



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

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

Agradecimientos:

A mis padres, Diana y Jacky, que tanto hicieron por tener un hijo Doctor

A mis esposa Marta, a mis hijos, Julián y Juan, que son el motor y la luz en mi vida

A David Maldavsky, por su capacidad de convocar en mí el empuje a superarme

A Ariel y Sebastián por el apoyo de la amistad y el conocimiento generoso en diversos tramos de este camino

INDICE

1. Problema	(pág. 1)
2. Justificación	(pág. 3)
3. Marco conceptual	(pág. 5)
Capítulo 3.1: Introducción al marco teórico	(pág. 5)
Capítulo 3.2: Marco teórico	(pág. 5)
Elementos constitutivos del cambio clínico:	(pág. 6)
l) Teoría psicoanalítica de las pulsiones	(pág.6)
Definición de pulsión	(pág. 6)
Distinción entre pulsión y proceso somático	(pág. 6)
Los componentes de la pulsión	(pág. 8)
Diferencias específicas entre las pulsiones	(pág.9)
Pulsiones sexuales. Su deslinde a partir de la autoconservación y el cuerpo	(pag.10)
Las fuentes de la sexualidad y su proyección en la sensorialidad	(pág.10)
Zonas erógenas. Caracterización, tipos	(pág.11)
Las pulsiones según su dependencia/independencia del mundo extracorporal	(pag.12)
Pulsiones que se rigen por acción específica	(pág.13)
Figurabilidad de la pulsión	(pág.14)
La pulsión y sus representantes anímicos	(pág.14)
Teoría de la fijación pulsional	(pág.16)
Diferencias y similitudes entre pulsión e instinto	(pág.17)

Pulsión e investiduras posicionales	(pág.18)
Subjetividad y pulsión	(pág.19)
El yo y los procesos pulsionales	(pág.19)
De la pulsión al lenguaje: el procesamiento psíquico de las pulsiones	(pág. 21)
Las pulsiones básicas y sus modos de ligadura prototípicos	(pág.24)
La función del otro en el despliegue de la subjetividad	(pág.34)
El cambio teórico de 1920: La pulsión de muerte y la función del masoquismo primordial	(pág.37)
II) Fundamentos de la teoría freudiana de la defensa	(pág.38)
Introducción	(pág.38)
Interrogantes respecto de las defensas	(pág.39)
El yo en la teoría freudiana	(pág.42)
Las fijaciones que estructuran el aparato psíquico	(pág.49)
La pugna entre adhesividad -Eros- y desasimiento -pulsión de muerte-	(pág.49)
Las corrientes defensivas fundamentales	(pág.50)
Desestimación	(pág.50)
Desmentida	(pág.56)
Represión	(pág.63)
La represión primordial	(pág.63)
La estructura yoica que produce la defensa	(pág.65)
La represión secundaria	(pág.66)
Fijación patógena: su relación con el yo, la pulsión y la defensa	(pág.66)

Fijación patógena y serie complementaria	(pág.66)
Fijación patógena en el yo	(pág.67)
3.3 Marco substantivo	(pág.67)
Definición de alianza terapéutica constructiva y obstructiva	(pág. 68)
Alianza terapéutica constructiva y obstructiva en el terapeuta	(pág.68)
Alianza terapéutica constructiva y obstructiva en el paciente	(pág.69)
Definición de cambio clínico	(pág.70)
Momento óptimo y complementariedad estilística	(pág.70)
Rectificaciones ulteriores desde el ADL	(pág.71)
Complementariedad: rectificaciones parciales derivados del testeo	(pág. 72)
El momento óptimo: una experiencia cognitivo-emocional	(pág. 73)
Definición de pubertad	(pág. 74)
4. Estado del arte	(pág. 75)
La alianza terapéutica y su relación con el cambio clínico	(pág. 75)
4.1: Antecedentes de investigaciones en pacientes adultos	(pág. 75)
¿Por qué incluir antecedentes de investigaciones de adultos si nuestro foco de investigación son los pacientes púberes?	(pág. 75)
¿Por qué incluir antecedentes de investigaciones de adultos si nuestro foco de investigación son los pacientes púberes?	(pág.75)
4.1.I) Estudios no sistemáticos en adultos	(pág.75)
Concepto de alianza terapéutica y cambio clínico en Freud	(pág.75)
Precisiones acerca del concepto de cambio clínico en Freud	(pág.76)
Aportes psicoanalíticos a la noción de alianza terapéutica y cambio clínico	(pág.76)

La escuela inglesa: W. Bion: el rapport es el hallazgo de lo nuevo. El trabajo del analista	(pág.78)
D. Meltzer: alianza terapéutica e interpretación	(pág.80)
D. Winnicott y W. Bion: alianza terapéutica en pacientes graves	(pág.81)
¿Qué entienden por cambio clínico Winnicott y Bion?	(pág.83)
D. Liberman: el estudio de alianza terapéutica en la sesión concreta	(pág.84)
Los elementos que constituyen el concepto de estilo	(pág.85)
a) la teoría de la comunicación	(pág.85)
b) una concepción de salud psíquica	(pág.86)
c) una concepción psicopatológica	(pág.87)
d) una nosografía	(pág.87)
e) el momento óptimo de la experiencia analítica	(pág.88)
f) componentes para verbales	(pág 88)
Las propuestas de Liberman para evaluar alianza terapéutica	(pág.89)
a) La pertinencia de las intervenciones del analista: teoría de la complementariedad estilística	(pág.89)
b) La disposición del paciente respecto del tratamiento (colaborador \resistencial)	(pag.91)
Los aportes de Liberman: Una síntesis	(pág.92)
Límites de la propuesta libermaniana	(pág.93)
4.1. II) Estudios de investigación sistemática de alianza terapéutica en pacientes adultos	(pág. 93)
La ruptura de la alianza como foco de investigación	(pág.97)

Los momentos de la alianza terapéutica (pág.98)

Estudios cognitivistas sobre alianza terapéutica (pag.99)

4.2 Antecedentes de investigaciones en pacientes niños y púberes

(pag. 101)

4.2.I) Estudios no sistemáticos

(pág. 101)

Breve historia del concepto de alianza terapéutica en el psicoanálisis con niños

(pag.101)

La escuela inglesa: propuesta de D. Meltzer

(pág.103)

La escuela lacaniana: Juan D. Nasio

(pág.104)

La propuesta libermaniana acerca de los estilos de juego

(pág.106)

Liberman: una propuesta pionera para estudiar procesos clínicos en niños y

púberes

(pág.107)

Lugar e instrumentos del analista de niños en el libro de los estilos de juego

(pág.108)

Aportes y carencias de esta propuesta

(pág.109)

4.2.II) Antecedentes de estudios sistemáticos acerca de alianza terapéutica y cambio clínico en niños y púberes

(pág.112)

Los problemas del psicoanálisis actual para encarar la investigación

Sistemática

(pág.113)

Midgley: como fortalecer la disposición a la investigación empírica

(pág.114)

Midgley: rastreo de las investigaciones sistemáticas en psicoterapia con niños

(pág.115)

a)Búsqueda de categorías para estudiar la conducta significativa en sesión

	(pág.116)
b) En qué consiste el cambio clínico	(pág.117)
c) La evaluación del proceso terapéutico general:	(pág.118)
d) Instrumentos psicoanalíticos para detectar proceso terapéutico	(pág.120)
e) Estudios acerca de alianza terapéutica	(pag.120)
Investigación actual acerca de alianza terapéutica y cambio clínico en niños y Púberes	(pág.122)
Descripción pormenorizada de una investigación en alianza terapéutica en niños y púberes	(pág.126)
Abrishami: propuesta de próximas investigaciones	(pág.131)
4.3 Conclusiones acerca del estado del arte: un panorama de conjunto	(pag.131)
5 Objetivos	(pág. 134)
5.1 Objetivos generales	(pág. 134)
5.2 Objetivos específicos	(pág. 134)
6. Hipótesis	(pág. 135)
Nuestra hipótesis	(pág. 136)
7. Diseño de investigación	
Aspectos metodológicos: Muestra, instrumentos y procedimientos	(pag.137)
Capítulo 7.1: La muestra Consideraciones generales.	(pág. 137)
Estudio de caso e investigación en psicoterapia: su origen, su lugar en la obra de Freud y en la actualidad	(pág.138)
El psicoanálisis y la investigación sistemática utilizando caso único	(pág.140)

Los estudios de caso y los diseños de investigación	(pág. 141)
El diseño de nuestra investigación	(pág. 142)
Justificación respecto del tamaño de la muestra	(pág. 143)
Justificación del tipo de muestra	(pág. 143)
Capítulo 7.2: La muestra en nuestra investigación	(pág. 144)
Muestra I: Teodoro	(pág. 144)
Primer fragmento clínico	(pág. 144)
Propuesta de segmentación en función del estudio de la alianza terapéutica y el cambio clínico	(pág.145)
Segmentación del fragmento clínico I	(pág. 146)
Segundo fragmento clínico	(pág. 146)
Segmentación del fragmento clínico II	(pág. 147)
Tercer fragmento clínico	(pág.148)
Segmentación del fragmento clínico III	(pág. 149)
Esta muestra: ¿es pertinente para evaluar alianza terapéutica y cambio clínico?	(pag.149)
Muestra II Juan	(pág. 151)
Fragmento I	(pág. 151)
Segmentación del fragmento I	(pág. 152)
Segundo fragmento clínico	(pág. 152)
Segmentación del fragmento II	(pág.155)
Fragmento III	(pág.155)
Segmentación del fragmento III	(pág.158)

Esta muestra: ¿Es pertinente para evaluar alianza terapéutica y cambio clínico?
(pag.158)

Capítulo 7.3: Instrumentos (pág.160)

Presentación general del método de investigación (pág.160)

Argumentos a favor del sistema categorial y los tres niveles de análisis (pag.161)

Los instrumentos del ADL y el objetivo de esta tesis (pág.163)

La grilla de los actos del habla (anexo)

Análisis de las frases: una introducción (pág.164)

Análisis de los elementos paraverbales. Una introducción (pág.165)

Grilla: Elementos para verbales (pág.166)

Grilla de motricidades (pág.170)

Procedimientos específicos para detectar la defensa (pág.170)

Análisis de la defensa en el nivel de la estructura frase (pág.170)

Procedimiento para detectar las defensas en los actos de habla (pág.172)

Procedimiento específico para detectar las defensas contra la realidad y los juicios objetivos y críticos en los actos del habla (pág.173)

Procedimiento específico para detectar las defensas contra el deseo en los actos del habla (pág.180)

Recursos retóricos y mecanismos psíquicos (pág.183)

8. Análisis de datos y resultados (pág. 188)

Introducción: (pág.188)

Capítulo 1 (pág. 188)

Muestra I (Juan) (pág.188)

Motivo de consulta	(pág.188)
Muestra I Primer fragmento clínico	(pág.189)
Análisis de los deseos y defensas en los actos de habla, elementos paraverbales y las motricidades del paciente	(pág.189)
Análisis sintagmático del paciente. Turno del habla	(pág.190)
Comentario del análisis sintagmático	(pág.190)
Análisis de las motricidades del paciente	(pág.190)
Análisis paraverbal del paciente	(pág.191)
Correlación entre actos de habla y actos motrices del paciente	(pág.191)
Comentario de la correlación entre actos de habla y motricidades del paciente	(pag.192)
Correlación entre componentes paraverbales y actos motrices del paciente	(pag.192)
Comentario de la correlación entre componente paraverbal y acto motriz del paciente	(pág.193)
Correlación entre acto de habla y componentes paraverbales del paciente	(pag.193)
Comentario de la correlación entre acto de habla y componente paraverbal del paciente	(pág.193)
Comentario de conjunto de la correlación entre actos motrices, actos de habla y componentes paraverbales del paciente	(pág.193)
Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos de habla	(pág.193)
Comentario respecto de los actos de habla del terapeuta	(pág.194)
Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos motrices	(pág.194)
Análisis sintagmático de conjunto	(pág.194)

Propuesta de segmentación para el estudio de alianza terapéutica y cambio clínico	(pág. 195)
Evaluación del aporte de las intervenciones del terapeuta a la alianza terapéutica y cambio clínico	(pág.196)
Comentario acerca de las intervenciones motrices del terapeuta	(pág.196)
Consideración general acerca del aporte del terapeuta en el fragmento	(pag.197)
Evaluación de los aportes del paciente a la alianza terapéutica y al cambio clínico	(pág. 197)
Consideración general acerca del aporte del paciente en el fragmento	(pag.200)
La alianza terapéutica y el cambio clínico en el fragmento	(pág.200)
Estudio de la complementariedad estilística en el fragmento	(pág.201)
Muestra I Segundo fragmento clínico	(pág.202)
Análisis de los deseos y defensas en los actos de habla, elementos paraverbales y las motricidades del paciente	(pág.205)
Análisis sintagmático: Turno del habla del paciente	(pág.205)
Análisis de las motricidades del paciente	(pág.207)
Análisis paraverbal del paciente	(pág.209)
Correlación entre motricidades y actos de habla del paciente	(pág.210)
Comentario acerca de la correlación entre motricidades y actos de habla del paciente	(pág.211)
Correlación entre actos motrices y componentes paraverbales del paciente	(pag.211)
Comentario acerca de la correlación entre motricidades y elementos paraverbales del paciente	(pág.213)
Correlación entre actos de habla y componentes paraverbales del paciente	

	(pag.213)
Comentario acerca de la correlación entre actos de habla y componentes paraverbales del paciente	(pág.214)
Comentario de conjunto de la correlación entre actos motrices, actos de habla y componentes paraverbales	(pág.215)
Análisis de intervenciones del terapeuta: actos de habla	(pág.215)
Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos motrices	(pág.217)
Análisis de las intervenciones del terapeuta: componentes paraverbales	(pag.218)
Análisis sintagmático de conjunto	(pág.218)
Propuesta de segmentación para el estudio de alianza terapéutica y cambio clínico	(pág.220)
Evaluación del aporte de las intervenciones del terapeuta a la alianza terapéutica y cambio clínico	(pág.220)
Consideración general acerca del aporte del terapeuta en el fragmento	(pag.221)
Evaluación de los aportes del paciente a la alianza terapéutica y al cambio clínico	(pág.222)
Consideración general acerca del aporte del paciente en el fragmento	(pag.224)
La alianza terapéutica y el cambio clínico en el fragmento	(pág.225)
Estudio de la complementariedad estilística en el fragmento	(pág.226)
Comentario acerca de la complementariedad estilística en el fragmento	(pag.229)
Muestra I. Fragmento III	(pág.231)

Análisis de los deseos y defensas en los actos de habla, elementos paraverbales y las motricidades del paciente	(pág.233)
Análisis sintagmático del paciente: turno del habla	(pág.233)
Análisis de las motricidades del paciente	(pág.237)
Análisis paraverbal del paciente	(pág.237)
Correlación entre actos de habla y actos motrices del paciente	(pág.238)
Comentario de la correlación entre actos motrices y actos de habla	(pág. 240)
Comentario de la correlación entre acto de habla y componente paraverbal	(pag.240)
Comentario de conjunto de la correlación entre actos motrices, actos de habla y componentes para verbales del paciente	(pág.240)
Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos de habla	(pág.240)
Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos motrices	(pág.242)
Análisis sintagmático de conjunto	(pag.243)
Propuesta de segmentación para el estudio de alianza terapéutica y cambio clínico	(pág. 245)
Evaluación del aporte de las intervenciones del terapeuta a la alianza terapéutica y cambio clínico	(pág.245)
Consideración general acerca del aporte del terapeuta en el fragmento	(pag.246)
Evaluación de los aportes del paciente a la alianza terapéutica y al cambio clínico	(pag.246)
Consideración general acerca del aporte del paciente en el fragmento	(pag.248)
Alianza terapéutica y cambio clínico en el fragmento	(pág.248)
Estudio de la complementariedad estilística en el fragmento	(pág.249)

Comentario acerca de la complementariedad estilística en el fragmento	(pag.250)
Muestra I: alianza terapéutica y cambio clínico desde una perspectiva longitudinal	(pág. 251)
Capítulo 2	(pág.252)
Muestra II (Teodoro)	(pág.252)
Motivo de consulta	(pág. 252)
Muestra II Primer fragmento clínico	(pág. 253)
Análisis de los deseos y defensas en los actos de habla, elementos paraverbales y las motricidades del paciente	(pág. 255)
Análisis sintagmático del paciente. Turno del habla	(pág. 255)
Análisis de las motricidades del paciente	(pág. 256)
Análisis paraverbal del paciente	(pág. 257)
Correlación entre actos motrices y actos de habla del paciente	(pág. 257)
Comentario de la correlación entre actos motrices y actos de habla	(pág. 257)
Correlación entre actos de habla y componentes paraverbales	(pág. 257)
Comentario de la correlación entre actos de habla y componentes paraverbales	(pag.258)
Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos de habla	(pág.258)
Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos motrices	(pág.259)
Análisis sintagmático de conjunto	(pag.260)
Propuesta de segmentación para el estudio de alianza terapéutica y cambio clínico	(pág.261)

Evaluación del aporte de las intervenciones del terapeuta a la alianza terapéutica y cambio clínico	(pág.262)
Consideración general acerca del aporte del terapeuta en el fragmento	(pag.263)
Evaluación de los aportes del paciente a la alianza terapéutica y al cambio clínico	(pág. 264)
Consideración general acerca del aporte del paciente en el fragmento	(pag.266)
La alianza terapéutica y el cambio clínico	(pág.267)
Estudio de la complementariedad estilística en el fragmento	(pág.268)
Comentario acerca de la complementariedad estilística en el fragmento	(pag.269)
Muestra II Segundo fragmento clínico	(pág.269)
Análisis de los deseos y defensas en los actos de habla, elementos paraverbales y las motricidades del paciente	(pág.270)
Análisis sintagmático del paciente	(pág.270)
Análisis de las motricidades del paciente	(pág.271)
Análisis paraverbal del paciente	(pág.271)
Correlación entre acto de habla y componentes paraverbales	(pág.272)
Comentario de la correlación entre acto de habla y componentes paraverbales	(pag.272)
Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos de habla	(pág.272)
Análisis sintagmático de conjunto	(pág.273)
Evaluación del aporte de las intervenciones del terapeuta a la alianza terapéutica y cambio clínico	(pág.274)

Consideración general acerca del aporte del terapeuta a la alianza terapéutica y el cambio clínico	(pág.275)
Evaluación de los aportes del paciente a la alianza terapéutica y al cambio clínico	(pág. 276)
Consideración general acerca del aporte del paciente en el fragmento	(pag.277)
La alianza terapéutica y el cambio clínico	(pág.278)
Estudio de la complementariedad estilística en el fragmento	(pág.278)
Comentario acerca de la complementariedad estilística en el fragmento	(pag.279)
Muestra II Tercer fragmento clínico	(pág.279)
Análisis sintagmático del paciente	(pág.280)
Análisis de las motricidades del paciente	(pág.282)
Análisis de las manifestaciones paraverbales del paciente	(pág.282)
Correlación entre actos de habla y componentes paraverbales del paciente	(pag.282)
Comentario acerca de la correlación entre actos de habla y componentes paraverbales	(pág.283)
Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos de habla	(pág.283)
Análisis de las intervenciones del terapeuta: componentes paraverbales	(pag.284)
Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos motrices	(pág.284)
Análisis sintagmático de conjunto	(pág.284)
Evaluación del aporte de las intervenciones del terapeuta a la alianza terapéutica y cambio clínico	(pág.286)
Consideración general acerca de los aportes del terapeuta a la alianza terapéutica y el cambio clínico	(pág. 288)
Evaluación de los aportes del paciente a la alianza terapéutica y el cambio clínico	(pág. 288)
Alianza terapéutica y cambio clínico	(pág.291)

Estudio de la complementariedad estilística en el fragmento (pág.292)

Comentario acerca de la complementariedad estilística en el fragmento
(pag.294)

Comentario de conjunto de la correlación entre actos motrices, actos de habla y componentes paraverbales de los tres fragmentos (pág.295)

Alianza terapéutica y cambio clínico desde una perspectiva longitudinal
(pag.296)

Capítulo 3:

Conclusiones clínicas derivadas del análisis (pág.297)

Restricción de la muestra (pág.297)

Un ajuste en las definiciones de alianza terapéutica y complementariedad estilística (pág.297)

Conclusiones respecto de la alianza terapéutica (pág.298)

1) Aportes a la calidad de la alianza terapéutica (actitud colaboradora u obstructiva) (pág.298)

1a) Paciente (pág. 298)

1b) Terapeuta (pág.301)

2) Respecto del cambio clínico y la complementariedad matizada del terapeuta
(pag.304)

3) Relación entre alianza terapéutica y cambio clínico (pág.308)

9. Discusión (pág. 311)

9.1 Síntesis de los resultados (pág. 311)

1. Contribución del paciente y el terapeuta a la calidad de la alianza terapéutica (pág.311)

1a) Aportes constructivos del paciente a la alianza terapéutica (pág.311)

- a)Reacción constructiva (pág.311)

- b)Tiempo de espera interno (pág.312)

- c) Iniciativa espontánea (pág.312)

1b) Aportes del terapeuta a la calidad de la alianza terapéutica: Variedad expresiva concurrente (pág.314)

2.El cambio clínico y la complementariedad estilística matizada

(pág.316)

2a) Copresencia de intervenciones que reúnen acto motriz (A2/FG) y acto de habla A2 respecto de la desmentida exitosa combinada con O1 (pág.316)

2b) Copresencia de las intervenciones que reúnen acto de habla A2 y acto motriz manual (A2\FG) respecto de la desmentida exitosa combinada con O1 y A1 (pág.317)

2c) Copresencia de un tándem de intervenciones A2 respecto de la combinación de desestimación y desmentida, ambas exitosas, combinadas con O1 y A1 (pag.318)

3.Relación entre alianza terapéutica y cambio clínico (pág.319)

3a) Copresencia entre la variedad expresiva concurrente del terapeuta y las modificaciones constructivas del paciente respecto de la alianza terapéutica y al cambio clínico (pág.320)

9.2 Discusión de los resultados desde diversas perspectivas (pág.322)

A) Discusión con el problema de la investigación (pág.322)

B) Discusión con la hipótesis de la investigación (pág.324)

C) Discusión con los objetivos de la investigación (pág.324)

D) Discusión con el estado del arte de la investigación (pág.325)

D1) Acerca de la investigación de alianza terapéutica y resultados fuera del setting clínico (pág. 326)

D2) Acerca del modelo (unidimensional/multidimensional) en la investigación de alianza terapéutica y resultados dentro del setting clínico (pág.327)

D3) Acerca del momento del tratamiento en que se estudia la alianza terapéutica y los métodos para hacerlo (pág.329)

E) Discusión con el punto de vista metodológico de la investigación (pag.330)

F) Discusión con el marco conceptual de la investigación (pág.332)

F1) Complejización de la teoría de la complementariedad estilística (pág.332)

F2) Una nueva concepción del momento óptimo de un tratamiento	(pág. 334)
Nuestra investigación y el estado del arte	(pág.338)
10. Conclusiones	(pág. 339)
10.2 Aporte principal de esta investigación	(pág.339)
10.3 Limitaciones de este estudio	(pág.339)
Bibliografía	(pág.
342)	
Anexo	(pág. 350)

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

1. Problema

La complejidad de la actividad psicoterapéutica en pacientes que atraviesan el período etario que denominamos pubertad, es reconocida tanto por los clínicos como por los investigadores de distintos lugares del mundo. En diversas comunidades de psicoterapeutas y estudiosos, se destaca como una dificultad común el alto porcentaje de interrupciones prematuras que se registran en los tratamientos con pacientes púberes (Abrishami, 2009, Kazdin, 1994), lo cual promueve que se desarrolle un fuerte interés en el estudio de procesos y resultados terapéuticos (Abrishami, op. cit). Entre los temas más discutidos se hallan las cuestiones referidas a la alianza terapéutica y su relación con el cambio clínico. En qué consiste cada uno de ellos y que relación existe entre ambos ¿Es la calidad de la alianza terapéutica la que afirma la confianza del paciente en la terapia y abre el camino del cambio clínico, o solo tras la mejoría sintomática mejora la calidad de la alianza terapéutica? (Botella, L, Corbella, S 2011)

Múltiples intereses propician el ímpetu en producir conocimiento en esta área (entre ellos cabe destacar el económico. Los grupos que reciben aportes de empresas o de gobiernos para prestar servicios psicoterapéuticos a adolescentes, pugnan por mantenerlos, motivo por el cual han de demostrar su eficacia respecto de otras propuestas terapéuticas).

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 cuestionarios, como Kazdin (Midgley, 2007) están del todo conforme con los resultados obtenidos hasta el momento. El autor informa que las puntuaciones de la alianza terapéutica de pacientes y terapeutas se caracterizan por la falta de variabilidad (tiende a ser uniforme y relativamente alto, en pacientes y en terapeutas) y que no existen correlaciones significativas entre la puntuación de alianza y los resultados terapéuticos.

Al hacer un rastreo de las investigaciones de proceso y resultado terapéutico en adolescentes Midgley (op. cit.) afirma que el gran desafío es construir instrumentos para detectar “lo que efectivamente ocurre en la sesión”. Es que los actos espontáneos que circulan en el vínculo tienen un potencial informativo que muy difícilmente se alcance estudiando a posteriori de la sesión, a cada uno de los miembros por separado.

Esta investigación, justamente, se propone explorar la alianza terapéutica y el cambio clínico en púberes mediante la aplicación de un método psicoanalítico, el algoritmo David Liberman (ADL) que cuenta con recursos para detectarlas in situ, en el diálogo concreto (frases, actos paraverbales y actos motrices) que sostienen el paciente púber y su terapeuta, pesquisando los aportes que cada uno de ellos hace, sea para facilitar sea para obstruir el trabajo terapéutico. Nos planteamos el siguiente problema: el estudio pormenorizado del diálogo terapéutico (frases, elementos paraverbales, motricidades) entre paciente púber y su terapeuta ¿Promueve algún conocimiento nuevo respecto de la alianza terapéutica y el cambio clínico en la psicoterapia con púberes?

2. Justificación

Hace algunos años Bergin y Garfield (1994) afirmaron que la investigación sistemática con niños se hallaba en un nivel temprano de la investigación, aportando un escaso 5% del conjunto de las investigaciones en psicoanálisis. La escasa eficacia de los tratamientos con niños en todo el mundo, la necesidad de acceder (o no perder) la financiación de los sistemas de salud, condujo a intensificar, en los últimos años, las investigaciones sistemáticas (sobremanera en los países centrales). El estudio de la alianza terapéutica alcanzó cierto prestigio en la investigación empírica en psicoterapia con pacientes adultos, ya que a ésta se le atribuye gran peso en la calidad del proceso y los resultados psicoterapéuticos. 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 (Abrishami2009). 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. Ni siquiera quienes han hecho aportes a la confección de encuestas, como Kazdin, están del todo conforme con los resultados obtenidos hasta el momento. Este autor (Kazdin, 2007) sostiene que las puntuaciones de la alianza terapéutica de pacientes y terapeutas se caracterizan por la falta de variabilidad (tienden a ser uniforme y relativamente alto, en pacientes y en terapeutas), y que no existen correlaciones significativas entre la puntuación de alianza y los resultados terapéuticos.

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 facilitarle al terapeuta la realización de diagnósticos más precisos, así como a contar con instrumentos para poder autocriticar sus propias intervenciones clínicas en función del aporte concreto que significaron para facilitar\interferir el trabajo del paciente en sesión. 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.

La familia, la escuela y otros ámbitos de pertenencia sociales del púber, pueden beneficiarse si quienes atendemos a pacientes en este grupo etario nos familiarizamos con un instrumento que nos permita mejorar nuestra capacidad de aconsejar en términos concretos acerca del modo en que padres, docentes, etc., pueden facilitar en un púber concreto, el despliegue del proceso adolescente.

3. Marco conceptual

Capítulo 3. 1: Introducción al marco teórico

Nuestro marco teórico es el psicoanálisis freudiano; Freud hace surgir la psicología – específicamente la conciencia - de su deslinde con la neurología. El creador del psicoanálisis sostiene que la conciencia es la faz subjetiva, acompañante de los procesos perceptuales (Freud, 1950a). Posteriormente agrega que, así como las percepciones son contenidos de conciencia, también lo son los afectos, siendo estos últimos, por otra parte, más originarios. En su esfuerzo por definir la esencia de lo psíquico, Freud nos dice que la conciencia tiene una importancia crucial, sin embargo al ser lacunosa, nos propone considerar el valor de otros procesos que no lo son: la pulsión y la energía neuronal a los que atribuye el lugar de núcleo de lo anímico. Sin embargo, el desarrollo de la subjetividad, requiere de la participación de la conciencia, lugar en que se captan cualidades psíquicas. La conciencia es nodal a la hora de acceder a una vida afectiva y representacional, el fundamento de la vida subjetiva (Maldavsky, 1997). Desde la perspectiva psicoanalítica, la naturaleza del conflicto central que tiene lugar en el ámbito clínico consiste en la pugna entre Eros y pulsión de muerte, entre el surgimiento y la disolución de las bases de la subjetividad (Maldavsky, op. cit.).

Capítulo 3.2 Marco teórico

En este capítulo nos ocupamos de detallar nuestra concepción de pulsión, defensa y de fijación pulsional patógena, los que por su complejidad requieren de una exposición precisa

Elementos constitutivos del cambio clínico

Freud (Maldavsky, 2007) a la hora de dar cuenta del cambio clínico y de las manifestaciones clínicas en su conjunto desde una perspectiva dinámica, utiliza dos grandes grupos de conceptos: fijación pulsional y defensas. Ambos están conectados en el nivel psicopatológico (recordemos que Freud consideraba que cada estructura clínica predomina una fijación y una defensa específica: p. ej., los síntomas fóbicos resultan de una fijación fálica uretral combinada con la represión fracasada).

Además, entre fijación pulsional y defensa existe un nexo teórico. En efecto Freud (1915a) sostiene que la defensa es un destino de la pulsión sexual en el yo. De modo que la investigación respecto de una defensa, lo es también del componente pulsional implicado (Maldavsky, op. cit.). A continuación vamos a exponer en profundidad ambos conceptos: el de pulsión y el de defensa

1) Teoría psicoanalítica de las pulsiones

La exposición que sigue tiene el propósito de explicitar la teoría pulsional freudiana. Consideramos la propuesta básica de Freud y la perspectiva de otros autores que complejizaron sus propuestas en las últimas décadas.

Definición de pulsión: Freud (1915 op. cit.), “un concepto fronterizo entre lo psíquico y lo somático”, un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma” (pág. 117). Es inherente a ella un proceso somático de cierta intensidad para hacerse sentir como estímulo endógeno y requiere de una acción en que se ponga en juego un tipo de motricidad en relación con un objeto.

Distinción entre pulsión y proceso somático:

Freud (Maldavsky, 1986) anuncia que en el comienzo no existe nada de lo que luego denominamos aparato psíquico. Éste habrá de desarrollarse a partir de un fundamento consistente en, por un lado, en el funcionamiento de un conjunto de sistemas de órgano, de cuyos procesos emergen exigencias que requieren satisfacción para la continuidad de la existencia. Por otro lado en el funcionamiento de un sistema nervioso por el cual circula la estimulación en el camino hacia la acción, la resolución de la tensión a través de una descarga. Por lo tanto, en un momento primordial, pre psíquico sólo contamos con neurona y

cantidad. Tanto los estímulos tanto como el sistema neuronal pueden ser precisados en sus características. El sistema nervioso tiene dos tipos de receptores de los estímulos. Uno consiste en aparatos especializados de captación, protegidos por una coraza superficial muerta y vueltos al exterior. Se denomina coraza de protección antiestímulo. El otro, se trata de terminaciones nerviosas que llegan directamente a los órganos sin que medie ninguna protección. Se denomina periferia interior. Por otra parte el sistema nervioso tiene dos tipos de procesos de descarga de los estímulos: aquellos de los cuales es posible fugar ya que son discontinuos y aquellos otros endógenos, pulsionales, de los que no es posible fugar. De todos modos esta misma distribución pulsional conduce a distinguir entre dos procesos de descarga: aquel que lleva a la cancelación de la exigencia pulsional o la fuga del estímulo exógeno, y aquel que, por la alteración endógena, origina un desarrollo de afecto. También los estímulos pueden ser categorizados. Entre los exógenos los hay derivados de los diferentes analizadores sensoriales. Entre los pulsionales algunos son más perentorios (ya que su insatisfacción hace peligrar la existencia misma), en tanto que otros, que sólo adquieren valor secundariamente, pueden ser diferidos en su tramitación. La descarga de los primeros procurar alivio, la de los segundos, placer.

Cada pulsión tiene un modo determinado de satisfacción, el cual constituye su meta. El enlace entre la tensión pulsional y su meta es un producto y deriva de un proceso de complejización neuronal. Para muchas pulsiones este enlace surge una vez alcanzada la satisfacción mediante una acción específica. La conquista de la acción específica es a costa de la descarga masiva, refleja, que expresa al principio de inercia que es primordial, previo a los principios de constancia y placer. Vayamos pues a la distinción entre proceso orgánico y pulsión. Freud (1915a) afirma: "sentir sequedad en la mucosa de la garganta o acidez en la mucosa estomacal constituye un estímulo pulsional". Agrega en una nota al pie "Suponiendo, desde luego, que estos procesos internos sean las bases orgánicas de las necesidades de la sed y el hambre" (pág. 114). Estos procesos internos orgánicos son estímulos pulsionales para lo anímico sólo si constituyen sensaciones. El concepto de pulsión presupone al de proceso somático, pero estos sólo se constituyen en pulsión, como fuente en tanto configuren un estímulo para el sistema nervioso y/o para el psiquismo.

Numerosos procesos somáticos que requieren de una labor del sistema nervioso, se resuelven por medio de regulaciones en que se articulan estímulos y descargas hormonales (este tipo de respuesta, que Freud denominó alteración interna) no constituyen pulsiones. Podemos hablar de pulsiones cuando los procesos somáticos requieren para su resolución de una acción de descarga motriz específica, cuando no es pertinente la alteración interna. El de alteración interna es el modo primordial de resolución de tensiones, y cuando se mantiene este criterio en lugar de surgir el de las acciones específicas se constituye un ataque a la complejización psíquica que es un modo en que la vigencia de la pulsión de muerte se hace notar.

Los componentes de la pulsión:

El concepto freudiano de pulsión es complejo. La constitución de las pulsiones requiere de un proceso de montaje entre sus diversos componentes somáticos y psíquicos. Freud (1915op cit) describe los componentes básicos de las pulsiones: esfuerzo, meta, objeto y fuente.

Por esfuerzo de una pulsión entiende su factor motor, la suma de fuerza o la medida de exigencia de trabajo que ella representa. Es un rasgo esencial de las pulsiones ya que para Freud toda pulsión es un fragmento de actividad.

La meta de la pulsión es siempre cancelar el estado de tensión en la fuente. Esa es la meta general, los caminos que llevan a ella pueden ser diversos. “De suerte que para una pulsión se presentan múltiples metas, más próximas o más intermediarias que se combinan entre sí o se permutan unas por otras” (Freud, 1915 op cit. pág. 118).

El objeto de la pulsión es aquel por el puede alcanzar su meta. Resulta lo más variable de la pulsión, no hay una relación esencial entre objeto y tensión pulsional, el objeto elegido resulta por su aptitud de posibilitarle la satisfacción. El objeto de una pulsión puede exterior al propio cuerpo o una parte del mismo. En el curso de la vida una pulsión puede sufrir cambios de vía. Asimismo puede ocurrir que un mismo objeto sirva a la satisfacción de varias pulsiones.

Por fuente de la pulsión se entiende aquel proceso somático interior a un órgano o una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión.

Diferencias específicas entre pulsiones. Los principios pulsionales:

Freud (Maldavsky, 1986) se propuso describir las diferencias entre pulsiones aludiendo a sus diferentes metas. La pulsión de muerte tiene como meta la descarga según el principio de inercia (al cero absoluto, con una nivelación total de las tensiones). Las de autoconservación se guían por el principio de constancia (al cero relativo). Las pulsiones sexuales se orientan por el principio de placer.

Recordemos que para Freud (1920a) la diferencia entre las pulsiones de autoconservación y las sexuales consiste a) en la perentoriedad de las primeras, que imponen el acatamiento de los dictados de la realidad y b) en que la pulsión sexual es adhesiva se fija a objetos, en cambio la pulsión de autoconservación no se fija, aunque puede imponer transformaciones a la pulsión sexual, como la de disolver ciertas fijaciones. La pulsión de muerte, en cambio, es muda y se expresa en los derivados de Eros. No se fija a objetos, no se liga a representaciones, más bien tiende a desconstituirlas. Esta característica disolutoria inherente al empuje de la pulsión de muerte solo adquiere eficacia en tanto haya una formación a desconstituir. Eros, que reúne en su seno a las pulsiones de autoconservación y las sexuales (Freud, 1920op cit.), tiende a construir complejidades crecientes con el fin de neutralizar la pulsión de muerte que opera en el interior del organismo. Cuando logra apelar a un sistema particular, la musculatura, esta neutralización se consigue gracias al surgimiento de ciertas pulsiones de destrucción, de apoderamiento. Sin embargo un sector de la pulsión de muerte impone la repetición del trauma, la vuelta al cero absoluto, no puede procesarse de ese modo y es ligado en el interior por las corrientes eróticas. Recordemos que la polaridad Eros versus pulsión de muerte fue la propuesta que Freud dejó como legado para la comprensión más profunda de las enfermedades orgánicas, los estados tóxicos, las neurosis de guerra, las de destino, etc.

Para Freud, la pulsión de muerte es el criterio primordial del aparato psíquico; su reemplazo por el principio de constancia requiere de la constitución de una estructura inhibidora de la descarga al cero absoluto. Esa estructura es un Yo inicial que intenta ensamblar el principio de constancia y el de placer

Pulsiones sexuales. Su deslinde a partir de la autoconservación y el cuerpo:

Freud propone que cuando una función cualquiera ligada a la autoconservación ofrece un sobregregado de placer con independencia del alivio de la tensión de necesidad estamos en presencia de manifestación de sexualidad. La vida sexual incluye la función de la ganancia de placer a partir de zonas del cuerpo. Esta ganancia adicional de placer es un producto un efecto de la articulación entre la autoconservación y el vivenciar que viene preparado por una disposición orgánica al goce. La función sexual tiene un fundamento autoerótico, en el sentido de que es posible la autoprovocación del goce mediante acciones de aligeramiento. Esta postulación conduce a conjeturar que el cambio de hegemonía pulsional (el relevamiento de la pulsión anal secundaria por la fálica por ejemplo) depende de la posibilidad del yo de aumentar la autoproducción del goce a partir de la nueva organización pulsional adviniente. La capacidad del yo de desarrollar el aligeramiento mediante un acto, multiplica la atracción hacia determinada pulsión. Por ejemplo: la pulsión anal primaria se vuelve hegemónica cuando el psiquismo despliega un conjunto de recursos motores que dan la posibilidad de procesarla. Entre ellos, la capacidad de utilizar la motricidad aloplástica, la de proferir palabras - acto, etc.

Las fuentes de la sexualidad y su proyección en la sensorialidad:

Según Maldavsky (op. cit), las fuentes de las pulsiones de autoconservación (sequedad en la mucosa de la garganta, p. ej.) son diversas de las que Freud establece para las pulsiones sexuales, que son las zonas erógenas. Éstas están constituidas por sectores de mucosa o piel en los cuales estimulaciones de carácter rítmico despiertan sensaciones placenteras con un carácter específico. Cada una de las zonas erógenas es en sí misma compleja y la reunión armónica de sus diversos elementos excitatorios resulta de una compleja labor psíquica altamente individual. El análisis de cada una de las fuentes pulsionales sexuales debe incluir la distinción entre los diferentes componentes. Por ejemplo: la pulsión oral de succión incluye al menos tres sectores estimulables: los labios, el interior de la boca y la garganta así como varias motricidades conjugadas: la de los labios, la de la lengua, la de la deglución y la respiración, además del registro de los sabores y los elementos táctiles y térmicos.

Las principales zonas erógenas se constituyen por un proceso proyectivo centralmente condicionado que liga la periferia interior en que surge la tensión de necesidad con el estímulo exterior. El proceso proyectivo es despertado por un vivenciar específico (pezón en contacto con labios) en la zona erógena la tensión es vivenciada como prurito. La idea de Freud es que las zonas erógenas son producidas desde el interior por un movimiento proyectivo de la tensión de necesidad, pero es menester otro requisito: una estimulación rítmica que transforme el prurito en placer. Esta proyección centralmente condicionada es un componente fundamental de la función sexual. Esta primera proyección no totalmente psíquica no tiene un carácter defensivo sino que funda un nuevo espacio, el de la sexualidad en la periferia corporal, en donde puede intervenir la estimulación de un semejante.

Zonas erógenas: Caracterización, tipos

Freud (1905a) distingue dos tipos de zonas erógenas, las constituidas por mucosas y las correspondientes a la piel. Los estímulos pueden despertar dos tipos de registro cualitativo: sensaciones y estados sexuales. Las mucosas constituyen básicamente sede de magnitudes sexuales más que de impresiones sensoriales. Respecto de los sectores de periferia (labios, piel, etc.) pueden captar uno u otro tipo de registro. Es importante destacar que para Freud el registro cualitativo sensorial es solo posible cuando los estados de placer o displacer no son ni muy intensos ni nulos. Cuando los procesos pulsionales son intensos quedan privilegiados los afectos; si son débiles surge indiferencia y solo con un tipo intermedio de intensificación pulsional es posible el registro cualitativo sensorial. Se trata de que para dar cuenta de cómo la percepción conquista un lugar en la conciencia se hace necesario enfatizar en que la pulsión tiene su ritmo, su período. Cuando una zona se constituye como mucosa, entre ésta y la región que registra impresiones sensoriales aparece una comisura, un borde fijo o inestable que toma gran importancia como punto de encuentro entre las dos series de procesos de investidura y de registro de cualidades. Las zonas erógenas constituyen una unidad con los órganos del interior del cuerpo en el siguiente punto: conforman la periferia interior aquella a la cual las terminaciones nerviosas llegan de un modo directo, y no mediante un sistema especializado como son los órganos sensoriales ubicados bajo la coraza de protección

antiestímulo. Es que en las mucosas no existe (no se ha producido) una coraza protectora, muerta ante los estímulos externos. Es por eso que despiertan las más intensas excitaciones para el psiquismo en términos de sensaciones de placer y displacer. Para protegerse de estas estimulaciones en lugar de coraza protectora aparece la zona comisural que abre o cierra la zona erógena a la excitación. La periferia interior puede abarcar en los hechos, regiones del cuerpo en que habitualmente registramos estímulos sensoriales, lo que ocurre como consecuencia del tipo de investidura pulsional que recae sobre esa zona. Por ejemplo en las cegueras histéricas el ojo ha sido ganado por el goce y desaloja la percepción conciencia de ciertos estímulos sensoriales. Existen ciertas zonas del cuerpo (las mucosas de la boca, de la región rectal o genital) predestinadas para alcanzar significación erótica. Igual destino pueden tener otras, como el cuello o la planta de los pies. “El aparato psíquico se rige por un principio general de reducción de cantidades. Una de las formas de alcanzar esta meta consiste en la transformación de la cantidad en cualidad. Este principio puede aplicarse a las magnitudes pulsionales, cuya transformación en cualidad sensorial resulta un modo significativo de conquistar un más rico entramado psíquico, representacional” (Maldavsky, op cit pág. 33)

Las pulsiones según su dependencia/independencia del mundo extracorporal

Freud contrapone un grupo de pulsiones que no requieren del mundo extracorporal, que se rigen por alteración interna, para su tramitación (provisión del alimento, acercamiento del objeto sexual) que como acción específica sólo se puede producir por caminos definidos de modo tal de cancelar el estado de tensión (Maldavsky 1996). En rigor, en un comienzo de la vida psíquica, el único modo de tramitar cualquier exigencia pulsional es la alteración interna (berreo, inervación vascular) Algunas pulsiones (la de nutrición p. ej.) requieren del auxilio ajeno que aporte las acciones específicas (el alimento, el pecho como estímulo para la pulsión oral) para satisfacerse. Lo esperable es que el infante al detectar que con la apelación insistente a la alteración interna, no resuelve el apremio de ciertas necesidades entre en conflicto con este recurso. La acción específica es lógicamente posterior a la alteración interna y tiene que ser conquistada psíquicamente. Sin embargo hay otro grupo de pulsiones para las cuales la alteración interna coincide con la acción específica. Freud las describe:

pulsión de dormir, pulsión de respirar, pulsión de sanar. Vamos a rescatar de los textos del creador del psicoanálisis, la descripción de cada una de ellas. A la pulsión de dormir se refiere en diversos textos (1900a, 1917a) como deseo de dormir, o reposo en el marco del narcisismo y la autoconservación. Ulteriormente (1940a) define específicamente al dormir como “una pulsión a regresar a la vida intrauterina abandonada. El dormir es un regreso al seno materno (pág. 164)”, es decir a un estado anterior en que ello y yo no estaban diferenciados.

A la pulsión de respirar (1950a) la agrupa con el hambre y la sexualidad como las “grandes necesidades” que provienen de las “células del cuerpo” (pág. 341). Del texto, se desprende que ubica a la respiración como parte de las pulsiones de autoconservación, sin embargo en un texto posterior (1926a) se refiere a la investidura narcisista de la actividad cardiorrespiratoria.

En relación a la pulsión de sanar (1933a) dice: “las pulsiones no rigen solo la vida anímica sino también la vegetativa, y estas pulsiones orgánicas muestran un rasgo que merece nuestro interés [...]; se revelan como unos afanes por reproducir un estado anterior [...]. Así[...] por un vasto ámbito del reino animal se extiende una capacidad para formar de nuevo órganos perdidos, y la pulsión de sanar a la cual debemos nuestras curaciones-unida a nuestros auxilios terapéuticos- quizá sea el resto de esta facultad desarrollada de manera tan grandiosa en los animales inferiores(pág. 98).

Pulsiones que se rigen por acción específica:

Los cuatro componentes de la pulsión (esfuerzo, fuente, meta y objeto) no constituyen un todo dado de entrada, dependen de un ensamble que, de lograrse, da lugar a que los principios de regulación de la descarga se acoplen progresivamente a los procesos excitatorios endógenos. El reemplazo del principio de inercia por el de constancia, así como la instauración del principio de placer. Sin embargo hay que establecer una distinción: el principio de inercia no va indisolublemente unido a la pulsión de muerte lo mismo ocurre con el principio del placer para la pulsión sexual. Solo luego que a cada tipo de cantidad endógena se le acopla una meta específica, es posible distinguir entre las pulsiones entre sí. No se trata que la energía sea indiferenciada desde un

comienzo sino que la diferencia entre los tipos de energía se vuelve evidente cuando esta se articula con su meta y luego, con su objeto. Para distinguir entre pulsiones cabe considerar sobre todo su meta, que puede ponerse de manifiesto con menos deformaciones. El análisis freudiano de las transformaciones de la fantasía anal (Freud, 1917b), que culmina en la frase “pegan a un niño”, pone de manifiesto que lo único que permanece invariable es el verbo, “pegar”, el cual expresa la meta pulsional. El acoplamiento entre cierto empuje pulsional y su meta implica una acción específica determinada, la que sirve para cancelar el estado de tensión en la fuente. La acción específica requiere un monto de energía disponible para su ejecución. Freud se refirió a ésta ya en el Proyecto (1950a), texto en que postula que la estructura del sistema nervioso permite la retención de la energía a través de lo que denomina barreras de contacto interneuronal: se crea un espacio entre las neuronas que es un obstáculo para la transmisión de energía. Ulteriormente, el creador del psicoanálisis (1923a) retomó el concepto con otra denominación, la de energía de reserva. En este texto a la creación y acopio de este tipo de energía le confiere una importancia crucial en lo que respecta a los intereses de Eros)

Figurabilidad de la pulsión:

El ensamble entre empuje y meta requiere de una vivencia que dota de figurabilidad a la pulsión. Si la vivencia no ocurre se mantiene la tendencia a resolver el empuje pulsional mediante la alteración interior (sin que intervenga la acción específica); de ese modo el principio de inercia mantiene su hegemonía. En tanto que los actos resolutorios son inespecíficos, no se logra la descarga de tensión. Algo de esa tensión se transforma en afecto displacentero, en especial el dolor potencia la tensión que finalmente promueve una descarga que agota la energía disponible para la acción específica. De ese modo el principio de inercia deja al sistema sin la energía necesaria para realizar un acto resolutorio específico.

La pulsión y sus representantes anímicos

El afecto: Freud (Maldivsky 1992) expuso dos teorías complementarias de los afectos. Una es descriptiva. Afirma que el afecto es un ensamble del que participan la descarga (secretora, vasomotriz), la percepción de esa descarga y

el matiz afectivo dominante. La segunda teoría metapsicológica considera al afecto como símbolo mnémico, un modo de reproducir vivencias antiguas, preindividuales (anteriores a la diferenciación de un yo respecto de un ello) de importancia nodal. Este modo de reproducción está determinada filogenéticamente. ¿De qué naturaleza las vivencias pretéritas? Freud (1926, op. cit) privilegia el afecto de la angustia y la conecta con vivencias como el trauma de nacimiento. Ahora bien, el trauma de nacimiento solo puede ser entendido en términos económicos. Es decir que el nacimiento es un arquetipo, el cual se caracteriza por una peculiar economía pulsional, en que el sello distintivo está dado por una vicisitud de la libido narcisista, la cual se trasmuda en angustia automática, con el valor de una neoformación. La angustia como símbolo mnémico (reproducción), es una señal que advierte al yo del peligro de la repetición de una situación económica en que ocurrió una crisis libidinal específica, caracterizada por una angustia automática, tóxica. Supone que se trata de un suceso necesario, no contingente, que tiene una función: permitir el montaje de la angustia. El suceso necesario no es de naturaleza representacional sino económica. El nacimiento, como hecho prototípico, determina que en el neonato se desplacen grandes montos de investidura libidinal del corazón y los pulmones hacia ciertos órganos. La redistribución libidinal resulta una perturbación en la economía pulsional existente, resulta conmemorada por las angustias posteriores como señales. Son señales específicamente, de que puede retornar la temida situación económica, por lo que se hace menester desplegar conductas anticipatorias. Los afectos posteriores son reediciones de estas vivencias preindividuales, pero en ellos un yo desarrolla algún tipo de actividad, diferentes respuestas defensivas. Los afectos primordiales tienen un carácter por el que rápidamente se vuelven tóxicos. Las reproducciones tienen la función de una vacuna, son preparatorios. Un sector del aparato psíquico capta la descarga y produce una señal, el matiz afectivo que informa (a otro sector capaz de desarrollar respuestas eficaces) respecto de una situación caracterizada como peligrosa. Entonces: el afecto es representante psíquico de la pulsión en la medida en que traduce las variaciones cuantitativas de la pulsión en señales psíquicas eficaces para promover una respuesta psíquica que sustrae al psiquismo de repetir un estado de inermidad inicial (asimismo desde la perspectiva de la pugna de Eros y tánatos, el afecto

de la angustia es un representante del primero en la pugna contra la pulsión de muerte).

Teoría de la fijación pulsional

En la obra de Freud D. Maldavsky (1994) apela al concepto de fijación en dos sentidos: a) ordenador de los procesos psíquicos y b) causa eficaz de patología psíquica.

a) La fijación en tanto ordenadora comienza como adhesividad libidinal a un objeto, que luego se transforma en nexos con huellas mnémicas constituidas como representantes anímicos. A tal fijación se accede por dos vías alternativas. Por un lado las vivencias (satisfacción de la autoconservación, incitación materna erótica); por el otro un fundamento instintivo, que es algo diverso de la pulsión. La combinación de estos dos factores, las vivencias y el saber instintivo constituyen una serie complementaria que determina la fijación de la pulsión a ciertos objetos de los que derivan las huellas mnémicas. Este desenlace pone de resalto que la fijación no resulta contingente, sino necesaria. A cada pulsión se le adosa un saber instintivo específico que prepara el advenimiento de un mundo de percepciones, representaciones, pensamientos y afectos no contingentes, los que luego, en el nivel preconiente, cobra resalto como historias, sustantivos, verbos, adjetivos y procesos retóricos específicos (según detallaremos más adelante). Se trata de la tarea de dotar de lenguaje a la pulsión, de volverla decible.

b) causa eficaz de patología: Freud (1917b) sostiene que la decisión de abandonar libidinalmente un objeto perdido es universal, que ese proceso se hace pieza por pieza para cada una de la miríada de huellas mnémicas singulares de la que está compuesto. Respecto de la desinvestidura cabe preguntarse, hasta que punto el objeto es abandonado por completo o por el contrario, se conserva cierta investidura de sus huellas mnémicas compatible con la continuidad de los nexos vitales. Es que, en un aparato psíquico bien constituido, ciertas fijaciones primordiales permanecen inmutables y en lugar de interferir con los nexos libidinales con el mundo, hacen de background simbólico. En la misma dirección Freud relaciona el desasimiento libidinal con el dolor, tal como lo expone en el manuscrito G (1950a). Acaso estas reflexiones acerca del desasimiento requieran la inclusión de la hipótesis de la pulsión de muerte, ya

que ésta puede disolver las fijaciones libidinales e incluso despojar a la libido de su rasgo central, la adhesividad, que es lo que posibilita la fijación. La mella en el rasgo adhesivo corroe un instrumento crucial del que Eros se vale en su pugna por una creciente complejidad en la vida anímica. Es que la sexualidad, dentro de la lucha entre Eros y pulsión de muerte, se opone a la tendencia a la desagregación, se erige en el principal factor ligador, que tiende a la neutralización de la pulsión de muerte (aún con el costo de que la sexualidad se torne masoquista). Cuando la pulsión de muerte no es ligada se descarga en un goce orgánico incompatible con la posibilidad de fijación gracias a su adhesividad. La fijación resulta una defensa de Eros contra la pulsión de muerte.

Diferencias y similitudes entre pulsión e instinto: Es menester distinguir el uso freudiano de dos términos, pulsión e instinto, que buena parte la literatura psicoanalítica posfreudiana trató como sinónimos, aunque para Freud son dos conceptos bien diferentes (Neves, Hasson, 1994). El concepto de instinto en Freud (1918a) puede aparecer con acepciones diversas: herencia arcaica, esquema congénito, vivencia de la especie. En cualquiera de estas denominaciones alude a un factor, la filogenia, que pone en cada individuo un sello igualador, una marca que lo determina como integrante de una especie. Se trata de un saber, una preparación para entender que es inherente a los seres humanos. A su vez según Freud, lo instintivo constituye el núcleo de lo inconsciente. En rigor, el término herencia arcaica parece equivalente a instinto, aunque no lo es. Por herencia surgen tanto el instinto como la pulsión. El origen es común en ambos. La diferencia consiste en que el instinto constituye lo igualador para la especie humana, en tanto que la pulsión pone en juego las diferencias (por ejemplo, en cuanto al punto de fijación predominante en cada quien, que puede ser oral o anal, etc.) a la vez que constituye una exigencia de trabajo para el aparato psíquico.

Enumeremos los elementos que forman parte de lo instintivo desde la perspectiva freudiana: las fantasías primordiales, ciertos actos psíquicos (la identificación primaria por ejemplo), desarrollos de afecto (como la angustia y el dolor psíquico), la secuencia ordenada de las hegemonías pulsionales, las investiduras posicionales (lo desarrollamos a continuación), entre otros.

La relación entre instinto y el vivenciar subjetivo es el siguiente: el instinto funciona como molde que reordena la diversidad del vivenciar del sujeto. Prepara a la psique para plasmar los desenlaces psíquicos inherentes a la especie (identificación primaria, por ejemplo). La pulsión inviste el conjunto de contenidos nucleares del inconsciente, de ese modo se activan los procesos psíquicos que configuran la subjetividad

W. Bion hace un planteo semejante aunque utiliza otra terminología. La relación que Freud establece entre instinto y vivencia es la que Bion establece entre preconcepción y realización. Define a la primera de este modo: "Es un estado mental presto para recibir un restringido tipo de fenómenos" (Bion, 1966). Por ejemplo: el bebe tiene una disposición innata que corresponde a la expectación de un pecho" (Bion, 1966, op. cit.). Lo que Bion denomina "realización" es semejante al concepto freudiano de vivencia (p. ej.: percibir el pecho en la boca). Bion enfatiza que el apareamiento de preconcepción y realización. Cuando se produce el contacto de la preconcepción con una realización que se aproxima a ella, el niño alcanza una adquisición psíquica que Bion denomina concepción

Pulsión e investiduras posicionales:

Freud (Maldavsky, 1991) postuló que el yo puede atribuirle a otro, cuatro lugares posibles: modelo, ayudante, objeto y rival. Estos lugares son desenlaces necesarios en cada psiquismo, luego el yo inviste con ellos a diferentes individuos. Veamos una somera descripción de cada uno: la relación del yo con el modelo o ideal se relaciona con el deseo de ser y en consecuencia con la libido narcisista y el acceso a la posición sujeto mediante la identificación. La relación del yo con el rival tiene que ver con la pulsión de apoderamiento, el deseo hostil de tener y dominar. La relación del yo con el ayudante o auxiliar corresponde al placer por perder y aniquilar al tomar al otro como medio para un fin. A ese otro ubicado como ayudante no se le atribuye derecho a un deseo, a una autonomía. Suele configurarse en base a una identificación previa del yo (lo que uno mismo fue, como escribe Freud en "Introducción del narcisismo") o lo que ha salido de sí. La relación del yo con el objeto corresponde al deseo libidinal de hacer (prototípicamente un hijo a la madre, deseo común a ambos sexos).

Subjetividad y pulsión:

Freud (Maldavsky, 1997) aborda la subjetividad desde tres teorías. La de la conciencia inicial (a la que ya nos referimos en la introducción al marco teórico), la de la oposición entre actividad y pasividad y la de la identificación primaria.

La teoría freudiana sobre el eje actividad-pasividad es en verdad una propuesta acerca de la relación entre pulsión, yo y objeto. La pulsión es siempre activa para lo anímico. El yo puede tramitar esta posición activa al volverse activo ante un objeto. En ese caso el yo ocupa la posición activa ante el objeto, se vuelve activo hacia él en nombre de la pulsión.

La teoría de la identificación primaria hace alusión al nexo afectivo del yo con el modelo o ideal. En el vínculo con el ideal el yo aspira a serlo. Esta afirmación enfatiza el sentimiento de sí que se obtiene como consecuencia de una identificación primaria con un modelo. Ambas hipótesis son armonizables: podemos decir que no alcanza con la mera actividad para que el yo acceda a la posición sujeto, requiere además de una identificación con un modelo o ideal (desde esa identificación primaria el yo se identifica con la actividad de la pulsión, al volverse activo ante el objeto en nombre de la ella). Por ejemplo: la pulsión anal primaria para su tramitación requiere de que el yo habilite un desempeño motriz específico: la motricidad aloplástica destructiva. De ella se adueña en la medida en que desarrolla una identificación con un doble, al que se refirieron Freud (1919a) y Lacan (1936): la imagen especular. El modelo de apropiación del yo de sus propios recursos motrices se puede sintetizar así: una pulsión demanda el despliegue de una motricidad específica, y la misma, a su vez, solo puede ser conquistada por el yo si este desarrolla una identificación con un doble (en este caso, la imagen especular). En tal caso el yo puede ser activo desde la perspectiva de la pulsión y ante un objeto. Si el yo no logra esta identificación puede pasar a ocupar el lugar de objeto para que un sujeto ajeno, despliegue dicha motricidad a su costa, como es inherente en el masoquismo.

El yo y los procesos pulsionales: a esta altura de nuestra argumentación es necesario interpolar la función yoica, de crucial importancia entre otras cosas para la consumación del desarrollo libidinal mediante fases, como así también en el proceso de ligadura de la pulsión sexual.

La función constituyente de lo psíquicamente nuevo: la categoría freudiana de “lo nuevo” no ha sido valorada en su importancia. El creador del psicoanálisis sostenía que las percepciones se renuevan permanentemente, hacen de contracara al incesante pujar de las pulsiones (Maldavsky, 1991). Estas percepciones adquieren esa significación gracias a una función anímica que genera lo diferente y luego lo capta en el mundo sensible. Este proceso se vale de un tipo de proyección, la constituyente de una exterioridad. Freud (1941a) sostiene que la espacialidad es producto de la proyección del carácter extenso de la propia psique. A esta proyección se le adosa un segundo mecanismo, una identificación gracias a la cual el yo se reúne con su propio estado por medio de un objeto producido primero por proyección. Aquello que desde el punto de vista del mecanismo es proyección, desde el punto de vista de la lógica con que opera el psiquismo, puede ser definido como enlace causal invertido; es decir el yo engendra un exterior (por proyección), pero con este exterior establece un enlace causal invertido, es decir, supone que dicho exterior es causante del estado anímico propio. Este es el mecanismo por el cual se genera lo psíquicamente nuevo. Freud postula que en un comienzo el yo lo es todo y que progresivamente de él va segregando fragmentos, produce lo mundano, lo diverso. Esta hipótesis según la cual la unidad es anterior a la diversidad, tiene un alcance muy vasto, sugiere que el yo es al comienzo indiscernible respecto de eso otro captado como mundo sensible y también, de un tipo de factor estimulante nuclear, el ello, del cual realiza una creciente y siempre precaria diferenciación. Este proceso de creación de lo distinto, no exento de conflictos, se despliega con una temporalidad que se atiene a una lógica precisa, necesaria. Por ejemplo: en determinado momento los afectos son lo nuevo respecto de la pulsión, luego la captación de cualidades sensoriales es lo nuevo respecto de los afectos, ulteriormente lo son las huellas mnémicas respecto de las percepciones, etc. La función anímica promotora de estos desenlaces es el pensar inconsciente, precisamente ese sector que Freud denominó actos puramente internos que hacen brotar lo diferente, la negatividad (Maldavsky, op. cit.). Ahora bien, para que estos discernimientos internos se vuelvan eficaces psíquicamente requieren del auxilio de un proceso proyectivo, que vuelca la espacialidad psíquica nueva en moldes sensoriales, con lo que la hace aprehensible sensorialmente.

De la pulsión al lenguaje: el procesamiento psíquico de las pulsiones:

La labor de enlazar la vida pulsional con un mundo de vivencias y percepciones resulta crucial para que la pulsión se trasmude como lenguaje, o dicho de otro modo, cada goce específico en recursos expresivos (Maldavsky, 1999). Se trata de una actividad primordial, “de carácter sublimatorio” (Maldavsky, op. cit. pág. 19). Se trata de una labor correspondiente a los fines de Eros, cuya meta es que la descarga pulsional en lugar de resultar masiva, se atenga a criterios (constancia, placer) acordes a mantener una energía de reserva, lo que requiere que la pulsión se ligue a representantes anímicos. En la actualidad contamos, no sólo con la posibilidad de describir las características específicas de cada pulsión, sino también como cada pulsión se trasmuda en lenguaje, lo que ocurre de un modo específico para cada moción pulsional. En todos los casos el primer paso es la trasposición del componente orgánico de la pulsión en una formalización específica de la percepción y la motricidad, con lo que sustituye algo de goce por el énfasis en un universo no sensual. Estudiar el tipo de motricidad específica a la que cada pulsión apela para cualificarse en la conciencia, significa poner el foco en el preconscious. “Freud distingue el preconscious como un tipo particular de pensamientos y huellas mnémicas, que tienen como misión nuclear atenerse a las exigencias pulsionales y expresarlas; en segundo lugar obedecer a las exigencias de la realidad interindividual y amoldarse a ellas para poder establecer vínculos con los semejantes... (Maldavsky, 1990, pág. 54-55)”. Si bien el preconscious suele culminar su desarrollo con la hegemonía de la palabra, que pasa a ser el recurso por excelencia para hacer consciente los pensamientos inconscientes, cuando predomina la proyección en lugar de la palabra, existen preconscious filo y ontogenéticamente anteriores, menos refinados y diferenciados que el verbal. El visual y el cinético (Freud, 1950a, 1923a). La proyección es una forma más elemental de hacer consciente lo inconsciente. Antes de que se instaure la represión que separa un inconsciente de un sistema preconscious, todas las huellas mnémicas tienen expedito el camino de acceso a la conciencia. En esencia el preconscious está constituido por ideas que acceden por esta vía a la conciencia. Se trata de representaciones que pueden quedar sobreinvertidas como estímulos sensoriales por el mismo yo: cinéticos, visuales, acústicos.

La representación palabra, contenido por excelencia del preconscious es un todo cerrado compuesto por cuatro términos, dos derivados de registros sensoriales mundanos (imagen acústica de la palabra oída e imagen visual de la palabra escrita) y otros dos de vivencias, de registros sensoriales corporales (imágenes cinéticas al proferir la palabra y al escribirla). De estos cuatro componentes Freud distinguió como el más importante la imagen acústica de la palabra oída, pero en realidad el preconscious no se constituye a menos que surja la capacidad de repetirla, como modo de hacer consciente un pensamiento inconsciente (Maldavsky, 1997). A continuación consideraremos un aspecto que hace a la constitución del preconscious: cómo se inscribe la palabra oída, cuales son sus criterios lógicamente sucesivos. El objetivo de este apartado es dar cuenta de cómo se constituye el preconscious, como se combinan en su seno la pulsión y su lenguaje en el yo; con que lógica específica. Este fragmento del preconscious configura el suelo a partir del cual plasmaciones anímicas más complejas se despliegan con ulterioridad.

En el inicio de la vida psíquica la voz puede no distinguirse de otros ruidos provenientes sea del cuerpo propio, sea del exterior. El grito que surge en el momento en que el dolor deja de ser excitante y se convierte en un estímulo que requiere aligeración, tiene la función de una válvula de seguridad contra el aumento de la tensión endógena. En verdad el grito es efecto de la tendencia a desembarazarse del exceso de tensión, sólo es reconocido como propio cuando el dolor deja de ser desbordante. Corresponde a un logro inherente a la época del yo real primitivo. En el momento del autoerotismo, la autoimitación de preferencias melódicas, tiene en lo psíquico una función unificadora de distintos fragmentos, a la manera de una esencia que da coherencia a elementos dispersos. La autoimitación posee otras significatividades, con ella el niño comienza a conquistar el dominio de la motricidad fonatoria, al tiempo que logra dotar de conciencia a ciertas huellas de sonidos oídos, como si se tratara de una alucinación. Posteriormente en la época en que el niño accede al yo placer purificado gracias a la identificación primaria con otro, logra reproducir líneas melódicas ajenas, sobre todo las maternas. Sobreviene la inscripción de una huella mnémica acústica a la que identifica con su cuerpo. Al escuchar cierta palabra del tipo de “bebé”, “nene” o “Pedrito” responde con una agitación del cuerpo íntegro, puesto que en esa palabra reconoce un llamado a la que no

puede sino acudir. Esta soldadura de cuerpo y nombre es posterior a la unificación de las zonas erógenas que constituyen un cuerpo, al cual el nombre se adosa como un doble de cuerpo. También se crea una inscripción del cuerpo de los objetos primordiales, no en sus rasgos distintivos, sino en sus expresiones. La posibilidad de proferir series sonoras complejas permite al yo sustraerse de quedar anegado por la pulsión, ya que puede rescatarse un matiz afectivo, lo que se denomina expresión de las emociones, que surge correlativamente al tiempo lógico en que palabra y cuerpo constituyen una unidad.

Un momento ulterior consiste en la conquista de la soldadura entre nombres y partes específicas del cuerpo, que pasan a pertenecer a quien las designa. Frases maternas del tipo “¿Dónde está tu naricita?” seguida por “¿De quién es esa naricita?” son el sostén contextual de esta conquista anímica infantil. Esta soldadura entre palabra y parte del cuerpo produce a su vez un efecto: el privilegio de los rasgos por sobre las expresiones faciales. Si nariz, boca, ojos, etc. son producidas como representación cuerpo a partir de la palabra oída, esto conduce a rescatar los rasgos de quienes resultan familiares y a distinguirlos de los extraños (Maldavsky, op. cit). Esta lógica requiere del encuentro mundano con términos que tengan un carácter diferencial, como son los rasgos visuales y sobre todo, las palabras. Como hay sectores del propio cuerpo cuya motricidad el niño no puede ligar con la mirada (la musculatura del propio rostro, p. ej.), la palabra ajena funciona como el camino para dotar de cualificación cuando falla el criterio dominante de carácter visual.

La inscripción de nombres cada vez más específicos crea el fundamento para la producción de sueños, a partir de la capacidad de constituir frases latente, como un nuevo modo de hacer consciente lo inconsciente. Estos sueños no son tanto realizaciones de deseos como pesadillas cuya función es agregar ansiedad a las huellas de vivencias que en su momento carecieron del apronte angustiado que hubiera permitido desplegar una defensa eficaz. El momento en que la palabra se suelda con partes del cuerpo, resulta base para la aparición de una producción sonora peculiar: la holofrase, que condensa pensamientos inconscientes y además posee además el valor de acto (como lo es el insulto).

Mientras que en un comienzo el del grito desbordante la voz propia tiene un valor equivalente al de la luz deslumbrante, con el surgimiento del yo real

primitivo alcanza una significación en tanto ritmo, en tanto número. Posteriormente con el desarrollo del autoerotismo la voz propia configura una sensorialidad con un valor esencial (equiparable a la alucinación), y en un momento ulterior opera como una manifestación del desarrollo de afecto; en el momento del surgimiento de las pesadillas es, en cambio, una palabra acto con la significatividad de una imagen que espeja la acción. Ulteriormente la palabra se enlaza con la representación cosa, de la cual constituye su núcleo. La distinción entre representación cosa y representación yo depende de la capacidad de proferir el propio nombre. Esta posibilidad permite separar al yo de sus identificaciones primarias con madre y padre. A partir de este momento es factible para el yo hacer conscientes ciertas representaciones cosa con prescindencia del otro que hasta entonces las nombraba. Este paso, origen del yo real definitivo y el juicio de existencia, que en sus inicios incluye la omnipotencia nominativa. El yo se identifica con sus rasgos y se desidentifica con los maternos. Finalmente la palabra se enlaza no solo con representaciones cosa, sino fundamentalmente con el pensar inconsciente (un conjunto de actos psíquicos puramente internos que van desde el núcleo del ello hacia la consciencia y esfuerzan al yo a darle manifestación. Que las palabras pasen a ser el vehículo por excelencia del pensar implican una declinación de la proyección como recurso para expresar el pensar. Con ello el yo puede separarse más de la atadura al estímulo proveniente del otro, el cual es sustituido por la propia palabra como modo de lograr que ciertos actos anímicos alcancen figurabilidad. La diferencia entre representación cosa, de origen sensorial y el pensar, originado en el ello, resulta poco soportable para el yo, genera angustia. Si pese a ello la palabra se enlaza a dichos actos psíquicos (y no solo al representar) queda un espacio anímico para la creatividad como forma de procesar las exigencias y con una autonomía respecto de los procesos inconscientes basados en su encuentro proyectivo con la sensorialidad (Maldavsky, op. cit)

Las pulsiones básicas y sus modos de ligadura protototípicos:

Freud enumeró seis pulsiones (oral primaria, oral secundaria, anal primaria, anal secundaria, fálico uretral y fálico genital), a la que agregamos una, libido intrasomática propuesta por Maldavsky (1990)

A continuación expondremos las características cruciales de las pulsiones, y sus modos de ligadura prototípicos

□ Libido intrasomática:

Como recién planteamos Maldavsky propone una fase libidinal inherente a los momentos primordiales, protomentales (Bion, 1991) cuando de lo orgánico se desprende, vía procesos libidinales, lo anímico. La afirmación freudiana (Freud, 1926) de que en el momento primordial la libido inviste corazón y pulmones, el análisis de procesos anímicos y familiares en que predominan estados tóxicos, la modalidad primitiva de comunicación de la vida psíquica posnatal son la base teórico-práctica desde la que inicia el camino inferencial. Maldavsky sostiene que se trata de un momento en que el yo no se ha desprendido del ello, separación que sobreviene gracias a la sobreinvertidura de la sensorialidad mundana. El autor se pregunta que constituye la exterioridad para el neonato, sostiene que resulta un ensamble complejo que reúne componentes económico, pulsional y afectivo, creada por proyección desde la espacialidad psíquica, ya que en este momento el yo tiene la función de captar (como afecto) las vicisitudes pulsionales. Los afectos están compuestos por un proceso de descarga, la percepción de ésta y el matiz afectivo, que es su componente más psíquico, la primera cualificación psíquica de la pulsión. El proceso determinante del matiz afectivo (cuya ausencia puede producir desenlaces tóxicos) es la identificación con las descargas y su percepción. La existencia de una dimensión interrogativa sobre los propios procesos pulsionales debe complementarse con una captación de que el exterior aporta ritmos que no son ni invasores ni nulos, a la vez que es posible captar un aporte contextual, la empatía materna. Si ocurre un encuentro entre la dimensión interrogativa primordial y la empatía puede sobrevenir la identificación con los procesos de descarga intrasomática y su transformación en matiz afectivo. Este desenlace es posible si existe cierta renuncia a una descarga masiva intrasomática, para lo cual resulta crucial el aporte de las pulsiones de autoconservación, que contribuye a que varios procesos pulsionales se neutralicen entre sí, promuevan el desarrollo de una unidad mayor, un equilibrio intrasomático de base que facilita la captación de un contexto afectivo, empático. Este proceso deriva en la captación de un registro sensorial intraorgánico, diferente de la percepción de la descarga afectiva. La

creación de la cenestesia es consecuencia de la proyección de los estados intrasomáticos en el mundo perceptual, con una identificación con este registro perceptual que permite que se configure la representación órgano, base de la representación cuerpo. La cenestesia y la representación órgano son los modos por los que se procesa la libido originalmente apegada a los órganos del cuerpo.

□ Pulsión oral primaria:

Podemos distinguir tres placeres inherentes a esta zona erógena. El placer por chupetear, el placer por paladear y el placer por tragar. Entre estos componentes, es posible que al comienzo prevalezca el placer por tragar. Según Freud (1931a) el placer por mamar pasivo es anterior al activo. El pasaje del placer por tragar al de paladear parece recibir un doble aporte. Por un lado la migración de la investidura hacia el exterior sigue el camino inverso al de la alimentación. Vale considerar en que consiste el sistema oral- digestivo. Este espacio supone un lugar ajeno dentro del cuerpo y un conjunto de sensaciones (de repleción, vacío, ardor, de dolor). Desde este sistema cuyo núcleo son las pulsiones de nutrición parten las investiduras hacia la región oral. Finalmente la migración de la investidura llega a los labios que intervienen decisivamente en el placer por el chupeteo. Asimismo en el plano sensorial alcanzan mayor relevancia los canales que reciben estímulos externos (vista, oído, olfacción por ejemplo) sin que necesariamente se los categorice como tales. La actividad psíquica crucial para la ligadura pulsional es la producción de percepciones sensoriales atentas, que dejan como sedimento huellas mnémicas unisensoriales.

La conciencia, la percepción y la alucinación: cuando predomina la pulsión oral primaria en la conciencia sensorial coexisten alucinaciones y percepciones. La alucinación es inicialmente un modo de recordar, un precursor del preconciente (Freud, 1950a). Es que para la lógica inherente al procesamiento de esta pulsión no tiene sentido plantear la diferencia entre percepción objetiva y alucinación. El aserto freudiano que afirma que la percepción se gana un lugar en la huella mnémica (Freud, 1900a) corresponde a un momento lógicamente posterior (la fase oral secundaria) en que la coordinación de de impresiones sensoriales

registradas por un mismo canal sensorial configuran un primer objeto de sentido común (Bion,1966b)

Podemos decir que el estado de la conciencia es complejo, en ella podemos encontrar: afectos, percepciones del propio cuerpo, percepciones mundanas, alucinaciones defensivas y no defensivas. Más aún como los canales sensoriales no están coordinados entre sí, puede ocurrir que mientras uno percibe el mundo circundante, en otro se desarrolla una alucinación defensiva y en otro una que pretende hacer consciente lo inconsciente.

□ Pulsión oral secundaria

La fuente pulsional incluye un acto motriz sádico: el morder con la consiguiente devoración que es la meta de la pulsión oral secundaria (Freud, 1933a). La incitación pasiva en la mucosa gingival producida por la dentición la que promueva la acción de morder. La salida de los dientes pone fin al goce autoerótico de incitar recíprocamente las encías o el de la lengua en los labios. Es que la dentición restringe el libre desplazamiento por esa parte de la superficie erógena oral. La aparición del sadismo oral secundario introduce al menos dos conflictos entre el yo y el objeto. Por un lado, la dificultad para discernir claramente entre sadismo y masoquismo, ya que el modo de hacer desaparecer el objeto odiado consiste en incorporarlo. Por otro lado la dificultad para establecer un nexo con el objeto de amor, ya que su incorporación es a la vez una forma de hacerlo desaparecer. Este segundo conflicto deriva de un conflicto en el interior de Eros. En efecto, el amor hacia el objeto se contrapone al hambre, al egoísmo, que lleva a devorar. El camino para la tramitación de ambos conflictos suele consistir en un intercambio con el mundo centrado en la expresión de las emociones. Cuando el otro aparece como doble ideal, el yo anticipa en las expresiones ajenas el estado afectivo y la economía pulsional a los que advendrá. En ocasiones puede captar en los estados afectivos presentes en otros los padecidos con anterioridad (sentimiento de compasión). Estos intercambios subjetivos permiten al yo hallar transacciones para uno de los conflictos, el que contrapone investidura amorosa de objeto y autoconservación. Tal transacción se sostiene en una complejización psíquica por la cual un proceso orgánico (la incorporación) se transforma en uno psíquico (la

introyección y la identificación). Freud (1925a) describe estas dos alternativas respecto de la oralidad. El juicio de atribución decide si algo será o bien introyectado (devorado) o bien, expulsado o proyectado. Si es bueno (placentero) o útil, se lo hará formar parte del yo propio; caso contrario se lo arrojará fuera. La contradicción entre amor (que juzga el objeto como placentero y por ende “devorable”) y el egoísmo (que juzga la utilidad y requiere de su permanencia) se resuelve mediante un componente de la expresividad afectiva que permite la introyección. Para ello es crucial un hallazgo psíquico inherente a este momento psíquico: el del rostro materno como espejo del sentir (y con el que el niño se halla en identificación primaria). Su importancia reside en que el mismo es el terreno en el que el sujeto decodifica su propio. Ésta posibilita tramitar el elemento libidinal en conflicto con la autoconservación cuando la acción específica consiste en morder e incorporar. Esta tramitación deja espacio a la eficacia de la palabra oída, en la cual se combinan líneas melódicas (que expresan un sentir) y designaciones que corresponden a fragmentos del cuerpo o al cuerpo íntegro. Es decir que se trata de designaciones que conciernen a procesos introyectivos e identificatorios.

□ Pulsión anal primaria y su procesamiento:

El erotismo anal primario es compuesto. Tiene dos fuentes de aporte sensual: la mucosa de la ampolla rectal y del desempeño motriz aloplástico. Entre las dos regiones la más importante es la anal que aporta el goce pasivo por perder, un estallido orgásmico de furia al defecar (Maldavsky, 1986). Este acceso de rabia es consecuencia de que el defecar arruina una aspiración a retener sin fin la sustancia excitante (las heces) en el interior. Se trata de dos tipos de goce, uno que se propone carente de término y el otro resolutorio, acompañado de un estallido de humillación y vergüenza por la pérdida del excremento. Tal estallido de goce es respondido por un desempeño motriz sádico, una pataleta violenta que se extiende hasta agotar la energía de reserva. El goce pasivo en la ampolla rectal es anterior al acople con el sadismo. Una actividad psíquica crucial para la ligadura, resulta la articulación de ambos (el goce pasivo en la ampolla recta con el desempeño motriz aloplástico), requiere de un proceso de complejización psíquica, que da lugar a que el erotismo anal se vuelva patrimonio yoico. El complemento de la meta de perder es la meta de aniquilar,

que implica arrojar algo fuera de la mirada, que desaparezca del campo de lo visible, como se advierte en el juego del carretel (Freud, 1920a). La mirada tiene enorme importancia tanto en la configuración del mundo sobre el que recae la actividad cuanto en la creación de un modelo, una imagen especular. Esta imagen especular tiene gran importancia en el pasaje de la pataleta a la coordinación motriz necesaria para desplegar un acto sádico dirigido a otro. El afán de venganza (que otro padezca el estallido de furia y la correspondiente pérdida de la coordinación motriz aloplástica y de la imagen especular) se transforma en la meta de la actividad motriz. Digamos entonces que la pulsión anal primaria se liga gracias al enlace con la musculatura aloplástica sádica y ésta es coordinada mediante la mirada

□ Pulsión sádico - anal secundaria:

Esta pulsión tal como la anal primaria tiene dos subcomponentes (Maldavsky, 1986) la mucosa del tracto intestinal (y en particular la ampolla rectal) y la musculatura. De ellos el primero es pasivo y el segundo, lógicamente posterior, activo. Si la fuente pulsional es la misma, la diferencia entre ambos se da en el nivel de las metas. Freud (1933, op. cit), siguiendo a Abraham, las formula así: placer por perder y aniquilar en el primero y por guardar y conservar en el segundo. Respecto al sadismo muscular sigue la misma orientación: pulsión de destrucción, luego pulsión de apoderamiento, luego voluntad de poder (esta última ya corresponde a la expresión de la pulsión en el yo, como rasgo de carácter anal). En cambio la excitación pasiva en la mucosa anal, en que lo activo son los excrementos parece no haber variado en su versión originaria, la pulsión anal primaria y da lugar a desarrollos de afecto hipertróficos. Si la diferencia entre ambas pulsiones es por sus metas, cabe interrogarse que produjo el pasaje de una a otra. Es el enlace de la motricidad a la palabra. En esto radica el criterio diferente por el cual uno y otra pulsión. En la pulsión anal primaria el único criterio existente es que el excremento no puede conservarse infinitamente y su expulsión deriva de que su incitación arranca un goce en la mucosa, el orgasmo anal acompañado de humillación y vergüenza. Como dijimos, en la época de la analidad primaria la motricidad resulta domeñada por la mirada, por lo tanto un sector del propio cuerpo, en particular la motricidad esfinteriana no resulta ligable: ante el llamado de la pulsión anal, la mirada no

acude a la cita. En cambio en la fase sádico - anal secundaria gracias al enlace de la pulsión sádica con las palabras, se posibilita que el excremento ingrese en un intercambio simbólico, en que cobra importancia el amor. De este modo la ofrenda de un don (las propias heces) es correspondida por la madre con el don de la palabra: heces por nombres. Por lo tanto la diferencia entre ambos erotismos sádico anales se centra en un cambio no estrictamente sexual, aunque sí pulsional: el de las pulsiones yoicas o de autoconservación. La importancia de las pulsiones yoicas parece estar dada por la neutralización y liga de la pulsión de muerte, para lo cual apela a la pulsión de destrucción, la de apoderamiento y la voluntad de poder. La pulsión de apoderamiento es un ensamble entre pulsión de destrucción y la palabra, a los que se acopla la pulsión de ver. La inscripción de la palabra oída resulta un aporte fundamental a la hora de inhibir el acto, separar el acto anímico del motriz. El despliegue de la pulsión de apoderamiento tiene como requisito interno la inhibición del acto motriz, ya que su objeto (el de la pulsión de apoderamiento) se constituye en el campo de la percepción distal, en el plano escópico, recortado del propio yo y del contacto cutáneo; resulta imposible de aniquilar, por lo cual solo resta dominarlo.

□ Pulsión fálica uretral:

Tal como la analidad primaria, la pulsión fálica uretral parte de una incitación pasiva en una mucosa erógena (la vesical) en la cual la orina opera como componente activo. También resulta equiparable el conflicto entre dos tipos de goce, uno derivado del esfuerzo atormentador por retener la orina estimulante. El otro es consecuencia de que la orina ha arrancado a la mucosa un estallido orgásmico de carácter resolutorio. Este orgasmo va acompañado de un estallido de humillación y vergüenza por la pérdida del goce en retener. Asimismo ambos goces (el anal primario y el fálico uretral) se potencian recíprocamente y se transfieren sus soluciones. El orinar puede en los hechos reemplazar al defecar (el orinar permite extender la retención anal un tiempo mayor), la micción puede llevar adherida la significación erógena de la analidad primaria. A su vez, son tres rasgos los que diferencian a la pulsión fálica uretral de la anal primaria. El primero consiste en la posibilidad de enlazar la micción con la percepción visual y sobre todo con la palabra. El segundo es que resulta casi

imposible dirigir la orina hacia el interior del cuerpo, a diferencia del defecar (como prueba el megacolon). Este límite implica la cuestión de tope para el goce que se propone como infinito, quebrado por una imposibilidad orgánica de mantenerlo. El tercer rasgo es el hecho de que al erotismo uretral se agrega otra pulsión, la fálica, que no tiene relación con la autoconservación ni con la conservación de la especie. La relación entre los erotismos fálico y uretral se atiene a diversos criterios. El goce uretral puede officiar como excitación adicional respecto al fálico, como pulsión parcial de éste. A su vez puede ser que el goce uretral aparezca como sustitutivo del orgasmo fálico faltante. El goce uretral va acompañado de un estremecimiento debido al brusco vaciamiento vesical, el cual crea un efecto de succión, de aspiración. De esta sensación surge el supuesto psíquico de que es posible la inversión del camino de la orina en la micción. En cuyo caso la uretra se convierte en una vía susceptible de ser penetrada, dando lugar al temor a contraer infecciones, que depende de la fantasía de que la uretra funciona como un sistema aspirante impelente (la expulsión genera un vacío succionante). Un modo de ligar el goce pasivo uretral consiste en enlazar la micción, vuelta activa, con la imagen visual y con la palabra. En ese caso se atribuye a aquello marcado por la orina, tanto el valor de un territorio propio cuanto la significatividad del fragmento psíquico que padece el descontrol vesical. La furia ardiente por perder el goce se transmuta en un acto de autoafirmación hostil, cuyo eje es el apoderamiento de un espacio ajeno. El otro queda en estado de pasividad, con sentimientos de humillación y vergüenza. El goce fálico por estimulación de los genitales externos tiene como meta el placer sin ninguna relación con la autoconservación. Las metas pulsionales fálica y uretral se enlazan de modo autoerótico y esta actividad es acompañada luego de fantasías, cobra un papel crucial la representación de una madre plena de encantos, entre los que un atributo constituye el centro de interés sexual: el falo. El goce fálico, a su vez, se liga con el nombre o apellido del padre, que representa la actividad del pensar.

Pulsión genital:

La genitalidad tiene una doble fuente pulsional. Los genitales externos se combinan con los genitales internos, los que se desempeñan en la reproducción. El surgimiento de la tensión genital se da hacia los ocho años, momento en que

son esperables cambios en el nivel glandular y hormonal, los que tienen una importante repercusión en el quimismo sexual, y que van configurando una fuente pulsional desde la que emerge una tensión sexual nueva, la que interrumpe el período de latencia. Inicialmente esta tensión va acompañada de una imposibilidad de procesamiento orgánico (la excitación no culmina en su correspondiente orgasmo), y psíquico. La tarea de conquistar los recursos orgánicos y representacionales es ardua y su desenlace nunca no está predeterminado. La aparición de la tensión genital genera un efecto importante: el arruinamiento de la masturbación fálica preexistente, ya que la nueva organización genital promueve que la excitación fálica arroje como resultado un aligeramiento insatisfactorio, insuficiente. Por ello deja de tener un peso decisivo en la economía pulsional. Ante el desvalimiento orgánico y anímico para ligar la pulsión genital, cobran importancia ciertos sustitutos, esencialmente espasmos (llanto, risa, dolores orgánicos como cefaleas o estomacales) que ocupan el lugar del orgasmo genital aún no advenido. A propósito de este momento, Gesell (Wainer, A. 1994) señala que los dolores de estómago, las cefaleas, los ataques de ira repentinos, se constituyen en válvulas de escape. Respecto del procesamiento económico de la genitalidad, Freud llamó la atención acerca de que la tensión genital se constituye en un estado de tóxico, un estancamiento pulsional que luego comienza a adquirir cualificación. Vamos por partes: respecto de la autointoxicación Freud destacó dos variables, la estasis de la autoconservación y la libidinal (sea narcisista u objetal). En el mundo libidinal estableció diferencias entre las situaciones en que se pierde la tensión voluptuosa: o bien por una aligeración sexual prematura (masturbación compulsiva que interfiere en creación de una ensambladura más compleja), o bien porque la descarga masiva del conjunto deja desvitalizado al sistema. También colige el efecto que tiene en la mujer, el coitus interruptus o la eyaculación precoz del marido: promueve una tensión sexual intramitable. De este modo, la tensión genital puede volverse tóxica por tres vías: por el camino de los estados asténicos, al vaciarse en exceso la tensión voluptuosa o por el camino de una intrusión sexual improcesable. No se ha considerado la estasis de la pulsión de conservación de la especie, acaso porque su carácter perentorio es menor que los restantes integrantes de Eros, sin embargo en las personas

que padecen infertilidad, se vuelva tal vez más insistente el llamado interior a procrear, en que sin dudas participe la pulsión de conservación de la especie.

El estancamiento de libido genital es tanto narcisista cuanto objetal. Al comienzo es clave el primero. La estasis se presenta como imposibilidad de tramitar la propia libido genital narcisista (a causa de que la representación cuerpo está en construcción) y a las múltiples pulsiones parciales reunidas bajo la hegemonía de la genitalidad. Este estancamiento se acompaña de la estasis de la libido objetal, que requiere de un otro cuerpo para consumarse.

Una primera cualificación resulta a expensas del lenguaje de la pulsión oral secundaria. Se trata de que los cambios en el quimismo corporal (con las correspondientes modificaciones en las secreciones corporales), que derivan en estallidos de asco. Este afecto es ya una cualificación y, en relación a la pulsión fálico genital, condensa dos significaciones. Una corresponde a la gama del dolor (que sinsabor, que disgusto) y la otra en relación con el displacer estético (que mal gusto). Resulta evidente que la pulsión fálico genital incluye una diversidad de significaciones. La riqueza de fragmentos articulados en torno de la tensión genital se plasma, en el plano expresivo de un modo semejante, bajo la forma de una reunión de múltiples elementos imbricados en una red compleja, heterogénea.

Cuando la pulsión genital logra instituirse como hegemónica, las diferentes pulsiones parciales pueden imbricarse en trono de la genitalidad, a la cual aportan como placeres preliminares.

□ Pulsiones derivadas:

La pulsión social: Tal como plantea Plut (2005) Freud aludió a una pulsión social para referirse a una inclinación cuya conformación depende de la reunión de aspiraciones eróticas (homosexuales - con un cambio de la meta-), egoístas (autoconservación) y agresivos. Esta neopulsión social es eficaz en la producción de diferentes vínculos interindividuales.

Pulsión de saber e investigar: La pulsión de saber (también denominada apetito de saber) es el resultado del ensamble entre la pulsión de aprehensión sublimada y la pulsión de ver que crean una nueva pulsión tal como lo expone Freud en Tres ensayos. Surge promovida por la pulsión de autoconservación y

el narcisismo con un propósito central: responder al interrogante sobre el origen de los niños para evitar un desenlace no deseado, el nacimiento de un hermano. La pulsión de saber suele quedar comandada por la sexualidad, en el lugar de una pulsión reprimida, dando lugar a la pasión cognitiva que se caracteriza por la secuencia que va desde la claridad conceptual hasta la angustia y la duda. La pulsión de investigar en cambio requiere que las pulsiones sexuales queden subordinadas a aquella, lo cual se vehiculiza con la sublimación por lo que cambia la meta (el placer por aferrar es relevado por el de aprehender conceptualmente, con palabras) y el objeto (que ya no es la sexualidad de los padres para colegir el origen de los niños sino las razones no observables de ciertos procesos). La pulsión de investigar implica una actividad intelectual que evidencia la libertad del yo, gracias a que la sexualidad es tomada como un medio para un fin egoísta y narcisista. La pulsión de saber implica la reproducción de un saber ya dado, es promovido por las pulsiones sexuales, coloca al yo en un lugar pasivo, en que la actividad de investigar es cedida a otro (el que produce los conocimientos), y solo se sostiene como sublimación de la pulsión gracias al privilegio de la otra: saber para investigar.

La función del otro en el despliegue de la subjetividad:

Freud hace referencia a la función, el tipo de comunicación y de vínculo entre el niño y el otro primordial. Veamos:

- Función: es la de proveer estímulos aptos (específicos por su contenido y por su ritmo) para que el niño se adueñe de aquello heredado (desenlaces anímicos, afectos, fijación pulsional, lugares psíquicos etc.). Veamos como ejemplo: cuando Freud define la meta sexual infantil. Dice que se trata de “sustituir la sensación del estímulo proyectada sobre la zona erógena, por aquel estímulo externo que la cancela al provocar la sensación de satisfacción” (Freud, 1905a. Pág. 167)
- Vínculo: el adulto despierta el narcisismo del niño (Freud, 1914a) - al investir al hijo desde su propio deseo narcisista (“his majestic the baby”).
- La comunicación primigenia entre infante y madre es de características telepáticas (1933a). Freud metaforiza el tipo de vínculo con la imagen del

pichón encerrado dentro de la cáscara del huevo donde se procura la nutrición y el calor (Freud,1911a)

Respecto de la función del otro en el despliegue subjetivo W. Bion y D. Winnicott realizan aportes valiosos, pusieron el foco en un aspecto crucial: el insumo emocional que se requiere para ejercer la función materna y propulsar el desarrollo emocional del lactante. Winnicott presenta la teoría del holding y Bion la de función de reverie. Ambos hacen referencia a un momento en que la separación entre el propio yo y el otro aún no se ha producido.

El holding (Winnicott, 1991), es una labor que requiere de una madre suficientemente buena atenta en la asistencia de las necesidades fisiológicas, del cuerpo inerte del bebé. Winnicott destaca que las acciones maternas per se, no definen al holding. Éste se caracteriza, en cambio, por los actos del cuidado envueltos en una actitud afectiva específica: la empatía que facilita la identificación con el bebé y el surgimiento de la creatividad materna. Como ejemplo de esta última nos dice que el bebé requiere “crearse la ilusión de que el pecho es parte de él... la madre coloca el pecho en el lugar que el bebé está pronto a crear y en el momento oportuno... La tarea posterior de la madre consiste en desilusionar al bebé en forma gradual, pero no lo logrará si al principio no le ofreció suficientes oportunidades de ilusión... La función del objeto es dar forma a la zona de ilusión... ” (Winnicott, 1972. Págs. 28, 29,30). El aporte original de Winnicott a la teoría freudiana es el planteo de una zona de ilusión producida entre madre e hijo imprescindible para que se plasme el crecimiento psíquico (creación psíquica del pecho, p. ej.) el tipo de insumo psíquico que la madre utiliza – la creatividad-así como que el progreso psíquico requiere como tarea creativa de la madre, “angostar” la zona de ilusión, dar lugar a la gradual desilusión.

Bion (1966) desarrolla una teoría según la cual el psiquismo del bebé nace de la capacidad de reverie materno. Define reverie del siguiente modo: “Cuando una madre quiere al niño ¿Con qué lo hace? ... el amor se expresa a través del reverie (Bion, op. cit. pág. 58): “Reverie es un estado anímico abierto...” (Bion, op. cit. pág 59). Es la capacidad para recibir la proyección de estados como el miedo a morir, que el bebé no siente como emociones sino como “cosas en sí

mismas” (Bion, op. cit.). La función de reverie tiene un fundamento desintoxicante. Que el bebe vaya despejando estados orgánicos de psicológicos. Ello ocurre por ejemplo gracias a la actividad materna que consiste en calmar el hambre y el temor potenciado (estado tóxico) transmutándolo en un estado de satisfacción y tranquilidad que posibilita dormir. Mediante la capacidad de reverie morigera y devuelve al bebe estos estados en un nivel de intensidad soportable. De modo que éste los reintroyecta como emoción soportable, que es la significación ganada gracias a la intermediación materna. Entre las diversas acciones del adulto que pueden configurarse en reverie para el infante, jerarquiza una actividad nominativa específica: la de poner nombre a estados emocionales desbordantes. Supongamos un bebe que cuando atraviesa estallidos de furia suele encontrarse con una madre que desarrolla un reverie exitoso, gracias al cual morigera tales estados. El éxito de la labor materna contribuye al crecimiento psíquico. Veamos como: en determinado momento el bebe, no solo registra la labor materna de calmarlo, sino que además esta presto para registrar la palabra que utiliza su madre (p. ej.: furia, rabia) para denominar a ese estado primordial. Ese significante constituye para Bion un hecho seleccionado (Bion, op. cit.). El efecto intrapsíquico que promueve es el siguiente: permite comprender el estado actual (el de furia en nuestro ejemplo) pero además permite aprehender un conjunto de estados previos - en los que prevalece la misma tonalidad afectiva- sin que, hasta entonces, tengan aparente relación entre sí. La intelección de hechos seleccionados es “... una experiencia emocional”... cuya función consiste en...“el descubrimiento de la coherencia” (op. cit. pág 104). La relación (interés/rechazo) que cada quien tenga con la propia verdad subjetiva depende del acceso a vivencias cuya impronta sea la coherencia. Bion atribuye las vivencias coherentes una doble fuente: una es la reorganización interna (a la que nos referimos unos párrafos arriba). La otra vía, fundamental, proviene del vínculo. Si el adulto, a la provisión de alimento y al contacto físico, le adosa una disposición vital hacia el niño, prepara el terreno para que éste tenga una experiencia emocional de coherencia (proveniente de diversas impresiones del objeto: ser alimentado, amado, comprendido, etc. constituyen un conjunto armónico), que predispone a una receptividad hacia la verdad, lo genuino, que para Bion es el fundamento de la salud mental. “Si la madre que alimenta no

tiene capacidad de reverie o el reverie se da pero no es asociado con amor por el niño o su padre, este hecho le será comunicado al lactante” (op. cit. pág 59). Según el autor el psiquismo infantil descifra la falta del amparo que brinda el reverie, como envidia materna (pecho voraz, asesino, etc.). Si el vínculo adopta estas características de modo duradero, es posible que la psique del niño tome “las medidas necesarias para destruir la captación de todos los sentimientos” (op. cit.pag. 29). Como consecuencia de ello el sujeto pasa a desplegar una voracidad por objetos materiales, a la vez que se vuelve incapaz de experimentar gratitud o interés.

Ese estado implica la destrucción de su interés por la verdad (pág. 30 op. cit), ya que el odio del objeto primordial resulta insoportablemente doloroso. Bion sostiene que estas personalidades, cuando llegan al consultorio como pacientes, descreen de las interpretaciones, pero no cesan de estimular al analista a que provea más y más de ellas (op. cit. pág. 31). Es decir se alimentan de mentiras, con lo que destruyen el estado de ánimo (interés, confianza) apto para recibir las impresiones sensoriales que pudieran conllevar el descubrimiento de hechos seleccionados o, en términos freudianos, lo nuevo. Lo revolucionario de este autor es que considera que la cuestión crucial en la vida anímica infantil es la de adquirir experiencia emocional (ésta alcanza para Bion, la importancia que para Freud tiene el domeñamiento de la vida pulsional). Plantea además una teoría muy original acerca de cómo interviene la vida anímica materna, sea en el logro o en el fracaso de esta empresa. Si la madre tiene disponibilidad y habilidad, las emociones desbordantes, tóxicas del niño, se vuelven descifrables, comprensibles. Esas emociones son el alimento psíquico que impulsa la curiosidad y la tolerancia a la verdad, que son el fundamento de la salud mental. Si la madre rechaza esa tarea, lo despoja al bebé de la comprensión de sus emociones, abre las puertas a que el niño odie la afectividad y se vuelque hacia la senda patológica, que para este autor, es vivir en la mentira.

El cambio teórico de 1920: La pulsión de muerte y la función del masoquismo primordial

En 1920 Freud sostiene la fuerza primordial activa, en cada cuerpo desde el inicio de la vida, es la pulsión de muerte. La meta que la guía es el retorno a lo

inorgánico, el principio de inercia. El creador del psicoanálisis toma una decisión teórica: incluye a la autoconservación junto con su opuesto, la conservación de la especie, dentro de los elementos constituyentes de Eros. Dado que tanto las pulsiones de autoconservación como las sexuales no tienen activadas de entrada ni su meta ni su objeto (su activación es, por el contrario, una conquista psíquica) la necesidad de ensamble entre los componentes de Eros, es crucial en el esfuerzo por cumplir una función nodal de Eros: ligar la pulsión de muerte. Freud sostiene que este cometido se alcanza, en parte, utilizando el sistema de la musculatura, la activación de pulsiones de destrucción que se abocan a neutralizar la pulsión de muerte mediante su expulsión fuera del cuerpo. El uso de la musculatura resulta crucial para distinguir un sadismo de un masoquismo, ya que permite al yo ser activo ante los objetos mundanos, perceptibles, y no solo pasivo ante la pulsión. Sin embargo, es regla que un sector de la pulsión de muerte no se deja conducir vía acción motora e impone desde dentro del cuerpo el retorno al estado inorgánico. Es en ese punto que adquiere su función crucial el masoquismo erógeno originario (Maldavsky, op. cit) que es un instrumento a la hora de ligar la pulsión de muerte con la sexualidad, apelando a la coexcitación por la cual un displacer aumenta la tensión sexual. De este modo Freud procura explicar por que el principio de placer, inherente a la pulsión sexual, queda afectado por la pulsión de muerte. De este modo el masoquismo erógeno corresponde al esfuerzo por procesar ese resto, la tendencia a la autodestrucción que no pudo derivarse en sadismo. En lo que hace a la relación entre masoquismo y fases de la libido, Freud señala lo siguiente: “el masoquismo erógeno acompaña a la libido en todas sus fases de desarrollo y le toma prestados sus cambiantes revestimientos psíquicos” (Freud, 1924a). Describe: el deseo de ser devorado (oral), el de ser golpeado (anal), el de ser castrado (fálico) y el de ser poseído sexualmente (genital)

II) Fundamentos de la teoría freudiana de la defensa:

Introducción

Freud en su primera postulación de un aparato psíquico (Freud, 1950a) incluye entre los principios explicativos de su funcionamiento, dos reglas biológicas que responden a un principio económico: el de la reserva energética (D. Moreira,

1995). La primera regla es la defensa primaria, la cual exige la desinvertidura de los sistemas que activan el desprendimiento de displacer. La segunda regla biológica impone disponer atención hacia ciertos signos de cualidad que se presenta simultáneamente con el acto de desinvertidura de la fuente dolorígena (en escritos posteriores lo denomina coninvertidura).

Recordemos que Freud (1920, op. cit) sostiene que el modelo de la defensa es la respuesta respecto del dolor orgánico. Ante éste el psiquismo ejerce una coninvertidura que tiene como meta rodear la zona afectada con una energía equivalente con la meta de neutralizarla. Al mismo tiempo intenta sustraer la atención de región dolorida y conducirla hacia otro lugar indiferente, no algógena. La primera respuesta atañe directamente a la economía pulsional, la segunda a un patrimonio que es también yoico, la atención (Maldavsky op. cit). La combinación entre desinvertidura (que pretende neutralizar la hemorragia interna propia del dolor) y la coninvertidura que Freud describe como una reacción específica ante el dolor, se reedita de un modo u otro en los recursos defensivos ulteriores, aunque como en ellos participan mecanismos psíquicos más complejos, es menester dar intervención a otro sector de la teoría: que el retiro libidinal de un lugar, por imperativo de la defensa, deje a ese sector librado a la disgregación producida por la pulsión de muerte. Esta última afirmación introduce un segundo aspecto que el cambio teórico de 1920 aporta a la cuestión de la defensa, la siguiente: las defensas son factores cruciales que intervienen en las pugnas inherentes a la economía pulsional de base. Promueven (sobre todo las defensas patógenas) desmezclas pulsionales en lo anímico, por lo cual la región desinvertida queda inerme, expuesta a la destrucción por las defensas de la pulsión de muerte. En cambio, hay otro tipo de repliegue de las investiduras, funcional, que no son resultado de una defensa patógena (por ejemplo el que da lugar al dormir nocturno). En este caso la retracción de las investiduras no deja un fragmento anímico expuesto a la destrucción por la acción de las defensas tanáticas.

Interrogantes respecto de las defensas:

Freud (1950a) plantea que las defensas se igualan en el primer paso (el repliegue de un mundo exterior acompañado de una desinvertidura más o menos vasta). A partir de allí se agudizan las diferencias, ya que las diferentes

defensas se caracterizan por la desinvestidura de un fragmento psíquico específico (Freud, S. 1917a). En las psicosis, por ejemplo, el abandono de las representaciones-cosa (representantes en el psiquismo de la realidad perceptual) deja a éstas a merced de la pulsión de muerte. Entonces:

- un primer interrogante en el estudio de las defensas es: ¿Cuál es el sector de lo anímico abandonado por la investidura libidinal?
- Este interrogante se anuda a otros, ya que el acto de desinvestidura es el procedimiento defensivo básico, pero además es menester la siguiente pregunta: ¿Cuál es su meta? A veces puede consistir en la sofocación de la pulsión, en la de un deseo, en la de un afecto o en el de una percepción y un juicio acerca de ella.
- Todo proceso de quite de investidura se continúa con la sobreinvestidura de un sustituto que hace de tapón, de conrainvestidura. Freud denominó a este elemento formación sustitutiva (1915b), la cual contiene algo de aquello sofocado (afecto, juicio, percepción, deseo). Podemos pues, preguntarnos por el destino ulterior de aquello que ha sido sofocado, y de aquello a lo que se recurrió como formación sustitutiva o tapón.
- Cada defensa es generada por una estructura anímica diversa, por lo que es útil preguntarse por las características de la estructura yoica que genera la defensa. Además en cada caso, prevalece un afecto displacentero específico como promotor de la defensa, lo que constituye otro interrogante. Como cada defensa constituye una orientación definida ante el conflicto, Freud denominó (a cada orientación) “corriente psíquica” (1918a, 1927a), cada una de las cuales cuenta con determinadas defensas.
- Maldavsky (1982) procura distinguir cuales son las defensas básicas en la obra freudiana. Propone las siguientes: identificación secundaria (constituyente del superyó y el ideal del yo), la represión, la desmentida y la desestimación. Las dos primeras preservan lo esencial del mundo representacional y las funciones psíquicas (desarrollos de afecto, percepciones, juicio de atribución, juicio de existencia, instancia paterna)

las otras dos se oponen de modo más o menos radical a ellos. La identificación secundaria y la represión implican un ataque (desinvestidura) sólo contra las representaciones palabra que debieran traducir las representaciones y pensamientos inconscientes, en tanto que la desmentida y la desestimación suponen un ataque contra esas representaciones y pensamientos inconscientes, contra el juicio de existencia, contra la instancia paterna, todos ellos como representantes de la realidad.

Cabe agregar dos especificaciones a esta presentación general:

1) prevenirnos contra todo tipo de reduccionismo, ya que en los hechos se da una coexistencia de diversas corrientes y sus correspondientes defensas. Tal ensambladura puede darse de modo egosíntonico, o bien como un conflicto franco, con soluciones transaccionales de diferente tipo. Por ejemplo, en las neurosis coexisten durante un tiempo dos corrientes psíquicas, la desmentida y la represión y conducen a la sobreinvertidura de una fantasía masoquista que expresa y sofoca a la vez al deseo edípico y el complejo de castración. Finalmente triunfa la represión, con la sofocación creciente de la fantasía masoquista.

2) la otra especificación es teórica. Freud (1915a) sostuvo que las defensas se pueden definir como destinos de pulsión, lo que significa que ciertas defensas que posibilitan la consumación pulsional así como otras que imponen un freno a la misma. Luego (1923a) planteó que existen defensas entre Eros y pulsión de muerte. Este es un punto que requiere más aclaración. Tales defensas se presentan al menos de dos modos (Maldavsky, 1997). De parte de la pulsión de muerte se da una tendencia al vaciamiento general de la energía de Eros, para conducir a un estancamiento de la sexualidad y la autoconservación. De parte de Eros, en cambio se da una tentativa de mantener un estado de tensión imprescindible para la tramitación orgánica y psíquica de los estímulos internos y externos. Tal conservación de una tensión pulsional constante tiene múltiples requisitos, y sobre todo se apoya en procesos de dessexualización, identificación y sublimación, por lo cual la pulsión inviste la cualificación afectiva y sensorial y los procesos de pensamiento. De esta defensa de Eros contra la pulsión de

muerte, deriva el surgimiento de la conciencia originaria, requisito para la constitución de las huellas mnémicas. Las defensas pueden no oponerse sólo a los representantes psíquicos de Eros (Maldavsky, op. cit.), sino al empuje mismo de las pulsiones de vida. De modo que es posible considerar una defensa patógena aún más radical, consistente en atacar ya no las huellas mnémicas sino a la conciencia, por lo cual desaparece el sujeto del afecto, primer representante psíquico de la pulsión, base para la construcción de la subjetividad.

El yo en la teoría freudiana

Tal como dijimos en las páginas previas cada defensa es generada por una estructura anímica diversa. De modo que antes de describir con detalle a cada una de las defensas centrales, resulta menester presentar la teoría de los yoes desde el punto de vista de la teoría freudiana. Vamos a apoyarnos en el libro de Neves y Hasson (1994). Las autoras sostienen que Freud cuestionó la perspectiva tradicional respecto del yo a partir de su experiencia clínica. En el trabajo con pacientes histéricas, apelando a la metodología de la hipnosis (y luego con prescindencia de ésta) detectó lo que denominó estados segundos. Un estado de conciencia con un grado de organización complejo, respecto del cual el paciente no disponía de memoria en su estado normal. Esta conciencia segunda tenía como característica central estar ligada a recuerdos que, por ser inconciliables con el yo oficial, eran rechazados por la conciencia, aunque siguiendo cierto procedimiento, accedían a la conciencia. La pregunta freudiana es por el destino de aquello que ha sido rechazado por la conciencia. Es sabido que ulteriormente Freud postuló la existencia de un sistema en el cual estos contenidos quedaban alojados. Este sistema, conceptualizado como preconciente se rige por el proceso secundario, al igual que el yo oficial. De este modo, quedan diferenciados yo y conciencia, ya que asimilar uno con otro es dejar excluido a una parte del mismo.

Ante la pregunta acerca de si el yo oficial es exactamente igual al otro, si es necesario ampliar o modificar el concepto de yo, la respuesta de Freud es que no hay un único yo, sino diversas estructuras yoicas. En diversos textos Freud trabaja la hipótesis de tres estructuras yoicas, correspondientes a distintos

momentos de la estructuración del psiquismo: yo realidad primitivo, yo de placer purificado y yo real definitivo.

Existen en la teoría freudiana, cuatro teorías para describir cada organización yoica. La de las funciones, las identificaciones, las representaciones y los desarrollos de afecto.

□ El yo real primitivo:

Tal como en otro lugar describimos, en el momento inicial, coincidentemente con el nacimiento cobra vigencia un estado pre psíquico. El sistema nervioso dispone de un polo perceptual y un polo motor. El primero registra los estímulos, tanto los externos como los que provienen del interior del organismo. El segundo es el encargado de producir la descarga. Se producen dos tipos de descarga, una hacia el exterior -el llanto, el pataleo- y otra hacia el interior -secreciones endógenas- Cabe aclarar que cuando hablamos de estímulos exógenos y endógenos lo hacemos desde el punto de vista del observador, ya que la diferencia entre ambos es una función a conquistar por el yo real primitivo. Justamente, la función principal del yo real primitivo es la orientarse en el mundo, para lo cual toma como parámetro al mecanismo de fuga. La distinción entre un “afuera” y un “adentro” se construye por referencia a una acción muscular. Una percepción que puede hacerse desaparecer mediante una acción de fuga (p. ej.: un rayo de luz) es catalogada como exterior. Si el estímulo proviene del interior del cuerpo (p. ej.: sequedad en la garganta) es imposible fugar. Se genera así un interior desde el que surgen estímulos perentorios de satisfacción, y un exterior indiferente, desinvertido. Se alcanza una diferenciación entre periferia corporal interna y externa. La interna de la que provienen las incitaciones pulsionales, es la que importa al naciente aparato psíquico, la periferia exterior permanece desinvertida, es indiferente. Cabe agregar que para que el mecanismo de la fuga sea jerarquizado debe ocurrir un relevamiento del principio de inercia por el de constancia, que implica reemplazar la aspiración de una descarga masiva por otra en que la descarga renuncia a un monto de tensión, siendo así compatible con la vida

□ El Yo placer purificado:

Surge como consecuencia de un acto psíquico, la identificación primaria, que promueve una unificación de las zonas erógenas hasta allí dispersas, anárquicas. La producción de este yo está asociada a la creciente investidura de la piel que actúa como un conector entre las zonas erógenas. Esta articulación de zonas erógenas encuentra un molde en una imagen proyectada de sí. Estos moldes erógenos devuelven imágenes con las que el niño se identifica. La identificación primaria tiene como requisito la proyección en un objeto que ocupa el lugar de modelo, de una imagen anticipatoria para el yo. En el primer momento lógico de la identificación primaria la identificación recae sobre el rostro materno. La identificación primaria consiste en un pensamiento inconsciente, cuya esencia es que salda las diferencias entre yo y objeto. Mediante este proceso el yo establece un vínculo con sus propios procesos pulsionales. En el objeto ubicado en el lugar de modelo el sujeto encuentra la satisfacción de sus necesidades además de un sentimiento de sí. La proyección que produce el rostro como objeto (y es seguida de la identificación) es un mecanismo constituyente de la exterioridad, no es una defensa sino un recurso para trasponer cantidad en cualidad

Existen diferencias entre la identificación y otro mecanismo con el que tiene ciertas coincidencias, la introyección. La introyección resuelve ciertas necesidades apelando a vivencias (de donde extrae percepciones con las que luego constituye huellas mnémicas), no exige a la psique un cambio estructural. La identificación primaria, en cambio, impone una intensa tarea de acomodarse a las propiedades del objeto. Es además tributaria de un pensar inconsciente, no contingente, sino ineludible para el psiquismo. La función de este yo placer es el juicio de atribución. Una de las dos funciones del juicio consiste en atribuir una propiedad a una cosa. “La propiedad sobre la cual se debe decidir puede haber sido originalmente buena o mala, útil o dañina (Freud, 1925a, pág. 254). Este yo tiene como meta apropiarse de lo bueno o útil. El juicio se pone en juego con los objetos que se lleva a la boca, cavidad en la que se desarrolla el juicio en acto. Freud liga la función del juicio con los procesos pulsionales, de modo que cuando el yo placer atribuye a un objeto la propiedad buena o útil, desde el plano pulsional, surge un deseo. El yo placer se rige por el mismo principio que las pulsiones, el principio del placer. El lugar de este yo es el de sujeto de la

pulsión, su categorización de los objetos es en nombre de las pulsiones (sexuales y de autoconservación). Estos juicios permiten al yo discriminar en que percepciones se reencuentra y en cuales no. Lo malo o perjudicial es proyectado mediante un acto desatributivo implica una expulsión del ser (que consiste confirmar la atribución de bueno y útil en el objeto que ocupa su boca) El acto desatributivo produce el no yo., el objeto desatribuido se configura como malo y es condenado a estar siempre disponible para su aniquilación.

La actividad expulsiva nos hace prestar atención al modo en que el aparato psíquico construye su exterioridad. En particular aquel fragmento de la misma sobre la cual hace recaer la actividad de las pulsiones destructivas. Freud (1925, op. cit) sostuvo: “Al comienzo son para el [el yo placer] idénticos lo malo, lo ajeno al yo, lo que se encuentra afuera” (págs. 254-55). De esta cita podemos deducir al menos dos cosas. Una, que el exterior para el yo placer no es unitario sino heterogéneo: incluye lo ajeno y lo malo. Lo ajeno deriva del esfuerzo por reencontrarse en el objeto, por medio de la proyección e identificación. En un momento posterior aquello que antes su supuso familiar, pasa a ser extraño (Freud, 1919a). ¿Cómo ocurre ese pasaje? Lo familiar deriva de un proceso proyectivo que crea lo diferente, lo no familiar que pasa a ser captado perceptualmente (por ej. Un niño de tres meses sonríe en respuesta a un rostro sonriente de frente cualquiera que sea. Luego a los ocho meses se lanza a llorar ante la presencia de un extraño con desesperación). El niño que reencontraba sus estados afectivos sin más requisito que la coincidencia de la expresión facial con su correspondiente estado afectivo, despliega un crecimiento psíquico: detecta los rasgos, a partir de ahora detectar lo familiar requiere que la proyección recaiga sobre los rostros reconocibles, los rostros extraños despiertan un sentimiento ominoso. Este sentimiento ominoso resulta consecuencia de un proceso de refinamiento psíquico gracias al cual se captan diferencias donde antes reinaba la indiferenciación. Lo malo, a su vez, se origina en el yo a partir de la vivencia de dolor y el engendramiento proyectivo de un objeto como causa de ella, hacia el cual se dirige la investidura hostil. La expulsión de lo displacentero, el movimiento proyectivo que la canaliza origina un exterior diverso, hacia el cual la investidura es hostil, no la indiferencia, la falta de atención ni tampoco la identificación. De estos dos componentes del no

yo, vamos a profundizar en la significación de lo malo (Maldavsky, 1986) ya que tiene relación directa con el procesamiento de la pulsión de muerte. La producción psíquica de lo malo requiere de una exterioridad investida, cuestión que no está dada desde el comienzo ya que para el yo real primitivo el mundo exterior es indiferente es decir, no hay investidura de atención disponible respecto del mundo sensorial. El acto de escupir puede engendrar diversos efectos desde el punto de vista psíquico: en el inicio del yo placer purificado el juicio desatributivo (que se ejecuta escupiendo en el lenguaje de las pulsiones orales) arroja fuera al no yo, a la inexistencia, lo que cataloga de perjudicial o malo (esta es una de las primeras tentativas de transformar la pulsión de muerte en pulsión de destrucción, implicando la producción de lugares psíquicos -no yo- y de objetos psíquicos como el objeto transicional). Ulteriormente, el surgimiento del deseo hostil desde el yo placer purificado requiere la imbricación de egoísmo y narcisismo. Durante la hegemonía de la pulsión oral lo malo deriva del acto de escupir lo displacentero. La importancia de este momento es que es precursor en la tarea de desplegar un sadismo a través de la musculatura, lo que abre un camino en la neutralización de la pulsión de muerte, a la que Eros dedica sus mejores esfuerzos. Este acto proyectivo, ahora, funda un exterior que podemos definir a la vez como no – yo y hostil. El movimiento expulsivo hostil, la pulsión de destrucción posibilita arrojar ciertas sustancias estimulantes en mucosa, categorizadas como nocivas (mocos, saliva) fuera del cuerpo. Este es el camino por el cual se instituye un tipo objeto en el mundo, el que Winnicott (1971) denomina transicional. Una vez creado éste resulta investido sostenido como no yo por la pulsión hostil como así también por la libido narcisista. Es que el objeto concreto sobre el que recae la función transicional (p. ej. pañuelo, frazadita) contiene lo eyectado de sí lo que permite acceder a un sentimiento de sí al reencontrar lo que fue parte de uno mismo (al olerlo o tocarlo). Detectamos dentro del mundo del yo placer purificado, una misma actividad motriz (la de escupir) puede estar sirviendo a diferentes lógicas psíquicas. La más elemental hace coincidir escupir con acto de desatribución, cuyo efecto es hacer dejar de existir. Una lógica psíquica ulterior da lugar a que el objeto escupido mantenga significación (investidura), pese a haber sido eyectado.

Ulteriormente se produce otro objeto psíquico que brinda un soporte en la transformación de pulsión de muerte en pulsión de destrucción. El juego del carretel (Freud, 1920, op. cit.) por el cual el niño procesa la ausencia de la madre escenificando su desaparecer, autopromoviéndose la repetición de la ida materna con el fin de procesar el trauma. A su vez en el acto de hacerla desaparecer interviene un componente vengativo. El uso de los sonidos como refuerzo de los actos (el “o-o-o “del niño que juega con su carretel) a veces como opuestas a ellos, se debe a que las palabras frases es un acto, expresión de una voluntad, modo en que se manifiesta la pulsión destructiva en el yo. La preferencia no tiene una función nominativa sino que resulta el sostén en el yo de una supuesta voluntad ajena, a la que se vence omnipotentemente, realizando el afán de venganza por el cual el yo apelando a preferencias y a sus motricidades aniquilar la vivencia traumática. El carretel ocupa el lugar psíquico de ayudante.

□ El yo real definitivo:

El yo real definitivo (Maldavsky, op. cit), que se despliega desde el yo placer tiene como función desarrollar los juicios de existencia. Este otro yo debe aceptar o impugnar el enlace entre representación y realidad. Ya no importa sólo lo que es placentero, sino además si algo representado es también objetivo. Freud (1925, op. cit.) propone dos motivos por los que la representación deja de coincidir con la percepción. El primero, es que es posible pensar un objeto ausente, reproducido como huella mnémica; el segundo es que: “no siempre al reproducirse la percepción en la representación, se la repite con fidelidad; puede resultar modificada por omisiones, alterada por contaminaciones de diferentes elementos” (1925, op. cit., págs. 255-56). El examen de realidad tiene entonces dos metas: reencontrar el objeto, convencerse de que está ahí, que no se trata de una mera reproducción; controlar el alcance de las desfiguraciones. Ahora, en lugar de un rechazo de lo displacentero surge un símbolo de la negación, sucesor de la proyección. Un requisito para que emerjan los juicios de existencia es haya ocurrido la pérdida de un objeto que otrora dio satisfacción. Veamos que factores hacen posible la activación de este juicio de existencia inherente al yo real definitivo (Maldavsky, op. cit.). Sólo el esfuerzo del yo por apoderarse de sus traumas lleva a que se establezcan diferencias entre el acto nominativo y la

presencia de la cosa a la atención. Esto ocurre porque la investidura de palabras se realiza con menor intensidad, con mayor inhibición por parte del yo, de este modo se vuelve soportable la diferencia entre los pensamientos (deseos) y la percepción. Se desprende de esto que la percepción vía proyección permite hacer consciente las representaciones cosa, pero no tiene la misma eficacia respecto de ciertos pensamientos inconscientes, que para que puedan ser pensados por un yo requieren de un preconciente verbal. Es entonces el pensar inconsciente el que requiere la función del juicio de existencia y el que impone la sobreinvestidura de la palabra en lugar de la impresión sensorial del objeto. Cuando está perturbada la primera función del juicio existencia es imposible discernir percepción de alucinación, cuando falla la segunda función que controla las desfiguraciones ocurridas en el pensar, es imposible discernir un pensar que busque respetar leyes presuntamente objetivas de un pensar delirante. Para el yo placer purificado resulta insoportable la pérdida de objeto porque ante un estado de necesidad depende de que la presencia perceptual de éste como soporte para no desestructurarse. Por ejemplo ante un estado de deseo intensivo y ausencia del objeto satisfaciente y dador de identificación, un yo placer puede apelar a un objeto transicional o a un carretel para mantener el trauma en amago, aunque el recurso de salvaguarda es frágil. Esto es así porque para el yo placer no existe la posibilidad de que el objeto no esté. La novedad en la época del yo real definitivo es que se hace accesible la investidura de los restos mnémicos de palabras oídas y la posibilidad consiguiente de proferirlas, se trata de la plena activación del preconciente verbal. Gracias a este preconciente el yo realidad definitivo ya no requiere del esfuerzo psíquico de conservar un objeto, sino de proferir palabras.

La razón que hace necesaria esta conquista yoica es que el esfuerzo por defenderse de los traumas mediante un deseo hostil, puede tomar una vía, por lo cual pasa de la proyección (el juicio de desatribución en acto, p. ej.) a la nominación, que tiene un menor costo psíquico. La vivencia displaciente ha impuesto la necesidad de distinguir entre percepción y memoria, entre la mera representación y la percepción exterior. De hecho soportar la diferencia entre percepción y pensamiento implica un salto cualitativo respecto del funcionamiento comandado por la identificación primaria. El cambio radical que

conlleva el juicio de existencia es que la pérdida de objeto pasa a ser producida desde el interior del aparato psíquico, ya no constituye un episodio padecido de manera accidental. El examen o prueba de realidad (que es un rudimento del juicio de existencia) es una función creada por la ausencia sensorial del objeto hasta que luego pasa a ser tributario de la palabra que sustituye a la cosa. En un principio este examen de la realidad puede apoyarse en la posibilidad o no de fuga respecto de lo supuestamente percibido, solo luego la prueba de realidad se liga con la palabra con lo que conduce al juicio de existencia.

Freud sostiene (1925, op. cit.) que el yo real definitivo surge desde el yo placer, es decir que suele existir una transición, un momento de coexistencia conflictiva entre ambos yoes, ocurre mientras los juicios de atribución y existencia no entran en contradicciones fuertes, hechos que suele ocurrir en la época en que se discierne el complejo de castración (Maldavsky, 1986)

Las fijaciones que estructuran el aparato psíquico

Freud utiliza el mismo término, fijación para referirse a dos fenómenos diversos uno normal otro patógeno. En este apartado desplegamos su propuesta respecto de las fijaciones normales.

Fijación yoica y retranscripción psíquica: En el plano yoico la complejización que conduce del Yo real primitivo al yo placer purificado y de este al yo real definitivo, puede ser descrita en términos de funciones o en términos representacionales. En la carta 52 Freud aludió a que el material preexistente de huellas mnémicas (es decir las que se han fijado en la memoria del sujeto) experimenta, de tiempo en tiempo, un reordenamiento, una retranscripción entre los estratos mnémicos sucesivos. Respecto a la imposibilidad de retranscripción puede obedecer a dos razones: una es por que siempre hay algo que se pierde, que resulta intransferible en el paso de una estratificación a otra. Por ejemplo: cuando en el dormir el sueño constituye un modo de trasmudar una frase en una imagen plástica, hay algo que se pierde, la posibilidad de escenificar los nexos lógicos. La otra es por razones de psicopatología, por fijación a un trauma.

La pugna entre adhesividad -Eros-y desasimiento -pulsión de muerte-

Freud (1917b) sostiene que la decisión de abandonar libidinalmente un objeto perdido es universal, que ese proceso se hace pieza por pieza para cada una de la miríada de huellas mnémicas singulares de la que está compuesto. Respecto de la desinvestidura cabe preguntarse, hasta que punto el objeto es abandonado por completo o por el contrario, se conserva cierta investidura de sus huellas mnémicas compatible con la continuidad de los nexos vitales. Es que, en un aparato psíquico bien constituido, ciertas fijaciones primordiales permanecen inmutables y en lugar de interferir con los nexos libidinales con el mundo, hacen de background simbólico. En la misma dirección Freud relaciona el desasimiento libidinal con el dolor, tal como lo expone en el manuscrito G (1950a). Acaso estas reflexiones acerca del desasimiento requieran la inclusión de la hipótesis de la pulsión de muerte, ya que ésta puede disolver las fijaciones libidinales e incluso despojar a la libido de su rasgo central, la adhesividad, que es lo que posibilita la fijación. La mella en el rasgo adhesivo corroe un instrumento crucial del que Eros se vale en su pugna por una creciente complejidad en la vida anímica. Es que la sexualidad, dentro de la lucha entre Eros y pulsión de muerte, se opone a la tendencia a la desagregación, se erige en el principal factor ligador, que tiende a la neutralización de la pulsión de muerte (aún con el costo de que la sexualidad se torne masoquista). Cuando la pulsión de muerte no es ligada se descarga en un goce orgánico incompatible con la posibilidad de fijación gracias a su adhesividad. La fijación resulta una defensa de Eros contra la pulsión de muerte.

Las corrientes defensivas fundamentales

□ Desestimación:

Desestimación funcional y patógena: Freud afirma que la desestimación es un modo de reacción del yo ante lo nuevo (1918a). A su vez Maldavsky (1991) sostiene que en la teoría freudiana, la unidad es anterior a la diversidad. Es decir que en un comienzo el yo es todo y que la complejización psíquica consiste en que el yo vaya segregando fragmentos, produciendo en lo mundano, lo diferente. Esta hipótesis freudiana no solo supone que en un comienzo el yo es indiscernible respecto de eso otro captado como mundo sensible, también lo es de un tipo primordial de factor estimulante: las pulsiones del ello, del cual el yo realiza una creciente diferenciación. Este proceso de creación de lo distinto, de

lo nuevo, allí donde imperaba una unidad más elemental no está exenta de conflictos (por el contrario, éstos resultan más desbordantes a causa de que el sujeto carece de instrumentos para pensarlos).

La generación de lo nuevo se atiene a una temporalidad con una lógica precisa, necesaria, poco influenciada por las vivencias específicas (Maldavsky, op. cit.). La referida función constituyente de lo nuevo expresa su eficacia al modo de un desgarrón en lo antes indiscernible. La conquista de lo nuevo impone una postergación a la urgencia de la pulsión por consumir su satisfacción inmediata, gracias a la cual adviene lo nuevo, una conquista anímica y cultural. Por ejemplo en determinado momento los afectos son lo nuevo respecto de la pulsión, son neoformaciones; luego la sensorialidad lo es respecto de los afectos; las huellas mnémicas lo son en relación con las percepciones, y luego los pensamientos con respecto de las representaciones. La generación de lo nuevo culmina con la producción de un pensar excéntrico del yo, que es hecho provenir desde el Apellido del padre, la instancia paterna. Esta adquisición constituye una actividad de enorme importancia en el desarrollo de la cultura, constituye un recurso para dar tramitación más sofisticada a los procesos pulsionales. La identificación con el propio nombre, la fase del espejo, etc. son otras tantas mutilaciones respecto de una unidad primordial, son también consecuencia de la función anímica que genera lo nuevo. Es importante resaltar que Freud utilizó este término en diversos contextos. La más consabida toma en consideración que la desestimación es un modo particular de procesar la realidad (psíquica) de la castración materna. Constituye una profundización de su investigación respecto de los mecanismos eficaces en las psicosis.

El discernimiento del juicio de la castración materna: Es hora de profundizar en como los niños construyen la premisa fálica y el complejo de castración, antes de profundizar en la desestimación patológica (dado que la muestra de nuestro estudio se constituye solo por pacientes varones vamos a centrarnos en la construcción del juicio de castración en los varones, dejando explícitamente de lado como se desarrollan tales desenlaces en las niñas).

Las metas pulsionales fálica y uretral se enlazan de modo autoerótico actividad que luego se reviste de fantasías, la más importante en este momento es la de

madre fálica. Se trata de un anhelo (deseo de repetir una vivencia jamás acontecida). El niño desea el encuentro sensorial del falo materno añorado y rehúsa dar crédito a los estímulos que cuestionan su supuesto.

Este proceso ocurre en el yo placer purificado en el cual el preconciente tiene un criterio por el cual la palabra constituye parte esencial de la cosa, los nombres son considerados nombres propios, aluden sobre todo a zonas erógenas, corresponden a un tipo de lenguaje íntimo inherente al que se construye entre un hijo y su madre (o con un padre feminizado). Sólo cuando alcanza a mayor investidura el juicio de existencia el niño se percata que la madre carece de pene en lo que constituye la fantasía de castración. Ésta hace que la madre invierta su valor psíquico: de familiar (alguien en que el yo se reencuentra) pase a ser extraño (rechazado, temido, desvalorizado). Buena parte del trauma de castración consiste en expulsar a la madre del lugar de ideal. Un derivado de este discernimiento es el afecto de envidia hacia la hermana o la madre (que pueden recibir del padre de modo pasivo) contrapartida del rechazo hacia lo femenino. Otro aspecto del juicio de castración consiste en que su admisión es identificatoria, es decir que el niño -que invistió a la madre como ideal- sigue el destino que su fantasía le confiere a la progenitora. De modo que el deseo del falo materno deriva en el deseo masoquista de ser castrado, solo luego con un mayor discernimiento de la libido narcisista y objetal puede rescatarse del horror se sentirse castrado.

Es posible distinguir dos momentos dentro del proceso de producción del complejo de castración. En el primero surge de la composición de lo visto, lo oído (con un privilegio del ver) luego la prevalencia la tiene el pensar, y la palabra que lo expresa, atribuido al padre, entonces adquiere una nueva eficacia

Freud (1918a) al conjeturar las vicisitudes del complejo de Edipo y castración del Hombre de los lobos, sostiene que en el momento en que la organización fálica (el complejo de Edipo y el de castración) devinieron lo nuevo respecto de la organización anal preexistente, discrimina tres corrientes psíquicas coincidentes respecto a la presunta castración materna: aceptación de la realidad, desmentida (abominación de la castración) y desestimación (lo psíquicamente nuevo en esa época psíquica) para resolver un conflicto entre la

fijación a la pulsión anal primaria y el requisito que exige perder el atributo fálico. El paciente, dice Freud, desestima lo nuevo (la castración) y se atiene a lo antiguo (el punto de vista del comercio por el ano). Freud afirma que el paciente de niño, al desestimar la castración, no quiso saber nada acerca de ella. Freud aclara que esta posición (la desestimante) es previa a la vigencia del juicio de existencia. En un momento ulterior (cuando el juicio de existenciaya está activado) en el que la castración debiera ser admitida como un discernimiento psíquico, la desestimación que siguió activada, mantiene al yo aferrado a la analidad. Al atacar a una nueva intelección psíquica (inherente a la fase fálica) la desestimación se vuelve patológica, lo que se pone de manifiesto cuando la realidad desestimada, la castración de la cual el yo no quiso saber nada, retorna desde la realidad (en el modo de una alucinación infantil aterradora con la que queda admitido, vía identificación, el juicio de existencia traumatizante). Esta alucinación infantil ilustra respecto del problemático esfuerzo de articulación entre estas tres corrientes en la infancia. La afirmación freudiana respecto a la desestimación como un mecanismo antiguo se esclarece haciendo referencia (Freud, 1925, op cit) al trabajo sobre los juicios de atribución del yo placer purificado. Recordemos que Freud sostiene que cuando el yo (placer purificado) juzga que el objeto que tiene en la boca es malo o perjudicial, lo escupe. De ese modo el objeto es arrojado fuera, al no yo (que carece de investidura, de significación psíquica). El acto de desatribución que incluye el quitar la investidura de bueno o útil al objeto en cuestión y luego su posterior expulsión es una desestimación normal. La desestimación es funcional cuando permite desechar percepciones u objetos sensoriales. Se vuelve patógena cuando ataca la admisión de una complejización psíquica.

La desestimación patógena, en suma, consiste en el esfuerzo consiste en tratar a un discernimiento psíquico como una percepción u objeto sensorial desagradable del cual solo cabe desembarazarse, por lo cual el enriquecedor entramado de corrientes defensivas que han de darse cita para contener el nuevo discernimiento quedan sustituidas por un mecanismo que desecha la novedad, de ese modo no hace lugar al crecimiento psíquico al que empuja su admisión en el yo.

Afinidades y diferencias entre la desestimación freudiana y la forclusión lacaniana: Lacan (Maldavsky, 1991, op. cit) profundizó el enfoque de las desestimaciones psicóticas, apoyado en las hipótesis que Freud expuso en el Hombre de los lobos, que más arriba expusimos. Lacan toma un camino: ubica la desestimación en el contexto teórico de los juicios. En la primera versión que Lacan da del concepto (Maldavsky, op. cit) lo relaciona con los juicios de atribución freudianos. Recordemos que Freud sostuvo que los juicios atributivos discriminan acerca de lo bueno, lo malo lo útil o perjudicial. Toma dos decisiones: introyectar lo bueno y expulsar, proyectar lo malo. Freud equipara la introyección con una afirmación primordial y sostiene que la expulsión es antecesora de la negación. Este juicio es lógicamente previo al de existencia. Al referirse a estas hipótesis Lacan afirma que la introyección a la que Freud alude constituye una simbolización primordial, una condición para que lo real sea dejado ser. En cambio la proyección constituye lo real, en la medida que es lo que subsiste fuera de la simbolización.

En una segunda versión (Maldavsky op. cit.) Lacan propuso traducirlo como preclusión (forclusión) afirma que se trata de una operación que interfiere en la constitución de la metáfora paterna, es decir, de un significante que da consistencia a los restantes, introductor de la ley, fundamento del ideal del yo. Cuando opera la desestimación un significante no adviene al lugar que le estaba preparado. Reconocer el mérito del rescate y el aporte de Lacan no significa desconsiderar que algunos matices de la propuesta freudiana fueron descuidados por el psicoanalista francés. Éste no toma en cuenta la secuencia lógica que Freud le adjudicó a este mecanismo en la infancia. Un momento anterior al juicio de existencia (en que la defensa es habitual, reversible con menos dificultades) y otro posterior en el cual la desestimación puede ser “activada” (y por lo tanto desactivada, meta clínica que parece adecuada para el abordaje de las psicosis). Acaso este fragmento (Maldavsky, op. cit) de la argumentación freudiana no coincidiera con la propuesta lacaniana que asume la forclusión como una operación definitiva. Estas diferencias se expresan en la elección de los términos: preclusión y desestimación son parte del lenguaje jurídico, ambos implican un “no ha lugar”. El matiz de la traducción lacaniana es que contiene la idea de que este “no ha lugar” es irrevocable, establecido de una

vez y para siempre pero con ella se desaprovecha una sutileza de la propuesta freudiana: la desestimación como mecanismo activable (es notable la asiduidad con que pacientes neuróticos describen alucinaciones infantiles que durante mucho tiempo no creyeron que eran de interés para el análisis y que ponen en evidencia una desestimación luego no activada de la realidad). Por otra parte la articulación lacaniana entre *verwerfung* y proyección o expulsión, requiere de alguna precisión que restrinja los términos. En efecto, Freud postula al menos tres tipos de proyección (normal, defensiva no patológica y defensiva patológica). En el *Hombre de los lobos* la desestimación pretende resolver un conflicto patológico desde el punto de vista freudiano.

Cabe agregar (Maldavsky, 1988) una combinación ambas teorías respecto a este mecanismo, que creemos puede aportar a un enriquecimiento conceptual. Del siguiente modo: para Freud la desestimación consiste en una defensa ante una realidad, se efectúa no constituyendo o desconstituyendo la instancia que introduce esa realidad como juicio. En tanto que para Lacan la desestimación implica una no constitución de un término primordial, aquel en que se asienta la cadena de los significantes. Ambas hipótesis pueden imbricarse: el juicio que se pretende desestimar es hecho provenir por el yo desde un lugar, una posición atribuida al apellido paterno, ese lugar desde el cual surgen las frases que expresan un pensar inconsciente y que aluden al propio origen por la mediación necesaria de un padre.

Freud también emplea el término desestimación para aludir ya no a una defensa contra una realidad insoportable, sino contra un deseo. Se refiere a que una paciente homosexual no carecía de un deseo heterosexual, ni del deseo de ser madre, sino que los desestimaba (Freud, 1920b). Se refiere a su vez a la desestimación de deseos por dictamen emitido desde instancia superior, el superyó protector (no sádico). Recordemos que Freud se refirió a que como parte de la evolución clínica de un tratamiento un yo puede darle un nuevo destino a cierto deseo: de reprimirlos, puede pasar a disponer del acceso a conciencia respecto de ellos y desestimar llevar adelante su consumación por restarle valor al deseo en cuestión (p. ej. por considerar el costo psíquico que conllevaría). Digamos que la desestimación por el juicio de un deseo es una sofocación que consiste en inhibir su meta.

La desestimación de la realidad también es posible inferirla en los procesos de duelo (Maldavsky, op. cit). Freud sostiene que los procesos de duelo constituyen pleitos que se despliegan en el inconsciente y culminan después que la furia se desahogó o después que se resignó el objeto como carente de valor (lo implica una desestimación). La furia desahogada es la contrapartida de la desestimación (cuando un amante se decepciona de su objeto supone que su compañera tendrá un ataque de furia; este supuesto se da también en forma invertida: el amante furioso proyecta la postura desestimante en su compañera). Estas desestimaciones son procesos judicativos que restan valor al objeto psíquico en cuestión (deseo, realidad) gracias al amparo del superyó quien produce el dictamen que el yo acata. Del proceso de duelo cabe puntualizar que tiene un correlato económico: la desinvertidura, que en el terreno de la psicosis se presenta como débito pulsional respecto de las representaciones cosa. Estas desestimaciones no se oponen a lo nuevo, sino que por el contrario se oponen al imperio de lo antiguo, no lo sofocan drásticamente sino que pretenden su reintegración en estructuras ulteriores.

El abordaje de la desestimación no culmina aquí. En el próximo apartado aprovechando la descripción del mecanismo de la desmentida aprovecharemos para hacer, al modo de contraste, un análisis pormenorizado de ambas corrientes defensivas.

□ Desmentida:

Freud sostuvo que ante la percepción de la falta del falo supuesto en la madre cuando una percepción se opone al juicio que afirma su presencia, una de las respuestas posibles para preservarse de una desorganización mayor es la desmentida (1927a, 1940a). Esta corriente psíquica abomina a otra corriente que afirma la existencia de una determinada realidad (sea la ausencia del falo materno, la muerte de un padre)

La meta de la desmentida:

La meta de esta defensa es sostener la autoestima (el sentimiento de sí), para lo cual puede acompañar la denegación de la realidad traumática con un tipo de masturbación (p. ej. la fálica)

Montaje de la desmentida:

Existen en la obra de Freud dos teorías acerca de la secuencia de pasos que constituyen la defensa. Una de ellas supone dos momentos (Maldavsky, 1982). El primero es el rechazo de una percepción traumática (la falta de falo materno). La defensa se erige contra el juicio que refuta la existencia en la realidad de un anhelo - el del falo materno - Esta corriente no implica de por sí la desestructuración de aquella parte del yo que afirma el juicio traumatizante. En verdad la desmentida consiste en una escisión en el yo.

Una de sus partes sostiene una afirmación contradictoria con el juicio de la otra. Esta escisión organiza de un modo peculiar el preconscious, confiriéndole a cada parte destinos diversos. Un sector puede quedar comandando las riendas del yo y el otro puede resultar proyectado. El segundo paso supone la creación de una formación sustitutiva que ubica un objeto perceptual (zapato, brillo en la nariz, p. ej.) en el lugar del registro traumático. El criterio con que se construye la formación sustitutiva es doble: contigüidad temporal y espacial con la percepción traumática.

En un texto previo Freud (1919a) establece una secuencia de tres pasos para la desmentida brindando, a la vez, una descripción más profunda de la naturaleza de su mecanismo. El primer paso es el sentimiento de aniquilación del yo que motoriza la activación del sistema defensivo. En segundo lugar se produce un doble idealizado como “enérgico mentís” (desmentida) frente a la omnipotencia de la muerte. El doble se construye apelando a una huella mnémica previa al trauma, a la herida narcisista, de la época en que el yo sostenía una cierta coherencia interna. El trauma que convoca a la desmentida desorganiza en el psiquismo un vínculo narcisista, una relación de ser, una identificación primaria. Ocurre como consecuencia de la pérdida de la idealización de quien ha sido investido en el lugar de modelo, o bien de la posibilidad de sostener la identificación con el ideal.

En el tercer momento el doble idealizado se trasmuda en ominoso anunciador de la muerte. Es decir que el trauma retorna desde el interior del objeto puesto para refutar su existencia. El texto de 1919 permite considerar con mayor claridad que el sentimiento ominoso no ocurre exclusivamente en el terreno de la patología. Existe un tipo de ominoso no patológico, que se genera por complejización psíquica (Maldavsky, 1986). Un ejemplo es la angustia del octavo mes, en la que el niño tiene un sentimiento de ominoso ante el rostro respecto del cual, poco

tiempo antes, sentía familiaridad. Ello ocurre porque el crecimientopsíquico supone un refinamiento en los requisitos que debe cumplimentar un rostro para resultar apto para la identificación primaria (p. ej.: de cualquier rostro que coincida con el estado afectivo propio pasa a requerir el rostro materno coincidente con la propia afectividad).

La esencia de lo siniestro:

Aunque Freud intenta definirlo por sus características perceptibles (extracción de los ojos, etc.) su definición más específica (Maldavsky, 1980 op. cit) privilegia el desarrollo de afecto, el sentimiento de lo siniestro. Éste es lo contrapuesto al sentimiento de sí, además que en la desmentida, lo sucede lógicamente. Es que mientras es exitosa la desmentida rescata el sentimiento de sí y mantiene a salvo la identificación. En el momento en que el mecanismo fracasa, el estado afectivo cambia de signo: es el momento del sentimiento ominoso. El sentimiento de sí ocurre cuando la representación yo coincide con la de un modelo o ideal garante del ser. El sentimiento de ominoso surge cuando una representación yo vuelta exterior, ajena, es contradictoria con un ideal.

Estructura yoica generadora:

El yo placer purificado es la estructura capaz de activar este mecanismo (Maldavsky, 1988 op. cit). Recordemos que este yo se constituye vía identificación primaria con una imagen producida en el ideal, la cual es accesible en tanto el yo se configure como ayudante, es decir: que tenga algo para ofrecer, en cuyo caso consolida su ilusión de coincidencia con el ideal. Cuando para el yo es imposible acceder a la identificación primaria lo que ocurre es distinto: la identificación se constituye pero afuera del yo. El yo ocupa un lugar, más no el de sujeto (la del yo placer) sino el lugar de ayudante de objeto para un sujeto. Se conserva el goce autoerótico pero a costa de ceder la posición sujeto (y el sentimiento de sí que le corresponde) a otro.

Desmentida y distribución posicional:

Por un lado se mantiene un vínculo con la posición del ideal (al cual se sujeto entrega parte de sí). Esta ofrenda del sujeto a su ideal se hace evidente cuando el ideal cambia de signo como dador del ser. Queda desidealizado por lo que pasa a ser extractivo de la identidad (aunque como defensa, esta cualidad queda proyectada en un modelo hostil). P. ej.: cuando el niño conjetura envidia

en su madre, le resulta insoportable. Traspone la envidia hacia otras mujeres y sostiene a su madre como fálica, para lo cual le entrega su goce fálico. Un segundo vínculo se da con la posición de quien afirma la existencia de la percepción traumática (la parte escindida del yo que admite la realidad traumática). El vínculo con este fragmento es de cuestionamiento. El tercer tipo de posición es la de rival: es la persona a la que atribuye cualidades similares a las propias, pero que responden a otro modelo (hostil) al yo del sujeto. Al rival se le atribuye un deseo extractivo del ser. En el caso del varón en posición homosexual p. ej.: la idealización de la madre es correlativa a la posición desafiante ante el padre coexisten junto a la suposición de que otras mujeres a las que se confiere el lugar de ayudantes del padre, detentan un deseo extractivo con respecto al sujeto.

□ Similitudes y diferencias entre desmentida y desestimación:

Cuando las defensas predominante son la desmentida o la desestimación un elemento en común es que el autoerotismo es la práctica erógena hegemónica (Maldavsky, 1988) sin embargo la posición subjetiva que adoptan ante el autoerotismo difiere según sea una u otra la defensa central.

Retomemos en primer lugar la definición y las condiciones de apropiación subjetiva de autoerotismo. En la lógica autoerótica fuente pulsional y objeto coinciden, ya que la fuente es causa de su objeto. El autoerotismo prima en la vida infantil hasta que las diferentes pulsiones parciales son reunidas en una síntesis que produce un yo. Ahora bien, las vivencias accidentales deben proveer ciertos estímulos sensoriales que faciliten la consumación de la satisfacción pulsional. Cuando el encuentro entre pulsión y el vivenciar no ocurre, se arruina la salida normal del autoerotismo. Al no darse tales requisitos para la superación del autoerotismo, éste queda al servicio de la defensa por lo cual en lugar de que el yo inaugure un exterior poblado de objetos sensoriales, el mundo externo es categorizado estrictamente en el contexto autoerótico (con lo cual se pasa del goce autoerótico al trauma autoerótico). Lo que ocurre entonces es que el yo ocupa el lugar del objeto que hubiera debido presentarse; gracias a ello se constituye un sujeto (narcisista) pero fuera del yo; puede establecerse una fijación en el autoerotismo como recurso para saldar la diferencia entre la necesidad lógica (de disponer de las vivencias) y la falta de éstas en los hechos. La fijación pulsional en el autoerotismo impone el uso

prevalente sea de la desmentida o de la desestimación. La época del narcisismo primario tiene como supuesto fundamental que el lenguaje es creación materna, el niño estructura su preconiente con ese supuesto. De hecho una parte crucial del intercambio entre madre y niño es, desde la perspectiva del niño, un intercambio de dones (heces u orina por palabras maternas). A esta altura el nombre es parte esencial de la cosa. Ulteriormente el niño supone que el padre es el creador del lenguaje, aunque ya no coincidente con la cosa sino con el pensar. Cuando decimos lenguaje o discurso materno aludimos a una lógica correspondiente a un vínculo interindividual íntimo, en que cada palabra vale como un nombre propio. En esta lógica domina el criterio de la simultaneidad. El discurso paterno corresponde a un vínculo interindividual más extenso. En este caso la simultaneidad se articula con la analogía.

Antes de alcanzar esta intelección, el niño intenta mantener la doble identificación primaria con madre y padre (para sostenerla, considera que el lenguaje paterno es una retraducción del lenguaje materno). En este momento intermedio para el yo la representación o el pensar y la percepción son lo mismo. Luego la voz se separa de la representación palabra y ésta de la cosa, porque el pensar se vuelve eficaz al distinguirse de la representación cosa. Ello ocurre cuando finalmente, la palabra expresa un pensar inconsciente, traumatizante: la fantasía de castración. Se quiebra la ilusión de doble coincidencia entre palabra y cosa y entre representación y percepción.

Si la defensa prevalente es la desmentida y esta fracasa, la hegemonía del juicio de existencia se expresa como un vínculo particular entre dos yoes: el yo placer purificado se rinde ante las evidencias y reconoce ante el yo real definitivo que el esfuerzo defensivo era inútil, de alto costo y equivocado. Sin embargo cuando predomina la desmentida exitosa, la doble coincidencia descrita antes no se rompe. El yo encuentra un modo peculiar de admitir la palabra del padre que postula la castración materna: bajo la forma del desafío, del cuestionamiento (identificación primaria hostil con la palabra atribuida al padre) como modo de sostener la hegemonía del lenguaje materno. Cuando prevalece la desestimación esta doble coincidencia se mantiene fuera del yo, a éste le resulta inaccesible la identificación con el lenguaje paterno, sustituido por neologismos, autorreproches y delirios. El mantenimiento de cualquiera de estas dos defensas implica la vigencia del autoerotismo, lo que origina una compulsión a hablar sea

para refutar continuamente un juicio traumatizante, sea para que un sujeto poderoso goce a costa del paciente (el delirio de Schreber consiste en la convicción de que Dios le extrae continuamente sonidos de la boca)

Diferencias de posicionamiento subjetivo entre ambas defensas:

En la desestimación tiene vigencia la satisfacción autoerótica pero sin el correlato de la correspondiente identificación primaria (que se desarrolla fuera del yo en otro -un sujeto ajeno, hostil -) que extrae del autoerotismo de quien desestima una imagen para gozar con su omnipotencia, en tanto que el desestimador sólo puede apelar a su autoerotismo. Veamos como ejemplo: “Para mí derrumbe espiritual fue particularmente decisiva una noche en la que tuve un número absolutamente desusado de poluciones (quizás media docena) esa sola noche. A partir de entonces aparecieron las primeras indicaciones de un trato con fuerzas sobrenaturales, es decir, una conexión nerviosa que el profesor Flechsig mantuvo conmigo, de tal manera que hablaba a mis nervios sin estar presente personalmente. A partir de ese momento formé la impresión de que el profesor Flechsig no albergaba ninguna buena intención para conmigo” (Schreber, D. , 1903, pág. 47). El fragmento refiere al momento en que cobra fuerza la desestimación psicótica, el proceso reconstitutivo delirante (aparecieron las primeras indicaciones de un trato con fuerzas sobrenaturales), la disolución de las identificaciones (derrumbe espiritual), la apelación hiperintensa al autoerotismo (número absolutamente desusado de poluciones) ofrendado a un sujeto hostil, exterior (Flechsig no albergaba ninguna buena intención para conmigo). Remarquemos pues la coincidencia de desestimación, disolución de la identificación, apego al autoerotismo que resulta una ofrenda a un sujeto hostil omnipotente. Podemos ser más específicos: en la desestimación psicótica la identificación primaria - padre se produce bajo la forma de una herida narcisista. Es una identificación que se produce fuera del yo y se vuelve contra éste que solo puede ofrecer su autoerotismo (poluciones ofrendadas a la divinidad).

En la desmentida el yo se pone como objeto de un sujeto ajeno pero al menos se identifica defensivamente con el sujeto (ese recurso es inaccesible en la desestimación). La identificación defensiva permite hacer una transformación pasivo-activo del trauma. Como ejemplo tenemos un paciente que mientras regresaba de un viaje con su amante, y para refutar la creciente depresión en

que lo sumía en el final de las breves vacaciones, hacía lo mismo que el amigo al que admiraba hacía con su esposa: masturbarla con el objeto de conectarse con la cara de felicidad de la mujer, para escapar de la tristeza. La identificación defensiva con el amigo idealizado da lugar a sustraerse de la depresión masturbando a la amante, con lo cual logra extraer un objeto perceptual (rostro feliz) que mantiene precariamente a salvo su sentimiento de sí.

Respecto al objeto al que apelan desmentida y desestimación, sendos ejemplos previos sirven para ilustrar la diferencia. Quien desmiente encuentra el sustituto en un objeto perceptual (el rostro feliz, en el último caso) quien desestima apela a un objeto autoengendrado (como el delirio de ser víctima de una divinidad)

Mecanismos acompañantes: En este mismo marco teórico, al estudiar el yo placer y también la desestimación, enfatizamos en que gracias a la función del juicio, lo desestimado como bueno es arrojado fuera del yo (fuera del ser) donde ulteriormente constituye lo malo. De modo que lo exterior al yo se constituye en dos movimientos proyectivos sucesivos: 1) desatribuir una propiedad a una cosa y 2) instituir a esta cosa como mala. Sólo en este segundo momento surge la posibilidad de dar cabida al deseo hostil.

Esta distinción permite establecer otra diferencia entre desmentida y desestimación. En la desmentida es posible el surgimiento de la proyección y el deseo hostil (el odio a cierta realidad). En la desestimación ocurre sólo el primero de los movimientos, por lo cual no se constituye lo malo fuera del yo. La fijación en el primer momento conduce a perpetuar un trauma: el exterior no tiene un carácter afirmativo (hostil), no rinde una imagen, y solo es posible apelar como recurso al autoerotismo y a la generación de una realidad autoengendada con lo cual el yo queda indefenso ante el empuje pulsional (no puede hacerse activo respecto de un objeto sensorial). La fijación en el segundo momento hace posible en cambio, un pasaje a la actividad apelando al objeto sensorial producido por la desmentida (un rostro, un fetiche, etc.)

Freud (Maldavsky, 1986) plantea que el apellido paterno es una intelección psíquica, un lugar excéntrico al yo desde el cual es hecho provenir un juicio de existencia particularmente traumatizante que tiene un doble valor: afirma un origen en el padre, intelección conquistada por el pensar (por sobre el representar, el percibir y el vivenciar) enlazado a la palabra. Al mismo tiempo afirma la castración materna, lo que es decir que la madre requirió una función

paterna para llegar a la procreación. Este proceso requiere que el padre se pierda como generador arbitrario y despótico de una realidad, para pasar a ser sólo un apellido desde el cual provienen ciertos juicios, ciertas frases traumatizantes. El apellido del padre es producto de una necesidad psíquica, en que el pensar se enlaza a la palabra y convoca un término (el apellido del padre) vuelto eficaz para reunir a las demás palabras en un todo con coherencia propia. La ausencia de ese término pone de manifiesto el fracaso de ese movimiento que gana un espacio para la palabra ligada al pensar, condena al aparato psíquico a que la palabra quede atada al vivenciar, el percibir y el representar. Por ej.: Schreber al encontrar a una persona conocida afirmaba: "Ahí está el señor Schneider". Tras lo cual las voces lo atormentaban con la pregunta incesante "¿Por qué se llama Schneider?", a lo que él mismo se respondía: "Porque su padre se llama Schneider", aunque esta respuesta no lo dejaba en ningún caso satisfecho. De este modo, se hace más claro que el enlace entre palabra y cosa se articula con el referido al origen y la castración materna (Schneider=cortador). Solo si este enlace queda garantizado por un imperativo categórico, la palabra puede expresar un pensar, aunque se vuelva traumatizante.

Represión

En qué consiste la represión: El término represión (Neves, Hasson, op. cit) se puede descomponer en el prefijo "re" que implica algo que vuelve y "presión", que corresponde a uno de los elementos de la pulsión, el apremio incoercible, la exigencia de trabajo (drang). La represión opera sobre este elemento de la pulsión. Freud plantea que la represión no es un mecanismo eficaz desde el comienzo de la vida psíquica, requiere un proceso de constitución de varias fases. La primera es la represión primordial, la segunda es la represión secundaria

Represión primordial

Freud (Neves, Hasson, op. cit) elaboró respecto de este mecanismo, dos teorías:

- a) la represión primordial como fijación de una pulsión que de este modo inhibe su desarrollo

- b) la represión primordial constituida por un mecanismo de conrainvestidura que instauro el inconsciente, en el que quedan alojadas ciertas representaciones.

Ambas teorías encuentran una armonización en el siguiente argumento freudiano: "Pues bien, tenemos razones para suponer una represión primordial, una primera fase de la represión que consiste en que a la agencia representante psíquica de la pulsión se le deniega la admisión en lo consciente. Así se establece una fijación; a partir de ese momento la agencia representante en cuestión persiste inmutable y la pulsión sigue ligada a ella" (Freud, 1915b, pág. 143).

Fijación significa en este caso, que determinados contenidos mnémicos no pueden continuar su camino hacia la conciencia, y en ese sentido hay una perturbación del desarrollo yoico.

¿Qué trauma motiva la conrainvestidura de la represión primordial? El deseo – inherente al tiempo lógico del erotismo fálico – de hallar el falo supuesto en la madre, concebido como un objeto perceptual nominable, perceptible y aprehensible. El trauma consiste en que el sujeto se encuentra con una triple ausencia (falta de un nombre, de una percepción sensorial, de algo a lo que aferrar motrizmente) que arruina el anhelo. La sorpresa da lugar a una nostalgia que "a menudo se vuelca súbitamente a su contrario, deja sitio a un desarrollo de horror".

En eso consiste el discernimiento traumático de la diferencia sexual. Apelamos ahora a un fragmento de un texto de O Mannoni (Maldavsky, 198). Se trata de un relato algo extenso, lo incluimos porque permite ejemplificar muy bien el trauma que motoriza a la represión primordial. Mannoni describe que durante una jornada de lluvia, se encontraba mirando el discurrir de las gotas que caían en el agua que no había tenido tiempo de escurrirse, sobre una repisa de la ventana. Relata: "Toda la repisa de la ventana estaba cubierta de centenares de puntos de exclamación al revés. Yo estaba fascinado. A causa de mi inmovilidad inhabitual mi madre se acercó. Yo quería hablarle de esas maravillas, pero ¿Cómo nombrarlas? Le pregunté: "¿Cómo se llama eso?", pregunta banal que a menudo yo planteaba. Pero, por una vez, mi madre no comprendió. Me dio respuesta que no podían satisfacerme: "es la lluvia", "es el agua"; yo insistía, ella tuvo una ligera molestia y me dijo: "esto no es nada". Yo protesté, entonces, esto

no podía ser nada. Fue entonces cuando me dio una respuesta definitiva: “esto no tiene nombre”. Mientras tanto yo no podía creer en la respuesta de mi madre. En cierto sentido nunca pude creerle, pues hoy, si bien soy capaz de admitir que estas maravillas tal vez no tienen nombre particular, aún siento la incredulidad de entonces. Esta respuesta tuvo un efecto traumático si la juzgo por el estigma indeleble que dejó, incluso si el trauma y el estigma son, más bien, pequeños. (...) y [aún] hoy (...) me sumerjo en la esperanza siempre frustrada, de descubrir un nombre (...)” (Maldavsky, 1986 op.cit. pág. 303). La escena parece evocar un recuerdo encubridor construido en la época del discernimiento de la castración materna y el horror consecuente, la sobreinvestidura de un recuerdo que hace de tapón al trauma. Desde esta perspectiva consideramos que lo que el niño reclama a su madre, es otro nombre que aluda al falo en ella. Resulta a su vez llamativa la duradera decepción por la falta de respuesta materna, lo cual indica la persistencia que tiene para el inconsciente la convicción en la existencia de un nombre para el falo materno. La atribución de un falo a la madre pone de manifiesto el anhelo de que la realidad sensorial coincida con los procesos pulsionales, que haya una imagen, una percepción que exprese un pensar. Este fragmento ilustra bien un momento particular de la represión primordial, el de la falta de palabras para expresar un pensamiento inconsciente (el anhelo de madre fálica). Este trauma lleva al proceso de contrainvestidura en que surgen representaciones sustitutivas (como el recuerdo encubridor de Mannoni).

La estructura yoica que produce la defensa:

Es el yo real definitivo quien promueve esta defensa: Freud señala que hay un momento del desarrollo del aparato psíquico en que éste alcanza cierta autonomía de los procesos primarios. Este logro se relaciona con la intelección del símbolo de la negación, el no, sucesor de la proyección, de la expulsión cuyo origen es la pulsión de muerte. Esta conquista ocurre en el ámbito de preconciente verbal. Digamos brevemente que el preconciente verbal tiene funciones específicas respecto de dos exteriores diversos: la pulsión y los otros, los semejantes. Respecto de la primera, el preconciente tiene como tarea el hacer conscientes los procesos inconscientes (que es la fundamental). En relación a los semejantes la función del preconciente es la comunicación (palabras que transmiten deseos, relatos, preguntas, etc.).

□ La represión secundaria:

Es un mecanismo que consta de dos pasos (Freud, 1915d):

a) en las fronteras de los sistemas inconsciente (Icc). y preconsciente (Prcc.) a una representación que por su contenido es inconciliable con el yo oficial, se le sustrae la investidura prcc.

b) se activa una conrainvestidura mediante la cual el sistema Prcc. se protege del asedio de la representación Icc.

Fijación patógena: su relación con el yo, la pulsión y la defensa

Dado que en nuestra investigación intentaremos dilucidar la existencia o no de cambio clínico en sesión cabe puntualizar nuestra perspectiva del concepto freudiano de fijación patógena, ya que este es uno de los elementos que consideramos cruciales a la hora de establecer si una defensa es funcional o patógena.

Freud (Maldavsky, 1994) parte de una teoría del desarrollo a la que denomina función sexual, según la cual supone que ciertas zonas erógenas se despliegan siguiendo un plan preescrito según el cual la hegemonía genital integra al conjunto con la meta de neutralizar a la pulsión de muerte. En este marco conceptual, la fijación pulsional (sectores de la libido que no acompañaron el desarrollo y permanecieron fijados a meta y objetos pregenitales, sustrayéndose de procesos evolutivos posteriores, a los que la libido muestra su inclinación a retroceder, en caso de que se frustre la expectativa de satisfacción siguiendo otros criterios erógenos). La fijación patógena resulta secundaria a un trauma al que sucede una conrainvestidura. De este modo la fijación puede darse a cada uno de estos términos. La fijación al trauma queda revestida como fijación a su conrainvestidura que adquiere un matiz erótico masoquista. (Maldavsky, op. cit.).

Fijación patógena y serie complementaria:

A la fijación patógena se accede por dos caminos. Por un lado las vivencias (de satisfacción, incitación materna erótica); por el otro, un fundamento filogenético, instintivo, que Freud (1918a) considera un saber, una preparación para entender (en las próximas páginas desarrollamos más el concepto de instinto y su relación con la pulsión). La confluencia entre estos dos factores, las vivencias y el saber filogenético -que constituyen una serie complementaria- determina la fijación de

la pulsión a ciertos objetos, de donde derivan las huellas mnémicas. Por ejemplo Freud (1919b) enfatiza en las circunstancias en las que se combinan una predisposición filogenética al desarrollo hipertrófico de cierta pulsión (p.ej.:la anal primaria) la cual promueve el encuentro con determinadas vivencias (las del tipo anal primario). Freud utiliza un término muy esclarecedor, escribe que la pulsión hipertrófica se halla “al acecho” de las vivencias que requiere para desplegarse, fijarse en ellas con el fin de que la pulsión se ligue a huellas mnémicas. El otro camino es el peso del instinto para promover ciertos desenlaces, pese a la falta de vivencias específicas. En este momento conviene decir que cuando que las vivencias no aportan el sustrato complementario al saber instintivo, la fijación se constituye de todos modos, pero con un remanente denostalgia. Freud (1933a) se refiere a pacientes que carecieron de la vivencia de ser amamantados y desarrollan durante su vida una nostalgia por vivencias que jamás tuvieron. Esta alternativa promueve desenlaces patológicos más graves que aquella en que la pulsión hipertrófica encuentra vivencias a las que adosarse

Fijación patógena en el yo (denegación de traducción)

Recordemos que Freud incluyó el concepto de fijación patógena en el marco de una doble teoría de la perturbación del desarrollo, el yoico y el pulsional. El segundo es algo más consabido que el primero, que sin embargo ha sido explícitamente mencionado por Freud: cuando alude a las formas de las neurosis sostiene lo que sigue: “guardan las improntas de la historia del desarrollo de la libido...y del yo” (1911b, pág. 73). Tales improntas en el desarrollo constituyen marcas que constituyen una interferencia en un proceso de complejización creciente sea en el plano yoico como en el pulsional. Respecto de la fijación yoica Freud consideró, sobre todo el caso de la represión, que en un sentido preciso significa denegación de traducción al preconciente, al estrato de las representaciones palabra. Fijación patógena en el yo significa entonces que determinados contenidos mnémicos no pueden continuar su camino hacia la conciencia. La fijación constituye una interferencia en el desarrollo de la función yoica.

3.3 Marco substantivo

En este capítulo nos dedicamos a definir alianza terapéutica, cambio clínico, así como otros conceptos, según el modo en el que los utilizamos en esta investigación

Definición de alianza terapéutica constructiva y obstructiva:

La definición de alianza terapéutica que utilizamos considera el aporte de cada integrante del vínculo terapéutico al logro o la interferencia de las metas terapéuticas. Este enfoque surge del aporte de psicoanalistas clínicos, especialmente W. Bion (1966b, 1969), ulteriormente sistematizados por D. Liberman (1972).

Alianza terapéutica constructiva y obstructiva en el terapeuta

Respecto del terapeuta, las intervenciones clínicas concretas son nuestra referencia a la hora de evaluar la calidad de su aporte. Liberman considera que las intervenciones clínicas óptimas aportan al paciente en una doble dirección:

1) aumentando la confianza en el analista (rapport, alianza terapéutica) y 2) en la superación de las dificultades (cambio clínico).

El terapeuta contribuye constructivamente con la alianza terapéutica cuando detecta y propone como foco del trabajo común en sesión, el punto de urgencia (la angustia o el estado de desvalimiento) en cada sesión concreta. Es fundamental la capacidad de rectificarse del analista (afinar la perspectiva de los problemas del paciente, la propia modalidad de intervención). Bion (op. cit.) otorga gran importancia a la capacidad del analista de captar lo nuevo en cada sesión. Sostiene que el rapport genuino se alcanza en el momento en que se intuye lo aún inexpresado, lo nuevo, lo que puja por adquirir plasmación psíquica en una determinada sesión. La actitud analítica consiste en “cegarse artificialmente con el fin de concentrar toda la luz en el único pasaje oscuro”.

El terapeuta incurre en alianza terapéutica obstructiva cuando, sin advertirlo, ingresa en identificaciones con personajes traumatizantes de las escenas nucleares del paciente (Bion, 1972), e interviene desde ellas, sin poder interponer recursos anímicos para recatarse. En este contexto rescatarse significa recuperar el rapport de modo que ante las nuevas problemáticas que el

paciente plasma en terapia, el analista pueda registrarlas y comunicarlas, en lugar de quedar aferrado a enfoques previos que no “contienen” la novedad.

Alianza terapéutica constructiva y obstructiva en el paciente

Respecto del paciente que contribuye a la alianza terapéutica, Liberman tiene una propuesta general y una más específica. La general afirma que el paciente colaborador ratifica con nuevas asociaciones confirmatorias, las intervenciones del analista que apuntan a sus núcleos problemáticos. Asimismo también mediante sus asociaciones, rectifica al terapeuta respecto de las intervenciones de éste que caen fuera de las cuestiones más cruciales para el paciente en ese momento dado.

Entre sus propuestas más específicas, se refiere al proceder de un paciente colaborador sea en el inicio de un tratamiento, sea en los momentos críticos del mismo. Para el paciente en actitud constructiva, el inicio del proceso analítico resulta una experiencia de tanteo, respecto de detectar qué puede esperar de sí mismo y del terapeuta. Su actitud afectiva hacia el tratamiento y a la persona del analista, suele ser de confianza. Si eventualmente sienten desconfianza, lo expresan abiertamente. Concurren a la sesión con el objetivo de mejorar en relación a lo que detectan como un problema personal (no acuden a la terapia con segundas intenciones ocultas). Están dispuestos a exponer su intimidad. Asumen que el tema central del diálogo analítico es la propia persona, procuran entonces concentrarse para hablar de sí mismos.

En los momentos críticos: (sea por la aparición de una nueva problemática del paciente o porque el terapeuta no alcanza a hallar una nueva estrategia más pertinente), el paciente colaborador sostiene la cooperación y la confianza con el analista, lo hace aportando nuevas asociaciones con las que, de modo inadvertido, orienta al terapeuta a corregir el enfoque. Cabe especificar que si la desorientación clínica del analista resulta duradera, el paciente colaborador puede interrumpir el tratamiento, decisión que en ese caso puede resultar sensata, no resistencial.

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. Concurren 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

Definición de cambio clínico

En esta investigación nuestra concepción de cambio clínico es la que se desprende la obra de Freud. El creador del psicoanálisis (ver estado del arte)

toma en consideración tres criterios para evaluar el cambio clínico. Nosotros nos centraremos exclusivamente en uno de ellos: el metapsicológico. Éste toma en consideración el cambio en las defensas. En un tratamiento pueden darse otras 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). Respecto del cambio clínico positivo desde un punto de vista freudiano consiste en que durante el tratamiento se produzca un cambio de defensas patógenas por otras más benignas o funcionales. La sustitución de defensas patógenas por otras de mejor calidad resulta un indicio acerca de la mayor estabilidad de las modificaciones psíquicas logradas en el tratamiento. La sustitución de defensas patógenas por otras de mejor calidad sí resulta un indicio acerca de la mayor estabilidad de las modificaciones psíquicas logradas en el tratamiento. Este es, en definitiva, nuestro criterio para evaluar los resultados de un tratamiento (Maldavsky, 2004)

Momento óptimo y complementariedad estilística

- a) La pertinencia de las intervenciones del analista (teoría de la complementariedad estilística)

Liberman sostiene que en los momentos óptimos de un tratamiento psicoanalítico el terapeuta logra encontrar el modo de reunir armónicamente una estrategia, táctica y técnica, eso ocurre” cuando el terapeuta suministra las estructuras verbales que faltan (...) en el analizando. De esta manera podemos adscribir la terapéutica psicoanalítica a un suministro de estructuras sintácticas complementarias por parte del terapeuta al paciente (Liberman, op cit. págs.. 470-471) “Estos estilos tienen un estilo correspondiente (predominantemente verbal) en la técnica interpretativa, se trata de aquel que posee una estructura complementaria y provee al analizando de matrices de la lengua que requiere para ir generando en el diálogo analítico frases con más “sentido” si el análisis progresa” (Liberman, op. cit. , pág. 486). Este autor sostiene que el analista alcanza la complementariedad con su paciente de modo espontáneo, cuando tiene un nivel de empatía óptimo con su paciente. Liberman plantea que su propuesta es inferencial (no deriva de una práctica inductiva)

- Tal como el mismo Liberman sostuvo, sus propuestas tienen un origen inferencial. En los últimos años (Maldavsky, 2007) las hipótesis de Liberman fueron testeadas con el algoritmo David Liberman (ADL). Este método de investigación psicoanalítico posibilita estudiar el diálogo analítico concreto entre paciente y terapeuta. Una de las alternativas que brinda su aplicación a una sesión o a un grupo de ellas, es la de detectar el cambio clínico (en caso que lo haya habido) tomando como parámetro el cambio en las defensas, que es el criterio freudiano por excelencia.

Rectificaciones ulteriores desde el ADL:

- I) Inclusión de un nuevo lenguaje de erotismo, la libido intrasomática y propone su complementario óptimo, el oral secundario

Cuadro: Complementariedades estilísticas corregidas

Paciente	Libido intrasomática	Oral primaria	Oral secundario	Anal primario	Anal secundario	Fálico Uretral	Fálico genital
----------	----------------------	---------------	-----------------	---------------	-----------------	----------------	----------------

Analista	Oral secundario	Fálico genital	Anal secundario	Anal secundario	Anal primario	Oral primaria#	Oral primaria
----------	--------------------	-------------------	--------------------	--------------------	------------------	-------------------	------------------

- ii) Los resultados del testeo son los siguientes: en términos generales las propuestas de complementariedad para libido intrasomática, oral secundario, anal primaria y anal secundaria, son válidas (Maldavsky, op. cit.). No ocurre lo mismo con fálico uretral y fálico genital, para los que Liberman propuso intervenciones del tipo oral primario. En los hechos "... observamos que si el terapeuta usa intervenciones anal secundarias (poner el énfasis en las relaciones en una familia, establecer conexiones entre situaciones concretas, etc.) obtiene modificaciones clínicas positivas..." (Maldavsky, op. cit. pág. 357). No obstante ello, cuando se adosaba alguna intervención oral primaria la perspectiva del terapeuta ganaba complejidad. También fue posible detectar que cuando en el paciente predomina discurso oral secundario (especialmente si está acompañado de una desmentida exitosa) las intervenciones anal secundarias son rechazadas (no por ser erróneas sino por las resistencias al análisis).

Complementariedad: rectificaciones parciales derivados del testeo:

En situaciones clínicas en que prevalece anal secundario, la intervención anal primaria es adecuada, pero lo es más aún si la intervención anal primaria se combina con otras anal secundario; éstas últimas contienen los argumentos (referencia a hechos concretos a nexos causales) que hacen de base a una posterior intervención anal primaria que tiene el valor de una acción (proponer un cambio de tema, denunciar una situación concreta de la sesión, o fuera de ella, etc.). Cuando el paciente combina prevalencia de lenguaje intrasomático combinado con una defensa como la desestimación del afecto fracasada o exitosa/fracasada, encuentra en intervenciones oral secundarias, el mejor complemento. Cuando el mismo lenguaje está acompañado por una desestimación exitosa del afecto, el terapeuta ha de hacer intervenciones del

mismo tipo (libido intrasomática) para establecer el vínculo y sólo después puede cambiar a las de tipo oral secundaria.

Resumiendo los resultados del testeo: las complementariedades de FU y FG fueron parcialmente rectificadas. Otras (LI, O2, A2) fueron más o menos elaboradas. La complementariedad estilística de oral primaria no fue testeada.

Cuadro: Complementariedades estilísticas corregidas y testeadas

Pacien.te	Libido intrasomática	Oral secundario	Anal primario	Anal secundario	F. uretral	F. genital
Tera-peuta	Oral secundario	Anal secundario	Anal secundario	Anal primario	Anal secundario /oral primario	Anal secundario /oral primario

El momento óptimo: una experiencia cognitivo-emocional

Liberman aporta nuevos matices a su concepción de momento óptimo de una sesión. Afirma que el momento crucial de la terapia analítica consiste, para paciente y terapeuta en una vivencia: la del descubrimiento de un hecho seleccionado (Bion, 1966b) que resulta una experiencia cognitivo – emocional para cada integrante del vínculo. De modo que la escena de complementaridad estilística en sesión tiene significación en la medida se origine y se desarrolle como vivencia genuina, vital. Liberman da más precisiones acerca del desempeño de paciente y terapeuta en el momento óptimo. Respecto del analista, plantea que el hallazgo de la interpretación sigue los siguientes pasos:

- 1) detectar un orden en un material clínico que hasta entonces, le resultaba inconexo, disperso
- 2) consiste en la comunicación del hallazgo, transformarlo en una interpretación mediante la cual contribuir al insight del paciente. Este proceso es la experiencia cognitivo- emocional del analista. Respecto del paciente, la

recepción de la interpretación y el hacer lugar a la vivencia de insight que permite una nueva intelección, hallar una nueva perspectiva en relación con ciertos hechos significativos, consiste en una vivencia cognitivo-emocional. Si éste nuevo patrón se pone a prueba en la continuidad del análisis y se corrobora, el paciente experimenta una sensación de verdad.

Definición de pubertad

El inicio de la pubertad, desde un punto de vista metapsicológico ocurre cuando el sujeto conquista su acceso al orgasmo (Wainer, 1994). La masturbación tiene una función importante ya que permite el enlace de la tensión captada en el aparato genital interno y la zona erógena. La nueva meta sexual que surge con el advenimiento de la genitalidad ubica a las otras pulsiones como parciales. De este problema se ocupó Freud (1940a) señalando diversos destinos para las pulsiones parciales: subordinarse a a pulsión genital (aportando placer preliminar a la pulsión genital), mantener su autonomía (mantener su goce irrestrico), ser reprimidas, participar en la formación de carácter, ser empleada en sublimaciones (Wainer, op. cit). En la pubertad comienza a establecerse las relaciones entre pulsión genital y pulsiones parciales en términos de hegemonía y subordinación. La pubertad, desde el punto de vista del yo y las defensas tiene como novedad el advenimiento del pensamiento abstracto. Este nuevo pensar da lugar a un reprocesamiento de los vínculos de idealización con madre y padre. Respecto de la primera gracias a una operación intelectual, la clasificación, se produce una reelaboración del juicio de castración, por el cual la madre queda dentro de un conjunto: el de las mujeres, el cual se caracteriza por un rasgo en común: la marca de la castración. En relación al padre éste, gracias a la operación de seriación, es ubicado en una jerarquía: la escala laboral que revela que el padre no está en la cúspide del saber y el poder. Esta intelección precipita una desidealización del padre. Esta ruptura de los equilibrios narcisistas durante la primera pubertad es repudiada mediante a desmentida cuya función es recuperar el orden en el plano del narcisismo

4. Estado del arte

La alianza terapéutica y su relación con el cambio clínico

4.1: Antecedentes de investigaciones en pacientes adultos

¿Por qué incluir antecedentes de investigaciones de adultos si nuestro foco de investigación son los pacientes púberes?

Consideramos pertinente dar cuenta del enfoque de alianza terapéutica y cambio clínico que surge de la investigación con adultos ya que como veremos en el desarrollo de nuestro estado del arte, quienes investigan alianza terapéutica y cambio clínico con niños y púberes mantienen una fuerte dependencia en relación a los paradigmas que rigen en la investigación con pacientes adultos

4.1.1) Estudios no sistemáticos en adultos:

Concepto de alianza terapéutica y cambio clínico en Freud:

Freud (1913a) planteó que el vínculo psicoterapéutico es de naturaleza compleja, atribuye a ambos interlocutores una posición y una función diferentes. Aunque Freud no utilizó el término “alianza terapéutica”, sostuvo que el objetivo inaugural de todo tratamiento es lograr un “rapport en regla”. Es decir: una ligazón del paciente a la persona del terapeuta para lo cual hace su aporte la transferencia positiva. Si el analista despliega un genuino interés, una actitud empática, aporta el complemento indispensable. Desde el punto de vista freudiano, el buen proceder del analista clínico ha de ser el siguiente: en primer lugar asegurarse la existencia del rapport. Solo después de establecido ese basamento afectivo, llega el momento de formular las comunicaciones terapéuticas destinadas a que el paciente reoriente sus energías psíquicas, desde los síntomas hacia representaciones u objetos no patológicos. Primero ha de crearse el vínculo afectivo y solo luego, es recomendable que el terapeuta encare el trabajo cuya meta es aminorar el peso de la neurosis en la vida del paciente.

El punto de vista freudiano acerca de alianza terapéutica tiene al menos dos supuestos fuertes. A saber:

El rapport es un producto vincular, requiere una complementariedad (transferencia positiva por parte del paciente / empatía desde el lugar del analista)

Carácter secuencial: el logro de la sintonía afectiva (el rapport en regla) antecede al cambio clínico

Precisiones acerca del concepto de cambio clínico en Freud: desde un punto de vista freudiano (Maldavsky, 2004) se pueden colegir tres criterios para considerar la existencia de cambio clínico positivo:

- a) Descriptivo: mejoría en los síntomas, los rasgos de carácter, el malestar que padece el consultante
- b) Parámetros específicos: el logro o incremento del insight, la calidad de los vínculos afectivos y/o laborales del paciente
- c) El tercer criterio es el cambio de defensas de mala calidad por otras más benignas.

Puede ocurrir que modificaciones en los dos primeros criterios sean indicios del tercero. Sin embargo, no siempre cambios sintomáticos o en el insight, resultan de cambios en la defensa (pueden obedecer a razones diversas: sugestión, cambio contextual, etc.). La sustitución de la defensa es el indicio más seguro acerca de la solidez del cambio clínico. El cambio sintomático o caracterológico o la mejoría del insight no constituyen un piso firme en relación a la perdurabilidad de los cambios terapéuticos. La sustitución de defensas patógenas por otras de mejor calidad si resulta un indicio acerca de la mayor estabilidad de las modificaciones psíquicas logradas en el tratamiento.

Aportes psicoanalíticos al concepto de alianza terapéutica y cambio clínico:

El rastreo bibliográfico se guía por la siguiente pregunta: ¿Qué concepción tienen los autores de alianza terapéutica y de cambio clínico? ¿Qué relación establecen los autores entre ambos conceptos?

Entre mediados de los años treinta y mediados de los cincuenta, un grupo de psicoanalistas propone el nombre de alianza terapéutica para designar ciertos componentes específicos del vínculo terapéutico. Su rasgo central es la cooperación racional entre paciente y analista.

Greenson y Wexler (ver Etchegoyen, H., 1986) enfatizan en una relación contractual no neurótica, racional entre paciente y terapeuta que aportan su disposición de trabajar juntos con un objetivo concreto: la mejoría clínica. Ferenczi (Etchegoyen, op. cit) describe el aporte del terapeuta como “simpatía” Greenson (Etchegoyen, op. cit.) sostiene que la alianza de trabajo se constituye con aportes de cada integrante del trabajo analítico. El paciente contribuye en en tanto le es posible establecer un vínculo relativamente racional, a partir de sus componentes instintivos neutralizados, nexo que tuvo en el pasado y que resurge en la relación analítica. El analista a su vez, colabora con su empeño por comprender y superar la resistencia, su empatía, su actitud de comprender sin sojuzgar. El encuadre, por fin, también aporta lo suyo (frecuencia de las visitas, larga duración del tratamiento, etc.). Greenson se propuso distinguir alianza de trabajo (o terapéutica), neurosis de transferencia y vínculo real entre analista y paciente. Define la alianza de trabajo como un rapport relativamente racional y no neurótico entre paciente y analista. En rigor intenta discriminar tres corrientes que intervienen en el vínculo terapéutico: la relación transferencial, la alianza de trabajo, y la relación real entre ambos (el paciente y el analista son dos personas reales, de igual rango, etc.). Greenson junto a Wexler (Etchegoyen, op. cit.) dividen la relación analítica en transferencial y no transferencial. La alianza de trabajo y la interacción real, son producciones no transferenciales. La alianza de trabajo es una interacción real, la cual hay que evaluar continuamente en un proceso terapéutico. Postulan que la misma se alimenta de intervenciones distintas de la interpretación. Una intervención específica que según el autor contribuye al desarrollo de la alianza, es la admisión del analista de sus errores técnicos (cuando el paciente los advierte) ya que eso favorece la confianza en al analista y contribuye a salvaguardar la alianza.

Según Etchegoyen (op. cit) un elemento para distinguir relación transferencial y alianza terapéutica es la simetría/asimetría en el vínculo. Este autor sostiene que la asimetría en la relación corresponde exclusivamente a la neurosis de

transferencia, en tanto que la alianza terapéutica es simétrica. Ejemplifica: si el analista usa la asimetría de la relación analítica para manejar aspectos de la situación real (p. ej.: justificar un aumento de los honorarios), su práctica es autoritaria. Finalmente este autor propone dos definiciones de alianza, una más amplia: es la conjunción de todos los factores que mantienen al paciente en tratamiento, a pesar de las resistencias o las transferencias negativas (al incluir a la transferencia positiva, da por supuesto la dificultad de discriminar nítidamente alianza terapéutica de vínculo transferencial). La otra definición tiende a ser más metapsicológica: hace basar la alianza en la conciencia de enfermedad (y al deseo de hacer algo con ella). Se detecta en la capacidad de tolerar el esfuerzo y el dolor de enfrentar las dificultades internas.

El esfuerzo (clínico, conceptual) de definir la alianza como algo diferente del vínculo transferencial es el elemento común a diversos autores que desde el psicoanálisis comenzaron a trabajar este concepto (este planteo se diferencia del planteo freudiano según el cual en el rapport, ya interviene la transferencia)

Cuadro: alianza terapéutica y cambio clínico como procesos sin conexión entre sí.

<p>Autores que definen alianza terapéutica como empatía, cooperación racional, apego al contrato terapéutico, etc., deslindándola como algo diverso del vínculo transferencial. Desde el punto de vista conceptual y práctico, alianza terapéutica y cambio clínico resultan procesos diversos, sin conexión entre sí</p>	<p>Greeno n, Wexler etc.</p>
---	--

La escuela inglesa: W. Bion: el rapport es el hallazgo de lo nuevo. El trabajo del analista

Bion realiza contribuciones que conducen a repensar la relación entre alianza terapéutica (o rapport) y el cambio clínico en el seno del proceso terapéutico. Su propuesta enfoca en el vínculo, y contiene sugerencias valiosas para detectar los aportes constructivos u obstructivos que terapeuta y paciente realizan sea para el progreso sea para el estancamiento clínico.

W. Bion (1969) define lo que entiende por “observación psicoanalítica”. Es un modo de trabajo que consiste en prescindir de los recuerdos (las huellas de sesiones previas) y de los deseos (p. ej.: el de curar). Sugiere centrarse en lo que está sucediendo en el instante mismo de la experiencia analítica. Afirma que lo que el psicoanalista tiene que captar y comunicar al paciente es ese fragmento de la realidad psíquica que, en cada sesión, es susceptible de evolucionar desde la falta de representatividad hasta alcanzar recursos expresivos. Bion metaforiza el estado óptimo del psicoanalista en sesión con una frase que atribuye a Freud: “me he cegado artificialmente en mi trabajo, con el fin de concentrar toda la luz en el único pasaje oscuro” (Bion, op. cit., pág. 689). En el mismo texto aclara que con esta cita lo que se propone es poner de manifiesto la importancia del rapport (Bion, op. cit., pág. 690). Afirma que este modo de practicar el análisis modifica el patrón de los tratamientos.

Plantea un modo de evaluar el progreso clínico: “El progreso se medirá por el mayor número y variedad de estados de ánimo, ideas o actitudes que se observan en cualquier sesión dada. Las sesiones serán menos entorpecidas por la repetición de material que ya tendría que haber desaparecido, y en consecuencia el ritmo de la sesión será más rápido (Bion, op. cit. págs.680, 681). Plantea que las intervenciones clínicas producidas de este modo pueden constituir una experiencia emocional, despertar una convicción y una fuerza que modifiquen tanto al paciente como al terapeuta. Este autor aporta una concepción del rapport que es novedosa: es el estado anímico del terapeuta que se abre a captar aquello nuclear que puja por expresarse en el paciente. De este tipo de encuentros hace depender el genuino progreso del tratamiento. La relación entre rapport y cambio clínico ocurre en momentos puntuales, privilegiados de una sesión. Consiste en experiencias que combinan lo emocional (la vivencia de descubrimiento) y lo cognitivo (hallazgo de una interpretación, nueva y valiosa información de sí para el paciente).

Los pacientes que atacan el rapport y el cambio clínico:

Asimismo Bion (1966b) describe una modalidad de ataque del paciente al vínculo terapéutico al que denomina perspectiva reversible. La detecta en pacientes que encubren una psicosis tras una fachada de adaptación. La faceta obediente se expresa en el cumplimiento de los requisitos formales del encuadre y la cooperación (concorre puntualmente, abona en tiempo y forma,

relata sueños, asocia libremente etc.). Sin embargo, todo ello está al servicio de disimular la carencia de alianza terapéutica constructiva con el terapeuta. La desconfianza acerca de la verdadera intencionalidad del analista, deriva de que lo escuchan con una convicción delirante (p.ej. todo lo que diga el analista tiene como objetivo para usar al paciente como conejillo de indias). Las intervenciones del terapeuta que puedan conducir al insight, son despojadas de su significación, malinterpretadas silenciosamente. La producción de material clínico (asociaciones, sueños) tiene como objeto mantener al terapeuta duraderamente desconcertado. De este modo, ocultan sus propios supuestos. Son pacientes especialistas en alimentar el error del analista. La estrategia patógena de acatar las pautas formales del trabajo terapéutico (cumplir con horarios, honorarios, relato de sueños, etc.) para atacar todo cambio clínico abre una complejidad que los autores clásicos (Greenson, Sterba, etc.) no entrevieron al conceptualizar alianza terapéutica. El trabajo de Bion promueve un alerta, un interrogante respecto a que elementos son cruciales a la hora de definir alianza terapéutica.

D. Meltzer: alianza terapéutica e interpretación:

Meltzer (1967) sostiene que en todo paciente, aún en niños, existe una parte adulta con la que sugiere construir la alianza analítica. Respecto a como interviene el analista respecto de la alianza, nos dice: en la labor analítica a la parte adulta, no se le interpreta (como a las partes infantiles), se le “habla”. Es decir, se le explica acerca del setting y el procedimiento analítico. El objetivo es fomentar la alianza de trabajo, estimular la cooperación requerida. Sin embargo posteriormente (1973) renueva su planteo. Distingue dos tipos de alianza terapéutica. Una se conecta con lo que denomina interpretación rutinaria que depende del trabajo que el analista hace apelando a su experiencia, su método y sus recuerdos del paciente. Señala que una tarea terapéutica es la de ordenar, recuperar conexiones, aclarar confusiones, etc. A este aspecto de la tarea “rutinaria” contribuye, junto con el trabajo del paciente, en promover la alianza terapéutica. La otra acepción de alianza terapéutica se asocia con lo que Meltzer denomina interpretación inspirada. Plantea que cuando el terapeuta tiene una comunión óptima con el paciente, puede sorprenderse él mismo al detectar en su mente el advenimiento de imágenes que, al ser volcadas al diálogo analítico, revelan su profunda conexión con el proceso elaborativo del paciente, al cual facilitan (son imágenes que el terapeuta presta para que el paciente halle en

ellas, puentes para avanzar en su propio trabajo psíquico). El estado mental capaz de producir esas imágenes es el que resulta de abandonar todo deseo y memoria, es decir que depende de la creatividad del inconsciente del analista, que tiene como aliada a la parte adulta del paciente. Es el nivel más sofisticado de la alianza terapéutica e implica posibilidades terapéuticas para ambos participantes del proceso. Meltzer sostiene que en el logro de tal comunión entre las mentes del analista y el paciente resulta decisivo que el vínculo entre ambas alcance una calidad singular, que denomina camaradería. Lo dice así "...una atmósfera... en la que se desarrolla cierta camaradería entre la parte adulta de la personalidad del paciente y la del analista como hombre de ciencia creador. Esto merecería el nombre de alianza terapéutica" (Meltzer, 1997, pág. 286).

D. Winnicott y W. Bion: alianza terapéutica en pacientes graves:

Estimulados por su práctica clínica con pacientes graves, estos autores destacan que la brújula a la hora de la orientación clínica la provee un instrumento psíquico - la capacidad de sostén (Winnicott, 1960), la función de reverie (Bion, 1966a) - que incluye elementos diversos: el propio sentir como fuente de información acerca del desamparo infantil del paciente, la capacidad autocrítica para evaluar las falencias del propio abordaje hasta el momento e – incluso- la capacidad cognitiva de generar nuevas hipótesis respecto de lo que está sucediendo en la situación transferencial. Es una función que incluye componentes afectivos y cognitivos. Este instrumento es irremplazable cuando se trata de captar la desorientación terapéutica y promover opciones para rescatarse de la misma.

Veamos ejemplos al respecto:

Bion (1990, pág. 142 y 143) refiere a un analizando que intentaba deshacerse de su temor a la muerte "... en la ocasión a que me refiero el paciente había sentido que yo los evacuaba tan rápidamente que los sentimientos no se modificaban y (...) le volvían más dolorosos... luchaba por metérmelos con violencia y desesperación crecientes...su violencia como reacción a lo que sentía como mi defensa hostil. Sentí que el paciente había vivenciado en la infancia una madre que respondía obedientemente a las manifestaciones emocionales del niño. Esta respuesta obediente tenía un elemento de impaciencia, de 'no se que tiene esta criatura'... desde el punto de vista del niño ella tendría que haber incorporado y experimentado el temor que él tenía de que estaba muriendo". A su vez, tal

como sugiere Álvarez Lince (ver Álvarez Lince 2012). Bion es pionero en el planteo de que la respuesta inconsciente del paciente a la interpretación es un criterio crucial para convalidar o refutar el acierto de la misma (propuesta que luego fue retomada y enriquecida por Liberman y Maldavsky como veremos luego). La reacción del paciente permite advertir al terapeuta que tuvo una claudicación de su capacidad de reverie. Cuando se rescata, está en mejores condiciones para orientarse clínicamente.

Winnicott (1960) por su parte, señala que en los pacientes graves el proceso terapéutico real se inicia con una falla del analista inducida inadvertidamente, por el propio analizando. El fracaso del analista facilita una reproducción de un trauma temprano del paciente (falla ambiental). Éste entonces, responde con un acting out gracias al cual se despliega un odio hacia el analista, sentimiento que acaso el paciente previamente nunca pudo desplegar como respuesta legítima ante el fracaso del ambiente. Si el analista comprende (acepta su falla y capta la escena nuclear del paciente que sin advertirlo contribuyó a reactualizar) y produce formulaciones pertinentes (acerca de lo ocurrido en el acting out, de lo que se necesita del analista) el proceso curativo cobra vigor. Sólo luego de atravesar la necesidad de dependencia del paciente, el terapeuta tiene la posibilidad de encontrar las interpretaciones genuinas para ese paciente, las que promueven el cambio clínico.

A su vez, estos autores hacen sugerentes contribuciones respecto de la calidad del aporte del paciente en el desempeño de su analista, en los resultados de la terapia. Puede catalogarse como constructivo o de ataque al vínculo

El aporte constructivo: Winnicott (1960) describe un paciente que luego de un prolongado e infructuoso análisis previo, comienza tratamiento con él. Luego al atravesar una fase difícil de la terapia el paciente éste le dice al analista que solo sintió esperanza en él, tras advertir que pese a las dificultades reales y el esfuerzo que insumiría el trabajo terapéutico, continuó con el análisis.

Cuadro: Aportes de Bion y Winnicott a la concepción de alianza terapéutica y cambio clínico

Una nueva concepción vincular de alianza terapéutica	El terapeuta aporta constructivamente a la alianza terapéutica cuando logra o recupera una conexión genuina con los problemas nucleares del paciente. A su vez el paciente se muestra dispuesto a aprovechar su análisis cuando modifica su disposición en la medida en que capta el compromiso de su terapeuta con su persona, lo que mejora su confianza. Todo lo contrario ocurre con los pacientes que atacan el vínculo analítico.
Relación entre alianza terapéutica y cambio clínico	El mismo instrumento psíquico (reverie, sostén) que en su faceta afectiva le sirve al terapeuta para conectar emocionalmente con el desamparo específico del paciente, en su aspecto cognitivo brinda nuevas hipótesis del problema clínico, es el fundamento de donde surgen las intervenciones clínicas genuinas (a los pacientes dispuestos a cambiar el compromiso del terapeuta les estimula la confianza)

¿Qué entienden por cambio clínico Winnicott y Bion?

Bion brinda una definición de cambio en términos descriptivos: “el progreso se medirá por el mayor número y variedad de estados de ánimo, ideas, y actitudes” (Bion 1969) en comparación con un momento previo.

Winnicott (1960) cuenta entre sus aportes más originales su abordaje de los pacientes fronterizos. Sostiene que el self verdadero proviene del gesto espontáneo. Éste constituye un encuentro con la experiencia de sentirse vivo, de ser real. La experiencia del self falso se relaciona con la reacción, la adaptación al ambiente (es lo inverso del gesto espontáneo). Se trata de vínculos de sumisión. El self falso y el genuino pueden establecer relaciones de óptimo complemento (cuando la escisión entre ambos no es grande, el self falso constituye una coraza protectora del verdadero self sin por ello coartar su expresión, por ej. en las actividades culturales) o de subordinación (si la escisión es grande el falso self oculta al genuino, lo que da lugar a las personalidades falsas). En pacientes fronterizos el sentimiento de no existir está solapado, recubierto tras un yo cuyo rasgo central es la adaptación.

Winnicott afirma que en el tratamiento psicoanalítico de las personalidades falsas, cuando el terapeuta empieza a contactar con el verdadero self, acontece un episodio prototípico: el paciente inadvertidamente realiza una prueba de confianza, despliega una escena de dependencia (Winnicott, 1999). Si cuenta con la protección del analista se dan las condiciones para que el falso self ceda un lugar al surgir de los sentimientos de existir, inherentes al self verdadero. Cambio clínico en este contexto significa que el self verdadero encuentre un lugar de mayor significación en el mundo anímico del paciente y ello modifica su relación con el analista y con el mundo exterior.

M. Rabih (Etchegoyen, op. cit) a su vez, hizo el nexo explícito entre la reversión de la perspectiva y el concepto de alianza terapéutica. Propone considerar la pseudoalianza terapéutica. Se trata de un vínculo hegemonizado por la reversión de la perspectiva. La parálisis del proceso se consolida cuando las pseudo asociaciones del paciente alimentan pseudo interpretaciones por parte del analista. La interpretación como modo de encubrir el profundo desconcierto del analista.

D. Liberman: el estudio de alianza terapéutica en la sesión concreta:

Cuando se propuso utilizar los instrumentos del psicoanálisis para estudiar el diálogo concreto de la sesión se topó con un obstáculo mayor, epistemológico: la distancia entre conceptos abstractos (conciencia de enfermedad, transferencia, resistencia, reacción terapéutica negativa etc.) y las manifestaciones concretas a las que los pacientes apelan para expresarse en terapia, hacían difícil captar, en la sesión concreta, si el paciente estaba contribuyendo resistiendo a su curación. A su vez, como consideraba que el cambio clínico o su inverso, el estancamiento, depende en buena del aporte del terapeuta, se propuso hallar un criterio para catalogar las intervenciones clínicas específicas y evaluar su pertinencia (algo que hasta entonces, no existía en el psicoanálisis). Previamente le fue menester desarrollar hipótesis intermedias, que condensaran por un lado conceptos psicoanalíticos y por el otro un lenguaje observacional, cercano a las manifestaciones discursivas de paciente y terapeuta. Lo hizo con conceptos cruciales del psicoanálisis: defensa, fijación, normalidad, psicopatología, y – los que más nos importan en esta investigación- los de alianza terapéutica y cambio clínico Para ello tomó un camino creativo y singular: combinó las teorías psicoanalíticas con las teorías

de la comunicación vigentes en los años 60 y 70. De ello resulta el concepto de estilos, que va a ser la base de una muy importante propuesta de estudiar los encuentros y desencuentros en el vínculo analítico como un proceso dinámico.

Decimos que esta propuesta de alianza terapéutica es heredera de la de Bion en un estricto sentido: aporta una perspectiva en que la alianza terapéutica es un concepto dinámico cuya tendencia en cada sesión, se debe detectar en el seno del vínculo trasferencial entre paciente y terapeuta aportando además instrumentos concretos para su detección. D. Liberman aprovechó a su manera el aporte de Bion respecto de los pacientes que apelan a la perspectiva reversible. Lo hizo al operacionalizar el concepto de alianza terapéutica. Esta propuesta se enmarca en un proyecto ambicioso, el de operacionalizar las estructuras clínicas (en término de estilos comunicacionales), el diálogo analítico (con una propuesta para evaluar las intervenciones terapéuticas según su pertinencia), y el concepto de paciente colaborador y resistencial.

Liberman es un autor que dedicó grandes esfuerzos en desarrollar propuestas que fortalezcan al psicoanálisis como ciencia. Liberman (1970) sostuvo que hay dos formas de investigar en psicoanálisis: una es inherente a la tarea que terapeuta y paciente despliegan durante la sesión analítica. La otra corresponde a la indagación del diálogo analítico luego de terminada la sesión. En este segundo caso ya no se estudia un paciente sino un campo de relación entre dos personas; una de ellas, el paciente reacciona de acuerdo con sus disposiciones y al estímulo que significa la otra, el terapeuta, quien indaga y opera en el paciente durante la sesión. Un examen detenido del diálogo terapéutico, con los aportes de ambos participantes del diálogo analítico constituye la base para encontrar los “indicios transferenciales de los cambios en el proceso analítico” (Liberman, op. cit. pág. 193). Se puede investigar varias sesiones o una sola; se puede focalizar el estudio en un fragmento de sesión o estudiar el mismo fragmento en un conjunto de sesiones.

Los elementos que constituyen el concepto de estilo

a) la teoría de la comunicación: Jacobson describe el intercambio verbal apelando a seis factores (emisor, contexto, mensaje, contacto, código y receptor). Las respectivas funciones son: expresiva, referencial, poética, patica, metalingüística y conativa) con sus correspondientes funciones

Cuadro : Factores y funciones del lenguaje

Factores	Funciones
Emisor	Función expresiva
Contexto	Función referencial
Mensaje	Función poética
Contacto	Función patica
Código	Función metalingüística
Receptor	Función conativa

Lieberman plantea que cada hablante tiene a disposición el código de la lengua y que éste permite al emisor un margen de opción para que el acto comunicativo conlleve el estilo de cada quien. Las categorías pragmática (relación del emisor con el mensaje que emite), semántica (relación significante-significado) y la sintáctica (modo de organizar la emisión verbal) le permiten, como veremos enseguida, establecer diferencias entre estilos.

b) Una concepción de salud psíquica: la concepción de salud de Lieberman es la del yo idealmente plástico, el cual debe poseer (Lieberman, op. cit.1970):1) la capacidad de disociarse, observar sin participar de modo de percibir totalidades con los detalles distinguibles dentro de dichas totalidades(percepción microscópica) 2) la capacidad de acercar la función perceptual al objeto y ver en detalle, haciendo abstracción de la totalidad pero sin confundir la parte con el todo 3) capacidad de captar los deseos propios y llevarlos a la acción en tanto haya habido previa evaluación entre necesidad y posibilidad cierta de satisfacción 4) capacidad de adaptarse a las circunstancias, al tipo de vínculo ya sea en sentido vertical(abuelos, padres e hijos) u horizontal(grados de intimidad); capacidad de usar el pensamiento como acción de ensayo y la

capacidad para estar solo 5) capacidad para disponer de un monto de ansiedad útil, preparatoria, que permita decidir una acción eficaz 6) óptimas posibilidades de comunicación en las que acción, idea y expresión afectiva se combinen adecuadamente

c) una concepción psicopatológica: el concepto de estilos incluye a su vez la correspondencia de cada uno con las estructuras psicopatológicas (cada una incluye un punto de fijación pulsional y una defensa hegemónica). Liberman sostiene que en cada estructura se da el predominio de alguna de las funciones sobre las restantes. La hiperfunción de alguna de estas pautas en detrimento de otras constituye la psicopatología libermaniana

d) una nosografía: la cual se compone de seis estilos, que son: I) reflexivo que busca incógnitas y no crea suspenso, II) el lírico, III) el épico, IV) el narrativo, V) el dramático que crea suspenso, y por último VI) el dramático que crea impacto estético

Cuadro: estilos, normalidad, estructuras clínicas y fijación pulsional

Estilo	Características	Estruct.	Fijación
	Expresivas Normales	psicopatológica	Pulsional
Reflexivo que busca incógnitas y no crea suspenso	Persona lúcida	Esquizoidía, Esquizofrenia	Oral primaria
Lírico	Persona sentimental	Depresivo, Melancólicos	Oral secundario
Épico	Persona de acción	Transgresores, Paranoicos	Anal primaria
Narrativo	Persona ordenada	Neurosis obsesiva	Anal secundaria

Dramático que crea suspenso	Persona valiente	Neurosis fóbica	Fálico uretral
Dramático que crea impacto estético	Persona con sentido estético	Neurosis histérica	Fálico genital

e) el momento óptimo de la experiencia analítica: Liberman (1970) describe al momento óptimo de la experiencia analítica siguiendo muy de cerca propuesta de Bion (1966a). Denomina hecho seleccionado a un proceso del terapeuta, el de hallar una interpretación apropiada para poner en orden el material clínico hasta entonces disperso, facilitando el insight del paciente. El descubrimiento del hecho seleccionado es una experiencia emocional para ambos integrantes del vínculo analítico. Para el analista se pone en juego en la experiencia de descubrimiento. Para el paciente en la vivencia de insight; la cual significa detectar que ciertas decisiones psíquicas o hechos significativos de su vida se organizan siguiendo un determinado patrón. Si éste se pone a prueba en la continuidad del análisis y se corrobora, el paciente experimenta una sensación de verdad.

f) componentes paraverbales: entre los significantes que Liberman considera, tienen un lugar los componentes paraverbales. El planteo de Liberman es el siguiente: afirma que en la situación analítica no solo se expresa significación con frases, sino también a través de preferencias no verbales. Incluye asimismo, lo que denomina mímica verbal: “constituida por los elementos paraverbales de las estructuras sintácticas habladas. La importancia de su estudio radica en que transporta una información (desde el punto de vista de las emociones) que el paciente transmite inadvertidamente. El planteo de Liberman es que la consideración de la mímica verbal puede aportar a una profundización de la relación transferencial-contratransferencial. “Las variaciones y combinaciones en cuanto a la intensidad, la duración, el timbre, la altura, los intervalos tonales y el ritmo del habla (Liberman, op. cit, pág.498) constituyen un universo estructurado de señales. A su vez configuran el medio a través del cual se expresan el habla

articulada y los ingredientes paraverbales acompañantes. Respecto del timbre, las emociones como el miedo y la tristeza disminuyen la tensión normal de los músculos. Emociones como la furia ejercen una acción opuesta sobre los músculos, la voz puede adquirir timbres metálicos acentuados. En cambio las emociones tónicas como la alegría tiene timbres brillantes. Respecto del tono sostiene –por ejemplo- que las notas del registro medio corresponden por su tono y la debilidad de las variaciones a las prácticas de la conversación, la lectura o al relato en las que la emoción no interviene en sus formas intensas. Respecto del ritmo sostiene que la acción de las emociones sobre la voz produce la aceleración del habla, muy notable en las formas tónicas de la alegría o la cólera. La disminución de la velocidad del habla caracteriza el dolor depresivo o el miedo. Liberman señala una línea de trabajo: la de conectar las manifestaciones paraverbales con los estilos o estructuras psíquicas. Compara dos estilos: el estilo dramático que crea impacto estético con el reflexivo que busca incógnitas y no crea suspenso con respecto a la mímica verbal: el estilo dramático que crea impacto estético” mantiene una sincronización óptima entre el relato y la expresión con que lo acompaña...la sincronización acción-idea-emoción confiere un cierto matiz estético al material, por el grado de redundancia que posee.”(Liberman, op. cit, pág. 491). El estilo teatral del paciente dramático que crea impacto estético, tiene su “doble opuesto en el estilo abstracto e impersonal” (Liberman, op. cit, pág. 491) del paciente reflexivo que busca incógnitas y no crea suspenso.

D. Liberman (1971) define el método psicoanalítico como un tipo especial de interacción terapéutica. Sostiene que el modo de mejorar la eficacia clínica del psicoanálisis consiste en estudiar “la organización seriada de diálogos” (Liberman, óp. cit. pág. 463)

Las propuestas de Liberman para evaluar alianza terapéutica

Este autor realiza al menos dos propuestas de gran relevancia en la dirección de evaluar el diálogo analítico concreto:

a) La pertinencia de las intervenciones del analista: teoría de la complementariedad estilística: Al psicoanalista le interesa captar dentro de un conjunto infinito de combinaciones entre elementos verbales y no verbales, la significación del mensaje inconsciente o punto de urgencia (Liberman op.cit pág.

466). Liberman sostiene que en los momentos óptimos de un tratamiento psicoanalítico el terapeuta logra encontrar el modo de reunir armónicamente una estrategia, táctica y técnica; eso ocurre” cuando el terapeuta suministra las estructuras verbales que faltan (...) en el analizando. De esta manera podemos adscribir la terapéutica psicoanalítica a un suministro de estructuras sintácticas complementarias por parte del terapeuta al paciente (Liberman, op cit. págs.. 470-471) “Estos estilos tienen un estilo correspondiente (predominantemente verbal) en la técnica interpretativa, se trata de aquel que posee una estructura complementaria y provee al analizando de matrices de la lengua que requiere para ir generando en el diálogo analítico frases con más “sentido” si el análisis progresa” (pág. 486). Liberman sostiene que el analista alcanza la complementariedad con su paciente de modo espontáneo, cuando tiene un nivel de empatía óptimo con su paciente. Liberman plantea que su propuesta es inferencial (no deriva de una práctica inductiva) y se desglosa así: Para el estilo reflexivo, Por ejemplo: una persona con un estilo observador no participante tiene hiperdesarrollada la función de abstraer y generalizar, a costa de una defensa que excluye su participación afectiva y motriz. Su cambio clínico consiste en que la ideación, el sentimiento y la motricidad requeridos para el lenguaje articulado estén cada vez más sincronizados y redundantes, como ocurre en el estilo dramático. A su vez, si estas técnicas y estilos de comunicación se hipertrofian, le conferirán al paciente las características de una patología histérica. En tal caso, sugiere la utilización instrumental del estilo observador no participante por parte del terapeuta, para abstraer lo común a las redundancias, y hallar un nombre a un acontecimiento interno que permanece mudo y/o un nombre abstracto a una actividad autoplástica en la que el paciente se encuentra comprometido de modo dramático y ponerle un nombre (probablemente reprimido en el paciente). Para el estilo dramático que crea suspenso propone también el estilo observador no participante como el más pertinente para hallar un nombre para un suceso psíquico, interno, evitado por ser motivo de angustia. Del mismo modo el estilo épico (neurosis impulsivas y psicopatías) y el narrativo (carácter y neurosis obsesivas), están mutua polaridad. El progreso clínico del estilo épico implica desarrollar técnicas de decisión y acción más adecuadas a sus necesidades (en lugar de inocular acciones en otro). Recomienda en primer lugar, el uso instrumental de frases y

estipulaciones con categorías lógicas en relación con el encuadre, tendiente a demostrarle al paciente que es el terapeuta quien sabe como se desarrolla el diálogo terapéutico. En el estilo narrativo el cambio clínico se ejecuta sobre la hipertrofia del proceso de toma de decisiones, en la medida en que se despliega un aprendizaje por medio del ensayo y error en la acción. Propone que el uso instrumental del estilo épico, es decir el lenguaje de acción, señalando el valor mágico con que el paciente inviste la palabra, arma de control de la autonomía mental del analista es el adecuado. Para el estilo lírico propone la utilización instrumental de frases con categorías lógicas que preceden a la interpretación y en la que aparece rescatada la identidad del terapeuta.

b) La disposición del paciente respecto del tratamiento (colaborador/resistencial) :Lieberman (1972) al referirse a los criterios de analizabilidad, lo hace en términos vinculares. Define lo que significa colaborar u obstruir en la sesión según se trate del paciente o del terapeuta. Dice que el paciente colabora en su análisis, rectifica los errores de su analista aportando nuevas asociaciones, las que selecciona espontáneamente y que brindan al terapeuta, la posibilidad de reorientarse. En la misma dirección, cuando las intervenciones del analista resultan acertadas, las ratifica al afluirle un nuevo material, el cual al terapeuta le puede servir para ganar confianza en relación al rumbo clínico elegido. En cambio, el paciente obstructivo opera de modo inverso, es decir: ataca las intervenciones pertinentes con manifestaciones que tienden a confundir al analista, a la vez que alimenta las intervenciones erróneas del terapeuta con nuevo material que tiende a mantenerlo descaminado en su orientación de la cura. Esta propuesta, creemos, constituye un modo de operacionalizar conceptos teóricos tales como alianza terapéutica, reacción terapéutica negativa y pulsión de sanar.

En síntesis: el paciente obstructivo pugna por mantener la eficacia de las defensas patógenas, mientras que el paciente colaborador contribuye espontáneamente al cambio de las defensas patológicas por otras más benignas.

Cuadro: Lieberman: operacionalización del estancamiento terapéutico según estilo

Estilo	Modo en que se evidencia el estancamiento clínico
Esquizoide	El paciente conoce la lógica del terapeuta
Depresivo	El paciente incrementa su dependencia
Actuador	El paciente perfecciona su técnica de inoculación
Obsesivo	El paciente mejora su técnica de discutir
Fóbico	El paciente racionaliza mejor sus evitaciones
Histérico	El paciente usa la capacidad dramática para desenfocar sus problemas

Los aportes de Liberman: Una síntesis

Su propuesta sienta las bases para una operacionalización de conceptos centrales en el estudio de los procesos clínicos: fijación pulsional y defensa en la sesión concreta. Retoma la enseñanza de Bion y Winnicott acerca de que inadvertidamente el terapeuta puede

entramparse en un proceso clínico infructuoso (p. ej.: focalizarse como única perspectiva de trabajo en el análisis de las defensas del falso self o quedar inmerso en la lógica de la perspectiva reversible que promueve el paciente). Construye entonces un conjunto de instrumentos que permiten evaluar el desempeño del terapeuta (la teoría de la complementariedad estilística) y la disposición del paciente hacia la cura (obstrutivo / resistencial) con la finalidad de facilitar el estudio de los procesos clínicos, en especial detectar las situaciones de parálisis clínicas (perduración de las defensas patógenas) y eventualmente sugerir nuevas vías de abordaje clínico que permitan salir del entrampamiento

Concibe las intervenciones clínicas óptimas aportando en una doble dirección (Lieberman 1972): en la superación de las dificultades (cambio clínico) y en el aumento de la confianza (rapport, alianza terapéutica) Explícita, en varios de los estilos que propuso, en que consiste en cada caso una intervención orientada a apuntalar el rapport y en que consiste una intervención dirigida a la modificación de la defensa patógena (cambio clínico). Veamos como ejemplo: para el estilo épico sugiere, en primer lugar, el uso instrumental de frases y estipulaciones con categorías lógicas en relación con el encuadre, tienden a demostrarle al paciente que es el terapeuta quien sabe como se desarrolla el diálogo terapéutico. A su vez, el cambio clínico consiste en facilitar la adquisición por parte del paciente de técnicas de decisión y acción más adecuadas que las de inocular acciones y decisiones en otro.

Límites de la propuesta libermaniana:

Respecto del modo de construir estas categorías Lieberman sostiene que depende básicamente de inferencias deductivas. Queda para abordajes ulteriores, la validación de estas hipótesis en las situaciones clínicas concretas (el desarrollo del ADL como método de investigación sistemático incluyó la realización de tal testeo).

Las propuestas de Lieberman sobre las hipótesis intermedias contienen términos (como el de estilos) no utilizados en la terminología psicoanalítica convencional, problema que se agrava porque este autor no realizó la correlación entre lo que denominaba estilo y los conceptos psicoanalíticos que pudieran ser afines con él, como el de preconscious.

El estudio de los componentes paraverbales, de gran importancia para captar la significación de los intercambios tuvo, en la propuesta original de Lieberman un primer esbozo. Ha quedado para sus más lúcidos sucesores establecer diversos tipos de componentes paraverbales y la especificación que pudiera haber entre tales preferencias y los conceptos de pulsión y defensa

4.1. II) Estudios de investigación sistemática de alianza terapéutica en pacientes adultos:

Tres investigadores argentinos (Waizmann, Espíndola, Roussos, 2009) hacen una buena reseña de los problemas que se han venido planteando quienes estudian alianza terapéutica a través de la investigación sistemática. En el campo de investigación en psicoterapia con adultos - que suele tener más desarrollo que el de la psicoterapia con niños - desde hace años una pregunta crucial es la siguiente: cuáles son los ingredientes que influyen en el éxito de los procesos terapéuticos (Waizmann, Espíndola, Roussos, op. cit). Al respecto, las investigaciones que han ganado más prestigio son las que detectan que la calidad de la alianza terapéutica, es la variable que mejor predice el resultado de un proceso de psicoterapéutico. El de alianza terapéutica es un concepto surgido en el campo del psicoanálisis, que ha despertado el interés de investigadores oriundos de otras áreas de la psicología y psicoterapia.

Si bien las investigaciones sobre la alianza terapéutica pueden definirse como de tipo experimental o cualitativa, actualmente suelen coincidir en el tipo de instrumento con que evalúan la alianza: se trata de escalas para el paciente y para el terapeuta.

Luborsky (1988) sintetiza las dos variables que privilegiaron investigadores del tema en las últimas décadas. La percepción de apoyo (calidad del vínculo paciente - terapeuta) y el acuerdo de trabajo en común (encuadre). Algunas investigaciones han intentado jerarquizar internamente entre estos factores, es decir cuál es el decisivo a la hora de promover adherencia terapéutica y cambio clínico. El consenso entre los investigadores es que la percepción de apoyo tiene mayor peso. Al decir de Luborsky entre ambos, la experiencia de una relación que brinda ayuda es el primer factor curativo de la psicoterapia psicoanalítica. Strupp (1986) acuerda en que la implicación del paciente es una variable del proceso que correlaciona positivamente con el resultado. Hougaard (2011) en la misma línea distingue dos aspectos de la alianza terapéutica, los cuales denomina relación personal y relación colaborativa. La primera que incluye confianza, expectativa, determina la calidad de la alianza por encima de los aspectos más racionales. Hartley (1985) también distingue relación real (confianza, respeto auténtico) de alianza de trabajo (acuerdo para trabajar juntos en pos de cierto objetivo).

Estos investigadores redefinieron el concepto de un modo acorde al tipo de investigaciones que realizan. Al respecto digamos que existe un consenso entre

investigadores de diversas orientaciones respecto de la definición de relación de ayuda (alianza terapéutica) que utilizan. Quien sintetiza en una propuesta los diferentes componentes es Bordin (1979). Consta de tres factores: 1) vínculo emocional entre terapeuta y paciente 2) acuerdo entre las dos partes respecto de las tareas inherentes al proceso terapéutico y 3) acuerdo entre las dos partes respecto de los objetivos y metas de la terapia. (Bordin, op. cit.). Otra definición que hace hincapié en las tareas de cada uno y del vínculo terapéutico en el logro de la alianza, muy emparentada con la de Bordin, es la siguiente: 1) Paciente: capacidad de trabajo aplicada a la terapia 2) vínculo emocional entre terapeuta y paciente 3) Terapeuta: capacidad de comprensión empática y 4) Acuerdo entre terapeuta y paciente en tareas y objetivos (Thomas, Werner, Wilson, Murphy, 2005).

Un problema concreto que estas investigaciones intentan abordar es la tasa de abandono prematuro de los tratamientos (entre el 40% y el 60%), lo que condujo la investigación al estudio del proceso y los resultados terapéuticos con la meta de mejorar su eficacia (un elemento objetivo de presión es que la baja eficacia amenaza el monto de la asignación que los seguros de salud aportan al área de la psicoterapia). Apoyados en investigaciones que detectaron que la única variación entre los que abandonaron prematuramente y los que completaron su terapia fue la calidad del vínculo, las investigaciones cuantitativas de los últimos años tuvieron como eje descubrir que variable predice mejor la configuración de una buena alianza terapéutica. Se ha estudiado:

a) el modo en que el terapeuta aporta u obstruye en el fortalecimiento de la alianza: Goldfried y Dávila (op. cit) tras una investigación empírica postulan que una combinación entre factores vinculares (la experiencia de ser escuchado por una persona empática que no adopta una posición moralista) y ciertas técnicas específicas, son la llave del cambio terapéutico. A continuación retomamos la investigación de Waizmann, Espíndola, y Roussos: "Pareciera haber un acuerdo en que determinadas características del terapeuta influyen en un deterioro de la alianza terapéutica. En la literatura, pudimos encontrar las siguientes, obtenidas de descripciones realizadas por los pacientes: el ser críticos, moralistas, estar a la defensiva, ser faltos de calidez, de respeto, de confianza, mostrarse inseguros, tensos, distraídos, cansados, aburridos, rígidos, discutidores, culpabilizadores, observadores, manejadores y distantes. Asimismo, la forma en

la que se llevan adelante ciertas técnicas psicoterapéuticas tiene un efecto negativo sobre la alianza terapéutica, como por ejemplo, estructurar rígidamente la terapia, realizar comentarios personales inapropiados por parte del terapeuta, el mal uso de interpretaciones transferenciales (en el caso de terapias psicoanalíticas) y el uso inapropiado del silencio, también contribuyen negativamente en la alianza terapéutica (...). Hartley y Strupp (op. cit.) identifican comportamientos específicos de los terapeutas que impactan negativamente en la alianza terapéutica. Entre ellos, se encuentran el hecho de que el terapeuta imponga sus propios valores, genere dependencia en el paciente, realice comentarios irrelevantes, y utilice intervenciones inapropiadas (...). La percepción por parte del terapeuta de una alianza negativa, si es dejada de lado, también afecta la habilidad de éste y del paciente para desarrollar una alianza fuerte, y terminará por dañar el proceso terapéutico (...). Pareciera que los intentos del terapeuta por vincular las reacciones negativas hacia el terapeuta con figuras parentales tempranas del paciente (interpretaciones transferenciales), serían nocivos para el proceso terapéutico. Piper, Azim, McCallum y Joyce (Waizmann, Espíndola y Roussos, 2009) comparten esta idea, encontrando que altas concentraciones de interpretaciones transferenciales son inversamente proporcionales a la calidad de la alianza en las sesiones. De este modo, el uso inadecuado y excesivo de las mismas, podría contribuir a una alianza terapéutica débil. La percepción de dicha alianza como débil por parte del terapeuta resultaría en el abandono del tratamiento por parte del paciente, en respuesta a una atención excesiva del terapeuta a la relación transferencial. Otros estudios mostraron que las interpretaciones acertadas se relacionaban con una buena alianza. Podríamos pensar entonces que la inadecuación de las interpretaciones es lo que lleva a una alianza deteriorada (...). Otros comportamientos como poner mucho énfasis en la resistencia del paciente (...), realizar comentarios personales del terapeuta sobre sus propios conflictos emocionales (...), utilizar el silencio inapropiadamente, ser poco flexibles (...), y usar inadecuadamente interpretaciones transferenciales (...) impactan negativamente en la alianza. Crits-Christoph y Connolly Gibbons (Waizmann, Espíndola y Roussos, 2009) investigaron las interpretaciones transferenciales y llegaron a la conclusión de que las mismas llevan a una alianza pobre sólo cuando se trata de pacientes con una pobre calidad de

relaciones objetales. Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue y Hayes (citado por Waizmann, Espíndola y Roussos) plantearon que frente a rupturas de alianza, la adherencia rígida a las técnicas prescriptas por el marco teórico de referencia, podría exacerbar - más que reparar - dichas rupturas”

b) Características de los pacientes que contribuyen a la calidad de la alianza terapéutica: el nivel de educación elevada, el sexo femenino, la perspectiva optimista sobre la terapia, la habilidad para las relaciones interpersonales son algunas de los rasgos de los pacientes que, según algunos estudios, contribuyen positivamente a la exitosa alianza terapéutica (Waizmann, Espíndola y Roussos op. cit)

c) La gravedad del problema: algunas investigaciones han enfatizado que a mayor discapacidad, se resiente la posibilidad de aportar a una buena alianza terapéutica.

d) Safran, Muran, Samstag y Stevens (2011) plantean a las rupturas de alianza como una tensión o interrupción en la relación colaborativa entre paciente y terapeuta, consistiendo las mismas en: d1) desacuerdos en las tareas del tratamiento d2) desacuerdos en los objetivos del mismo, y/o d3) problemas en el vínculo. Safran y Muran (op. cit.), entienden a las rupturas de alianza como deterioros en la relación entre paciente y terapeuta. Son marcadores interpersonales que indican oportunidades críticas para explorar y comprender procesos que sostienen esquemas interpersonales desadaptativos (más adelante desarrollaremos más extensamente esta propuesta). Estos deterioros en la relación entre paciente y terapeuta varían en su intensidad, duración y frecuencia dependiendo de la particular diada de la que se trate (Safran, Muran, op. cit). Los autores sugieren que las rupturas de alianza son un resultado de la contribución mutua del paciente y del terapeuta. En algunos casos, la contribución del terapeuta será mayor, en otros, los procesos intrapsíquicos del paciente tendrán un rol predominante. Binder and Strupp (1997), describen a las rupturas como episodios de comportamiento encubierto o manifiesto que atrapan a ambos participantes -paciente y terapeuta- en interacciones negativas complementarias.

La ruptura de la alianza como foco de investigación

Varios autores han concluido que las rupturas de alianza incrementan el riesgo de que se produzca una terminación prematura del tratamiento terapéutico. Aspland y cols. (2008), parecen apoyar esta idea, ya que sugieren que las rupturas de alianza consisten en momentos de desconexión emocional entre el paciente y el terapeuta, los cuales generan un cambio negativo en la calidad de la alianza terapéutica. Para estos autores, la importancia de la ruptura de alianza reside en que ésta podría impedir el progreso terapéutico. Es por ello que se comenzó a identificar y examinar las rupturas de alianza, para poder trabajar en ellas, y, de ese modo resolverlas Agnew-Davies, Stiles, Hardí, Barkham y Shapiro (1998) fueron precursores trabajando en secuencias de reparación de rupturas. Además trabajaron en pasos para la resolución de las rupturas terapéuticas.

Llewelyn, Hardí, Barkham y Stiles, 2008). De hecho, Safran y su equipo encontraron que el éxito psicoterapéutico está más asociado con las reparaciones exitosas de rupturas de alianza que con un desarrollo lineal a lo largo de la terapia (Safran, Crocker, et al., 1990).

Los momentos de la alianza terapéutica:

León, Gómez, Labourt (2011) plantea que en una alianza terapéutica que se despliega satisfactoriamente en un tratamiento se dan tres fases:

Inicio: el primer desafío es constituir una relación de confianza y respeto que se constituya en el canal por el que circulan las intervenciones que apuntan al cambio clínico. En esta fase se establecen los objetivos, cruciales para impulsar el proceso porque aumentan la motivación (como en cualquier actividad humana dirigida por metas), favorecen la adhesión (en la medida en que las actividades y esfuerzos están reunidos en torno a un porque), se acuerda el tiempo esperable y los medios para alcanzar los logros (comprensión intelectual, expresión emocional, aprendizaje de nuevas conductas)

Transcurso: la consolidación de la alianza terapéutica consiste en mantener el vínculo y los acuerdos a lo largo del tiempo. Es habitual que en la medida en que el terapeuta enfoque aspectos disfuncionales, o que no encuentre el modo de desplegar su función (por exceso de distancia, o de cercanía del terapeuta con el paciente), la armonía inicial cede, en su lugar aparecen tensiones. En este período pueden darse replanteos en los objetivos, por la aparición de nuevas demandas, cambios o crisis en la vida del paciente. Así como también puede

haber una revisión de los medios, si se evalúa que han sido ineficaces o insuficientes. Todos estos ajustes tienden a defender el vínculo y facilitar el logro de las metas terapéuticas.

Final: en esta etapa el esfuerzo se concentra en el acuerdo sobre la finalización del proceso y la separación (sobremedida en tratamientos prolongados). Hay dos modalidades pautadas desde el inicio: tratamiento con número fijo de sesiones o sin número fijo (de duración breve, intermedia o prolongada) que hacen diferencia a la hora del cierre. En el caso de tratamiento con número fijo de sesiones, si no se cumplieron aún los objetivos o solo parcialmente, se puede redefinirse objetivos y tareas. En el caso de tratamiento que no incluye pauta preestablecida de sesiones, cabe en mayor medida el trabajo artesanal de terapeuta y paciente para configurar el cierre. Ocurre que el paciente decida abandonar prematuramente el tratamiento. Sea porque le basta con el alivio sintomático, o porque no fueron claramente detectadas la expectativa del paciente en relación a la duración del tratamiento, o la severidad de su problema. El mejor modo de anticipar este obstáculo es aportar claridad acerca de los objetivos del tratamiento, de modo tal que el alivio por logros parciales resulte una motivación para seguir adelante. El caso contrario es también posible: dificultad para terminar el tratamiento pese a haberse cumplido las metas. Deberá abordarse las causas que confieren un rasgo dependiente al vínculo, el temor a la separación o la falta de confianza en sí mismo.

Una alternativa no prevista, pero posible, es que el terapeuta requiera finalizar el tratamiento antes de que éste haya alcanzado su punto culminante. Puede deberse a razones personales, éticas (no sentirse capacitado para manejar el caso) u otras. De cualquier modo es importante actuar con celeridad y no prolongar más allá de lo posible la conducción del caso.

Estudios cognitivistas sobre alianza terapéutica:

D. Scherb (2003) cognitivista clínica propone un enfoque, al que denomina intersubjetivo en el abordaje de lo que denomina "pacientes en situaciones difíciles". Es un modo de conceptualizar el aporte del terapeuta a la alianza terapéutica y el cambio clínico, que es el tema que a nosotros nos interesa.

La autora reconoce sus influencias teóricas en Orlinsky y su modelo genérico y en el movimiento de integración en psicoterapia representado por la Society for the Psychotherapy Research que busca elaborar nuevas conceptualizaciones

para los denominadores comunes de las distintas terapias. Destaca el aporte de Wachtel respecto de la intersubjetividad. El autor plantea que el concepto de transferencia y contratransferencia no son solamente representaciones alojadas en la mente del clínico, en la cual el paciente proyecta sus representaciones, sino que a través de mecanismos de asimilación y adaptación característicos del proceso cognitivo el clínico también proyecta sus representaciones en el paciente. De este modo cree cuestionar el fundamento de las posiciones que plantean una neutralidad u objetividad del analista, como opuesta a subjetividad, dando lugar a una concepción intersubjetiva de la realidad interpersonal. En el campo terapéutico se expresa dejando de lado la concepción de que el terapeuta experimenta “lo correcto” y el paciente, lo “distorsionado”. Según su perspectiva, los cambios se logran a través del interjuego de subjetividades, en que las influencias son recíprocas. A partir de esta concepción propone hablar, no de “pacientes difíciles” sino de “pacientes en situaciones difíciles”, lo que significa dejar de lado el paciente grave por un lado y el terapeuta que diagnostica del otro. Propone considerar “paciente y terapeuta en una unidad de análisis, lo que implica considerarla mayor cantidad de elementos que constituyen la situación terapéutica. Define la psicoterapia como proceso intersubjetivo, en el cual los cambios se logran por el interjuego de subjetividades, en que ambos desempeñan roles bien diferenciados cuya meta es el cambio clínico.

VARIABLES PARA OPTIMIZAR EL APORTE DEL TERAPEUTA A LA CALIDAD DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA: LA AUTORA DESTACA DOS DIMENSIONES:

1) La persona del terapeuta y 2) incluye dos elementos, la estrategia clínica y la peculiar manera que tiene el terapeuta de llevarla a cabo. Respecto de las estrategias, los tratamientos deben diseñarse cuidando tres aspectos cruciales:

I) La combinación de técnicas: se requiere un conocimiento exhaustivo de las diversas opciones y la capacidad del terapeuta para ajustarse flexiblemente a la inclusión de nuevos abordajes

II) Referencia permanente al caso particular: es menester adaptar el tratamiento a los niveles de malestar y disfuncionalidad del paciente. Es a su vez necesario acomodar los principios técnicos a su estilo cognitivo y de afrontamiento. Todos los estudios coinciden en conectar calidad global de alianza terapéutica y

resultados terapéuticos. La motivación del terapeuta en los tratamientos de pacientes difíciles, es un aspecto delicado. La cuestión de la motivación/desazón del terapeuta es un factor a considerar cada vez más. Esto es particularmente cierto en los casos en los que las técnicas seleccionadas son erróneas. El hecho de incurrir en determinadas operaciones independientemente del resultado suele ser un vicio común, que está más al servicio de confirmar los supuestos del terapeuta que de ayudar al paciente

III) Tipo y calidad de la relación terapéutica: Scherb (op. cit.) afirma que no obstante existir instrumentos de medición para aspectos de la relación terapéutica, aún no se ha alcanzado suficiente grado de especificidad que se requiere para medir la perspectiva interaccional. El terapeuta expresa su subjetividad a través de los modos en que implementa su rol. Se han logrado identificar algunos modos particulares de implementación de rol que se adecuan mejor a ciertos problemas clínicos que otros. Por ejemplo: la directividad del terapeuta ha demostrado ser más efectiva con pacientes más perturbados. A su vez una mayor neutralidad del terapeuta es más efectiva con pacientes menos dañados. A su vez determinados aspectos de la expresividad se asocian más o menos con diferentes momentos de cambio en el paciente durante el transcurso de la sesión.

4.2 Antecedentes de investigaciones en pacientes niños y púberes

4.2.1) Estudios no sistemáticos

Breve historia del concepto de alianza terapéutica en el psicoanálisis con niños

En la segunda mitad de los años veinte Anna Freud (1977) sostuvo una controversia con M Klein en la que la alianza terapéutica estuvo en el centro de la polémica (Etchegoyen, 1991) Para M. Klein el analista de niños debe interpretar las fantasías inconscientes desde el comienzo del tratamiento, sin preludeo ni preparación previa. Anna Freud(Sandler, Kennedy, Tyson, 1983) adopta una postura diversa: sostiene que el primer período del análisis es preparatorio, en este momento debe fomentarse la alianza terapéutica, o dicho de otro modo: centrarse en educar la potencial disposición analítica en el niño. La autora enfatiza en el hecho de que el niño accede a la consulta por decisión ajena; por lo tanto es primordial crear un compromiso del niño con su

tratamiento. El camino para lograrlo es conquistar su confianza. Sólo en un clima de confianza se inicia el período analítico propiamente dicho. Para alcanzar este objetivo, la táctica inicial que propone (en la fase preparatoria) es mostrar al paciente que el terapeuta está de su parte, a la vez que se estimula la hostilidad del niño hacia su propia parte patológica, propiciando una nueva identificación que de lugar a una escisión interna en el paciente, que sea el pilar de la alianza terapéutica. Anna Freud, al modo de los analistas clásicos (Sterba, Greenson, etc.) intenta distinguir las manifestaciones de la alianza terapéutica de las de tipo transferencial. Plantea: una auténtica alianza terapéutica requiere de expresar la necesidad de recibir ayuda, lo cual requiere de una conciencia de enfermedad y cierta capacidad de auto observación (las que son funciones yoicas y superyoicas respectivamente). Esta disposición –dice A. Freud- es más difícil de hallar en niños que en adultos. Es necesario diferenciar los componentes libidinales de los tiernos que contribuyen a la alianza terapéutica. Sin embargo como honesta clínica que era detecta que la relación de la transferencia positiva con la alianza terapéutica, dista de ser lineal.

Resulta claro que si aquella se erotiza, puede resultar un obstáculo para la alianza. Pero a la vez describe casos en que una buena relación (con la madre p. ej.) puede transferirse a la relación con el analista, "...como un componente de transferencia de fondo es capaz de fomentar una alianza terapéutica y de contribuir a mantenerla". (op. cit, pág. 74). Plantea que hay que justipreciar la diferencia entre alianza terapéutica y el mero acatamiento por obediencia. A éste último lo define del siguiente modo: niños a los que, más allá de que experimenten cierta mejoría sintomática, el análisis no logra rescatarlos de su pasividad. Esta falta de disposición básica puede tener su causa incluso en historias ajenas al chico, como la eficacia de secretos familiares. Un elemento que desgasta la alianza terapéutica es la desconfianza. Promueve distinguir entre la desconfianza inherente a determinado momento vital (la desconfianza de los adolescentes en los adultos) de la desconfianza que queda como relicto de la falta de confianza básica que sufrieron algunos pacientes en la infancia temprana. En esos casos el terapeuta podría verse con lo que denomina "una transferencia de carácter". En esos casos la alianza terapéutica puede no constituirse jamás. La autora sostiene que, de hecho, el analista aporta positiva

o negativamente a la alianza terapéutica. Captar lo fundamental de los estados del paciente y traducirlos en palabras, procura alivio y confianza en la capacidad de ayuda del analista. Asimismo plantea que “la alianza terapéutica se ve vigorizada por los esfuerzos del terapeuta para conseguir que la situación analítica le resulte atractiva al niño. Ayudarle a cobrar conciencia que las causas del malestar están dentro de sí y no en el mundo exterior. Asimismo propone que conviene modular los accesos ansiedad, no presionar de más al paciente.

La escuela inglesa: la propuesta de D. Meltzer: este autor postkleiniano sostiene que el proceso analítico con niños tiene su historia natural, determinada por la estructura inconsciente de la mente (Meltzer, 1987). Estudia el proceso analítico desde la lente de las posiciones esquizoparanoide y depresiva, entendidas como principios económicos en oscilación permanente. Describe cinco fases por las que, según el autor, se desenvuelve el proceso analítico con niños.

Cuadro: Las cinco fases de Meltzer

Recolección de la transferencia
Ordenamiento de las confusiones geográficas
Ordenamiento de las confusiones zonales
Umbral de la posición depresiva
El proceso de destete

Según Meltzer, el beneficio terapéutico consiste en atravesar cada una de las fases, lo que constituye la “evolución de la transferencia”. El motor del progreso de la terapia lo constituyen (Meltzer, op. cit., pág. 156) “el contenido de las interpretaciones”... que contribuyen a la modificación de las estructuras psíquicas del paciente niño. Según el autor, el significado del juego en sesión va a estar determinado por la fase del proceso que se esté atravesando. Los conceptos teóricos en los que apoya su propuesta son: la dependencia infantil

y el complejo de Edipo (pre genital y genital). El cambio clínico lo categoriza en términos de cambio en las defensas. Específicamente menciona que en las fases de inicio predomina la identificación proyectiva masiva que se caracteriza por denegar la necesidad de amparo de un aspecto desvalido y la confusión de las categorías interno-externo, realidad psíquica y realidad externa. En las fases ulteriores adquiere primacía la identificación introyectiva como defensa organizadora.

Respecto de la alianza terapéutica, sostiene que aún en los pacientes niños existe una parte adulta, es con ella que se establece la alianza. El analista se dirige a ella de un modo específico: no interpretando, sino hablando, explicando. El objetivo es que el niño comprenda la función del encuadre, la diferente función que el analista tiene respecto de un padre o un maestro.

Cuadro: Dos factores del cambio clínico según D. Meltzer

1) El que destaca como crucial es el aporte del analista: la comprensión y la interpretación precisa es el factor crucial que promueve la evolución en la transferencia, el cambio clínico (muchos años más tarde revió este punto de vista, desestimando la relación lineal entre interpretación justa y cambio clínico).

2) Desde la perspectiva del paciente la contribución al cambio se da a nivel inconsciente, en la modificación de las defensas (punto de vista dinámico) La identificación proyectiva masiva (IPM) que- preside la fenomenología clínica de las primeras fases- es relevada progresivamente por la identificación introyectiva defensa inherentes a las fases ulteriores (umbral de la posición depresiva, destete). En estas fases más evolucionadas, acontecen la elaboración depresiva de la propia destructividad y el final de análisis.

La escuela lacaniana: Juan D. Nasio: este autor (Nasio, 1991) es uno de los autores lacanianos que más atención prestan a la sintonía clínica, al trabajo psíquico del analista implicado en él. Es otro autor que no utiliza el término

alianza terapéutica, sin embargo sus propuestas tienen una cierta afinidad con las ideas que referimos de W. Bion y D. Winnicott. Nasio (op. cit.) distingue en el analista en función clínica dos planos: el horizontal, compuesto por su experiencia clínica, su teoría y por la historia personal. En este terreno el deseo del analista es un llamado constante que interroga al analista en devenir. El plano vertical es para Nasio, aquel en el que se nace la interpretación en la sesión. Consta de cuatro pasos: a) observación de las manifestaciones b) hacer silencio de sí. Surgimiento de una imagen del cuerpo infantil: el niño inconsciente y sus personajes fantasmáticos c) identificación en silencio al niño inconsciente (con su fuente pulsional, el objeto a) d) surgimiento de la interpretación.

Nasio -siguiendo a Doltó- sostiene que los síntomas en la niñez se constituyen por efecto de emociones que no logran encontrar su nombre. La función de un analista de niños es la de un mensajero, un yo auxiliar cuya función en la escena del análisis, es enunciar la palabra no dicha.

Cuadro: Alianza terapéutica y cambio clínico en A. Freud, D. Meltzer y D. Nasio

A. Freud	La alianza terapéutica es precondition a la interpretación de deseos y defensas. La concibe como un vínculo que excluye los componentes libidinales, aunque detecta en los hechos clínicos que determinados nexos del paciente volcados a la relación transferencial, aportan constructivamente a la alianza terapéutica. No encuentra propuestas para superar esta contradicción.
D. Meltzer	La alianza terapéutica provee del encuadre en el marco del cual surge la comprensión del analista y la consecuente interpretación, que es la clave del cambio clínico

D. Nasio	Su propuesta (silencio de sí, identificación con el mundo pulsional del niño, surgimiento de imágenes en el terapeuta, de las que luego surge la interpretación) alude a la empatía como un instrumento que sirve al terapeuta para conectar emocionalmente con el desamparo específico del paciente. Solo tras esa conexión afectiva puede surgir el hallazgo de una interpretación que brinde una perspectiva novedosa en relación a un problema psíquico. Es una propuesta que enfatiza en una relación dinámica entre alianza terapéutica (empatía) y cambio clínico
----------	--

La propuesta libermaniana acerca de los estilos de juego:

Liberman hacia el final de su vida reúne un conjunto de psicoanalistas infantiles y junto con ellos plasma un libro (Liberman et. cols. 1981). En el mismo se plantea un problema crucial: cómo hallar criterios diferenciales para distinguir entre juego normal y estructuras patológicas a partir de las manifestaciones concretas de los niños en sesión. Dada la importancia que adquiere el juego en la vida de los chicos y en las sesiones, hace de la observación y la categorización del mismo la base de su propuesta.

El desafío que se proponen es el de abordar la sesión del niño en el cruce entre tres niveles:

- a) el nivel de donde surge la significación psíquica, Liberman la ubica en el terreno de la fantasía inconsciente. Corresponde al área semántica
- b) nivel de codificación de dicha fantasía inconsciente en la estructuración del sintagma de juego. El juego se organiza como una gramática con la meta de desplegar diferentes mensajes. Se trata del área sintáctica. Una misma significación inconsciente puede estar codificada por diversas producciones (por ejemplo, en un caso una dibujo en otro caso un juego). ¿Qué significado tiene la diferencia en la codificación? Estas valiosas preguntas orientan la continuidad del libro

c) Pragmática: se refiere a la intención y al compromiso del emisor (con los mensajes que emite) y el receptor con los mensajes que recibe. Se refiere del niño con su propio mensaje. Es el área pragmática. Puede haber dos juegos con una temática similar, una codificación semejante, y sin embargo varía en la forma de comprometer e incluir al analista en el mismo.

Así como los adultos no pueden atenerse permanentemente a la regla de la asociación libre, el niño tal como Klein lo observó, puede quedar invadido de ansiedad e interrumpir su juego. Liberman profundiza en esta línea, intentando diferenciar desde el punto de vista de las áreas semióticas las situaciones de juego verdadero de aquellas que no lo son. Hay actividad de juego auténtico cuando hay actividad simbólica y un sintagma lúdico organizado. En este caso se da una óptima distancia con el terapeuta, es decir que se lo acepta en su condición de testigo.

Liberman: una propuesta pionera para estudiar procesos clínicos en niños y púberes

Tras desplegar su propuesta para el estudio de los procesos normales y clínicos apelando al concepto de estilos y la operacionalización de las fijaciones pulsionales y las defensas toma el desafío de hacer algo semejante con los estilos comunicacionales que detecta en el juego de los niños en sesión. Define seis estilos lúdicos. En el interior de cada estilo distingue los juegos según por su carácter creativo, funcional o psicopatológico (describe además los juegos de transición que detecta en el pasaje de uno a otro). Denomina al primero juego verdadero y al segundo, seudojuego.

Cuadro: Juego verdadero y seudojuego. Alianza terapéutica (AT) y cambio clínico

<p>Juego verdadero: se dan cuando el niño está en un nivel óptimo de relación con el terapeuta, suele coincidir con un funcionamiento sincrónico en las tres áreas semióticas. Requiere la existencia de un yo observador (impide que el niño se desconecte del juego o quede absorbido por él).</p> <p>El analista además de decodificador e intérprete del juego, debe ser un acompañante o ayudante lúdico dentro de ciertos límites</p>	<p>AT y cambio clínico: óptima relación con el terapeuta. El paciente usa el juego para instrumentar y comunicar lo que él va imaginando, cede al terapeuta el lugar de contener (acompañar) o ayudar a pensar (interpretación del juego). Si el analista logra ocupar estos lugares, se establece la alianza terapéutica. De este acuerdo básico, profundo derivan las modificaciones del juego, los cambios clínicos</p>
<p>Seudojuego: Las distorsiones del juego implican actividades que parecen juego pero que no lo son. Las denominaseudojuego. Se caracterizan por el dominio de defensas patológicas. El paciente carece de un yo observador, no se da funcionamiento sincrónico de las tres áreas semióticas (en lugar de ello se producen las perturbaciones)</p> <p>La transferencia es predominantemente negativa. El terapeuta es ubicado en el lugar de un objeto traumatizante.</p>	<p>AT y cambio clínico: El lugar asignado al analista ataca la alianza terapéutica. El terapeuta puede contribuir negativamente (atrapado en los personajes patológicos del paciente) o constructivamente (hallando buenos caminos clínicos). Establece seis configuraciones de conducta que entran en la categoría deseudojuego</p>

Cuadro: Estilos de juego. Seudo juego y juego verdadero (ver anexo Cuadro 1)

Lugar e instrumentos del analista de niños en el libro de los estilos de juego

Del libro de Liberman acerca de los estilos de juego, se desprende que en los psicoanálisis con niños, 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. En esa situación desempeñar personajes y roles propuestos por el paciente, suspende la disposición a observar e interpretar. 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) no las considera objeto de interés para el estudio del aporte del analista a la modificación clínica del paciente.

Aportes y carencias de esta propuesta

Los estilos de juego constituyen hipótesis de un nivel intermedio, entre las manifestaciones clínicas y las teorías más abstractas (defensas, puntos de fijación). Resulta un instrumento valioso y original, ya que permite pensar los procesos psíquicos en términos que incluyen a la vez, la normalidad y la patología en un equilibrio dinámico. Da lugar a considerar estructuras (cada estilo puede serlo) pero a la vez con alto grado de dinamismo, esto último en un doble sentido:

- a) En el interior de cada estilo, permite discriminar el aspecto funcional (o creativo) respecto del patológico (¿Qué características tiene el juego en sesión de un chico cuyo estilo es el evitativo? ¿En cuáles de sus manifestaciones se expresan las defensas patológicas ¿En que cambia su producción lúdica si se produce un cambio clínico positivo?).
- b) Entre los diversos estilos. Liberman (Maldavsky, comunicación personal) sostiene que cada paciente “es un manojo de estilos”. Que hay un estilo de

fachada - que suele ser bastante superficial pero hegemónico- un estilo subyacente y otro en amago.

Esta propuesta, al diferenciar dentro de cada estilo el tipo de vínculo transferencial (y de juegos prototípicos) según sea que predominen las resistencias o el juego verdadero permite afinar en la relación entre la alianza terapéutica y cambio clínico. Y en los aportes concretos que paciente y terapeuta producen, sea para facilitar sea para obstaculizar ¿Si el terapeuta orienta sus intervenciones hacia propiciar el juego verdadero de un paciente cuyo estilo es p. ej., el narrativo: que reacción encuentra en el paciente? ¿Aumenta la calidad de la alianza terapéutica con su analista?

Entre las carencias de la propuesta, mencionamos las siguientes:

Los componentes internos de cada estilo (pulsión, defensas) no están desarrollados de modo exhaustivo. Por ejemplo: respecto de los puntos de fijación del estilo que denomina alucinosis, no especifica ninguno. En otros, como en el estilo festivo su propuesta resulta muy condensada, con lo cual pierde riqueza y especificidad. Por ejemplo cuando se refiere a las condiciones de fijación del trauma (del estilo festivo) plantea que el paciente ataca sus propias emociones hostiles del siguiente modo: (Lieberman op. cit., pág 187): en lugar de tener rabietas las controló, apareció la constipación como una gran rabieta “tragada”. El enojo se manifestó entonces de dos maneras: cerrando el esfínter y mostrando una negativa activa a ingerir: una sería dejarse morir de hambre y la otra matarse por dentro”. En esta descripción quedan sugeridos varios puntos de fijación, el anal (cerrar el esfínter), el oral (la referencia al tragar). Al componente que denomina dejarse morir de hambre no le otorga un punto de fijación claro. Esto se debe a que trabajaba con las teorías disponibles en el momento. El importante hallazgo ulterior de un séptimo punto de fijación el de la libido intrasomática (Maldavsky – el cual desarrollaremos luego-) que se agrega a los seis ya consabidos por la teoría freudiana (oral primario, oral secundario, anal primario, anal secundario, fálico uretral y fálico genital) ha permitido deslindar el punto de fijación pulsional (y yoica) de un conjunto de desenlaces psíquicos diversos (fenómenos psicossomático, adicciones -como la de dejarse morir de hambre- , autismo, neurosis traumática, autismo que tienen rasgos en común y diferencias internas). De este modo ha logrado darle

fundamento psicoanalítico a ese conjunto de afecciones. Si Liberman hubiese contado con este discernimiento muy probablemente hubiese podido organizar su nosografía de los estilos de juego de un modo diverso. De hecho en el libro de los estilos infantiles no figura ningún estilo cuyo eje sea el desenlace orgánico psicosomático, o la neurosis traumática o la accidentofilia. Tal vez la falta de claridad acerca de la fijación pulsional específica que promueve estos desenlaces psíquicos, haya sido una de las razones por las que no figure como un estilo específico (aunque de distintos modos figure como subcomponente de varios de los estilos de juego que postula).. Por ejemplo en el estilo narrativo sostiene la existencia de un subcomponente psicosomático (Liberman, op cit, pág131) “La patología somática de estos niños esta vinculada por lo general a trastornos digestivos... o la obesidad si tiene marcados elementos voraces. La obesidad en sí misma implica una sobreadaptación: el esfuerzo de adaptarse a una malla de normas y reglas que deben ser cumplidas y se denota en el cuerpo que acusa recibo de una interacción forzada... La sobreexigencia de estos niños esta asociada a que hay un aprendizaje violento de códigos, normas y reglas que se establece como estereotipos y ahogan su espontaneidad...). Si bien el planteo de que cada estilo tiene una organización interna con varios subcomponentes, queda muy ambigua la relación entre los subcomponentes entre sí. No se establece con claridad la relación entre la estructura o el estilo neurótico (estilo narrativo) y la patología tóxica. No queda claro si el conjunto de manifestaciones graves (psicosomática, obesidad) son un subproducto de la estructura neurótica, o si un paciente que tiene una o varias estructuras afines con la patología del desvalimiento (neurosis traumática, psicosomática, psicosis etc.), tiene como fachada una estructura obsesiva o fóbica o histérica. Respecto de las defensas la correspondencia que hace en el libro entre estilo y defensa es poco sistemática. Faltan sobre todo la descripción de la ensambladura de defensas que supone el conjunto de estilo y subcomponentes. Las defensas específicas contra la realidad como la psicótica (como las que se infiere en el seudojuego del estilo alucinósico) o la que se puede inferir en el paciente actuador, no están descriptas. Esto no está claro en el libro aunque sí en los desarrollos que este autor hizo respecto de las estructuras psicopatológicas adultas Liberman (1972 op cit.) justifica el desenlace orgánico de un paciente organoneurótico en que como este estilo suele estar acompañado por estilo

esquizoide y el obsesivo que mantienen detenida la vida emocional cuando el paciente en situaciones críticas requiere guiarse por sus afectos, no los puede desplegar, en su lugar se desarrolla una somatización. En esta propuesta entre estilo neurótico y somatización existe una independencia de origen que es muy clara. Dicho sea de paso, Liberman en su propuesta psicopatológica correspondiente a pacientes adultos propone que la organoneurosis (patología psicósomática) es una subcategoría del estilo lírico (que es el equivalente de lo que en niños llamamos estilo festivo). Dice Liberman (op. cit Tomo III, pág. 758). "Cualquier atisbo de malestar o de tensión por parte del terapeuta equivale a un abandono...el cuerpo mismo pasa a ser el portavoz del conflicto".

La falta de especificidad respecto a los puntos de fijación y las defensas, la relación entre estilo principal y subcomponente hacen que a la hora de estudiar alianza terapéutica en sesiones concretas no podamos basarnos en esta obra, para desarrollar hoy un estudio sistemático. Por estas limitaciones resulta necesario estudiar la alianza terapéutica a partir de la revisión y profundización del modelo libermaniano de la complementariedad estilística que propone el ADL.

Respecto de los instrumentos del terapeuta en la acción clínica, tal como fue dicho, Liberman atribuye un rol secundario a lo que denomina hacer de acompañante lúdico y de este modo, en escenas en que en el cambio clínico del paciente resulta efecto de intervenciones clínicas complejas (p. ej.: describe escenas en las que el terapeuta utiliza sus manos para contener físicamente y solo luego se habilita la posibilidad de interpretar). Sin embargo, a la hora de dar cuenta las razones por las que el paciente se modificó en la sesión, sólo menciona a las frases que el terapeuta profirió en la interpretación, desconsiderando el papel que le cupo a la motricidad manual del terapeuta que al contener físicamente, contribuyó a preparar al sujeto capaz de escuchar la interpretación del analista

4.2.II) Antecedentes de estudios sistemáticos acerca de alianza terapéutica y cambio clínico en niños y púberes

Bergin y Garfield (1994) afirmaron hace unos años que la investigación sistemática en psicoterapia con niños se halla en un nivel temprano de su desarrollo científico. Kazdin (Bergin y Garfield, op. cit.) señala que el 3% de los

estudios terapéuticos con niños (incluyendo los de orientación psicoanalítica, behaviorista, cognitivista) examinan el proceso de tratamiento en relación a los resultados. A su vez, respecto del aporte del psicoanálisis al área de la investigación, sus estadísticas resultaban contundentes: sólo contribuían con un 5% del total de las investigaciones (de por sí escasas) en el terreno de la psicoterapias con niños.

Los problemas del psicoanálisis actual para encarar la investigación sistemática:

Kazdin (2003) se plantea cuales son las dificultades epistemológicas que restringen la producción de investigación psicoterapéutica en el campo de proceso y resultados terapéuticos con niños y adolescentes. El psicoanálisis, que ha desarrollado teorías sobre la acción terapéutica y los mecanismos psíquicos que se ponen en juego en el cambio clínico, tiene en teoría una posición ventajosa para abordar estas investigaciones. Sin embargo la falta de consenso entre los diferentes autores y escuelas respecto de la definición de estos mecanismos, constituye un límite interno a la profundización. Por ejemplo el psicoanálisis enfatiza la importancia de la interpretación y el insight para propiciar el cambio clínico. Sin embargo cada línea teórica pone énfasis en distintos aspectos de la labor terapéutica: incrementar capacidad para contener proyecciones, actuar como yo auxiliar, proveer holding, etc. Es decir cada línea teórica establece un rol diferente para el clínico y describen de modo diverso el proceso terapéutico y la naturaleza del cambio clínico. Otra dificultad del psicoanálisis es que sus teorías tienen un alto nivel de abstracción y el encuentro con el material empírico suele resultar deficiente.

El autor sostiene que la escasa eficacia de los tratamientos con niños en todo el mundo, la necesidad de poder mejorar sus resultados para acceder (o no perder) la financiación de los sistemas de salud, ha contribuido a que dentro de los países centrales, se destine una mayor atención (económica y científica) al estudio de los hechos que interrogan al clínico: el abandono prematuro de la terapia, la eficacia de los vínculos familiares (padres, u otros familiares) en la suerte del tratamiento con el paciente niño, el aporte del terapeuta en la puesta en marcha y despliegue de un tratamiento, así como en su interrupción prematura, son algunos de los aspectos que las investigaciones privilegiaron. El estudio de alianza terapéutica ha cobrado cierto prestigio e interés en

investigación empírica, ya que hay cierto consenso en que de la calidad de la misma depende en buena medida la instalación y el éxito de los tratamientos psicoterapéuticos.

Problemas epistemológicos detectados en los terapeutas: la adhesión a modas:

Midgley (2006), acuerda con Kazdin, al plantear que cada línea teórica establece a su modo las tareas del clínico y describen el modo más o menos diferente el proceso terapéutico y la naturaleza del cambio clínico. El autor describe algunas características de la comunidad de psicoterapeutas de niños. Plantea el peso negativo de las “modas teórico clínicas”. Dice que los psicoterapeutas son muy propensos a las modas que cíclicamente se imponen en la comunidad científica. La aceptación acrítica de las modas confiere al clínico una sensación de seguridad retroalimentada entre la adhesión a la escuela de moda, la propia experiencia clínica como fundamento de las decisiones clínicas y un repertorio de determinadas interpretaciones, las cuales cierran el círculo. Esta sensación de seguridad es pasajera, ya que las modas se sustituyen unas a otras. En todo caso la adhesión a modas, nada tiene que ver con el crecimiento científico de la psicoterapia con niños. Midgley (2007) señala que en el campo del psicoanálisis con niños tienen tradición los estudios de caso y la vocación por compartir conocimientos entre colegas. Con esta modalidad, se ha promovido el avance del conocimiento y la comprensión clínica hasta un cierto punto.

Midgley: como fortalecer la disposición a la investigación empírica:

El crecimiento científico requiere hoy - afirma Midgley -de investigaciones metodológicamente fiables de lo que efectivamente ocurre en sesión (como ocurre en la psicoterapia de adultos). Propone un camino: la investigación empírica. Uno de los aspectos en que enfatiza es que en esa dirección, deben modificarse hábitos y tradiciones. En primer lugar, la recolección del material ha de ser textual: transcripciones de audio o de video de las sesiones, son indispensables a esta altura. El material que brindan estos aparatos es apto desde varios puntos de vista: es útil para desarrollar investigaciones de todo tipo (cuanti o cualitativas). Permite mejorar el diálogo con la comunidad de investigación más amplia, lo que se facilita al compartir la metodología empírica de investigación. El autor constata que las notas de los terapeutas (los resúmenes semanales) no resultan un material fiable para el estudio de la sesión

real, si en cambio para detectar los tipos de interpretación que utiliza y el modelo teórico al que apela en su tarea. No se trata -aclara Midgley- de que la modalidad de investigación empírica sustituya a las tradicionales de la investigación clínica, si de que se haga su lugar para fortalecer el fundamento científico de la disciplina.

Respecto del estado actual de la investigación en los países del primer mundo, Midgley (op. cit.) sostiene que en los últimos años hay un considerable cuerpo de investigación que ha tratado de investigar empíricamente el proceso terapéutico infantil y sus resultados. Sin embargo es más difícil lograr apoyo para desplegar investigaciones de proceso, ya que no se consideran tan importantes como las de resultado. Sin duda se subestima que el conocimiento del proceso de tratamiento puede contribuir a los terapeutas a entender cuando un tratamiento funciona bien y cuando no. De ese modo, se ofrece una posibilidad de mejorar la eficacia de las terapias. A pesar de estos argumentos hay otra postura que sostiene que la escena que transcurre en una sesión psicoanalítica no puede ser capturada por ninguna escala, no importa cuan precisa o sofisticada crea ser. Considerando las dificultades reales para hallar metodologías que expresen con refinamiento el proceso terapéutico infantil, Midgley propone que cada propuesta sea evaluada cuidadosamente en su pertinencia, facilitar el surgimiento no de una sino de varias, las que se influyen de modo enriquecedor unas a otras.

Hace algunos años era palpable que a la profusa investigación se produce en el área de la psicoterapia con adultos en referencia a la alianza terapéutica y resultados, se contrastaba con la muy escasa cantidad y calidad de propuestas existentes en el terreno de las psicoterapias y psicoanálisis con niños. De hecho entre los enfoques de los autores que a partir de la clínica produjeron algún aporte (Anna Freud, D. Meltzer), y los primeros intentos de estudio sistemático acerca del tema, pasaron unos veinticinco o treinta años.

Midgley: rastreo de las investigaciones sistemáticas en psicoterapia con niños

Midgley (op. cit.) hace un pormenorizado repaso de cómo fue evolucionando la investigación sistemática en psicoterapia con niños. El conjunto de estudios se puede dividir en las siguientes categorías

a) Búsqueda de categorías para estudiar la conducta significativa en sesión

El autor señala que que el punto de partida para el estudio científico de la psicoterapia con niños es producir instrumentos para describir lo que realmente ocurre en la sesión. Estos autores, con un modelo conductista, realizan estudios en los que conectan aspectos del proceso psicoterapéutico con los resultados del mismo. Carentes de un fundamento teórico sólido, se les hizo imposible encontrar argumentos para acotar la cantidad de conductas seleccionadas. Algunos investigadores clasificaron un rubro grande de conductas, en tanto que otros se propusieron un acotamiento. Midgley (op. cit) señala que en contraste con Shirk y Russell, un grupo compuesto por Philip, Carlberg y Moren intenta estudiar los modelos psicodinámicos del cambio en la práctica clínica concreta, partiendo de un enfoque teórico que pretende integrar diversas escuelas. Desde el punto de vista epistemológico, Midgley toma partido al sostener que la senda a seguir es la de interrogar la calidad de las teorías tomando como parámetro la capacidad que tengan para dar cuenta del proceso de cambio. Entre quienes intentaron un acotamiento de las conductas, se encuentran Landisberg y Synder quienes en 1946 seleccionaron conductas en torno a un patrón: las que expresan afectos. Otro grupo (Moustakes, Sigal y Schalok) intentó producir instrumentos de observación. Apelaron a la filmación de sesiones como material de apoyo. Seleccionaron cuatro categorías de conductas, las que a priori ellos consideran que son las gobiernan el proceder de un chico en una sesión de juego. Fueron las siguientes: 1) el malestar emocional en relación con personas o cosas 2) estrategias de afrontamiento 3) inadaptaciones 4) el uso de juegos de fantasía.

Para cada una de estas cuatro dimensiones surgieron conductas específicas, detectadas en el material fílmico. El estudio arrojó como resultado que los chicos están dispuestos a hablar de sus emociones y problemas en la medida que se sienten valorados por tener desajustes emocionales. Esto, según los autores, tiene implicancia para considerar el valor de la verbalización en el proceso terapéutico de un niño. Sin embargo ellos mismos consideran que su muestra es pequeña como para extraer conclusiones definitivas. Entre los investigadores que toman como objeto de investigación el juego en sesión, Cohen (Midgley, op. cit)) realizó un estudio exploratorio del juego del niño en sesión. El trabajo de

Cohen fue la base para el desarrollo de otras propuestas, como la del CPPI que contiene el desglose de treinta temas, los que considera prototípicos del niño en sesión. El CPPI como instrumento, nunca alcanzó el grado de confiabilidad indispensable, por lo que otros investigadores (Chazán, Kernberg) produjeron el ICIP, con el que realizaron estudios de sesiones de juego con el objetivo de captar el cambio clínico. Éste fue aplicado al conjunto del tratamiento de un niño de seis años con diagnóstico depresivo. Lo que detectó fue cambios del paciente en la relación con el tiempo y en la calidad del juego. En el comienzo del tratamiento el niño transitaba una fase conflictiva, dedicando poco tiempo al juego. La progresión del tratamiento hace evidente que el juego se vuelve más fluido, dando lugar a un proceso elaborativo. Los autores describen trece diferentes estrategias (enfrentamiento, defensas, etc.) y la manera en que se fueron modificando hacia una mejor fluidez de juego.

Sandler (Midgley, op. cit.) intenta congeniar al psicoanálisis con la investigación sistemática, entre los años sesenta y ochenta, elabora el índice de Hampstead que es un intento de medir la influencia de ciertas categorías psicoanalíticas (relaciones de objeto, funcionamiento del superyó, uso de las defensas) en la conducta del paciente en sesión.

Existen estudios que miden la calidad de las relaciones de objeto interno en los niños por ejemplo el "Narrative story stems" propuesto por Hodges, Steele, Hillman, Henderson y Kaniuk (Midgley, op. cit.) aunque cabe aclarar que estos estudios aplican a material proyectivo o entrevistas, no a sesiones psicoterapéuticas. Phelps (Midgley, op. cit.) hizo un estudio del procesos psicoterapéuticos de dos niños, ambos internados en hogares - por su condición de desamparo - en el momento de su tratamiento. El objetivo que persiguió fue el mapeo sistemático del proceso (captar la transferencia, la contratransferencia, niveles de interpretación). El estudio empírico de los patrones de transferencia en la psicoterapia infantil, es un área de importancia, ya que es el concepto fundamental del cuerpo teórico psicoanalítico

b) En que consiste el cambio clínico:

algunos autores, como Carlberg (Midgley, op. cit.) resaltan la experiencia que denominan "nueva intersubjetividad" en el proceso de cambio psicoterapéutico. Este autor define que el proceso de cambio, transcurre a través de lo que

denomina los puntos de inflexión. Intentó detectarlo a través de los siguientes estudios:

- Punto de inflexión en cinco tratamientos inferidos en través de diversas vías: las notas de sesión del terapeuta, en sesiones grabadas y a través de cuestionarios
- Estudio del cambio clínico en 102 terapias, aplicando el método de cuestionarios completados por los terapeutas
- Estudio de proceso de cambio en tres terapias (combinando cuestionarios a los terapeutas y a las personas significativas del niño).

Finalmente, acerca de los puntos de inflexión, plantea las siguientes conjeturas:

- es algo subrepticio, inexplicable
- depende de la alianza terapéutica
- depende de atravesar el conflicto
- depende del encuentro entre paciente y terapeuta y la creación de una nueva intersubjetividad como núcleo del cambio

c) La evaluación del proceso terapéutico general: quienes investigan en este terreno se hacen la siguiente pregunta: ¿Qué aspectos específicos de la actividad del paciente y de la del terapeuta cabe considerar para hacer una muestra que permita estudiar la totalidad del proceso terapéutico en su complejidad? Estos estudios intentan establecer:

- la naturaleza del tratamiento, que ha de ser inferida a partir de alguna conceptualización teórica y técnica aceptadas por la comunidad científica
- el estudio del proceso hace foco en que las investigaciones contribuyan a ofrecer prescripciones acerca del proceder del terapeuta en el trabajo psicoterapéutico con niños. En esta dirección, existen dos orientaciones: una de ellas apunta a la producción de manuales de psicoterapia infantil, que se construyen basados en dos pilares: la revisión de la literatura (sea psicoanalítica o de otra orientación) y la entrevista a clínicos expertos, en la

búsqueda de delinear los trazos de la técnica en el abordaje psicoterapéutico con niños. La otra tendencia no parte de modelos teóricos ya existentes, sino desde la observación. Intenta describir lo que realmente sucede dentro de la sesión en determinado período, y la creación gradual de un modelo. Por ejemplo Sherwood (Midgley, op. cit) estudió la depresión y logró identificar temas recurrentes, y categorías para codificar las intervenciones de los terapeutas. Kantor (Midgley, op. cit) en un estudio piloto procura desarrollar una escala de medición de los temas emergentes en el tratamiento de un niño con trastorno obsesivo..

Cuadro: las dos direcciones que siguen los que estudian proceso terapéutico en niños

1) Producción de manuales	2) Creación de un modelo
Metodología: revisión de la literatura, entrevistas a clínicos expertos con el objetivo de establecer el modo de proceder del terapeuta de niños en acción terapéutica	Metodología inductiva: observación del trabajo clínico para detectar lo que realmente ocurre en la sesión. El objetivo es crear categorías para medir el efecto de las intervenciones del terapeuta, los temas más relevantes para cierto tipo de pacientes (p. ej.: ¿De que habla más frecuentemente un niño depresivo?)

Gorin (Midgley, op. cit) adaptó un inventario para el estudio de pacientes adultos a la psicoterapia infantil. Evalúa nivel de participación infantil en sesión. El hecho de ser una adaptación, genera un interrogante sobre su pertinencia.

d) Instrumentos psicoanalíticos para detectar proceso terapéutico:

La “escala para la infancia y la adolescencia, propuesta por Fonagy, Philips,

Buchan (Midgley, op. cit.) se propone discriminar el contenido latente en el juego y el material verbal. Una modificación de esta escala es la Yawrs, diseñada específicamente para adolescentes. Consta de tres secciones:

- características generales de la sesión de una semana
- contenido manifiesto e inconsciente (o latente)
- juicio del analista acerca de la calidad del trabajo semanal.

El “The child psychotherapy Q sort” es la adaptación de una escala diseñada para su aplicación en pacientes adultos. Aplicada al campo psicoterapéutico infantil, se ha utilizado para identificar las características distintivas de la terapia analítica respecto de la cognitivo conductual.

Entre los estudios de proceso y resultado, cabe mencionar el EPOS de Carlberg y Odhammar (Midgley, op. cit.). Se trata de un estudio cualitativo de 24 casos de niños, el cual ha dado vasta información, reunida del siguiente modo: cuestionarios cada tres meses, grabación de sesiones, completamiento de una planilla que registra la contratransferencia del analista, que sirve para seleccionar las sesiones que revisten un interés especial. Apela a métodos cuanti y cualitativos y prevé un seguimiento ulterior de hasta tres años.

e) Estudios acerca de alianza terapéutica:

Midgley sostiene que la escasa eficacia de los tratamientos con niños y adolescentes, la necesidad de poder mejorar sus resultados para acceder (o no perder) la financiación de los sistemas de salud, ha contribuido a que, dentro de los países centrales, se destine una mayor atención (económica y científica) al estudio de los hechos que interrogan al clínico: el abandono prematuro de la terapia, la eficacia de los vínculos familiares (padres, otros familiares o personas importantes del entorno) en la suerte del tratamiento con el paciente (niño, el aporte del terapeuta en el surgimiento y despliegue de un tratamiento así como en su interrupción y/o fracaso, son algunos de los aspectos que las investigaciones privilegiaron. El estudio de alianza terapéutica ha cobrado cierto prestigio y viene generando cada vez mayor interés en investigación empírica

dado que enfoca los vínculos recíprocos entre los protagonistas de una psicoterapia con niños o adolescentes (paciente analista y familiares), de los que depende en buena medida la instalación y el éxito de los tratamientos psicoterapéuticos.

Quienes investigan en psicoterapia con niños y adolescentes sostienen que los términos “alianza” y terapéutica” requiere que cada uno de ellos se precisen más rigurosamente. Shirk y Russell (Midgley, op. cit), siguiendo los planteos de Bordin, afirman que la relación terapéutica es un compuesto de tres elementos, a saber: apoyo, alianza y técnica. Define al primero como un vínculo personal entre terapeuta y paciente, el segundo se refiere al acuerdo respecto de los objetivos del tratamiento y el tercero, al acuerdo en cuanto a los medios por los cuales se procuran alcanzar los objetivos.

En la exploración de la alianza terapéutica, una modalidad que han seguido algunos investigadores es la de abordarla desde tres perspectivas: el paciente, el terapeuta y el observador independiente (la persona significativa para el niño más comprometida con el proceso terapéutico). El objetivo de quienes estudian la calidad de la alianza entre los padres y el terapeuta, es detectar su incidencia en los resultados terapéuticos. Más específicamente, enfocan fracaso terapéutico, por terminación abrupta del tratamiento. Se ha estudiado la alianza terapéutica dentro y fuera del setting clínico

- alianza terapéutica en el setting clínico: se han construido diversas escalas para estudiar las intervenciones verbales del terapeuta como modo de acceso, de aproximación al paciente. Landsberg y Snyder, Moustakes y Schalok (Midgley, op. cit.) construyeron una que evalúa la respuesta del paciente a las intervenciones directivas y a las intervenciones no directivas del terapeuta. La escala evalúa las siguientes dimensiones: empatía, relación positiva, autenticidad (Midgley, op. cit.) en el paciente. Otros investigadores (Midgley, op. cit.) evaluaron la calidad del intercambio entre terapeuta y paciente apelando a otra escala, la de Russel (Midgley, op. cit). Detectaron que dos factores: uno, el que denominan “información de respuesta” (asistir al niño en el presente usando descripciones neutrales), el otro, la “recolección de nueva información” ambos resultaron suficientemente importantes como para determinar la diferencia entre una buena y una mala sesión. Los

autores destacan el valor que tienen intervenciones tales como la confrontación, cuya eficacia es aún mayor que las intervenciones clásicas. Zurita (Midgley, op. cit) a partir del estudio de un caso único, estudia la forma en que un niño responde a las diversas intervenciones del terapeuta. Detectó que las intervenciones de apoyo, acompañada con recursos expresivos, que jerarquizan el compromiso afectivo del terapeuta, despertaron reacciones más emocionales que la verbalización de los conflictos. Sostiene, además que el progreso terapéutico se apoyó en una variedad de intervenciones. Kasset, Bonanno y Notarius (Midgley, op. cit) estudian la interacción entre el analista y el niño. Conciben que la función del terapeuta es la de proveer andamios afectivos (lo que Winnicott denomina holding) Estudiaron el caso de un paciente de cinco años. Exploraron el intercambio para establecer ciertos patrones. Identificaron el siguiente: cuando el niño decae la expresión emocional en sesión, si en su intervención siguiente el terapeuta proporciona un nuevo andamio, actúa como objeto promotor del desarrollo en el momento a momento de la sesión

- Estudios de la alianza terapéutica fuera del setting clínico: algunos investigadores postulan que una combinación de factores vinculares y técnicas específicas son la llave en la gestación del cambio clínico. Esta hipótesis recibe algún soporte del campo de la psicoterapia infantil. Se hizo un estudio acerca del recuerdo que personas ahora jóvenes tenían de su antiguo tratamiento infantil (Midgley, Target, 2005). Se detectó que el factor vincular (entre ellas, la experiencia de ser atendido por una persona empática que escucha sin juzgar) tuvieron reconocimiento a posteriori. Intervenciones como las interpretaciones, también lo obtuvieron por su aporte al conocimiento de sí (en especial entre quienes tienen respecto de la terapia una opinión favorable).

Investigación actual acerca de alianza terapéutica y cambio clínico en niños y púberes

Estudios en el centro Ana Freud: se han auditado las historias clínicas de 15 casos cuya característica común fue la interrupción prematura. El objetivo del estudio: detectar factores intervinientes en la producción de tal desenlace (Midgley, op. cit.). Se han diseñado escalas para estudiar la alianza terapéutica,

como el TASC de Shirk y Saiz (1992) y el CTAS de Foreman (Midgley, op. cit.). Heidelberg hizo un estudio acerca de la relación entre alianza terapéutica y resultados a largo plazo de los tratamientos. En resumidas cuentas la pregunta crucial que se hizo fue: ¿es la buena alianza terapéutica el primer motor del cambio clínico, o viceversa, los cambios son los que contribuyen a fortalecer la alianza? Para ello utilizó una de estas escalas, la TASC y otra escala que mide la intensidad del cambio terapéutico. Pese a sus esfuerzos no logra resolver los dilemas de la relación entre alianza terapéutica fuerte y buen resultado terapéutico, la que no admite una correlación simple.

Abrishami (2009) ha hecho una recolección de los estudios específicos acerca de alianza terapéutica en niños y adolescentes, relevando los temas que interrogan a los investigadores. En su texto resalta una investigación de García y Weisz, de 344 casos orientada a detectar cual es el elemento más decisivo a la hora de distinguir entre quienes llegaban al final del tratamiento y quienes lo interrumpían prematuramente. La conclusión a la que arriban es que la calidad de la alianza terapéutica temprana es un elemento decisivo. De tal modo, aconsejan prestar mucha atención a la constitución de la alianza para evitar abandonos en pacientes que requieren terapia.

Los estudios respecto de la alianza terapéutica se pueden agrupar por el factor que privilegian en la investigación de la alianza terapéutica:

Factores intrínsecos del paciente, previos al tratamiento: La investigación identificó una serie de características de los clientes que contribuyen a la calidad de la alianza terapéutica. Según Weiss y Gaston el nivel de educación, según Gibbons el sexo femenino (Abrishami, op. cit.)

Factor terapeuta: se orientan a detectar cuales características del terapeuta contribuyen a la alianza terapéutica positiva. El estilo empático, el apego seguro del terapeuta arrojaron mejores puntuaciones que los que se caracterizan por apego inseguro (Negro, Hilliard, Henry, Stupp, citados por G. Abrishami). El peso que tiene la formación del terapeuta en la promoción de una relación positiva: aún hay escasa evidencia empírica para responder a esa pregunta. Wintersteen y Mensinger (Abrishami, op.cit) hicieron un examen sobre 600 adolescentes en los índices de alianza terapéutica, encontró que los jóvenes con puntuación más alta de la alianza eran atendidos por terapeuta de menor experiencia.

Factor parental: según diversos investigadores, un elemento que complejiza el abordaje de la alianza terapéutica en el tratamiento de niños, es la influencia de los otros significativos en el tratamiento. Ello resulta evidente cuando los niños concurren contra su voluntad a la sesión. Weersing y Weisz (G. Abrishami, op.cit) señalan que cuando el niño concurre contra su deseo, el padre ha de ser un importante aliado. Es por esta razón que es importante recoger puntuaciones de la alianza entre padres y terapeuta, con el propósito de obtener una imagen más completa de las relaciones terapéuticas. Respecto a los padres, el apoyo positivo a la terapia contribuye a mantener la terapia contra la deserción. Con respecto a los resultados, algunos investigadores como Kazdin, Marciano y Whitley, establecieron que una alianza positiva entre padres y terapeuta contribuye a los cambios terapéuticos de los niños.

Estudios de los tres factores (paciente, terapeuta, observador externo: padres, tutores, etc.) con el fin de detectar cuál es el más confiable indicador de la calidad de la alianza terapéutica: algunas investigaciones han tenido el objetivo de detectar si alguno de los tres actores que participan en el trabajo terapéutico desarrolla una percepción temprana de la alianza terapéutica que sea anticipatoria de lo ocurrido posteriormente en el tratamiento. Algunos estudios han encontrado que los niños en tratamiento tienen una percepción temprana de la alianza terapéutica (tercera a quinta sesión) que tiene mayor valor predictivo que la percepción del terapeuta. (G. Abrishami, op.cit) Asimismo, según algunos estudios, también el observador externo ha resultado un mejor pronosticador de los resultados que el terapeuta. Algunos estudios también han indicado que hay una fuerte correlación entre la evaluación positiva de la alianza terapéutica por parte del paciente y los hechos que marcan los siguientes quince meses marcados por los siguientes hechos: mejora clínica, reducción de desajustes y cierre del tratamiento. Estos estudios ameritan el valor que adquieren las percepciones iniciales del paciente respecto de la calidad de la relación terapéutica temprana. Por otra parte Blatt y Zuroff (G. Abrishami, op. cit.) sostienen que cuando la alianza es percibida como fuerte desde temprano, aumenta la posibilidad de atravesar exitosamente acontecimientos negativos ocurridos en el curso de la terapia. Un estudio indica que la alianza mejora en las primeras tres sesiones si el terapeuta se presenta como un aliado para el cliente. Otros estudios, como el de Príncipe y el de Zuroff y Blatt (G. Abrishami,

op. cit.) detectaron unacorrelación significativa entre la temprana evaluación positiva de la alianza terapéutica y el regreso a las siguientes entrevistas. Siendo alta la tasa de abandono en niños en tratamiento ambulatorio, consideraron que el conocimiento de este factor puede ser útil a la hora de menguar la dimensión del problema de la interrupción abrupta.

Factor grupo etario: el testimonio de numerosos terapeutas respecto a que en el período de la adolescencia creen sentirse intimidados por sus pacientes, condujo a Bickman, Shirk y Karver (G. Abrishami, op. cit.) a estudiar si la calidad de la alianza terapéutica se resiente con los pacientes adolescentes respecto de los niños. También consideran si la edad del analista puede aportar un componente facilitador en la alianza terapéutica con determinados pacientes (p. ej : que la juventud del terapeuta sea un elemento que favorezca su relación con pacientes adolescentes).

Factor características psicológicas del paciente: Shirk, Karver nos afirman que en una revisión de 9 de los 23 estudios de caso que efectuaron, la alianza terapéutica fue un factor de predicción de resultados para niños que tenían una tendencia a proyectar sus conflictos internos en la relación con personas (G. Abrishami, op. cit.). Por el contrario, Bickman (G. Abrishami, op. cit.) halla que chicos con patrones de comportamiento agresivo registraron menores puntuaciones de alianza y peores resultados. Kaufmann (G. Abrishami, op. cit.) se dedica al estudio de adolescentes deprimidos. Constató que una mayoría adjudicaban altas puntuaciones a la alianza terapéutica, aunque los resultados

terapéuticos fueron dispares (es decir que según este investigador la buena impresión que los pacientes tengan del vínculo con el terapeuta no da cuenta de resultados positivos de la terapia).

En 1995 Eltz, Shirk y Sarlin (G. Abrishami, op. cit.) realizaron un estudio sobre formación de alianza terapéutica en niños maltratados. Concluyen que a mayor gravedad de conflictos familiares, interpersonales es menor la chance de buenos resultados terapéuticos en los niños. Un estudio examinó al niño, los padres y los factores familiares que predicen la deserción en la terapia con niños. (Kazdin, Mazurick 1994). Los resultados fueron: la gravedad y cronicidad de un comportamiento antisocial, el bajo coeficiente intelectual, el estrés parental, la historia antisocial de los padres, las desigualdades sociales y

familiares, malas decisiones de crianza, predicen un mal resultado terapéutico el cual con frecuencia se viabiliza a través de la interrupción prematura del tratamiento. Asimismo a mayor gravedad del cuadro psicopatológico del infante, menor es la posibilidad de concretar una terapia exitosa. Sugieren que los factores que influyen en la formación de un efecto positivo al comienzo de la terapia pueden ser otros que los que se desarrollan en el curso del trabajo clínico. En resumidas cuentas, en el área de la investigación empírica en psicoterapia niños, los datos acerca de la coherencia en las calificaciones de la alianza terapéutica son aún preliminares. No hay consenso ni siquiera acerca de si la alianza terapéutica se mantiene estable una vez establecida, o si fluctúa durante el tratamiento. En un estudio de 2006 Green (G. Abrishami, op. cit.) sostiene la alianza terapéutica no cambia significativamente con el tiempo. Otros investigadores como Bickman (G. Abrishami, op. cit.) llegaron a la misma conclusión. Sin embargo no hay un consenso en esta cuestión crucial. Kazdin (op. cit.) investiga procesos terapéuticos en niños y púberes con conductas antisociales. Específicamente le interesa establecer cual de los vínculos (paciente\terapeuta-padres \terapeuta) predicen mejor los resultados de la psicoterapia. Apela a encuestas que suministra a terapeutas, pacientes y progenitores, en dos momentos del tratamiento. Llega a los siguientes resultados: tanto la calidad de la alianza niño-terapeuta como la del vínculo padres\terapeuta, predijeron en buena medida los cambios terapéuticos en los niños durante el tratamiento. La alianza entre padres terapeuta también predijo mejoras en las prácticas de crianza de los hijos en el hogar. La conclusión a la que llegan los autores es que la alianza terapéutica es un factor importante, a la hora a la hora de predecir los resultados de una terapia.

Descripción pormenorizada de una investigación en alianza terapéutica en niños y púberes:

G. Abrishami (op. cit.) encaró una investigación ambiciosa acerca de la relación entre alianza terapéutica y resultados de la psicoterapia. Vamos a exponerla con cierto detalle.

En su definición del concepto se pronuncia por la de Bordin (1979)

El autor intenta constatar si la alianza terapéutica puede ser determinante de los resultados terapéuticos. Asimismo cual de los participantes del proceso terapéutico capta con mayor precisión la calidad de la alianza terapéutica

La investigación abarcó 350 niños y adolescentes que reciben tratamiento ambulatorio de una clínica de salud mental. Consta de tres tipos de planillas de evaluación a) para los pacientes (los mayores de 12 hicieron auto reportes de alianza y resultados terapéuticos) b) para los padres (en los pacientes entre 4 y 17 años se solicitó que los progenitores completaran la planilla acerca de alianza y resultados c) para los terapeutas.

Este estudio intenta poner a prueba las conclusiones a las que abordaron las investigaciones sobre diversos aspectos de la alianza terapéutica que se realizaron en el ámbito de la psicoterapia con niños.

Las hipótesis en esta investigación fueron las siguientes:

1) Que la puntuación que los adolescentes hacen de la alianza terapéutica brinda mejores pistas sobre los resultados terapéuticos que la que realizan los propios terapeutas 2) Los participantes cuya personalidad tienda a expulsar en las relaciones con otros sus problemas psíquicos harán una calificación más baja de la alianza terapéutica que los participantes que tienden a contener sus problemas internos por medio de la verbalización 3) Se planteó que los terapeutas tienden a clasificar a la alianza terapéutica con adolescentes con puntaje más bajo que a los niños 4) Que los pacientes que hayan corroborado tres semanas después de la primera evaluación una baja calificación para la alianza con su terapeuta, es probable que haga una terminación prematura

Método: Los participantes fueron reclutados por los asistentes de investigación de Universidad Brigham Young Mental del Valle y el Centro de Salud Infantil en Salt Lake City UT.

Los participantes fueron personas que buscan servicios en VMH, con consentimiento de los padres. 350 fueron reclutados a fin de satisfacer las necesidades de análisis de datos-.

Hubo un 44% de mujeres y un 56% de hombres. Su edad entre los 4 y los 17, edad media 11,38 años.

Los padres de los pacientes informaron las siguientes etnias: 75% se identificaron como blancos, 16% hispanos, 5% negros y 0,59 asiáticos

Los participantes recibieron una variedad de diagnósticos primarios: trastorno por déficit de atención e hiperactividad 28,6%, trastorno negativista desafiante 7,9%, trastorno depresivo no especificado 5.6% y trastorno adaptativo 4,4%.

Los profesionales participantes representan las siguientes disciplinas: trabajo social, asesores profesionales, psicólogos

Descripción del cuestionario: el cuestionario, denominado Resultados de la Juventud 2.01 (Y-OQ-2.1) se usa como escala de adaptación psicosocial para seguir los resultados de tratamiento. Recolecta información de los padres para evaluar el avance del tratamiento para niños y adolescentes entre 4 y 17 años El YOQ-2.1 fue construido para captar los cambios en períodos cortos de tiempo, es además de aplicación rápida. Los padres completan la planilla en 6'. Usa la escala Likert de 5 puntos con opciones desde 0(nunca), 1(rara vez), 2(a veces), 3 (con frecuencia), 4(casi siempre).

El YOQ-2.1 consta de 64 artículos que componen las seis sub escalas contienen el concepto de cambio. Las sub- escalas se crearon en contacto con los pacientes del lugar, la consulta de historias clínicas y revisión de la literatura. Los seis escalas son: I) Sentimiento de Socorro intrapersonal (angustia emocional, es decir: ansiedad, depresión, desesperanza) II) Somática (cambios experimentados como peligro somático: mareos, dolores de estómago, dolores de cabeza o en las articulaciones) III) Relaciones interpersonales (acciones comunicativas, agresivas o cooperativas, de desafío del niño con compañeros, padres) IV) problemas sociales (delincuencia, ausentismo escolar, problemas sexuales, abuso de sustancias, abandono del hogar, destrucción de la propiedad) V) Disfunción del comportamiento (capacidad de organizar tareas, manejar la frustración y completar las tareas) VI) Artículos críticos (características que se encuentran en niños o pacientes hospitalizados)

El YOQ-2.1 se alcanza por la suma de los valores de los elementos. Esto dará lugar a una puntuación que va desde -16 a 240. El puntaje indica mayor angustia.

Se ha establecido un puntaje de corte para comparar los individuos en tratamiento con la población normal. Esa puntuación se fijo en 46. Significa que los individuos que estén por debajo de ese nivel funcionan como los individuos en tratamiento.

Se ha calculado un índice de cambio confiable (RCI) con el fin de determinar si los cambios exhibidos en el tratamiento son confiables. El valor es de 13

Se han calculado los valores de RCI para cada sub escala: Intrapersonal 8, Somática 5, Relaciones interpersonales 4, problemas sociales 5, disfunción en el comportamiento 8, artículos críticos 5.

La confiabilidad se ha probado por encima de los niveles aceptables tanto respecto de la puntuación total como en cada una de las subescalas También es accesible su administración a profesionales diversos.

El Y- OK-SR es su equivalente pero aplicado a adolescentes de 12 a 18 años.

Su tiempo de administración es 7'. Ha demostrado una consistencia interna fuerte y validez concurrente con otras escalas de autoinforme (BASC y CBCL).

La TASC (escala para estudio de la alianza terapéutica) está confeccionada para adolescentes de 12 o más y el terapeuta.

Hay dos versiones una para el paciente y otra para el terapeuta. Las preguntas son las mismas aunque con el vocabulario adecuado, por ejemplo: “¿Me gustó pasar el tiempo con mi terapeuta?” y “¿Al niño le gusta pasar el tiempo con ud, terapeuta?”

Cada ítem presenta cuatro alternativas de 1(nada) a 4 (mucho). Lo que evalúa son los aspectos positivos y negativos de la alianza, p. ej: “me gustó mucho usar el tiempo con mi terapeuta”\“cuando yo estaba con mi terapeuta quise poner fin a la sesión rápidamente”

Según el autor el Y- OK-SR ha mostrado una consistencia interna adecuada

Resultados:

Abrishami afirma los siguientes resultados de su investigación. En relación a la primera hipótesis, no se constata que ninguno de los participantes de la relación terapéutica, sea directo (paciente, terapeuta) o indirectos (padres, etc.) constituya un detector del estado real de la alianza terapéutica en mayor medida que los demás.La segunda hipótesis, tampoco se constata. El tipo de comportamiento (externalizador, deprimido) no tiene influencia en el modo de clasificar la alianza terapéutica. De hecho también se detectó que en sesión pueden coexistir ambas modalidades de comportamiento en un mismo paciente La tercera hipótesis (que los terapeutas tienden a calificar la alianza terapéutica con niños con mejor puntaje que al vínculo con pacientes adolescentes), tampoco se comprueba. La cuarta hipótesis, referida a la existencia de una fuerte relación entre mejoría clínica y buena puntuación de la alianza terapéutica en los adolescentes, tampoco se verifica

Discusión: Abrishami al examinar la distribución de la puntuación, comprueba una notoria falta de variabilidad en las clasificaciones de la AT (tiende a ser uniforme y relativamente alto, tanto en pacientes como en terapeutas), es decir que no existen correlaciones significativas entre AT y resultados terapéuticos, lo que, según el autor, difiere de lo que se constata en la investigación de psicoterapia de adultos. Esta observación lo conduce a afirmar que la investigación de alianza terapéutica en niños es más compleja que en pacientes adultos. Propone estudiar más a fondo los factores inherentes a psicoterapia con niños (compromiso de los padres, otros tratamientos concurrentes etc.) antes de evaluar la relación entre alianza terapéutica y resultados. Puede ser que las diferencias entre niños y adultos no dependan de que una escala de evaluación sea buena y otra mala, sino más bien de los factores que diferencian al tratamiento de unos y otros.

Contrariamente a la hipótesis de este estudio, la puntuación de alianza terapéutica de inicio de tratamiento no predice la finalización prematura (el autor afirma que según quienes estudian la psicoterapia con adultos se verifica tal correlación entre evaluar la alianza como mala y corte abrupto de la terapia). Intenta explicarse esta diferencia del siguiente modo: ¿Será que los niños requieren más tiempo para formar un vínculo con su terapeuta y la alianza terapéutica temprana no es un dato decisivo? En caso que así sea cobra mayor importancia el rol de los progenitores, la buena relación terapeuta- progenitores para apuntalar el tratamiento. Si bien la hipótesis que supone que los pacientes que expulsan problemas internos suelen registrar una mala alianza terapéutica no fue corroborada, una investigación plantea que conviene seguir explorándola dada la dificultad planteada por los terapeutas en relacionarse con jóvenes externalizadores. Respecto de la relación entre alianza terapéutica y resultados, hasta el momento- plantea Abrishami- es imposible resolver las controversias entre los investigadores que sostienen que en tratamientos exitosos se detecta una alianza terapéutica estable a lo largo del tratamiento, con fluctuaciones mínimas y los que afirman que no existe una relación directa entre alianza terapéutica pobre en el inicio del tratamiento y malos resultados terapéuticos. Agrega además que la dificultad no es metodológica, ya fueron constatadas la fiabilidad de diversas escalas que miden alianza.

Abrishami: sus propuestas respecto a próximas investigaciones:

Propone estudiar el impacto que la calidad del vínculo del terapeuta con los padres tiene respecto de la alianza terapéutica con el paciente niño o púber.

En esa línea sugiere que próximos estudios acerca de la alianza terapéutica incluyan la perspectiva parental, de modo de aportar al menos tres puntos de vista: el del paciente, la del analista y la de los padres), ya que en la actualidad sostiene el autor- no se conoce cuál de los tres puntos de vista tiene valor más predictivo en relación a los resultados de la terapia.

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

Las investigaciones empíricas en alianza terapéutica y cambio clínico en niños y adolescentes, atraviesan un momento crítico. Creemos que en alguna medida, por las siguientes razones:

La investigación en psicoterapia con niños y púberes tiene una fuerte dependencia en relación al curso que sigue la investigación en pacientes adultos. Esto se advierte al considerar que los consensos que priman en la investigación con adultos tienen un peso excesivo en el mundo de los estudios acerca de alianza terapéutica y cambio clínico con pacientes niños y púberes. En esta dirección cabe preguntarse: ¿por qué entre quienes estudian alianza terapéutica y cambio clínico en niños y púberes se tiene tanto prestigio un instrumento como la encuesta? ¿Por qué no se crean instrumentos aptos para captar la calidad de la alianza terapéutica y de cambio clínico en las manifestaciones que más espontánea y usualmente utilizan niños y púberes? Entre ellas se cuentan las frases breves y el lenguaje motriz, los que suelen ser canales de expresión más accesibles a la hora en los niños y púberes requieren expresar pensamientos y estados afectivos.

Los instrumentos que más habitualmente se utilizan en la actualidad para detectar calidad de alianza terapéutica y su relación con el cambio clínico –las encuestas - aún arrojan puntuaciones poco confiables, y no logran claridad en relación a cuestiones claves, como por ejemplo las siguientes: si una alianza terapéutica estable es un factor que contribuye al éxito de un tratamiento o si por

el contrario, los buenos resultados terapéuticos pueden ocurrir pese a que se den fuertes altibajos en la calidad de la alianza terapéutica (Abrishami, op. cit.)

Los abordajes inductivos, que parten de la observación de la sesión con el objetivo de crear categorías para codificar las intervenciones de los terapeutas y medir su eficacia, presentan el siguiente problema: algunos investigadores sostienen que las intervenciones del terapeuta que influyen positivamente en el logro de una buena sesión son de tipo confrontativo. Otro grupo de estudiosos sostiene que las intervenciones más decisivas para encaminar las sesiones con un niño, son las que brindan apoyo emocional. Estas divergencias entre investigadores no están pudiendo saldarse, en buena medida porque al adoptar un enfoque inductivo estos estudiosos carecen de un sostén teórico desde el que apoyar con mayor firmeza sus observaciones y planteos. Los investigadores que buscan medir el peso de un factor extrínseco al vínculo terapéutico que ofrezca una clave para predecir la capacidad del paciente para aprovechar la terapia (p. ej. nivel educativo, el sexo, el grupo etario) tampoco a juzgar por los testimonios (Abrishami, op.cit) resulta confiable

En las investigaciones actuales, la expectativa en detectar, en la alianza terapéutica temprana un elemento decisorio en la continuidad y eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos, va de la mano con la concepción de Bordin (1979), prevalente entre investigadores empíricos. Este autor hace descansar su concepción de alianza terapéutica en dos aspectos que hacen a la formulación de contrato terapéutico entre paciente y analista: a) el trabajo en fijar objetivos para el tratamiento y b) el consenso respecto de los medios o tareas propuestas para alcanzarlos, los que, en gran medida, se tramitan en los inicios de los procesos terapéuticos. De esta definición, se desprende que hay una coherencia entre la definición que adoptan y el momento del tratamiento que privilegian en sus investigaciones. Abrishami (op. cit) nos dice que las puntuaciones que hacen terapeutas, niños y adolescentes de la alianza terapéutica en las primeras sesiones resulta uniforme y relativamente alto, por lo cual no brinda buena información sobre las vicisitudes específicas de cada tratamiento. Esta constatación nos hace pensar en la necesidad de desarrollar nuevas definiciones de alianza terapéutica que no se orienten tan fuertemente a los aspectos formales, que puedan registrarla en distintos momentos del proceso,

que sea sensible a su carácter dinámico. Algunas contribuciones de psicoanalistas clínicos, como las de W. Bion, D. Winnicott y D. Liberman, abren terreno para dejar de lado las definiciones abstractas, estableciendo que la pauta para colegir la calidad de la alianza terapéutica se juega en los aportes que hagan en favor del cambio clínico tanto el paciente como el terapeuta. Cabe enfatizar en D. Liberman realiza esfuerzos valiosos para operacionalizar los conceptos de alianza terapéutica y cambio clínico respecto de pacientes niños y púberes. De hecho, su propuesta de estilos de juego resulta un paso valioso. De todos modos, la misma resulta claramente insuficiente si lo que pretendemos hacer es un estudio de alianza terapéutica y cambio clínico detectándolas en las frases, actos motrices, juegos, etc.

Este recorrido por la bibliografía nos conduce a la siguiente conclusión: apelar a un instrumento psicoanalítico, el ADL, apto para estudiar la relación entre alianza terapéutica y cambio clínico en el vínculo, en el diálogo concreto entre paciente púber y terapeuta (considerando las frases, elementos paraverbales y los movimientos) puede resultar un aporte novedoso entre las propuestas metodológicas actuales

5) Objetivos

5.1) Objetivos generales

Investigar la relación entre la alianza terapéutica y cambio clínico en sesiones concretas con pacientes púberes

5.2) Objetivos específicos

Apelando a un método sistemático:

Investigar el cambio clínico en el nivel verbal

Investigar el cambio clínico en el nivel motriz

Investigar el cambio clínico en el nivel paraverbal

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

6.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), vamos a sintetizar a esta última antes de desplegar la hipótesis de la presente tesis. Los aportes de la tesis de Maestría fueron los siguientes:

- a) El ADL tiene instrumentos capaces de aportar a un estudio vincular de las manifestaciones de desvalimiento de un niño en sesión
- b) Con nuestro enfoque vincular del desvalimiento detectamos que las intervenciones clínicas del terapeuta tienen influencia en relación al estado de desvalimiento del niño. Cuando el terapeuta queda entrampado en el desvalimiento del paciente, aquel se entroniza. Cuando el analista se rescata e interviene con pertinencia, aporta en que el desvalimiento del niño, ceda en su influjo patológico
- c) Los programas gesticulares del ADL nos dan un instrumento apto para la comprensión de las acciones motrices del niño y del terapeuta en sesión.

Entre las tareas pendientes que dejó nuestra tesis de maestría, para próximas investigaciones mencionamos: Dada 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:

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 del terapeuta

7. Diseño de investigación: aspectos metodológicos: Muestra, instrumentos y procedimientos

Capítulo 7. 1: La muestra. Consideraciones generales:

Existen tres preguntas claves a la hora de seleccionar una muestra:

- Que es lo que se quiere estudiar: El foco de nuestro interés es la relación entre alianza terapéutica y cambio clínico en púberes. Nuestro marco teórico psicoanalítico nos conduce a elegir al siguiente procedimiento: estudiar escenas afines, compararlas y colegir en ellas si hay cambios o no en la ensambladura de pulsiones y defensas, es lo que define el posicionamiento del paciente (Freud, 1905). A la vez creemos necesario - en la selección de los fragmentos que constituyen la muestra- considerar el motivo de consulta de cada uno de los pacientes. Es decir la afinidad de las sesiones debe darse en torno a alguna cuestión inherente al motivo de consulta, de modo de éste sea una pauta para evaluar si se produjo o no el cambio clínico.
- el material del que se dispone: La muestra surge de la desgrabación de sesiones de dos pacientes. Son dos procesos clínicos que se iniciaron hacia la misma edad (ocho años) y que se extendieron aproximadamente el mismo tiempo, alrededor de cuatro años.

La edad de estos pacientes resultó el criterio de selección de los mismos, ya que mi interés era estudiar alianza terapéutica y cambio clínico en pacientes púberes.

Seleccionamos tres fragmentos clínicos de cada paciente para nuestro estudio. Uno de los pacientes, Juan, ya ha sido estudiado previamente en nuestra tesis de Maestría. Para esta tesis de Doctorado, decidimos practicarle un reanálisis al material e incluirlo como el primero de los fragmentos. El motivo de esta decisión es el deseo de hacer un estudio longitudinal (al considerar una sesión del primer semestre del primer año de tratamiento con otros dos fragmentos correspondientes a sesiones transcurridas en el último año de su terapia), especialmente útil para evaluar proceso clínico y alianza terapéutica. Por lo tanto, respecto de Juan, los tres fragmentos surgen de sesiones separadas por

un lapso de tiempo mayor. En lo que hace a Teodoro, los tres fragmentos provienen de tres sesiones desgrabadas, a lo largo de un mismo año de trabajo.

- los instrumentos que se van a utilizar: El algoritmo David Liberman (ADL) es un método para la investigación sistemática de la significatividad del discurso en términos psicoanalíticos. De las herramientas que éste nos ofrece, 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

Estudio de caso e investigación en psicoterapia: su origen, su lugar en la obra de Freud y en la actualidad

El estudio de caso utilizado como estrategia de investigación permite

- ganar precisión en la descripción de un problema
- erigir ejemplares paradigmáticos

Antecedentes: la investigación basada en caso único tiene una historia que nace mucho antes que exista el psicoanálisis. De hecho, tiene una antiquísima tradición en la medicina

Estudio de caso en la obra de Freud: durante su formación médica el creador del psicoanálisis se nutre de los estudios de caso al participar de ateneos clínicos (consistentes en la presentación y discusión de cada caso desde múltiples ángulos). Como investigador psicoanalítico Freud (Maldavsky, comunicación personal) apela al estudio de caso con gran versatilidad. El patrón que sigue para agrupar casos es detectar un rasgo en común (sea en fragmentos discursivos de un mismo paciente, sea en los de varios pacientes). Con estos agrupamientos intenta abordar interrogantes psicopatológicos, estudiar procesos psíquicos y en otras circunstancias, la singularidad de un caso.

Los estudios de caso freudianos, pueden apuntar a:

- Hacer nuevos aportes: p. ej. : El caso Dora (Freud, 1905) le sirve para incluir un nuevo concepto: el de la transferencia entre paciente y analista

- Ganar en precisión en el análisis de un problema: el análisis de Schreber (Freud, 1911) constituye el fundamento para establecer la eficacia del deseo homosexual en la conformación de un desenlace paranoico.

Estrategias freudianas de análisis en los estudios de caso: advertimos dos opciones:

- Hallar un concepto unificador: p. ej., en el libro de los sueños (Freud, 1900) tras analizar múltiples sueños de diversos soñantes, Freud accede a la conclusión de que el sueño es una realización de deseos.
- Da cuenta de ciertos rasgos diferenciales (el delirio erotómano, el celotípico y el persecutorio son diferentes modos de rechazar un mismo deseo: el homosexual). Para dar cuenta de lo común y lo diferente, los conceptos a los que apela son básicamente dos: fijación (pulsional y yoica) y defensa

La investigación sistemática en psicoterapia basada en caso único: hacia los años ochenta algunos grupos de investigadores en psicoterapia, abren nuevos temas a la discusión científica. Entre ellos la cuestión de la confiabilidad de la muestra y el de las cuestiones éticas. Respecto de la primera, sostienen que para la investigación rigurosa del proceso psicoanalítico, la grabación es el instrumento técnico privilegiado. (Dahl, Kächele, Thoma, 1988). En relación a la segunda, plantean que es fundamental obtener el consentimiento documentado por parte del paciente, ante quien el terapeuta se debe comprometer a resguardar la confidencialidad. Estas propuestas suscitaron diversas polémicas, aún hoy vigentes. En relación a la grabación de sesiones, los primeros que la resistieron fueron los propios analistas, a quienes no les resulta fácil exponer su propia práctica ante colegas. Para superar este escollo se comienzan a crear los primeros bancos de grabaciones anónimas de sesiones de psicoterapia, como el que existe en la Universidad de Ulm (Mergenthaler, Kächele, 1988). En la actualidad, la controversia respecto del uso de grabador es uno de los puntos de disidencia entre escuelas: la francesa y la anglosajona. La primera otorga valor a la recolección del material clínico mediante la toma de notas y el trabajo caso por caso. La otra orientación privilegia en cambio el recurso instrumentos sistemáticos confiables: la toma del material a través del aporte de aparatos (grabador, filmación) a menudo, los agrupamientos de casos. Las críticas

recíprocas son varias. Los partidarios de la segunda orientación objetan la falta de confiabilidad de la toma de notas, así como la no sistematicidad de los criterios para evaluar el material recogido. Los partidarios de la primera orientación objetan a los de la segunda que los instrumentos de investigación empleados no generan información válida, utilizable en el marco de una investigación psicoanalítica (Maldavsky, 2003).

Otro aspecto a considerar son las diversas estrategias que pueden seguir los investigadores respecto del caso único. Weiss y Sampson (1986) publicaron un texto en el que se presenta un mismo caso -Mrs. C- al que cada investigador le aplica un método distinto. Esta alternativa permite comparar diversas propuestas de análisis, sus conceptos de base, sus objetivos; así como también permite detectar puntos de acuerdo y disidencia entre las distintas propuestas de análisis. Otra alternativa es investigar una misma sesión con instrumentos que integran un mismo método (p. ej.: el algoritmo David Liberman -ADL- es un método de investigación que puede estudiar el discurso en varios niveles: las palabras, las frases y los relatos, sean los del paciente o los del terapeuta o los de ambos). Un objetivo de estos estudios es mejorar la confiabilidad de un instrumento complejo como es el ADL.

El psicoanálisis y la investigación sistemática utilizando caso único

Entre los psicoanalistas que investigan con niños y púberes se cuenta E. Jones (2000), quien apela al estudio de caso único para evaluar la naturaleza de la acción terapéutica en psicoanálisis. Intenta hallar la relación de mejoría clínica con el efecto de la interacción terapéutica. Compara dos tratamientos psicoanalíticos, utiliza instrumentos cuantitativos (la escala de depresión de Arroyo, la lista de comprobación de síntomas y el Inventario de problemas interpersonales). Intenta detectar si existe correspondencia entre cambios en la interacción analista - paciente y la reducción de síntomas. Otro estudio de caso único es el de Rainwater, J. (2007). Este autor se pregunta si una perspectiva psicoanalítica puede contribuir al entendimiento de un paciente diagnosticado como ADHD (al que se atribuye etiología biológica, y tiene como síntomas la hiperactividad y la desatención). Intenta utilizar la teoría freudiana y kleiniana para elucidar el sentido de algunos síntomas de un paciente diagnosticado como

ADHD. Culmina recomendando al psicoanálisis como opción de terapia para niños diagnosticados como ADHD.

Las investigaciones recién mencionadas son dos ejemplos paradigmáticos del modo en que los psicoanalistas suelen abordar la investigación clínica sistemática. Desde una perspectiva metodológica crítica podemos decir formular dos objeciones 1) en algunos casos los investigadores apelan a teorías de base psicoanalítica (el caso de Rainwater), aunque sin la operacionalización que zanje la distancia entre los conceptos teóricos y los hechos de la clínica 2) en ocasiones se plantean problemas de genuina importancia para la clínica psicoanalítica, como la incidencia de la interacción terapéutica en la mejoría clínica - es el caso de la investigación de E. Jones - pero intentan responderlos haciendo uso de instrumentos pergeñados por fuera del andamiaje conceptual psicoanalítico.

Los estudios de caso y los diseños de investigación

Yin (Kazez, 2009) distingue cuatro tipos de diseño para los estudios de caso, considerando la cantidad de casos que se decide estudiar y si se distinguen en su interior una o varias unidades de análisis.

Cuadro: Los tipos de estudio de caso

Tipo 1	Caso único, diseño holístico (una unidad de análisis)
Tipo 2	Caso único, múltiples unidades de análisis
Tipo 3	Múltiples casos, diseño holístico
Tipo 4	Múltiples casos , múltiples unidades de análisis

Fuente: Kazez (2009)

Cuadro: Diseños de investigación

Ateórico	Es descriptivo, no tiene interés en formular generalizaciones
Interpretativo	Se asemejan al estudio ateórico, difiere del mismo en que apela a categorías teóricas
Generador de hipótesis	Este tipo de estudio comienza con una hipótesis frágil a la que se intenta fortalecer en el estudio de caso. Pueden ser testeadas a lo largo de un estudio más amplio de casos. Posee valor teórico ya que se propone desarrollar generalizaciones teóricas en áreas en las que todavía no existe teoría
Confirmador \ discutidor de teoría	Este tipo de estudio se utiliza como puesta a prueba de determinada proposición
Estudio de caso desviado	Estudia casos que se desvían de las generalizaciones teóricas

Fuente: Kazez (2009)

El diseño de nuestra investigación

Consideramos que siguiendo la clasificación de Yin (Kazez, op. cit), la nuestra es una investigación de múltiples casos. Consideramos que esta es una investigación descriptiva, ya que se apoya en las conclusiones de una investigación previa, nuestra tesis de Maestría (Goldberg, 2005), dedicada al estudio del diálogo terapéutico con púberes, en la que culminábamos planteándonos la necesidad de dedicar nuevos estudios dedicados a “establecer pautas que orienten respecto a la intervenciones clínicas pertinentes...” y a “... estudiar más a fondo la complementariedad estilística ... y la contratransferencia” (Goldberg, op. cit, pág. 152 y 155) El tipo de estudio de caso en el que encuadra nuestra investigación es aquel que apunta a la generación de hipótesis (Kazez, op. cit). e intenta a través del estudio de caso

múltiple de fortalecer hipótesis las que, eventualmente puedan ser generalizadas a través de un estudio más amplio de casos.

Contamos con una muestra compuesta por tres fragmentos clínicos de dos pacientes entre los 11 y 12 años. La muestra es no probabalística e intencional. La edad de estos pacientes resultó el criterio de selección de los mismos, 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.

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

Nuestra unidad de análisis son los referidos fragmentos clínicos.

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. Posteriormente 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).

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 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 permitieron 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

Capítulo 7. 2: La muestra en nuestra investigación

Muestra I: Teodoro

Primer fragmento clínico

[Nota aclaratoria: El juego que ocupa a paciente y terapeuta en el siguiente fragmento, es el de las Damas. En una sesión previa Teodoro afirmó saber jugar Damas, aunque el primer partido durante el tratamiento, ocurre en el fragmento siguiente. A poco de comenzar los partidos el terapeuta tuvo la clara sensación de que Teodoro desconocía reglas básicas del juego. Cabe agregar que en esa época del tratamiento el paciente comenzaba a lograr desarrollar partidas de principio a fin, imponiéndose a una tendencia a suspender la continuidad de los juegos en especial cuando la situación de las partidas se le volvía desfavorable].

[Mientras se desarrollan los preparativos del juego]

1. P : no voy a caer en la trampa

[Comienza el juego. Durante las primeras movidas tras cada acción de juego del terapeuta, el paciente mueve en espejo]

2. P : [En su turno profiere una frase inaudible con un tono lánguido]

[Tras algunas pocas movidas queda en la situación de eliminar una ficha del adversario -lo que por reglamento de juego es obligatorio- Mueve otra ficha cualquiera. Parece desconocer ese aspecto crucial del juego]

1. A: me la tenés que comer si no te la soplo. Mirá [el terapeuta toma el reglamento y a continuación lo lee]. De acuerdo al reglamento, podemos hacer un reglamento aparte, pero el reglamento dice así: “si un jugador 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 comes esta, obligarte a comerla o renunciar a ambas cosas. Bueno, ¿cómo querés jugar?

3. P: me la comía [tono añorado]

2. A: bueno

Tras unos minutos de juego el terapeuta tiene una posición dominante en el juego, Teodoro ha perdido varias fichas

4. P no puedo hacer nada [tono de queja]

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

5. P: todos los movimientos que hago me podes comer

4. A ¡dama! [El analista mueve una ficha y concreta una dama] Te toca a vos.

6. P [Mueve el paciente]

5. A [Mueve el analista. Luego dice:] a vos

7. P ésta se queda ahí [lleva con su dedo, una ficha de un sector del tablero a otro, luego cae en cuenta que no es buena decisión, la devuelve a su lugar anterior. De hace un rato está dubitativo e impotente en el juego]

6. A ¿jugamos con consejos, el adversario puede dar consejos? ¿O cada uno juega solo?

8. P: ¿y por qué consejos?

7. A: no, por si querés

9. P: está bien [con esta frase desecha la ayuda que le brinda el terapeuta]

Propuesta de segmentación en función del estudio de alianza terapéutica y cambio clínico:

Nuestra tesis tiene como objetivo explorar los aportes de paciente y del terapeuta en la calidad de la alianza terapéutica (constructiva/obstructiva) y la contribución al cambio clínico (positivo/negativo). En función de ello, nuestro criterio para segmentar los fragmentos consiste en detectar algo que atraviese las tres sesiones: sea algún rasgo específico del vínculo (p. ej. tendencia a la catarsis en el paciente, respuestas diversas del terapeuta algunas menos y otras

más pertinentes), sea algún tema común a varios fragmentos (p.ej: la rivalidad con el terapeuta) que ubique a uno y otro integrante de la pareja terapéutica en diversas posiciones. El escrutinio de esas modificaciones creemos que puede brindarnos información acerca de la calidad de la alianza terapéutica y la mayor o menor contribución al cambio clínico de paciente y analista

Segmentación del fragmento clínico I

Podemos distinguir tres momentos I) el paciente monta una presunta escena de rivalidad para aprender del terapeuta sin que éste se percate, el paciente se auto boicotea antes que el terapeuta se percate de la estrategia ...: comienza en 1. P, momento en que Teodoro tiende a disfrazar su ignorancia de las reglas del juego de dos modos: con su primera frase (no voy a caer en la trampa), e imitando las movidas del terapeuta. Abarca hasta la frase en tono lánguido de Teodoro, con la que anuncia el fracaso de ese intento (2.P). Es el lapso en el que dura la confusión del terapeuta II) el terapeuta se reorienta, ofrece la opción de aprender, el paciente la elige: se inicia en 1.A, en el momento en que el terapeuta se percata de que el paciente desconoce las reglas del juego y decide ofrecerle aprender a jugar. Lee el reglamento y ofrece la alternativa de regirse por las reglas. El paciente opta por jugar bajo reglamento, lo que para él significa la decisión de comenzar a aprender el juego ante un adversario más experto (3.P) III) el terapeuta da opción de sostener la rivalidad o de cancelarla, el paciente opta por mantenerla: el terapeuta ofrece una nueva opción a Teodoro: la de seguir jugando acorde a reglas, como adversario o recibir consejos “extrarreglamentarios” (6.A) Este planteo de alternativas es la respuesta del analista a las manifestaciones de impotencia por parte del paciente, a causa de quedar sin un plan de juego (“no puedo hacer nada” con tono de lamento) y de duda (lo expresa motrizmente a través del dedo que tantea la ubicación de una ficha y luego la vuelve a su lugar). Abarca hasta la decisión del paciente de afrontar solo la continuidad del juego hasta el final, lo que significa afrontar la experiencia de ser derrotado (9.P)

Segundo fragmento clínico

[Notas aclaratorias: la escena que sigue se trata de una partida de un juego de naipes, el Truco. Es importante destacar que Teodoro propone practicar este

juego en sesión porque cree que es un medio para insertarse más firmemente en el grupo de pares del colegio, ya que durante los recreos los compañeros suelen jugarlo. Teodoro, quien se asume como un jugador novato desea utilizar las sesiones para mejorar su caudal de recursos en este juego]

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

1P: si

2 A: juego. Un tres en la primera. Primera que pasa [El terapeuta describe: tira una carta, que se trata de un tres. A continuación el paciente tira una carta de inferior valor. Es decir que el analista gana en la primera jugada, a eso se refiere con la frase primera que pasa]

¡Truco!

2 P: no quiero

3 A: ¡eeeeeh! [La exclamación tiene un valor de “protesta”]

[Las cartas van al mazo]

3P: [Teodoro toma del mazo las cartas que usó el analista. Las observa]

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

4 P: [El paciente acompaña el comentario con una risa]

¿Por qué no cantaste e...envido? [Su pregunta se refiere al proceder del terapeuta durante el juego]

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

5 P: [acompaña la justificación del terapeuta con una sonrisa] sí. Igual no iba a resistir la segunda mano [sonríe tras finalizar la frase]

Segmentación del fragmento II

Podemos distinguir estos momentos I) inicio de la partida de cartas, en la que ambos conocen las reglas y las respetan. Abarca los dos primeros turnos del habla de paciente y analista II) el terapeuta desempeña el rol de adversario en el juego al mismo tiempo que, a través de la dramatización de una protesta, promueve un clima distendido (3.A) III) el terapeuta (4.A) avala un acto motriz

del paciente, ajeno al reglamento cuya meta es entender la lógica del juego. El paciente responde con una risa (4 P.) IV) el paciente realiza una pregunta concreta respecto de la lógica de las decisiones de juego del analista, (4P), el terapeuta le responde (5A). El paciente retribuye aportándole información sobre sus cartas (5 P.)

Tercer fragmento clínico

[El intercambio se centra en una partida de Truco]

1. .P: ¡truco! Digo: ¡envido!

1. .A: mm [tono dubitativo]. No quiero la primera [no acepta el envido]

2. .P: ¿envido no?

2. .A: no

3. .P: truco

3. .A: ¡Qué apurado que estás!

4. P: [risa]

4. .A: no sé porque tanto.

Quiero [acepta el truco]

5.P: no tenías que querer

[El paciente y el terapeuta en su turno, tiran sus respectivas cartas, el analista resulta vencedor]

5. .A: [tono risueño] lo que buscabas era otra cosa...

6. .P: sí.

Bueno, ya fue

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

7. 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

7. .A: [acompaña con risas] no te salió, pero bueno, fue un intento

8. P: sí. Aprendiendo a mentir

Segmentación del fragmento III

Podemos distinguir los siguientes momentos I) El paciente se acelera en el juego (1P, 3P), el terapeuta se lo señala (3A), no puede inhibir su despliegue (4P): comienza cuando Teodoro, dramatiza atolondrarse con objeto de engañar al terapeuta en el marco de las reglas del juego (1P). Tras un logro parcial, insiste con el recurso (3 P). El analista describe el apuro con el que está jugando. No obstante ello, en Teodoro prima la precipitación respecto de la dramatización: expresa un festejo anticipado que se exterioriza por medio de la risa (4 P). II) El terapeuta desde el lugar de adversario (4A) toma una decisión de juego que hace fracasar el plan de Teodoro (ganar puntos a costa de engañar al adversario). El paciente admite el fracaso de su intento de un modo creativo. Dramatiza reprochar la decisión de juego del terapeuta. De este modo aminora el sentimiento de frustración III) Teodoro se consuela a sí mismo (6A). El terapeuta dramatiza un personaje burlón (6P). El paciente tras auto interrumpirse y acelerarse, culmina autocriticándose de modo sensato (7P). El terapeuta pone a prueba la capacidad de frustración de Teodoro haciéndolo objeto de una chanza IV) el terapeuta consuela (7A) y Teodoro responde profundizando su autocrítica (8P).

Esta muestra: ¿Es pertinente para evaluar alianza terapéutica y cambio clínico?

Hay al menos dos temas que se ponen en juego en los tres fragmentos:

1) el supuesto respecto del aprendizaje que subyace en las manifestaciones de Teodoro y las intervenciones del terapeuta al respecto

2) el vínculo de rivalidad en la sesión

Veamos en detalle cada uno

1) supuesto respecto del aprendizaje que subyace en las manifestaciones del paciente y las intervenciones del terapeuta al respecto: en el primer fragmento Teodoro expone la concepción de que la carencia de conocimiento puede subsanarse imitando en secreto al analista, adquiriendo un aprendizaje sin solicitar ayuda a otro. El terapeuta queda entrampado en esa propuesta de Teodoro (ver escena I del fragmento I)

En el segundo fragmento Teodoro expone, en los hechos, una nueva perspectiva del aprender. La cual consiste en una práctica abierta, explícita que se plasma en indagaciones concretas -a través de la motricidad y las frases-dirigidas al terapeuta (ver escenas III y IV). Las respuestas del terapeuta, avalando la exploración y ofreciendo información (escenas III y IV), consolidan la confianza de Teodoro en que es posible aprender del analista.

En el tercer fragmento, el devenir del juego de naipes y las intervenciones del analista, ponen a prueba la capacidad de frustración de Teodoro (fracasa en una jugada, recibe chanzas). Se facilita el fortalecimiento de una función autocrítica (capaz de evaluar lo que le falta aprender para jugar realmente bien). Asimismo, en este fragmento el paciente atribuye al ejercicio del aprender a través de la experiencia, un valor clave (considera a la jugada fallida como un eslabón en su proceso de aprendizaje)

2) el vínculo de rivalidad en la sesión

En el primer fragmento en la escena I) Teodoro monta una presunta escena de rivalidad para disfrazar su falta de conocimiento del juego e intentar aprender imitando terapeuta, sin que éste lo advierta. En la escena III) ante el desenlace inminente de la partida, el terapeuta brinda la opción de afrontar solo el final de la partida o apoyarse en los consejos del terapeuta. El paciente decide jugar solo hasta el final, lo que le significa soportar una derrota. Con esta decisión, Teodoro inaugura la exploración de una actitud genuinamente competitiva

En el segundo fragmento, se da una secuencia: en las primeras dos escenas prima el vínculo de rivalidad (ver en la escena I: dos jugadores que conocen las reglas y actúan como adversarios). En las escenas III y IV prima el vínculo de aprendizaje explícito. Da vueltas las cartas del analista y luego, realiza una

pregunta concreta sobre una decisión de juego tomada por el terapeuta. Ambas, tienen como fundamento aprehender la lógica del mismo.

En el tercer fragmento se ponen en juego otros elementos inherentes al foguearse en el juego competitivo. El terapeuta pone a prueba, sucesivamente, la capacidad de frustración de Teodoro (escena II) y luego de aceptar una chanza (escena III). El paciente, no solo da prueba de haber desarrollado cierta capacidad de frustración, también expone una perspectiva autocrítica sensata y el advenimiento de una disposición a aprender por la experiencia (escena IV).

En síntesis: detectamos que en torno a ambos temas (el aprender en sesión y el vínculo de rivalidad) se producen intercambios valiosos entre ambos integrantes del vínculo. Suponemos que en estas modificaciones se puede hallar una clave para considerar el proceso que atraviesan la alianza terapéutica y cambio clínico en este vínculo terapéutico

Muestra II Juan

Fragmento I

1. .P [Nota aclaratoria: en el pasillo de entrada, hace alusión a que es la última sesión antes de las vacaciones de invierno, en que vamos a interrumpir por dos semanas. El diálogo que sigue ocurre dentro del consultorio donde comenzó la grabación de la sesión].

1. A: - La última semana que nos vemos...

2. P: -¡No! No. ... [Mira una paleta de acuarelas que ha quedado con las pinturas. El paciente aferra la paleta, la toca y me la tiende-. El terapeuta enfoca con su mirada la paleta. La última sesión... tocala, yo ya probé... yo ya toqué. A ver... [Ríe, mientras toca nuevamente una de las acuarelas, comienza a decir algo, se interrumpe] -" Que raro"[tono invitante] "Aia" [exclama en tono seductor, cuando toca con un dedo una pintura algo húmeda aún].

2. A El terapeuta elije el color que cree que está seco, apunta con su dedo y toca, pero se equivoca y queda con el dedo húmedo]

3. A: - Mmmmm

3. P: - Perdiste [con tono burlón]

4. A : - Una trampa me pusiste
4. P: - No [dice palabras a gran velocidad, no se entienden]
5. A: - Algunos están secos, otros mojados
5. P: - Bue, ahora... [Se interrumpe]
6. A: - Así que como decías al comienzo, la última sesión hasta...
6. P: (interrumpiéndome)... - ¡Vacaciones de invierno! [Tono maníaco]

Segmentación del fragmento I

- I) Juan ante la inminencia de una despedida por vacaciones hace del tema de la última sesión una comunicación catártica (1P)El terapeuta propone focalizar en el tema (1A)
- II) el paciente cambia de foco: tiende una trampa (2P). El terapeuta cae en ella (2A). Juan accede a un sentimiento triunfal (3P)
- III) El terapeuta le da nombre a la acción previa del paciente (4A). Juan responde con una nueva catarsis, hablando a gran velocidad (4P). El terapeuta reintenta focalizar, sea en la trampa (5A), sea en el tema de la última sesión (6A). Juan lo interrumpe intrusivamente (6P)

Segundo fragmento clínico

1. P: [Se coloca en posición oblicua al blanco. Luego tira y yerra] Aaaah [tono exaltado], ¡Soy malísimo! [risa con tono risueño] [Agrega algo que no se entiende]
1. A: ¡va! [Acierta el tiro]
2. P: eeeeh... cinco! [Alude a los puntos que suma el analista]
3. P: el paciente vuelve a tirar de la misma posición, falla otra vez al blanco] ¿¡Por qué?! [Tono colérico]
2. A [Ulteriormente el analista tira y acierta,

4. P: [el paciente toma un proyectil y comienza el gesto del arrojo sin dar lugar a sumar los puntos del terapeuta]
3. A: ah, esperá, esperá que ahí le pegué ¿A cuál? Al rojo, ¿o al o al al ...verde claro? Para mí tocó al rojo
5. P: bue, al rojo. Nueve
4. A: cuatro, cinco, nueve [suma 4+5 y confirma su puntaje]
6. P: [El paciente se mantiene en la posición oblicua al blanco. Tira, falla [risa con tono exaltado]
5. A: momento: te está... te está saliendo...no... no le tenés tomada la mano. A ver...
7. P: [Desde la misma posición oblicua, el paciente tira nuevamente, no acierta al blanco]
6. A: tampoco, está muy desviado
8. P: ajá
7. A: ¿por qué no buscás una posición más cercana...? Esperá, esperá: estás tirando en diagonal. ¿Por qué no te ponés de frente? Acá, acá ponete
9. P .[El paciente mantiene su posición y arroja un proyectil, que toca en la superficie del blanco]
8. A: ¡eesa, le pegaste!
10. P: [interrumpe con una frase cuyo principio no se pudo desgrabar]
11. P [Vuelve a tirar, no acierta]
9. A: se fue más cerca
10. A [El terapeuta tira al blanco, acierta]
12. .P: eeeeh... diez puntos [se refiere al puntaje del terapeuta]
11. A: ¿por qué no cambiás de posición?

13. P: no, estoy cómodo
12. A: está bien sí, pero...
14. P: [interrumpe con risa exaltada] ja, ja, ja. La fiché [apunta con los ojos a una banqueta en posición oblicua y aún más alejada al blanco que la que hasta ahora eligió para arrojar. Se sube y desde la posición de parado, va a tirar]
13. A: estás cómodo pero...
15. P: ¡aaah! ¡Ahora si voy a estar cómodo! [Risa con tono exaltado o maníaco]
14. A: ¿vale tirar de arriba de la banqueta?
16. P: vale, sí. ¡Yo quiero! [Risa exaltada]
17. P: [El paciente arroja un proyectil desde la banqueta, [No acierta al blanco]: ¡loooo! [Tono exaltado]
15. A [Luego tira el terapeuta y suma]
18. P: Trece [Juan informa sobre los puntos de su adversario, mientras se dirige a la caja de los ladrillos donde se provee de más proyectiles]
16. A: noo, no tiremos con eh... con esta tenemos queeee... cuando vos saques los más... los Rasti del... eh, del... de la caja. Con los que están en el piso nos tenemos que arreglar
19. P: bue
20. P [El paciente dice algo que no se entiende en la desgrabación. Tira nuevamente desde arriba de la banqueta. No acierta al blanco] ¡Aaaah! [jadeo]
17. A [el terapeuta tira al blanco y va a buscar el proyectil]
21. P: [el paciente se apresura a tirar antes que el terapeuta se ponga fuera de la línea de tiro]
18. A: ¡momento, que estoy acá abajo! [Tono de protesta][El terapeuta se refiere a que Juan no se acelere a tirar antes de tiempo, antes de que el terapeuta se corra de la línea del blanco]
22. P: [El paciente acata el pedido de frenar su acto de arrojo del proyectil, profiere una risa] no te vi
23. P: [El paciente tira desde la banqueta y falla]: ¡Aaaah! [Tono exaltado]

19. A: estás cómodo vos, pero no le pegás al bl... no le pegás al blanco [El terapeuta tira y suma. Llega a 15 puntos]

24. P: ¡Nooo! Uno-quince [Se refiere al tanteador del partido]

20. A: lo que yo te sugiero es que busques alguna posición distinta

25. P: ¡Dale, dale! [Juan cambia a una posición de tiro, se ubica en línea recta al blanco, comienza a acertar más seguido y cuando marra el tiro no adopta una actitud eufórica]

Segmentación del fragmento II

I) Ante la mejor puntería del terapeuta, el paciente lanza una pregunta colérica (3P). El terapeuta supone que la pregunta expresa un potencial reflexivo: para responder a ese supuesto utiliza intervenciones del tipo de las sugerencias, localizaciones temporales y autointerrupciones (ver 6A, 7A, 9A, 11A, 12A). Juan, más que a reflexionar exhibe una tendencia a acelerarse (la que se advierte al considerar otro tipo de frases del terapeuta. En los turnos 3A (...“esperá, esperá”...), el 5A (“momento”...) y el 7A (... “Esperá, esperá”...). En determinado momento, Juan explora una determinada actitud ante sus tiros errados: tras los mismos adopta un talante eufórico(ver 6P [risa con tono exaltado])

II) Juan combina un estado de ánimo festivo en el error, con una actitud desafiante (14P, 15P, 16P) hacia el enfoque del terapeuta, en particular hacia las intervenciones del tipo de las sugerencias (11 A) y las autointerrupciones (12 A).

III) El analista, a partir de su intervención 16, modifica su modo de intervenir. Desecha las sugerencias. Se centra en establecer reglas (16A), frenar el acelere motriz del paciente (18A), objeta el argumento de la comodidad (19A), sintetiza sugerencias previas (20A). Juan finalmente modifica su postura. Ahora acepta con entusiasmo las sugerencias del terapeuta acerca del cambio de lugar de tiro (ver en 25P “Dale, dale”) y comienza a jugar con un criterio competitivo

Fragmento III

[En este fragmento el paciente propone jugar a lo siguiente: cada uno tiene que crear su proyectil y luego, la meta del juego es hacer puntería en el cuerpo del adversario. El que suma más puntos, gana. Juan construye rápidamente su arma, el terapeuta evidencia dificultades en lograrlo]

1. A [interrumpiendo] estoy preparando mis... mi instrumento de remates [el analista no logra crear un objeto que dispare proyectiles]

1. P: pero así obvio que no te va a disparar. ¿Puedo ir? [Mientras pregunta, se acerca a la posición del terapeuta para ayudarlo con su arma]:

2. A sí

2. P: [Inspecciona el arma del terapeuta con el objetivo de corregirla. Tras hacerlo dice:] algo anda mal

3. A: algo anda mal, ya la vez pasada lo habías...

3.P: [interrumpiendo] ¡Nooo, sacá esto, ya entendí! El problema es simple. Ponemos... [Juan intercala actos motrices: agrega ladrillos en el arma modificando su estructura] ¡Para que largue más! [Se refiere a que los tiros vuelen más lejos]. Y ahora, ponemos... [El paciente adosa otros ladrillos al arma. Luego realiza algunos ensayos acerca del funcionamiento del arma] No, no, no me sale

4. A: yo le había hecho como un pequeño agujero

4. P: ya ¡Ya lo sé, ya lo sé, ya lo sé!

5. A: para que no se...

5. P: [interrumpiendo] hay que sacar esto ver... esto amarillo

6. A: sí

6. P: y esto verde, ponemos ahí, encima queda más honda ¿viste? Como cañones, ¿viste? [Sonrisa] Ponemos ahí... y ponemos... ¿a ver si mejoran tus tiros? [El propio Juan prueba con un tiro, el proyectil vuela]

¡Ah no, perfecto! [Expresa satisfacción por el resultado del arrojó]

7.A: puede ser

7. P: a ver [Le entrega la pistola al terapeuta]

Tenem...tenés que hacer así: cargar ahí

8.A: ajá

8. P: mirá

9. A: me estás ayudando con mi arma evidentemente. A ver si puedo... ¿Acá decís? [señala el lugar desde donde se arrojan los proyectiles]

9. P: como yo, mirá [muestra como cargar el arma]

10. A: ajá, bueno, a ver...[El terapeuta manipula el instrumento de tiro]

10. P: ¡a ver!

11. A: a ver si sale

11. P: ¡ay! No, es así mirá: vos te tenés que...cargar... a vos te conviene cargar en una, uno

12. A: sí

12. P: uno, ahí

13. A: sí

13. P: apretás bien

14. A:sí

14. P: tenés que, tiene que...

15. A: movés el dedo no más

15. P: sí, movés el dedo, no tenés que hacer ahí, porque así te va a hacer...

16. A: ¿así? Esperá, esperá, está bien, correte, correte, vamos a ver de cual... así [el terapeuta prueba tirar según las indicaciones del paciente]

16. P: ¡ahí!

17. A: ahí está. Bueno, me diste una mano para armar el arma

Segmentación del fragmento III

- I) El terapeuta se encuentra con dificultades para confeccionar su instrumento de remates (1A), Juan se ofrece cautelosamente a ayudarlo, el terapeuta acepta (1P)
- II) Juan estudia el instrumento, introduce cambios en el objeto (2P). Luego informa que su intento falló (3P)
- III) El paciente pergeña una nueva forma de construir el instrumento. Se la explica al terapeuta. Luego de terminar de prepararla, la pone a prueba exitosamente (5P,6P)
- IV) Le entrega el arma al terapeuta sin dejar de aconsejarle (7P). El terapeuta consulta opinión de Juan para terminar de ajustar el instrumento de tiro (9A, 10A). La pone a prueba con éxito (16A). Juan se alegra por el logro de ambos (16P) y el terapeuta reconoce el aporte de Juan (17A)

Esta muestra: ¿Es pertinente para evaluar alianza terapéutica y cambio clínico?

A través de los tres fragmentos, en el vínculo terapéutico se pone en juego una tensión entre vínculo catártico y colaborativo, el cual resulta un eje que suponemos permitirá detectar las vicisitudes que atraviesan la alianza terapéutica y el cambio clínico recorre los tres fragmentos clínicos.

En la escena I) del primer fragmento, Juan apela a una comunicación catártica para aludir a la interrupción de las sesiones por las próximas vacaciones. El terapeuta quien no descifra la función catártica de la manifestación, propone focalizar el tema, hacerlo objeto de reflexión. El paciente se desentiende de la propuesta del terapeuta de diversas maneras: arma una trampa (escena II),

realiza una nueva catarsis (escena III). El terapeuta en ningún momento capta la importancia que para Juan adquiere el uso del procedimiento catártico. No se produce trabajo cooperativo entre paciente y analista.

En la escena I) del segundo fragmento el paciente, ante la percatación de que el terapeuta es más diestro para el juego competitivo, responde con sucesivas catarsis. Ésta se expresa a veces como frase, a veces como acelere motriz o como euforia fuera de contexto. Las intervenciones del terapeuta son predominantemente sugerencias o consejos (escena I), los cuales tienen como supuesto una capacidad reflexiva del paciente de la cual Juan, en ese momento, no dispone. En la escena II) del segundo fragmento se potencia la catarsis y la tendencia desafiante de Juan con intervenciones del tipo de las sugerencias y las autointerrupciones. En la escena III) del segundo fragmento cambian las intervenciones del terapeuta: establece reglas, frena el acelere motriz, objeta argumentos, sintetiza sugerencias previas. Tras esta secuencia de intervenciones, el paciente se aviene a explorar las propuestas del terapeuta. Recién en este momento se establece una cooperación (el paciente se apoya en las propuestas del terapeuta para modificar su posición y comenzar a jugar con un criterio competitivo). Durante toda la extensión del tercer fragmento, no hay utilización de la catarsis. Predomina el vínculo de cooperativo entre paciente y terapeuta. La cooperación consiste en esta ocasión en que el paciente ayuda al terapeuta a construir un instrumento de tiros, el cual le va a permitir, al propio paciente, desplegar los juegos que su proceso terapéutico requiere.

Entonces: el primer fragmento se caracteriza por la catarsis del paciente y la incomprensión del terapeuta. En el fragmento segundo, durante la mayor parte del mismo se da la misma combinación (recurso catártico del paciente, falta de comprensión del terapeuta). Recién en el final el terapeuta modifica su modo de intervenir. Tras lo cual el paciente cesa de apelar a la catarsis y surge la posibilidad de cooperación entre ambos. En el tercer fragmento predomina la cooperación en detrimento de la catarsis.

En síntesis: creemos que el eje catarsis/cooperación permite seguir diversas posiciones de paciente y terapeuta que – en cierto modo – permitirán colegir el trabajo de la alianza terapéutica y el cambio clínico

Capítulo 7. 3: Instrumentos

Presentación general del método de investigación

El algoritmo David Liberman (ADL) ha sido diseñado para investigar el discurso desde la perspectiva psicoanalítica freudiana (Maldavsky, 2004). Sirve a los fines de detectar las pulsiones y defensas expresadas en tres niveles del lenguaje: palabra, frase y relato. Las pulsiones que puede detectar son siete, de las cuales seis son las que Freud describió: oral primaria (O1), oral secundaria (O2), anal primaria (A1), anal secundaria (A2), fálico uretral (FU), fálico genital (FG). La séptima, es la libido intrasomática ha sido mencionada por Freud (1926a), al referirse a que en el primer momento de la vida posnatal, los órganos internos (sobre todo corazón y pulmones), reciben una fuerte investidura libidinal.

Respecto de las defensas distinguimos las que son centrales: 1) represión 2) desmentida 3) desestimación de la realidad y la instancia paterna 4) desestimación del afecto 5) sublimación 6) creatividad.

De estas cuatro nos interesan especialmente las cuatro primeras que configuran las estructuras patológicas. Al grupo de defensas centrales le agregamos otro conjunto de defensas, las complementarias: identificación, proyección, anulación, aislamiento, etc. Este conjunto de pulsiones y defensas constituye nuestro sistema categorial

Cuadro: Pulsiones y defensas dominantes

Pulsiones	LI Libido intrasomática O1 Oral primaria O2 Oral secundaria A1 Anal primaria A2 Anal secundaria FU Fálico uretral FG Fálico genital
-----------	---

Defensas dominantes	<ol style="list-style-type: none"> 1) Represión 2) Desmentida 3) Desestimación de la realidad y la instancia paterna 4) Desestimación del afecto
---------------------	--

Argumentos a favor del sistema categorial y los tres niveles de análisis#

En relación al sistema categorial cuando Freud (Maldavsky, 2004) pretende detectar las diferencias entre estructuras clínicas destaca el valor de las fijaciones pulsionales y las defensas. Mientras que el conflicto nuclear (entre los conflictos de Edipo y castración) constituye un componente universal, la especificidad de su desenlace que involucran a fijaciones pulsionales y defensas, permite ingresar al terreno de lo diferencial.

Cabe justificar algunas de las decisiones teóricas claves de este instrumento. Una es la de erigir a la pulsión como elemento crucial. Se suele criticar el enfoque de los puntos de fijación pulsionales como descriptivo sin embargo para Freud (Maldavsky, op. cit.) el desarrollo libidinal puede acoplarse a una meta: neutralizar con mayor vigor la tendencia a la inercia de la pulsión de muerte. Coherentemente “podemos postular que la fijación a un trauma sustrae al conjunto uno de los elementos de Eros. Ese componente separado del resto puede transformarse en la brecha que reintroduce el triunfo de la inercia en el seno de las pulsiones de vida (generalmente por vía del masoquismo).

Otra crítica se dirige al inventario de las pulsiones. Se puede cuestionar no incluir a la pulsión escópica o a la pulsión invocante. La respuesta a ello es que para Freud son pulsiones derivadas, del mismo modo que la pulsión de aferrar, la de saber y otras.

Otra objeción es que la teoría de las fijaciones pulsionales supuestamente se contrapone con la temporalidad psicoanalítica, que destaca el peso de la retroacción. Empero la retroacción no es inherente a la teoría de las pulsiones sino a la de las huellas mnémicas, los recuerdos vueltos traumáticos a posteriori, lo que configura un problema para el yo. Desde la perspectiva del yo, la fijación tiene un doble rol en cuanto a definir cuál es el desenlace del conflicto nuclear.

Por un lado le aporta a la defensa central de ese momento (represión, desmentida, etc.) una formación sustitutiva específica, como la fantasía de ser golpeado. La fijación pulsional aporta al conjunto de las defensas del tiempo edípico una anticipación. Por ej: una fijación oral secundaria a un trauma suele anticipar que en el tiempo edípico será preponderante una defensa ante la realidad y la instancia paterna. Es que la temporalidad psíquica es doble. Está constituida por la retroacción y también por la anticipación, que es su complemento. Otra objeción de criticar a la pulsión fálico genital como acceso a una presunta madurez. No es esa la postura de Freud quien considera que el advenimiento de esta pulsión crea un estado tóxico universal, una tensión endógena que persiste duraderamente (1905d). Además al surgir esta pulsión las restantes pasan a constituirse como pulsiones parciales, se reordenan con inevitables conflictos.

Asimismo se crea un conflicto inédito: la sexualidad se contrapone en el yo a la pulsión de autoconservación de la especie. Esta última “requiere una tramitación diferencial, que Freud estipula (Maldavsky, op.cit. pág. 17): desasimio de la autoridad parental y hallazgo de objeto exogámico, ambos de enorme peso en los procesos subjetivos y fuertemente perturbadores del statu quo preexistente”. Respecto de las defensas esta propuesta focaliza en la central, la que es determinante de una organización clínica (neurosis de transferencia, estructuras narcisistas no psicóticas, psicosis, patologías tóxicas y traumáticas).

En este sistema categorial existen jerarquías: Las defensas constituyen destinos de pulsión, su importancia en el conjunto es menor que el de la pulsión. A su vez el papel de la defensa en la investigación de las diferencias (entre distintos pacientes o entre un mismo paciente en diversos momentos de una sesión, por ej.) es crucial.

Freud (Maldavsky, 2004 op. cit) sostuvo que la vivencia es un ensamble de percepción, motricidad y afecto, de las que derivan las huellas mnémicas. Hemos intentado plantear las diferencias y especificidades de las percepciones, motricidades y afectos según la pulsión en juego, como base de la organización de las huellas mnémicas y los pensamientos inconscientes y luego preconcientes. La conquista de cada mundo motriz y sensorial como patrimonio yoico que pasa a ser representante de una pulsión específica (proceso que

hemos desplegado en detalle en la parte teórica). Las huellas mnémicas sean inconscientes o preconcientes, son representantes de la pulsión. A su vez existe una relación entre ambos tipos de huellas mnémicas, que es la siguiente: las preconcientes expresan a las inconscientes. Recordemos que el preconciente tiene un proceso de constitución que se inicia en los albores del desarrollo yoico (yo real primitivo) y culmina con la constitución de la segunda censura, de la que forman parte los sistemas valorativos y críticos del superyó-ideal yo. Este proceso de constitución culmina en una estructura del preconciente que posee rasgos diferenciales para cada pulsión: un tipo específico de fantasía masoquista es su fundamento, un manojo de recursos expresivos en su superficie, que incluyen: ciertas palabras, frases, relatos, actos motrices (Maldavsky, 1997). La estructura del preconciente es consecuencia de una transformación de determinada pulsión en un mundo interno simbólico. De esta estructura surgen las manifestaciones clínicas (verbales y no verbales)

Los instrumentos del ADL y el objetivo de esta tesis

En esta tesis tenemos el objetivo de estudiar las vicisitudes de la alianza terapéutica y el cambio clínico en el intercambio concreto entre paciente y terapeuta. Cabe entonces, seleccionar los instrumentos del ADL que permitan hacer un escrutinio de diálogo concreto, detectar el interjuego de pulsiones y defensas que nos permitan conjeturar la calidad del vínculo y la existencia o no de cambio clínico constructivo. Para estudiar la pulsión en la escena desplegada entre paciente y terapeuta disponemos de varios instrumentos (Maldavsky, 2004):

1) Una grilla para el análisis de actos del habla 2) una grilla para el estudio de componentes fonológicos 3) una grilla para el análisis de los desempeños motrices

La construcción de un conjunto de instrumentos tiene como fundamento que las manifestaciones de un paciente en sesión son diversas (frases, sonidos, movimientos), y suelen tener un valor erógeno múltiple. La aplicación de estos instrumentos da resultados multivariados de mayor complejidad, ya que no solo es necesario compaginar el estudio de los actos del habla, sino que hay que

combinarlos con los análisis de los sonidos y los actos motrices. Dada la complejidad de este tipo de análisis y la riqueza de resultados que arroja la aplicación de los diversos instrumentos para el análisis de la relación transferencial, es conveniente utilizar este sector del método en investigaciones microanalíticas (Maldavsky, op. cit), como la que encaramos nosotros.

Análisis de las frases: una introducción

De los instrumentos del ADL, éste que vamos a presentar a continuación es el más específico para el estudio de escenas desplegadas durante la sesión. Este enfoque encara el discurso desde la perspectiva de la persuasión. En efecto, en ocasiones el terapeuta percibe que, si bien el paciente narra una escena de casamiento, al mismo tiempo se despliega en la sesión otra escena de la gama de la venganza, en la que el terapeuta queda implicado. El interrogante en cuestión es: que escena se despliega el paciente en la sesión al hablar. La falta de tradición psicoanalítica en el estudio de la frase, se hizo evidente al surgir un problema metodológico: donde empieza y donde termina la frase. En cuanto a la delimitación y definición de frase, desde la lingüística se han propuesto diversos criterios: fonológico, semántico, sintáctico entre otros (Maldavsky, op. cit). Ninguno de ellos se ajustaba a los requisitos de una investigación psicoanalítica. El ADL categoriza las frases en términos de una semántica de la enunciación específica: la significatividad erógena. La frase interesa en la medida que expresa la subjetividad de quien la profiere, si amenaza, objeta, se lamenta, dramatiza, acusa, expresa emociones, reflexiona, ponen en juego en tanto actos, las escenas específicas que se despliegan en la sesión al hablar. Si un paciente reflexiona propone una escena y una probable intervención analítica El análisis de las frases hace posible inferir las escenas desplegadas en el tratamiento analítico mismo, permite estudiar el proceso de la transferencia y la contratransferencia en sesión. Por otra parte el enfoque de los actos de enunciación, tiene una segunda función: permite entender un extenso discurso como despliegue de una frase. Por ejemplo la descripción del cumplimiento de una orden dada por una docente escolar como acto de denuncia de un abuso.

Este nivel de análisis es la mejor alternativa para investigar en los procesos psicoanalíticos con niños y adolescentes de hasta 15 años, sobremanera si tienden a desplegar una actividad lúdica en sesión en la que hacen participar al

terapeuta (Goldberg, 2005, op. cit.). En estas circunstancias los pacientes profieren mucho más frases (yuxtapuestas o sucesivas de actos motrices) que relatos de escenas ocurridas fuera de la sesión. De modo que las escenas analizadas son las que transcurren en la sesión misma.

Algunas dificultades: El ADL cuenta con una definición teórica de lo que es una frase, sin embargo subsisten algunas ambigüedades en cuanto al deslinde de las mismas en las siguientes situaciones

I) de las palabras: hay frases que coinciden con un único término, como las palabras frases de la infancia que perduran en la vida adulta, por ej. : “cuidado”, “huyamos”, etc.

II) del relato: algunas frases pueden confundirse con un relato. Veamos un ejemplo (el matón me insultó, le dí una piña y mordió el polvo)

III) abarcatividad: (se refiere a la decisión a adoptar por el investigador respecto a donde comienza y donde termina determinada frase). En las investigaciones concretas este problema se encara apelando al análisis interjueces.

El ADL cuenta con un sistema categorial que sirve a los fines de hallar la significatividad diferencial en cada frase analizada. Una vez detectada que escena concreta se despliega en sesión se pretende aportar una sistematización apelando a teoría psicoanalítica de lenguaje de pulsión

Digamos someramente, que en el lenguaje del erotismo intrasomático, las frases aluden a porcentajes y operaciones contables. Para el lenguaje del erotismo oral primario, las frases corresponden a fórmulas abstractas. En el caso del lenguaje del erotismo oral secundario, a lamentos, reproches y exigencias. Para el lenguaje del erotismo sádico anal primario, las frases constituyen órdenes directas o indirectas, insultos, amenazas, delaciones y denuncias. En el caso del erotismo anal secundario, se trata más bien de imperativos condicionales, juramentos, dudas. Para el lenguaje inherente al fálico uretral, dichos y refranes. Para el lenguaje del erotismo fálico genital, promesas.

Cuadro: La grilla de los actos de habla (ver en anexo Cuadro 3)

Análisis de los elementos paraverbales. Una introducción

Los componentes tonales y los aspectos paraverbales en su conjunto poseen un triple valor: sintáctico, pragmático y semántico. Tienen un nexo con la sintaxis en el sentido de establecer intuitivamente la extensión de la frase y la organización interna de sus fragmentos (este aspecto queda expresado por las notaciones sintácticas: punto, coma, paréntesis, etc.). Un segundo valor de la línea melódica en su componente pragmático, contienen una orden de no interrumpir al hablante hasta que haya completado la frase. Un tercer valor es el tono afectivo de la frase (el que se expresa especialmente a través de los signos de exclamación), que cobra resalto al considerar la significación erógena de una frase (si el tono afectivo es el del asco, extraemos una conclusión diversa que si es de júbilo). Resaltamos, pues, la importancia que en las estructuras frase tienen las líneas melódicas, las que suelen reunir los sonidos correspondientes a varias palabras. Entre los componentes de la línea melódica incluimos: el timbre, la altura y la intensidad sonora. Entre los componentes paraverbales contamos también con los sollozos, las risas, eructos, hipos, bostezos, así como algunas referencias al ritmo (agitado, acelerado, etc.). En suma: desde la perspectiva semántica (el punto de vista erógeno) incluimos tres aspectos de los componentes paraverbales de un discurso: el tono afectivo, el ritmo y las manifestaciones sonoras del cuerpo

Grilla de elementos paraverbales

LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
Tono 1) apático	Tono 1) metálico	Tono 1) sardónico	Tono 1) enojado	Tono 1) desprecia-tivo o deni-gratorio	Tono 1) an-sioso	Tono 1) elogioso
2) desafec-tivizado	2) langui-deciente	2) depre-sivo	2) fastidioso y aburrido	2) irónico	2) des-confia-do	2) lisonjero
3) monó- tono	3) desafecti-vizado	3) exal-tado o maníaco	3) protes-ta	3) racional	3) evasi-vo	3) promete-dor

4)suplicante	4) humor intelectual	4) desesperado	4) suspicaz	4)admonitorio	4)susurrante	4)invitante
5) adulatorio	Ritmo, altura, intensidad, timbre y sonidos 1) carencia de resonadores	5) impaciente	5)acusatorio	controlado	5)pesimista	5)seductor
6)somnoliento	2)con pocas diferencias de altura	6)sarcástico	6) burlón	6)imperativo	6)refranelero	6)declamatorio
7)languideciente	3) chasquido de lengua	7)reprochante	7)provocativo	7)indicativo	7)premonitorio	7)aniñado
8) aniñado	4)risa "para adentro"	8)implorante	8)insultante	8)opositor	8)aplacatorio	8)asqueroso
9)humor escatológico		9)compasivo	9)soberbio	9)sentencioso	9) humor punzante y corrosivo	9)risueño
Ritmo, altura, intensidad, timbre y sonidos 1) gansidad		10)letanía	10)insidioso	10)solemne	Ritmo, altura, intensidad, timbre y sonidos 1)sonidos agudos	10)humor festivo

2)grito		11)a-placatorio	11)impera Tivo	11) crítico	2)sonidos sibilantes	Ritmo, altura, intensidad, timbre y sonidos 1)disfonía
3)aceleración		12)culpado	12)resentido	12)aclaratorio	3)silbido	2)exclamación de alegría
4)agitación		13)risueño	13)rencoroso	13)explicativo	4) brusca disminución de la intensidad sonora	3)exclamación de enojo
5) agapado		14)colérico	14)colérico	dubitativo		4) exclamación de asco
6)lenticificación		15)humor sardónico y mordaz	15) amenazante	15)humor negro		5) exclamación de sorpresa
7)tos		16)humor negro	16) desafiante	Ritmo, altura, intensidad, timbre y sonidos sostenidos		6)exclamación de admiración
8)estornudo		Ritmo, altura, intensidad, timbre y sonidos 1)suspiro	17) humor provocativo e injurioso			7)onomatopeya

9) hipo		2) sollozos	Ritmo, altura, intensidad, timbre y sonidos 1) onomatopéyas			8) tos
10) borborig-mo		3) quejas (por dolor psíquico)				9) carraspeo
11) carraspeo		4) llanto				
12) eructo		5) risa				
13) bostezo		6) aceleración				
14) llanto		7) lentificación				
15) sollozo		8) resoplido				
16) jadeo						
17) resoplido						
18) queja (por dolor orgánico)						
19) letanía						
Onomatopeya						
21) sorbido de mocos						
22) rechinar de dientes						
23) castañeo de dientes						

24)risa tonta						
25)particididad						

Grilla de las motricidades

Motricidades	Tendient e a la altera -ción intern a	Ten- diente la a extrac- ción de una esen- cia(o líquido) de una clave abstrac ta	Tendiente a expresar sentimient os	Tendien te a la vengan za sobre otro	Tendien te a aferrar y domi- nar un objeto	Tendien te a penetra -ción	Ondulator ia, tendiente a la totalizació n estética
--------------	--	--	---	--	---	-------------------------------------	--

Procedimientos específicos para detectar la defensa

Análisis de la defensa en el nivel de la estructura frase

El estudio del vínculo terapéutico, la evaluación si hubo o no cambio clínico y la orientación de éste, requiere poner el foco en el diálogo analítico concreto, en la trayectoria que describe el nexa transferencial a lo largo de varias sesiones (o fragmentos de ellas). Desde un punto de vista freudiano el elemento crucial a la

hora de considerar la eficacia de un tratamiento es el cambio en las defensas. La perspectiva para detectar la defensa en la estructura frase es la de los análisis retóricos. Los estudios retóricos adoptan dos grandes orientaciones (Maldavsky, 2004 op. cit):

- 1) La argumentación (*ars praedicandi*): se propone estudiar los actos de enunciación, los cuales tienen como objetivo inducir, persuadir al destinatario en cierta dirección
- 2) La poética (*ars poeticae*): pretende estudiar la potencia expresiva, evocadora de un texto, en la búsqueda de una armonía interna. En este enfoque prestamos atención a los juegos con normas consensuales de diferente tipo (fonológico, sintáctico, pragmático, semántico, lógico, orgánico) cuyo objeto es acceder a una plenitud expresiva

El abordaje retórico del ADL condensa ambas orientaciones: la que pone el acento en la acción realizada al otro y aquella otra que privilegia la coherencia y calidad expresiva del mensaje mismo. Efectivamente la frase es un acto de enunciación (por ejemplo, la dramatización un acto de enunciación de tipo exhibicionista, tendiente a monopolizar la atención y el interés del destinatario). Alberga, a su vez una aspiración expresiva, una búsqueda de armonía estética en el terreno discursivo. Para estudiar la defensa consideramos la frase como acto de enunciación (concepción de la retórica como argumentación) y al mismo tiempo, como manifestación de ciertos juegos con las normas consensuales (concepción de la retórica como poética). En la grilla de los actos del habla que figura arriba quedan incluidos rasgos distintivos de ciertas frases que expresan una poética específica (por ejemplo para la pulsión fálico uretral, las frases evitativas, para la pulsión oral primaria las paradojas lógicas).

Estudiando las estructuras frase y algunos juegos retóricos (exageraciones, órdenes contrapuestas a la ley, etc.) podemos detectar la pulsión dominante en el discurso y la orientación general de la defensa (si se opone al deseo, a la realidad y los juicios). También desde la perspectiva poética es posible discriminar la defensa en términos globales: si se opone al deseo, predominan figuras fonológico - sintácticas, si se opone a la realidad y los juicios,

predominan desafíos o aboliciones de normas consensuales: orgánicas, lógicas, semánticas o pragmáticas.

Cuadro : tipo de defensa, argumentación y poética

Tipo de defensa	Argumentación	Poética
Defensas opuestas al deseo	Estructuras frase inherentes a FG, FU y A2	Trasgresiones fonológico-sintácticas
Defensas opuestas a la realidad y los juicios	Estructuras frase inherentes a A1, O2, O1, LI	Trasgresiones pragmáticas, semánticas, lógicas y orgánicas

Si nuestro interés es detectar más específicamente entre defensa normal y patógena hay que tomar en cuenta otros elementos: la relación con el contexto y la hipertrofia de ciertos procesos retóricos respecto de los restantes.

Procedimiento para detectar las defensas en los actos de habla

Distinguir si la defensa se opone al deseo (represión, sublimación, creatividad) o a las percepciones y afectos y los juicios objetivos y críticos resultantes de ellos (desmentida, desestimación). Para eso tomamos en cuenta cual es el lenguaje de pulsión dominante. Si predominan el sádico anal secundario, el fálico uretral o el fálico genital, inferimos que la defensa central se opone al deseo y no a un juicio. A la inversa si el hegemónico es alguno de los otros lenguajes de pulsión concluimos que la defensa se opone a un juicio y no a un deseo. En este punto se abren dos senderos en la investigación. En ambos casos (defensas ante el deseo y defensa ante la realidad y los juicios) intentamos detectar el tipo específico de mecanismo en cuestión. Si es normal o patógeno, exitoso o fracasado. A partir de este momento para cada tipo de defensa (contra la realidad y los juicios, contra el deseo) es necesario considerar problemas diferentes

Procedimiento específico para detectar las defensas contra la realidad y los juicios objetivos y críticos en los actos del habla:

La desmentida y la desestimación se oponen a la realidad y los juicios objetivos (del yo real definitivo) y críticos (del superyó). Esta meta es común a ambos mecanismos, la diferencia se produce en el modo de llevarlo a cabo. 1) La desmentida se propone solo refutar esos juicios. 2) para ello recurre a su reemplazo por elementos del mundo objetivo (fetichismo por ej.) La desestimación a su vez 1) pretende abolir un fragmento de la instancia (yo real definitivo, superyó) que emite el juicio al cual se opone y 2) sustituye lo rechazado por un producto de la propia vida psíquica (delirio, por ej.). También la creatividad y la sublimación pueden oponerse, por otras vías, a la realidad y los juicios. A su vez la desmentida y la desestimación pueden ser normales o patógenas. Son normales cuando no interfieren una complejización psíquica mayor, son patógenas cuando se oponen a tal refinamiento interno. Asimismo ambas defensas pueden tener éxito o fracasar, o ambas cosas a la vez. El éxito supone dos cuestiones: rechazar un juicio displacentero, sea que recaiga sobre la realidad objetiva o sobre el yo (declarándolo inútil por ej.). Mantener o incrementar el sentimiento de sí. De los dos, el objetivo central es el segundo. El éxito de la defensa permite una vivencia eufórica y una postura desafiante ante el mundo. Cuando la defensa fracasa ocurre que retorna el juicio rechazado, vuelto contra el yo. El paciente tiene una vivencia de arruinamiento de su omnipotencia, un sentimiento de inferioridad. Puede pasar que la defensa sea parcialmente exitosa y parcialmente fracasada. Entonces el paciente tiene los afectos displacenteros propios de la caída de la ilusión omnipotente (en este punto la defensa fracasa) aunque no ocurre un retorno de los juicios rechazados (en este punto la defensa es exitosa). En tal caso el paciente se mantiene retraído en su narcisismo, pueden advenir estados tóxicos. Veamos a continuación los pasos específicos

- a) Considerar el estudio de los lenguajes de pulsión en el nivel de la frase. Si predominan el intrasomático, el oral primario, el oral secundario o el anal primario es 1) o bien la desmentida o la desestimación 2) o bien la creatividad o la sublimación

b) El paso que sigue es decidir si la defensa es del tipo 1 o 2. En pos de ese objetivo prestamos atención a dos aspectos: el carácter evocador o no de ciertos procesos retóricos(enfoque de la argumentación y la poética), y por otro lado al contexto en que se desarrolla el discurso, y en consecuencia sus objetivos y destinatarios. Inferimos que la defensa es la creatividad o la sublimación en la medida en que las frases empleadas sean acordes con el contexto. P. ej.: frases inherentes al lenguaje pulsional oral primario en el discurso que un filósofo brinda en unas jornadas de filosofía. Puede ocurrir que estos procesos retóricos no sean acordes al contexto, pero tengan una función evocadora, en el marco de un discurso en el que el lenguaje de pulsión hegemónico sea otro. Estos procesos retóricos son indicio de desmentida o desestimación cuando advertimos que las frases estudiadas no son acordes al contexto. Se despliegan entonces atrapamientos intersubjetivos (realizados o sufridos) que implican un desafío o abolición de una norma consensual, sea orgánica, lógica, semántica o pragmática. Digamos entonces que el método combina dos perspectivas: el de la retórica como poética (que considera en este caso el desafío o la abolición de cierta norma consensual) y el de la retórica como argumentación(que se hace presente como atrapamiento realizado o padecido fuera de un contexto social que lo avale). La retórica como poética da lugar a detectar el tipo de pulsión en juego. El enfoque retórico como argumentación resulta decisivo para advertir si la defensa es o bien la creatividad, o la sublimación, o bien la desmentida o la desestimación. Si hay atrapamiento o tentativa de atrapamiento (realizado o padecido), la defensa es la desmentida o la desestimación; si no lo hay, solo nos encontramos con figuras retóricas evocadoras.

Cuadro: Detección del carácter de las defensas ante la realidad y los juicios

(Fuente: Maldavsky, 2004)

Creatividad o sublimación	Procesos retóricos (argumentación y poética) acordes al contexto o evocativos
---------------------------	---

Desmentida desestimación	o Procesos retóricos ni acordes al contexto ni evocadores 1. Retórica como argumentación: entrampamientos intersubjetivos 2. Retórica como poética: desafío o abolición de una norma consensual
-----------------------------	---

- c) Un paso siguiente se orienta a deslindar si la defensa es normal o patógena. Una pulsión como la anal primaria tiene como punto crucial de su expresividad un ingrediente pragmático, en consecuencia el el lenguaje pasa a ser un instrumento, un arma. Cuando una fijación se articula con la desestimación (como sucede en las paranoicas) o con la desmentida (como en las psicopatías) el efecto en el nivel del lenguaje consiste o bien en la abolición o bien en el desafío de las normas consensuales pragmáticas, con el consiguiente borramiento de las diferencias entre decir y hacer. En consecuencia, se desarrollan entrampamientos (o tentativa de entrampamiento) pragmáticos.

La pulsión oral secundaria conlleva una prevalencia de figuras retóricas de tipo semántico. Cuando la desestimación o la desmentida se combina con una fijación oral secundaria (como ocurre en la melancolía o en las caracteropatías depresivas respectivamente) el impacto en el plano verbal se presenta como una desconstitución (desestimación) o bien como un cuestionamiento de las normas consensuales semánticas, con lo cual ciertos afectos son nombrados con los términos contrarios (generosidad en lugar de egoísmo, alegría en vez de tristeza). Además desaparece la distancia entre decir y sentir (de lo que deriva la falta de tacto social). En consecuencia: se consuman (o se intenta concretar) entrampamientos semánticos.

La pulsión oral primaria se acompaña de juegos retóricos lógicos como el oximorón. En la esquizofrenia la combinación entre desestimación y fijación en la pulsión oral primaria deriva en la abolición de las normas consensuales lógicas. En las caracteropatías esquizoides es hegemónica la desmentida, en cuyo caso las normas consensuales quedan desafiadas. En consecuencia se borran las diferencias entre lenguaje y realidad, la palabra coincide con un acto generador del mundo perceptual, gracias a una omnipotencia cognitiva. Se consuman (o se intenta promover) entrampamientos lógicos.

El lenguaje del erotismo intrasomático implica un privilegio de las normas consensuales orgánicas (se advierten por ejemplo en los boliches en los que bailan los adolescentes en los que luces, sonidos y hacinamiento desafían ciertas leyes referidas a los límites corporales para la recepción y el procesamiento de estímulos). En las afecciones psicósomáticas y las adicciones la combinación entre desestimación y fijación en la libido intrasomática culmina en una desestructuración de las normas consensuales orgánicas. Cuando esto ocurre, hablar puede resultar equivalente a eliminar una tensión intracorporal o inclusive su fuente (un órgano o determinado proceso químico endógeno) que pasa a alojarse en otro cuerpo. Entonces se desarrollan entrampamientos (o tentativas de) orgánicos.

Cuadro: Lenguajes de pulsión y proceso retórico indicativo de la desmentida o la desestimación

A1	Entrampamientos pragmáticos
O2	Entrampamientos semánticos
O1	Entrampamientos lógicos
LI	Entrampamientos orgánicos

Nos hemos referido a las diferencias entre 1) figuras retóricas que tienen un valor funcional (por su carácter evocador y sobre todo por acordar con ciertos objetivos, contextos y convenciones sociales) y 2) perturbaciones retóricas que son indicio de la desmentida y la desestimación. Estas abarcan a ciertas normas consensuales desafiadas o abolidas (orgánicas, lógicas, pragmáticas y semánticas).

La estructura del atrapamiento, en el nivel de los actos del habla, tiene la misma organización:

1) ciertas frases específicas se contraponen a una norma consensual genérica (representante de la realidad y/o la ley)

2) otras frases específicas impiden el cuestionamiento de la contradicción desplegada en los hechos

3) finalmente, otras frases igualmente específicas impiden que el destinatario de estos mensajes se fugue del campo. Por ejemplo, una frase específica puede ser una orden concreta contrapuesta a normas consensuales: “ud. que es el terapeuta de mi hijo, dígame: ¿Qué le dijo de mí?

A esta estructura pueden sumarse órdenes complementarias que impiden sea el cuestionamiento de esta contradicción dada en los hechos, sea la fuga del campo.

Específicamente: cuando predomina la pulsión anal primaria las frases consisten en órdenes, cuando prevalece la pulsión oral secundaria en exigencias (reclamos de que el destinatario de la argumentación tenga y exprese ciertos sentimientos) y reproches, cuando predominan la pulsión oral primaria en afirmaciones (“se me presentó el Espíritu Sagrado y me dejó un mensaje, una misión...”). Cuando el acento recae sobre la libido intrasomática consiste en actos de descarga (catarsis), o de especulación de una ganancia de dinero o de goce orgánico.

Cuadro: Pulsión y tipo de paradoja

LI	Actos de descarga o especulativos
----	-----------------------------------

O1	Afirmaciones
O2	Exigencias y reproches
A1	Órdenes

Cuando analizamos la particularidad de la contradicción en juego acudamos a un enfoque de la retórica en términos poéticos (específica para cada lenguaje de pulsión), pero cuando nos dedicamos a detectar el tipo de atrapamiento (realizado o sufrido) apelamos a una perspectiva distinta: la retórica en términos de argumentación, que resulta nuclear para diferenciar entre creatividad o sublimación y desmentida o desestimación. En efecto, en la creatividad y la sublimación puede darse una estrategia de atrapamiento del otro, aunque esta resulta acorde al contexto (estímulos que violan la ley orgánica en el mundo de las fiestas juveniles de los sábados a la noche). Esta concordancia con el contexto es hecha faltar por efecto de la desmentida y la desestimación.

Entonces: para deslindar si la desmentida o la desestimación es normal o patógena tomamos en cuenta si el lenguaje de pulsión (Li, O1, O2, A1) es hipertrófico o deja cabida a que otros también se expresen de modo armónico. Cobra importancia que los lenguajes de pulsión anal secundario, fálico uretral y fálico genital. Si estos son medios al servicio de una argumentación en que prevalece algunos de los otros, la defensa es patógena. En cambio, resulta normal si los lenguajes LI, O1, O2 y A1 constituyen un medio para la expresión prevalente de discursos que expresen a la pulsión anal secundaria, fálico uretral y fálico genital.

- d) El cuarto paso se trata del deslinde entre desmentida y desestimación y las evidencias retóricas de una y otra defensa. La diferencia se centra en que cuanto más patógena es la defensa, más poder tiene el término específico que se contrapone al genérico, que es representante de la ley. Esto se advierte por el mayor o menor desdén con que se apela a una

realidad (lo que se suele denominar prueba objetiva o a lo que la teoría de la argumentación llama “datos” y “garantes” de estos) para apuntalar la propia propuesta y la inherente creencia o convicción. La tendencia a atrapar a otro en una contradicción o padecer el atrapamiento recurre a argumentos objetivos en el caso de la desmentida y a argumentos desconectados de los hechos en el caso de la desestimación. De igual modo, el cuestionamiento de la situación contradictoria es más o menos costoso. Por ejemplo en Schreber el crédito (la certeza) dada a su alucinación es mayor que el crédito que un paciente que hace promesas incumplidas da a su propia palabra. Por lo tanto la diferencia entre desmentida y desestimación no se halla 1) ni en el tipo de atrapamiento que el discurso revela (semántico, orgánico, etc.) 2) ni en cuanto al carácter activo o pasivo del sujeto en dicho atrapamiento. La diferencia se encuentra en el recurso esgrimido como argumento para el atrapamiento. El recurso puede: o bien ser seleccionado de la realidad o bien ganado a costa de la relación con ella (Schreber en sus Memorias sostiene que sus alucinaciones son un modo de conexión con Dios, con el mundo sobrenatural. Con esta argumentación mantiene transitoriamente su ilusión de omnipotencia aunque no halla argumentos convincentes para atrapar a otros). La aceptación -que va de la creencia a la certeza- de la frase específica, es más intensa en la medida en que predomina la desestimación.

La desmentida, por su parte, halla los recursos para el atrapamiento en la realidad objetiva, consensual. Un paciente de regreso de unas vacaciones con su amante, la masturbaba mientras manejaba. La cara de placer de la mujer le valía como una percepción con la que sostener su propia alegría con la que refutaba el dolor de la vuelta a la cotidianeidad.

El fracaso de la defensa se presenta como predominio del padecimiento del atrapamiento en alguna contradicción, sea orgánica, lógica, semántica, o pragmática. A las frases que promueven el atrapamiento e agregan otras complementarias, que impiden el cuestionamiento de la contradicción y la fuga del campo.

Cuadro: defensa y argumentación

Desmentida	El elemento empleado en la argumentación es seleccionado de la realidad y refrendado a veces por una autoridad prestigiosa
Desestimación	El elemento empleado en la argumentación es autoengendrado, no se compagina fácilmente con los hechos

- e) El quinto paso consiste en establecer si defensa es exitosa o fracasada. El triunfo de la defensa patógena se expresa como entrampamiento activo dirigido a otro (en la sesión, el terapeuta) en las cuatro contradicciones antedichas (orgánica, lógica, semántica o pragmática). El fracaso de la defensa, por su parte, se presenta como predominio en la pasividad en el atrapamiento.

El ejemplo del paciente que masturba a su amante es un caso de desmentida exitosa, a su vez, la paciente cuya madre la convocaba al sacrificio concierne a la desmentida fracasada. En las Memorias de Schreber colegimos una coexistencia en cuanto al éxito y el fracaso de la defensa. La defensa es exitosa cuando se combina con el lenguaje de la pulsión oral primaria (Schreber presentándose como destinatario del mensaje divino) y fracasa cuando se combina con el lenguaje de la pulsión anal primaria (Schreber como víctima del abuso del poder de Dios).

Procedimiento específico para detectar las defensas contra el deseo en los actos del habla

- a) Un primer paso para distinguir si la defensa se opone al deseo y no a un juicio tomamos en consideración si predominan los lenguajes de pulsión

siguientes: sádico anal secundario, fálico uretral y fálico genital. Las defensas que se oponen al deseo son: represión, creatividad y sublimación. El efecto de la defensa contra el deseo (es decir, contra la pulsión) es menos nítido que el de las manifestaciones de la defensa contra la realidad y los juicios. A diferencia del efecto ostensible de una desestimación (p. ej.: un neologismo, o un discurso delirante), la defensa contra el deseo es puntual, acotada. De modo que captar su eficacia requiere de mayor sutileza y refinamiento, así como una teoría lingüística con la suficiente ductilidad. Un panorama de conjunto da cuenta de algo en común: el recurso a metáforas y magnificadores semánticos. Las primeras ponen en evidencia el modo en que se expresa la subjetividad al apelar a un sustituto simbólico específico. Los magnificadores son testimonio de una sobreinvertidura, de un agregado de significatividad a dicho sustituto simbólico. Los magnificadores resultan un resto de la eficacia de la desmentida, defensa que en el desarrollo normal del aparato psíquico pierde su relevancia excluyente a medida que alcanzan mayor peso las defensas ante el deseo. La función metafórica da lugar a sustituir el deseo edípico por otro que resulta sobreinvertido, es expresión de un lenguaje de pulsión específico. Así ocurre con el deseo de generar impacto estético, fascinar y cautivar, en las histerias de conversión. Con el deseo ambicioso en las histerias de angustia y con el deseo de saber y dominar en las neurosis obsesivas. Esta especificación de deseos predominantes según la neurosis en cuestión abre al interrogante por las diferencias entre ellas. Para profundizar en esta línea cabe prestar atención a los mecanismos secundarios que complementan a la represión, que configuran las manifestaciones clínicas específicas

- b) Un segundo paso consiste en b1) detectar los mecanismos secundarios mediadores entre las manifestaciones y la eficacia del mecanismo central (represión, sublimación) contra el deseo b2) establecer cual es el modo de localizar dichos mecanismos en los actos de enunciación. La defensa central opuesta al deseo se complementa con otros mecanismos, secundarios, que pueden estar al servicio de dicha defensa (por ej.: anulación y aislamiento) o del retorno de lo sofocado (como la

identificación). En el lenguaje de la pulsión fálico genital las identificaciones (que prevalecen como defensa secundaria) están al servicio del retorno del deseo sofocado. En el lenguaje de la pulsión anal secundario, las anulaciones y los aislamientos (que son las defensas secundarias en las neurosis obsesivas) están al servicio del rechazo del deseo. En cuanto al deseo fálico uretral la proyección está al servicio del retorno de lo rechazado aunque la evitación que suele ser su complemento, se opone a dicho deseo.

Además de distinguir entre las defensas secundarias entre estructuras clínicas, este procedimiento nos permite conectar esas defensas con determinados puntos de fijación pulsional. Yendo al punto: la pulsión fálico genital intenta consumir el deseo de logro estético. Apela a las dramatizaciones, exageraciones, redundancias y otros recursos como la intensificación de una cualidad (p. ej: tan... que...). Para este lenguaje de pulsión la defensa contra el deseo se combina con las identificaciones secundarias y su condensación. Una evidencia de las identificaciones es concretamente la dramatización y su condensación se presenta como relación (estéticamente armónica o disarmónica) entre varias de ellas.

Para la pulsión fálica uretral, los actos de enunciación son representantes de las vicisitudes de un deseo ambicioso, de avanzar por terrenos desconocidos y riesgosos. Las preguntas correspondientes a la orientación (dónde) y las interrupciones de la frase son actos de enunciación con valor contrapuesto, que ponen en evidencia sea un avance en la profundización sea un estado de desorientación y angustia. La defensa contra el deseo se combina con la proyección y el desplazamiento, por lo cual un fragmento del mundo subjetivo queda ubicado en el entorno. En cambio algunas figuras retóricas cuyo rasgo es la sustracción, sea fonológica (disminución del volumen sonoro o eliminación de sonidos en una palabra), sea sintáctica (eliminación de palabras) sea semántica (uso de atenuadores del tipo “un poco” o los diminutivos), son indicios de una evitación de un contacto más comprometido con determinados términos que expresan compromiso personal.

El lenguaje de la pulsión anal secundaria implica prestar atención al dominio y al control de la realidad a favor de saber y el apego a la tradición y la moral. La defensa ante el deseo se combina con otros mecanismos que aspiran a dominar pensamientos propios (y frecuentemente también los ajenos) como la anulación y el aislamiento. Los actos de enunciación ponen el acento en la actividad cognitiva concreta y en los juicios valorativos y críticos. El aislamiento se evidencia en actos de enunciación que intentan ordenar y distinguir problemas y argumentaciones (por un lado...por otro lado...) en tanto que la anulación puede evidenciarse en órdenes del tipo: si... entonces..., que pretenden conjurar determinado desenlace no querido).

Recursos retóricos y mecanismos psíquicos

A esta altura podemos agregar una descripción de la retórica desde la perspectiva poética y establecer un nexo entre recurso retórico y mecanismos psíquicos, que es un aporte novedoso de este instrumento de investigación.

La pulsión fálico genital se expresa como prevalencia de figuras retóricas de carácter semántico (sobre todo la metáfora). A ella se agregan otras figuras retóricas en el nivel semántico, como los aumentativos de significatividad (tan... que, muy, más). También tienen importancia la redundancia sintáctica, la multiplicación de palabras o escenas que tienen una misma función. Las exageraciones son figuras retóricas aditivas. Todas estas figuras retóricas son expresión de las identificaciones secundarias y la condensación. La pulsión fálica uretral se expresa como combinatoria entre figuras retóricas de carácter semántico como la metáfora y los aumentativos pero a ellos se agregan restricciones parciales a dichos términos (un poco nervioso, medio asustado). Estos recursos pueden generar frases y palabras interrumpidas, lo cual es inherente a figuras retóricas de carácter fonológico sintáctico cuyo rasgo es la supresión parcial. Estas figuras retóricas son indicio de proyecciones secundarias, desplazamientos y evitaciones.

El sadismo anal secundario se expresa por la siguiente combinación: figuras retóricas de carácter semántico (metáfora y magnificación) a lo que se agregan otros recursos de características contrapuestas a la adición (no es para tanto) y el empleo del adversativo (pero) como modo de objetar la exageración de una

idea a la que con estos recursos sustractivos se pretende ajustar de modo que refleje una presunta realidad concreta. La necesidad de encontrar transacciones entre deseo de saber y la defensa conduce al reemplazo de metáforas, sea por metonimias sea por abreviaturas y siglas, las que testimonian el esfuerzo por hallar una síntesis. La sigla personal (no consensual) resulta un tipo extremo de supresión fonológica sintáctica. Estas figuras retóricas son expresión de anulaciones y aislamientos.

Cuadro: pulsiones y figuras retóricas

	Argumentación	Poética	Defensa
F G	Dramatización Exageraciones	Adiciones fonológicas, sintácticas y semánticas	Identificaciones secundarias Condensaciones
FU	Preguntas de orientación Autointerrupciones	Adiciones y supresiones fonológicas, sintácticas y semánticas	Proyección Desplazamiento Evitación
A2	Actividad cognitiva concreta Juicios valorativos y críticos	Supresiones fonológicas sintácticas y semánticas	Anulación Aislamiento

- c) El paso siguiente es distinguir si el mecanismo específico es la represión, la creatividad o la sublimación. En esa dirección cabe considerar el contexto en que se desarrollan los procesos retóricos, es decir si estos tienen un carácter funcional (acorde al marco y las circunstancias) o no. En efecto en un manual de estudios son funcionales las siglas sociales, el ordenamiento de una exposición (por una parte... por otra parte...), la información de hechos concretos. En el discurso de un paciente en sesión en que proliferen la sigla personal, las anulaciones, inferimos la vigencia de la represión. En la misma línea, una multiplicación de figuras aditivas (redundancias sintácticas, exageraciones) en una poesía puede ser un indicador de creatividad o sublimación. En el discurso de un paciente en sesión los mismos recursos han de evidenciar la eficacia de la represión
- d) El siguiente paso consiste en determinar de que modo se detecta en las frases como acto de enunciación, si la represión (y el sistema defensivo complementario) es normal o patógena. Un mecanismo normal da lugar a diversos deseos y corrientes defensivas. Por ejemplo, el lenguaje de la pulsión anal secundaria y ciertas defensas complementarias (anulación y aislamiento) pueden coexistir por ejemplo con el lenguaje de pulsión fálico - genital y la identificación secundaria y con el lenguaje de pulsión anal primaria y la desmentida. Es decir que el conjunto está comandado por un lenguaje de pulsión y su defensa en cuyo seno los restantes tienen algún lugar, sin que se amenace el orden y la coherencia del conjunto.

La defensa patógena, en cambio, supone la hipertrofia de un lenguaje de de pulsión sobre los restantes. Esa hipertrofia es consecuencia de los mecanismos secundarios que pugnan a favor de la defensa o (sobre todo la anulación y el aislamiento) o a a favor del deseo sofocado (sobre todo las identificación secundaria) o en ambas direcciones (proyección y evitación).

En concreto, podemos decir: En el lenguaje de la pulsión genital la represión como defensa patógena conduce a la hipertrofia de identificaciones y condensaciones. En el plano de los actos de enunciación esto se evidencia como exceso de dramatizaciones que se vuelven difíciles de armonizar, de

concertar entre sí sin el complemento de otros lenguajes que otorguen un ensamble más armónico al conjunto. P. ej: un paciente anuncia que va a relatar una pelea con su novia y su madre. Tras las primeras frases, pasa a realizar una acumulación excesiva de dramatizaciones con las cuales se coloca en el lugar de los distintos personajes, su presentación se vuelve confusa, carente de armonía interna con exceso de redundancias y falta de encanto.

En el lenguaje de la pulsión fálico uretral la defensa patógena promueve un exceso de proyecciones, desplazamientos y evitaciones, que en los actos de enunciación se traslucen como hipertrofia de muletillas, autointerrupciones, diminutivos, preguntas por la orientación. Estos recursos al no ser morigerados por la influencia de otros lenguajes, se estereotipan y empobrecen al conjunto.

En el lenguaje de pulsión sádico anal secundario, la hegemonía de la represión patógena se hace eficaz como hipertrofia de anulaciones, aislamientos y control de pensamiento (propio y ajeno), a favor de la merma en la importancia de otros lenguajes de pulsión que pudieran matizar al anal secundario. De este modo los actos de enunciación centrados en la argumentación racional, en las objeciones, las críticas y valoraciones, el énfasis en el orden formal (por una parte... por otra parte...) cobran una excesiva importancia

e) El paso ulterior es establecer el camino para detectar el estado de la defensa; es decir si la represión patógena y los mecanismos complementarios son exitosos o han fracasado. Digamos que el éxito o fracaso de la represión (y el consiguiente retorno de lo reprimido) sigue el camino de los mecanismos secundarios específicos, antes descriptos. Si la defensa corresponde al lenguaje de la pulsión fálico genital y es exitosa, tienen una primacía exacerbada las dramatizaciones, las exageraciones, las redundancias sintácticas. Si la misma defensa fracasa se hacen evidente una falta de armonía del conjunto así como también emergendisruptivamente frases inherentes al lenguaje sádico anal primario que expresa despecho y afán de venganza.

Si la defensa correspondiente al lenguaje de la pulsión fálico uretral es exitosa cobran primacía un exceso de autointerrupciones, evasivas y muletillas. En caso de fracaso de la defensa, al conjunto se agregan frases que expresan

desorientación y otras disruptivas inherentes al lenguaje de la pulsión anal primaria, que expresan básicamente, al sentimiento de desconfianza. Si la defensa corresponde al lenguaje de la pulsión anal secundaria, en caso de ser exitosa, prevalece un exceso de ordenamiento del discurso, de objeciones, etc. El fracaso se hace notar en el desorden del discurso que se combina con dudas, autocríticas lacerantes y frases disruptivas que dan cabida a la pulsión anal primaria (idea obsesiva, sucia y/o cruel).

Recapitulando: para determinar el carácter exitoso o fracasado de la defensa combinamos dos enfoques 1) estudio retórico de la frase (en su doble valor argumentativo y poético) 2) aparición o no de frases que canalizan al deseo anal primario, en particular al sentimiento de desconfianza, que es un desarrollo afectivo específico de esa pulsión.

En lo que hace a lo que enseña el estudio retórico podemos sintetizar que para el lenguaje de pulsión fálico genital, la defensa patógena exitosa implica conservar una cierta coherencia estética, así como que para el fálico uretral se trata de conservar una cierta orientación, del mismo que para el sádico anal secundario se trata de mantener un cierto orden. El fracaso de las defensas impone que la coherencia estética, la orientación o el orden se han arruinado. A ello se suma la emergencia de frases que expresan la pulsión anal primaria, las que aportan en el sentido de contraponerse a las aspiraciones a la belleza, la dignidad o el orden, siendo representantes del componente perverso, del cual la neurosis es el negativo.

Este procedimiento, como se advierte, toma en consideración no una única frase sino un conjunto de ellas, en las cuales lo central es la armonía, la orientación derivada de la dignidad o el orden de acuerdo a si las pulsiones predominantes son fálico genital, fálico uretral y sádico anal secundaria respectivamente.

8. Análisis de datos y resultados

Introducción:Nuestro estudio micranalítico de alianza terapéutica y cambio clínico en la sesión concreta seguirá los siguientes pasos

1) Estudiaremos al paciente para caracterizar los recursos a los que apeladurante la sesión. Para ello aplicaremos la grilla de las frases, la de los elementos paraverbales y la de los actos motrices con el fin de detectar pulsiones y defensas (y su estado). Luego enfocaremos en la interrelación deactos del habla, componentes paraverbales y motrices tal como se da en las escenas concretas de la sesión, para establecer su relación con las defensas y su estado

2) Estudiaremos en el terapeuta los lenguajes a los que apela en sus intervenciones. Para ellos pesquisaremos sus frases, actos motrices y elementos paraverbales

3) Estudiaremos el vínculo, el intercambio recíproco de frases actos motrices y elementos paraverbales con el objetivo de estudiar la alianza terapéutica y el cambio clínico. El criterio de segmentación que elegimos es el de las intervenciones clínicas del terapeuta. Procuraremos detectar aportes e interferencias de cada integrante de la díada terapéutica a la calidad de la alianza terapéutica y el cambio clínico constructivo

Capítulo 1

Muestra I (Juan)

Motivo de consulta: Florencia y Marcos, los padres de Juan, hijo adoptivo de 8 años, consultan por los problemas de aprendizaje de éste. Resulta notorio que pese a reconocer las dificultades cognitivas de Juan, los progenitores -- profesionales muy prestigiosos en su ámbito laboral - insisten en la elección de colegios de muy alta exigencia académica. Las expectativas de promover para su hijo una formación de excelencia multiplican los desencuentros de Juan con sus padres y con el aprendizaje. En su vida cotidiana Juan tiene vivencias genuinas cuando mueve su cuerpo de aquí para allá, exhibiendo una agilidad y un acelere motriz que con frecuencia termina en porrazos. En las ocasiones en que debe apelar a sus recursos cognitivos, se le despierta un agudo sentimiento

de inferioridad. En el trabajo terapéutico se hace notable la profunda desconfianza que el paciente tiene en su propia capacidad de aprender

Muestra I Primer fragmento clínico

1. P [Nota aclaratoria: en el pasillo de entrada, hace alusión a que es la última sesión antes de las vacaciones de invierno, en que vamos a interrumpir por dos semanas. El diálogo que sigue ocurre dentro del consultorio donde comenzó la grabación de la sesión].

1. A: - La última semana que nos vemos...

2. P: - ¡No! No. ... [Mira una paleta de acuarelas que ha quedado con las pinturas. El paciente aferra la paleta, la toca y me la tiende-. El terapeuta enfoca con su mirada la paleta. La última sesión... tocala, yo ya probé... yo ya toqué. A ver... [Ríe, mientras toca nuevamente una de las acuarelas, comienza a decir algo, se interrumpe] -" Que raro"[tono invitante] "Aia" [exclama en tono seductor, cuando toca con un dedo una pintura algo húmeda aún].

2.A El terapeuta elije el color que cree que está seco, apunta con su dedo y toca, pero se equivoca y queda con el dedo húmedo]

3.A: - Mmmmm

3.P: - Perdiste [con tono burlón]

4.A : - Una trampa me pusiste

4.P: - No [dice palabras a gran velocidad, no se entienden]

5.A: - Algunos están secos, otros mojados

5. P: - Bue, ahora... [Se interrumpe]

6. A: - Así que como decías al comienzo, la última sesión hasta...

6.P: (interrumpiéndome)... - ¡Vacaciones de invierno! [Tono maníaco]

Análisis de los deseos y defensas en los actos de habla, elementos paraverbales y las motricidades del paciente

Análisis sintagmático del paciente. Turno del habla (ver cuadro 2 en anexo)

Aclaración: en la grilla, en el primer lugar, incluimos la referencia a una frase dicha en el pasillo, antes de que comenzase la grabación, relevante en el desarrollo del fragmento (ver anexo)

Comentario del análisis sintagmático: En el pasillo de entrada, Juan hace referencia a que es la última semana de sesiones. Ya en el consultorio objeta con énfasis (“¡No! No”) la posibilidad de examinar el tema. Luego, en el siguiente turno del habla, vuelve a mencionar la cuestión (“La última sesión...”) pero para desviar el foco hacia una estrategia de distracción, consistente en preparar una trampa destinada al terapeuta: hacerle manchar su dedo. Con tres sucesivas invitaciones (“tocala, yo ya probé... yo ya toqué”) convoca a que el terapeuta reduzca su desconfianza. En el mismo turno convoca la atención sobre su propio acto de llevar su dedo hacia la paleta con una frase que auto interrumpe (“A ver...”). Lo que sigue es el acto motriz de tocar él mismo una témpera, con el propósito insistente de lograr que el analista rebaje su resistencia. Se sorprende a sí mismo al ver su propio dedo manchado. Emite sucesivamente una frase que expresa rareza y una onomatopeya (“Aia”). Ambas de carácter disfórico, ya que al manchar su mano, auto delata sus intenciones.

Luego, desde el siguiente turno hasta el final todas las frases resultan eufóricas. La que sigue es una frase triunfal (“perdiste”) que alude a que el terapeuta tocó la paleta y se manch . En el siguiente turno comienza una objección que culmina en aceleración (“No” [dice aceleradamente palabras que no se entienden]) y en el segundo, comienza una frase que auto interrumpe (Bue, ahora...). Finaliza el fragmento interrumpiendo intrusivamente para dar una connotación enfática a la cuestión de la última sesión ( Vacaciones de invierno!)

Análisis de las motricidades del paciente

<u>Acto motriz</u>	<u>Deseo</u>	<u>Defensa</u>	<u>Estado</u>
Mira la paleta	O1	Desmentida	Exitosa
El paciente aferra la paleta, la toca y me la tiende	A1	Desmentida	Exitosa

Toca nuevamente una de las acuarelas	O1	Desmentida	Exitosa
Toca con un dedo una pintura algo húmeda aún	O1	Desmentida	Fracasada
Pone la paleta para que la toque el terapeuta	A1	Desmentida	Exitosa

Análisis paraverbal del paciente: (ver cuadro 4 en anexo)

El fragmento cuenta con una serie de desempeños motrices (la visual, diversas motricidades manuales: aferrar, tocar, ofrecer). Algunas de estas motricidades como la visual: mirar la paleta sirven para seleccionar el objeto (O1, desmentida) con el que pergeñar una trampa. Ésta última comienza a desplegarse cuando Juan despliega los actos de aferrar, tocar y tender la paleta al terapeuta. Estas acciones constituyen la preparación del señuelo (A1, desmentida). El acto de tocar con un dedo la paleta (deseo O1) y quedar manchado, de algún modo devela, ante la mirada del terapeuta la jugarreta que está preparando (en este momento el deseo O1 entra en contradicción con la consecución del plan de consumir la trampa. Ulteriormente retoma el armado de la trampa cuando expone la paleta para que el analista la toque (deseo A1).

Correlación entre actos de habla y actos motrices del paciente

Actos de Habla	Deseo, defensa, estado de la defensa	Acto motriz	Deseo, defensa, estado de la defensa
1) ¡No! No	A2 (represión exitosa)	Mira una paleta de acuarelas que ha quedado con las pinturas.	O1 (desmentida exitosa)

2) La última sesión... tocala, yo ya probé... yo ya toqué. A ver...	FG (represión exitosa), FU, represión exitosa	Toca nuevamente una de las acuarelas	O1 (desmentida exitosa)
3) " Que raro". "Aia"	FG, represión fracasada)	Toca con un dedo una pintura algo húmeda aún	O1 (desmentida fracasada)

Comentario de la correlación entre actos de habla y motricidades

En los dos primeros episodios de la correlación, actos de habla que expresan una postura eufórica, tienen consonancia con un acto motriz eufórico (enfocar con la mirada, tocar la acuarela seca). Van en la línea de preparar la trampa. En el tercero actos de habla y motores multiplican su condición disfórica, ya que contribuyen a auto delatar la intentona de hacer caer al terapeuta en una jugarreta

Correlación entre componentes paraverbales y actos motrices del paciente

<u>Componentes Paraverbales</u>	<u>Deseo. defensa. estado (comp. paraverbales)</u>	<u>Acto motriz</u>	<u>Deseo. defensa. Estado</u>
1)Ríe	O2 (desmentida exitosa)	toca una de las acuarelas	O1 (desmentida exitosa)
2)exclama en tono seductor	FG(represión exitosa)	toca con un dedo una pintura algo húmeda aún	O1 (desmentida fracasada)

Comentario de la correlación entre componente paraverbal y acto motriz del paciente:

En el primer episodio componente paraverbal y acto motriz se potencian mutuamente, ambos son eufóricos. En el siguiente, el acto paraverbal (exclamación en tono seductor) es eufórico en cambio el acto motriz es disfórico, expresa el fracaso de la defensa

Correlación entre acto de habla y componentes paraverbales del paciente (ver cuadro 4 en anexo)

Comentario de la correlación entre acto de habla y componente paraverbal del paciente:

En tres de los cinco episodios de correlación acto de habla y componente paraverbal multiplican su euforia. En los episodios dos y tres ocurren sendos actos de habla disfóricos a los que siguen actos paraverbales eufóricos

Comentario de conjunto de la correlación entre actos motrices, actos de habla y componentes paraverbales del paciente

El armado de una trampa como medio de cambiar el foco de la sesión es una estrategia defensiva patógena. Incluye la combinación de actos de habla, motrices y elementos paraverbales. Durante la preparación de la misma, actos de habla y motricidad, alternan su valor. Por momentos aportan en la conquista de ese logro y en otros tienen una función de auto delación respecto de las intenciones de Juan (p. ej.: en la combinación entre actos de habla y motrices ambos terminan aportando a que Juan se auto delate). Cabe destacar que los componentes paraverbales en todos los episodios de este fragmento son el soporte más estable para que la que la estrategia defensiva patógena resulta exitosa (aportan a la posición eufórica)

Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos de habla

Frase	Deseo
1. La última semana que nos vemos...	FU(auto interrupción)

2. Mmmmm	FU (muletilla)
3. Una trampa me pusiste	A1 (denuncia)
4. Algunos están secos, otros mojados	A2 (clasificación)
5. Así que como decías al comienzo, la última sesión hasta...	FU (auto interrupción)

Comentario respecto de los actos de habla del terapeuta

El terapeuta, en tres de sus cinco intervenciones utiliza frases FU. Abre y cierra su participación en el fragmento con frases que auto interrumpe. Más adelante estudiaremos su pertinencia desde el punto de vista clínico, en especial respecto de la alianza terapéutica y el cambio clínico.

Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos motrices

<u>Acto motriz</u>	<u>Deseo</u>
El terapeuta enfoca con su mirada la paleta	O1
apunta con su dedo y toca	O1

Análisis sintagmático de conjunto

Un elemento crucial ocurre en el pasillo de entrada: Juan profiere una frase que hace referencia a que es la última semana de sesiones. Su función es catártica (cabe enfatizar en que el paciente llega a sesión con una disposición a la catarsis). Ya en el consultorio, retomando el tema presuntamente abierto por el analizando, el terapeuta realiza una primera intervención que culmina en auto interrupción. El paciente se dispone a sabotear la consideración reflexiva del tema “última sesión”. En pos de ello, Juan selecciona con sus ojos la paleta de

témperas como instrumento para desplegar un deseo vindicatorio: que el analista se manche el dedo al tocar una témpera húmeda. Pone en marcha la trampa: aferra la paleta, la toca y la tiende al terapeuta. Profiere una frase (la última sesión) que auto interrumpe. Invita insistentemente a tocar la paleta (... "tocala, yo ya probé... yo ya toqué. A ver..."). Profiere una frase con tono invitante (que raro) tras la auto interrupción. Inferimos que el paciente se detuvo al suponer que iba a decir algo que delate sus intenciones. El tono invitante refuerza el deseo de hacer que el terapeuta le obedezca. Tras cartón sin embargo, profiere una exclamación ("Aia") que pone de manifiesto que al mancharse ocupa el lugar de víctima de su propia trampa, como si advirtiese al terapeuta. El tono seductor acompañante constituye un mensaje contradictorio con el auto delatarse. Tiende a empujar el hacer del terapeuta en la dirección de los deseos vindicatorios de Juan. Luego el terapeuta decide hacer aquello que el paciente le sugiere: toca una tempera sin advertir que la que elige está húmeda. Se sorprende al percibir su dedo manchado. El analista algo sorprendido apela a una muletilla ("Mmmmm"). Juan interviene burlándose triunfalmente ("perdiste"). La defensa es la desmentida, que resulta exitosa. El terapeuta denuncia lo ocurrido ("una trampa me pusiste"). El paciente responde con una catarsis (dice palabras a gran velocidad, no se entienden), lo que constituye una desestimación de afecto exitosa. La siguiente intervención del terapeuta clasifica los colores de la paleta ("algunos están secos, otros mojados"). El paciente inicia un nuevo intento de cambiar el foco de la atención propuesto por el terapeuta, aunque ahora se auto interrumpe rápidamente ("Bue, ahora"...). El analista realiza un nuevo intento por que el paciente exponga algo de lo que le provoca la experiencia de una sesión previa a las vacaciones ("así que como decías al comienzo la última sesión hasta..."). Juan produce una interrupción intrusiva a lo que agrega una preferencia con tono maníaco ("¡Vacaciones de invierno!"), lo que le da al final del fragmento una predominancia de desmentida exitosa.

Propuesta de segmentación para el estudio de alianza terapéutica y cambio clínico:

Nuestro criterio para segmentar es el cambio en el tipo de intervención del terapeuta.

En el tipo de intervenciones que produce el terapeuta resulta clave un malentendido respecto a la función que tiene para Juan la comunicación que

realiza en el pasillo. El analista supone que el paciente trata de introducir un tema, aunque los hechos posteriores avalan atribuirle un valor catártico (el cual consiste en expulsar al sujeto capaz de pensar un problema). Durante todo el intercambio el terapeuta mantiene esta confusión.

A grandes rasgos las intervenciones del terapeuta apuntan a dos cuestiones: 1) las que tienden a que el paciente aporte información sobre pensamientos y emociones y 2) las que tienden a que el paciente admita su procedimiento defensivo

Evaluación del aporte de las intervenciones del terapeuta a la alianza terapéutica y cambio clínico

- Intervenciones que apuntan a que el paciente aporte información sobre pensamientos y emociones: Ejs. : “La última semana que nos vemos”,

“Así que como decías al comienzo, la última sesión hasta...”

El terapeuta retoma la frase que Juan profiere en el pasillo convocando a que explote una presunta disposición reflexiva acerca de la significación de la última sesión. Las respuestas del paciente a esas intervenciones resultan bien diversas de lo que el terapeuta espera: en la primera prepara una trampa para esgrimir luego una burla triunfalista. En la última interrumpe intrusivamente, utiliza frases con tono maníaco. Se mantiene aferrado a defensas patógenas exitosas. No hay modificación en la alianza terapéutica ni cambio clínico.

- Intervenciones tienden a que el paciente admita su procedimiento defensivo: Ejs.: “Una trampa me pusiste”, “Algunos están secos, otros mojados”

Ambas frases tienen en común que el terapeuta enfoca en la trampa de Juan como maniobra defensiva (su intencionalidad, la clasificación de las características del objeto utilizado como instrumento). El paciente no solo no admite su proceder - responde con una nueva catarsis (se acelera al hablar)- Tampoco consiente en prestar atención a la consideración del objeto. Respecto de los objetivos que se propone el terapeuta en la sesión, no logra colaboración del paciente

Comentario acerca de las intervenciones motrices del terapeuta

La primera intervención motriz - enfocar con la mirada - no resulta pertinente considerando que el paciente tras ella, aún con micro sabotajes continúa embarcado en una maniobra defensiva patógena. La segunda intervención motriz: apuntar con el dedo y tocar, tampoco es pertinente ya que facilita la consolidación de la actitud defensiva patógena de Juan, quien tras el acto motriz del terapeuta profiere su frase triunfal (“perdiste”).

Consideración general acerca del aporte del terapeuta en el fragmento

El terapeuta no logra conectar con el paciente ni en el nivel de las frases ni en el de la motricidad. En el fragmento persiste un desencuentro clínico.

Evaluación de los aportes del paciente a la alianza terapéutica y al cambio clínico:

Cabe considerar que Juan llega a la sesión con una tendencia catártica, que expresa en el pasillo. Luego, ya dentro del consultorio, las escenas importantes son cuatro:

1) catarsis

Ejemplo: 1a) en el pasillo de entrada, hace alusión a que es la última semana antes de las vacaciones de invierno

1b) {"No" [dice palabras a gran velocidad, no se entienden]}

2) montaje de una trampa

Ejemplo: {"¡No! No...." [Mira una paleta de acuarelas que ha quedado con las pinturas. El paciente aferra la paleta, la toca y me la tiende-. El terapeuta enfoca con su mirada la paleta. La última sesión... tocala, yo ya probé... yo ya toqué. A ver... "[Ríe, mientras toca nuevamente una de las acuarelas, comienza a decir algo, se interrumpe] -" Que raro"[tono invitante] "Aia" [exclama en tono seductor, cuando toca con un dedo una pintura algo húmeda aún] }

3) cambio de foco

Ejemplo: {"Bue, ahora..." [Se interrumpe]}

4) la interrupción intrusiva maníaca

Ejemplo: {(interrumpiéndome)... "¡Vacaciones de invierno! [Tono maníaco]}

Vamos a analizar el aporte constructivo u obstructivo que aporta el paciente en cada una de estas escenas respecto de la alianza terapéutica y el cambio

clínico. En principio digamos que las cuatro escenas –todas expresan un estado eufórico- son respuestas que tienden a atacar cualquier intento por modificar la resolución catártica que Juan adopta respecto a la cuestión de la “última sesión”. En ese sentido las escenas pueden ser calificadas como obstructivas respecto de la alianza terapéutica y el cambio clínico. Sin embargo un estudio más detallado permite captar que alguna de estas escenas puede tener un aspecto colaborador o constructivo respecto de la alianza terapéutica. Veamos:

Escena catarsis

1a) Función obstructiva

Escena	Componentes	Función
Catarsis	Frases	Obstructiva: la catarsis expulsa a la subjetividad capaz de pensar un problema

Escena	Componentes	Función
Catarsis	frase, componente paraverbal (aceleración)	Obstructiva: reedita el uso de la defensa patógena exitosa

1b) Función constructiva

Escena	Componentes	Función
Catarsis	frase, componente paraverbal (aceleración)	Constructiva: se aferra a la defensa que le resulta idiosincrática, no se amolda a la propuesta del terapeuta, que resulta inadecuada, sobreexigente

Catarsis	Frases eufóricas	Constructiva: la catarsis, en la misma medida que expulsa el sujeto capaz de pensar, informa al terapeuta respecto de un tema (el impacto de las despedidas) significativo para el paciente
----------	------------------	---

2) Función obstructiva de la escena montaje de la trampa:

Escena	Componentes	Función
Montaje de la trampa	Frases (invitaciones, burla triunfalista, etc) eufóricas Actos motrices (mostrar) eufóricos Tonos paraverbales (invitante, risa) eufóricos	Obstructiva: prolonga el efecto de la catarsis : un estado eufórico carente de procesamiento psíquico

3) Función obstructiva de la escena de cambio de foco:

Escena	Componente	Función
Cambio de foco	Frase	Obstructiva: la frase comienza cambiando el foco a la intervención del analista, luego se interrumpe. Mantiene al terapeuta desenfocado y al paciente en el terreno de las defensas patógenas exitosas

4) Función obstructiva de la escena interrupción intrusiva maníaca

Escena	Componentes	Función

interrupción intrusiva maníaca	Frase Tono maníaco	Obstruiva: prolonga el estado eufórico promovido por el procedimiento catártico
-----------------------------------	-----------------------	---

Consideración general acerca del aporte del paciente en el fragmento:

Antes de cualquier intercambio con el terapeuta, desde el inicio el paciente apela a la catarsis. La escena que sigue, el montaje de la trampa, contribuye a exponer una disposición resistencial obstructiva de Juan. Ahora bien, el hecho de que el terapeuta falla en categorizar la manifestación catártica como tal, y el estudio pormenorizado de la escena de la trampa (que tiene un fragmento de auto delación), da lugar a que consideremos que en ambas escenas subyacen pistas al terapeuta: la burla triunfalista como esfuerzo por no amoldarse a un enfoque erróneo del terapeuta, la auto delación como advertencia para que el terapeuta se rescate. Si bien el potencial constructivo de estas manifestaciones del paciente se arruina, porque el terapeuta no logra aprovecharlas, cabe enfatizar que, respecto de ciertas escenas, es reduccionista calificarlas como obstructivas o constructivas, siendo imperioso apelar a un enfoque complejo.

La alianza terapéutica y el cambio clínico en el fragmento

El desencuentro clínico tiene como base que, en la escena en que el paciente, evacua catárticamente, el analista considera que Juan se propone presentar un tema para reflexionar en sesión. Es por eso que la intervención del terapeuta apunta a que el paciente aporte información sobre pensamientos y emociones. Juan, para sostener la catarsis - y como efecto de captarse sobre exigido a reflexionar cuando no lo puede hacer - , monta una trampa con la que pretende a) desviar la atención y b) una módica venganza respecto del analista. Cabe destacar que en la producción de la celada intervienen frase, motricidad y palabra. La motricidad y la frase, en determinado momento hacen claudicar a la defensa patógena exitosa, auto delatan la intención de Juan, con lo que promueven una pista para que el terapeuta se reoriente (los componentes paraverbales son, en cambio, el sostén más firme del desenlace eufórico de las escenas que despliegan defensas patógenas - entre ellas, las de la trampa -). El terapeuta no logra percatarse. Tras la concreción de la trampa, el analista se

aboca a que el paciente admita su procedimiento defensivo (sin descifrar, en ningún momento, la catarsis inicial y el peso de la misma respecto de las escenas ulteriores). El paciente vuelve a replegarse sobre sus mecanismos patógenos, entre ellos una nueva catarsis. El terapeuta en su última intervención vuelve a intentar que el paciente aporte información sobre pensamientos y emociones acerca de la última sesión. Juan, por su parte, insiste en mantener a esa cuestión bajo la égida de mecanismos patógeno - exitosos (el último es la interrupción intrusiva maníaca). Al desencuentro que se da durante todo el fragmento aportan ambos: El paciente, porque tiene una tendencia a procesar la cuestión de la última sesión a través de mecanismos patógenos y exitosos (desestimación del afecto, desmentida) y el terapeuta porque no logra captarlo y propone una línea de trabajo ajena a las posibilidades del paciente. Sólo se produce una mínima brecha abierta por el paciente al auto delatarse por vía motriz y verbal, sin embargo el terapeuta no puede aprovechar esos indicios y rescatar su intelección clínica

Estudio de la complementariedad estilística en el fragmento

Paciente: escena	Paciente: deseo y defensa	Estilo de la Intervención del terapeuta	Logro/no logro de la complementariedad
Catarsis	Libido intrasomática y desestimación exitosa del afecto	FU (auto interrupción)	Complementariedad no lograda
Montaje de una trampa	anal primario y desmentida exitosa	A1 (denuncia)	Complementariedad no lograda
Catarsis	Libido intrasomática y desestimación	A2(clasificación)	Complementariedad no lograda

	exitosa del afecto		
--	--------------------	--	--

Muestra I Segundo fragmento clínico

Notas aclaratorias previas: En el comienzo de la sesión de la que extraemos el fragmento, Juan nos había mostrado un álbum de figuritas que coleccionaba, cosa que hacía por primera vez. La referencia a la colección de figuritas le recordó a un amigo extranjero (quien recientemente había abandonado el país) al que le gustaba coleccionar. El terapeuta mencionó que coleccionar es desde que se fue, una forma de recordar al amigo. Posteriormente, el paciente propuso un juego de mesa, el que se llevó a cabo y del que el analizando resultó triunfante. Al finalizar dijo orgulloso, “ya sé la estrategia”. Con ese estado de satisfacción, dio por terminada la partida. La siguiente propuesta fue un juego de puntería a un blanco ubicado en la pared. Dibujó el blanco en un papel, eligiendo diversos colores para los distinguir los sectores de mayor y menor puntaje. El fragmento que analizamos es el inicio del juego de puntería establecido desde el inicio como competencia entre ambos.

Segundo fragmento clínico

1. P: [Se coloca en posición oblicua al blanco. Luego tira y yerra] Aaaah [tono exaltado], ¡Soy malísimo! [risa con tono risueño] [Agrega algo que no se entiende]

1. A: ¡va! [Acierta el tiro]

2. P: eeeh... cinco! [Alude a los puntos que suma el analista]

3. P: el paciente vuelve a tirar de la misma posición, falla otra vez al blanco] ¿¡Por qué?! [Tono colérico]

2.A [Ulteriormente el analista tira desde una posición recta respecto del blanco y acierta,

4. P: [el paciente toma un proyectil y comienza el gesto del arrojo sin dar lugar a sumar los puntos del terapeuta]

3. A: ah, esperá, esperá que ahí le pegué ¿A cuál? Al rojo, ¿o al o al alverde claro? Para mí tocó al rojo

5. P: bue, al rojo. Nueve

4. A: cuatro, cinco, nueve [suma 4+5 y confirma su puntaje]

6. P: [El paciente se mantiene en la posición oblicua al blanco. Tira, falla [risa con tono exaltado]

5. A: momento: te está... te está saliendo...no... no le tenés tomada la mano. A ver...

7.P: [Desde la misma posición oblicua, el paciente tira nuevamente, no acierta al blanco]

6. A: tampoco, está muy desviado

8. P: ajá

7. A: ¿por qué no buscás una posición más cercana...? Esperá, esperá: estás tirando en diagonal. ¿Por qué no te ponés de frente? Acá, acá ponete

9. P .[El paciente mantiene su posición y arroja un proyectil, que toca en la superficie del blanco]

8. A: ¡eesa, le pegaste!

10.P: [interrumpe con una frase cuyo principio no se pudo desgrabar]

11. P [Vuelve a tirar, no acierta]

9. A: se fue más cerca

10. A [El terapeuta mantiene la misma posición de tiro. Arroja y acierta]

12.P: eeeeh... diez puntos [se refiere al puntaje del terapeuta]

11. A: ¿por qué no cambiás de posición?

13. P: no, estoy cómodo

12.A: está bien sí, pero...

14. P: [interrumpe con risa exaltada] ja, ja, ja. La fiché [apunta con los ojos a una banqueta en posición oblicua y aún más alejada al blanco que la que hasta ahora eligió para arrojar. Se sube y desde la posición de parado, va a tirar]

13. A: estás cómodo pero...

15. P: ¡aaah! ¡Ahora si voy a estar cómodo! [Risa con tono exaltado o maníaco]

14. A: ¿vale tirar de arriba de la banqueta?

16. P: vale, sí. ¡Yo quiero! [Risa exaltada]

17. P: [El paciente arroja un proyectil desde la banqueta, [No acierta al blanco]: ¡loooo! [tono exaltado]

15.A [Luego tira el terapeuta y suma]

18.P: Trece [Juan informa sobre los puntos de su adversario, mientras se dirige a la caja de los ladrillos donde se provee de más proyectiles]

16.A: noo, no tiremos con eh... con esta tenemos queee... cuando vos saques los más... los Rasti del... eh, del... de la caja. Con los que están en el piso nos tenemos que arreglar

19.P: bue

20.P [El paciente dice algo que no se entiende en la desgrabación. Tira nuevamente desde arriba de la banqueta. No acierta al blanco] ¡Aaaah! [jadeo]

17.A [el terapeuta tira al blanco y va a buscar el proyectil]

21.P: [el paciente se apresura a tirar antes que el terapeuta se ponga fuera de la línea de tiro]

18. A: ¡momento, que estoy acá abajo! [Tono de protesta][El terapeuta se refiere a que Juan no se acelere a tirar antes de tiempo, antes de que el terapeuta se corra de la línea del blanco]

22.P: [El paciente acata el pedido de frenar su acto de arrojado del proyectil, profiere una risa] no te vi

23.P: [El paciente tira desde la banqueta y falla]: ¡Aaaah ! [Tono exaltado]

19.A: estás cómodo vos, pero no le pegás al bl... no le pegás al blanco [El terapeuta tira y suma. Llega a 15 puntos]

24.P: ¡Nooo! Uno-quince [Se refiere al tanteador del partido]

20.A: lo que yo te sugiero es que busques alguna posición distinta

25. P: ¡Dale, dale! [Juan cambia a una posición de tiro, se ubica en línea recta al blanco, comienza a acertar más seguido y cuando marra el tiro no adopta una actitud eufórica]

Análisis de los deseos y defensas en los actos de habla, elementos paraverbales y las motricidades del paciente:

Análisis sintagmático: Turno del habla del paciente

Frase	Deseo	L	O	O	A	A	F	FG	Dominante	Defensa
	o	l	1	2	1	2	U		e	
Aaaah ¡Soy malísimo!								X	FG	Creatividad fracasada
eeeeh,.. ¡Cinco!						X	X	X	A2	Funcional

¿¡Por qué!?		x						LI	Desestimación exitosa
Bue, al rojo. Nueve					X			A2	Acorde a fines
Ajá						X		FU	Acorde a fines
[Interrumpe con una frase que no se pudo desgrabar]						X		FU	Represión exitosa
Aaah...Eee eh, diez puntos					X	X		A2	Funcional
no, estoy cómodo			X		X			O2	Desmentida exitosa
ja, ja, ja la fiché				X	X		X	A1	Desmentida exitosa

¡aaah! ¡Ahora si voy a estar cómodo!				X			X	A1	Desmentid a exitosa
vale, sí. ¡Yo quiero!					X		x	FG	Represión exitosa
¡loooo!							X	FG	Represión exitosa
Trece					X			A2	Funcional
Bue					X			A2	Funcional
Aaaah							X	FG	Represión exitosa
no te vi			X					O2	Funcional
¡Aaaah!							X	FG	Represión exitosa
¡Nooo! Uno-quince					X		x	A2	Funcional
¡Dale, dale!							X	FG	Acorde a fines

Análisis de las motricidades del paciente

<u>Acto motriz</u>	<u>Deseo</u>	<u>Defensa</u>	<u>Estado</u>
Se coloca en posición oblicua, tira y yerra	A1	Creatividad	Fracasada
Vuelve a tirar de la misma posición, falla	A1	Creatividad	Fracasada
toma un proyectil y comienza el gesto del arrojado sin dar lugar a sumar los puntos del terapeuta	LI	Desestimación del afecto	Exitosa
Se mantiene en posición oblicua. Tira y falla	A1	Desmentida	Fracasada
Mantiene su posición tira y toca la superficie del blanco	A1	Desmentida	Exitosa
Vuelve a tirar, no acierta	A1	Desmentida	Fracasada
Enfoca con los ojos una posición más alejada (arriba de una banqueta)	O1	Desmentida	Exitosa
Se ubica en posición oblicua aún más alejada	A1	Desmentida	Exitosa
Arroja desde la nueva posición, no acierta al blanco	A1	Desmentida	Fracasada
Tira desde la nueva posición, yerra	A1	Desmentida	Fracasada
El paciente se apresura a tirar	LI	Desestimación del	Exitosa

		afecto	
El paciente tira y falla	A1	Desmentida	Fracasada
Juan cambia hacia una posición de tiro en línea recta	FU	Funcional	Exitosa

Análisis paraverbal del paciente

<u>Manifestación</u>	<u>Deseo</u>	<u>Defensa</u>	<u>Estado</u>
Tono exaltado	O2	Desmentida	Exitosa
Risa con tono risueño	FG	Represión	Exitosa
Tono colérico	O2	Desmentida	Exitosa
Risa con tono exaltado	O2	Desmentida	Exitosa
Risa exaltada	O2	Desmentida	Exitosa
Risa exaltada	O2	Desmentida	Exitosa
Risa exaltada	O2	Desmentida	Exitosa
looo (tono exaltado)	O2	Desmentida	Exitosa
Aaaah (jadeo)	LI	Desestimación del Afecto	Exitosa
Profiere una risa	O2	Desmentida	Exitosa

Tono exaltado	O2	Desmentida	Exitosa
---------------	----	------------	---------

Correlación entre motricidades y actos de habla del paciente:

<u>Acto motriz</u>	<u>Deseo,</u> <u>defensa,</u> <u>estado</u>	<u>Acto de</u> <u>Habla</u>	<u>Deseo,</u> <u>defensa,</u> <u>estado</u>
1) Se coloca en posición oblicua, tira y yerra	A1 (creatividad fracasada)	Aaaah ¡Soy malísimo!	FG (represión fracasada)
2) Vuelve a tirar de la misma posición, falla	A1 (creatividad fracasada)	¿¡Por qué?!	LI (desestimación del afecto exitosa)
3) Enfoca con los ojos una posición más alejada (arriba de una banqueta). Se ubica en posición oblicua aún más alejada	A1 (desmentida)	¡ja, ja, ja. La fiché	A1 (desmentida exitosa)
4) Arroja desde la banqueta, no acierta al blanco	A1 (desmentida)	looo	FG (represión exitosa)
5) Tira desde la banqueta, yerra	A1 (desmentida)	Aaah	FG (represión exitosa)

6) Tira desde la banqueta y falla	A1 (desmentida)	Aaah	FG (represión exitosa)
7) Juan cambia de posición de tiro, se ubica en línea recta al blanco	FU (acorde a fines)	¡Dale, dale!	FG (creatividad)

Comentario acerca de la correlación entre motricidades y actos de habla del paciente:

Juan comienza sus actos motrices de arrojo fallando al blanco. En los dos primeros episodios, tras sus tiros profiere respectivas frases: la primera (soy malísimo) constituye una exageración disfórica (FG, represión fracasada) que está en consonancia con el resultado de su tiro. Luego de su segundo tiro lanza una pregunta catártica “¿¡Por qué?!”. Luego (episodio tres) con su vista detecta un nuevo lugar, la banqueta, profiere una frase desafiante (“¡ja, ja, ja. La fiché”) tras lo cual se desplaza motrizmente hacia el lugar antedicho. En este turno, motricidades y frase coinciden en cuanto a la defensa (desmentida exitosa). Los episodios cuatro, cinco y seis tienen la misma característica: son tiros desde la banqueta, todos fallidos (A1 y desmentida fracasada). A cada uno de ellos, le sucede una exclamación (FG, represión exitosa). Estas frases disfrazan el fracaso de su deseo desafiante. En el episodio siete la motricidad es FU (se desplaza en el espacio para ubicar una mejor posición de tiro) y la preferencia (“¡Dale, dale!”) es FG eufórica, acompañarse enfáticamente en su nueva experiencia.

Correlación entre actos motrices y componentes paraverbales del paciente

<u>Acto motriz</u>	<u>Deseo,</u> <u>defensa.</u> <u>Estado</u>	<u>Componentes</u> <u>Paraverbales</u>	<u>Deseo,</u> <u>defensa.</u> <u>estado (comp.</u> <u>paraverbales)</u>
--------------------	---	---	--

1)Se coloca en posición oblicua, tira y yerra	A1 (Creatividad Fracasada)	Exclamación con tono exaltado	O2(Desmentida exitosa)
2)Vuelve a tirar de la misma posición, falla	A1 (Creatividad fracasada)	Pregunta con tono colérico	O2 (Desmentida exitosa)
3)Se mantiene en una posición oblicua al blanco. Tira y falla	A1 (Desmentida fracasada)	Risa con tono Exaltado	O2 (Desmentida exitosa)
4) Apunta con los ojos a la banqueta cuya posición es aún más oblicua al blanco. Se sube a la banqueta	O1 A1 Desmentida exitosa	Risa con tono Exaltado	O2 (Desmentida exitosa)
5) Arroja proyectil desde arriba de la banqueta. No acierta al blanco	A1 Desmentida fracasada	Exclamación con tono exaltado	O2 (Desmentida exitosa)
6) Tira nuevamente desde arriba de la banqueta. No acierta al blanco	A1 Desmentida fracasada	Jadeo	LI (Desestimación exitosa)
7) Tira nuevamente desde arriba de la banqueta. No acierta al blanco	A1 Desmentida fracasada	Exclamación con tono exaltado	O2 (Desmentida exitosa)

Comentario acerca de la correlación entre motricidades y elementos paraverbales del paciente:

En seis de los siete episodios que consideramos, los actos motrices de Juan (actos de arrojado que yerran al blanco) resultan, desde el punto de vista de la defensa, fracasados. Solo en un episodio (el cuatro) los actos motrices tienen un resultado exitoso. En los actos paraverbales la relación se invierte. En los siete episodios, los actos paraverbales tienen, desde la perspectiva de la defensa, una connotación eufórica. Los seis actos motrices (episodios 1,2, 3, 5, 6 y 7) que fracasan se empalman con elementos paraverbales que le dan al episodio una connotación eufórica. Hasta el turno 2 catalogamos los actos de arrojado fallidos como producto de la creatividad fracasada. El turno 2, incluso tras el tiro al blanco profiere la pregunta por qué. En el turno 3 se hace evidente no adopta una postura interrogativa respecto de la falla en sus tiros. Por el contrario el paciente sigue apegado a la combinación de acto motriz fracasado y preferencia paraverbal eufórica. Desde ese momento calificamos los actos de arrojado fallidos como expresión de defensas patógenas (y ya no creativas)

Correlación entre actos de habla y componentes paraverbales del paciente

<u>Acto de habla</u>	<u>Deseo,</u> <u>Defensa.</u> <u>Estado de la</u> <u>defensa</u>	Componentes paraverbales	<u>Deseo,</u> <u>defensa.</u> <u>estado</u> <u>(componentes</u> <u>paraverbales)</u>
1) aaah ¡Soy malísimo!	FG (represión fracasada)	Tono exaltado Tono risueño	O2(desmentida exitosa) <u>FG(represión exitosa)</u>

5) ¿¡Por qué?!	LI (desestimación exitosa)	Tono colérico	O2(desmentida exitosa)
6) ja, ja, ja. La fiché	A1, O1(desmentida exitosa)	Risa exaltada	O2(desmentida exitosa)
7) ¡Aaah! ¡Ahora si voy a estar cómodo!	A1 (desmentida exitosa)	Risa con tono exaltado	O2(desmentida exitosa)
8) vale, sí. ¡Yo quiero!	FG (represión exitosa)	Risa exaltada	O2(desmentida exitosa)
9) ¡loooo!	FG (represión exitosa)	Tono exaltado	O2(desmentida exitosa)
10)¡Aaah!	FG (represión exitosa)	Jadeo	LI(desestimación exitosa del afecto)
11)No te vi	O2 (funcional)	Risa	O2(desmentida exitosa)
12)¡Aaaah!	FG (represión exitosa)	Tono exaltado	O2(desmentida exitosa)

Comentario acerca de la correlación entre actos de habla y componentes paraverbales del paciente

Resulta frecuente la multiplicación de la euforia de los actos de habla con la de los actos paraverbales, que ocurre en siete de los nueve episodios. En los otros dos (el segundo y el octavo) los actos de habla no tienen un valor eufórico. Los componentes paraverbales, en cambio, mantienen siempre tienen un connotación eufórica.

Comentario de conjunto de la correlación entre actos motrices, actos de habla y componentes paraverbales

Un interrogante que surge de las grillas que incluyen el estudio de los actos motrices (cambios de posición y actos de arrojamiento al blanco), es que en el terreno motriz durante buena parte del fragmento las decisiones de Juan multiplican errores de puntería con la adopción de posiciones de tiro crecientemente difíciles. Las motricidades de Juan desarrollan una política de apego al error, creemos que la transformación del fracaso motriz en estados eufóricos - tal como relevamos en la última grilla - se da por la combinación de acto de habla eufórico y componente paraverbal eufórico (este último es el baluarte más sólido en el soporte de la posición subjetiva de apego al error, en la medida en que promueve fugaces sentimientos eufóricos que atenúan la vivencia de fracaso que despiertan especialmente las decisiones y los actos motrices de Juan).

Análisis de intervenciones del terapeuta: actos de habla

Frase	Deseo
1. A: ¡va!	FG (énfasis)
3. A: ah, esperá, esperá que ahí le pegué ¿a cual? Al rojo, ¿o al o al al ...verde claro? Para mí tocó al rojo	A2 (contrato)
4. A: cuatro, cinco, nueve [suma 4+5 y confirma su puntaje]	A2 (confirmación de opinión ajena)

5. A:	momento: te está... te está saliendo...no... no le tenés tomada la mano. A ver...	FU (auto interrupción)
6. A:	tampoco, está muy desviado	FU (afirmación sobre localización espacial)
7. A:	¿por qué no buscás una posición más cercana...? Esperá, esperá: estás tirando en diagonal. ¿Por qué no te ponés de frente? Acá, acá ponete	FU (consejo)
8. A:	eesa le pegaste	FG(celebración)
9. A:	se fue más cerca	FU (afirmación acerca de localización temporal)
11. A:	¿por qué no cambiás de posición?	FU (consejo)
12. A:	está bien sí, pero...	FU(auto interrupción)
13. A:	estás cómodo pero...	FU(auto interrupción)
14. A:	¿vale tirar de arriba de la banqueta?	A2 (consulta opinión ajena)

16. A: noo, no tiremos con eh... con esta tenemos queee... cuando vos saques los más... los Rasti del... eh, del... de la caja. Con los que están en el piso nos tenemos que arreglar	A2 (contrato)
18. A: ¡momento, que estoy acá abajo!	A2 (orden concreta)
19. A: estás cómodo vos, pero no le pegás al bl... no le pegás al blanco	A2 (anticipación)
20. A: lo que yo te sugiero es que busques alguna posición distinta	A2 (síntesis)

Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos motrices

<u>Acto motriz</u>	<u>Deseo</u>
1. A El terapeuta acierta el tiro al blanco	A2
2. A Ulteriormente el analista tira y acierta	A2
10. A El terapeuta tira al blanco, acierta]	A2
15. A El terapeuta tira al blanco y suma	A2
17. A El terapeuta tira al blanco	A2

19. A:	El terapeuta tira y suma	A2
--------	--------------------------	----

Análisis de las intervenciones del terapeuta: componentes paraverbales

<u>Componente paraverbal</u>	<u>Deseo</u>
Tono de protesta	A1

Análisis sintagmático de conjunto:

Desde el inicio del fragmento Juan combina actos motrices fallidos, con exclamaciones paraverbales y frases que multiplican el sentimiento eufórico (1P, 3P). Tras fallar por segunda vez al blanco Juan lanza una pregunta colérica (3P), cuya función es catártica. Enseguida se acelera motrizmente: toma un proyectil y se dispone a arrojar sin que queden registrados los puntos que el terapeuta suma tras su último tiro. El terapeuta, en intervenciones casi sucesivas, intenta frenar la precipitación de los disparos al blanco (3P: “esperá, esperá”..., 5P: “momento”...). Juan, en el nivel de las frases, es más sensible a los esfuerzos del terapeuta por contenerlo (en 6P informa el puntaje del terapeuta). Sin embargo se apoya en el nivel paraverbal para crear una paradoja lógica: tras marrar su tercer disparo sin modificar su posición de arrojado, profiere una risa exaltada (6P). El efecto de paradoja lógica se da en la discordancia entre el estado de ánimo festivo y el contexto: se trata de un juego competitivo en el cual sus yerros se repiten y su desventaja es cada vez mayor. Luego, una secuencia de intervenciones terapéuticas ulteriores (6, 7, 8, 9 y 11) son localizaciones espaciales y consejos acerca de modificar la ubicación de tiro del paciente, instándolo a ubicarse de frente al blanco. Todas estas, parten de un supuesto común: que la referida pregunta de Juan (3P) tiene como fundamento una capacidad autocrítica, reflexiva activable desde el interlocutor. Tras esta tanda

de intervenciones analíticas el paciente justifica su peculiar proceder (mantenerse rígido en la repetición de fracasos de arrojo motriz y en el sostenimiento de estados eufóricos). El argumento de Juan (13P), apelando a privilegiar un estado afectivo -estar cómodo- reniega de que, en los hechos de la sesión, se desarrolla un juego competitivo. El terapeuta (12A) se encamina a objetar la respuesta, pero el paciente (14 P) lo interrumpe para anunciar, a las risas, que ve un nuevo lugar de tiro, luego accede a través del uso de su motricidad aloplástica. Esta modificación de su lugar de tiro constituye un abierto desafío a la propuesta que el analista despliega a través de las intervenciones 6, 7, 8, 9 y 11. Es un momento de fuerte desencuentro vincular y de reforzamiento de las defensas patógenas exitosas (en especial la desmentida). El terapeuta reintenta objetar (13A) aunque en este caso se auto- interrumpe. Juan sigue desplegando su provocación, tira desde su nuevo lugar y nuevamente falla. Su postura psíquica es la de hacer de su falla (y del fracaso del terapeuta en conectar con él), su triunfo.

Los actos motrices del terapeuta (1, 2, 10, 15, 17, 19), son actos de puntería que apuntan a fortalecer la consideración de las reglas (consistentes en una competencia por puntos) establecidas para este juego.

El terapeuta modifica su estrategia al adjudicarse el derecho a establecer el modo de utilizar los objetos en el espacio terapéutico (16A). Es una intervención que establece el encuadre. El paciente responde acatando (19P). La siguiente frase del terapeuta (18A) es una orden concreta que incluye un componente paraverbal (tono de protesta). El paciente acusa recibo, obedece y se disculpa (22P). En su siguiente turno de tiro Juan (23P) vuelve a combinar tiro fallido y componente paraverbal eufórico. El analista responde con una objeción (19A) cuya función es anticiparse a la repetición del mecanismo patógeno y cuestionar sus fundamentos: el argumento que Juan esgrime (privilegiar un estado de comodidad) en el contexto de un juego por puntos (en que lo sensato es dar preeminencia a la eficacia de los desempeños) resulta incoherente. Enseguida el terapeuta realiza un nuevo tiro, sumando más puntos. Juan (24P) exagera su rechazo, culmina informando por primera vez el tanteador del partido (y no tan solo los puntos acumulados del analista). El terapeuta, tras cartón, hace una nueva intervención (20 A), que sintetiza a varias de sus intervenciones previas

(6, 7, 8, 9 y 11). El paciente en esta ocasión (25P) acata y modifica su posición de tiro, ubicándose de frente al blanco. Comienza a acertar más frecuentemente. Las defensas, mientras predominan las paradojas lógicas, provocaciones y catarsis son la desestimación del afecto y la desmentida. Cuando, hacia el final de la sesión, cesa en el uso de estos recursos, se vuelve receptivo a la palabra del terapeuta (como efecto de la mejora de su confianza) y empieza a jugar considerando los hechos e intentando mejorar su eficacia corrigiendo su desempeño en el juego, la defensa es acorde a fines.

Propuesta de segmentación para el estudio de alianza terapéutica y el cambio clínico:

A grandes rasgos las intervenciones del terapeuta se pueden clasificar en

- Intervenciones que apuntan al contrato
- Objeciones a los argumentos del paciente referidos a la comodidad fundamento de su acción
- Propuestas de cambio de posición

Evaluación del aporte de las intervenciones del terapeuta a la alianza terapéutica y cambio clínico

1) Intervenciones que apuntan al contrato: se trata de las frases incluidas en los siguientes turnos del habla: el 3 (...”esperá, esperá”...), el 14 (“¿vale tirar”...?), el 16 (...”con los que están en el piso nos tenemos que arreglar”) y el 18 (“momento”...). Los actos motrices del terapeuta (1, 2, 10, 15, 17, 19), en que se ubica como modelo en el cumplimiento de las reglas convergen en dirección a privilegiar el contrato. Las frases del analista en las que el analista pide respetar un convenio o norma, son acatadas por el paciente

2) Objeciones a los argumentos del paciente referidos a la comodidad como fundamento de su acción: se trata de tres intervenciones, los detectamos en los siguientes turnos del habla del analista: el 12, el 13 y el 19. En las dos primeras, la verbalización del terapeuta se autointerrompe tras la palabra “pero”, es decir

que no llega a presentar al paciente un contra argumento. Ninguna de las dos resulta eficaz clínicamente. En cambio la intervención 19 - en que la objeción se consume - resulta eficaz. El paciente tiende a cambiar de posición de tiro y de actitud (deja de reír ante sus yerros), produciendo un cambio clínico que consiste en asumir una postura competitiva, a la que podemos caracterizar por lo siguiente: cuando marra sus tiros, no apela a exclamaciones eufóricas como consuelo

3) Propuestas de cambio de posición: se trata de las intervenciones que localizamos en el turno del habla 7 y 11 (consejos) y el 19 (síntesis). Surgen en el terapeuta como respuesta a la pregunta que se hizo el paciente (“¿¡Por qué?!”). El terapeuta no advierte que esa pregunta tiene una función catártica para Juan. Es por eso que las intervenciones 7 y la 11 (consejos que asumen el modo de preguntas) dan por sentado toman una situación que no se da en los hechos: la de un paciente dispuesto a reflexionar respecto de sus actos. Esa confusión respecto al estado psíquico del paciente promueve las intervenciones 7 y 11, que no tienen efectos positivos ni respecto del vínculo ni en relación al cambio clínico. La intervención 19 que es una síntesis de las intervenciones previas referidas a aconsejar un cambio de lugar de tiro, tiene buena acogida por parte del paciente.

Consideración general acerca del aporte del terapeuta en el fragmento

- Las intervenciones del terapeuta que suponen un paciente presto a interrogarse y recibir consejos, no contribuyen constructivamente en relación con la alianza terapéutica y el cambio clínico. En cambio, el repertorio de intervenciones más enérgicas – que tienen un primer esbozo en la intervención 3, y luego se intensifican entre las intervenciones 16 y la 19 - tienen como elemento en común que se refieren a aspectos normativos: sea el fijar reglas que abarcan a los dos, sea el objetar los argumentos del paciente (comodidad) por ser ajenos a los objetivos del juego de reglas (pegar al blanco para sumar más puntos del adversario).

Estas intervenciones, creemos, influyen constructivamente en la alianza terapéutica (el paciente se vuelve más receptivo al analista, en la medida que

éste capta mejor “quien es” Juan en ese momento, y como hablarle). También en el cambio clínico (cesa en el festejo del error y la provocación, comienza a asumir una postura competitiva). Cabe puntualizar en un proceso psíquico del terapeuta, que resulta inadvertido para él mismo, aunque evidente en sus intervenciones. Es notorio que durante el transcurso del fragmento las intervenciones FU pierden relevancia y que ganan significación otras, especialmente las que resultan copresentes con buenas respuestas del paciente (lo contrario ocurre con las FU). Denominamos a esta actividad autocrítica del terapeuta su disposición al método del ensayo-error

Evaluación de los aportes del paciente a la alianza terapéutica y al cambio clínico:

Las escenas cruciales de Juan en la sesión son cuatro

1) Catarsis:

Ejemplo: 3 P: el paciente vuelve a tirar de la misma posición, falla otra vez al blanco] “¿¡Por qué?! “[Tono colérico]

2) Triunfar mediante el fracaso propio y ajeno:

Ejemplo: 14P [interrumpe con risa exaltada] “ja, ja, ja. La fiché” [apunta con los ojos a una banqueta en posición oblicua y aún más alejada al blanco que la que hasta ahora eligió para arrojar. Se sube y desde la posición de parado, va a tirar]

3) Aceptación de las pautas comunes a ambos, terapeuta y paciente: Ejemplo: 22 P [El paciente acata el pedido de frenar, profiere una risa] “No te vi”

4) Explorar la actitud competitiva: Ejemplo: 25. P: “¡Dale, dale!” [Juan cambia a una posición de tiro, se ubica en línea recta al blanco, comienza a acertar más seguido y cuando marra el tiro no adopta una actitud eufórica]

1) Función obstructiva de la catarsis

Escena	Componentes	Función
--------	-------------	---------

¿¡Por qué!? [tono colérico]	Frase eufórica, componente paraverbal eufórico	Obstructiva La pregunta colérica expulsa al sujeto capaz de albergar esa pregunta (y transformarla en pruebas de ensayo y error destinadas a corregir el problema de la falla en la puntería)
--------------------------------	--	---

2) Función obstructiva de la escena de triunfo mediante el fracaso propio y ajeno

Escena	Componente	Función
El paciente arroja un proyectil desde la banqueta, [No acierta al blanco]: ¡loooo! [tono exaltado]	Hegemónicos: Acto motriz disfórico, frase eufórica, componente paraverbal eufórico, Subcomponentes Disposición a acordar ciertos requisitos (momento de efectuar tiro, conteo de puntos, etc.)	Obstructiva: La frase y el componente paraverbal envuelven al fracaso en el acto de arrojo y en el juego competitivo en un estado eufórico. Éste resulta un consuelo que le facilita mantenerse apegado al error e instilar un sentimiento de fracaso en el terapeuta

3) Función constructiva de la escena aceptación de las pautas comunes a ambos, terapeuta y paciente

Escena	Componentes	Función
El paciente acata el pedido de frenar su acto de arrojamiento del proyectil, profiere una risa] No te vi	Motricidad funcional, componente paraverbal eufórico, frase funcional	Constructiva: La motricidad con la que controla la precipitación del acto y la frase (pedido de disculpas) toman el comando para acatar una norma de juego

4) Función constructiva de la escena explorar la actitud competitiva

Escena	Componentes	Función
¡Dale, dale! [Juan cambia a una posición de tiro, se ubica en línea recta al blanco, comienza a acertar más seguido y cuando marra el tiro no adopta una actitud eufórica]	Frase eufórica, motricidad aloplástica al servicio de la práctica de ensayo error (no acierta al blanco, cambia la posición de tiro), actitud de juego sensata	Constructiva: Esta escena, que surge tras la rectificación del rumbo clínico del terapeuta, constituye una confirmación hacia el terapeuta acerca de la fecundidad de la nueva estrategia clínica

Consideración general acerca del aporte del paciente en el fragmento:

Tal como en el primer fragmento, Juan presenta una disposición a transformar ciertos problemas psíquicos en catarsis. En el segundo fragmento se agrega

más insistentemente una disposición a – en lugar de aprender – hacer del fracaso propio y del ajeno, una vivencia de triunfo. Podemos inferir que, entre los elementos psíquicos evacuados, se incluyan el deseo de ser rescatado de la adhesión a esos mecanismos patógenos y algunos de sus efectos, entre ellos el de malograr el acceso a actitud competitiva. Las escenas a las que nos referimos (catarsis y triunfar mediante el fracaso propio y ajeno) tienen un fuerte componente obstructivo. Cabe enfatizar, sin embargo, que cuando el terapeuta aporta intervenciones clínicas más ajustadas a la situación psíquica del paciente, en éste cobra resalto un componente mejor dispuesto a la alianza terapéutica y al cambio clínico (Juan escucha con más confianza, cesa el falso triunfalismo, explora con mayor compromiso la actitud competitiva). Su disposición hacia la alianza terapéutica y el cambio clínico es favorable desde la perspectiva que cuando el terapeuta afina más su estrategia y sus intervenciones, Juan con sus respuestas ratifica al analista.

La alianza terapéutica y el cambio clínico en el fragmento

Durante buena parte del fragmento se produce un desencuentro vincular. El paciente apela a escenas (catarsis, triunfo mediante el fracaso propio y ajeno) que inhabilitan el procesamiento psíquico y el aprendizaje. Sus actos de arrojar al blanco lo mantienen apegado al error, pero a través de la combinación acto de habla y componente paraverbal eufórico, promueve el efecto triunfal con el que se desconecta de la vivencia de fracaso. El nivel paraverbal es el baluarte más sólido de la postura de triunfar con el fracaso propio y ajeno al transformar el fracaso motriz en estados eufóricos. El terapeuta retroalimenta esta disposición resistencial con intervenciones (propuestas de cambio de posición) que apuntan a una capacidad reflexiva de Juan, que el paciente no puede activar en ese momento. Existe empero, una zona de coincidencia relativamente libre de conflictos durante todo el fragmento: es el seguimiento de las modificaciones en el tanteador. El terapeuta logra captar el desencuentro y cambia su estrategia cuando comienza a producir una seguidilla de intervenciones (que apuntan al contrato, que objetan el argumento de la “comodidad”) tendientes a establecer un orden, encuadre, etc. Es el aporte del terapeuta a la alianza terapéutica y al cambio clínico. El paciente capta el cambio del terapeuta y modifica su alianza terapéutica reacciona favorablemente. Se deja influir por la palabra del terapeuta, acepta sus

propuestas tal como hacen los pacientes colaborativos cuando el terapeuta afina su enfoque. Suponemos que se produce cambio clínico, ya que Juan cesa el uso de las defensas patógenas (en los tres niveles en los que la estudiamos) y comienza a explorar una nueva posición: la de acatar los hechos y explorar disponerse a jugar con compromiso juegos competitivos.

Estudio de la complementariedad estilística en el fragmento

Paciente: escena	Paciente: deseo y defensa	Estilo de la Intervención del terapeuta	Logro/no logro de la complementariedad
Catarsis	Libido intrasomática y desestimación exitosa del afecto	Deseo FU (consejos, localizaciones espaciales) Deseo A2	Complementariedad no lograda Complementariedad lograda

<p>Triunfo mediante el fracaso propio y el ajeno</p>	<p>Deseo O1 (paradoja lógica), O2 (tono exaltado) y A1 combinados con desmentida exitosa</p>	<p>Deseo FU (auto interrupciones) Deseo A1(acto de arrojo)+ Deseo A2 (contrato, confirmación de la opinión ajena) Deseo A2 (encuadre) Deseo A2 (Anticipación) +Deseo A1 (acto de arrojo certero) Deseo A2 (síntesis)</p>	<p>Complementariedad no lograda Complementariedad lograda Complementariedad lograda Complementariedad lograda</p>
--	--	--	--

<p>Aceptación de las pautas comunes a ambos, terapeuta y paciente</p>	<p>Deseo A2 (requisitos para ambos jugadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - solo tirar después que el adversario haya salido de la zona adyacente al blanco -que antes de cada tiro propio, ambos jugadores establezcan un acuerdo acerca de los puntos que sumó el contendiente en el tiro anterior. -que después del acto de arrojó se pongan de acuerdo respecto al lugar del blanco en que pega cada tiro y adjudicarle un puntaje -utilizar solo los proyectiles que están en uso 	<p>Deseo A2</p>	<p>Complementariedad lograda</p>
---	---	-----------------	----------------------------------

Explorar la actitud competitiva	Deseo A2 (luego de errar, cambia de posición de tiro: inviste la práctica de ensayo - error) FU (adopta una actitud competitiva) FG (frase exclamativa)	Deseo A2 (síntesis)	Complementariedad lograda
---------------------------------	---	---------------------	---------------------------

Comentario acerca de la complementariedad estilística en el fragmento

Juan, ante los primeros yerros en los tiros apela a la catarsis con la cual pretende protegerse del compromiso afectivo con el juego competitivo y con el terapeuta. Éste no logra captar el procedimiento e interviene sobreestimando la capacidad pensante del paciente al dirigirse con frases FU (consejos). De este modo inadvertidamente, contribuye a que el paciente se refugie en la escena de triunfar con el fracaso propio y ajeno. Durante la hegemonía de esta escena en Juan, el terapeuta produce tres tipos de intervenciones. Las que corresponden al lenguaje FU (auto interrupciones) ahondan el desencuentro vincular. Los actos de arrojo del proyectil (A2\FG) constituyen un estímulo para promover un contrato (contabilizar los puntos del contrincante antes que hacer el próximo acto de tiro). El paciente responde con la escena aceptación de las pautas comunes para ambos jugadores.

Las intervenciones de contrato (A2) - que condiciones deben darse para realizar el tiro, atribuir un puntaje, etc.- encuentran en Juan, la disposición a una escena A2 (a la cual denominamos aceptar pautas comunes). Se produce una zona de encuentro a través de la cual el terapeuta hace llegar las frases que promueven una inhibición funcional del acelere (motriz, dispersión de la atención). Constituyen la estrategia del terapeuta en pos de desactivar la catarsis y el acelere. Veamos: La primera intervención de contrato -3A- tiende a interferir en

el acelere motriz (interpolando pausas entre un tiro y el próximo) y en la euforia fuera de contexto (al convocarlo a registrar la diferencia de eficacia entre ambos ejecutantes). La segunda -16A- se propone acotar la dispersión de la atención (al utilizar un número limitado de proyectiles, evitar la proliferación de nuevos objetos que pueden dispersar la atención). Con la tercera -18 A- acentúa su esfuerzo por frenar el acelere motriz (cabe agregar que ninguna de las intervenciones apunta directamente sobre el componente paraverbal de Juan, que constituye el empuje más firme del sentimiento eufórico en el fracaso.

Las intervenciones de contrato (A2) producen un acotamiento creciente en el desenfreno que Juan esgrime durante la primacía de la escena de triunfar a costa del fracaso propio y ajeno.. Durante buena parte del fragmento, la escena de triunfo mediante el fracaso propio y ajeno y la escena aceptación de las pautas comunes, coexisten. Mientras es hegemónica la escena de triunfo, la de pautas comunes es un subcomponente.

Otro tipo de intervención A2, ulterior, es una anticipación de un hecho concreto (19 A), la cual apunta a desactivar la repetición del mecanismo defensivo. Se acompaña de un acto de puntería certero (A1). En su respuesta (24P) el paciente informa, no como hasta entonces solo el tanteador del terapeuta sino el resultado del partido, muy desfavorable para él. Luego de hacerlo, cesa en la producción de paradojas lógicas, tonos exaltados y catarsis. Inferimos que en este momento Juan logra conectar el resultado del juego con ciertos sentimientos (vergüenza, orgullo herido) que ahora hacen de freno inhibitorio a la continuidad de la escena de triunfar mediante el fracaso propio y ajeno. En su última intervención A2 (20 A), el analista sintetiza intervenciones previas. Hace eje nuevamente en el cambio de posición de tiro. La respuesta de Juan (25P) configura una nueva escena: la actitud competitiva. Tiene una composición compleja. Combina elementos motrices FU (cambia de posición de tiro) y A2 (el cambio de lugar de tiro anuncia la investidura de la práctica de ensayo error, por la que supedita la posición de arrojo a los resultados de los disparos) y frases FG (énfasis). Las dos últimas intervenciones A2 desactivan la escena de triunfar a costa del fracaso ajeno y el propio y – creemos- abren el terreno al cambio clínico que se expresa en la escena que denominamos explorar la actitud competitiva.

Muestra I. Tercer fragmento clínico:

[En este fragmento el paciente propone jugar a lo siguiente: cada uno tiene que crear su proyectil y luego, la meta del juego es hacer puntería en el cuerpo del adversario. El que suma más puntos, gana. Juan construye rápidamente su arma, el terapeuta evidencia dificultades en lograrlo]

1.A [interrumpiendo] estoy preparando mis... mi instrumento de remates [el analista no logra crear un objeto que dispare proyectiles]

2. P: pero así obvio que no te va a disparar. ¿Puedo ir? [Mientras pregunta, se acerca a la posición del terapeuta para ayudarlo con su arma]:

2. A: sí

2. P: [Inspecciona el arma del terapeuta con el objetivo de corregirla. Tras hacerlo dice:] algo anda mal

3. A: algo anda mal, ya la vez pasada lo habías...

3P: [interrumpiendo] ¡Nooo, sacá esto, ya entendí! El problema es simple. Ponemos... [Juan intercala actos motrices: agrega ladrillos en el arma modificando su estructura] ¡Para que largue más! [Se refiere a que los tiros vuelen más lejos]. Y ahora, ponemos... [El paciente adosa otros ladrillos al arma. Luego realiza algunos ensayos acerca del funcionamiento del arma] No, no, no me sale

4. A: yo le había hecho como un pequeño agujero

4 P: ya ¡Ya lo sé, ya lo sé, ya lo sé!

5. A para que no se...

6. P: [interrumpiendo] hay que sacar esto ver... esto amarillo

6. A: sí

7. P: y esto verde, ponemos ahí, encima queda más honda ¿viste? Como cañones, ¿viste? [sonrisa] Ponemos ahí... y ponemos... ¿a ver si mejoran tus tiros? [El propio Juan prueba con un tiro, el proyectil vuela]

¡Ah no, perfecto! [Expresa satisfacción por el resultado del arrojó]

7.A: puede ser

8. P: a ver [Le entrega la pistola al terapeuta]

Tenem...tenés que hacer así: cargar ahí

8.A: ajá

9.P: mirá

9. A: me estás ayudando con mi arma evidentemente. A ver si puedo... ¿Acá decís? [señala el lugar desde donde se arrojan los proyectiles]

10. P: como yo, mirá [muestra como cargar el arma]

10. A: ajá, bueno, a ver...[El terapeuta manipula el instrumento de tiro]

11. P: ¡a ver!

11. A: a ver si sale

12. P: ¡ay! No, es así mirá: vos te tenés que...cargar... a vos te conviene cargar en una, uno

12. A: sí

13. P: uno, ahí

13. A: sí

14. P: apretás bien

14. A: sí

15. P: tenés que, tiene que...

15. A: movés el dedo no más

16. P: sí, movés el dedo, no tenés que hacer ahí, porque así te va a hacer...

16. A: ¿así? Esperá, esperá, está bien, correte, correte, vamos a ver de cual... así [el terapeuta prueba tirar según las indicaciones del paciente]

17. P: ¡ahí!

17. A: ahí está. Bueno, me diste una mano para armar el arma

Análisis de los deseos y defensas en los actos de habla, elementos paraverbales y las motricidades del paciente

Análisis sintagmático del paciente: turno del habla

Frase	Deseo	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominante	Defensa
pero así obvio que no te va a disparar ¿Puedo ir?						X			A2	Acorde a fines exitosa
Algo anda mal						X			A2	Acorde a fines exitosa

<p>[interrumpiendo] ¡Nooo, sacá esto, ya entendí! El problema es simple. Ponemos... ¡Para que largue más! Y ahora ponemos... No, no, no me sale</p>			X		X	X	x	A2	Creatividad fracasada
<p>¡ya, ya lo sé, ya lo sé, ya lo sé!</p>					X		x	FG	Creatividad exitosa
<p>[interrumpiendo] hay que sacar esto ver... esto amarillo</p>				X	X	x		A2	Creatividad exitosa

y esto verde, ponemos ahí, encima queda más honda ¿viste? Como cañones, ¿viste? Ponemos ahí... y ponemos... ¿a ver si mejoran tus tiros? [Prueba con un tiro] ¡Ah, no perfecto!						X	X	X	A2	Creativida d exitosa
a ver[entrega el arma] tenem... tenés que hacer así: cargar ahí							X		FU	Acorde a fines exitosa
Mirá								X	FG	Acorde a fines exitosa
como yo, mirá								X	FG	Acorde a fines exitosa
¡A ver!								X	FG	Acorde a fines

										exitosa
¡Ay! No, es así mirá: vos te tenés que...cargar... a vos te conviene cargar en una, uno						X	X	X	FU	Acorde a fines exitosa
Uno, ahí							X		FU	Acorde a fines exitosa
Apretás bien							X		FU	Acorde a fines
Tenés que, tiene que...							X		FU	Represión exitosa
Sí, movés el dedo, no tenés que hacer ahí, porque así te va a hacer...						X	X		FU	Acorde a fines
¡Ahí!							X	X	FG	Acorde a fines exitosa

Análisis de las motricidades del paciente

Acto motriz	Deseo	Defensa	Estado
Se acerca a la posición del terapeuta para ayudarlo con su arma	FU	Creatividad	Exitosa
Inspecciona el arma del terapeuta con el objetivo de Corregirla	A2	Creatividad	Exitosa
Juan agrega ladrillos en el arma modificando su Estructura	A2	Creatividad	Exitosa
Adosa otros ladrillos al arma	A2	Creatividad	Exitosa
Prueba con un tiro	A2	Creatividad	Exitosa
Le entrega la pistola al terapeuta	A2	Creatividad	Exitosa
Muestra como cargar el arma	FG	Creatividad	Exitosa

Análisis paraverbal del paciente

Manifestación	Deseo	Defensa	Estado
Sonrisa	FG	Creatividad	Exitosa

Correlación entre actos de habla y actos motrices del paciente

Acto motriz	Deseo Defensa Estado de la defensa	Acto de habla	Deseo Defensa Estado de la defensa
1) Se acerca a la posición del terapeuta para ayudarlo	FU, creatividad exitosa	Pero así obvio que no te va a disparar ¿Puedo ir?	A2, acorde a fines
2) Inspecciona el arma del terapeuta con el objetivo de corregirla	A2, acorde a fines	Algo anda mal	A2, acorde a fines
3) Juan agrega ladrillos en el arma modificando su estructura [estos actos motrices se intercalan entre las dos vocalizaciones. Comienza luego de la autointerrupción y culmina antes de la información concreta]	A2, creatividad exitosa	Ponemos... [acto motriz intercalado] ¡Para que cargue más!	FU, A2 creatividad
4) Adosa otros ladrillos al arma	A2, creatividad exitosa	Y ahora ponemos...	FU, Funcn

5) Realiza ensayos acerca del funcionamiento del arma	A2, creatividad fracasada	No, no, no me sale	A2, creatividad fracasada
6) Prueba con un tiro (el proyectil vuela)	A2, creatividad exitosa	¿A ver si mejoran tus tiros?	FG, creatividad exitosa
7) Le entrega la pistola al terapeuta	A2, creatividad exitosa	A ver	FG, creatividad exitosa
8) muestra como cargar el arma	FG, creatividad exitosa	como yo, mirá	FG, creatividad exitosa

Comentario de la correlación entre actos motrices y actos de habla: Detectamos una correspondencia entre las dificultades transitorias que encuentra su motricidad manual para construir el instrumento de tiros y los actos del habla disfóricos (episodio 5). Inversamente, los logros motrices se acompañan de actos del habla eufóricos (episodios 6 y 7). Tras lograr construirlo y arrojar exitosamente, se ofrece como modelo (episodio 8)

Correlación entre acto de habla y componente paraverbal

Acto de habla	Deseo Defensa Estado de la Defensa	Componente paraverbal	Deseo Defensa Estado de la Defensa
Como cañones, ¿viste?	FG, creatividad	Sonrisa	FG

Comentario de la correlación entre acto de habla y componente paraverbal

El acto de habla (convocar la atención) y el componente paraverbal (sonrisa) potencian recíprocamente su expresividad

Comentario de conjunto de la correlación entre actos motrices, actos de habla y componentes paraverbales del paciente

La motricidad manual tiene gran importancia en este fragmento. La meta de crear con sus manos un instrumento de tiros promueve algunos fracasos hasta alcanzar la meta. Los actos de habla informan cabalmente de la práctica de ensayo/error que Juan encara. Cuando yerra en el intento de construcción, sus frases informan que el problema no está resuelto. Luego de probar con éxito su creación motriz, sus frases (episodios 6 y 7) tienen una connotación eufórica. Los componentes paraverbales tienen una importancia muy restringida

Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos de habla

Frase	Deseo
1 A [interrumpiendo] estoy preparando mis... mi instrumento de remates	FU (interrupción del discurso ajeno)
2 A sí	FU(acepta ayuda)
3 A algo anda mal, ya la vez pasada lo habías...	Frase interrumpida por el paciente, no se puede evaluar
4 A yo le había hecho como un pequeño agujero	A2 (control del recuerdo propio)
5 A para que no se...	Frase interrumpida por el paciente, no se puede evaluar
6 A sí	A2 (confirmación de la opinión ajena)
7 A puede ser	A2 (duda)
8 A ajá	FU (acompañamiento del discurso ajeno)
9 A me estás ayudando con mi arma evidentemente. A ver si puedo... ¿Acá decís?	FU(pregunta por localización espacial)
10 A ajá, bueno, a ver...	FU (acompañamiento del discurso ajeno) A2(confirmación de opinión ajena),/ FU (autointerrupción)

11 A a ver si sale	A2 (duda)
12 A sí	A2 (confirmación de la opinión ajena)
13 A sí	A2 (confirmación de la opinión ajena)
14 A sí	A2 (confirmación de la opinión ajena)
15 A movés el dedo no más	A2 (consulta por la opinión ajena)
16 A ¿así? Esperá, esperá, está bien, correte, correte, vamos a ver de cual... así	A2 (confirmación de la opinión ajena)
17 A ahí está. Bueno, me diste una mano para armar el arma	O2 (reconocimiento y aprobación afectiva)

Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos motrices

<u>Acto motriz</u>	<u>Deseo</u>
El terapeuta no logra crear un objeto que dispare proyectiles	A2
El terapeuta señala el lugar desde donde se arrojan los proyectiles	FU
El terapeuta manipula el instrumento de tiro	A2

El terapeuta prueba tirar según las indicaciones del paciente	A2
---	----

Análisis sintagmático de conjunto

El fragmento resulta una extensa escena de cooperación entre paciente y analista. Se inicia con el terapeuta interrumpiendo (FU) al paciente y enseguida pasa a describir una situación concreta (A2), que en este caso es el objetivo que persiguen sus acciones manuales (“estoy preparando”...), se autocorrigió (A2) y culmina su descripción (...”mi instrumento de remates”). El paciente reacciona, anticipando mediante una objeción (A2), que no va a resultar exitoso. A continuación en lo que constituye un pedido de permiso (A2) y un acercamiento cauteloso (FU), se ofrece a ayudar en la reparación del instrumento que permita reanudar el juego. El terapeuta en su siguiente intervención, otorga el permiso (A2). Juan, mientras estudia el instrumento, dice “algo está mal”, lo que constituye información de situación concreta y expresión del interrogante “¿qué pasa?” (A2) y una expresión redundante (FG). Todo esto mientras busca detectar cuál es el problema específico del instrumento de remates. El terapeuta confirma la opinión (A2) a la vez que aporta una redundancia (FG) cuando dice “algo anda mal”. Luego es interrumpido por el paciente (FU) para informar (A2) enfáticamente (FG) que comprendió el problema concreto (A2). El terapeuta quiere retomar el hilo, pero el paciente lo interrumpe. Se autocorrigió sintácticamente (A2), mientras, con sus manos, ha comenzado a introducir cambios en el objeto. Informa enfáticamente (A2/FG) acerca del propósito que siguen las modificaciones que está introduciendo, informa y localiza temporalmente (A2/FU) sus acciones sobre el objeto, aunque un instante después se auto interrumpe para informar –A2- que su intento fracasó (“No, no, no me sale”). El terapeuta le informa (A2) de un procedimiento que siguió previamente, incluyendo un atenuador semántico (FU), a lo que el chico le responde redundante y enfáticamente (FG) que ese dato ya lo tiene en cuenta en lo que constituye también un acto de control de pensamiento propio (A2), ya que este modo de hacer callar al terapeuta no parece estar al servicio de descalificarlo, sino sobre todo de mantenerse en estado de atención sobre el problema, no dispersarse. Enseguida interrumpe (FU) al analista, se autocorrigió

(A2) al comenzar a describir su nueva propuesta. El terapeuta confirma opinión ajena (A2). Luego el chico se explaya, considerando especialmente que el terapeuta lo vaya siguiendo en su explicación. Para ello lo orienta espacialmente (FU) y usa recursos FG: -convoca la atención del interlocutor y ejemplifica- Acto seguido invita (FG) al analista a mejorar su tiro, aunque es él mismo quien hace la prueba inaugural con el instrumento modificado El tiro es exitoso, por lo que reacciona festejando enfáticamente (FG). En este fragmento acto motriz, resultado concreto y estado de alegría -que se presentan simultáneamente- tienen armonía entre sí. El terapeuta expresa dudas (A2) pero el chico no se detiene, le entrega el arma al terapeuta, convoca su atención (FG), se autocorrigue sintácticamente (A2) y luego utiliza recursos FU: despliega consejos y orientación espacial (FU) acerca del procedimiento de tiro, el terapeuta acompaña el discurso del paciente (FU). El chico nuevamente convoca la atención del terapeuta (FG), a lo cual el analista responde con una frase compleja que comienza con una frase de reconocimiento y aprobación afectiva (O2), y se continúa con una frase interrumpida culminando con una pregunta acerca de la localización espacial (“acá decís”) – ambas inherentes al erotismo FU-. El chico responde ejemplificando en los hechos, al mismo tiempo que convoca la atención (FG) del terapeuta (“como yo, mirá”). Luego el terapeuta termina la preparación del instrumento, entre acompañamiento del discurso ajeno, y auto interrupciones. Juan convoca el interés del analista (FG) (“¡a ver!”). El terapeuta manifiesta sus dudas (A2) mientras opera con el arma (“a ver si sale”). Juan responde apelando a alternativamente a diversos recursos: FG, al ponerse en el lugar del otro (“¡ay!”), A2 al objetar, (“No, es así”), nuevamente FG al convocar la atención ajena (“mirá”), y FU cuando –sucesivamente- se auto interrumpe (“vos te tenés que...”) comienza a aconsejar y nuevamente se auto interrumpe (“...cargar...”): Culmina retomando el consejo (“ a vos te conviene cargar en una, uno”). El terapeuta va preparando su primera ejecución con el arma refaccionada por el paciente. El chico sigue de cerca la preparación del analista, contribuyendo a familiarizarlo con la manipulación del instrumento, para favorecer su buen uso. En el marco de un diálogo con el terapeuta, sucesivamente lo orienta espacialmente (“uno, ahí”), lo aconseja (“apretás bien”) - recursos FU -. Luego se autocorrigue –A2- y auto interrumpe FU (“tenés que, tiene que...”). A estas intervenciones el analista responde sucesivamente,

confirmando la opinión ajena (A2), y luego completando la frase (FG). El paciente confirma la opinión del analista (A2), objeta A2) y comienza una justificación (A2) que auto interrumpe (FU) en el momento en que el terapeuta se dispone a hacer su prueba. El fragmento culmina con un nuevo festejo, en este caso por el tiro del analista. Es un festejo peculiar ya que en un acto del habla (“¡ahí!”) condensa una afirmación acerca de localización espacial (FU) con un tono enfático (FG)

Detectamos dos motivaciones del paciente para crear la escena de colaborar con el terapeuta. Una apunta a desplegar el juego competitivo (tras construir el arma lo que sigue es el juego competitivo entre paciente y terapeuta). La otra, acaso sea un modo de procesar la gratitud que a esa altura probablemente sienta por el terapeuta (en el fragmento previo, el II, Juan pasa de repudiar a introyectar alguno de los recursos psíquicos –p.ej. el método ensayo/error- que utiliza durante el fragmento III). De modo tal que, en lugar de decir frases como “gracias por lo que aprendí contigo”, se ubica en el lugar de promover que sea el analista quien lo reconozca y le agradezca a Juan.

En todo este fragmento la defensa es funcional, predomina la creatividad, sea en estado fracasado (p. ej. cuando intenta corregir el arma y no llega a buen puerto) o exitoso (p. ej.: cuando logra hacer funcionar el arma).

Propuesta de segmentación para el estudio de alianza terapéutica y cambio clínico:

A grandes rasgos las intervenciones del terapeuta se pueden clasificar en dos grupos

- Las que tienden a aceptar o pedir ayuda u orientación por parte del paciente
- Las que apuntan a valorar el trabajo del paciente en pos de preparar el instrumento de juego del terapeuta

Evaluación del aporte de las intervenciones del terapeuta a la alianza terapéutica y cambio clínico

1) Aceptar o solicitar ayuda del paciente: nos referimos a las intervenciones que se hallan en los siguientes turnos del habla del analista: el 2 (“sí”), el 9 (“...” ¿Acá

decís?”) y 16 (“¿así?”). Con la intervención 2 que acepta el ofrecimiento de ayuda por parte del paciente, habilita un proceso psíquico de Juan (el de colaborar simultáneamente con su analista y con su propio análisis). De ese modo la torpeza manual del analista en vez de obstáculo, se vuelve disparador de una escena anímica que Juan requiere desplegar. En el turno 9 es el propio terapeuta quien solicita orientación (“acá decís”). La respuesta del paciente es ejemplificar con su propia motricidad el modo de realizar determinada acción. El diálogo entre los turnos de habla 12 a 16 contiene consejos y órdenes del paciente para la utilización del objeto que acaba de construir. Concluimos que, con estas intervenciones el analista facilita la consumación de una escena inédita, de cooperación de Juan con el terapeuta y con su proceso terapéutico. De modo que creemos que estas intervenciones aportan constructivamente a la alianza terapéutica y a la consolidación del cambio clínico

2) Las que apuntan a valorar el trabajo del paciente en pos de preparar el instrumento de juego del terapeuta: se hallan en los siguientes turnos de habla, el 9 (“me estás ayudando con mi arma evidentemente”...) y el 17 (...“Bueno, me diste una mano para armar el arma”): Estas intervenciones estimulan efectivamente la continuidad del esfuerzo por cooperar (con el propio terapeuta, con su tratamiento) desplegando prácticas de ensayo / error.

Consideración general acerca del aporte del terapeuta en el fragmento

El repertorio de intervenciones del terapeuta (otorgar permiso, solicitar orientación, aceptar consejos o indicaciones, brindar reconocimiento afectivo) tiene una coherencia interna entre sí: facilitan el afianzamiento del paciente en un lugar específico: el de quien coopera con su analista y de ese modo, con su propio tratamiento. Desde la perspectiva del intercambio en este fragmento es más evidente la contribución del analista a la alianza terapéutica -aportar y sostener a un clima de confianza - y no es tan clara la concreción de cambio clínico ya que la postura cooperativa se presenta desde el mismo comienzo de este tercer fragmento (no deviene como efecto de hechos clínicos acaecidos durante el mismo).

Evaluación de los aportes del paciente a la alianza terapéutica y al cambio clínico:

Las escenas cruciales de Juan en el tercer fragmento son tres: 1) ofrecer ayuda 2) desarrollar una práctica de ensayo/error 3) aconsejar y mostrarle al terapeuta

- Escena ofrecer ayuda 1) Función constructiva]

Ejemplo: 1P: pero así obvio que no te va a disparar. ¿Puedo ir? [Mientras pregunta, se acerca a la posición del terapeuta para ayudarlo con su arma]

Escena	Componentes	Función
Ofrecer ayuda	Frases, actos motrices	Constructiva: ante un terapeuta que se traba en su habilidad motriz Juan aprovecha la circunstancia para desplegar un acto cooperativo (ayudar al terapeuta)

- Desarrollar una práctica de ensayo/error

Ejemplo: P: [interrumpiendo] ¡Nooo, sacá esto, ya entendí! El problema es simple. Ponemos... [Juan intercala actos motrices: agrega ladrillos en el arma modificando su estructura] ¡Para que largue más! [Se refiere a que los tiros vuelen más lejos]. Y ahora, ponemos... [El paciente adosa otros ladrillos al arma. Luego realiza algunos ensayos acerca del funcionamiento del arma]: No, no, no me sale

- Escena desarrollar una práctica de ensayo/error. Función constructiva

Escena	Componentes	Función

Desarrollar una práctica de ensayo/error	Frases (disfóricas eufóricas), actos motrices (fracasados, exitosos)	Constructiva: El método del ensayo error es el instrumento que utiliza para producir el instrumento de juego con el que accede a una actitud colaborativa
--	---	--

□

□ Escena: aconsejar y mostrarle al terapeuta

Ejemplo: 3a) P: como yo, mirá [muestra como cargar el arma]

3b) Tenem...tenés que hacer así: cargar ahí

Escena	Componentes	Función
Escena: aconsejar y ponerse de ejemplo para el terapeuta	Frases eufóricas, motricidad aloplástica eufórica	Constructiva: a través de estas frases y actos motores hace efectiva la actitud cooperativa

Consideración general acerca del aporte del paciente en el fragmento:

Desde la perspectiva de la alianza terapéutica todo el fragmento consiste en una escena de cooperación: el paciente aporta sus recursos creativos para suplir ciertas torpezas objetivas del analista (a quien le resulta difícil construir un instrumento de tiros). Juan se propone cooperar con el terapeuta apelando al método ensayo-error. Lo hace con un fin útil: el de facilitar la preparación de un juego de competencia, a través del cual despliegue su propio análisis y termina logrando su objetivo. Inferimos que estas escenas están promovidas desde la creatividad como defensa saludable, no patógena.

Alianza terapéutica y cambio clínico en el fragmento

La motricidad manual de Juan apela al método del ensayo – error. Su meta es crear un instrumento de tiros Algunos de sus actos de habla informan los avatares de su intento de construcción. Informan que el problema no está resuelto (“No, no, no me sale”) Luego de probar con éxito su creación motriz, sus frases tienen una connotación eufórica (“¡Ah, no perfecto!”). Los componentes paraverbales tienen una importancia muy restringida en este fragmento.

Juan al contribuir con su terapeuta en la preparación de un juego de competencia facilita el despliegue su propio análisis. Es decir que ayuda al analista con el objetivo de impulsarse a sí mismo. Estas escenas están promovidas desde la creatividad como defensa saludable, no patógena

El aporte del analista es constructivo, con su repertorio de intervenciones (otorgar permiso, solicitar orientación, aceptar consejos o indicaciones, brindar reconocimiento afectivo) facilitan el afianzamiento del paciente en un lugar específico: el de quien coopera con su analista y de ese modo, con su propio tratamiento.

Estudio de la complementariedad estilística en el fragmento:

Paciente: escena	Paciente: deseo y defensa	Estilo de la Intervención del terapeuta	Logro/no logro de la complementariedad	
Ofrecer ayuda	Deseo FU (utiliza su motricidad para acercarse) y A2 (pide permiso), combinados con defensas funcionales	FU Acepta ayuda	Complementariedad lograda	

Desarrollar una práctica de ensayo error	Deseo A2(frases de clasificación, justificación de acciones, autocrítica y actos motrices que enlazados, componen una realización del método ensayo/error)	A2 (control del recuerdo propio, confirmación de opinión ajena)	Complementariedad lograda
--	--	---	---------------------------

Comentario acerca de la complementariedad estilística en el fragmento

Juan para desplegar la escena de ofrecer ayuda (ver 1P) apela, prácticamente de modo simultáneo, a una frase A2 que atiende a las formas convencionales (pedido de permiso) y a un hacer FU muy desenvuelto (se acerca a ayudar al terapeuta antes de que éste acepte el ofrecimiento). Esta suerte de precipitación motriz pone de manifiesto que, en el ayudar, se pone en acto un deseo inherente al paciente. El terapeuta en su turno (2 A) responde aceptando la oferta de ayuda (FU). La complementariedad, entre el movimiento del paciente hacia el analista (FU) y la frase del analista que aprueba la propuesta de ayuda del paciente (FU) promueve un nuevo tipo de intercambios (Juan desplegando las prácticas de ensayo/ error).

En la escena desarrollar una práctica de ensayo / error -inherente al deseo A2- el terapeuta acompaña con cuatro intervenciones (3A 4A, 5A y 6A). Solo se pueden evaluar dos de ellas la 4A (control del recuerdo de acciones propias) y la 6A (confirmación de la opinión ajena), ambas inherentes al deseo A2. Podemos decir que ambas son complementarias, ya que no interfieren más bien contribuyen en el despliegue creativo del paciente.

Juan, tras construir y probar él mismo el instrumento, se lo entrega al terapeuta y da inicio a la siguiente escena: aconsejar y mostrarle al terapeuta. Incluye los turnos del habla que van desde el 8 al 17. En ellos se da un intercambio complejo que incluye actos del habla y motricidades. En síntesis podemos

destacar, el 9 y el 17 (el último). En ambos el paciente (ver 9 P y 17 P) expresa actos del habla FG a los que el terapeuta responde con frases FU y fundamentalmente O2 (reconocimiento afectivo). La complementariedad se hace ostensible especialmente a través de las frases O2 mediante las cuales el terapeuta sintoniza con uno de los deseos nodales que motorizan al paciente en este fragmento: el de aprobación afectiva

Muestra I: alianza terapéutica y cambio clínico desde una perspectiva longitudinal

En todo el fragmento I y durante buena parte del fragmento II el vínculo tiene como característica el desencuentro, no se produce alianza terapéutica constructiva ni cambio clínico benigno. Durante el lapso al que nos referimos tanto a la tendencia catártica como la desmentida se constituyen en defensas exitosas. Los elementos paraverbales resultan clave en el sostenimiento del carácter eufórico de la defensa patógena (p. ej. en buena parte del segundo fragmento, en alianza con las frases, logran transformar el fracaso motriz en estados eufóricos). La modificación constructiva se produce durante el fragmento II, en la medida en que el terapeuta cambia de estrategia: cesa de utilizar el estilo fálico uretral e intensifica en el uso de los recursos expresivos inherentes al lenguaje anal secundario (a los actos motrices A2 que utilizó durante todo el fragmento ahora agrega frases de esa misma raigambre erógena). Las frases establecen un nuevo encuadre en la sesión. Este límite de algún modo, alivia al paciente (ya que al ingresar en el circuito de catarsis y desmentida queda atrapado en su repetición). Se produce una ostensible mejora de la alianza terapéutica. El paciente ratifica al terapeuta en esta nueva orientación: escucha con confianza, y acata o pone a prueba las propuestas del analista. A su vez inicia el cambio clínico (cesa la catarsis, la desmentida, comienza a explorar la actitud genuinamente competitiva).

La existencia de cambio clínico se detecta con mucha claridad en la comparación del tercer fragmento con los dos primeros. En el tercero, el paciente apela a la motricidad manual y los actos del habla que se coligan para sostener una práctica de ensayo – error, cuya meta es facilitar el despliegue de dos escenas. Una, inherente a su propio desarrollo psíquico: la del juego competitivo. Otra atinente al vínculo: escena de gratitud. En el tercer fragmento

Juan hace uso de este procedimiento – el método ensayo- error - el cual introyecta en las postrimerías del segundo fragmento En el último fragmento los componentes paraverbales quedan desactivados como baluartes de las defensas patógenas exitosas que mantuvieron durante buena parte de los dos primeros fragmentos

Capítulo 2

Muestra II (Teodoro)

Motivo de consulta

En la primera entrevista los padres de Teodoro, de 10 años de edad, me cuentan que es el quinto y último hijo del matrimonio. Les cuesta mucho dar cuenta del motivo de la consulta; de hecho, se esclarece que ambos progenitores están consultando por la insistencia de María, una de las hermanas de Teodoro (andando el tiempo pude entrever que María, en su propio tratamiento pudo colegir que era importante evitar que la adolescencia de Teodoro transcurriese, como la de ella misma, signada por traumas e incomunicación familiar). Ambos padres coincidían en presentar a Teodoro como un chico “muy independiente”. El embarazo de Teodoro ocurre en la época en que la madre comenzaba a insertarse laboralmente en la empresa familiar. En esa época inicial se configuraron dos expectativas respecto del tratamiento: la de María era que fuese un puente para que Teodoro pueda comunicarse mejor que ella con sus padres. La de los padres era que Teodoro haga su camino sin distraer mayormente las energías parentales (muy abocadas al desarrollo económico). El motivo de consulta subyacente en los padres era que el psicólogo consolide la “independencia de Teodoro” sin insumirle ésta, nuevas exigencias a ellos.

A poco tiempo de trabajar con Teodoro detectamos que promueve hechos cuyo fin era que el interlocutor concluyera que estaba en presencia de un chico “muy independiente”, autosuficiente. En algunas cosas, efectivamente, era autónomo (por ejemplo, en el estudio). La autosuficiencia se evidenciaba también en el modo de atravesar ciertos síntomas (relevados en el tratamiento) como sus estados de mareo sin informar ni pedir ayuda a ningún familiar.

Cada tanto utiliza mentiras de patas cortas, como cuando dice conocer y poder explicar muy bien teorías de gran complejidad (por ejemplo, acerca del origen del mundo) y en los hechos no logra hacerlo

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 que 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 ésta 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 otro 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

Muestra II Primer fragmento clínico

[Nota aclaratoria: El juego que ocupa a paciente y terapeuta en el siguiente fragmento, es el de las Damas. En una sesión previa Teodoro afirmó saber jugar Damas, aunque el primer partido durante el tratamiento, ocurre en el fragmento siguiente. A poco de comenzar los partidos el terapeuta tuvo la clara sensación de que Teodoro desconocía reglas básicas del juego. Cabe agregar que en esa época del tratamiento el paciente comenzaba a lograr desarrollar partidas de principio a fin, imponiéndose a una tendencia a suspender la continuidad de los juegos en especial cuando la situación de las partidas se le volvía desfavorable].
[Mientras se desarrollan los preparativos del juego]

1. P: no voy a caer en la trampa
2. P: [Comienza el juego. Durante las primeras movidas tras cada acción de juego del terapeuta, el paciente mueve en espejo]
3. P: [En su turno profiere una frase inaudible con un tono lánguido]

[Tras algunas pocas movidas queda en la situación de eliminar una ficha del adversario -lo que por reglamento de juego es obligatorio- Mueve otra ficha cualquiera. Parece desconocer ese aspecto crucial del juego]

1. A: me la tenés que comer si no te la soplo. Mirá [el terapeuta toma el reglamento y a continuación lo lee]. De acuerdo al reglamento, podemos hacer un reglamento aparte, pero el reglamento dice así: “si un jugador 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... eeeh ¿Estaba ahí la ficha no? Que yo puedo soplarle la ficha si vos no comes esta, obligarte a comerla o renunciar a ambas cosas. Bueno, ¿cómo querés jugar?

4. P: me la comía [tono añorado] [con esta frase anuncia su decisión de jugar acorde al reglamento]

2. A: bueno

Tras unos minutos de juego el terapeuta tiene una posición dominante en el juego, Teodoro ha perdido varias fichas

5. P: no puedo hacer nada [tono de queja]

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

6 P: todos los movimientos que hago me podes comer

4. A: ¡dama! [El analista mueve una ficha y concreta una dama] Te toca a vos.

7. P: [Mueve el paciente]

5. A: [Mueve el analista. Luego dice:] a vos

8. P: ésta se queda ahí [lleva con su dedo, una ficha de un sector del tablero a otro, luego cae en cuenta que no es buena decisión, la devuelve a su lugar anterior. De hace un rato está dubitativo e impotente en el juego]

6. A ¿jugamos con consejos, el adversario puede dar consejos? ¿O cada uno juega solo?

9. P: ¿y por qué consejos?

7. A: no, por si querés

10. P: está bien [con esta frase desecha la ayuda que le brinda el terapeuta]

Análisis de los deseos y defensas en los actos de habla, elementos paraverbales y las motricidades del paciente

Análisis sintagmático del paciente. Turno del habla

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, no se entiende]	No se puede calificar									
Me la comía						X				Acorde a fines
No puedo hacer nada							X	X		Represión fracasada
Todos los movimientos que hago, me podés								X		Represión fracasada

comer										
Esta se queda ahí						X	X			Acorde a fines
¿y por qué consejos?						X				Acorde a fines
Esta bien				x		X				Acorde a fines

Análisis de las motricidades del paciente

<u>Acto motriz</u>	<u>Deseo</u>	<u>Defensa</u>	<u>Estado</u>
El paciente mueve en espejo	O1	Desestimación	Exitosa
Tras algunas pocas movidas queda en la situación de eliminar una ficha del adversario -lo que por reglamento de juego es obligatorio- Mueve otra ficha cualquiera	O1	Desestimación	Fracasada
Mueve el paciente	A2	Creatividad	Exitosa
Lleva con su dedo, una ficha de un sector del tablero a otro, luego cae en cuenta que no es buena decisión la devuelve a su lugar anterior	A2	Acorde a fines	Exitosa

Análisis paraverbal del paciente

Manifestación	Deseo	Defensa	Estado
Tono lánguido	O1	Desestimación	Disfórico
Tono añorado	FG	Creatividad	Eufórico
Tono de queja	O2	Desmentida	Disfórico

Correlación entre actos motrices y actos de habla del paciente

<u>Acto motriz</u>	<u>Deseo,</u> <u>defensa,</u> <u>estado</u>	<u>Acto de</u> <u>habla</u>	<u>Deseo,</u> <u>defensa,</u> <u>estado</u>
lleva con su dedo, una ficha de un sector del tablero a otro, luego cae en cuenta que no es buena decisión, la devuelve a su lugar anterior	A2, acorde a fines, exitosa	esta se queda ahí	FU, acorde a fines, exitosa

Comentario de la correlación entre actos motrices y actos de habla del paciente

La combinación de acto motriz y frase pone de relieve la puesta en acto del aprender de la experiencia (con la motricidad manual, efectúa la práctica de ensayo- error, luego la frase FU pone de relieve el resultado de la prueba (dejar la ficha donde estaba antes de la prueba)

Correlación entre actos de habla y componentes paraverbales del paciente

<u>Acto de habla</u>	<u>Deseo</u> <u>Defensa</u> <u>Estado</u>	<u>Elementos paraverbales</u>	<u>Deseo</u> <u>Defensa</u> <u>Estado</u> (de los componentes paraverbales)
1)me la comía	A2, acorde a fines exitosa	tono añado	FG, creatividad exitosa
2)no puedo hacer nada	FU, represión fracasada	tono de queja	O2, desmentida (disfórico)

Comentario de la correlación entre actos de habla y componentes paraverbales:

En el primer episodio, la frase expresa la aceptación a la opción de jugar aprendiendo las reglas, se acompaña de un tono añado (gracias a esta combinación Teodoro logra exponerse a la experiencia de aprender un juego en estado eufórico). El segundo episodio resulta diverso, la frase de impotencia (defensa fracasada, estado disfórico) acompañada por un tono de queja – también disfórico -ponen de relieve la vivencia de fracaso en que lo sume incursionar en la exploración de un juego nuevo.

Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos de habla:

Frase	Deseo

Me la tenés que comer si no te la soplo. Mirá [el terapeuta toma el reglamento y a continuación lo lee]. De acuerdo al reglamento, podemos hacer un reglamento aparte, pero el reglamento dice así: "si un jugador 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 comes esta, obligarte a comerla o renunciar a ambas cosas. Bueno, ¿cómo querés jugar?	A2(opciones)
Bueno	A2 (confirmación de la opinión ajena)
¿Por qué no? Ah, porque te la como acá	A2 (confirmación de la opinión ajena)
¡Dama! Te toca a vos.	A2 (contrato)
A vos	A2 (contrato)
¿Jugamos con consejos, el adversario puede dar consejos? ¿O cada uno juega solo?	A2(opciones)
no, por si querés	A2 (aclaración)

Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos motrices:

Acto motriz	Deseo
El terapeuta toma el reglamento	A2
Mueve una ficha y concreta una dama	A2
En su turno, mueve una ficha	A2

Análisis sintagmático de conjunto

La primer frase de Teodoro (“no voy a caer en la trampa”) tiene como función brindar información falsa acerca de su experiencia en el juego de Damas (se presenta como un jugador capaz de anticipar las movidas del adversario siendo un novato). Constituye una paradoja lógica (combinación de deseo O1 y desmentida exitosa) con la que pretende borrar la diferencia entre el lenguaje y la realidad en cuestión. La defensa es exitosa mientras el mover en espejo disfraza la falta de conocimiento del juego. Sin embargo un instante después, una frase dicha en tono lánguido (3P) anticipa una nueva movida del paciente, tras la cual el terapeuta advierte que Teodoro es novato en el juego. Estas dos últimas manifestaciones expresan el pasaje de la desmentida, de exitosa a fracasada. En el fragmento el paciente pasa de la defensa patológica exitosa, a su fracaso sin que el analista intervenga de otra forma que desarrollando su rol en el juego de mesa. El terapeuta, logra rescatarse cuando deja de creer en las palabras de Teodoro y jerarquiza los hechos (cuando el juego exige una acción específica (comer una ficha) el paciente no puede responder). Tras rectificarse el terapeuta inicia su intervención (1A), convocando la atención del paciente (“mirá”-FG-) y apelando a la lectura del reglamento (A2). Culmina esa extensa intervención preguntando a Teodoro por como jugar –FG- (“Bueno, cómo querés jugar”) y presentando alternativas (A2) en ese caso, dentro del reglamento. Teodoro opta porque la partida siga las pautas reglamentarias (contrato A2). Lo anuncia (4P) a través de una dramatización (tono añorado, FG).

La continuidad del juego expone una nítida supremacía del terapeuta. Teodoro responde a esta situación con dos frases casi consecutivas (5P, 6P). La primera (no puedo hacer nada) condensa una expresión de impotencia (FU + represión fracasada) acompañada de un tono de queja (O2 y desmentida fracasada). El terapeuta no se conmueve, sigue desarrollando su juego. El paciente apela entonces a una exageración (todos los movimientos que hago me podés comer). Un poco después, Teodoro con su motricidad (8P), expresa las dudas respecto de las decisiones de juego. El analista (6A) 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). Con esta última intervención se propone rebajar la dimensión competitiva del juego, sostener al paciente en la continuidad de la experiencia. El paciente pregunta el porqué 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 (10P) responde aludiendo a un estado afectivo (“está bien” O2 y defensa funcional). En los hechos logra desplegar la partida hasta el final de la misma.

Durante el fragmento el paciente ingresa entrapando al terapeuta en una paradoja lógica, sin embargo, tras la intervención del analista - la primera de las opciones - el paciente consiente exponerse como un jugador inexperto ante un rival con muchos más recursos. Las diferentes acciones que promueve (expresar impotencia, quejarse, dudar) expresan esa vivencia inherente al jugador novato (la de insuficiencia de recursos). Quizás, todo este conjunto de manifestaciones, está al servicio de monitorear la disponibilidad del analista para ofrecer ayuda. Luego de que el terapeuta efectivamente la ofrece (al formular la segunda de las opciones), el paciente afirma su deseo de desarrollar el juego hasta el final. Las experiencias de aprendizaje incluyen “pagar derecho de piso”: padecer la diferencia de habilidad con un adversario y perder con frecuencia. Concluimos que las escenas del intercambio en que Teodoro transcurre como jugador novel está comandada por defensas funcionales, no patógenas.

Propuesta de segmentación para el estudio de alianza terapéutica y cambio clínico:

A grandes rasgos las intervenciones del analista se pueden clasificar en

- Las que tienden a desplegar un rol de adversario en el juego

- Las que durante el juego apunta a ofrecen opciones al paciente

Evaluación del aporte de las intervenciones del terapeuta a la alianza terapéutica y cambio clínico

- 1) desplegar un rol de adversario durante la partida: se trata de las intervenciones incluidas, p. ej. en los siguientes turnos del habla del terapeuta: el 4 (¡dama! [El analista mueve una ficha y concreta una dama]), el 5. El desarrollo de la función de adversario se hace eficaz principalmente a través de la movida de las fichas, es decir de la motricidad orientada en relación a las reglas del juego. Acaso, el juego desenvuelto del analista, contribuya a propiciar la caída de la desmentida exitosa (perdura mientras Teodoro mueve en espejo y cesa cuando profiere un sonido lánguido, a lo que ulteriormente se agrega la movida de ficha que pone en la pista al terapeuta sobre su condición de novel jugador). En la continuidad del fragmento, el desempeño de este rol por parte del analista, empuja a que Teodoro se vea en la encrucijada de decidir atravesar las vivencias inherentes a un jugador inexperto y a desplegar una partida hasta el final
- 2) las intervenciones que presentan opciones al paciente: se trata de las intervenciones incluidas en los siguientes turnos del habla del terapeuta: el 1 (... “De acuerdo al reglamento, podemos hacer un reglamento aparte, pero el reglamento dice así:...Bueno, ¿cómo querés jugar?”), el 6 (“¿jugamos con consejos, el adversario puede dar consejos? ¿O cada uno juega solo?”). A la primera de las opciones (“... De acuerdo al reglamento, podemos hacer un reglamento aparte, pero el reglamento dice así:...Bueno, ¿cómo querés jugar?”), el terapeuta la plantea tras percatarse que Teodoro no sabe jugar. A través de la presentación de opciones, le ofrece aprender a jugar. De este modo le abre al paciente un camino por el cual emerger del estado disfórico e ingresar en una decisión, la de aprender a jugar en lugar de simular saber hacerlo. El paciente aprovecha esta intervención del analista para pasar del fracaso de la desmentida (2 P) a embarcarse en un proyecto vincular, el de aprender un juego de mesa (3 P). Inferimos que en esa transformación del paciente acontece un modificación de la alianza terapéutica (el terapeuta pasa de ser ubicado como objeto de una

mentira a un sujeto del cual es posible recibir algo nuevo) y un cambio clínico benigno (de la desmentida a una apertura a aprender del reglamento). La segunda de las opciones 6 A (¿jugamos con consejos, el adversario puede dar consejos? ¿O cada uno juega solo?), es propuesta tras las expresiones de impotencia y dudas del paciente durante el juego (4 P, 5 P y 7 P). A esa altura Teodoro ya conoce algunas reglas básicas de juego, aunque sus conocimientos no le alcanzan para formular un proyecto de juego en la situación concreta en la que se halla durante el partido. La intervención apunta a brindar la opción de recibir apoyo en esa peculiar encrucijada (la de carecer recursos). El paciente opta por seguir jugando solo. Implica un recupero de la orientación respecto a lo que es importante en esta circunstancia: no interrumpir la experiencia de jugar el partido hasta su finalización. Consideramos que este tipo de intervención aporta al monitoreo de la alianza terapéutica (testea si, Teodoro por exponer una creciente impotencia ante el terapeuta-adversario, resiente el vínculo de confianza. Ofrece constituir el lugar de consejero) como al cambio clínico. Respecto de éste, se presenta en una de las opciones (aprender, jugar solo) que el terapeuta ofrece y, en cada caso, el paciente escoge.

Consideración general acerca del aporte del terapeuta en el fragmento

El desempeño de la función de adversario y la presentación de opciones tienen una cierta secuencia lógica interna. A través de la primera el analista – inadvertidamente- empuja ciertos desenlaces en Teodoro: la caída de la desmentida, el desenvolverse genuinamente como jugador inexperto, el afrontar la derrota. Con las intervenciones que denominamos presentación de opciones el terapeuta en la primera de ellas ofrece jugar acorde al reglamento o “hacer un reglamento aparte”. En la segunda da a elegir entre mantenerse en el lugar de adversario o pasar a ocupar el de consejero. Las propuestas clínicas subyacentes (aprender a jugar realmente en vez de montar una ficción de conocimiento, explorar el juego competitivo y en ese marco, exponerse a perder), constituyen una señal a la alianza terapéutica: que el terapeuta considera que aprender de otro, sostener la situación competitiva (los cambios subjetivos) valen en la medida de que, en el trance de hacerlo, no se dañe el vínculo afectivo entre ambos. Cabe rescatar que Teodoro, puesto a decidir, elige en cada caso la opción psíquicamente más exigente (aprender de otro,

afrentar un juego hasta las últimas consecuencias), lo que contribuye a su cambio clínico. Notamos que la alianza terapéutica también se fortalece, en la medida que el paciente con sus respuestas reafirma las intervenciones del analista que lo rescatan de la postura de aprender del otro sin que éste se percate. Se constata que el terapeuta hace un aporte constructivo a la alianza terapéutica y al cambio clínico.

Evaluación de los aportes del paciente a la alianza terapéutica y al cambio clínico:

Las escenas cruciales de Teodoro son:

Aprender del analista sin que éste lo advierta

Ejs:

[Mientras se desarrollan los preparativos del juego] no voy a caer en la trampa

[Comienza el juego. Durante las primeras movidas tras cada acción de juego del terapeuta, el paciente mueve en espejo]

Escena aprender del analista sin que éste lo advierta: función constructiva

Escena	Componentes	Función
Aprender del analista si que éste lo advierta	Frases eufóricas, motricidad manual fracasada, elemento paraverbal disfórico (tono lánguido)	Constructiva: Si bien la escena tiene como meta erigir una actitud impostada (el que aprende de otro que no se percata del proceso), un elemento paraverbal (el tono lánguido) y otro motriz (una movida fuera del reglamento) para el terapeuta se vuelven señales de advertencias que aprovecha

2) opta por jugar ateniéndose a las reglas

Ej. : me la comía [tono añorado]

Escena opta por jugar ateniéndose a las reglas: función constructiva

Escena	Componentes	Función
Opta por jugar ateniéndose a las reglas	Frase eufórica, elemento paraverbal eufórico(tono añado)	Constructiva: Se apoya en la propuesta más orientada del analista (presentación de opciones) para pasar del deseo de aprender sin que el otro se percate a la disposición a aprender en el intercambio vincular

3) Desplegar la vivencia de insuficiencia de recursos de quien se inicia en un aprendizaje

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

Todos los movimientos que hago me podes comer

Escena desplegar la vivencia de insuficiencia de recursos de quien se inicia en un aprendizaje: función constructiva

Escena	Componentes	Función constructiva
Desplegar la vivencia de insuficiencia de recursos de quien se inicia en un aprendizaje: función constructiva	Frases disfóricas tono (queja) actos motrices (ensayo error)	Las diferentes acciones que promueve (expresar impotencia, quejarse, dudar) procesan la vivencia inherente al jugador novato (la de insuficiencia de recursos). Contribuyen a afrontar la experiencia de jugar hasta el final

		del partido.
--	--	--------------

4) optar por jugar solo

Ej: está bien [con esta frase desecha recibir la ayuda que le ofrece el terapeuta]

Escena optar por jugar solo: función constructiva

Escena	Componentes	Función
optar por jugar solo	Frase eufórica	Constructiva: la decisión de mantener el vínculo de rivales de juego hasta el fin de la partida, sin interrumpirla, promueve la incursión subjetiva en la vivencia de atravesar la derrota

Consideración general acerca del aporte del paciente en el fragmento:

Durante la escena que denominamos “aprender del otro sin que éste lo advierta”, se concentran la desconfianza, el deseo de mantener desorientado al analista. Luego, el tono lánguido, evidencia una claudicación en el deseo de aprender secretamente del otro. Al intentar entender este cambio nos preguntamos cuanto puede haber influido el desempeño del rol de adversario por parte del terapeuta (en el arruinamiento de la continuidad de la defensa patógena). Luego de que cae la defensa patógena, Teodoro se vale de las propuestas más orientadas del analista para experimentar vivencias nuevas

(opta por jugar ateniéndose a las reglas, la de mantenerse en la posición de rival hasta el final de un partido que culmina en derrota, etc.). Su disposición hacia la alianza terapéutica y el cambio clínico es favorable ya que cuando el terapeuta afina más su estrategia y sus intervenciones, Teodoro con sus respuestas ratifica al analista, aporta a la calidad de la alianza terapéutica (consiente optar entre las propuestas atinadas del terapeuta, lo que es un indicador de confianza) y - con las opciones que elige – tiende a modificar defensas patógenas por otras más benignas (las defensas funcionales destituyen a la desmentida)

La alianza terapéutica y el cambio clínico

Durante la escena que denominamos “aprender del otro sin que éste lo advierta”, prima la desconfianza. Teodoro mantiene al analista con la falsa información que sabe jugar a las Damas. Durante un rato lo logra con la técnica de mover en espejo. Luego, un tono lánguido, y un movimiento de ficha que hace evidente que juega imitativamente, ponen en la pista al analista, quien rectifica sus hipótesis (Teodoro no sabe jugar). Un componente paraverbal y un acto motriz son los que contribuyen a que la defensa patógena pase de exitosa a fracasada. El terapeuta que desde el comienzo venía desplegando un tipo de intervención lúdica – jugando a las Damas - tras percatarse que Teodoro ignora las reglas, concreta una segunda: presenta opciones. Las intervenciones tienen una cierta secuencia, una lógica interna. A través de su desempeño como adversario en el juego de Damas el analista – inadvertidamente- empuja ciertos desenlaces en Teodoro: acaso la vivencia de insuficiencia de recursos que trasunta con su tono lánguido. Con la segunda, luego de leer el reglamento, ofrece como una de las alternativas el jugar acorde a éste. El paciente toma la opción de regirse por el reglamento. Utiliza una frase que acompaña de un tono añorado (gracias a esta combinación Teodoro logra rescatarse de la languidez (inherente al fracaso de la defensa). Aceptar esta alternativa implica ingresar en un vivenciar -inherente al aprendizaje de los juegos competitivos- hasta entonces eludido: el de vérselas en tanto asumido jugador novel con un adversario de mayor experiencia (al asumir esta opción Teodoro se rescata de la posición de aprender de otro imitándolo secretamente). La frase con tono añorado le permite acceder a esas nuevas vivencias - hasta el momento denegadas - en un estado eufórico. Luego el paciente transcurre el procesamiento de la vivencia de su falta de recursos de juego (expresa dudas, y

una impotencia quejosa). Al aproximarse la definición del partido el terapeuta vuelve a ofrecer opciones (mantener /suspender el vínculo de adversario). El paciente opta por jugar solo hasta el final. En la presentación de opciones por el terapeuta y en las elecciones que hace el paciente, se ponen en juego los aportes de ambos a la alianza terapéutica y el cambio clínico. El analista presenta las opciones como resultado de una reorientación (la que tiene lugar cuando cae en cuenta que el paciente no juega con autonomía sino que lo está imitando secretamente). El paciente elige, en cada caso, opciones que facilitan el cambio clínico. En el mismo acto en que toma las opciones que contribuyen al cambio clínico aporta a la calidad de la alianza terapéutica (invierte el sector de las propuestas del analista que tienen potencialidad para propiciar un cambio benigno en las defensas)

Estudio de la complementariedad estilística en el fragmento:

Paciente: escena	Paciente deseo y defensa	Estilo de la intervención del terapeuta	Paciente: escena	Paciente: deseo y defensa	Logro/no logro de la complementariedad
Aprender del analista sin que éste lo advierta	<u>Deseo O1</u> (paradoja lógica) y desmentida exitosa	<u>Deseo A2</u> (mueve las fichas de juego con desenvoltura, propone alternativas)	Opta por jugar ateniéndose a las reglas	<u>A2</u> , funcional	Complementariedad lograda

Desplegar la vivencia de insuficiencia de recursos de quien se inicia en el aprendizaje	Deseo FU y represión fracasada, Deseo O2 y desmentida fracasada, deseo A2, defensa funcional	Deseo A2 (propone alternativas)	Opta por jugar solo(desplegar la experiencia competitiva) hasta el final	FU, funcional	Complementariedad lograda
---	--	---------------------------------	--	---------------	---------------------------

Comentario acerca de la complementariedad estilística en el fragmento:

La escena aprender del analista sin que éste lo advierta (deseo O1 combinado con desmentida) recibe una doble respuesta: motriz (mover las fichas sensatamente) y verbal (frases que presentan alternativas). Ambas corresponden al deseo A2 y aportan complementariedad, ya que el paciente se rescata de su propuesta patógena al optar por jugar ateniéndose a las reglas (decisión que corresponde al deseo A2).

La escena de la vivencia de insuficiencia de recursos de quien se inicia en el aprendizaje (deseo FU y represión fracasada, deseo O2 y desmentida fracasada, deseo A2 y defensa funcional) tiene como respuesta frases que presentan alternativas (deseo A2). El paciente, tras la intervención del analista, se afirma en la decisión de desplegar la experiencia competitiva hasta el final pese a no tener expectativas de triunfo (algo nuevo en Teodoro). De modo que podemos suponer que la última intervención del analista aporta complementariedad, resulta funcional al despliegue del paciente.

Muestra II Segundo fragmento clínico

[Notas aclaratorias: la escena que sigue se trata de una partida de un juego de naipes, el Truco. Es importante destacar que Teodoro propone practicar este

juego en sesión porque cree que es un medio para insertarse más firmemente en el grupo de pares del colegio, ya que durante los recreos los compañeros suelen jugarlo. Teodoro, quien se asume como un jugador novato desea utilizar las sesiones para mejorar su caudal de recursos en este juego]

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

1P: si

2 A: juego. Un tres en la primera. Primera que pasa [El terapeuta describe: tira una carta, que se trata de un tres. A continuación el paciente tira una carta de inferior valor. Es decir que el analista gana en la primera jugada, a eso se refiere con la frase primera que pasa]

¡Truco!

2 P: no quiero

3 A: ¡eeeeeh! [La exclamación tiene un valor de “protesta”]

[Las cartas van al mazo]

3P: [Teodoro toma del mazo las cartas que usó el analista. Las observa]

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

4 P: [El paciente acompaña el comentario con una risa]

¿Por qué no cantaste e...envido? [Su pregunta se refiere al proceder del terapeuta durante el juego]

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

5 P: [acompaña la justificación del terapeuta con una sonrisa] sí. Igual no iba a resistir la segunda mano [sonríe tras finalizar la frase]

Análisis de los deseos y defensas en los actos de habla, elementos paraverbales y las motricidades del paciente

Análisis sintagmático del paciente

Frase	Deseo	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominante	Defensa
-------	-------	----	----	----	----	----	----	----	-----------	---------

Si						X			A2	Funcional exitosa
No quiero						X			A2	Funcional exitosa
¿Por qué no cantaste e...envido?						X	X		A2	Funcional exitosa
Sí. Igual no iba a resistir la segunda mano						X			A2	Creatividad exitosa

Análisis de las motricidades del paciente

Acto motriz	Deseo	Defensa	Estado
el paciente tira una carta	A2	Acorde a fin	Exitosa
toma del mazo las cartas	A2	Creatividad	Exitosa
observa las cartas	O1	Creatividad	Exitosa

Análisis paraverbal del paciente

Manifestación	Deseo	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
Sonrisa	FG	creatividad	exitosa

Correlación entre acto de habla y componentes paraverbales del paciente

Acto de habla	Deseo, defensa, estado	Elementos paraverbales	Deseo, defensa, estado (de los componentes paraverbales)
1)Si	A2 (funcional exitosa)	Sonrisa	FG (creatividad exitosa)
2)Igual no iba a resistir la segunda mano	A2 (funcional exitosa)	Sonrisa	FG (creatividad exitosa)

Comentario de la correlación entre acto de habla y componentes paraverbales:

En ambos episodios, acto paraverbal y frase se combinan para producir un efecto: dotar al intercambio de información que ocurre en el nivel de las frases, de un clima agradable, moderadamente eufórico (el que aporta la sonrisa). La defensa es creatividad exitosa

Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos de habla

Frase	Deseo
Me toca a mí	A2(contrato)
Juego. Un tres en la primera. Primera que pasa ¡Truco!	FU (desafío competitivo)
¡eeeeeh!	FG (énfasis)
Aquí este señor se encuentra con mucho, mucho, mucha carta de mi parte. Dos tres y un ancho de basto	O2 (comprensión empática)
y porque pensé, primero que no tenía mucho y segundo queeee al decirte veinticuatro en la segunda mano, vos ibas a adivinar que carta me quedaba	A2 (justificación de acciones)

Análisis sintagmático de conjunto:

Al inicio de la la partida, el terapeuta informa el turno de juego (A2, ordenamiento), el paciente asiente (A2 confirmación de opinión ajena). Durante el tiempo en que el terapeuta tira su carta y el paciente arroja la suya, aquel describe el hecho concreto (juego. Un tres en la primera. Primera que pasa) -A2- A continuación, despliega un desafío competitivo – FU-("¡Truco!"). Teodoro responde negativamente siguiendo una de las dos opciones que le ofrece el reglamento ("no quiero") -A2-. El analista dramatiza una protesta enfática ("¡eeeeeh!") -FG- . Una vez terminado el turno de la tirada de cartas, el paciente recurre a su motricidad manual para dar vuelta las cartas del analista, en un acto contrario al reglamento pero en línea con su deseo de aprehender, de dominar la técnica del juego del Truco. El terapeuta apela a un discurso A2 (descripción de situación concreta, rectificación sintáctica) cuya función es la comprensión empática (O2) del acto motriz antirreglamentario (ver las cartas del contrincante)

ya que el terapeuta le confiere un valor: el de posibilitar una vivencia de aprendizaje. Teodoro responde con una risa (paraverbal, O2) atribuible, acaso, a haber sido comprendido por el terapeuta y poder desarrollar una vivencia: aprender en un clima de espontaneidad. Esa frase de acompañamiento es, creemos, una intervención clínica importante en este fragmento. Teodoro enseguida da un paso más: formula una consulta (A2) al terapeuta acerca de sus decisiones en el juego. El analista responde explicitando, enumerando dos justificaciones (A2) respecto a su proceder. El analizando acompaña la argumentación con una sonrisa (paraverbal FG) y luego ofrece al analista una información (no pedida por el terapeuta) acerca de las propias cartas (A2). Culmina con una nueva sonrisa (paraverbal FG) con lo que aporta al clima risueño en que transcurre la escena.

Evaluación del aporte de las intervenciones del terapeuta a la alianza terapéutica y cambio clínico

A grandes rasgos las intervenciones del terapeuta se pueden clasificar en

- Despliega un desafío competitivo:
- Avala la decisión del paciente de aprender observando las cartas del terapeuta

Responde aportando información acerca de su propia lógica de juego

1) Despliega un desafío competitivo: se trata de la intervención con la que cierra su segundo turno del habla Ej.: ¡Truco!

Con esta frase, convoca a que el paciente tenga que tomar una decisión (aceptar/rechazar). Teodoro opta por rechazar el convite (2P). Tras hacerlo, suponemos que queda en un estado de frustración y curiosidad, el cual lo conduce a producir diversas acciones. Apela a sus propios recursos motrices y visuales (ver 3P) para ver las cartas del terapeuta (tal vez para corroborar si su no aceptación del “truco” fue una buena decisión). Hace una pregunta concreta (ver 4 P) para detectar la lógica del juego. Concluimos: con esta intervención, el terapeuta contribuye a promover una disposición favorable a la alianza terapéutica. El paciente capta el mensaje del terapeuta. Logra dar plasmación a su deseo de conocer. Lo manifiesta de dos modos: a través de un gesto

espontáneo (el acto “antirreglamentario” de sacar las cartas del mazo para observarlas) y por vía de una pregunta explícita (“¿Por qué no cantaste e...envido?”) en la que subyace la expectativa confiada en que el terapeuta tenga disposición a colaborar con el aprendizaje.

2) Comprende la decisión del paciente de aprender observando las cartas del terapeuta: Ej.: 4 A: aquí este señor se encuentra con mucho, mucho, mucha carta de mi parte. Dos tres y un ancho de basto

Esta intervención del terapeuta es posterior al gesto manual y la observación de las cartas de Teodoro (3P). A su vez, antecede al turno del habla 4P, en que el paciente tras festejar con una risa vuelve a focalizar en el aprendizaje con una pregunta específica, en línea con el deseo de aprender. Concluimos que la intervención contribuye a la alianza terapéutica ya que promueve un clima de camaradería y confianza, que se trasunta en el estado afectivo y cognitivo que Teodoro expone al reír y preguntar (4P)

3) Responde aportando información acerca de su propia lógica de juego: Ej.: y porque pensé, primero que no tenía mucho y segundo queee al decirte veinticuatro en la segunda mano, vos ibas a adivinar que carta me quedaba. La intervención intenta responder a una pregunta concreta del paciente (4P). El terapeuta justifica su accionar y con eso aporta al paciente un elemento en el deseo de dominar el juego del Truco. Si consideramos que, en el turno del habla ulterior, Teodoro abre y cierra con sonrisas a las que intercala con el aporte de una información concreta, decimos lo siguiente: la intervención del analista consolida la confianza y el clima afectivo pertinente para que se sostenga el intercambio en que se vehiculiza una experiencia de aprender en un clima de espontaneidad.

Consideración general acerca del aporte del terapeuta a la alianza terapéutica y el cambio clínico:

El desafío competitivo contribuye a que se despliegue de un deseo de saber en Teodoro. Luego de que el paciente comienza a producir acciones en pos de esa meta, los tipos de intervención (comprende la decisión de aprender observando..., responde aportando información sobre su propia lógica de juego) tienen diversas funciones conciliables entre sí: apuntalar el deseo cognitivo del

paciente y –además- aportar a un clima desenvuelto: que el paciente pueda desplegar el deseo de aprender en un clima de espontaneidad. Desde la perspectiva del intercambio, en este fragmento, es más evidente la contribución del analista a la alianza terapéutica -aportar y sostener a un clima de confianza - y no es tan clara la concreción de cambio clínico (luego, cuando hagamos un estudio longitudinal de los tres fragmentos de Teodoro, quizás tengamos una visión más abarcadora respecto al cambio clínico).

Evaluación de los aportes del paciente a la alianza terapéutica y al cambio clínico:

Las escenas cruciales de Teodoro son:

- 1) Producir actos motrices explícitamente destinados a aprender del terapeuta Ej. : [Teodoro toma del mazo las cartas que usó el analista. Las observa]

Escena: Producir actos motrices explícitamente destinados a aprender del terapeuta

Escena	Componentes	Función
Producir actos motrices explícitamente destinados a aprender del terapeuta	Actos motrices (tomar las cartas - A2- y observar- O1-)	Constructiva: sus actos motrices le permiten, a la vez que aprehender algo de su rival y del juego, hacerle ostensible al terapeuta su deseo aprender de él

- 2) Promueve un clima de espontaneidad

Ejs. : El paciente acompaña el comentario con una risa

Acompaña la justificación del terapeuta con una sonrisa

Escena	Componentes	Función
Promover un clima de espontaneidad	Elementos paraverbales (risa, sonrisa)	Constructiva A la vez que crea un clima agradable apropiado para aprender, da señales al terapeuta respecto de que las intervenciones que utiliza son pertinentes.

- 3) Produce una consulta destinada a aprender del terapeuta: Ej.: ¿Por qué no cantaste e...envido?

Escena	Componentes	Función
Produce una consulta destinada a aprender del terapeuta	Frase eufórica	Constructiva: con el interrogante a la vez que expresa un deseo de conocer, pone a prueba la disposición del terapeuta de aportar información

Consideración general acerca del aporte del paciente en el fragmento:

Desde la perspectiva de la alianza terapéutica, el fragmento tiene un fuerte componente de cooperación. Teodoro da por sentado que la partida tiene como función cooperar con su propio aprendizaje del juego del Truco, que es su meta explícita en este fragmento. Es por eso que, tras la tirada de cartas realiza un acto que desde el punto de vista del reglamento no es permitido, aunque es valioso desde la perspectiva de su aprendizaje: toma los naipes que el terapeuta deja en el mazo y los observa en su esfuerzo por captar la lógica del juego (ver 3P). El terapeuta en su siguiente intervención (4 A) deja traslucir que capta que

aprender es más importante que hacer cumplir las reglas en este momento. Esa sintonía entre ambos es crucial y luego se sostiene. En lo que resta del fragmento, el paciente continúa contribuyendo a su propio aprendizaje y al trabajo del analista a quien - con diversas manifestaciones - : buen clima (risas, sonrisas), preguntas concretas, ratifica en relación al rumbo clínico

La alianza terapéutica y el cambio clínico

El desafío competitivo del terapeuta contribuye a que se despliegue un deseo de saber en Teodoro. Éste, tras la tirada de cartas realiza un acto antirreglamentario, aunque valioso desde la perspectiva de su aprendizaje: toma los naipes que el terapeuta deja en el mazo y los observa en su esfuerzo por captar la lógica del juego (uso creativo de la motricidad manual y la visual). La intervención siguiente del terapeuta (comprende la decisión de aprender observando...) deja traslucir un acuerdo implícito entre ambos: en este momento, aprender es más importante que hacer cumplir las reglas. El paciente, desde el nivel paraverbal, hace su aporte a un clima de trabajo agradable (acompaña el comentario con una risa). Tras ello, hace una consulta concreta. El analista responde aportando información sobre su propia lógica de juego. El paciente aprueba esta respuesta con un nuevo acto paraverbal eufórico (acompaña la justificación del terapeuta con una sonrisa). Entre ambos, crean un clima favorable para un intercambio cuyo eje es el despliegue del deseo de aprender en un clima de espontaneidad. El paciente con manifestaciones explícitas (preguntas concretas) contribuye a su propio aprendizaje y con componentes paraverbales (risa, sonrisa) ratifica al analista en relación al rumbo clínico que la da a sus intervenciones. Durante este fragmento Teodoro se ubica en el lugar de novel jugador de truco y da por sentado que la partida tiene como función cooperar con su propio aprendizaje del juego.

Estudio de la complementariedad estilística en el fragmento:

Paciente: escena	Paciente: deseo y defensa	Estilo de la intervención del terapeuta	Logro/no logro de la complementariedad
------------------	---------------------------	---	--

Producir actos motrices explícitamente destinados a aprender del terapeuta	Deseo A2 (dominar cognitivamente)	O2 (comprensión empática)	Complementariedad lograda
Produce una consulta destinada a aprender del terapeuta	Deseo A2 (dominar cognitivamente)	Deseo A2 (justificación de acciones)	Complementariedad lograda

Comentario acerca de la complementariedad estilística en el fragmento

Los actos motrices explícitamente destinados a aprender del terapeuta (deseo A2) tienen como respuesta del analista, una frase O2 (comprensión empática), la cual resulta funcional para que el paciente no interrumpa, sino que por el contrario, despliegue su deseo de aprender del terapeuta. La escena de hacer una consulta destinada a aprender del terapeuta tiene como respuesta frases A2 (justificación de acciones).

Creemos que los actos paraverbales risa (O2) y sonrisa (FG) del paciente tienen una misma función: son respuestas confirmatorias al terapeuta acerca de la pertinencia de las intervenciones inmediatamente anteriores (la O2 – comprensión empática – y la A2 – justificación de acciones-) que aportan al deseo de Teodoro de aprender en un clima desenvuelto.

Muestra II Tercer fragmento clínico

[El intercambio se centra en una partida de Truco]

1. P: ¡truco! Digo: ¡envido!

1. A: mm [tono dubitativo]. No quiero la primera [no acepta el envido]

2. P: ¿envido no?

2.A: no

3.P: truco

3. A: ¡Qué apurado que estás!

4.P: [risa]

4. A no sé porque tanto.

Quiero [acepta el truco]

5. P: no tenías que querer

[El paciente y el terapeuta en su turno, tiran sus respectivas cartas, el analista resulta vencedor]

5. A: [tono risueño] lo que buscabas era otra cosa...

6. P: sí.

Bueno, ya fue

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

7. 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

7. A: [acompaña con risas] no te salió, pero bueno, fue un intento

8. P: sí. Aprendiendo a mentir

Análisis sintagmático del paciente

Frase	Deseo	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominante	Defensa
-------	-------	----	----	----	----	----	----	----	-----------	---------

¡Truco! ¡Digo: envido!						X	X	X	FG	Creativi- dad Fracasada
¿Envido no?						X			A2	Funcional
Truco						X	X		FU	Creativi- dad fracasada
no tenías que querer								X	O2	Creativi- dad Exitosa
Si. Bueno, ya fue				X	X	X			O2	Funcional exitosa
La cosa era que... digas no quiero, porque ... La forma que lo decías... Pero no. La forma que lo decías... ¡Pero no! Me salió mal.						X	X	X	A2	Funcional exitosa

Si. Aprendiendo a mentir						X			A2	Funcional exitosa
--------------------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	----	----------------------

Análisis de las motricidades del paciente

Acto motriz	Deseo	Defensa	Estado
el paciente en su turno tira su carta	A2	Creatividad	Fracasada

Análisis de las manifestaciones paraverbales del paciente

Manifestación	Deseo	Defensa	Estado
Risa	O2	Desmentida	Fracasada
Se acelera	LI	Desestimación	Exitosa

Correlación entre actos de habla y componentes paraverbales del paciente

Acto de habla	Deseo, defensa, estado	Elementos paraverbales	Deseo, defensa, estado (de los componentes paraverbales)
---------------	------------------------------	---------------------------	--

1) 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	A2(acorde a fines)	Aceleración [Intercalada]	LI (desestimación exitosa)
---	--------------------	---------------------------	----------------------------

Comentario acerca de la correlación entre actos de habla y componentes paraverbales:

Comienza con auto interrupciones (defensa patógena, estado eufórico) a las que suceden componentes paraverbales (aceleración) que prolongan un estado eufórico momentáneo. Finalmente llega el momento de la admisión autocrítica de una estrategia de juego fracasada

Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos de habla

Frase	Deseo
No quiero la primera [no acepta el envío]	A2(toma de decisión)
No	A2 (confirmación)
¡Qué apurado que estás!	A2 (inferencia concreta)
No sé porque tanto. Quiero [acepta el truco]	A2 (duda, toma de decisión)
Lo que buscabas era otra cosa...	FU (auto interrupción)

¿En serio? Oooh	FG (dramatización)
No te salió, pero bueno, fue un intento	O2 (consuelo)

Análisis de las intervenciones del terapeuta: componentes paraverbales

Componente paraverbal	Deseo
tono dubitativo	A2
dramatiza tono burlón	FG
tono risueño	FG
Risas	O2

Análisis de las intervenciones del terapeuta: actos motrices

Acto motriz	Deseo
En su turno tira sus cartas	A2 (contrato)

Análisis sintagmático de conjunto

El fragmento se inicia con el paciente quien lanza un desafío competitivo - que incluye una autocorrección (“¡truco!” “¡Digo: envido!”). Se trata de una dramatización de un estado de atolondramiento (al alterar las reglas del juego que indican que competir por el “envido” antecede a hacerlo por el “truco”). El objetivo de Teodoro es despertar en el analista la impresión de que dispone de cartas poderosas y que consiguientemente, al terapeuta le conviene

literalmente, irse al mazo (cabe aclarar que el esfuerzo por engañar al adversario respecto de las propias cartas constituye una habilidad legítima en este juego de naipes). El analista duda un instante y luego toma una primera decisión (A2), la de no tomar riesgos (no acepta el envideo). La decisión en dos tiempos (duda y toma de decisión) configura la presentación de un modelo (FG), un modo de jugar reflexivo, es decir: diverso del jugar atolondrado. Teodoro pide confirmar la opinión ajena (A2) y luego retoma su avance cuando vuelve a decir “truco”. El terapeuta infiere el estado anímico de Teodoro (“¡Qué apurado que estás!” - O2). Teodoro responde con risas (paraverbal O2) que – creemos- expresa una falsa seguridad en la eficacia de sus recursos, un sentimiento triunfal propio de quien se considera un jugador infalible. El terapeuta expresa su duda –A2- (“no sé porque tanto”) y toma una segunda decisión -A2- (“quiero”), con la cual sostiene la apuesta (hace lo opuesto de irse al mazo, el efecto buscado por Teodoro). El paciente opera un cambio: de la risa (O2 y desmentida), a la dramatización de un reproche (FG y creatividad) y luego al consuelo (O2 funcional). Luego de que se arrojan las cartas, Teodoro resulta derrotado. 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 autointerrumpe (FU y represión exitosa). Acto seguido el paciente se consuela a sí mismo (“ya fue”) -O2 funcional-. El terapeuta da otro paso: dramatiza un personaje burlón (cabe resaltar que el aprender a jugar este juego, tal como se juega en nuestro medio, incluye alcanzar un nivel de tolerancia a las bromas y las chanzas que los ocasionales ganadores, hacen recaer sobre sus vencidos). Teodoro en su turno del habla, inicialmente se descoloca ante esta intervención. Se auto interrumpe (“la cosa era que”...) se acelera catárticamente (Se acelera, dos o tres palabras no se entienden)-LI + desestimación exitosa- , se auto interrumpe (“La forma que lo decías”...), objeta (“Pero no”), enfatiza en la auto interrupción y la objeción (“La forma que lo decías... ¡Pero No!”). Culmina el turno de habla con una reflexión autocrítica –A2- (“me salió mal”). El terapeuta ríe (paraverbal O2, acorde a fines), luego confirma opinión ajena (no te salió) –A2- Enseguida consuela (“pero bueno, fue un intento”) -O2-. El paciente confirma opinión ajena (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)
Evaluación del aporte de las intervenciones del terapeuta a la alianza terapéutica y cambio clínico

A grandes rasgos las intervenciones del terapeuta se pueden clasificar en

- Expone un modo de jugar pensante
- Infiere e informa al paciente acerca de un estado afectivo
- Toma una decisión de juego
- Dramatiza un personaje burlón
- Consuela al paciente

1) Expone un modo de jugar pensante: Ej.: mm [tono dubitativo]. No quiero la primera.

Esta intervención tiene lugar luego de que el paciente dramatice precipitarse con el objetivo que el terapeuta se vaya al mazo (1P) La frase del analista trasunta un proceder de juego que incluye dos tiempos: a) el de la duda (“mm” [tono dubitativo]) y b) el de la decisión (“No quiero la primera”). Acto seguido, el paciente pide que el terapeuta le corrobore las decisiones de juego tomadas (2P). Tras cartón Teodoro vuelve a la carga con la dramatización cuya meta es que el terapeuta abandone antes de que se tiren las cartas (3P).

2) Informa al paciente acerca de un estado afectivo: Ej.: ¡Qué apurado que estás!

Es una intervención que pone de resalto el modo precipitado en que Teodoro está haciendo su experiencia de juego. El paciente responde con risa (4P) cuya función, acaso sea, propiciar una desinvestidura de la palabra del analista, de modo que se mantiene ajeno a su influencia

3) Toma una decisión de juego: Ej.: Quiero [acepta el truco]

El terapeuta, asumiendo su rol de contendiente del juego de naipes anuncia su decisión de aceptar el desafío. Tras esa intervención clínica, el paciente cesa en

su precipitación eufórica. En sucesivos turnos del habla, Teodoro dramatiza un reproche al terapeuta (5P) y luego, tras su derrota se consuela (6P). Concluimos que, con esta intervención, el analista facilita un cambio clínico de Teodoro: de la precipitación en la euforia, a la admisión de la derrota y consecuentemente, el consuelo.

Respecto de la alianza terapéutica decimos que la dramatización de un personaje que reprocha, la admisión de la derrota y el consuelo tras la misma, constituyen modos de admitir la pertinencia de la intervención clínica

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

Luego de que el paciente dramatice un reproche y admita su derrota, el terapeuta da un paso más: expone a su paciente a una vivencia característica de este juego de mesa: la de recibir chanzas del adversario (6P). Teodoro (7P) responde con una frase extensa que incluye una aceleración verbal intercalada pero que culmina con una pertinente autocrítica. La activación de una actitud reflexiva ganando un lugar a expensas del componente anímico que tiende a precipitarse es la concreción del cambio clínico positivo (del desempeño precipitado a la evaluación sensata de los resultados de su acción de juego). Es además un mensaje constructivo hacia la alianza terapéutica (la autocrítica es un modo de corroborar al terapeuta en la pertinencia del tipo de intervención utilizada)

5) Consuela al paciente: Ej.: [acompaña con risas] no te salió, pero bueno, fue un intento. Tras la recién mencionada autocrítica de Teodoro, el terapeuta realiza una intervención cuya función es el consuelo (7T). La respuesta del paciente es una profundización de la autocrítica apelando a una frase (8P) que expresa una confirmación de la opinión ajena y, sobre todo, plantea la dificultad específica que presenta, para él, el juego del Truco: la de carecer –aún- de recursos para engañar exitosamente al adversario. Concluimos diciendo que con su intervención el terapeuta contribuye a una profundización de la actitud reflexiva de Teodoro, por lo tanto resulta constructiva

Consideración general acerca de los aportes del terapeuta a la alianza terapéutica y el cambio clínico:

Las dos primeras intervenciones del analista no tienen efecto esperado (que Teodoro juegue sin precipitarse), el paciente no las toma en consideración. Ocurre un cambio con las tres que le siguen (toma una decisión de juego, dramatiza un personaje burlón y consuela al paciente). La primera de la tríada – toma una decisión de juego- es clave porque en los hechos conduce al fracaso del plan de juego de Teodoro (ganar puntos a costa de engañar al adversario). Las tres intervenciones que estamos considerando promueven efectos inmediatos en el paciente (frenan su precipitación, contribuyen a que reconsidere los hechos: admita la derrota, se consuele y haga una autocrítica).

El terapeuta contribuye desde el momento en que halla una perspectiva para intervenir: Lo común a las dos primeras intervenciones de la tríada (la decisión de juego y la dramatización del personaje burlón) es que se producen desde un lugar específico: el despliegue del rol de adversario en el juego de naipes. Son las que reubican al paciente, quien comienza a revisar sus decisiones precipitadas alcanzando una postura autocrítica (al facilitar esa secuencia el terapeuta aporta al cambio clínico). La última intervención del analista parece dirigirse a testear el estado de la alianza terapéutica (tras dramatizar un personaje burlón, profiere una frase de consuelo cuya función es reasegurar el vínculo de empatía). La respuesta de Teodoro es constructiva: profundiza su reflexión autocrítica

Evaluación de los aportes del paciente a la alianza terapéutica y el cambio clínico

Las escenas cruciales de Teodoro en este fragmento son:

Escena 1) Dramatiza precipitarse: Ej.: ¡truco! Digo: ¡envido!

Escena 2) Expresa precipitadamente una alegría triunfal: Ej.: [risa]

Escena 3) Dramatiza un reproche: Ej.: no tenías que querer

Escena 4) Se consuela a sí mismo: Ej.: Bueno, ya fue

Escena 5) Se autocrítica: Me salió mal/ Aprendiendo a mentir

Escena 1) Dramatiza precipitarse: Función constructiva

Escena	Componentes	Función
Dramatiza precipitarse	Actos de habla	Constructiva: explora una habilidad de juego (la de engañar al adversario respecto al poderío de sus naipes)

Escena 2) Expresa precipitadamente una alegría triunfal: Función obstructiva

Escena	Componentes	Función
Expresa precipitadamente una alegría triunfal	Elemento paraverbal (risa)	Obstructiva: la impaciencia por alcanzar el objetivo lo precipita en una alegría prematura que lo hace exponer sus intenciones. Desmiente la intervención terapéutica que informa acerca de esta actitud

Escena 3) Dramatiza un reproche: Función constructiva

Escena	Componentes	Función

Dramatiza un reproche	Actos de habla	Constructiva: ante el inminente fracaso de su ensayo, encuentra un modo creativo de admitirlo (dramatizar que el culpable es el otro). Cesa en su precipitación, a la vez que puede admitir una frustración sin deteriorar el vínculo (no reprocha al terapeuta, dramatiza hacerlo) . Asimismo, inadvertidamente, corrobora al analista en la pertinencia de su intervención
-----------------------	----------------	--

Escena 4) Se consuela a sí mismo: Función constructiva

Escena	Componentes	Función
Se consuela a sí mismo	Actos de habla	Constructiva: consumado el fracaso en el juego (pierde la partida) reconoce los hechos con una frase de resignación que implica tanto reconocimiento de la derrota como un consuelo que tiene a procesar la frustración y habilitarse a desplegar nuevas experiencias.

Escena 5) Se autocritica: Función constructiva

Escena	Componentes	Función
	s	

Se autocrítica	Actos de habla	Constructiva: el paciente realiza dos autocríticas. La primera (), ocurre tras una frase en que el terapeuta, tras ganar la partida, dramatiza burlarlo. El paciente responde reconociendo el fracaso de su intento. La segunda emerge tras un consuelo que recibe del terapeuta. Esta última apunta a su proceso de aprender personal en relación a uno de los obstáculos más difíciles del juego: el de aprender a mentir. En ambas autocríticas se condensa tanto la experiencia de cambio clínico (la secuencia que va de la precipitación a la auto reflexión) como así también, la de alianza terapéutica constructiva (corroboración al terapeuta en la línea en la que conduce sus intervenciones)
----------------	----------------	---

Alianza terapéutica y cambio clínico

Teodoro ensaya una habilidad del juego (engañar al adversario respecto al poderío de sus naipes). Para ello, dramatiza precipitarse (propone los dos desafíos que permite el juego, fuera del orden establecido – primero el envido, luego el truco - y no en secuencia, sino al mismo tiempo. Creemos que lo hace con el propósito subyacente que el terapeuta se amilane) Tras un logro parcial, Teodoro insiste con el recurso. El terapeuta interviene enfocando en el apuro con el que está jugando. No obstante ello, en el paciente prima la precipitación respecto de la dramatización: prorrumpo en un festejo anticipado que se expresa en el nivel paraverbal (risa). Las tres intervenciones siguientes del terapeuta generan un intercambio diverso. La primera de la tríada –toma una decisión de juego- es clave, porque en los hechos conduce al fracaso del plan de juego de Teodoro (ganar puntos a costa de engañar al adversario). El paciente acusa recibo. Encuentra un modo creativo de admitir el fracaso de su ensayo y aminorar el sentimiento de frustración (dramatiza reprochar al terapeuta). Cesa en su precipitación, a la vez que puede admitir los hechos. Tras ello Teodoro se consuela a sí mismo. El terapeuta dramatiza un personaje burlón, el paciente se

sorprende. En un mismo turno del habla se autointerrompe, se acelera, aunque culmina autocriticándose. Luego es el terapeuta quien consuela y Teodoro responde profundizando su autocrítica. A diferencia de las dos primeras, las tres intervenciones siguientes, las que estamos considerando promueven efectos inmediatos en el paciente. El terapeuta contribuye a desactivar el juego precipitado solo cuando interviene ejerciendo un rol específico: el de adversario. Desde ese lugar produce le inflige una derrota, dramatiza burlarlo. A esas intervenciones Teodoro responde constructivamente. Consideremos el trayecto que va desde cesar de precipitarse, admitir los hechos, consolarse y adoptar finalmente una postura autocrítica. Estas respuestas son, en relación a la alianza terapéutica, señales confirmatorias al terapeuta respecto a la estrategia escogida. En lo que hace al cambio clínico en la secuencia referida inferimos un cambio benigno en la defensa: de la desmentida que comanda la precipitación y se da en el terreno paraverbal a las defensas funcionales que presiden la disposición autocrítica. Respecto del analista, su última intervención de la tríada (frase de consuelo) es hecha llegar desde un lugar diferente que el de adversario. Con ella el terapeuta (tras dramatizar un personaje burlón), testea el estado de la alianza terapéutica (reasegurar el vínculo de empatía). La respuesta de Teodoro de profundizar su reflexión autocrítica, es constructiva hacia la alianza terapéutica y la consolidación del cambio clínico

Estudio de la complementariedad estilística en el fragmento

Paciente: escena	Paciente: deseo y defensa	Estilo de la interven- ción del terapeu-ta	Paciente: escena	Paciente: deseo y defensa	Logro/no logro de la complementariedad
---------------------	---------------------------------	---	---------------------	---------------------------------	---

Dramatiza precipitarse	FG, creatividad fracasada	FG (expone un modo de jugar pensante) A2 (Infiere e informa al paciente acerca de un estado afectivo)	Expresa con precipitación una alegría triunfal	O2, desmentida patológica	Complementariedad no lograda
------------------------	---------------------------	--	--	---------------------------	------------------------------

Estilo de la intervención del terapeuta	Paciente: escena	Paciente: deseo y defensa	Logro/no logro de la complementariedad
A2(Toma una decisión de juego)	Dramatiza un reproche	FG, creatividad exitosa	Complementariedad lograda

Paciente: escena	Paciente: deseo y defensa	Estilo de la intervención del terapeuta	Paciente: escena	Paciente: deseo y defensa	Logro/no logro de la complementariedad
------------------	---------------------------	---	------------------	---------------------------	--

Se consuela a sí mismo	O2, funcional	FG (Dramatiza un personaje burlón)	Se autocrítica	A2, funcional	Complementariedad lograda
------------------------	---------------	------------------------------------	----------------	---------------	---------------------------

Estilo de la intervención del terapeuta	Paciente: escena	Paciente: deseo y defensa	Logro/no logro de la complementariedad
O2 (consuela al paciente)	Se autocrítica	A2, funcional	Complementariedad lograda

Comentario acerca de la complementariedad estilística en el fragmento:

La escena de dramatizar precipitarse recibe una doble respuesta del terapeuta. Expone un modelo (FG) de jugar diverso, pensante y aporta una información (A2) acerca del estado afectivo de Teodoro. Estas intervenciones no logran frenar el pasaje de la dramatización a la precipitación en una alegría anticipatoria de un presunto triunfo (O2, desmentida patológica). En esta ocasión, la complementariedad no se logra. Luego el terapeuta desde el lugar de adversario toma una decisión de juego (A2) que ocasiona el fracaso de la estrategia de Teodoro. Éste capta que sus argumentos, precarios, no indujeron al terapeuta al engaño. Es el momento en que su desmentida fracasa. Inmediatamente el paciente enarbola una dramatización de reproche (FG) al terapeuta. Resulta un modo creativo de prepararse para una posible derrota en la partida, de admitir el fracaso de su intento sin victimizarse. Teodoro de este modo avala la intervención del terapeuta (la decisión de juego hace declinar el acelere triunfal O2) Tras perder la partida, el paciente se consuela (O2 funcional). El terapeuta dramatiza una burla (FG), a lo que el paciente responde con una frase que culmina en una autocrítica (A2, funcional). La intervención del terapeuta aporta complementariedad, ya que facilita que Teodoro pase del consuelo a la autocrítica, que es un momento crucial de la experiencia de aprendizaje. En la última escena de intercambio es el terapeuta quien

corriéndose del personaje burlón, ahora consuela (O2). El paciente responde profundizando su disposición autocrítica (A2, funcional). La complementariedad está lograda.

Comentario de conjunto de la correlación entre actos motrices, actos de habla y componentes paraverbales de los tres fragmentos

Durante el primer fragmento de Teodoro la correlación de componente paraverbal, motricidad y frase expresa estados eufóricos y disfóricos alternativamente. La combinación de sonidos paraverbales disfóricos (lánguido) y acto motriz disfórico (el movimiento de fichas, auto delata el intento de engañar al terapeuta) pone de manifiesto la claudicación de la defensa patógena exitosa (ver 3P). Luego el paciente apela a un tono eufórico con el que acompaña la frase con la que anuncia su opción por aprender a jugar en base a las reglas (ver 4P). Ulteriormente durante el despliegue de las vivencias inherentes al aprender de la experiencia (ver 5P y 6P) el componente paraverbal (queja) y las frases (expresión de impotencia) tienen un componente disfórico.

En el segundo fragmento se despliegan dos formas de aprendizaje explícito. El primero es apelando a la combinación de dos motricidades (la manual y la perceptual). La segunda es a través de la combinación de componente paraverbal y frase, que producen un efecto: aportar un clima agradable, moderadamente eufórico (el que aporta la sonrisa) que haga de contexto al intercambio de información que ocurre en el nivel de las frases.

En el tercer fragmento el componente paraverbal (la aceleración) intercalado entre las dos frases autointerrumpidas potencia un fugaz estado eufórico, el cual se desactiva y da lugar a una autocrítica sensata de su desempeño en el juego.

En síntesis, si consideramos los tres fragmentos, en ninguno de ellos la combinación entre frase, motricidad y elementos paraverbal, se constituye en un obstáculo duradero para el desarrollo de la experiencia de desplegar aprendizajes concretos. Más bien, las combinaciones regidas por las defensas patógenas, resultan un modo de expresar alguna de las vivencias disfóricas, inherentes al proceso de comenzar a aprender: entre ellas hallarse con recursos insuficientes o fallar en una estrategia de juego. Resultan configuraciones transitorias, que ceden su lugar a las nuevas vivencias de aprendizaje o a una reflexión autocrítica. Por lo tanto, en los hechos, aportan a la plasmación de las vivencias que constituyen el aprender de otro.

Alianza terapéutica y cambio clínico desde una perspectiva longitudinal

La cuestión crucial que atraviesa a los tres fragmentos es la relación con el aprendizaje. En el comienzo del primero Teodoro se da como meta aprender sin evidenciar dependencia de otro, en un movimiento que además lo eleve de la condición de principiante a experto de modo inmediato. El analista logra rescatarse cuando presta atención a los elementos paraverbales (el sonido lánguido en el primer fragmento la risa en el tercero) y a la motricidad manual, las que resultan orientadoras.

En el segundo fragmento el desafío competitivo del terapeuta contribuye a que se despliegue un deseo de saber en Teodoro. Utiliza la motricidad manual y la visualen su esfuerzo por captar la lógica del juego El terapeuta deja traslucir un acuerdo implícito entre ambos: aprender es más importante que hacer cumplir las reglas.El paciente con manifestaciones explícitas (preguntas concretas) contribuye a su propio aprendizaje y con componentes paraverbales (risa, sonrisa) ratifica al analista en relación al rumbo clínico que la da a sus intervenciones.Entre ambos, crean un clima apto para un intercambio cuyo eje es el despliegue del deseo de aprender en un clima de espontaneidad.

En el inicio del tercer fragmento, Teodoro atraviesa un breve período caracterizado por un sentimiento triunfal prematuro), que eluda las vivencias inherentes al aprendizaje por la experiencia (metodología del ensayo-error, el acto de consultar a alguien más experimentado). El paciente se vale de las intervenciones “desde el juego” para rescatarse del sentimiento triunfalista y acceder a una autocrítica sensata.Los momentos de estancamiento clínico y el desencuentro en la alianza terapéutica, incluyen también al terapeuta (cuando no logra captar la estrategia defensiva del paciente o no encuentra las intervenciones eficaces). En relación a la alianza terapéutica y el cambio clínico los aportes del paciente son obstructivos cuando desea por aprender sin que el otro se percate y constructivos cuando adopta una metodología del ensayo error y apela a una capacidad autocrítica (ambos puntales de los procesos de aprendizaje). El analista contribuye cuando corrige su hipótesis acerca del paciente ofrece alternativas, ejerce la función de un adversario o al desplegar en los hechos, un juego que puede ser objeto de diversas indagaciones por parte de Teodoro.

Capítulo 3:

Conclusiones clínicas derivadas del análisis

Al momento de encarar este apartado, considerando que nuestra investigación privilegia el análisis de los cambios que se constaten en la alianza terapéutica (constructiva/obstructiva) y el cambio clínico (negativo/positivo), consideramos pertinente tomar las siguientes decisiones:

Restricción de la muestra:

Luego de haber estudiado en profundidad los seis fragmentos que componen nuestra muestra original hemos detectado que solo en dos de ellos, el segundo de Juan y el primero de Teodoro se constata una secuencia que incluye a) escenas en que el aporte a la alianza terapéutica y el cambio clínico por parte del paciente y el terapeuta resultan obstructivos b) escenas en las que constatamos una modificación en la calidad de los aportes con que paciente y terapeuta contribuyen a la alianza terapéutica y el cambio clínico. En los otros cuatro fragmentos clínicos resalta más fuertemente la continuidad en un tipo de vínculo (sea caracterizado por la obstrucción, sea por la contribución) resultando por lo tanto, menos valiosos para estudiar la dinámica de los aportes de terapeuta y paciente, en lo que hace a la modificación de la alianza terapéutica y el cambio clínico. De modo que las conclusiones que siguen se basan en el estudio pormenorizado de los dos fragmentos consignados: el segundo de Juan y el primero de Teodoro

Un ajuste en las definiciones de alianza terapéutica y complementariedad estilística

A su vez, llegados a esta instancia de nuestra tesis nos encontramos en el trance de que, para respetar la complejidad de los hechos clínicos, tuvimos que reconsiderar nuestra concepción de:

a) alianza terapéutica: el estudio pormenorizado del vínculo nos condujo a un enfoque de alianza terapéutica no unidimensional. Actualmente (Midgley 2007) los investigadores tienden a considerar que las vicisitudes de la alianza terapéutica del paciente son consecuencia del modo de proceder del analista, de sus intervenciones. Nosotros hemos registrado que la alianza terapéutica puede

modificarse, también, por lo que hemos denominado actos psíquicos espontáneos de los pacientes (lo desplegaremos en el punto 1)

b) complementariedad estilística matizada: Liberman (1972) en su planteo de este concepto nos prepara para estudiar el aporte del terapeuta exclusivamente en el nivel de las frases que profiere. 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

Conclusiones respecto de la alianza terapéutica

1) Aportes a la calidad de la alianza terapéutica (actitud colaboradora u obstructiva).

1a) Paciente:

El estudio del primer fragmento de Teodoro y el segundo de Juan nos permite detectar tres modos en los que los pacientes aportan a la alianza terapéutica constructiva. Veamos:

Aportes constructivos del paciente a la alianza terapéutica

- Uno de ellos, el más consabido, consiste en que, ante las intervenciones terapéuticas capaces de aludir a los problemas nodales del paciente en la sesión, éste tiende a reaccionar ratificando al terapeuta, confirmando o mejorando el sentimiento de confianza respecto del analista. -. Veamos que ocurre con Juan: 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. 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.

- El segundo modo de aportar constructivamente por parte del paciente surge de constatar este hecho: la mayor parte del segundo fragmento, 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 benigno. Cabe inferir que uno de los elementos a los que el paciente apela es a la capacidad de esperar al terapeuta, la disposición de un tiempo de espera interno en Juan, capaz de seguir apostando a que la pericia del analista iba a rescatarse y prevalecer.

- El tercer modo de aportar a la alianza constructiva, tal vez el más novedoso, resulta del despliegue por parte del paciente, de una iniciativa espontánea destinada a autolimitar el éxito de las defensas patógenas, con el fin de orientar al terapeuta en un momento en que éste se halla desorientado clínicamente. En el primer fragmento Teodoro comienza con una postura obstructiva 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 le 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 y el movimiento de fichas constituyen una iniciativa espontánea del paciente para reorientar 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 la contigüidad temporal entre la disposición del terapeuta para rectificarse en los hechos y el fortalecimiento de la actitud constructiva de 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.

- Cuadro: Elementos que definen calidad de alianza terapéutica en el paciente

Actitud colaboradora	Actitud obstructiva (las propuestas que siguen surgen por inferencia, cada una de ellas constituye el inverso de la actitud colaboradora)
Reacciona ratificando al analista, fortaleciendo su confianza en él cuando las intervenciones del terapeuta apuntan a problemas nodales	Reacciona rectificando al analista o aumentando su desconfianza cuando las intervenciones del terapeuta apuntan a problemas nodales
Disposición de un tiempo de tolerancia interno a la espera de que la pericia del analista se rescate y prevalezca	Carencia (o claudicación) del tiempo de tolerancia interno, pérdida de la esperanza en ser comprendido, las intervenciones no pertinentes quedan sobreinvertidas
Despliega una iniciativa espontánea destinada a construir/ mejorar el sentimiento de confianza en el analista	Despliega una iniciativa espontánea destinada a fomentar desconfianza en el analista

1b) Aportes del terapeuta:

El terapeuta muestra su capacidad de rescatarse de las estereotipias con su capacidad de autorrectificación y con su variedad expresiva concurrente, la cual incluye dos aspectos: a) la variedad expresiva: refiere a disponer de riqueza en el repertorio de recursos en función de las necesidades anímicas del paciente y b) la expresión concurrente: el terapeuta multiplica su elocuencia y claridad cuando utiliza diversos canales expresivos para transmitir una significación. En nuestra investigación detectamos la concurrencia entre decir (frases) y hacer (actos motrices) como un modo de trasuntar coherencia

En el segundo fragmento de Juan durante los dos primeros tercios de la sesión, el terapeuta luego de advertir que muy frecuentemente los tiros del paciente

resultan erráticos, le sugiere rectificar su colocación, que se ubique en línea recta al blanco. Estas sugerencias son acordes al propio hacer del analista, quien ejecuta exitosamente sus tiros ubicándose en dirección recta al blanco. Juan en ese lapso, se aferra desafiadamente al fracaso, al que confiere una tonalidad festiva. 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 período del desafío y el de dejarse influir por la palabra del terapeuta ocurre algo: el terapeuta rectifica su estilo de intervención. Cesa de apelar al lenguaje FU, se centra realizar actos de arrojar al blanco con precisión (15A y 17A). Estos actos motrices del analista tienen una doble significación: la de cumplir el reglamento de juego (A2) y la de mostrarse como ejemplo (FG). Las frases A2 (16A y 18A, 19A) -que enfatizan en aspectos del contrato de juego - convocan al analizante a respetar el contrato (juego competitivo, tiros al blanco acorde a ciertas reglas).

El terapeuta apela a su variedad expresiva cuando desactiva las intervenciones FU, clínicamente contraproducentes y lo sustituye por frases A2, las que resultan una contribución a la confianza y el cambio clínico de Juan.

El terapeuta apela a expresiones concurrentes cuando combina actos motrices y frases A2 para aumentar la coherencia de un mensaje clínico: el que convoca a Juan a actuar acorde a reglas, asumiendo una actitud inherente a la de quien se compromete en un juego competitivo.

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

El terapeuta no detecta de entrada la estrategia patológica del analizante. De hecho el analista realiza sus primeras intervenciones, todas ellas motrices (A2, acciones acordes al reglamento) en la convicción de que está atravesando una escena de juego competitivo. Una partida de Damas, con un reglamento consabido por ambos jugadores. La continuidad del juego induce a que el terapeuta caiga en cuenta de que Teodoro no juega de modo espontáneo, sino

que imita las movidas del analista. El terapeuta modifica su enfoque, cesa en considerar que el paciente se ubica como un competidor. Con nuevas intervenciones A2, en este caso frases de contrato (lectura del reglamento) y presentación opciones (ver 1a) intenta dar cauce al paciente en su condición de jugador principiante, quien como tal, requiere información básica respecto del juego (procurando - mediante la presentación opciones - que no se sienta forzado, sino que elija conocer y jugar bajo reglamento).

La variedad expresiva en esta ocasión, apela a las frases A2 con las que aporta información y presenta opciones. También a las acciones motrices de juego especialmente en su valor A2 (juega de acuerdo a las reglas) y FG (el terapeuta jugando se constituye en un ejemplo de un modo de jugar: el de considerar las reglas).

La concurrencia expresiva se apoya en la combinación de motricidad manual (movida de fichas acorde a reglas) y frases (las que presentan el reglamento), ambas A2. Con este ensamble el terapeuta mejora la elocuencia y la significación de su mensaje. Teodoro mejorar la confianza en el terapeuta, lo cual se hace ostensible en el hecho de optar por la alternativa de aprender a jugar y afrontar la experiencia de jugar hasta el final de un partido

En consecuencia, sostenemos lo siguiente: la variedad expresiva concurrente por parte del analista contribuyó a mejorar la disponibilidad afectiva, la confianza de estos pacientes en el terapeuta.

Cuadro: Elementos definitorios de la actitud colaboradora\obstructiva del terapeuta

Actitud colaboradora	Actitud obstructiva
1) Disposición a rescatarse de sus propuestas clínicamente infructuosas, contando con recursos para rectificar su perspectiva errónea y aportar otra que aborde mejor los problemas nucleares del paciente	1) Imposibilidad de rescatarse de sus propuestas erróneas

Contar con diversos canales expresivos (frases, movimientos, preferencias paraverbales) que contribuyan a generar coherencia en su mensaje	Privilegio exacerbado de un canal expresivo en detrimento de otros
--	--

2) Respetto del cambio clínico y la complementariedad matizada del terapeuta

Copresencia de intervenciones clínicas con diversos componentes (frase, motricidad) y cambio clínico del paciente

A partir de ahora vamos a seguir el siguiente orden: 1) descripción de la situación clínica patológica 2) descripción de la intervención clínica 3) respuesta del paciente 4) nuestra conclusión respecto de la eficacia clínica de la intervención del terapeuta.

- 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 (desmentida combinada con O1).
 - 2) El terapeuta 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: el de considerar las reglas) Luego realiza nuevas intervenciones A2: en este caso frases de contrato (lectura del reglamento) y presentación opciones (ver 1A)
 - 3) Existe una copresencia entre el hecho de que el terapeuta combine 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 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 suponemos que acto motriz (A2\FG) y frase A2 pueden aportar en la modificación de una defensa patógena fracasada por otra funcional, no patógena
- 2b) Copresencia de las intervenciones que reúnen acto de habla A2 y acto motriz manual(A2\FG) respecto de la desmentida exitosa combinada con O1 y A1
- 1) 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)
 - 2) El terapeuta, en sus primeras quince intervenciones (tres cuartas partes del total de las mismas), alterna actos motrices de certera puntería (ver: 1A, 2A, 10A) con frases FU (ver7A, 11A).El desempeño aloplástico resulta acorde a las reglas de juego (A2) y constituye un ejemplo (FG) para Juan respecto a un modo de jugar considerando el aspecto competitivo del juego. En el último cuarto de sesión intercala los actos de arrojar con precisión acorde a reglamento (15A y 17A), con frases A2 (16A y 18A, 19A), las cuales enfatizan en aspectos del contrato de juego.
 - 3) Solo luego de que el terapeuta atina a combinar acto de puntería con frases A2, el paciente responde ateniéndose al contrato (19P), disminuyendo la dispersión de la atención (19P), desactivando su aceleración motriz (se disculpa ante el terapeuta– ver 22A -). Luego informa - no como hasta entonces tan solo el tanteador del terapeuta - sino el resultado global del partido, muy desfavorable para él (ver 24P). Tras esto, el paciente desactiva la escena triunfar desafiadamente, a costa del fracaso propio y ajeno. Acaso lo que ocurre en este momento es que Juan logra conectar el resultado del juego con ciertos sentimientos (vergüenza, orgullo herido) que ahora hacen de freno inhibitorio a la

continuidad de la escena de triunfo desafiante mediante el fracaso propio y ajeno.

- 4) En consecuencia suponemos que la combinación de acto motriz (A2\FG) + frase A2, acaso contribuya a desactivar la desmentida patológica expresada en lenguaje O1 y A1.

- 2c) Copresencia de un tándem de intervenciones A2 respecto de la combinación de desestimación y desmentida exitosas combinadas con O1 y A1

1) Juan, durante tres cuartas partes del segundo fragmento tiene dos defensas prevalentes: una, como fue dicho es la desmentida combinada con O1 que promueve las paradojas lógicas. La otra es la desestimación del afecto (se expresa a veces como frase -catarsis- a veces vía acelere del cuerpo en movimiento, en ocasiones a través de los componentes paraverbales –p. ej.: el jadeo – y también como dispersión de la atención)

2) El terapeuta responde con un tándem de dos tipos de intervenciones A2. A una parte de estas manifestaciones (especialmente el acelere motriz), el terapeuta las aborda con intervenciones de contrato. Veamos: La primera intervención de contrato -3a- tiende a interferir en el acelere motriz (interpolando pausas entre un tiro y el próximo) y en la euforia fuera de contexto (al convocarlo a registrar la diferencia de eficacia entre ambos ejecutantes). La segunda -16a- se propone acotar la dispersión de la atención (al utilizar un número limitado de proyectiles, evitar la proliferación de nuevos objetos que pueden dispersar la atención). Con la tercera -18 A- acentúa su esfuerzo por frenar el acelere motriz. Una nueva tanda de intervenciones A2 son la anticipación y la síntesis (que corresponden a los turnos del habla 19 y el 20). Con la primera apunta al corazón de la paradoja lógica, la expone con crudeza contrastando el argumento con los resultados concretos en el juego competitivo. Con la segunda, al sintetizar consejos ofrecidos previamente, se orienta a proponer un camino para el cambio clínico.

3) Las frases de contrato del terapeuta conectan con la disposición del paciente a desactivar progresivamente la combinación de LI y desestimación del afecto. Juan inviste dos escenas: una de tipo A2 la de aceptar pautas comunes (ver 19 P, 22P) que contribuye a inhibir funcionalmente el acelerar motriz y focaliza la atención. Luego otra intervención A2, la anticipación (19P), aporta en la desactivación de la paradoja lógica -la escena de triunfar a costa del fracaso propio y ajeno- Esto ocurre cuando el paciente informa acerca del resultado del partido incluyendo su escaso puntaje, quedando en evidencia su desventaja (ver 24P) La última intervención A2 del analista, la síntesis, facilita la investidura por parte de Juan de una escena FU: explorar la actitud competitiva (ver 25P)

4) En consecuencia, el tándem de intervenciones A2 parecen contribuir a desactivar la combinación de la desestimación del afecto y la desmentida, combinadas con LI y O1 respectivamente. Las intervenciones de contrato tenderían a desacelerar la motricidad y a focalizar la atención. A punto de partida de ese nuevo estado psíquico, Juan gana la capacidad de aprovechar las nuevas intervenciones: hace cesar la paradoja lógica y habilita un cambio clínico (se desactiva la escena triunfar a costa del fracaso propio y ajeno y cobra investidura la escena que denominamos explorar la actitud competitiva).

Cuadro: Hallazgos referidos a la complementariedad y cambio clínico. Una síntesis

Paciente	Terapeuta
Combinación de defensas y pulsiones	Combinación de intervenciones
Desmentida exitosa + O1	Acto motriz (A2 \ FG) + acto de habla A2
Desmentida exitosa+ O1 y A1	Acto motriz (A2 \ FG) + acto de habla A2
Desestimación exitosa del afecto+ LI y desmentida exitosa+O1	Tándem de intervenciones A2 (contrato, anticipación y síntesis)

3) Relación entre alianza terapéutica y cambio clínico

3a) Copresencia entre la variedad expresiva concurrente del terapeuta y las modificaciones constructivas del paciente respecto de la alianza terapéutica y el cambio clínico

Un hallazgo de esta investigación resulta ser la copresencia del encuentro entre la variedad expresiva concurrente del terapeuta y las vicisitudes referidas a la modificación de la alianza terapéutica y el cambio clínico en el paciente

Por ejemplo: en el segundo fragmento de Juan durante los dos primeros tercios de la sesión, el terapeuta luego de advertir que muy frecuentemente los tiros del paciente resultan erráticos, le sugiere rectificar su colocación, que se ubique en línea recta al blanco. Estas sugerencias son acordes al propio hacer del analista, quien ejecuta exitosamente sus tiros ubicándose en dirección recta al blanco. Juan en ese lapso, se aferra desafiadamente al fracaso, al que confiere una tonalidad festiva. Durante el último tercio de la sesión las mencionadas sugerencias del terapeuta, son exploradas por Juan. Entre el período del desafío y el de dejarse influir por la palabra del terapeuta ocurre algo: el terapeuta ejerce una rectificación de su estilo de intervención. Cesa de apelar al lenguaje FU, se centra en intercalar los actos de arrojar (15A y 17A) con precisión, acorde a reglamento (A2) con frases A2 (16A y 18A, 19A), las cuales enfatizan en aspectos del contrato de juego convocando al analizante a respetar el contrato (juego competitivo, tiros al blanco acorde a ciertas reglas).

El proceder del analista durante el transcurso de la sesión va ganando en expresividad concurrente 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. El analista utiliza la variedad expresiva concurrente al cesar de apelar a frases FU y hacer uso de otros recursos: las 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 por parte del terapeuta de esta variedad expresiva concurrente en los hechos, 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 variedad expresiva concurrente del analista, y que eso, probablemente influya en dos direcciones simultáneamente:
- 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)

. 3b) Acerca de la relación entre alianza terapéutica y cambio clínico: en función de la conclusión o que se desprende del apartado 3a) postulamos lo siguiente en relación al vínculo entre alianza terapéutica y cambio clínico: el encuentro de la variedad expresiva concurrente del terapeuta con la disposición del paciente a descifrarla probablemente contribuya a que alianza terapéutica y cambio clínico se modifiquen constructivamente de modo prácticamente simultáneo

- Cuadro: Variedad expresiva concurrente, alianza terapéutica y el cambio clínico

Terapeuta	Paciente
-----------	----------

<p>Despliega espontáneamente una coherencia entre su decir y su hacer, el cual adopta al menos estos dos rasgos</p> <p>-Se sujeta a las mismas reglas que el paciente</p> <p>-Ejerce la actividad autocrítica en los hechos, la misma que le propone al paciente como camino hacia el aprendizaje</p> <p>Dispone de una variedad expresiva, a la que echa mano según surja de las necesidades psíquicas del paciente</p>	<p>Solo luego que capta en el terapeuta, la coherencia y la disposición a rectificarse e implementar recursos más pertinentes a su situación psíquica, el analizante se aviene a dejarse influir por éste: mejora la alianza terapéutica y accede al cambio clínico en modo prácticamente simultáneo</p>
--	--

□

9. Discusión

9.1 Síntesis de los resultados

En el apartado “conclusiones derivadas del análisis” establecimos conclusiones respecto a 1) contribución a la calidad de la alianza terapéutica en paciente y terapeuta 2) el cambio clínico y la complementariedad estilística matizada y 3) relación entre alianza terapéutica y cambio clínico

1. Contribución del paciente y el terapeuta a la calidad de la alianza terapéutica

1a) Aportes constructivos del paciente a la alianza terapéutica

El estudio del primer fragmento de Teodoro y el segundo de Juan nos permite detectar tres modos en los que los pacientes aportan a la alianza terapéutica constructiva

- 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. 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. Esta modalidad de contribución del paciente a la alianza terapéutica es la que está más descrita en la bibliografía (Lieberman, 1971)

- b) Tiempo de espera interno: la proposición de este segundo modo de aportar a la alianza terapéutica 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 aportar a la alianza constructiva resulta del despliegue por parte del paciente, de una iniciativa espontánea destinada a autolimitar el éxito de sus defensas patógenas con la meta de 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 la contigüidad temporal entre la disposición del terapeuta para rectificarse en los hechos y el fortalecimiento de la actitud constructiva de Teodoro. Es probable que el paciente haya captado una capacidad de rectificación de su analista (quien tuvo que desandar un trecho para descifrar la posición del paciente, 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.

Esta modalidad de aporte del paciente a la alianza constructiva, no esta descrita en la bibliografía precedente

Cuadro: Elementos que definen calidad de alianza terapéutica en el paciente

Actitud colaboradora	Actitud obstructiva (éstas surgen por inferencia, cada una de ellas constituye el inverso de la actitud colaboradora)
Reacciona ratificando al analista, fortaleciendo su confianza en él cuando las intervenciones del terapeuta apuntan a problemas nodales	Reacciona rectificando al analista o aumentando su desconfianza cuando las intervenciones del terapeuta apuntan a problemas nodales

Disposición de un tiempo de tolerancia interno a la espera de que la pericia del analista se rescate y prevalezca	Carencia (o claudicación) del tiempo de tolerancia interno, pérdida de la esperanza en ser comprendido, las intervenciones no pertinentes quedan sobreinvertidas
Despliega una iniciativa espontánea destinada a construir/mejorar el sentimiento de confianza en el analista	Despliega una iniciativa espontánea destinada a fomentar desconfianza en el analista

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 autorrectificación 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 luego de advertir que muy frecuentemente los tiros del paciente resultan erráticos, le sugiere rectificar su colocación, que se ubique en línea recta al blanco. Estas sugerencias son acordes al propio hacer del analista, quien ejecuta exitosamente sus tiros ubicándose en dirección recta al blanco. Juan en ese lapso, se aferra desafiadamente al fracaso, al que confiere una tonalidad festiva. 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 período en que Juan recurre al desafío y el momento en que se deja influir por la palabra del terapeuta, ocurre lo siguiente: el terapeuta auto rectifica su estilo de intervención. Cesa de apelar al lenguaje FU, se centra realizar actos de arrojar al blanco con precisión (15A y 17A). Estos actos motrices del analista tienen una doble significación: la de cumplir el reglamento de juego (A2) y la de mostrarse como ejemplo (FG). Las frases A2 (16A y 18A, 19A) -que enfatizan en aspectos del contrato de juego - convocan al analizante a respetar el contrato (juego competitivo, tiros al blanco acorde a ciertas reglas). A su vez el terapeuta apela a su variedad expresiva cuando desactiva las intervenciones FU, clínicamente contraproducentes y lo sustituye por frases A2, las que resultan una contribución a la confianza y el cambio clínico de Juan. A su vez, el terapeuta apela a expresiones concurrentes, lo hace cuando combina actos motrices y frases A2 para aumentar la coherencia de un mensaje clínico: el que convoca a Juan a actuar acorde a reglas, asumiendo una actitud inherente a la de quien se compromete en un juego competitivo.

Cuadro: Elementos que componen la actitud colaboradora \ obstructiva del terapeuta en la sesión concreta. Una síntesis

Actitud colaboradora	Actitud obstructiva
Disposición a rescatarse de sus propuestas clínicamente infructuosas –antes de que el paciente agote su disposición a confiar en la capacidad de ayuda de ese terapeuta - , rectificar su perspectiva errónea y aportar otra que aborde mejor los problemas nucleares del paciente	Escasa disposición a rescatarse de sus propuestas erróneas , de aportar recursos novedosos, más acorde a la situación actual del paciente

Contar con diversos canales expresivos (frases, movimientos, preferencias paraverbales) que contribuyan a generar coherencia en su mensaje	Escasez de recursos expresivos alternativos Incoherencia entre el decir y el hacer
--	---

2.El cambio clínico y la complementariedad estilística matizada

En las escenas en las que detectamos cambio clínico es posible observar la co-presencia de intervenciones clínicas que reúnen diversos componentes (frase, motricidad)

A partir de ahora vamos a seguir el siguiente orden: 1) descripción de la situación clínica patológica 2) descripción de la intervención clínica 3) respuesta del paciente 4) nuestra conclusión respecto de la eficacia clínica de la intervención del terapeuta.

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 (desmentida exitosa combinada con O1).

2) El terapeuta 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: el de considerar las reglas) Luego realiza nuevas intervenciones A2: en este caso frases de contrato (lectura del reglamento) y presentación opciones (ver 1A)

3) Existe una copresencia entre el hecho de que que el terapeuta combine 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 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 suponemos que acto motriz (A2\FG) y frase A2 pueden aportar en la modificación de una defensa patógena por otra funcional, no patógena

2b) Copresenciade las intervenciones que reúnen acto de habla A2 y acto motriz manual (A2\FG) respecto de la desmentida exitosa combinada con O1 y A1

1) Durante tres cuartas partes del segundo fragmento Juan pone en juego defensas patógenas exitosas. Se expresan en la propensión a producir paradojas lógicas, tonos exaltados y catarsis y actitudes desafiantes. La escena que arma con estos elementos consiste en triunfar desafiantemente, a costa del fracaso propio y ajeno (ver 3P, 14P)

2) El terapeuta, en sus primeras quince intervenciones (tres cuartas partes del total de las mismas), alterna actos motrices de certera puntería (ver: 1A, 2A, 10A) con frases FU (ver7A, 11A). El desempeño aloplástico resulta acorde a las reglas de juego (A2) y constituye un ejemplo (FG) para Juan respecto a un modo de jugar considerando el aspecto competitivo del juego. En el último cuarto de sesión intercala los actos de arrojar con precisión acorde a reglamento (15A y 17A), con frases A2 (16A y 18A, 19A), las cuales enfatizan en aspectos del contrato de juego.

3) Solo luego de que el terapeuta atina a combinar acto de puntería con frases A2, el paciente responde ateniéndose al contrato (19P), disminuyendo la dispersión de la atención (19P), desactivando su acelere motriz (se disculpa ante el terapeuta– ver 22A -). Luego informa - no como hasta entonces tan solo el tanteador del terapeuta - sino el resultado global del partido, muy desfavorable para él (ver 24P). Tras esto, el paciente desactiva la escena triunfar desafiantemente, a costa del fracaso propio y ajeno. Acaso lo que ocurre en este momento es que Juan logra conectar el resultado del juego con ciertos sentimientos (vergüenza, orgullo herido) que ahora hacen de freno inhibitorio a

la continuidad de la escena de triunfo desafiante mediante el fracaso propio y ajeno.

4) En consecuencia suponemos que la combinación de acto motriz (A2\FG) + frase A2, acaso contribuya a desactivar la desmentida patológica exitosa expresada en lenguaje O1 y A1

2c) Copresencia de un tándem de intervenciones A2 respecto de la combinación de desestimación y de desmentida, ambas exitosas combinadas con O1 y A1

1) Juan, durante tres cuartas partes del segundo fragmento tiene dos defensas exitosas prevalentes: una, como fue dicho es la desmentida combinada con O1 que promueve las paradojas lógicas. La otra es la desestimación del afecto (se expresa a veces como frase -catarsis- a veces como acelere motriz, en ocasiones como componentes paraverbales –p. ej.: el jadeo – y también como dispersión de la atención)

2) El terapeuta responde con un tándem de dos tipos de intervenciones A2. A una parte de estas manifestaciones (especialmente el acelere motriz), el terapeuta las aborda con intervenciones de contrato. Veamos: La primera intervención de contrato -3A- tiende a interferir en el acelere motriz (interpolando pausas entre un tiro y el próximo) y en la euforia fuera de contexto (al convocarlo a registrar la diferencia de eficacia entre ambos ejecutantes). La segunda -16A - se propone acotar la dispersión de la atención (al utilizar un número limitado de proyectiles, evitar la proliferación de nuevos objetos que pueden dispersar la atención). Con la tercera -18 A- acentúa su esfuerzo por frenar el acelere motriz. Una nueva tanda de intervenciones A2 son la anticipación y la síntesis (que corresponden a los turnos del habla 19 y el 20). Con la primera apunta al corazón de la paradoja lógica, la expone con crudeza contrastando el argumento con los resultados concretos en el juego competitivo. Con la segunda, al sintetizar consejos ofrecidos previamente, se orienta a proponer un camino para el cambio clínico

3) Las frases de contrato del terapeuta conectan con la disposición del paciente desactivar progresivamente la combinación de LI y desestimación del afecto exitosa. Juan inviste dos escenas: una de tipo A2 la de aceptar pautas comunes

(ver 19 P, 22P) que contribuye a inhibir funcionalmente el acelere motriz y focaliza la atención. Luego otra intervención A2, la anticipación (19P), aporta en la desactivación de la paradoja lógica -la escena de triunfar a costa del fracaso propio y ajeno- Esto ocurre cuando el paciente informa acerca del resultado del partido incluyendo su escaso puntaje, quedando en evidencia su desventaja (ver 24P) La ultima intervención A2 del analista, la síntesis, facilita la investidura por parte de Juan de una escena FU: explorar la actitud competitiva (ver 25P)

4) En consecuencia, el tándem de intervenciones A2 parecen contribuir a desactivar la combinación de desestimación del afecto y desmentida exitosa, combinadas con LI y O1 respectivamente. Las intervenciones de contrato promueven una desaceleración de la motricidad y a la focalización de la atención. A punto de partida de ese nuevo estado psíquico, Juan gana la capacidad de aprovechar las nuevas intervenciones: hace cesar la paradoja lógica y habilita un cambio clínico (se desactiva la escena triunfar a costa del fracaso propio y ajeno y cobra investidura la escena que denominamos explorar la actitud competitiva).

Cuadro: Hallazgos referidos a la complementariedad y cambio clínico. Una síntesis

Paciente	Terapeuta
Combinación de defensas y pulsiones	Combinación de intervenciones
Desmentida exitosa + O1	Acto motriz (A2 \ FG) + acto de habla A2
Desmentida exitosa + O1 y A1	Acto motriz (A2 \ FG) + acto de habla A2
Desestimación exitosa + LI y desmentida exitosa +O1	Tándem de intervenciones A2 (contrato, anticipación y síntesis)

3. Relación entre alianza terapéutica y cambio clínico

3a) Copresencia entre la variedad expresiva concurrente del terapeuta y las modificaciones constructivas del paciente respecto de la alianza terapéutica y al cambio clínico

En el segundo fragmento de Juan durante los dos primeros tercios de la sesión, el terapeuta luego de advertir que muy frecuentemente los tiros del paciente resultan erráticos, le sugiere rectificar su colocación, que se ubique en línea recta al blanco. Estas sugerencias son acordes al propio hacer del analista, quien ejecuta exitosamente sus tiros ubicándose en dirección recta al blanco. Juan en ese lapso, se aferra desafiadamente al fracaso, al que confiere una tonalidad festiva. Durante el último tercio de la sesión las mencionadas sugerencias del terapeuta, son exploradas por Juan. Entre el período del desafío y el de dejarse influir por la palabra del terapeuta ocurre algo: el terapeuta quien ejerce una rectificación de su estilo de intervención Cesa de apelar al lenguaje FU, se centra en intercalar los actos de arrojar (15A y 17A) con precisión, acorde a reglamento (A2) con frases A2 (16A y 18A, 19A), las cuales enfatizan en aspectos del contrato de juego convocando al analizante a respetar el contrato (juego competitivo, tiros al blanco acorde a ciertas reglas).

El proceder del analista durante el transcurso de la sesión va ganando en expresividad concurrente 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. El analista utiliza la variedad expresiva al cesar de apelar a frases FU y hacer uso de otros recursos: las 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 por parte del terapeuta de esta variedad expresiva concurrente en los hechos, 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 variedad expresiva concurrente del analista, y que eso, probablemente influya en dos direcciones simultáneamente:
- 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: La variedad expresiva concurrente y su aporte respecto del la alianza terapéutica y el cambio clínico

Terapeuta	Paciente
-----------	----------

<p>Despliega espontáneamente una coherencia entre su decir y su hacer, el cual adopta al menos estos dos rasgos</p> <p>-Se sujeta a las mismas reglas que el paciente</p> <p>-Ejerce la actividad autocrítica en los hechos, la misma que le propone al paciente como camino hacia el aprendizaje</p> <p>Dispone de una variedad expresiva, a la que echa mano acorde a las necesidades psíquicas del paciente</p>	<p>Solo luego que capta en el terapeuta, la coherencia y la disposición a rectificarse e implementar recursos más pertinentes a su situación psíquica, el analizante se aviene a dejarse influir por éste: mejora la alianza terapéutica y accede al cambio clínico en modo prácticamente simultáneo</p>
--	--

9.2 Discusión de los resultados desde diversas perspectivas

A) Discusión con el problema de la investigación:

Esta tesis nos planteamos el siguiente problema: el estudio pormenorizado del diálogo terapéutico (frases, elementos paraverbales, motricidades) entre paciente púber y su terapeuta ¿Promueve algún conocimiento nuevo respecto de la alianza terapéutica y el cambio clínico en la psicoterapia con púberes?

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 elaboramos un concepto: el de variedad expresiva concurrente. Esta incluye dos aspectos: a) el disponer de riqueza en su repertorio de recursos, en función de las necesidades anímicas del paciente y 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. Con la variedad expresiva concurrente el terapeuta contribuye a la calidad de la alianza terapéutica y al cambio clínico benigno.

El paciente por su parte adopta una actitud colaboradora de tres modos:

1) con intervenciones que tienden a ratificar al analista, en la medida en que las intervenciones del terapeuta apuntan a problemas nodales del analizante

2) apelando a un tiempo de tolerancia interno mediante el cual, mientras el terapeuta produce intervenciones desenfocadas respecto a las problemáticas psíquicamente más relevantes, permiten sostener la expectativa en que la pericia del analista se rescate y prevalezca 3) desplegando una iniciativa espontánea que combina acto motriz y componente paraverbal con la cual, a la vez que malogra el estado exitoso de sus propias defensas, aporta una pista a un terapeuta que se hallaba clínicamente desorientado. Pudimos describir también aspectos obstructivos a la alianza terapéutica. 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 la postura obstructiva la inferimos en las escenas en que rectifica al analista o aumentando su desconfianza cuando las intervenciones del terapeuta apuntan a problemas nodales o también cuando despliega una iniciativa espontánea destinada a fomentar desconfianza en el 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 efectue el cambio clínico, tienen una composición compleja: incluyen frase y acto motriz. De modo que detectamos que a una determinada combinación de pulsiones y defensas

patógenas por parte del paciente, resultan pertinentes intervenciones terapéuticas que reúnen cierto tipo de frases y de actos motrices. Denominamos complementariedad estilística matizada a esta combinación de manifestaciones del terapeuta (ver en Discusión punto 2: El cambio clínico y la complementariedad estilística matizada). Por último entre los aportes, podemos destacar el esclarecimiento de una modalidad de relación entre alianza terapéutica y cambio clínico – ver Discusión punto 3: 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 sea activamente -iniciativa espontánea- , sea reactivamente a investirla y aprovecharla para modificar su confianza y su estructura defensiva patológica.

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 paraverbales 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 hallar 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. En cada una de las propuestas específicas que aportan a la calidad de la alianza terapéutica (iniciativa espontánea, variedad expresiva concurrente, etc.), hemos puesto de resalto el aporte específico de frases, motricidades y elementos paraverbales. 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

Al realizar nuestro estado del arte, hicimos un rastreo de los estudios que conectan alianza terapéutica y cambio clínico. En ese momento de la

investigación, nuestra mirada fue abarcativa. Incluimos aportes surgidos de la reflexión acerca de la clínica (especialmente psicoanalistas) y estudios de corte sistemático. Del conjunto de contribuciones que seleccionamos, algunas refieren a pacientes adultos y otras a pacientes adolescentes y niños. En esta instancia de nuestra tesis solo consideramos las contribuciones de los autores que estudian alianza terapéutica y cambio clínico en niños y púberes.

Vamos a considerar la relación de nuestra investigación con las investigaciones actuales distinguiendo a las mismas según estudien la alianza terapéutica y cambio clínico dentro o fuera del setting clínico. Asimismo consideraremos también el momento del tratamiento en que se realice el estudio (sea recién iniciado el proceso terapéutico, sea con el proceso terapéutico avanzado). A continuación, la discusión con unos y otros

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

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: durante tres cuartas partes de la segunda sesión de Juan, detectamos que el grupo mayoritario de intervenciones clínicas del terapeuta caen fuera del núcleo de problemas del paciente. Las respuestas del analizando a las propuestas no pertinentes, tiende potenciar sus respuestas patológicas, y los aportes de ambos a la alianza terapéutica es obstructiva. Cuando el analista logra producir intervenciones más atinadas y coherentes con el requerimiento psíquico de Juan, éste se vale de éstas últimas para fortalecer la alianza

terapéutica y activar el cambio clínico. Es probable que un instrumento como la encuesta, a la que habitualmente apelan quienes estudian alianza terapéutica fuera del setting clínico, capte muy escasa o pobremente la sutileza de 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 (entre los que cuentan Landsberg, Snyder, Moustakes y Schalok, Russel y Zurita) estudiaron el intercambio clínico con el objetivo de establecer correlaciones entre a) tipo de intervención clínica (un autor distingue las directivas\ de las no directivas, otro de los investigadores considera la subdivisión entre información de respuesta \recolección de nueva información. Finalmente, otro de los estudiosos selecciona las intervenciones según sean confrontación\de tipo clásico) 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 que 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, un encuentro, el cual no depende sólo del tipo de intervención del terapeuta (directiva, confrontativa, etc.). En este caso, lo que cuenta es: 1) una disposición del terapeuta para ejercer una coherencia entre lo que con sus intervenciones le propone al paciente (p.ej. la disposición a corregir una posición o el respeto de ciertos contratos) y su propia actitud en sesión (p. ej.: proclive a autocorregirse,

a respetar los contratos) 2) una disposición del paciente para captar la coherencia del terapeuta (según W. Bion el descubrimiento de la coherencia constituye una experiencia emocional), que promueve una mejora en la confianza en el terapeuta (cambia de una actitud negativa a una constructiva respecto de las propuestas del terapeuta) y se registra una favorable disposición hacia el cambio clínico. Probable efecto de esta captación de estos pacientes es un acto psíquico que detectamos en Juan y Teodoro: la introyección de la función pensante del analista (que le aporta un criterio autocrítico). Este acto psíquico del paciente, propenso a la confianza y a la modificación clínica benigna, no surge tanto como reacción a una intervención terapéutica específica, más bien consideramos que la disposición a la coherencia de parte del terapeuta pudo expresarse en otros momentos del tratamiento sin provocar por ello respuesta alguna en el paciente. Probablemente el efecto benigno que percibimos en los fragmentos que estudiamos se deba a que – parafraseando a Winnicott – el terapeuta coloca la coherencia en el momento en que el paciente está pronto para aprovecharla, usándola como apoyo para generar procesos psíquicos como la introyección de una función pensante.

En síntesis: esta tesis propone que en la construcción de la calidad de la alianza terapéutica y la apertura al cambio clínico no solo cabe considerar el tipo de intervención del terapeuta, sino entre otros elementos, un encuentro entre de subjetividades en el cual, la coherencia ejercida por el terapeuta y detectada por el paciente, cobra una gran importancia.

Este abordaje multidimensional puede ser un aporte para nuevos estudios que consideren alianza terapéutica y el cambio clínico en el diálogo clínico, ya que no ha sido descrito en la bibliografía consultada

Cuadro: concepciones de alianza terapéutica y cambio clínico

La que surge de Investigaciones	Responden al modelo explicativo: tienden a establecer que tipo de intervención clínica (directivas\ no directivas, etc.) provocan una respuesta de mejor calidad en los pacientes
---------------------------------	---

Actuales	
La que surge de nuestra tesis	Encuentro entre subjetividades: el ejercicio de una variedad expresiva concurrente por parte del terapeuta y la disposición del paciente por captarla sea activamente – iniciativa espontánea-, sea reactivamente a investirla y aprovecharla para modificar su confianza y su estructura defensiva patológica

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 valor de predecir no solo acerca de la continuidad del tratamiento sino también acerca de la eficacia clínica del mismo. En el centro Anna Freud (Midgley, 2007) se han auditado las historias clínicas de 15 casos cuya característica común fue la interrupción prematura. El objetivo del estudio fue: detectar factores intervinientes en la producción de tal desenlace. Diseñaron escalas para estudiar la alianza terapéutica temprana, como en el TASC de Shirk y Saiz y el CTAS de Foreman (Midgley, op. cit.). También Abrishami Golee (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. Muy frecuentemente 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, las que 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. Cabe enfatizar la importancia de contar con un método de investigación refinado, cuyo nivel de operacionalización nos provee la posibilidad de estudiar las visicitudes de la alianza terapéutica y el cambio clínico en el nivel del discurso verbal, el de los elementos paraverbales y el los actos motrices. En el cruce de estos niveles pudimos estudiar los aportes constructivos\obstructivos de paciente y terapeuta a la alianza terapéutica y el cambio clínico. 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 al interior del proceso clínico 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 centrar la discusión con los aportes que David Liberman realiza respecto de los estilos de juego (1981). Del libro de Liberman acerca de los estilos de juego, se desprende que en los psicoanálisis con niños, 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. Veamos como ejemplo: En el segundo fragmento de Juan durante los dos primeros tercios de la sesión, el terapeuta luego de advertir que muy frecuentemente los tiros del paciente resultan erráticos, le sugiere rectificar su colocación, que se ubique en línea recta al blanco. Estas sugerencias son acordes al propio hacer del analista, quien ejecuta exitosamente sus tiros ubicándose en dirección recta al blanco. Juan en ese lapso, se aferra desafiadamente al fracaso, al que confiere una tonalidad festiva. 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 período del desafío y el de dejarse influir por la palabra del terapeuta ocurre algo: el terapeuta rectifica su estilo de intervención. Cesa de apelar al lenguaje FU. A la vez que sigue realizando los actos de arrojar al blanco con precisión (15A y 17A), ahora profiere varias frases A2 (16A y 18A, 19A). Los actos motrices del analista tienen una doble significación: la de cumplir el reglamento de juego (A2) y la de mostrarse como ejemplo (FG). Las frases A2 enfatizan en aspectos del contrato de juego, convocan al analizante a respetar el contrato (juego competitivo, tiros al blanco acorde a ciertas reglas).

El terapeuta apela a expresiones concurrentes cuando combina actos motrices y frases A2 para aumentar la coherencia de un mensaje clínico: el que convoca a Juan a actuar acorde a reglas, asumiendo una actitud inherente a la de quien se compromete en un juego competitivo.

La propuesta de las expresiones concurrentes 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)

Cuadro: Las intervenciones del terapeuta

Propuesta de Liberman (libro de los estilos de juego)	La interpretaciones el aporte principal del analista al cambio clínico del paciente. Las intervenciones que incluyen la motricidad, tienen meramente una función preparatoria, secundaria
Lo que surge de nuestra tesis	En ocasiones acto motriz y acto de habla actúan potenciando recíprocamente su expresividad, multiplicando la coherencia del mensaje terapéutico y su eficacia clínica.

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 adquiera 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 nascente 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) Una nueva concepción del momento óptimo de un tratamiento

Entre los autores psicoanalíticos que trabajaron el concepto de momento óptimo en la experiencia terapéutica. Importantes autores (Bion 1966, Liberman, 1970, Etchegoyen, 1991) sostienen que consiste en una experiencia cognitivo-emocional tanto para el terapeuta como para el paciente. Coinciden en que el proceso se desencadena en el terapeuta, “objeto que porta el insight” (Etchegoyen, op. cit. pág 644), cuando detecta un orden en un conjunto de hechos clínicos, hasta entonces incomprensibles. Lo que se vuelve inteligible es un sector de la vida anímica del paciente. Si el analista logra formular una interpretación con la que transmite su intelección al paciente, cierra el ciclo de su experiencia emocional que involucra descubrir y comunicar. El analizante, en la medida que la interpretación del analista le brinde un conocimiento nuevo de sí mismo, que modifica defensas resistían ese descubrimiento, despliega su propia vivencia de insight.

- Nuestra investigación nos permite postular otra acepción del momento óptimo en sesión. En nuestra propuesta analizando y analista acceden a un encuentro que tiene rasgos específicos: el terapeuta interviene no solo con la interpretación, sino con un conjunto de recursos expresivos (frases, movimiento), algunos de los cuales tienen una doble condición: 1) son lo que Liberman (1972) denomina “complementarios” desde el

punto de vista de los requerimientos psíquicos del paciente 2) dan cuenta de una cierta coherencia del terapeuta,

El paciente colaborador dirige una parte de su atención psíquica a discriminar si el analista resulta creíble. La coherencia\ incoherencia de las manifestaciones del terapeuta brindan un material sobre el cual el paciente desarrolla un discernimiento respecto de la confianza\desconfianza que le despierta en el terapeuta en un momento dado. Si predomina la confianza, la alianza fortalece. Luego -o casi simultáneamente- con la contribución de la confianza fortalecida, se efectúa el cambio clínico (p. ej. se introyecta una función psíquica previamente localizada en el discurso del analista).

Para el paciente, la sinergia que transcurre entre captar la coherencia, sentir confianza y activar un proceso psíquico de cambio constituye una experiencia cognitivo-emocional

<p>Momento óptimo (m.o.) Lieberman</p>	<p>El analista pone en marcha el inicio de momento óptimo al descubrir una interpretación que arroja luz sobre un conjunto de hechos psíquicos hasta entonces incomprensible. El m.o. constituye una experiencia cognitivo\emocional para analizando y analizante.</p> <p>Para el terapeuta se produce en el acto descubrir la significación y formularla en una interpretación.</p> <p>Para el paciente, se pone en juego al acceder a la vivencia de insight.</p> <p>En el momento óptimo lo que circula armoniosamente es, sobremanera, significación psíquica</p>
--	---

<p>Momento óptimo según surge de nuestra investigación analizando y analista alcanzan una sintonía compleja.</p>	<p>Entre los aportes del terapeuta deslindamos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) los que dan cuenta de una cierta coherencia entre lo que el terapeuta dice y hace, gracias a la cual su mensaje gana en elocuencia y riqueza lo detectamos en: <ul style="list-style-type: none"> - Contrato: el terapeuta se atiene al mismo contrato que solicita que el paciente cumpla: - Disposición autocrítica: testimonia en los hechos su disposición a ejercer la autocrítica respecto de su modo de entender e intervenir clínicamente - Variedad expresiva: dispone de una riqueza de recursos (frases y actos motrices u otros) a las que echa mano acorde a las necesidades psíquicas del paciente <p>Entre los aportes del paciente : La actitud colaboradora que interviene en el momento óptimo, se expresa de este modo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) puede apelar a una iniciativa espontánea 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 apunta a los conflictos nodales del paciente 2) dirigir una parte de su atención psíquica a discriminar, en las manifestaciones del terapeuta, la coherencia \ incoherencia entre su decir y su hacer, y la permeabilidad del analista para rectificarse y disponer de recursos alternativos, más pertinentes a la problemática actual del analizante <p>El objetivo de esta actividad discriminativa es</p>
--	---

	<p>decidir 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.</p> <p>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 lo consume (p. ej. introyectando una función psíquica previamente localizada en el discurso del analista).</p> <p>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 la vivencia de una sinergia entre el analista que aporta <u>variedad expresiva concurrente</u>, allí donde el paciente está pronto a descubrirla, configura una experiencia emocional (según sostiene Bion -1966a- el descubrimiento de la coherencia es una experiencia emocional) la que constituye el empuje hacia la modificación de la alianza terapéutica y el cambio clínico constructivo</p>
--	---

Nuestra investigación y el estado del arte:

Consideramos que nuestra investigación amplía las investigaciones precedentes al aportar propuestas concretas para detectar en el vínculo terapéutico los aportes constructivos o la obstrucción a la alianza terapéutica y el cambio clínico por parte de paciente (p. ej. con el concepto que denominamos iniciativa espontánea) y del terapeuta (p. ej. con el concepto que denominamos variedad expresiva concurrente). Aportamos algunos matices novedosos a las nociones de complementariedad estilística (complementariedad estilística matizada) y al de momento óptimo de una sesión (la vivencia de una sinergia entre el analista que aporta variedad expresiva concurrente, allí donde el paciente está pronto a descubrirla). El encuentro vincular configura una experiencia emocional que constituye el empuje hacia la modificación de la alianza terapéutica y el cambio clínico constructivo)

10. Conclusiones

10.1 Aporte principal de esta investigación:

Este estudio resulta un trabajo pionero en investigación empírica respecto de la alianza terapéutica y el cambio clínico centrado en las sesiones mismas. Llega a plantear algunas conclusiones sugerentes, las que sintetizamos apretadamente a continuación: en suma nuestra contribución se enfoca en la descripción del pasaje desde un momento de desencuentro clínico hacia un momento óptimo en la relación terapéutica, en el cual la alianza terapéutica y el cambio clínico se modifican constructiva y simultáneamente. Este logro requiere de una disposición colaboradora por parte del paciente y de una actitud no estereotipada del terapeuta. El analizante coopera concretamente, sea ratificando al analista en las intervenciones que hacen foco en sus aspectos problemáticos, sea con lo que denominamos iniciativas genuinas. Éstas iniciativas genuinas del paciente, apuntan a investir un aspecto del trabajo del terapeuta en sesión (p. ej.: su disposición autocrítica) con lo que aumenta la confianza y la disposición al cambio constructivo. El terapeuta muestra su capacidad de rescatarse de las estereotipias con su disposición a la autorrectificación 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) coherencia entre su decir y su hacer: en esta ocasión, frases y actos motrices A2, potencian recíprocamente su elocuencia y su significación. La vivencia de una sinergia entre el analista que aporta variedad expresiva concurrente, allí donde el paciente está pronto a descubrirla, constituye una experiencia emocional que aporta al empuje hacia la modificación de la alianza terapéutica y el cambio clínico constructivo.

10.2 Limitaciones de este estudio

En el tipo de estudio que acabamos de exponer, de microproceso, nos vemos imposibilitados de hacer extensivos los resultados que obtuvimos a otros casos,

aunque en la tarea nos munimos de hipótesis con las que encarar nuevos estudios

La muestra que estudiamos es muy acotada; por eso han quedado sin considerar otras tantas situaciones sugerentes que podrían contribuir a estudiar matices en la relación de la alianza terapéutica y el cambio clínico, entre ellas enumero algunas pocas:

- En nuestra muestra restringida, situaciones clínicas muy habituales no han podido ser estudiadas. Entre ellas mencionemos la circunstancia en la que un paciente ingresa a la sesión con un malestar intenso, sea corporal (estado de cansancio, p.ej.), o de otro tipo (p. ej., un conflicto acaecido en la escuela, un rato antes de concurrir a terapia),y la influencia que tal estado tiene en el devenir de la alianza terapéutica y el cambio clínico en esa sesión concreta
- En nuestra muestra restringida, hemos considerado de un modo acotado la riqueza de ciertas escenas del paciente, las que expresan— simultáneamente- la resistencia al cambio, a la vez que constituyen una pista para que el terapeuta cambie la orientación de sus intervenciones. Cabe señalar el valor de nuevas investigaciones que contribuyan a captar los matices de estos materiales complejos en la tarea clínica concreta
- La recolección del material motriz y paraverbal ha sido hecha de modo artesanal, habiendo en la actualidad modos más fidedignos de recogerlo y de aprovecharlo en los estudios concretos.
- La formulación de nuevos diseños de investigación acerca de la contribución del terapeuta a la alianza terapéutica y el cambio clínico, pueden tomar en consideración a más de un terapeuta. Al respecto, un aspecto interesante de estudiar podría ser si los aportes constructivos de los terapeutas tienen características comunes – y describirlos – o si resultan completamente diferentes en cada caso, idiosincráticos a cada proceso terapéutico.

Bibliografía

Abrishami, Golee F. (2009) "Therapeutic alliance and in children and adolescents served in a community mental health setting"

Agnew-Davies, Stiles, Hardí, Barkham y Shapiro (1998) "Alliance structure assessed by the agney relationship measure, en Journal clinical psychology", 1998, vol. 37

Álvarez Lince, B. (2012) "Melanie Klein: teoría y técnica", Ed. Polemos

Aspland H, y Llewelyn S., Hardí GE, Barkham, M. y Stiles, W.(2008), National Library of Medicine (National Institute of health)

Bergin y Garfield (1994)"Handbook of psychoterapy and behavior change", Nex York, John Wiley and Sons, Inc.

Bickman y otros(2004) "Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings" citado por Abrishami, Golee F. (2009)

Binder and Strupp (1997) "Negative process: a recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychoterapy of adults", Clinical psychology: science and practice, vol 4, issue 2

Bion, W. (1966a) "Aprendiendo de la experiencia", Editorial Paidós, Bs. As.

Bion, W. (1966b) "Elementos del psicoanálisis" E. Hormé, Bs. As.

Bion, W. (1969) "Notas sobre la memoria y el deseo", Revista de psicoanálisis, número 3 tomo XXVI

Bion, W. (1990) "Volviendo a pensar", E. Hormé, Bs. As

Bion, W. (1974) "Atención e interpretación", Ed. Paidós, Bs. As.

Bion, W. (1982) "La tabla y la cesura", Gedisa, Bs As

Bion, W. (1991) "Experiencias en grupos. Grupos en Instituciones". Paidós, Bs. As.

Bordin, E. (1979) "The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance", en Theory research and practice

Botella, Luis – Corbella Sergi (2011) Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico" Boletín de Psicología, de la Facultad de Psicología de la Universitat Ramón Llull.No. 101

Blatt, S. (1998) "Representational structures and the therapeutic process", citado por Midgley, N. (2007)

- Carlberg, G., (1997) "Turning points in child psychotherapy: exploring psychotherapists experiences of change process, citado por Midgley, N. (2007)
- Chazan, S. (2002) "Using the children's play therapy instrument to measure change in psychotherapy: the conflicted player" citado por Midgley, N. (2007)
- Cohen, S (2002) "Six month follow-up of two mother-infant psychotherapy", citado por Midgley, N. (2007)
- Crits-Christoph y Connolly Gibbons (2011) "The dependability of alliance assessments: the alliance-outcome correlation is larger than you might think", citado por Waizmann, V., Espíndola, I., Roussos, A. (2009)
- Dahl, H., Kächele H., Thoma H. "Psychoanalytic process research strategies" Springer Verlag, 1988
- Eltz, M., Shirk, S. & Sarlin, N. (1995) "Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents", citado por Abrishami (2009)
- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002) "When youth mental health care stops: therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment", citado por Abrishami (2009)
- Gaston, L., y otros. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies, citado por Abrishami (2009)
- Green, J., (2006). Annotation: the therapeutic-alliance- a significant but neglected variable in child mental health treatment studies, citado por Abrishami (2009)
- Etchegoyen, R. Horacio (1991) "Los fundamentos de la técnica psicoanalítica", Amorrortu ed.
- Fonaugy, P., Buchan, E. y otros (1993) "The Anna Freud centre: sesión rating scale for children and adolescent", citado por Midgley, N. (2007)
- Freud, A. (1977) "Psicoanálisis del niño", Paidós
- Freud, S. (1950a) [1887-1902] Los orígenes del psicoanálisis", en AE vol. 1 (abarca las cartas a W. Fliess, manuscritos inéditos y el "Proyecto de una psicología para neurólogos")
- Freud, S. (1900a) "La interpretación de los sueños", en AE, vol. IV y 5
- Freud, S. (1905a) "Tres ensayos de una teoría sexual", en AE vol. VII

Freud, S. (1905[1901]) "Fragmento de análisis de un caso de histeria", en AE vol. VII

Freud, S. (1911a) "Formulaciones sobre de los principios del acaecer psíquico", en AE, 12

Freud, S. (1911b [1910])"Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente", en AE, vol. 12

Freud, S. (1913a) "Sobre la iniciación del tratamiento", en AE, vol. 12

Freud, S. (1914b) "Introducción del narcisismo" en AE, vol. 14

Freud, S. (1915a) Pusiones y destinos de pulsión, en AE, vol. 14

Freud, S. (1915b) "La represión" en AE, vol. 14

Freud, S. (1915e) "Lo inconsciente", en AE, vol. 14

Freud, S. (1917a) "Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños" en AE vol. 14

Freud, S. (1917b) "Duelo y melancolía", en AE, vol. 17

Freud, S. (1918a) "De la historia de una neurosis infantil", en AE, vol. 17

Freud, S. (1919a) "Lo ominoso", en AE, vol. 17

Freud, S. (1919b) "Pegan a un niño", en AE, vol. 17

Freud, S. (1920a) "Más allá del principio del placer", en AE, vol 18

Freud, S. (1921c) "Psicología de las masas y análisis del yo", en AE, vol. 18

Freud, S. (1923a)" El yo y el ello", en AE, vol. 19

Freud, S. (1924a) "El problema económico del masoquismo", en AE, vol.19

Freud, S. (1925b) "La negación", en AE, vol. 20

Freud, S. (1926a [1925] Inhibición síntoma y angustia", en AE, vol. 20

Freud, S. (1927a)"El fetichismo", en AE, vol. 21

Freud, S. (1933a)"Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, en AE, vol. 22

Freud, S. (1940a [1938]) "La escisión del yo en el proceso defensivo"

Freud, S. (1950a) "Proyecto de una psicología para neurólogos", en AE, vol 1

Freud, S. (1927d)"El humor", en AE, vol. 21

- Freud, S. (1939a) "Moisés y la religión monoteísta" en AE, vol. 23
- Freud, S. (1941a) [1938]"Conclusiones, ideas y problemas" en AE, vol. 23
- Goldberg, J. (2005) "El ADL: problemas metodológicos y exploración del desvalimiento en la clínica con niños" Tesis de Maestría
- Goldfried, M. y Dávila, J.(2005)" Ther role of relationship and technique in therapeutic change in psychotherapy", en Theory, research, practice, training, vol. 42
- Gorin, S. (1993) "The prediction of child psychotherapy outcome: factor specific to treatment, citado por Midgley, N. (2007)
- Greenson, R y Wexler, M (1969) " The non transference relationship in the psycho-analytic situation" International journal of psycho-analysis, citado por Etchegoyen (1991)
- Hartley, D. (1985) "Research on the therapeutic alliance in psychotherapy, en American psychiatric association"
- Hillard, R. B., Henry, W.P, & Strupp, H. H. (2005) "An interpersonal model ofpsychotherapy: linking patient and therapist developmental history, therapeuticprocess and types of outcome", citado por Abrishami (2009)
- Hodge, J., Steele, M. (2000) "Effects of abuse on attachment representations narrative assessments of abused children" citado por Midgley, N. (2007)
- Hougaard, E., (2011) "The effect and clinical psychology of mindfulness – bases cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis", Elsevier Ltd.
- Jones, E. (2000) "Therapeutic - action. A guide to psychoanalytic therapy", Hardcover Ed.
- Kasset, T. Bonanno, G. Notarius, C. (2004)"Affective scaffolding a process measurement and analysis of child-adult interaction,citado por Midgley, N. (2007)
- Kaufman, N. H., Rohde, P., Seeley, J. R., Clarke, G. N., & Stice, E. (2005)" Potentialmediators of cognitive-behavioral therapy for adolescents with comorbid majordepression and conduct disorder", citado por Abrishami (2009).
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fileds, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., & McMakin, D. (2008) "Relationship process in youth psychotherapy", citado por Abrishami (2009).
- Kazdin, A (1994) "Barriers to treatment participation scale: evaluation and validation in the context of child outpatient treatment" en Journal of child psychology and psychiatry, vol. 38, issue 8

- Kazdin, A. E., & Mazurick, J. L. (1994) "Dropping out of child psychotherapy: distinguishing early and late dropouts over the course of treatment", citado por Abrishami (2009)
- Kazdin, AE · Whitley M, Marciano PL (2006) "The therapeutic Alliance in cognitive-behaviorial treatment of children referred for oppositional aggressive, and antisocial behavior" en J Psychol Child Psychiatry. 2006
- Kazdin, A. (2003) "Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations" en Child Psychol Psychiatry
- Kazez, R. (2009) Los estudios de caso y el problema de la selección de la muestra. Aportes del sistema de matrices de datos. Revista Subjetividad y procesos cognitivos, número 13, julio 2009, Bs As (pág. 71 a 89)
- Lacan, J. (1936) El estadio del espejo como formador de la función del yo, en Escritos, México, Siglo XXI, vol. I
- Lacan, J. (1957-1958) De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis, en Escritos, op. cit., vol. II
- León, V., Gómez, B., Labourt, J. (2011) Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos, Ed. Polemos, Buenos Aires, 2011
- Liberman, D (1970) Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, tomo 1
- Liberman, D.; (1972) Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico, Tomo II Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires
- Liberman, D. y cols. Semiótica y psicoanálisis de niños, en AE, 1981
- Luborsky, L. (1988) "Who will benefit from psychotherapy", Basic book
- Maldavsky, D.; (1986) Estructuras Narcisistas. Constitución y transformaciones, Amorrortu Editores
- Maldavsky, D.; (1991) Procesos y estructuras vinculares. Mecanismos erogeneidad y lógicas, Nueva Visión
- Maldavsky, D.; (1994) Pesadillas en vigilia: sobre neurosis tóxicas y traumáticas, Amorrortu Editores
- Maldavsky, D.; (1996) Linajes abúlicos. Procesos tóxicos y traumáticos en estructuras vinculares, Paidós Psicología profunda
- Maldavsky, D.; (1997) Sobre las ciencias de la subjetividad. Exploraciones y conjeturas, Nueva Visión

- Maldavsky, D.; (1998c) Lenguajes del erotismo, Nueva Visión
- Maldavsky, D.; (1999a) Lenguajes, pulsiones y defensas, Nueva Visión
- Maldavsky, D.; (2001b) "Sobre la investigación clínica en psicoanálisis: deslinde de una perspectiva, Rev. Subjetividad y procesos cognitivos, Núm. 1
- Maldavsky, D.; (2004) La investigación psicoanalítica del lenguaje, Lugar editorial
- Maldavsky, D.; (2004b) Un diccionario computarizado para la investigación psicoanalítica del discurso desde la perspectiva psicoanalítica, inédito.
- Maldavsky, D.; (2007) La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica, Lugar editorial
- Meltzer, D: (1967) "The psychoanalytic process", citado por Meltzer, D. El proceso psicoanalítico (1993), Revista de psicoanálisis APDEBA, vol XV- Número 1
- Meltzer, D: (1973) Interpretación rutinaria, interpretación inspirada. Su relación con el proceso de destete en el análisis, citado por D. Meltzer (1997)
- Meltzer, D (1997) Sinceridad y otros trabajos, Editorial Patía
- Mergenthaler E., Kächele, H., "The Ulm textbank management, system: a tool for psychotherapy research (in "Psychoanalytic process research strategies" Springer Verlag, 1988)
- Midgley N., Kennedy, E., (2007) "Process and outcome research in child, adolescent and parent-infant psychotherapy", published by North central London strategic health authority
- Mondragón Barrios, L. "Consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación". Revista de investigación clínica, órgano del Hospital de enfermedades de la nutrición, January/ February, 2009
- Moustakes, C. Sigel, I. Schalok, H. (1956) "An objective method for the measurement and analysis of child-adult interaction, citado por Midgley, N. (2007)
- Nasio, David (1991) Revista Secuencias (Cooperadora de la Facultad de psicología- Universidad Nacional de Rosario
- Piper, W. Azim, J. McCallum, M. "Transference interpretation, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy", citado por Midgley, N. (2007)

Plut, Sebastián (2005) "La investigación sistemática, un desafío para el psicoanálisis" Revista Subjetividad y procesos cognitivos, número 7, Bs. As.

Rabih, M (1981). "La pseudoalianza terapéutica. Algunas de sus manifestaciones clínicas", citado por Etchegoyen, H. (1991)

Rainwater, James B (2007) "A psychoanalytic contribution to the understanding and treatment of attention deficit hyperactivity disorder" Union institute and university

Sampson and Weiss (1986) "Testing hypotheses. The approach of the Mount Zion psychotherapy research group" The Guilford press"

Safran, J. y Muran, J. (2011) "Repairing Alliance ruptures", en Psychotherapy, vol.48

Safran, Crocker, et. al., (1990) "Therapeutic Alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. Psychotherapy, vol. 27, issue 2

J. Safran y Elvy, M. (2010), Tratamiento psicoanalítico relacional breve, enactment y reparación de las rupturas", en Clínica e investigación relacional. Revista electrónica de psicoterapia, Vol 4(2)

Sandler, J., Kennedy, H. y Tyson, R. (1983) "Conversaciones con Anna Freud. La técnica en psicoanálisis de niños, Gedisa

Sandler, J. (1987) "From safety to superego. Select paper", citado por Midgley, N. (2007)

Scherb, D. (2003) "Investigación y psicoterapia: pacientes difíciles, enfoques desde la intersubjetividad. Revista Subjetividad y procesos cognitivos, Número 3

Shirk, S. y Russell, R. (1996) "Chance process in child psychotherapy, citado por Midgley, N. (2007)

Shirk, S. Y Saiz, C. (1992) "Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy", citado por Midgley, N. (2007)

Schreber, D.P.(1903) "Memorias de un enfermo nervioso", Buenos Aires: Lohle

Spitz, R (1954) El primer año de vida del niño, Madrid: Aguilar

Strupp, H y otros (1986) "Patient and therapist introject, interpersonal process and differential psychotherapy outcome" en Journal of consulting and clinical psychology

- Thomas, S. Wilson, R. Murphy, M. "Influence of therapist and client behaviours on therapy alliance" en Journal Contemporary family therapy, vol. 27, issue 1
- Wainer, A. Neves, N. Hasson, A. (1994) "Del suceder psíquico. Erogeneidad y estructuración del yo en la niñez y la adolescencia", cáp. XI a. , Buenos Aires, Nueva Visión
- Waizmann, V., Espíndola, I., Roussos, A. (2009)"Acerca de las rupturas en la alianza terapéutica" XVI encuentro de investigadores de psicología del Mercosur, Bs. As.
- Winnicott, D. (1960) La teoría de la relación entre progenitor e infante en "Los procesos de maduración y el ambiente facilitador", Paidós, Bs. As. 1999
- Winnicott, D. (1960) La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso, en "Los procesos de maduración y el ambiente facilitador", Paidós, Bs. As. 1999
- Winnicott, D. (1969) "Aspectos clínicos y metapsicológicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico", Rev. Psicoanálisis, número 3 tomo XXVI
- Winnicott, D. (1971) "Realidad y juego", Granica editor
- Winnicott, D. (1999)"Los procesos de maduración y el ambiente facilitador", Bs. As., Paidós
- Winnicott, D. (2000) "Exploraciones psicoanalíticas I", Bs. As., Paidós Psicología profunda
- Zurita, X. (1993)" A process-outcome study of a brief psychoanalytic psychotherapy with a latency-age, citado por Midgley, N. (2007)
- Zuroff, D. C. & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capabilities citado por Abrishami (2009).

Anexo

Cuadro 1: Estilos de juego. Seudo juego y juego verdadero

Estilos	SEUDOJUEGO		JUEGO VERDADERO	
	Tipo de juego	Tipo de vínculo transferencial	Transición de seudo-juego al juego verdadero	Tipo de vínculo transferencial
Alucinosis	Despliega una identificación delirante con un adulto. El terapeuta integra el mundo megalómano	Intenta que el terapeuta sea un objeto de su delirio Meta del terapeuta discriminar el carácter megalómano de la confusión de identidad	Juegos anales Juegos de fabulación Juegos de conexión con el cuerpo propio (desidentificación del cuerpo adulto)	El terapeuta se constituye en acompañante lúdico quien facilita que la paciente aprenda a jugar
Actuación	El juego camufla la consumación de un ataque	Procura despojar al terapeuta de su vitalidad. Expresa deseo vengativo Meta del terapeuta: reinstalar el encuadre	Manifestación orgánica en sesión (ingreso de la emoción por vía corporal) Juego dramático con temáticas diversas -personaje desvitalizado (robot) - escenas de robos - aspectos tiernos -identificación femenina Juego reglado	El terapeuta interpreta el dolor contenido en el sufrimiento corporal El vínculo se centra en la reparación

Acción dramática	Dramatiza vivencias sadomasoquistas	El terapeuta es inducido a ser partenaire sexual perverso Meta del terapeuta: detectar la fijación a una escena traumática real	Manifestación orgánica en sesión (enfermedades digestivas) Relato o dramatización genuina	El analista aporta a la capacidad de pensar los traumas
Juego estereotipado	Juego como medio para controlar al analista	Promueve aburrimiento en el terapeuta Meta del analista: mostrar el estereotipo y la parálisis que provoca	Hace jugar al terapeuta con soltura, fuera del estereotipo Juego narrativo sin inclusión de acción Juego narrativo con inclusión de acción Juego con placer y desplazamiento corporal	El paciente acepta ser el que juega y que el terapeuta interprete con libertad

Estilo evitativo	Juego al servicio de técnicas de evitación.	El terapeuta es inducido sentir angustia Meta del terapeuta: detectar que el origen de su sentimiento es la vida anímica del paciente	Dramatización de escenas cuyo núcleo es el deseo hostil del paciente	El trabajo se centra sobre el deseo hostil
------------------	---	--	--	--

<p>Estilo festivo</p>	<p>Juego jubiloso como defensa ante la pérdida de autoestima y el sentimiento de soledad</p>	<p>El paciente exige estados afectivos (amor, perdón), promueve agotamiento Meta del terapeuta: considerar el peso del sentimiento de furia y de la pérdida de objeto</p>	<p>Movimiento acelerado que culmina en golpe(p. ej. : juego de girar sobre sí misma) Síntomas anales en sesión(modos de jugar constipado, reteniendo la hostilidad) Escenas de expresión del sentimiento hostil (berrinche, rabieta, etc.)</p>	<p>Despliegue del sentimiento de furia con la seguridad de ser tolerado</p>
-----------------------	--	---	--	---

Cuadro 2 Análisis sintagmático del paciente. Turno del habla

Frase	Deseos	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominante	Defensa
[en el pasillo de entrada, hace alusión a que es la última semana antes de las vacaciones de invierno]		X					X		LI	Desestimación del afecto exitosa
¡No! No.						X		X	A2	Represión exitosa
La última sesión... tocala, yo ya probé... yo ya toqué. A ver... comienza a decir algo, se interrumpe) -" Que raro". "Aia"					X		X	X	A1	Desmentida fracasada
Perdiste					X				A1	Desmentida exitosa

No[dice aceleradamen te palabras que no se entienden]		X				x			LI	Desestimaci ón Exitosa
Bue, ahora...							X		FU	Represión exitosa
(interrumpien- do)... - ¡Vacaciones de invierno!				X				X	A1	Desmentida exitosa

Cuadro 3: La grilla de los actos de habla

LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Banalidades e inconsistencia	Deducción abstracta	Lamento (yo hubiera podido ser... pero...)	Injurias, blasfemias e imprecaciones	Sentencias, máximas y proverbios	Refranes y dichos populares	Elogio: "que lindo
Adulación	Pensamiento metafísico y místico	Queja y reproche	Calumnias, detracción y difamación	Rezos e invocaciones religiosas ritualizadas	Presagios y premoniciones	Felicitaciones
Referencias a estados de cosas (peso, volumen, cantidad, grosor, deterioro)	Negación que crea un contradictorio lógico ante la afirmación ajena	Ruego e imploración	Denuncias y acusaciones	Citas de textos	Dar o solicitar consejo	Frase de agradecimiento
Referencias a estados y procesos corporales	Paradojas lógicas	Pedido de perdón y disculpas	Delaciones	Información de hechos concretos	Advertencia: "cuidado que..."	Promesa

Hiperrealismo	Metalingüaje (hablar acerca del lenguaje) o equivalentes (filmes, libros)	Compasión y autocompasión	Confesiones reñidas con la ley o la moral	Descripción de situaciones concretas	Preguntas y afirmaciones sobre localización temporal y espacial	Invitación
Cuentas	Oraciones en clave	Autointerrupción (comerse las sílabas o las palabras) por impaciencia	Provocaciones	Alusiones a un saber consensual concreto	Interrupciones del discurso ajeno y autointerrupciones	Dedicatoria
Catarsis	Autointerrupción por languidecimiento sonoro	Compadecer o dar el pésame	Tergiversación	Imperativos condicionales (si... entonces", "no... porque")	Frases en suspenso	Convocatoria al interlocutor

Forzamiento en el discurso ajeno	Ambigüedad y falta de definición	Manipulación afectiva	Órdenes abusivos contrapuestas a una ley general	Juramentos públicos e imposición de obligaciones	Evasivas	Manifestación de un deseo: quiero hablar de esto
Autointerrupciones por languidecimiento sonoro	Desorientación sintáctica	Exaltación del sacrificio	Amenaza	Contrato	Chismorreo	Juramento privado: te juro
	Hablar repentinamente de sí mismo en tercera persona	Expresión de fracaso o inutilidad	Interrupción intrusiva	Órdenes e indicaciones acordes con una ley general	Saludos y otras formas de establecimiento de contacto	Ponerse en el lugar de otro

	Referencias a supuestas perturbaciones en el estado corporal	Comprensión empática	Falta de respeto a las convenciones consensuales	Pedido de permiso Juicios valorativos y críticos ligados a la moral, la limpieza, cultura y orden	Acompañamiento del discurso ajeno(ajá)	Dramatización
			Maldición ("ojalá te mueras")	Frase de desdén: bah	Muletillas (estee, eeh)	Énfasis y exageraciones
			Ostentación de poder	Justificación de afirmaciones, palabras y actos	Ambigüedad y evitación	Devaneo y fantaseo embellecedor o que afea

			Rendición o admisión de la derrota	Aclaraciones: o sea... es decir...	Atenuados y minimizaciones: un poco asustado	Ejemplificación
			Burla triunfalista	Clasificación	Acercamiento excesivo	Comparación metafórica
			Jactancia	Argumentos distributivos: cada, ni...ni...	Recuperación o mantenimiento de la orientación	Pregunta: cómo

				Confirma ción(o rectificac ión) de la opinión ajena o pedidos de Confirma ción (o rectificac ión) de la propia(c onsulta)	Frases desorient adas	Relación causal en que el factor determin ante es una intensific ación de una cualidad ” tan...qu e”, ”ta l...que”, “tanto... que”
				Rectifica ción sintáctic a	Frases de confianza o desconfia nza	Redund ancia sintáctic a
				Corregir las frases propias o ajenas		Juegos de palabras

				<p>Ordena miento: por un lado, por otro lado; por una parte, por otra parte; en primer lugar, en segundo lugar</p>		<p>Ecuació n entre cantidad es de cualidad es: cuanto más... tanto menos ...</p>
				<p>Control de recuerdo , el pensami ento o la atención propio o ajeno: se acuerda, me entiende , esto lo recuerdo)</p>		<p>Comple tamiento de las frases propias y ajenas</p>

				Conjetur a o inferenci a concreta		Frases de extrañez a(que extraño) o increduli dad (no puedo creerlo)
				Generali zaciones concreta s		
				Síntesis		
				Introduc ción/cierr e de un tema		
				Dudas		

				Presenta ción de alternativ as: O...O..., sea... sea... , bien sea... bien sea...		
				Compar ación entre rasgo objetivos o jerárquic os		
				Descrip ción de la posición en el marco de un orden o jerarquía social		

				<p>Enlace causal: "x porque y", "si... entonces ..."(o su cuestio- namien- to: no hay relación entre x e y)</p>		
				<p>Pregun- ta: por qué</p>		

				<p>Objeciones, frases adversativas y negaciones que contrarían afirmaciones, exageraciones (no tanto), órdenes y calificaciones</p>		
				<p>Puntualizaciones o señalamientos</p>		
				<p>Abreviaturas</p>		
				<p>¿Qué es esto? ¿Qué</p>		

				pasa?		
--	--	--	--	-------	--	--

Cuadro 4) Análisis paraverbal del paciente:

Manifestación	<u>Dese</u> <u>o</u>	<u>Defensa</u>	<u>Estad</u> <u>o</u>
Ríe	O2	Desmentida	Exitosa
Exclamación con tono seductor	FG	Represión	Exitosa
Tono invitante	FG	Represión	Exitosa
Tono burlón	<u>A1</u>	Desmentida	Exitosa
Dice palabras aceleradamente que no se entienden	<u>LI</u>	Desestimación del afecto	Exitosa
Tono maníaco	O2	Desmentida	Exitosa