

## **Propuestas para el estudio del pensar del analista de pacientes púberes.**

### **Proposals for the study of the thinking process of the psychoanalyst of pubertal patients.**

Jorge Goldberg<sup>1</sup>

#### **Resumen**

El trabajo aborda el pensar del terapeuta desde un punto de vista de Freud quien define pensamiento como desplazamiento de energía en camino a la acción. Describimos los instrumentos clásicos para el estudio del pensar del analista en sesión y aportamos algunos instrumentos novedosos que detectan el hacer y el decir del terapeuta y su contribución a la alianza terapéutica y el cambio clínico del paciente púber. Establecemos algunas relaciones entre los instrumentos clásicos y los que nuevos que presentamos en este trabajo.

#### **Palabras clave**

Pensamiento del terapeuta, alianza terapéutica, cambio clínico, psicoterapia con pacientes púberes.

#### **Summary**

The work deals with the thinking process of the analyst of pubertal patients from the Freudian point of view, which defines thought as the displacement of energy on its way to action. We describe the classical instruments for the study of the thinking process of the analyst in session and provide some novel instruments that detect the therapist's doing and saying and his contribution to the therapeutic alliance and the clinical change of the pubertal patient. We establish some relationships between the classical instruments and the new ones that we present in this work

#### **Keywords**

Therapist thinking, therapeutic alliance, clinical change, psychotherapy with pubertal patients

---

<sup>1</sup> Doctor en Psicología UCES, Magister en Problemas y patologías del desvalimiento UCES, Docente de la Maestría en Problemas y patologías del desvalimiento UCES, psicoanalista. Contacto: [jorgegoldberg@fibertel.com.ar](mailto:jorgegoldberg@fibertel.com.ar)

## Introducción

Este trabajo tiene como fundamento una reciente tesis de doctorado dedicada al estudio vincular de la alianza terapéutica y el cambio clínico en la psicoterapia con púberes (Goldberg, 2017). De la misma surgen algunas de las conclusiones que aportan a la cuestión del pensar del analista en situación clínica, tema del presente texto.

### **La investigación del pensar del analista con pacientes púberes. Sus obstáculos.**

Freud (1923a) afirma que pensamiento es desplazamiento de energía anímica en el camino hacia la acción. Esta definición permite incluir en el ámbito del pensar no sólo a los procesos anímicos que se trasponen en frases, sino también a aquellos otros en que la energía culmina su desplazamiento accediendo a la descarga mediante acciones motoras (p. ej. las de tipo aloplástico). De modo que un estudio pormenorizado del pensar del analista debe incluir instrumentos que permitan extraer conclusiones de su hacer y no solo de su decir. Cabe apelar a un ejemplo para exponer la importancia del hacer del analista en la construcción de su mensaje clínico. En una supervisión el colega mientras habla, hace golpeteos rítmicos con su pie en el piso. Entretanto relata acerca de un paciente al cual le sugiere que encare desafíos cotidianos con tranquilidad, evitando desbordarse. Pese a su esfuerzo, no logra que el paciente siga sus consejos. El supervisor pregunta si cuando trabaja también hace sonar su pie en el piso. El colega dice que es una acción que, cuando está sentado, resulta automática e incesante en él. El supervisor subraya la falta de correlación entre el mensaje que expresa el decir del psicoanalista y el que se trasunta a través del hacer, sus golpecitos catárticos.

Respecto al estudio del pensamiento del terapeuta que trabaja con pacientes púberes en sesión, los investigadores, mayoritariamente, extraen inferencias basándose sobre todo en sus intervenciones verbales. Entre los investigadores que usan métodos sistemáticos, se destaca Liberman. Éste afirma que el analista aporta "estructuras sintácticas" específicas de las que el paciente carece por acción de las defensas patógenas (Liberman, 1972). Este autor tomaba muy en consideración el peso de los elementos para verbales como la intensidad, la duración, el timbre, la altura, los intervalos tonales y el ritmo del habla, en tanto universo estructurado de señales, no alcanzó a proponer una correlación rigurosa entre cada uno de los estilos comunicacionales (ver más adelante cuadro 1) y elementos para verbales específicos. Entre los estudiosos que apelan a instrumentos sistemáticos el instrumento privilegiado que utilizan para estudiar al terapeuta consiste en la encuesta. Las diferentes escuelas - psicoanalistas,

psicodinámicos y cognitivistas – suelen vérselas en problemas para comunicar lo que efectivamente ocurre en las sesiones (Midgley, 2007). Esta dificultad se hace palpable a la hora de incluir los movimientos y los sonidos que se engendran en el intercambio. Existe un consenso respecto a que en las sesiones con niños y púberes la motricidad tiene una relevancia mayor que en la labor clínica con pacientes adultos (Maldavsky, 2004). Esta aseveración no solo compete al desempeño de niños y niñas en la sesión psicoterapéutica. También el terapeuta que se dedica a esta especialidad, suele intervenir no meramente hablando, sino que también frecuentemente se vale de su cuerpo. Esta afirmación, genérica, puede ser matizada. La motricidad del analista en cuestión puede ser la de la mano que mueve una ficha en un juego de mesa, la de tipo aloplástica si el terapeuta desempeña el rol de adversario de su paciente en un partido de fútbol, entre otras posibilidades.

En la referida tesis de doctorado se utilizó como método de indagación el ADL, el cual permite explorar las manifestaciones del terapeuta, sus actos de habla, en varios niveles (frases, actos motrices, elementos para verbales). Yendo al punto: el ADL habilita la posibilidad de investigar el pensamiento del terapeuta en la *correlación* de su hacer y su decir.

### **Objetivo de este trabajo**

Describir dos conceptos, surgidos de la investigación clínica sistemática con pacientes púberes para el estudio del pensamiento del terapeuta trabajando en sesión: la variedad expresiva concurrente y la complementariedad estilística matizada.

### **Definiciones conceptuales**

Estilos comunicacionales: esta propuesta de Liberman (op.cit.) se ubica en un lugar intermedio, entre la teoría y la clínica, ya que no coincide con ningún paciente concreto (cada paciente es un manojito de estilos) y se conecta con conceptos teóricos. Entre éstos últimos, los que Liberman destaca son el de fijación pulsional y defensa. Estableció nexos entre los estilos, las estructuras clínicas y la fijación pulsional. La relación que establece entre los estilos y la psicopatología es la siguiente: el desarrollo hipertrófico de algún estilo a costa del resto, permite inferir la eficacia de una defensa patógena específica.

### **Cuadro 1: Estilos, normalidad, estructuras clínicas y fijación pulsional**

Estilo	Características Expresivas Normales	Estructura Psicopatológica	Fijación 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

Ulteriormente Maldavsky ha propuesto equiparar lo que Liberman denomina estilos (nombre sin raigambre psicoanalítica) como preconsciente (Maldavsky, 2007). Este concepto alude a que cada pulsión construye la posibilidad de traducirse en lenguaje, se trasmuda en acciones y actos de habla que le son específicos para su procesamiento, para su ligadura preconsciente. A continuación dos grillas que exponen, aunque de modo muy empobrecedor, lo que acabamos de exponer.

**Cuadro 2: Pulsiones y motricidades (Fuente: Maldivsky, 2007)**

Pulsión	Motricidad
Libido intrasomática (LI)	Alteración interna
Oral primaria (O1)	Coordinación binocular, lengua, dedos
Oral secundaria (O2)	Expresión de afectos
Anal primaria (A1)	Aloplástica
Anal secundaria (A2)	Movimientos que respetan normas o reglas generales
Fálico uretral (FU)	Regulación distancias, acercamiento y alejamiento
Fálico genital (FG)	Ondulante

Cuadro 3: Pulsiones y actos de habla (versión resumida)

LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
Catarsis	Paradoja lógica	Queja y reproche	Provocaciones	Órdenes e indicaciones acordes con la ley general	Dar o solicitar consejo	Ponerse en el lugar del otro

### **Alianza terapéutica constructiva y obstructiva**

La definición de alianza terapéutica que utilizamos surge del aporte de psicoanalistas clínicos como W. Bion (1969, 1966a), posteriormente sistematizada por D. Liberman (1972). Permite evaluar los aportes constructivos u obstructivos de cada uno de los sujetos del vínculo terapéutico. Respecto del terapeuta, los autores recién mencionados, consideran dos criterios El rapport del analista: Según Bion (Bion, op. cit.) es el estado anímico que se abre a captar aquello nuclear que puja por expresarse en el paciente en una sesión: el punto de urgencia (la angustia o el desvalimiento inherentes a una sesión concreta). Cobra una gran importancia la capacidad para captar el surgimiento de los nuevos problemas. Esta aptitud habilita al analista para hallar nexos significativos en un material clínico que hasta el momento, le resultaba

incomprensible. El proceso se cierra con el logro de trasmudar esos hallazgos en interpretaciones precisas

La capacidad de rectificarse del analista (afinar la perspectiva de los problemas del paciente, la propia modalidad de intervención) es fundamental

El paciente colaborador según Liberman (op. cit.) se define por ratificar (con nuevas asociaciones) al terapeuta que con sus intervenciones enfoca hacia un foco de angustia o un problema irresuelto. El paciente que obstruye la alianza terapéutica presenta la siguiente característica: 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

### **Instrumentos para el estudio del pensar del analista**

Instrumentos clásicos para establecer la pertinencia de las intervenciones

Complementariedad estilística: Liberman sostiene que el pensamiento clínico de un analista (estrategia, táctica y técnica) respecto de su paciente se expresa, se decanta, en sus intervenciones clínicas concretas. Afirma que la función específica de las intervenciones clínicas es la de proveer estilos, estructuras expresivas faltantes en el paciente por efecto de las defensas patógenas. Establece criterios para dilucidar, en el diálogo terapéutico, la pertinencia de las interpretaciones del analista. Este autor afirma que en el tratamiento "en los momentos óptimos en que el terapeuta logra encontrar una estrategia para captar el material, la táctica y las estipulaciones de la técnica..." "...se funden y entonces desaparecen las diferencias entre reglas de la técnica psicoanalítica atingentes a la forma y el contenido y también a la cantidad y la oportunidad de las intervenciones" (Liberman, op. cit. pág. 470). "Es posible considerar el diálogo analítico como un intercambio de estilos complementarios en donde uno de los interlocutores, el terapeuta suministra las estructuras verbales que faltan o bien están disimuladas en el paciente. De esta manera podemos adscribir la terapéutica psicoanalítica a un suministro de estructuras sintácticas que yo llamé complementarias por parte del terapeuta al paciente hablante" (Liberman, op. cit. págs. 470-471). El terapeuta mediante interpretaciones "provee al paciente de matrices de la lengua que el paciente requiere para ir generando en el diálogo analítico frases con más sentido si el análisis progresa" (Liberman, op. cit. pág. 486).

Rectificaciones a la complementariedad estilística desde el ADL: En los últimos años las hipótesis de Liberman fueron testeadas con el ADL (Maldavsky, 2007).

**Cuadro 4: Complementariedades estilísticas corregidas (Fuente: Maldavsky, 2007)**

Paciente	Libido intrasomatica	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

Capacidad de auto rectificación: la disposición de un terapeuta a rectificarse, el hecho de contar con una segunda estrategia con las que intenta rescatarse de una primera que resulta infructuosa, nos permite conjeturar que en tal caso el terapeuta opera con una actitud a la que el epistemólogo Popper denominó falsacionista (Maldavsky, 2007), en el sentido de orientarse no tanto a convalidar sus conjeturas, sino a la auto refutación

Interpretación y captación por múltiples vértices: W. Bion (Bion, 1966b) afirma que un criterio para dilucidar la pertinencia de una intervención clínica es que ésta sea concreta, es decir: que sea susceptible de ser intuida mediante los órganos de los sentidos tanto por el analista como por el paciente. ...“cuando el analista hace una interpretación, él y el analizado tienen que poder ver que aquello de lo cual se está hablando es algo audible, visible, palpable u oliente en ese momento” (Bion, op. cit. pág.30)

El proceso psíquico del terapeuta: Liberman (1970) describe al momento óptimo de la experiencia analítica siguiendo muy de cerca la propuesta de Bion (1966a), quien denomina descubrimiento del hecho seleccionado al suceso que consiste en que el terapeuta halle una interpretación apropiada para poner en orden un material clínico hasta entonces disperso, facilitando el insight del paciente.

**Nuevos instrumentos para el estudio del pensar del analista**

La realización de la tesis doctorado (Goldberg, op.cit.) dejó una sugerente línea de investigación: en psicoterapia con púberes el terapeuta que logra realizar una intervención que conecta con el problema nuclear de su paciente, puede acceder a un plus en su capacidad de incidir constructivamente en la alianza terapéutica y el cambio clínico de aquel, en la medida en que alcance armonía y coherencia en la transmisión de su mensaje. P. ej.: si el pensar que expresa su hacer es congruente con el pensar que expresa su decir. Esta afirmación condensa dos conceptos que ahora desplegaremos: el de variedad expresiva concurrente y la complementariedad estilística matizada.

Variedad expresiva concurrente: incluye dos aspectos: a) la variedad expresiva se refiere a disponer de riqueza en el repertorio de recursos en función de las necesidades anímicas del paciente y b) la expresión concurrente: alude a la disposición espontánea del terapeuta de construir intervenciones pertinentes apelando a diversos canales expresivos, de los que se vale para transmitir una significación. En nuestra investigación detectamos que la congruencia entre el decir (las frases) y el hacer (actos motrices) son importantes a la hora de construir propuestas clínicas hacia el paciente que contengan claridad y coherencia. El terapeuta que dispone de una variedad expresiva está en mejores condiciones para aportar al paciente, en sus intervenciones concretas, una complementariedad estilística matizada.

Complementariedad estilística matizada: El adjetivo "matizada" enfatiza una diferencia con la propuesta original de Liberman respecto de la complementariedad que brinda el analista. La siguiente- el estudio de las intervenciones del terapeuta en la clínica con pacientes púberes, utilizando el ADL en el nivel de los actos de habla-, nos permitió focalizar en el pensar clínico del terapeuta desplegado en sus frases y también en sus actos motrices. Pudimos establecer si las intervenciones clínicas resultan pertinentes para la situación del paciente en un momento dado de la sesión o no. En cada circunstancia cupo considerar si un grupo de sus intervenciones (p. ej. las frases) resultan pertinentes y el otro grupo, los movimientos del terapeuta, resultan contradictorios con el mensaje que trasunta su decir y cuál es, en el paciente, el impacto clínico resultante de ello. Asimismo exploramos en intervenciones clínicas cuya arquitectura incluye frase y movimiento que potencian recíprocamente su congruencia, su aporte a la calidad de la alianza terapéutica y al cambio clínico. Podemos denominar polifonía expresiva, a este producto del pensar del terapeuta e indagar su impacto en el diálogo clínico concreto.



### ¿En qué consiste el cambio clínico?

Nuestra definición incluye dos dimensiones:

- El cambio en las defensas: el proceso terapéutico puede desplegar cambios clínicos favorables si se produce la remoción de defensas patógenas por otras más benignas. En caso de que las defensas patógenas conservan su prevalencia cabe la posibilidad de estudiar el entrapamiento entre analista y paciente
- Aprendizaje emocional del paciente: Bion da cuenta del proceso que interviene en el denominado insight. Según este autor en el mismo se activa "el punto de vista emocional común" (Bion 1990 pág. 164). Define este concepto del siguiente modo: "si la visión de un objeto odiado se pone en conjunción con la visión del mismo objeto amado y la conjunción confirma que el objeto experimentado *en las dos distintas emociones es el mismo objeto* [itálicas nuestras] se experimenta un sentimiento de verdad. Entonces, se establece una correlación" (Bion, op. cit. pág. 163,164).

### **Auto rectificación y variedad expresiva concurrente: aportes a la calidad de la alianza terapéutica y el cambio clínico.**

Veamos un ejemplo del modo en que capacidad de auto rectificación y variedad expresiva concurrente se coligan aportando a la alianza terapéutica constructiva:

Juan propone un juego de puntería. Dibuja un blanco en un papel. Luego, usa lápices de colores para distinguir los sectores de mayor puntaje de los de menor puntaje. Ulteriormente pega el blanco en una pared. Propone que hagamos un partido, el cual consiste en que quien sume más puntos en los actos de puntería, resulte ganador.

Desde el inicio del partido, Juan se coloca en posición oblicua al objetivo. En los sucesivos turnos de tiro, se da el siguiente intercambio: el paciente realiza una ejecución motriz errática (no le acierta al blanco) a la que acompaña de sonidos de tono exaltado, eufórico (p. ej.: las risas). Es frecuente también, su precipitación motriz (p. ej.: tira con premura antes de que se cumplan ciertos pasos estipulados). El terapeuta por su parte, realiza actos de arrojo más precisos y va sumando puntos. Tras su segundo tiro errado Juan lanza una pregunta con tono colérico: "¿¡por qué!?". En los siguientes actos de tiro Juan se afirma la posición de

crear paradojas lógicas: sigue fallando sus tiros pero los acompaña de exclamaciones eufóricas de lo envuelven en un talante triunfal, como si disfrutase de sus fracasos.

Durante un fragmento extenso de la sesión, las intervenciones verbales del analista se orientan en dos direcciones: algunas se dirigen a dar lugar a la presunta interrogación de Juan "¿por qué!?", que el terapeuta atribuye a los yerros en los actos de puntería. Consisten en sugerencias referidas a que reconsidere un cambio de lugar de tiro (p. ej.: "¿Por qué no buscás una posición más cercana?"). Otras intervenciones apuntan a frenar la impulsividad motriz de Juan. En pos de esto, el terapeuta apela a frases como "esperá, esperá"..., para interpolar pausas entre un tiro y el próximo, o convocarlo a dirimir que puntaje atribuir al último tiro del terapeuta antes de efectuar su nuevo disparo.

Juan responde bien a las frases del terapeuta que introducen un freno u orden. De hecho, tras los tiros al blanco del terapeuta, comienza a atribuirle un puntaje antes de efectuar su próximo disparo. Respecto de las sugerencias de cambio de posición de tiro, la respuesta de Juan es potenciar estado eufórico ante sus yerros con una actitud desafiante: se decide a cambiar su lugar de tiro pero, en lugar de hacerlo según la propuesta del terapeuta, ahora se coloca arriba de una banqueta que lo deja en un lugar más oblicuo respecto del blanco que el que ocupaba previamente. Desde allí, entre risas dice: "ahora estoy cómodo". Luego tira, vuelve a errar, y vuelve a proferir un sonido exaltado. Esta escena puede denominarse euforia ante el fracaso propio (p. ej. al reír de su propio fracaso) y el ajeno (el del terapeuta, que no logra encontrar un buen modo de intervención).

En lo que sigue, el tercio final de la sesión, el analista encara una nueva estrategia clínica: cesa de apelar a los consejos. En un lapso breve profiere dos intervenciones verbales, las siguientes: cuando Juan se dirige a ingresar nuevos proyectiles al juego, el terapeuta establece una regla por la cual solo se pueden utilizar los ya disponibles (no, no saques de la caja más proyectiles, con los que están en el piso nos tenemos que arreglar). La siguiente intervención del terapeuta convoca al paciente a cumplir con reglas de juego ya establecidas por ambos. Se aboca a evitar que el paciente tire al blanco antes de tiempo ("momento, esperá que me corra yo y después tiras al blanco"). Luego, expone la incoherencia del argumento que Juan usa para justificar su proceder (estás cómodo vos, pero no le pegás al blanco). Finalmente sintetiza las sugerencias previas, en una nueva (lo que yo te sugiero es cambiar de posición). Entre ambas frases alusivas al contrato, a las reglas del juego, el propio terapeuta intercaló un acto de arrojar al blanco siguiendo las normativas previstas por el juego.

En el último tercio de sesión, tras las tres últimas intervenciones del terapeuta que recién mencionamos, el paciente responde del siguiente modo: informa por primera vez el resultado parcial del partido (hasta el momento solo contabilizaba los puntos que sumaba el terapeuta), muy desfavorable para él ("uno a quince"). Focaliza su atención y cesa, no se precipita motrizmente. Luego acepta la sugerencia del analista y consiente en cambiar hacia una posición de tiro más frontal. Tras ello logra tirar con más puntería y, sobre todo, jugar con una actitud más propiamente competitiva, desactiva la actitud de festejar sus propios desaciertos.

#### **Auto rectificación y variedad expresiva concurrente en las escenas clínicas .**

Auto rectificación / variedad expresiva: el terapeuta logra detectar que su modalidad de intervención prevalente en los tres primeros cuartos de la sesión, basada en tiros al blanco acorde a reglas (A2) y frases del tipo de las sugerencias (FU) resulta inconducente. Tras ello, logra dar un paso más: halla otra opción de intervención. O más específicamente: sus nuevas comunicaciones motrices y verbales concentran su significación en torno del lenguaje A2. Se refieren al contrato, a las reglas que rigen para paciente y analista

Variedad concurrente: el terapeuta utiliza diversos canales expresivos sus actos motrices y las frases para sobre invertir la siguiente comunicación: la importancia del respeto a las reglas de juego. El propio analista las acata en los hechos en su turno de tiro. A la vez que, mediante sus frases, convoca al paciente a que adopte la misma actitud.

#### **Contribución de la variedad expresiva concurrente al cambio en paciente**

En el relato del caso clínico del apartado III, destacamos que Juan responde bien a las frases del terapeuta que introducen un freno u orden, sin embargo, ante las sugerencias de cambio de posición de tiro, la respuesta de Juan "potencia el estado eufórico ante sus yerros con una actitud desafiante" En el apartado IV destacamos el cambio de estrategia clínica del terapeuta que alinea su decir y su hacer para dar lugar a mensajes referidos a cumplir las reglas que rigen para paciente y analista. En el apartado V destacamos los cambios del paciente: focaliza su atención, ya no se precipita motrizmente, accede a jugar con una actitud más propiamente competitiva. Inferimos que en la actitud de Juan, más abierta a considerar las propuestas del terapeuta, (que se evidencia en el apartado V), tiene influencia el hecho de que el terapeuta, desde que modifica su estrategia clínica, concilia su decir y su hacer, construye un mensaje que gana en potencia expresiva, claridad y coherencia. La disposición de Juan a recibir mensajes

que lo ordenen probablemente influya en la modificación constructiva de la alianza terapéutica y el cambio clínico (al explorar las sugerencias del terapeuta, en los hechos, desinvieste las defensas patógenas e invierte otras, funcionales, las que dan lugar a explorar el juego competitivo) que se hacen palpables en el apartado V.

**Cuadro 5: El pensar del terapeuta en los hechos clínicos: actitud colaboradora u obstructiva**

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) Escasa disposición a rescatarse de sus propuestas erróneas , de aportar recursos novedosos, más acorde a la situación actual del paciente
2) Polifonía expresiva: contar con diversos canales expresivos (frases, movimientos) que contribuyan a generar coherencia en su mensaje	2)Privilegio exacerbado de un canal expresivo en detrimento de otros

**La complementariedad matizada del terapeuta y su impacto clínico**

En este apartado pondremos de manifiesto la co - presencia de intervenciones clínicas con diversos componentes (frase, motricidad) y cambio clínico del paciente. Yendo al punto: detectamos que cuando el paciente activa la desmentida exitosa (combinada con O1 y A1) las intervenciones que combinan acto de habla A2 y acto motriz manual (A2\FG) puede resultar una contribución a desactivar la defensa patógena. 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 del impacto clínico de la intervención del terapeuta.

Durante tres cuartas partes de la sesión 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 desafiantemente, a costa del fracaso propio y ajeno

El terapeuta, en sus primeras quince intervenciones (tres cuartas partes del total de las mismas), alterna actos motrices de certera puntería con frases FU. 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 con frases A2 ("momento, esperá que me corra yo y después tiras al blanco"), las cuales enfatizan en aspectos del contrato de juego.

Solo luego de que el terapeuta atina a combinar acto de puntería con frases A2, el paciente responde ateniéndose al contrato, disminuyendo la dispersión de la atención, desactivando su aceleración motriz. Luego informa - no como hasta entonces tan solo el tanteador del terapeuta - sino el resultado global del partido, muy desfavorable para él. 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. Comienza a jugar de modo competitivo. Festeja sus actos de puntería logrados y se lamenta por los aciertos del terapeuta y por sus propios tiros errados

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.

**Cuadro 6: Hallazgos referidos a la complementariedad y cambio clínico. Una síntesis**

Terapeuta	Paciente
Combinación de defensas y pulsiones.	Combinación de intervenciones.
Desmentida exitosa+ O1 y A1	Acto motriz (A2 \ FG) + acto de habla A2

**Reflexiones finales:**

En este trabajo presentamos el concepto de complementariedad estilística matizada en el que incluimos la inferencia acerca de la contribución que la congruencia del decir y el hacer del

analista producen respecto de la alianza terapéutica y el cambio clínico. Al respecto, cabe puntualizar que nuevos estudios podrían incluir el componente para verbal del terapeuta y mensurar en qué medida aporta u obstaculiza en producir un mensaje congruente al paciente y el presunto impacto en el paciente en uno u otro caso. El concepto de la complementariedad estilística matizada es una contribución a la comprensión del aporte del terapeuta al cambio clínico del paciente. En esa línea, en este trabajo formulamos que para determinada combinación de defensas y pulsiones (desmentida exitosa+ O1 y A1), resulta complementaria un mix de frases (A2-FG) y actos motrices del terapeuta (A2-FG). Sin embargo hay otro modo de dar cuenta del aporte del terapeuta al cambio clínico ocurrido en la sesión. Si focalizamos en las intervenciones del terapeuta que recibe Juan durante el momento de la sesión en que se halla proclive a acceder a descubrimientos subjetivos, hallamos la siguiente característica: trasuntan un núcleo de significación congruente (la importancia del respecto por acatar las pautas comunes, el contrato) de modo versátil, a través de recursos expresivos diversos: la motricidad y las frases. Cabe recordar que Bion (1966b), plantea que la intervención terapéutica, para promover efectos, tiene que poder ser captada, intuita, por más de un órgano sensorial tanto por el analista como por el paciente. Podemos conjeturar lo siguiente: cuando el terapeuta logra transmitir una significación congruente (y valiosa para el paciente) de modo versátil, a través de varios canales expresivos, *facilita* que el paciente pueda tramitarla a través de distintos registros (en la sesión de Juan al menos quedan implicados el canal auditivo al escuchar las frases y el visual, al ver los movimientos del analista) y efectuar la correlación entre los diversos canales (Bion 1990, op.cit.).

Puede ser interesante desarrollar nuevos estudios que nos den mayor información respecto de la relación entre estas dos teorías del pensar del terapeuta (la complementariedad estilística, la captación de múltiples vértices) entre sí y el respectivo aporte a la teoría de la modificación de la alianza terapéutica y el cambio clínico en diferentes tipos de pacientes, como por ejemplo entre adultos y púberes.

**Referencias Bibliográficas:**

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.

Freud, S. (1923a) "El yo y el ello", en AE, vol. 19.

Goldberg, J. (2017) Tesis de Doctorado "El ADL y el estudio vincular de la alianza terapéutica y el cambio clínico en la psicoterapia con púberes".

Liberman, D.; (1972) Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico, Tomo II Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.

Midgley N., Kennedy, E., (2007) "Process and outcome research in child, adolescent and parent-infant psychotherapy", published by North central London strategic health authority.

Maldavsky, D.; (2004) La investigación psicoanalítica del lenguaje, Lugar editorial.

Maldavsky, D.; (2007) La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica, Lugar editorial.