapéutica presenta las siguientes características: una callada desconfianza respecto de la terapia y de las intenciones subyacentes del analista. Concorre a terapia con un objetivo implícito, secreto (p. ej.: demostrarle al terapeuta que quien necesita ayuda es el analista), que no tiene ninguna relación con la propia mejoría clínica. En el vínculo terapéutico cuando el terapeuta trabaja carente de una orientación que lo guíe hacia los núcleos problemáticos del paciente, el paciente en condición obstructiva produce un material que alienta al terapeuta a continuar insistiendo en esa línea de trabajo infructuosa. En caso que el analista oriente sus intervenciones hacia un foco de angustia, el paciente obstructivo activa sus resistencias y responde

produciendo asociaciones que tienden a desorientar al analista respecto de la pertinencia del rumbo clínico.

#### Cambio clínico en el contexto del diálogo terapéutico

Freud distingue, a lo largo de su obra (Maldavsky 2004), tres criterios para evaluar la existencia o no de cambio clínico. En esta investigación, hacemos eje en uno de ellos: el metapsicológico. Éste considera como piedra de toque para considerar el éxito\fracaso de un tratamiento la existencia de modificación en las defensas. Es el indicador más confiable a la hora de establecer la mayor\menor estabilidad de las modificaciones psíquicas logradas en el proceso terapéutico. En un tratamiento pueden darse situaciones como que las defensas patógenas no se modifiquen, o incluso que el cambio clínico sea negativo, es decir: que las defensas vigentes en el inicio del tratamiento se sustituyan por otras de peor calidad (p. ej. que si la defensa clínica prevalente es la desmentida, ésta sea relevada por una desestimación del afecto). El cambio clínico benigno durante la sesión consiste en que se produzca un cambio de la defensa patógena por otra (u otras) de mejor calidad. El cambio clínico, a su vez, puede estudiarse a lo largo de varias sesiones o en una misma sesión, sea en uno o en varios pacientes.

#### Momento óptimo de un tratamiento:

Lieberman afirma que en los momentos óptimos de un tratamiento, se alcanza una complementariedad entre los miembros de la pareja terapéutica. El terapeuta, conectado empáticamente, logra captar el punto de urgencia psicopatológico del paciente y suministrarle unas estructuras sintácticas, las que proveen al paciente de las matrices de la lengua de las cuales carece por efecto de las defensas patógenas. El paciente a su vez, reacciona accediendo al insight y reafirmando o mejorando en su confianza en el terapeuta. Las intervenciones clínicas óptimas tienen un doble efecto en el analizante: aportan en la superación de las dificultades (cambio clínico) así como también en el aumento de la confianza (rapport, alianza terapéutica) en el terapeuta

#### IV. Estado del arte

En este apartado expondremos diversas contribuciones respecto de la relación entre alianza terapéutica y cambio clínico según sean

a) la de los psicoanalistas clásicos y b) las provenientes de los estudios sistemáticos

a) Psicoanalistas clásicos

Freud: en su abordaje de la alianza terapéutica el creador del psicoanálisis trabaja explícitamente la construcción del rapport en regla en el inicio de los tratamientos (Freud, 1913a). Consiste en la creación de una sintonía afectiva entre paciente y analista. El analizante aporta con su transferencia positiva y el terapeuta con su empatía, su genuino interés en la tarea clínica. En cuanto al enfoque freudiano acerca de la relación entre alianza terapéutica y cambio clínico podemos decir lo siguiente: el logro del rapport en regla es precondition para que el terapeuta encare la labor que apunta a remover las defensas patológicas (Freud, op. cit.)

Sterba, Zetzel, Greenson (ver Etchegoyen, H., 1986): estos autores afirman que la alianza terapéutica y cambio clínico son procesos diversos, sin conexión entre sí. Definen alianza terapéutica como empatía, cooperación racional, apego al contrato terapéutico, etc., deslindándola como algo ajeno al vínculo transferencial en el seno del cual se tramita el cambio clínico

Las contribuciones de la escuela inglesa: Bion (1969) contribuye a considerar otro aspecto en la relación entre la alianza terapéutica (o rapport) y el cambio clínico. Esta se pone en juego durante el proceso terapéutico. Bion supone una fuerte relación entre calidad de alianza terapéutica y disposición al cambio clínico. Su propuesta es vincular: contiene sugerencias valiosas para detectar los aportes constructivos u obstructivos que terapeuta y paciente realizan en función del progreso o el estancamiento clínico. Sintéticamente nos dice: 1) el rapport es el estado anímico del terapeuta que, en cada sesión, se abre a captar aquello nuclear que puja por expresarse en el paciente. Consiste en un fragmento de realidad psíquica inadvertida para el paciente, susceptible de evolucionar desde la falta de figurabilidad hacia la expresión sensorial y 2) Bion define cambio clínico en términos descriptivos: “el progreso se medirá por el mayor número y variedad

de estados de ánimo, ideas, y actitudes” (Bion, op. cit. págs.680, 681), en comparación con un momento previo.

Lieberman: operacionalización de alianza terapéutica y cambio clínico en psicoterapia con niños: Este autor (Lieberman, 1981) realiza propone un concepto novedoso, el de estilos de juego, cada uno de los cuales reúne: categorías psicoanalíticas (pulsión. mecanismo de defensa, preconsciente etc.), modalidad expresivas prototípicas de los niños (juego) y la teoría de la comunicación. Describe siete estilos de juego. En cada uno de ellos establece las características transferenciales del seudo juego (en el que predomina la organización patológica), del juego verdadero (en el que prima el cambio clínico benigno), pasando por la transición de uno en otro (He aquí un ejemplo de uno de los estilos:

ESTILOS DE JUEGO	SEUDOJUEGO		JUEGO VERDADERO	
	Tipo de juego	Tipo de vínculo transferencial	Transición de seudojuego al juego verdadero	Tipo de vínculo transferencial
Alucinosis	El niño despliega una identificación delirante con un adulto. El lugar que asigna al terapeuta en el juego, es el de ser un objeto	El paciente intenta que el terapeuta sea un objeto de su delirio  La meta clínica	En el proceso de rescatarse de la identificación delirante el niño invierte los juegos en los que se	El terapeuta halla una técnica interpretativa adecuada que facilita la estructura delirante se

	dentro del mundo megalomaniaco.	pertinente del terapeuta es focalizar en la confusión de identidad del paciente	conecta con una identidad infantil, entre ellos: Juegos anales Juegos de fabulación Juegos de conexión con el cuerpo propio	disuelva
--	---------------------------------	---	--	----------



Límites de esta propuesta libermaniana: en el libro de los estilos de juego, los fundamentos metapsicológicos (fijación pulsional, mecanismos de defensa) no están delimitados con suficiencia especificidad. Entre otros problemas, esta falencia contribuye a que cuando, en determinado casos, los autores detectan la coexistencia de más de un estilo, uno de ellos afín a la neurosis infantil, el otro inherente a las patologías del desvalimiento (neurosis traumática, psicósomática, etc.). La relación entre ambos fragmentos, queda planteada de un modo confuso, no siendo posible inteligir con claridad si consideran que uno es un subproducto del otro o si tienen orígenes independientes y establecen entre ellos una relación dinámica de subordinación y prevalencia

b) Antecedentes de estudios sistemáticos acerca de la alianza terapéutica y cambio clínico: Entre quienes investigan en psicoterapia con métodos sistemáticos una pregunta crucial es la siguiente (Waizmann, Espíndola,

Roussos, 2009): cuáles son los ingredientes que influyen en el éxito de los procesos terapéuticos. Al respecto, ha ganado consenso la idea de que la calidad de la alianza terapéutica, es la variable que mejor predice el resultado de un proceso de psicoterapéutico. Abrishami (2009) hace una revisión del estado actual del conocimiento. Él mismo realiza un estudio poniendo a prueba algunas de las hipótesis que actualmente gozan de mayor predicamento. Deseamos poner de resalto que el instrumento más usualmente utilizado es de las encuestas. Éstas recolectan - por fuera del intercambio clínico concreto- las opiniones conscientes que vierten terapeuta y paciente respecto de la alianza terapéutica

Otro modo de investigar alianza terapéutica (Midgley, 2007) consiste en estudiar la correlación entre a) tipo de intervenciones clínicas (directivas\ no directivas, etc.) y b) la calidad de respuesta de los pacientes (involucramiento emocional que se desprende de las respuestas del paciente a las referidas intervenciones). Cabe agregar que los estudios de orientación cognitivista también siguen esta línea Estas investigaciones estudian alianza terapéutica apoyándose en un modelo unidimensional: estímulo (intervención)\ respuesta (implicación emocional del paciente).

#### Conclusiones acerca del estado del arte: un panorama de conjunto

En el terreno de las propuestas para investigar acerca de procesos terapéuticos con pacientes púberes (sean clínicas sistemáticas) no hallamos ninguna que se planteé –como en nuestro caso - el estudio de la alianza terapéutica y el cambio clínico *in situ*, en la escena clínica, apelando a un instrumento psicoanalítico, el ADL, apto para detectar desde una perspectiva multidimensional (a través de sus actos de habla, sus acciones motrices y sus preferencias paraverbales), los aportes constructivos y las interferencias que paciente y terapeuta realizan en relación al vínculo y a las metas clínicas.

#### V) Objetivos de la investigación

Nuestro objetivo general fue investigar la relación entre alianza terapéutica y cambio clínico en sesiones concretas con pacientes púberes

Los objetivos específicos de nuestra investigación, fueron:

Investigar el cambio clínico en el nivel verbal

Investigar el cambio clínico en el nivel motriz

Investigar la alianza terapéutica desde la perspectiva de las intervenciones del terapeuta

Investigar la alianza terapéutica desde la perspectiva de las manifestaciones clínicas del paciente

#### VI) Hipótesis

Dado que la hipótesis de esta tesis de Doctorado se vincula a una investigación exploratoria anterior, nuestra tesis de Maestría “El ADL: problemas metodológicos y exploración del desvalimiento en la clínica con niños” (Goldberg, 2005). Entre las tareas pendientes que en investigación en psicoterapia con niños y púberes, nuestra tesis de maestría, dejó apuntadas las siguientes: habida cuenta la complejidad de las manifestaciones infantiles en sesión (entre las que se cuentan multiplicidad de actos motrices, que incluyen el grafismo, la actividad aloplástica, etc.) será importante afinar los criterios para detectar las intervenciones clínicas pertinentes de las que no lo son. Esto nos conduce a profundizar en el estudio de la terapia como interjuego entre subjetividades. En una sesión las palabras y/o el jugar de un analista tienen una meta específica: lograr cambios clínicos en el paciente. El ADL ha perfeccionado instrumentos - la teoría de los estilos complementarios - que sirven para el estudio de la sesión como vínculo. Estudiar más a fondo la complementariedad estilística entre terapeuta y paciente niño en cuya expresión no prevalecen las frases, sino que intervienen muy diversas motricidades en sesión, puede refinar el campo de la investigación en la psicoterapia con niños.

Nuestra hipótesis en esta investigación es la siguiente: en los momentos óptimos del vínculo entre terapeuta y paciente púber, el analista aporta a la alianza terapéutica y el cambio clínico con una variedad de recursos además de sus frases, intervienen la motricidad y los elementos paraverbales provenientes del terapeuta

## VII) El diseño de nuestra investigación

El método de investigación que elegimos es el algoritmo David Liberman (ADL). Creado por David Maldavsky (1999, 2004, 2007), es un método sistemático de investigación del discurso, aplicable a múltiples materiales, pero sobre todo al estudio de los procesos psicoterapéuticos desde una perspectiva psicoanalítica. El ADL pretende detectar los deseos y las defensas expresadas en tres niveles del lenguaje: palabra, frase y relato. De estos tres niveles del lenguaje se derivan los tres niveles de análisis del método: palabra, actos de habla y relatos o secuencias narrativas. :

Muestra: contamos con una muestra compuesta por tres fragmentos clínicos de dos pacientes. La muestra es no probabalística e intencional. La edad de estos pacientes resultó el criterio de selección de los mismos (contaban con 12 años al momento de iniciar la investigación), ya que mi interés era estudiar alianza terapéutica y cambio clínico en pacientes púberes. Apuntamos al estudio en profundidad de cada caso y a la comparación entre los análisis de ambos. Nuestra unidad de análisis son los referidos fragmentos clínicos.

Las variables que consideramos son los deseos y defensas manifestados en las intervenciones del terapeuta y las respuestas del paciente

Consideramos que siguiendo la clasificación de Yin (Kazez, 2009), la nuestra es una investigación de diseño holístico de múltiples casos. Consideramos, a su vez, que nuestra investigación se puede calificar de descriptiva y que apunta a la generación de hipótesis (Kazez, op. cit.). Se apoya en las hipótesis de una investigación previa (Goldberg, 2005) e intenta, a través del estudio de caso múltiple, corroborar hipótesis que, eventualmente, puedan ser generalizadas luego, a través de un estudio más amplio de casos.

Justificación del tipo de muestra: como ocurre en este tipo de estudios la selección de la muestra es intencional y debe ser adecuada para las metas que se propone. El criterio de selección para la selección de los fragmentos fue que cumplieren con dos condiciones: 1) incluir escenas que conllevasen problemas

relevantes en el trabajo concreto de las sesiones (p.ej. para Juan desplegar la relación de competencia con el terapeuta, para Teodoro hacer lugar a la escena de aprender en sesión) y 2) que en los distintos fragmentos se expresen cambios de posición tanto en el paciente como en el terapeuta respecto de los referidos problemas. Estos requisitos nos posibilitaron hacer uso de la muestra para poder estudiar efectivamente la trayectoria de la alianza terapéutica y el cambio clínico en ambos pacientes en la extensión de los tres fragmentos

Justificación respecto del tamaño de la muestra: Al inicio de nuestro estudio tomamos una muestra pequeña (dos casos, tres fragmentos clínicos de cada uno), esta decisión se justifica dada la complejidad del estudio, la cantidad de instrumentos que aplicamos y al hecho de que estudiamos el vínculo, que es mucho más difícil que estudiar a tan solo uno de los dos integrantes de la pareja analítica. En función de estos elementos acotamos la muestra inicial a dos casos. Ulteriormente a la hora de profundizar el análisis y alcanzar conclusiones tuvimos que tomar una nueva decisión respecto a la muestra (ver más adelante en el apartado conclusiones de los resultados).

Instrumentos: Dentro de las herramientas que brinda del ADL utilizamos tres, los más pertinentes para estudiar el diálogo concreto entre paciente y analista (Maldavsky, 2004): nos referimos a los instrumentos que permiten detectar actos de habla, elementos paraverbales y movimientos

Procedimientos: detectamos

- 1) en cada paciente: deseos y defensas y sus estados, que se expresan en
  - a) actos de habla,
  - b) elementos paraverbales y
  - c) motricidades.
- 2) en el terapeuta, la contribución de sus intervenciones al cambio constructivo del paciente que se expresa en:
  - a) actos de habla,
  - b) elementos paraverbales y
  - c) motricidades

Establecimos las correlaciones de cada nivel con los otros (detectamos por ejemplo que en uno de los pacientes, los componentes paraverbales eran un puntal de la defensa patógena exitosa, en el otro, los componentes paraverbales y el movimiento contribuían al fracaso de la defensa patológica). El siguiente paso fue realizar un estudio sintagmático que abarque el conjunto del intercambio, combinando el estudio de las intervenciones del terapeuta y las manifestaciones de cada paciente para finalmente poner de relieve la contribución u obstrucción de ambos a la alianza terapéutica y al cambio clínico.

El criterio de segmentación que elegimos fueron las intervenciones del terapeuta. Estableciendo tipos o grupos (p. ej.: “Intervenciones que apuntan a que el paciente aporte información sobre pensamientos y emociones”)

En relación a cada grupo de intervenciones, intentamos establecer si las mismas aportaban a la alianza terapéutica constructiva y el cambio clínico benigno o lo obstaculizaban. Respecto del paciente: nos propusimos constatar si mejora su confianza y su permeabilidad hacia las propuestas terapéuticas, a continuación de que el analista interviene enfocando problemas nodales. En ese caso calificamos su contribución como constructiva (en caso contrario, resulta obstructiva). Cerramos cada fragmento haciendo un comentario respecto de la complementariedad estilística que detectamos entre las frases del paciente y las del terapeuta.

#### VIII. Análisis de los datos y resultados:

##### VIII a) Decisiones preliminares

Restricción de la muestra: considerando que nuestra investigación privilegia el análisis de los cambios que se constatan en la alianza terapéutica (constructiva/obstructiva) y el cambio clínico (negativo/positivo), decidimos restringir aún más nuestra muestra. Hemos seleccionado, de los tres fragmentos que disponemos por paciente, uno de Juan y otro de Teodoro. Concretamente: elegimos el segundo de Juan y el primero de Teodoro. La razón por la cual los escogimos es que en ambos constatamos una trayectoria, según la cual, el vínculo atraviesa momentos obstructivos en los que paciente y terapeuta aportan

negativamente, y luego se verifica una modificación en la calidad de los aportes con que paciente y terapeuta contribuyen a la alianza terapéutica y el cambio clínico. De modo que las conclusiones que siguen se basan en el estudio pormenorizado de estos dos fragmentos.

Versión matizada del concepto de complementariedad estilística: Liberman (1971) sostiene que el aporte complementario del analista consiste en ofrecer al paciente estructuras sintácticas de las que carece por efecto de las defensas patógenas. Nuestro método aplicado a púberes nos presenta el siguiente hecho: algunas intervenciones constan de elementos diversos (actos de habla y motricidad, etc.), que pueden aportar, cada una de ellas y en conjunto, a la calidad de la alianza terapéutica y el cambio clínico sea de modo constructivo u obstructivo. Denominamos variedad expresiva del terapeuta a la implementación de diversos recursos expresivos: frase, motricidad, etc. para transmitir una significación – o un grupo reducido de significaciones - en una misma escena o en escenas contiguas (desplegamos esta cuestión en los puntos 2 y 3). El terapeuta que dispone de una variedad expresiva puede aportar al paciente una complementariedad estilística matizada (compuestas por frases, movimientos, etc.), no reducida exclusivamente al discurso verbal

#### VIII b) Conclusiones clínicas derivadas de la aplicación del método

##### 1. **Respecto a la contribución de paciente y terapeuta a la calidad de la alianza terapéutica**

Las propuestas que siguen son aportes de nuestra investigación para hacer más tangible el concepto de alianza terapéutica constructiva en paciente y en terapeuta

1a) **Paciente:** detectamos las siguientes contribuciones a la calidad de la alianza terapéutica

a) Reacción constructiva: consiste en que, ante una intervención del analista que logra sintonizar con un problema del paciente, éste reacciona con manifestaciones clínicas que confirman al terapeuta en su estrategia clínica.

Veamos como ejemplo lo que sigue: durante tres cuartas partes del segundo fragmento Juan produce una escena que consiste en triunfar desafiadamente, a costa del fracaso propio y ajeno (ver 3P, 14P). El terapeuta hace propuestas inherentes a que el paciente adopte el método ensayo-error (considerar los yerros, modificar la posición de tiro) de modo infructuoso. Entre las frases que utiliza, algunas son FU y otras A2. En determinado momento, el propio analista apela, él mismo, al método de ensayo error como un instrumento de orientación en su tarea clínica: deja de lado las frases FU y practica una selección – inadvertida para él mismo - dentro del repertorio de frases A2. Luego de este cambio en el modo de intervenir del analista, Juan comienza a modificar su posición de tiro en búsqueda de una mayor eficacia. En este momento Juan se muestra propenso a explorar la propuesta terapéutica previa (cambiar de posición de tiro en función de los resultados) que mientras el terapeuta la formuló como consejo, el paciente rechazó sistemáticamente. En este momento Juan se muestra propenso a explorar la propuesta terapéutica previa (cambiar de posición de tiro en función de los resultados) que mientras el terapeuta la formuló como consejo, el paciente rechazó sistemáticamente. Esta nueva disposición de Juan hacia la palabra del terapeuta nos hace conjeturar que el cambio en el modo de intervenir del analista, mejoró la confianza de Juan, su actitud hacia la alianza terapéutica constructiva.

b) Tiempo de espera interno: el segundo modo de aportar constructivamente por parte del paciente surge de constatar este hecho: la mayor parte de la sesión Juan recibió de parte del analista propuestas clínicas (las frases FU) que no sintonizaban con su requerimiento psíquico. Solo hacia el final del fragmento el terapeuta depura sus propuestas clínicas (apelando a las frases A2) y –como fue dicho- el paciente responde aprovechándolas para la mejora de la alianza terapéutica y el cambio psíquico. Cabe inferir que uno de los elementos a los que Juan apela para aprovechar el momento en que el terapeuta rescata la brújula clínica es la disposición *de un tiempo de espera interno, capaz de seguir apostando a que la pericia del analista iba a rescatarse y prevalecer.*



c) Iniciativa espontánea : el tercer modo de colaborar, creemos el más novedoso de nuestro aporte consiste en que el paciente despliega una actividad psíquica por la que autolimita el éxito de sus defensas patógenas con lo que contribuye a orientar al terapeuta en un momento en que éste se halla clínicamente desorientado. El tercer modo de aportar a la alianza constructiva resulta del despliegue por parte del paciente, de una *iniciativa espontánea* destinada a orientar al analista en el momento en que éste se halla desorientado clínicamente. En el primer fragmento Teodoro comienza con una postura obstructiva: se pone en juego al proponerse ocultar su ignorancia aprendiendo del analista sin que éste se percate (1P). El terapeuta, aún sin descifrar la posición del paciente, ejerce el rol de adversario en el juego de Damas. En esta circunstancia, en que la defensa patógena aún resultaba exitosa, Teodoro, apela a una expresión paraverbal disfórica, a la que sigue un modo de mover una ficha que revela su desconocimiento del juego (-ver 3P-). Ambas manifestaciones ponen al analista sobre la pista de la fachada de conocimiento que Teodoro montó hasta el momento. Consideramos entonces que la preferencia paraverbal disfórica (especialmente) y el movimiento de fichas constituyen una iniciativa espontánea del paciente para construir/mejorar la confianza, ya que de hecho reorientan al terapeuta. De este modo Teodoro desautoriza su propia posición inicial: la de simular un conocimiento que no tiene. Luego de que el terapeuta se reorienta y realiza propuestas clínicas más precisas, como la de ofrecer alternativas (ver 1 A, 6 A). Esta disposición activa a autolimitar la prevalencia de defensas patógenas exitosas, se complementa en esta ocasión con la reacción constructiva de Teodoro a las referidas intervenciones clínicas más orientadas de parte del analista. Esto se infiere al analizar las elecciones de Teodoro a las alternativas del terapeuta (ver 4P, 10P), las que le permiten atravesar vivencias hasta entonces repudiadas: las inherentes a un jugador novel que aprende en tanto enfrenta a alguien más experto.

Cabe enfatizar en la contigüidad temporal entre la disposición del terapeuta para rectificarse en los hechos y el fortalecimiento de la actitud constructiva Teodoro. Es probable que el paciente haya captado una capacidad de

rectificación de su analista (que tuvo que desandar un trecho para descifrar la posición del paciente y modificar su enfoque e intervenir de un modo más acorde) y que una identificación con la misma, haya contribuido a que logre fortalecer su esfuerzo por rescatarse de la impostura de aprender de otro imitándolo secretamente para exponerse a una vivencia de aprendizaje genuino, atravesando la experiencia del ensayo - error.

1b) Aportes del terapeuta a la calidad de la alianza terapéutica: auto rectificación y variedad expresiva concurrente

En el aporte del terapeuta a la alianza terapéutica constructiva podemos detectar al menos dos rasgos salientes: la capacidad de auto rectificación para rescatarse de las estereotipias y la variedad expresiva concurrente, la cual incluye dos aspectos:

- a) el disponer de riqueza en su repertorio de recursos, en función de las necesidades anímicas del paciente:
- b) coherencia entre su decir y su hacer:

Veamos un ejemplo del modo en que capacidad de auto rectificación y variedad expresiva concurrente se coligan aportando a la alianza terapéutica constructiva: en el segundo fragmento de Juan durante los dos primeros tercios de la sesión, el terapeuta a grandes rasgos, realiza dos tipos de intervenciones. Algunas son motrices: los tiros al blanco (lo ubican en el lugar de modelo –FG- en relación con el cumplir las reglas de juego - A2-:), y otras son frases, entre ellas abundan los consejos respecto a que el paciente, quien yerra los disparos, cambie su posición de tiro. Juan en ese lapso se aferra con euforia al fracaso. Respecto de la palabra del analista, Juan en los dos primeros tercios del intercambio, adopta una actitud desafiante. En el último tercio de la sesión el paciente troca desafío por confianza en la palabra del terapeuta, lo que inferimos del hecho de que efectúa el cambio psíquico (desactiva el festejo del fracaso, asume el método ensayo/error, se compromete en el juego competitivo), apoyándose en las intervenciones del terapeuta. Entre el momento en que Juan rechaza y el que acepta las propuestas analíticas, ocurre algo: el analista ejerce una rectificación

en su estilo de intervención: cesa de usar el lenguaje FU. Sigue utilizando su motricidad en el arrojado de proyectiles (ubicándose en el lugar de modelo en lo que respecta a cumplir las pautas establecidas entre ambos). Lo nuevo entonces, es que ahora intercala el uso de su motricidad con varias frases A2. Éstas últimas refuerzan, enriquecen la referencia al contrato, ya aludida en sus actos motrices. Mediante las frases A2 el terapeuta agrega reglas al juego, puntualiza procedimientos a seguir previos a cada tiro, objeta argumentos del paciente por ser ajenos a los objetivos de un juego competitivo. Cabe preguntarse: qué contribución produjo esta nueva modalidad de intervención del analista en la disposición de Juan a modificar constructivamente su alianza terapéutica. El terapeuta expone su capacidad de rescatarse de las estereotipias con su capacidad de auto rectificación y con su variedad expresiva concurrente, la cual incluye dos aspectos: a) el disponer de riqueza en su repertorio de recursos, en función de las necesidades anímicas del paciente: en el segundo fragmento de Juan, cuando el terapeuta detecta que el lenguaje FU es clínicamente contraproducente y lo sustituye por frases A2, pone en juego su variedad de recursos y b) expresión concurrente: se refiere a la capacidad de transmitir una misma significación utilizando diversos canales. P. ej. : utilizar frases y actos motrices para estimular en el paciente el respeto por las reglas de juego a las que el propio terapeuta se atiene. En esta ocasión, el terapeuta trasunta una coherencia entre su decir y su hacer

## 2. Complementariedad estilística matizada del terapeuta y cambio clínico

Cuadro: Hallazgos referidos a la complementariedad matizada y cambio clínico.

Una síntesis

Paciente Combinación de defensas y pulsiones	Terapeuta Variedad expresiva
2a) Desmentida exitosa + O1	Acto motriz (A2 \ FG) + acto de habla A2
2b) Desmentida exitosa + O1 y A1	Acto motriz (A2 \ FG) + acto de habla A2

2c) Desestimación + LI exitosa y desmentida +O1	Tándem de intervenciones A2 (contrato, anticipación y síntesis)
---	---

Como ejemplo exponemos con más detalle 2a)

- 2a) Copresencia de las intervenciones que reúnen acto motriz (A2/FG) y acto de habla A2 respecto de la desmentida exitosa combinada con O1

1) En el primer fragmento con Teodoro la propuesta inicial del paciente, aprender del analista sin que éste lo advierta (ver 1P). Esta escena expresa la desconfianza y las defensas patógenas exitosas (desmentida combinada con O1).

2) El terapeuta en primer término responde con su motricidad (mover las fichas del juego de Damas). Estos actos motrices tienen un doble valor: A2 (las acciones son acordes al reglamento) y FG (el terapeuta jugando se constituye en un ejemplo de un modo de jugar: considerando las reglas) Luego - ver 1A - apela a tres frases A2 (un imperativo condicional y dos de contrato: lee el reglamento de juego y presenta opciones). Este conjunto de intervenciones (que combina actos motrices y frases), puede ingresar en la definición que propusimos de variedad expresiva por parte del terapeuta (ver arriba)

3) Existe una copresencia entre el hecho de que el analista intervenga con variedad expresiva concurrente (combinando intervenciones motrices – A2/FG- y frases A2) y las respuestas de Teodoro (4P, 10P), quien opta por decisiones que expresan un cambio defensivo benigno: cesa en la desmentida exitosa combinada con O1 y pasa a jugar aprendiendo de la experiencia, sosteniendo la decisión de jugar solo hasta el final (10P), atravesando la vivencia de perder, necesaria para iniciarse en el juego competitivo

4) En consecuencia concluimos que la variedad expresiva concurrente del terapeuta puede –además de contribuir en la alianza terapéutica constructiva- aportar en el cambio clínico benigno del paciente

### 3. Modalidad de la relación entre alianza terapéutica y cambio clínico

### 3.a Copresencia entre la coherencia del decir y del hacer del terapeuta y la disposición del paciente a descifrarla

Si consideramos el segundo fragmento de Juan (ver la descripción que hicimos en 1b), consideramos que el proceder del analista durante el transcurso de la sesión va ganando en coherencia en al menos dos sentidos:

a) se atiene al mismo contrato que solicita que el paciente cumpla: sus actos de arrojar el proyectil están sujetos a las mismas reglas a las que pide que el paciente respete

b) con sus frases A2 rectifica en los hechos su modalidad de intervención previa (basada en sugerencias FU). De este modo ejerce consigo mismo la actividad autocrítica que aconsejó que el paciente ejerciera en el primer tercio de la sesión. Utiliza una variedad expresiva concurrente vía frases (A2) y actos motrices (A2, FG) para trasuntar un mensaje: el de actuar acorde a reglas asumiendo una actitud correspondiente a la de un juego competitivo. El ejercicio de esta coherencia en los hechos por parte del terapeuta, es copresente con el logro de Juan: estabilizar el control de su precipitación motriz y cesar en sus exclamaciones eufóricas. Incluso más: en el cierre del fragmento (ver 25 P) Juan modifica espontáneamente su posición de tiro, adoptando ahora una ubicación en línea recta al blanco (se trata del mismo lugar que el analista le aconsejó, infructuosamente utilizar para sus tiros).

Consideramos posible que Juan logre captar la referida coherencia del analista y que eso probablemente contribuya en dos direcciones

- una modificación constructiva de la alianza terapéutica (actitud más confiada en la palabra del terapeuta, abrirse a considerar sus propuestas)
- una efectuación del cambio clínico (al explorar las sugerencias del terapeuta, en los hechos, desinvieste las defensas patógenas e invierte otras, funcionales, que dan lugar a explorar el juego competitivo)

En función de la conclusión que se desprende del apartado 3a) postulamos lo siguiente en relación al vínculo entre alianza terapéutica y cambio clínico: el encuentro de la coherencia del terapeuta con la disposición del paciente a

descifrarla probablemente contribuya a que alianza terapéutica y el cambio clínico se modifique constructivamente de modo prácticamente simultáneo

Cuadro: Aporte del terapeuta a la alianza terapéutica y el cambio clínico:

El terapeuta no estereotipado puede aportar
Capacidad de auto rectificación
Variedad expresiva concurrente ( disponer enfoques alternativos, coherencia entre el decir y el hacer )

IX. Discusión

A) Discusión con el problema de la investigación:

Esta tesis nos planteamos el siguiente problema estudiar la alianza terapéutica y el cambio clínico en púberes mediante la aplicación de un método psicoanalítico, el algoritmo David Liberman (ADL) y verificar si surge algún aporte al conocimiento acerca de la relación entre la alianza terapéutica y el cambio clínico Consideramos que los resultados de la investigación dan lugar a algunos aportes novedosos. Entre ellos podemos destacar: un estudio más minucioso de los aportes del terapeuta y el paciente a la alianza terapéutica constructiva y al cambio clínico benigno. Respecto del terapeuta una parte de su contribución a la calidad de la alianza terapéutica y al cambio clínico benigno se produce gracias a lo que denominamos variedad expresiva concurrente\_Ésta incluye dos aspectos: a) el disponer de riqueza en su repertorio de recursos, en función de las necesidades anímicas del paciente y b) expresión concurrente: se refiere a la capacidad de transmitir una misma significación utilizando diversos canales. P. ej. : utilizar frases y actos motrices para estimular en el paciente el respeto por las reglas de juego a las que el propio terapeuta se atiene (ver en Conclusiones clínicas derivadas de la aplicación del método el punto 1b). El paciente por su parte adopta una actitud colaboradora de dos modos: 1) ratificando al analista, fortaleciendo su confianza en él cuando las intervenciones del terapeuta apuntan a problemas nodales y 2) desplegando una iniciativa espontánea destinada a

construir/ mejorar el sentimiento de confianza en el analista (ver en Conclusiones clínicas derivadas de la aplicación del método el punto 1a). Pudimos describir también aspectos obstructivos a la alianza terapéutica y el cambio clínico. En el terapeuta, la escasa disposición a rescatarse de sus propuestas alejadas del núcleo de problemas del paciente y la escasez recursos expresivos alternativos resultaron elementos claramente perniciosos. En el paciente inferimos la postura obstructiva la inferimos cuando ante intervenciones del terapeuta que apuntan a problemas nodales, el analizante rectifica al analista o aumenta su desconfianza en el profesional. Otro modo de obstruir puede ser desplegar una iniciativa espontánea destinada a fomentar desorientación clínica de analista.

Fue posible, además, realizar un estudio detallado del aporte del terapeuta al cambio clínico del paciente, lo que nos permitió complejizar el concepto de complementariedad estilística de Liberman, quien en su propuesta de estilos complementarios consideró solo las frases del terapeuta. En nuestro estudio pormenorizado observamos que las intervenciones con las que el terapeuta contribuye a que el paciente púber mejore su disposición y realice el cambio clínico, tienen una composición compleja: incluyen frase y acto motriz. A esta peculiar combinación la denominamos complementariedad estilística matizada (ver en Conclusiones clínicas derivadas de la aplicación del método el punto 2).

Por último entre los aportes podemos destacar el esclarecimiento de una modalidad de relación entre alianza terapéutica y cambio clínico. Se trata del hallazgo de que alianza terapéutica y cambio clínico pueden modificarse constructiva y simultáneamente en la medida en que se produzca un encuentro en que paciente y terapeuta aportan aspectos específicos: el ejercicio de una variedad expresiva concurrente por parte del terapeuta y la disposición del paciente por captarla, investirla y aprovecharla para modificar su confianza y su estructura defensiva patológica (ver en Conclusiones clínicas derivadas de la aplicación del método el punto 3)

## B) Discusión con la hipótesis de la investigación

La hipótesis de esta tesis es la siguiente: en los momentos óptimos del vínculo entre terapeuta y paciente púber, el analista aporta a la alianza terapéutica y el cambio clínico con una variedad de recursos; además de las frases intervienen sea la motricidad, sean los elementos para verbales del terapeuta. Los resultados de esta investigación apoyan la hipótesis planteada, ya que detectamos que las intervenciones terapéuticas que contribuyeron a cambios constructivos de ambos pacientes, tenían una composición compleja: en ellas intervenían al menos dos elementos: las frases y los actos motrices. Cabe agregar que nuestra hipótesis no establecía una relación entre los distintos canales expresivos del terapeuta. Los hechos clínicos nos condujeron a inferir que ambos componentes - frase y motricidad – coligados, aportaban al terapeuta una capacidad, la que denominamos expresión concurrente (la capacidad de transmitir una misma significación utilizando diversos canales) que parece fortalecer la coherencia de su mensaje lo que facilita el sentimiento de confianza del paciente

### C) Discusión con los objetivos de la investigación:

Nuestro objetivo general fue investigar la relación entre alianza terapéutica y cambio clínico en sesiones concretas con pacientes púberes

Los objetivos específicos de nuestra investigación, fueron:

Investigar el cambio clínico en el nivel verbal

Investigar el cambio clínico en el nivel motriz

Investigar la alianza terapéutica desde la perspectiva de las intervenciones del terapeuta

Investigar la alianza terapéutica desde la perspectiva de las manifestaciones clínicas del paciente

En el punto A) de la discusión destacamos varios de los aportes de esta tesis, en línea con los objetivos propuestos. Enumeramos los más relevantes: pudimos colegir en las manifestaciones clínicas del paciente, algunos componentes que contribuyen a la alianza terapéutica constructiva: la reacción constructiva, el tiempo de espera interno y la iniciativa espontánea. Asimismo, pudimos inferir en



las intervenciones del analista, elementos que facilitan la alianza terapéutica constructiva: la capacidad de auto rectificación clínica y la variedad expresiva concurrente. Asimismo, inferimos algunas de las características de la alianza terapéutica obstructiva en cada uno de los integrantes del vínculo terapéutico. En cada una de estas propuestas específica que aportan a la calidad de la alianza terapéutica (iniciativa espontánea, variedad expresiva concurrente, etc.), hemos puesto de resalto el aporte específico de frases y actos motrices, sea que correspondan al paciente, sea que correspondan al terapeuta. A su vez, en relación al cambio clínico (ver en Discusión punto 2: El cambio clínico y la complementariedad estilística matizada), el estudio de las intervenciones clínicas que contribuyeron a la modificación benigna de las defensas del paciente, nos condujo a describir determinadas combinaciones de frases y actos motrices por parte del terapeuta, que potencian la coherencia de su mensaje, lo que facilita la desactivación de constelaciones defensivas exitosas en el analizante.

#### D) Discusión con el estado del arte de la investigación

##### D1) Acerca de la investigación de alianza terapéutica y resultados fuera del setting clínico

1) quienes realizan este tipo de investigaciones (Abrishami, 2009), sostienen que se puede detectar fidedignamente la calidad la alianza terapéutica entre terapeuta y paciente, a través de instrumentos como las encuestas, las cuales se aplican a los integrantes del vínculo terapéutico por fuera del intercambio clínico mismo. Lo que estos métodos registran, son las opiniones que los actores cruciales de la psicoterapia con niños o púberes (terapeuta, paciente, progenitores) vierten acerca de la alianza terapéutica.

- Nuestro instrumento nos permitió inferir las características de la alianza terapéutica y el cambio clínico en el interior del proceso terapéutico, en su ámbito natural: el diálogo entre terapeuta y paciente. Pudimos captar la condición fluctuante, esencialmente dinámica de la alianza terapéutica. Por ejemplo: en la segunda sesión de Juan, detectamos que durante tres cuartas partes de la misma los aportes de ambos son obstructivos, y solo cuando el analista logra

producir intervenciones más atinadas y coherentes con los requerimientos psíquicos del Juan, éste se vale de éstas para fortalecer la alianza terapéutica y activar el cambio clínico. Es probable que un instrumento como la encuesta capte muy escasa o pobremente la sutileza de las vicisitudes vinculares como la recién descrita. Es por esta razón, que consideramos que nuestra tesis constituye un aporte al estudio pormenorizado de alianza terapéutica y cambio clínico en psicoterapia de niños y púberes

## D2) Acerca del modelo (unidimensional/multidimensional) en la investigación de alianza terapéutica y resultados dentro del setting clínico

Midgley (2007) afirma que diversos investigadores estudiaron el intercambio clínico con el objetivo de establecer correlaciones entre a) tipo de intervención clínica (directivas\ no directivas, \ de tipo clásico, etc.) y b) la calidad de respuesta de los pacientes (involucramiento emocional que se desprende de las respuestas del paciente a las referidas intervenciones). En función de esos estudios realizan recomendaciones respecto a qué tipo de intervenciones tienen mejor receptividad en el paciente para facilitar el despliegue del proceso terapéutico. Estas investigaciones estudian un momento constructivo de la alianza terapéutica apoyándose en un modelo unidimensional: estímulo (intervención)\ respuesta (implicación emocional del paciente)

- Con nuestro instrumento de investigación hemos detectado (en el primer fragmento de Teodoro, en el segundo de Juan) un momento fértil del intercambio clínico, en el cual se desarrolla un encuentro entre 1) la coherencia del terapeuta entre su decir y su hacer y 2) una disposición del paciente para captar la coherencia del terapeuta. Colegimos que la fertilidad clínica de este encuentro depende de que – parafraseando a Winnicott – el terapeuta coloca la coherencia en el momento en que el paciente está pronto para descubrirla. En síntesis: esta tesis puede esbozar un *abordaje multidimensional* al estudio del vínculo entre alianza terapéutica y cambio clínico; es decir: no solo consideramos la presunta adecuación de la intervención del terapeuta a la problemática del paciente, sino también lo coherente que el terapeuta trasunta ser con los mensajes que

expresa, y la disposición que en determinado momento, pueda tener el paciente para otorgar investidura a la relación entre lo que el terapeuta dice y hace. Este abordaje no ha sido descrito en la bibliografía actual

### D3) Acerca del momento del tratamiento en que se estudia la alianza terapéutica y los métodos para hacerlo

Actualmente, los estudios empíricos acerca de alianza terapéutica y resultados del tratamiento, asignan a la calidad de la alianza terapéutica temprana, el elemento decisivo respecto de la continuidad y eficacia clínica de los tratamientos psicoterapéuticos. Se diseñaron escalas para estudiar la alianza terapéutica temprana (Midgley 2007). Abrishami (2009) produjo un instrumento para poner a prueba la siguiente hipótesis: la puntuación que hace el adolescente de la alianza terapéutica temprana tiene mayor correlación con los resultados de la terapia que las que producen sus propios terapeutas. Con frecuencia los métodos buscan mejorar la capacidad para detectar rápidamente signos de crisis en la alianza terapéutica y de ese modo evitar las interrupciones prematuras de los tratamientos

- Nuestra tesis se ocupa de otro aspecto de la crisis en la alianza terapéutica. Específicamente apuntamos a analizar micro estancamientos de la alianza terapéutica, los detectamos no en el comienzo, sino durante el transcurso del proceso analítico. Se trata escenas que si bien no ponen en juego una psicopatología grave de parte del paciente, se constituyen en perturbadoras y, que de no resolverse, pueden contribuir a establecer puntos ciegos en los tratamientos. El impulso pionero de nuestra investigación respecto de la alianza terapéutica y el cambio clínico en pacientes púberes abarca los dos aspectos: 1) el estudio de los micro estancamientos en procesos clínicos de varios años de duración y 2) la integración de las manifestaciones verbales y no verbales (lo más habitual es estudiar la alianza terapéutica exclusivamente en el terreno del discurso verbal)

### E) Discusión con el punto de vista metodológico de la investigación

Los objetivos específicos de nuestra tesis guían a que nuestra discusión considere los métodos de gran afinidad conceptual y metodológica.

De este modo, hemos decidido jerarquizar los aportes de David Liberman en el libro acerca de los estilos de juego y los del ADL de David Maldavsky

#### De los instrumentos del terapeuta de niños en la acción clínica

La propuesta libermaniana de la complementariedad estilística, estudia la fluidez en la relación paciente-terapeuta. Se focaliza en detectar si ambos articulan su discurso de un modo funcional, acorde a la meta clínica. En el libro que este autor dedica a los estilos de juego de los niños en sesión surge que para Liberman (1981) el momento óptimo es aquel en que, entre paciente y terapeuta, existe un acuerdo en que la función de éste es la de testigo e intérprete del juego del paciente niño. En ciertas circunstancias (p.ej. con pacientes muy pequeños), cuando no cabe otra alternativa, el terapeuta puede ocupar otro lugar: el de acompañante lúdico. Sus instrumentos son, entonces, su capacidad dramática, la motricidad aloplástica, entre otros. Liberman sostiene que en el ejercicio de la tarea de acompañante lúdico, el analista corre mayor riesgo de perder de vista la orientación terapéutica analítica (Liberman op. cit. pág. 23). Esta advertencia de Liberman es coherente con su concepción de que el aporte del terapeuta al cambio clínico del paciente reside en la capacidad de generar las interpretaciones verbales pertinentes. De ese modo, a otras acciones del terapeuta desplegadas en el vínculo (las que ejecuta con su motricidad aloplástica, por ejemplo) las considera de una importancia secundaria en el estudio de los aportes del analista a la modificación clínica del paciente.

- En nuestra investigación, el registro de los hechos clínicos nos enseña que el analista en ciertos momentos despliega lo que hemos denominado variedad expresiva concurrente. Un aspecto de la misma es que el terapeuta logra reunir armónicamente frases y movimientos para potenciar la elocuencia del mensaje del terapeuta e incidir en los cambios clínicos constructivos en el paciente. . Veamos como ejemplo: “durante tres cuartas partes del segundo fragmento Juan tiene una propensión a producir paradojas lógicas, tonos exaltados y catarsis y actitudes desafiantes. La escena que arma con estos elementos consiste en

triunfar desafiadamente, a costa del fracaso propio y ajeno (ver 3P, 14P). El terapeuta, en sus primeras quince intervenciones (tres cuartas partes del total de las mismas), alterna actos motrices de puntería certeros, acorde a las reglas de juego (ver: 1A, 2A, 10A) con frases FU (ver7A, 11A). En ese lapso la actitud obstructiva del paciente y las defensas patógenas exitosas, se mantienen. En la secuencia de intervenciones que van desde la 15 hasta la 18, se produce un cambio en el terapeuta. Ahora intercala los actos de arrojar con precisión acorde a reglamento (15A y 17A), con frases A2 (16A y 18A), las cuales enfatizan en aspectos del contrato de juego. Tras esta tanda de intervenciones Juan desactiva su aceleración motriz (se disculpa ante el terapeuta– ver 22A -). Casi inmediatamente (tras una nueva intervención del analista) el paciente releva a la defensa patógena por otra benigna, funcional (25 P). Creemos que la intercalación de actos motrices y de frases que el terapeuta perfeccionó entre sus turnos de habla 15 y 18, potenciaron su expresividad al transmitir con recursos diversos un mensaje coherente: el de convocar a Juan a respetar reglas (a las que el mismo terapeuta se atiende). Cabe concluir que en esta ocasión actos motrices y frases actúan multiplicando recíprocamente su potencial expresivo y terapéutico.

La propuesta de la variedad expresiva concurrente puede ser un camino para aportar un punto de vista multidimensional al estudio de las intervenciones terapéuticas, el cual históricamente ha tenido un abordaje unidimensional, reduccionista (al hacer eje exclusivo en las intervenciones verbales del analista)

## F) Discusión con el marco conceptual de la investigación

### F1) Refinamiento de la teoría de la complementariedad estilística

La propuesta libermaniana de la complementariedad estilística, estudia la fluidez en la relación paciente- terapeuta. En la actividad clínica es frecuente constatar que la mera utilización del estilo complementario por parte del terapeuta no resulta razón suficiente para que el paciente necesariamente produzca una modificación en la alianza terapéutica y/o un cambio clínico. Las que siguen, son

dos propuestas en la línea de refinar el concepto de complementariedad estilística.

I) El estudio detallado de las intervenciones terapéuticas nos condujo a sugerir que el aporte complementario del terapeuta, en algunas ocasiones, no se compone exclusivamente de frases, sino que incluye una combinación de intervenciones inherentes al mismo lenguaje de pulsión, aunque de distinto tipo. P. ej.: el terapeuta informa el reglamento de un juego (acto de habla A2) y luego, durante el juego, sus movimientos (acto motriz A2) son acordes a las reglas previamente presentadas. Consideramos probable que, merced a la referida combinatoria, el mensaje del terapeuta adquiere un plus de credibilidad la cual, en un paciente con disposición favorable hacia la confianza y el cambio clínico, puede resultar un empuje sea a consolidar el vínculo, sea a desactivar las defensas patológicas o a ambas cosas

Cuadro: Complementariedad estilística matizada

Paciente Combinación de defensas y pulsiones	Terapeuta Combinación de intervenciones
Desmentida + O1	Acto motriz reglado (A2) + acto de habla A2
Desmentida + O2 (paraverbal)	Acto motriz reglado (A2) + acto de habla A2
Desmentida + O1 y A1	Acto motriz acorde a reglas (A2) + acto de habla A2
Desestimación del afecto + LI y desmentida +O1	Tándem de intervenciones A2 (contrato, anticipación y síntesis)

II). El estudio de algunas de las intervenciones clínicas que contribuyen al cambio clínico en Teodoro y Juan presentan la siguiente característica: no solo son pertinentes desde el punto de vista de la complementariedad, sino que también *configuran una secuencia de intervenciones complementarias* (sea un tándem de frases sea una secuencia de frase seguida por una acción, ambas con el mismo

valor erógeno). Digamos entonces que, a la hora de evaluar las sesiones en las que se produce cambio clínico, no solo cabe considerar la precisión de una intervención del terapeuta (p.ej. la última antes de que el paciente modifique sus defensas), sino también si esa intervención es parte de una secuencia con un rasgo en común, como ser pertenecer al mismo lenguaje de pulsión. En síntesis: esta tesis abre la posibilidad de considerar el peso que pueda tener *la intensidad del estímulo complementario que aporta* el terapeuta a la hora de incidir en el cambio clínico de los pacientes púberes. Como ejemplo podemos considerar el segundo fragmento de Juan. Durante tres cuartas partes del mismo observamos la vigencia de dos defensas prevalentes en el púber: la desmentida combinada con O1 que promueve las paradojas lógicas y la desestimación del afecto combinada con LI que se expresa como catarsis, acelere corporal y dispersión de la atención. En ese lapso, las intervenciones del terapeuta no logran hacer mella en esa estructura defensiva patógena. Las cosas cambian cuando el analista apela a un tándem de cuatro intervenciones A2 (16A, 18A, 19A, 20A). Las dos primeras apuntan al contrato y contribuyen a hacer cesar el acelere motriz y la dispersión de la atención. Con las dos últimas - anticipación y síntesis - desarma la paradoja lógica y propone un camino para el cambio clínico. Tras esta andanada de intervenciones, Juan comienza explorar una naciente actitud competitiva. En consecuencia: el tándem de intervenciones A2 parecen contribuir a desactivar la combinación de la desestimación del afecto y la desmentida, en combinación con LI y O1 respectivamente.

## F2) Nueva concepción del momento óptimo de un tratamiento

Los autores psicoanalíticos que trabajaron el concepto de momento óptimo en la experiencia terapéutica (Bion 1969, Liberman 1970, Etchegoyen, 1991) pergeñaron la que hoy es la versión clásica del concepto. Lo definieron como una experiencia cognitivo – emocional, tanto para el terapeuta como para el paciente. Coinciden en que el proceso se desencadena en el terapeuta, cuando detecta un orden en un conjunto de hechos clínicos, hasta entonces incomprensibles. Alcanza inteligibilidad acerca de un sector de la vida anímica del paciente. Si el

analista logra formular una interpretación mediante la cual, transmite su intelección al paciente, termina de dar curso a su propia experiencia emocional que involucra el descubrir y comunicar. El analista despliega una vivencia de insight, en la medida en que la interpretación del analista le brinde un conocimiento nuevo de sí mismo y que al mismo tiempo modifique las defensas resistían ese descubrimiento (Etchegoyen, op. cit.).

- Nuestra investigación nos permite postular otra acepción del momento óptimo en sesión, según la cual analizando y analista alcanzan una sintonía compleja. Entre los aportes del terapeuta deslindamos de dos tipos

1) los que dan cuenta de una cierta coherencia entre lo que el terapeuta dice y hace, lo detectamos en:

- Contrato: el terapeuta se atiene al mismo contrato que solicita que el paciente cumpla:

- Disposición autocrítica: propone al paciente que revise determinado proceder a la vez que testimonia en los hechos su disposición a ejercer la autocrítica respecto de su modo de entender e intervenir clínicamente

- Variedad expresiva: utiliza frases y actos motrices gracias a la cual su mensaje gana en elocuencia y riqueza

2) son lo que Liberman (1972) denomina “complementarios” considerando los requerimientos de la psicopatología del paciente.

Entre los aportes del paciente deslindamos

La actitud colaboradora que interviene en el momento óptimo, se expresa de este modo

1) puede apelar a una iniciativa espontánea (en el primer fragmento de Teodoro hace claudicar una defensa patógena exitosa con una expresión paraverbal disfórica) con la cual pone al terapeuta sobre la pista de la escena que se está desplegando entre ambos, o puede responder constructivamente a las intervenciones del terapeuta que trasuntan coherencia entre lo que dice y hace

2) El paso que sigue es el de dirigir una parte de su atención psíquica a discriminar en las manifestaciones del terapeuta, la coherencia \ incoherencia



entre su decir y su hacer. El objetivo de esta actividad es alcanzar una conclusión respecto de la confianza\desconfianza que le despierta el terapeuta en un momento dado. Si la evaluación da fundamento al sentimiento de confianza en el analista, la alianza terapéutica se fortalece y mejora la receptividad hacia las intervenciones del terapeuta.

Otra parte de la investidura anímica del analizante se dirige al componente de la propuesta terapéutica que tenga potencialidad para activar el proceso de cambio clínico y consumarlo (p. ej. introyectando una función psíquica previamente localizada en el discurso del analista).

En síntesis: en nuestra acepción del momento óptimo intervienen otros elementos además de la presunta precisión de la interpretación a la que se refieren los autores clásicos. Destacamos en especial el papel que juega la coherencia en el vínculo. El terapeuta la pone en juego en la relación entre su decir y su hacer. En el paciente la captación de la coherencia del terapeuta contribuye a la sinergia que se establece entre alianza terapéutica constructiva y activación de cambio psíquico. La coherencia parece ser un elemento cuya circulación prepara y facilita la experiencia cognitivo - emocional que según todos los autores define al momento óptimo de una sesión