

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Trabajo Final de Grado

**“Cambio psíquico en psicoterapia psicoanalítica y su relación
con la alianza terapéutica”**



Lucía Alejandra Centurión Delgado

C.I: 4.247.869-1

Docente tutor: Prof. Agda. Rosa Zytner

Montevideo, Octubre de 2014.

ÍNDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	3
CAPÍTULO 1- CAMBIO PSÍQUICO	
1.1- Delimitación del término.....	5
1.2- Cambio y no cambio.....	6
1.3- Cambio estructural, estructura y mente.....	7
1.4- El quehacer clínico: desafío y compromiso con el cambio.....	8
1.5- Psicoanálisis y la noción de curación.....	9
1.6- Alianza terapéutica.....	11
CAPÍTULO 2- CAMINOS QUE CONDUCEN AL CAMBIO	
2.1- El trabajo de hacer consciente lo inconsciente.....	13
2.2- Elaboración de las ansiedades persecutorias y depresivas.....	14
2.3- Crecimiento mental.....	15
2.4- Acceso al registro de lo simbólico.....	18
2.5- Modificación de la relación entre lo ligado y lo no-ligado.....	19
CAPÍTULO 3- ALGUNOS APORTES ACTUALES	
3.1- Dimensión cualitativa del cambio.....	20
3.2- Indicadores de cambio.....	21
3.3- Alcances del cambio.....	21
3.4- Cambio en paciente y terapeuta.....	23
Consideraciones finales.....	25
Referencias bibliográficas.....	28

RESUMEN

El presente trabajo monográfico pretende indagar sobre la concepción de cambio psíquico y su relación con la alianza terapéutica. Para ello, se realizará una selección bibliográfica psicoanalítica que permita una aproximación a las vicisitudes de la clínica y contribuya como herramienta a la misma. Para comenzar se delimitará el término cambio psíquico, el cual comprende el cambio que ocurre en un proceso psicoterapéutico y los cambios normales del desarrollo. Se ahondará en el cambio terapéutico psíquico o estructural destacando que el quehacer clínico será interpelado para promover el mismo. Los pacientes consultan generalmente porque sus defensas, las posibilidades de resignificación de sus angustias y conflictos fracasaron quedando manifiesta en éstos, la necesidad de cambio. No obstante, para lograrlo se considerará fundamental establecer una alianza terapéutica adecuada. Cabe destacar que el comportamiento humano se desarrolla paralelamente en tres espacios psíquicos: intrasubjetivo, intersubjetivo y trans-subjetivo, por lo que los efectos del cambio repercutirán sobre los mismo. De esta manera, el cambio habilita una nueva relación consigo mismo y con el mundo. Estas particularidades configuran la base del proceso de curación psicoanalítico. Por otro lado, se mencionarán diversos abordajes para alcanzar el cambio, sus dimensiones y fronteras. Tomando como referencia autores contemporáneos se interrogará y replanteará algunos postulados instituidos. A modo de conclusión se destacará la calidad de la alianza terapéutica como un gran predictor del logro de cambios en psicoterapia.

Palabras clave: Cambio Psíquico, Cambio Terapéutico, Alianza Terapéutica.

INTRODUCCIÓN

La presente indagación tiene como objetivo central abordar la temática del cambio psíquico. Se considera asimismo su relación con la alianza terapéutica. Para ello, se realiza una revisión de los antecedentes teóricos existentes y una selección bibliográfica basada en aportes psicoanalíticos que permita la comprensión y habilite a la reflexión de la praxis clínica. Se entiende que, el cambio terapéutico es el acontecimiento de la psicoterapia y comprende un cambio superficial o sintomático o un cambio psíquico o estructural. Este trabajo se enfatiza en la dinámica del cambio psíquico, el cual se concibe como objetivo de la psicoterapia psicoanalítica y está comprendido asimismo, en el proceso de curación.

La elección de este abordaje radica de la experiencia en psicoterapia personal y en el proceso de formación académica que culmina con la atención a niños y niñas en el Centro de Clínica en Psicología y Procesos Psicosociales de Pequeña Escala (CIC-P), enmarcado en el “Proyecto de Investigación: el uso de la XO en la entrevista de juego”. A su vez, si bien a nivel internacional las investigaciones en la temática son numerables (Santibáñez, 2009), no así en nuestro país, aunque este interés es creciente. Por lo que los conceptos desarrollados brindan herramientas para seguir profundizando. Es en este sentido que se delimitan focos de interés, formulándose las siguientes interrogantes: ¿cuál es el cambio deseado?, ¿cómo se logra?, ¿cuál es el lugar de la alianza terapéutica en su consecución?, ¿existe un término natural para cada proceso psicoterapéutico?, ¿cuáles son los datos clínicos que nos hace pensar en un final de tratamiento?

Se parte de la concepción de la psicoterapia psicoanalítica como una modalidad de tratamiento de los desórdenes psíquicos que basa su práctica en el método psicoanalítico (Ojman, 2005). Dicho método se compone por el aspecto teórico, las reglas prescriptivas y las condiciones de aplicación. El aspecto teórico, establece los fundamentos de los componentes restantes. Incluye tanto el conjunto de las teorías psicoanalíticas que organizan la observación y la interpretación de los hechos clínicos para la comprensión del sujeto (inconsciente, represión, sexualidad infantil y complejo de Edipo), como también aquellas que sustentan el trabajo de la relación terapéutica (transferencia, contratransferencia y resistencia) (Siquier y Solimano, 2004). Las reglas prescriptivas refieren a las disposiciones que modulan dicha relación y la tarea determinada del paciente y del terapeuta, incluyendo entre

ellas la asociación libre, la atención flotante, la regla de abstinencia y la interpretación. Por último, las condiciones de aplicación aluden a los "...parámetros que requiere el accionar del método y que se fijan por contrato: tiempo, espacio y retribución económica" (p. 152). La constancia de estas variables configura el establecimiento de un encuadre que sostiene y viabiliza el proceso psicoterapéutico (Bleger, 1967).

De este modo, el método psicoanalítico establece y sustenta el trabajo en la psicoterapia psicoanalítica promoviendo descubrimientos y cambios en estructuras subyacentes del paciente. Exige asimismo un trabajo de elaboración mediante el cual se produce el acto de conocimiento de lo inconsciente (insight) como acción terapéutica destinada a la modificación del padecimiento humano (Siquier y Solimano, 2004).

CAPÍTULO 1- CAMBIO PSÍQUICO

1.1- Delimitación del término

Para el Psicoanálisis resulta difícil la tarea de conceptualizar el cambio psíquico (Allegue, et al., 2005). Pensar el tema requiere un enfoque transdisciplinario, una mirada integral que permita aprehenderlo todas sus peculiaridades. Es un término amplio e impreciso y su concepción varía según los diferentes marcos teóricos desde los cuales se lo estudia (Winograd, 1991).

Se puede distinguir el cambio psíquico que ocurre en un proceso psicoterapéutico de los cambios psíquicos normales del desarrollo (Castelló, 2001). Los cambios normales son aquellos que están comprendidos en el ciclo vital e incluyen los cambios psicológicos (Caride de Mizes, 2011). El cambio terapéutico puede ser abordado desde la dimensión cuantitativa (cambio estructural o profundo) y desde la dimensión cualitativa. Ésta alude a las distintas áreas del sujeto que son beneficiadas en psicoterapias psicoanalíticas (Castelló, 2001). Las mismas indagan "...las causas del malestar en estructuras subyacentes del individuo, intentando modificarlas y/o fortalecerlas, a efectos de prevenir recaídas y en definitiva de conseguir una mayor calidad de vida" (Castelló, 2001, p. 2).

Desde esta perspectiva, el síntoma es la expresión de un trastorno estructural. Por lo tanto, su remisión no involucra necesariamente el desvanecimiento del proceso patógeno, sino que para ello se hace preciso recurrir a su etiología. Además, se considera que el desvanecimiento de un síntoma sin una modificación de lo más profundo de sí, puede despojar al paciente de sus defensas y someterlo a un desorden de estructura superior (Hornstein, 2001). Se diferencia de las terapias cognitivas o conductuales que tienen como objetivos terapéuticos la modificación o alteración de los síntomas (dimensión superficial).

Los abordajes de las dos dimensiones del cambio (superficial y profundo) no son excluyentes entre sí, pero generalmente son independientes según el tratamiento que se realice y de acuerdo a cada individuo en particular. Sin embargo, sería adecuado considerar un enfoque integral que incluya los dos polos de la magnitud del mismo para trazar los objetivos terapéuticos, a modo de abordar al sujeto como ser

bio-psico-social/ambiental y por consiguiente, con cambios en todas sus áreas, con especial énfasis en las más afectadas (Castelló, 2001).

Por otra parte, se concibe al cambio psíquico en relación a cuatro factores que en mayor o menor medida acontecen en la vida del individuo. Estos son: el factor evolutivo, el factor traumático, el factor vincular y el factor terapéutico (Allegue, et al, 2005). El primero de estos, refiere a los cambios que se producen en el desarrollo normal del individuo a nivel físico, psíquico y social o a las consecuencias que se originan cuando se produce una interrupción en esta evolución (Allegue, et. al, 2005). El factor traumático alude al cambio psíquico originado por el "...efecto que produce en el aparato mental un exceso de excitación o de experiencias no tramitables, no semantizables" (Allegue, et. al, 2005, p. 135). El factor vincular se trata del cambio que se suscita en el encuentro con el otro, en tanto la inclusión en el vínculo es subjetivante. Y por último, el factor terapéutico hace referencia al cambio como resultado del "... trabajo sobre los espacios psíquicos intra e intersubjetivos" (Allegue, et. al., 2005, p. 135).

Se puede inferir entonces, que el factor evolutivo, el traumático y el vincular están implicados en los cambios psíquicos normales del desarrollo (Castelló, 2001). Mientras que el factor terapéutico y el vincular se despliegan en estrecha relación en un proceso psicoterapéutico, mediante el encuentro con un otro

1.2- Cambio y no cambio

El interés por el "cambio" como objeto de estudio se remonta a la antigüedad. Filósofos y científicos se cuestionan sobre cómo puede concebirse y cuál es su naturaleza (Coderch, 1997). Se trata de "...un problema del hombre como individuo y como parte de la especie de la sociedad" (Bianchedi, 1991, p. 10). Por lo que trasciende y precede al foco de interés psicoanalítico.

Por su parte, el concepto de cambio se construye a partir de su opuesto. En efecto, los diferentes marcos teóricos que abordan el cambio psíquico logran mayor consenso sobre cuando un proceso no marcha que a la inversa. El cambio se asocia a "...transformación, evolución, mutación, metamorfosis, devenir, mudanza, variación... Se contrapone a 'no cambio', detención, inmutable, permanente, invariable" (Bianchedi, 1991, p. 10).

En psicoterapia el no cambio se refiere como impasse, reacción terapéutica negativa, entre otros fenómenos que se identifican a través del material transferencial del paciente (Bayo, 2006). Se trata de lo que permanece inalterable e indica la detención del proceso psicoterapéutico. Las fuerzas que se oponen al cambio se denominan de acuerdo a las diferentes épocas: "...viscosidad de la libido, sentimiento de culpa inconsciente, compulsión de repetición, resistencias del ello o 'roca viva' (el baluarte de la pulsión de muerte) [Freud, 1937]" (Bianchedi, 1991, p. 12). Ésto nos remite a la presencia en el sujeto del instinto de destrucción o muerte: "...fuerza que se defiende por todos los medios contra la curación y a toda costa quiere aferrarse a la enfermedad y al padecimiento" (Freud 1937/1989, p. 244). Por lo tanto, limita las posibilidades de alcance del cambio psíquico y será un factor importante a trabajar a en el proceso psicoterapéutico.

1.3- Cambio estructural, estructura y mente.

"El cambio terapéutico cambio psíquico y no siempre sólo psíquico es el acontecimiento de la terapia" (Lancelle, 2002, p. 4). Se trata de un cambio estructural que se distingue por su condición de rendimiento terapéutico legítimo y sólido (Lancelle, 2002). Estas peculiaridades son posibles dado a la modificación de la etiología del sufrimiento humano. Desde esta perspectiva el cambio estructural incluye entre sus resultados deseados, tanto cambios psíquicos (de la personalidad del individuo) como no psíquicos (remisión o alteración de los síntomas). Se destaca un abordaje integral del sujeto al pretender abarcar en el cambio terapéutico además de la modificación de lo más profundo del ser, la de lo superficial o sintomático (Castello, 2001).

Existe un cambio psíquico o estructural cada vez que se produce una "...transformación dinámica y económica de las relaciones del yo con el ello, el superyó y realidad exterior" (Hornstein, 2001, p. 13). Se remite a la concepción psicoanalítica del sujeto, desde la cual el mismo se encuentra dividido en dichas instancias (Freud, 1923/1992b). Éste, media entre el afán de satisfacción de las necesidades pulsionales del Ello, las exigencias del Superyó y los requerimientos de la realidad. Así, el cambio psíquico terapéutico tiene por objetivo modificar estas relaciones para fortalecer al Yo, de modo que pueda afrontar adaptativamente este triple vasallaje. De esta manera, la concepción de cambio psíquico implica la noción de

“estructura”, la cual sugiere la “...construcción, producción y reproducción de orden y de desorden” (Hornstein, 2001, p. 12) ante la expresión de un conflicto psíquico.

El cambio estructural es posible inicialmente al concebir la mente desde una perspectiva dinámica. La misma es entendida como “...un conjunto de funciones psíquicas en continuo movimiento, el resultado de una constelación de impulsos, emociones, deseos, ansiedades y defensas que interaccionan constantemente entre sí y con los estímulos que provienen del mundo externo y del propio organismo...” (Coderch, 1997, p.25). A partir de este estado dinámico en que se encuentra la mente, se habilita la posibilidad de la existencia del cambio psíquico o estructural. Aunque posteriormente serán otros los requerimientos para que éste efectivamente ocurra, entre los que se destaca la alianza terapéutica.

1.4- El quehacer clínico: desafío y compromiso con el cambio.

El quehacer clínico diariamente es interpelado para el desafío y el compromiso con el cambio (Allegue, et., Al, 2005). “Un paciente consulta habitualmente, porque (...) sus defensas, las posibilidades de resignificación de sus angustias y conflictos han fracasado” (García, 2002, p. 73), desencadenando en el sufrimiento humano.

De acuerdo a los planteos de Kovadloff (2011), se puede distinguir entre dolor y sufrimiento. El dolor impone una expulsión forzosa de aquel que creíamos ser “...su intensidad denuncia en nosotros la presencia de algo extraño...” (párr. 1). Mientras que el sufrimiento acredita una constitución, a la cual se accede a través del autorreconocimiento y la configuración de significado al dolor. La presencia del dolor no solo marca un fin, sino que también habilita la posibilidad de ser “otro”. La cura psicoanalítica posibilita ese tránsito del dolor al sufrimiento, de la desdicha neurótica a la desventura ordinaria, concediendo en dicha transformación una ganancia (Freud, 1893-1895/1992).

De acuerdo a los planteos de Bianchedi (1991) se considera la inclusión del cambio explícita e implícita. Explícita:

...en los objetivos terapéuticos y criterios de curación, o implícita, contenida en una tarea que promueve ya sea el insight y la elaboración,

el desarrollo y la integración, la recuperación de funciones psíquicas o la adquisición de las mismas. (p. 10).

Se trata de que, el aspecto implícito del cambio conduce al aspecto explícito (indisociables). De esta manera, mediante el desarrollo del aspecto implícito se logra la inclusión del cambio terapéutico psíquico o estructural en la psicoterapia psicoanalítica.

Winograd (1991), expone el cambio psíquico “limitado” o “estricto”, el cual hace referencia al cambio individual o el cambio psíquico “amplio” o “eterno”, relacionado con la teoría de curación y los objetivos terapéuticos. Se puede inferir que el cambio explícito (Bianchedi) se corresponde con el cambio limitado o estricto (Winograd) y el implícito con el amplio o eterno.

Se propone mediante la psicoterapia psicoanalítica, la inclusión del cambio explícito o el cambio psíquico amplio o eterno, promoviendo la reestructuración de la situación que moviliza al sujeto a su pedido de ayuda (García, 2002). Ésto constituye un objetivo terapéutico que se incluye en los criterios de curación.

1.5- Psicoanálisis y la noción de curación.

La noción psicoanalítica de curación comprende la instauración de un nuevo orden y no la mera restitución o recuperación del estado anterior. Incorpora el propósito de cambio (Schkolnik, 1989). Es así que excede el sentido dado por la medicina, disciplina de la que proviene (De Souza, Guerrero, Palabé, 2005).

Remitiéndonos a la etimología, el término “curación” alude a “cura” (del latín cuidado, solicitud) y a “curioso” (ávido de saber) (Schkolnik, 1986). La articulación de ambos conceptos establece el sentido de curación psicoanalítico en psicoterapia. La acepción del término “cuidado” refiere a la función del terapeuta de “sostener” al paciente (Winograd, 1991). Esta capacidad se relaciona con componentes específicos del encuentro como la situación que atraviesa el mismo, la estructura psicopatológica y las características establecidas por la relación terapéutica. Se trata de la función del encuadre como continente para el despliegue del proceso psicoanalítico, presentando el orden frente al caos interior del paciente y facilitando la proyección de los

contenidos internos del mismo (sentimientos, frustraciones, etc) de Urtubey (1999). En cuanto a la acepción del término “curioso”, el saber al que refiere es al conocimiento de lo inconsciente. Se entiende que dicho conocimiento habilita una nueva relación con uno mismo y con el mundo (Schkolnik, 1986), originada por la modificación de las relaciones intersistémicas (Ello, Yo y Superyó).

El término “saber” se haya estrechamente vinculado con el término “aprendizaje”. Es así que Bion considera el proceso psicoterapéutico como “...experiencia de aprendizaje (el paciente está ‘aprendiendo de la experiencia’). Pero (...) se trata de un aprendizaje muy particular, es un aprendizaje acerca de sí mismo que implica un cambio estructural” (Schkolnik, 1986).

Parafraseando a Hornstein (2001), la cura psicoanalítica procura que pierdan sentido las inhibiciones, las defensas, la angustia, los síntomas y los estereotipos caracteriales a los que el paciente se veía obligado a acudir. Dicho autor propone como metas de la psicoterapia un incremento de verdad, de realidad, de simbolización, de adaptación, de reparación, de sublimación, de sexualidad, de libertad, de placer y de castración, y un decremento del sufrimiento, de la angustia, de las inhibiciones, de las ilusiones, de los síntomas y de la repetición (Hornstein, 1988).

Bleger (1973), expone los siguientes objetivos terapéuticos:

Abreacción,
Llenar lagunas mnémicas,
Hacer consciente lo inconsciente,
(...) levantar las represiones,
Transformar la neurosis en neurosis de transferencia,
Resolver fijaciones infantiles,
Maduración de la personalidad,
Conocimiento de sí mismo: insight,
“Donde está el Ello debe estar el Yo” (Freud, 1923),
“Working through”,
Mayor capacidad de sublimación,
Mayor capacidad de reparación,
Relación con objetos internos: cambio del mundo interno del paciente,
Mayor libertad interior; mayor libertad y plasticidad del Yo (Waelder),

Mayor autonomía del yo; criterio de adaptación (Hartmann),
Integrar disociaciones,
Integración del Yo o adelanto en la capacidad de síntesis del Yo (M. Klein),
Introducir discriminaciones. (p. 321).

Se trata de objetivos parciales que se dividen clínicos y en técnicos. Estos últimos se tratan de medios por los cuales se logran los objetivos clínicos, por ejemplo, abreacción, llenar lagunas mnémicas, activar la neurosis de transferencia (Bleger, 1973). Asimismo, los objetivos clínicos se dividen en mayéuticos y de curación. Los mayéuticos conducen a un enriquecimiento de la personalidad (precisado por ejemplo, como síntesis del Yo, capacidad de sublimación, etc), mientras que los de curación a la supresión de los síntomas.

Desde un enfoque psicoanalítico se aspira al logro de los objetivos mayéuticos, los cuales poseen como meta la modificación de la estructura mental. Asimismo, meta específica de la cura psicoanalítica.

1.6- Alianza Terapéutica.

Bordin (1979) propone, como prerrequisito para el cambio, una alianza terapéutica adecuada. Dicho término se utiliza para explicar la relación terapéutica en psicoterapia, en donde paciente y terapeuta trabajan en común acuerdo y armonía (Hartley, 1985). La misma se distingue de la mera existencia de una relación terapéutica, como se desarrolla a continuación.

Originariamente Freud (1912/1991) destaca la importancia de la relación terapéutica, interesado principalmente por los componentes transferenciales y el análisis de la transferencia. La transferencia consiste en "...el desplazamiento de afectos de un objeto o persona a otra, a menudo la transferencia de las actitudes previamente asociadas con un progenitor" (Safran y Muran, 2005, p. 32). Dicho autor distingue entre transferencia positiva y negativa, se trata del desplazamiento de actitudes positivas y de actitudes negativas respectivamente. Así, señala la importancia que el terapeuta mantenga un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir el establecimiento de una relación positiva (Freud, 1912/1991).

A partir de Freud se desarrollan dos lineamientos psicoanalíticos sobre la relación terapéutica. El primero de éstos es impulsado por Ferenzci (1932/1988), quien postula como esencial que el paciente además de recordar, reviva el pasado problemático. El segundo corresponde a la tradición de la Psicología del Yo, la cual atribuye especial énfasis a la adaptación del yo a su medio (Freud, A., 1936, en Corbella y Botella, 2003). Este lineamiento centró su atención en los aspectos reales de la relación terapéutica, dando surgimiento al desarrollo del concepto de alianza terapéutica (Greenson, 1971, en Safran y Muran, 2005). Este concepto entonces, es un intento por poner de manifiesto la interacción terapeuta- paciente en psicoterapia.

Zetzel (1956) expresa al respecto, la importancia de la capacidad del paciente para establecer una relación de confianza que facilite la conformación de la alianza. Esta capacidad se basa en las experiencias tempranas del desarrollo.

Por otro lado Sterba (1934) señala que una identificación positiva con el terapeuta puede dirigir al paciente al logro de las tareas terapéuticas. A partir de esta identificación propone una disociación terapéutica del Yo que responde a la función observacional y participante del terapeuta frente a los conflictos del paciente- que permita identificarse con la tarea de auto-observación y reflexión de su propio funcionamiento.

En síntesis, según Greenson (1967/1976) la relación terapéutica se compone por la transferencia y la relación real. La relación real alude a la "...respuesta humana mutua del paciente y del terapeuta entre sí, incluyendo las percepciones no distorsionadas y el aprecio, la confianza y el respeto auténtico por el otro" (p. 35). Se entiende que aunque los aspectos transferenciales pueden fortalecer la alianza, la esencia de la misma la establece la relación real (Greenson, 1967/1976).

Bordin (1979) sugiere que la alianza terapéutica se conforma por tres componentes independientes: tareas, objetivos y vínculos. Las tareas consisten en actividades concretas que lleva adelante el paciente para beneficiarse del tratamiento psicoterapéutico. A modo de ejemplo, se puede mencionar la asociación libre. Los objetivos se conciben como propósitos generales del tratamiento. Por ejemplo desarrollar un modo adecuado de negociación entre los instintos y las defensas que deriva el conflicto (Safran y Muran, 2005). Por último el vínculo radica en "...la calidad afectiva de la relación entre el paciente y el terapeuta (p. ej., el grado en que el

paciente se siente comprendido, respetado, valorado, etc” (Bordin en Safran y Muran, 2005, p. 39). Se entiende que la eficacia de la alianza terapéutica depende del nivel de acuerdo entre paciente y terapeuta sobre tareas, objetivos de la psicoterapia y calidad del vínculo. La calidad del vínculo influye en la capacidad de negociación sobre tareas y objetivos del tratamiento entre el terapeuta y el paciente. Asimismo, dicha capacidad determina la calidad del vínculo. Tal es la esencia dinámica y multidimensional de la alianza terapéutica (Safran y Muran, 2005).

Finalmente, tras numerosas investigaciones psicoterapéuticas se concluye que la calidad de la alianza terapéutica es un buen predictor del éxito del tratamiento (Safran y Muran, 2005). Aunque la valoración de la misma depende de quien la considere: paciente, terapeuta o un tercero (Winograd, 1991).

CAPÍTULO 2- CAMINOS QUE CONDUCEN AL CAMBIO

2.1- El trabajo de hacer consciente lo inconsciente.

A modo de reseña histórica se remite a algunas alternativas propuestas para alcanzar el cambio psíquico o estructural. Entre sus precursores se ubica Freud (1937/1989), el cual considera como camino central la tarea de hacer consciente lo inconsciente en cierta relación de transferencia. Se refiere al trabajo terapéutico que “...oscila en continuo péndulo entre un pequeño fragmento de análisis del ello y otro de análisis del yo” (p. 240).

Tras reformular su teoría, en 1933, plantea como objetivos terapéuticos psicoanalíticos: “...fortalecer al yo, hacerlo más independiente del superyó, ensanchar su campo de percepción y ampliar su organización, de manera que pueda apropiarse de nuevos fragmentos del ello” (Freud, p.80 citado por Feldman, 2011, p. 2).

Se trata entonces, de indagar lo inconsciente mediante el material clínico del paciente, para que el mismo pueda acceder al conocimiento (insight) de aquello que escapa de sí, pero que de todas formas ejerce una fuerza sobre el Yo y sus modos de funcionamiento. Esta indagación con el correspondiente trabajo de elaboración de lo adquirido conduce a un modo adaptativo de relación del Yo con el resto de las

instancias psíquicas y con el mundo exterior. Para ésto, se considera central en el proceso psicoterapéutico el establecimiento de la relación de transferencia. Se pretende establecer una neurosis artificial, “neurosis de transferencia” en que el paciente le asigna al terapeuta “...un saber no persecutorio respecto de sus sufrimientos y de que, en paralelo, los síntomas y sufrimientos empiecen a relacionarse con la figura...” (Spivacow, 2012, p. 2) del terapeuta y la situación terapéutica. Se trata de que el paciente invista al terapeuta, de modo que este último pasa a formar parte de su mundo interno. En estas condiciones la palabra del mismo posee influencia transformadora en el primero (Spivacow, 2012).

Los resultados del proceso psicoterapéutico son para Freud (En Bianchedi, 1991):

...cambio y mejoría: más yo, evolución psicosexual hacia la etapa genital adulta, disminución de los conflictos intrapsíquicos y con la realidad externa, inclusión más realista, plástica y adaptada a la cultura, así como el desarrollo creciente de capacidades sublimatorias para el trabajo y la creatividad. (p. 12).

Estos cambios deseados se aproximan a la concepción de curación freudiana y al concepto de salud mental (Bianchedi, 1991).

2.2- Elaboración de las ansiedades.

Para Klein (1962), el cambio psíquico deseado radica en la posibilidad de elaborar las ansiedades persecutorias y depresivas en el proceso psicoterapéutico. Dichas ansiedades son fuente de la “posición esquizo-paranoide” y la “posición depresiva”, respectivamente. El concepto de posición remite a momentos o estados psíquicos que atraviesa el sujeto, establecidos en el primer año de vida, pero que lo acompañan durante todo el ciclo vital. La ansiedad persecutoria se origina por el miedo a fuentes externas, el ataque que representa la experiencia del nacimiento, e internas, la presencia del instinto de muerte que suscita el miedo a la aniquilación. La ansiedad depresiva surge a partir de procesos de síntesis del Yo, producto de la creciente integración de los aspectos buenos y malos de los objetos en la mente del infante. La ansiedad persecutoria está vinculada principalmente a peligros sentidos de amenaza al Yo, mientras que la depresiva, a peligros de amenaza al objeto de amor por la propia agresión del sujeto (deseos canibalistas y sádicos) (Klein, 1962).

Los mecanismos de defensa primitivos utilizados frente a estas ansiedades, son los de clivaje, proyección, introyección e idealización. Éstos conducen a que el sujeto expulse fuera de sí (proyecte en un objeto), lo conflictivo que no puede ser elaborado. Representa un alto costo para la mente, puesto que requiere dividirse y ello produce un empobrecimiento del sujeto (Caponni, 1999).

La interpretación es para Klein (En Bianchedi, 1991), el instrumento privilegiado para generar cambios desde la transferencia. La concibe como:

...externalización de lo infantil y primitivo del mundo interno en relación con el analista (...) utilizada para revivir y elaborar las situaciones de ansiedad temprana activas o re-activadas. Genera cambios, que (a diferencia de Freud), no devienen por llenar las lagunas mnémicas, puesto que considera que no hay recuerdo consciente de episodios tan tempranos (p. 13).

Con respecto a los logros que pueden obtenerse mediante la psicoterapia (Klein 1960, en Bianchedi, 1991) expresa:

...integración de aspectos disociados, la creciente responsabilización por deseos y fantasías, el logro del respeto por el otro, la adaptación a la realidad en equilibrio con la vida interior, la capacidad de manejar emociones conflictivas, las modulaciones de la ansiedad... (p. 13).

Asimismo, constituyen su concepto de salud mental. De esta manera, la terminación del proceso psicoterapéutico se relaciona con la modulación de las ansiedades persecutorias y depresivas, lo que presupone trabajar sobre las primeras experiencias de duelo del paciente. Remite al igual que Freud a promover un incremento de la fortaleza del Yo (Klein, 1962).

2-3 Crecimiento mental.

El modelo de cambio psíquico propuesto por Bion (1961), puede ser asimilado a “crecimiento” o “decrecimiento mental”. Este último se relaciona con factores emocionales: envidia, voracidad, intolerancia a la frustración y predominio de emociones anti-desarrollo, etc. Parafraseando a dicho autor, el crecimiento mental es entendido como proceso en forma de espiral mediante el cual deviene aspectos incognoscibles de la propia realidad en cognoscibles. Para que esto ocurra es

necesario que el sujeto tolere los “cambios catastróficos”, que implican el atravesamiento de “censuras” y su posterior trabajo de elaboración que “...en caso positivo, permitirán pensar acerca de lo ocurrido” (Bianchedi, 1991, p. 13).

Entre los propósitos del crecimiento mental se incluye: “Re-introyectar lo proyectado, tolerar la frustración implícita en el pensar, recuperar funciones yoicas atacadas y evacuadas, tolerar el crecimiento con sus inevitables dolores...” (Bianchedi, 1991, p. 13). Se entiende que, una personalidad saludable se dirige hacia esta meta. Asimismo, Bion (1961), sustituye la idea de “curación” por la de “evolución”, también en alusión al crecimiento.

Propone como técnica a implementar por el terapeuta en la situación psicoterapéutica una:

...actitud sin memoria ni deseo (...) donde la tolerancia a lo desconocido está apareada con una confianza de que “algo” evolucionará en el contacto emocional con el paciente, y de que (...) podrá ser puesto en palabras generando la posibilidad de un cambio catastrófico en la mente del analizado. (Bion, 1961, en Bianchedi, 1991, p. 14).

De esta forma, mediante los planteos de Bion se refiere a la memoria como impresión sensorial de lo que pasó y al deseo, de aquello que aún no ha pasado. La memoria desfigura el registro de los hechos (al hallarse bajo la influencia de lo inconsciente) y los deseos interfieren con la intuición de la realidad de lo desconocido. Así, se pretende configurar una clínica “sin memoria ni deseo”, centrada en el devenir de la experiencia emocional en el aquí y ahora del encuentro terapeuta-paciente. Sin embargo, se cuestiona dicha perspectiva: ¿Cuál es la veracidad y la posibilidad de esta pretendida des-implicación subjetiva del terapeuta? En tanto la existencia de su inconsciente y su participación comprometida en la situación psicoanalítica en que se desencadena el movimiento pulsional de ambos actores involucrados en la relación terapéutica (Hornstein, 2001). O acaso, ¿puede sustraerse el terapeuta de sí mismo?

Es así que Hornstein (2001) expresa:

...pretender un psicoanalista robotizado, ahistórico, reductible a una función es una exigencia que desvitaliza la experiencia psicoanalítica o conduce a ese escepticismo, cultivado por tantos, que propicia un ideal

desmesurado, cuya realización práctica enfrenta obstáculos insalvables.
(p. 12).

El modelo de cambio psíquico teorizado por Bion, es compartido por Bianchedi (1991) pero realiza algunas consideraciones sobre el mismo. Bianchedi (1991), expresa que: "...al hablar de crecimiento hacemos una extensión por analogía, de un concepto biológico. El crecimiento físico puede medirse (...) la mente o realidad psíquica como el área que ha de crecer no..." (p. 15). Es por esto que requiere un modelo de la mente que sirva de base empírica metodológica a partir de la cual se puede determinar el crecimiento mental. Se puede asimilar desde el modelo de la mente de la segunda tópica freudiana (Ello, Yo, Superyó) a partir del cual el crecimiento mental se determina por el fortalecimiento del Yo que amplía las posibilidades de afrontar de un modo adaptativo los requerimientos del Ello, el Superyó y el mundo exterior.

Señala que el crecimiento mental es el "...crecimiento de las capacidades para pensar acerca de las experiencias emocionales, permitiendo el desarrollo de ideas nuevas y la elaboración creativa de nuevos significados" (Bianchedi, 1991, p. 16). Parafraseando a Bianchedi (1991), se considera que el ser humano tiene una aptitud para este crecimiento y que su desarrollo es de naturaleza vincular, requiriendo en sus comienzos de:

...(la capacidad mental de la madre para contener las emociones proyectadas por su bebé) y de su intuición, capacidad de observación y transformación de lo contenido en comprensión y conductas adecuadas para el bienestar físico y mental de su hijo. (Bianchedi, 1991, p. 16).

En relación a lo anteriormente planteado, podemos desplegar que en su posterior desarrollo el lactante introyecta este modelo vincular, que le permite la autocontención y el contacto intuitivo con uno mismo, luego lo amplía hacia el contacto y la comprensión de otros seres humanos y el conocimiento del mundo "...en un expansivo aprendizaje por experiencia emocional" (Bianchedi, 1991, p. 16).

Esta capacidad idealmente ilimitada, es restringida para cada sujeto particular, por las "...disposiciones negativas o constitucionales (intrasubjetivas) y ambientales (intersubjetivas y trans- subjetivas) que atentan contra este potencial desarrollo de la mente" (p. 16). Dentro de las disposiciones negativas o constitucionales del sujeto, se puede distinguir los factores emocionales que postula Bion, como envidia, voracidad,

intolerancia a la frustración y predominio de emociones anti-desarrollo (En Bianchedi, 1991).

Bianchedi manifiesta esta capacidad (comprensión intuitiva hacia los demás) como “función psicoanalítica de la personalidad”, que posee como finalidad del psicoanálisis: “...incrementar el conocimiento del self acerca del self, y, a través de esto, estimular la tendencia al crecimiento mental” (1991, p. 17).

2.3- Acceso al registro de lo simbólico.

Lacan (1974) identifica como camino para alcanzar el cambio deseado, la posibilidad del sujeto de acceder al registro de lo simbólico. Su teoría se centra en la concepción de los registros de lo real, lo imaginario y lo simbólico en que se despliega la vida humana. El acceso al registro de lo simbólico para dicho autor, le permite al sujeto liberarse de la enajenación de lo imaginario y de estar perdido en lo real.

Lo simbolizado se entiende como:

...el objeto perdido, es necesaria la configuración de la ausencia, la pérdida de la cosa, el desasimiento del objeto para que la simbolización tenga lugar. Esa pérdida provocadora de displacer empuja al aparato a la representabilidad: ‘el logro de una representación como triunfo sobre la ausencia’. (García, 2007, p. 8-9).

Por lo tanto, la representación del objeto perdido configura una ganancia, puesto que: “Ya no se necesita de la cosa, ya no se requiere de la presencia del otro para ser” (García, 2007). Es en la transferencia y mediante la palabra que designa el deseo y le da existencia como tal, que el sujeto construye su historia que le permite inscribirse en el universo de lo simbólico (Schkolnik, 1986).

Lacan (1974), no alude a la cura como un objetivo explícito del proceso psicoterapéutico, sino, que se logra por suplemento. De todas formas, de acuerdo a lo expresado anteriormente, desde esta perspectiva se puede referir a la noción de curación como la inscripción en “...una red de significantes, escapar al desconocimiento alienante y patógeno, quedando inserto en el mundo de la cultura (...) tener una mejor relación con la finitud y la falta” (Schkolnik, 1986, sección El planteo de Lacan, párr. 2).

2.6- Modificación de la relación entre lo ligado y lo no- ligado.

Para Schkolnik (1998), el camino para lograr el cambio psíquico deseado radica en la posibilidad de "...reinstauración de la situación originaria en la cura" (p. 87).

Se remite al origen de la estructuración del psiquismo. Parafraseando a Schkolnik (1989), el mismo se origina en base a la división consciente- inconsciente establecida a partir de los mensajes enigmáticos procedentes del otro y que mediante el proceso traductivo-represivo son parcialmente traducidos, permitiendo por un lado la formación del Yo y por el otro, de lo inconsciente. Lo inconsciente se trata de lo no-traducido, significantes des-significados, constituyéndose de esta manera el conflicto entre lo ligado y lo no- ligado.

El objetivo en psicoterapia a través de la reinstauración de la situación originaria, es modificar la relación entre lo ligado y lo no-ligado, mediante la aproximación a la represión secundaria (como el Edipo, castración y narcisismo) que nos conecta con la situación originaria y aquello que no pudo ser correctamente traducido. De esta manera, se brinda al paciente una nueva posibilidad de ligazón y el logro de un cambio estructural (Schkolnik, 1998).

A modo de conclusión se destaca que, para Freud la pulsión de vida (Eros) es agente de cambios; para Klein, la ansiedad modulada; para Bion, las emociones inherentes a los vínculos; para Lacan el registro en lo simbólico y para Schkolnik, la modificación en la relación originaria de lo no-ligado. A pesar de las diferentes alternativas propuestas para el logro del cambio deseado, se percibe que todas se dirigen a una transformación del sujeto (Bianchedi, 1991).

CAPITULO 3- ALGUNOS APORTES ACTUALES

3.1- Dimensión cualitativa

El abordaje del cambio desde una dimensión cualitativa involucra la concepción del funcionamiento psíquico. Lo humano se desarrolla en los registros intrasubjetivo,

intersubjetivo y trans-subjetivo, lo que implica que el cambio originado en psicoterapia se despliega y tiene efectos en dichos registros (Puget y Berenstein, 1997). El registro intrasubjetivo corresponde al espacio de las pulsiones y representaciones pulsionales (mundo interno del sujeto) y se suscita mediante el método de asociación libre en el proceso psicoterapéutico. El registro intersubjetivo alude a la esfera relacional que pone en escena las pautas de interacción adquiridas a partir de relaciones interpersonales arcaicas y sobre las cuales se establecen las posteriores (vincular). Y por último, el registro trans-subjetivo se corresponde con el espacio socio- cultural (Bianchedi, 1991).

De acuerdo a la perspectiva de Castelló (2001) algunas de las dimensiones del sujeto que pueden ser beneficiadas por dicho cambio son: la psicodinámica o intrapsíquica, la interpersonal, la afectiva, la cognitiva, la conductual y la biológica. La dimensión psicodinámica o intrapsíquica es análoga al espacio intrasubjetivo en que propone cambios Bianchedi (1991) y parafraseando a Castelló (2001), comprende la modificación de los mecanismos de defensa y otros procesos mentales inconscientes. Esto implica que el trabajo psicoterapéutico consiste en reconocerlos y reemplazar aquellos que no funcionan de modo eficaz por mecanismos más adaptativos. Como ejemplo de cambio profundo en esta dimensión corresponde el conocimiento del origen de estos procesos inconscientes. Asimismo, la dimensión interpersonal coincide con el espacio intersubjetivo (Bianchedi, 1991). Al respecto, se puede referir como ejemplo de cambio profundo, aquél determinado por el descubrimiento de pautas de interacción poco efectivas y su correspondiente reestructuración (Castelló, 2001). La dimensión afectiva involucra los sentimientos propios (hacia uno mismo) y los estados anímicos del sujeto. Como ejemplo de cambio en ésta, se destaca, identificar las causas del estado de ánimo depresivo y neutralizarlas para prevenirlo. La dimensión cognitiva refiere a la dimensión de los pensamientos. La dimensión conductual alude a la modificación del "...comportamiento manifiesto y observable..." (Castelló, 2001, p. 6). Y la dimensión biológica: "...incluye principalmente todos los sistemas de neurotransmisión relevantes en los estados de anímicos..." (Castelló, 2001, p.7).

Conjuntamente, se puede inferir que los cambios en las dimensiones cognitiva, conductual y biológica son propósitos fundamentalmente, de tratamientos con objetivos de abordaje sintomáticos, lo que no impide que también puedan lograrse en tratamiento con objetivos de cambios profundos o psíquico.

3.2- Indicadores de cambio

La base empírica observable de las modificaciones en la situación psicoterapéutica, la constituyen los “indicadores de cambio” (Bayó, 2006). Estos parámetros se encuentran en estrecha relación con los objetivos terapéuticos. Los objetivos se dirigen a aquello que se pretende modificar, en tanto los indicadores manifiestan o expresan dicha modificación (Winograd, 1991). Parafraseando a Winograd (1991), el término refiere a elementos del material clínico producidos por el paciente mediante el lenguaje, los afectos o las conductas. Nos informa acerca de lo inconsciente y sus procesos. Como ejemplos de indicadores podemos mencionar: el sueño, el lapsus o el acto fallido (Bayo, 2006).

Cabe destacar que, el valor del indicador radica en la posibilidad de establecer una conexión coherente con la conflictiva previa del paciente y las hipótesis psicopatológicas del terapeuta (Winograd, 1991).

Estas “...variaciones sobre el material habitual nos alumbró sobre la modificación que está teniendo lugar...” (Bayo, 2006, p.13). Las mismas son, por ejemplo, variaciones en cuanto al material del contenido, se trata de temas de los cuales el paciente habla. Puede suceder que el paciente comience a relacionar los temas, o se cuestione lo que anteriormente eran supuestos básicos. Variaciones con respecto al formato del material; variaciones en la manera en que presenta el material (claro, preciso, detallado o confuso, disperso o caótico). También podemos incluir el área de los gestos y estilos, (el orden de lo que relata en la sesión, si se repite o no) (Bayo, 2006).

3.4- Alcances del cambio

A partir de cuestionamientos sobre la dimensión cualitativa del cambio psíquico surgen interrogantes con respecto a los alcances del mismo. Se trata del límite de los efectos producidos y por lo tanto, de la culminación del cambio psíquico posible o deseado. Ésto se vincula con la idea de “final” o “fin” de la psicoterapia. Ya Freud (1937/1989) se cuestiona sobre la existencia de un término natural para cada proceso psicoterapéutico y si habitualmente sería realizable conducir el mismo hasta allí. Con “término natural” hace alusión a la decisión (en condiciones ideales), de finalizar el proceso de trabajo en común acuerdo, del mismo modo en que fue establecido. Por otro lado, enfatiza la singularidad de cada análisis puesto que en cada encuentro

terapéutico se establecerán criterios propios en función de la particularidades del mismo, además de los criterios generales (Ojman, 2005). Éstos, trazan no sólo el recorrido del proceso psicoterapéutico, sino que también influyen en el establecimiento del final.

Es preciso discernir que el término final se aparta de su connotación de acabado o absoluto, aludiendo por su parte, a un límite o frontera que no puede ser atravesado o modificado. Este límite está determinado por las alteraciones del Yo del paciente, las resistencias, la pulsión de muerte, así como también por el Yo del terapeuta (Freud, 1937/1989). Se entiende que, las características propias del terapeuta (como aspectos de su historia o su funcionamiento personal), también inciden positivamente en la cura o por lo contrario la dificultan (Schkolnik, 1998). Estos planteos resaltan la importancia del autoanálisis y el análisis de la contratransferencia, los cuales permiten el desplazamiento de los límites que aun así, no son ilimitadamente (Ojman, 2005).

A partir de lo mencionado se puede señalar por lo tanto que, el terapeuta no solo ejerce métodos técnicos, sino que su personalidad influye en el paciente. Se considera el psiquismo y la salud del mismo instrumento fundamental de trabajo.

Asimismo, de la misma manera en que se adoptan diferentes caminos para alcanzar el cambio psíquico, los criterios para la terminación de la psicoterapia, depende de los marcos teóricos de referencia que sustentan a cada analista, puesto que las concepciones en las cuales se apoyan son definitorias en la finalidad o en las metas de la psicoterapia (Ojman, 2005). A modo de ejemplo se puede referir a Freud (1937/1989) el cual plantea como objetivos terapéuticos el fortalecimiento del Yo, para Bianchedi (1991), lo constituye el incremento del conocimiento del self acerca del self (del sí mismo) y para Schkolnik (1998) la modificación de lo ligado y lo no- ligado de la situación originaria.

No obstante, se puede subrayar algunos criterios de finalización comunes a los diferentes modelos desde los cuales se lo aborde e independientemente de las peculiaridades de cada encuentro, en cuanto “Pensar en criterios de finalización de un trabajo analítico presupone en quien conduce dicho trabajo *representaciones y criterios de funcionamientos saludables*” (Ojman, 2005, p. 52). Se puede entender, al decir de Schkolnik (1986), como zona de cruce (en tanto confluyen los diferentes modelos que abordan al cambio en criterios de salud), desde la perspectiva de los objetivos del tratamiento. De la misma manera, esto remite al cambio como agente de

salud y curación en el quehacer clínico que promueve dicha esencia, a partir del beneficio de los pacientes mediante la modificación de las causas de lo anómalo y la conducción del mismo a sus sentidos.

Se concluye que en todo proceso psicoterapéutico:

...existen cambios estructurales y zonas de “no cambio”. Del predominio de una de ellas sobre la otra y de los matices intermedios respectivos, dependerá que se pueda considerar un proceso como transformacional o, si no, aceptar que también existe la alternativa de considerarlo iatrogénico. (Winograd, 1991, p. 63).

Por tanto las zonas de no-cambio aluden a la existencia infranqueable de lo inconsciente y sus derivadas manifestaciones sintomáticas (Spivacow, 2012). Ante la existencia del límite o la frontera de lo accesible del conocimiento del inconsciente, o de lo inmodificable, lo que resta en el proceso psicoterapéutico ya no sería procurar un conocimiento mayor del mismo, sino, comprender de qué modo se lo puede manejar mejor (2012): “Saber hacer allí con su síntoma, este es el fin del análisis” (Lacan en Spivacow, 2012, p. 9).

3.5- Cambio en paciente y terapeuta.

En primer lugar, el cambio concierne al paciente, el cual acude con su pedido de ayuda ante la expresión de un conflicto. Pero cabe cuestionar si atañe únicamente al paciente. Considerando el trabajo terapéutico en un campo bipersonal en el cual se originan movilizaciones pulsionales entre ambas partes de la relación terapéutica y donde además la alianza adquiere valor fundamental, también va a influir sobre el terapeuta. Es así que, se asiste en la actualidad a un cambio de paradigma que declina la idea del analista- espejo que exhibió Freud (1912/1980), valorando fundamentalmente el intercambio entre paciente y terapeuta en la psicoterapia (Schkolnik, 2010).

De acuerdo a esta concepción, Schkolnik (2013) destaca que tanto paciente como terapeuta experimentan cambios de distinto orden, pero el hecho de que el terapeuta cambie es condición del proceso. Igualmente Bianchedi (1991), señala que paciente y terapeuta “...tienen (o deberían tener) cambios psíquicos que indiquen crecimiento mental durante y después de la sesión” (p. 22). Parafraseando postulados

de dicha autor, los cambios que están vinculados con el terapeuta son: mayor confianza en su capacidad de intuición y observación, apertura a ideas nuevas y experiencia para nuevos encuentros (Bianchedi, 1991).

Los cambios del analista están vinculados a lo singular de la relación con cada paciente, pero van más allá. Se vinculan también a los cambios socioculturales y a los referentes teóricos- clínicos en el ámbito de la propia comunidad psicoanalítica en la que el paciente y el analista están inmersos. (Schkolnik, 2013, p. 23).

Parafraseando a Schkolnik (1998), se considera que, debido a la singularidad de cada encuentro la escucha analítica debe adecuarse a la cultura, costumbres, constitución de la familia y las nuevas formas de la sexualidad en que se haya incluido el análisis. El terapeuta por un lado, se sustrae en alguna medida de sus teorías para construir nuevas con el paciente y por el otro, sufre modificaciones en su dinámica pulsional.

CONSIDERACIONES FINALES

La temática central del presente trabajo se constituye en base a la reflexión sobre la praxis clínica. Para ello, se abordan algunas dimensiones del cambio psíquico o estructural, la inclusión de la alianza terapéutica y el rol del terapeuta desde un modelo de psicoterapia psicoanalítico.

Los aspectos abordados en el presente trabajo señalan que, el cambio psíquico remite fundamentalmente a tres planos: el de los objetivos terapéuticos del psicoanálisis, el de las teorías de curación y el de los indicadores de cambio personal. En primer lugar, ante el pedido de ayuda del paciente el terapeuta es convocado para promover una transformación en él (plano de los objetivos terapéuticos). Se trata de un cambio psíquico y no solo psíquico, que habilita una nueva relación con uno mismo y con el mundo (plano de las teorías de curación).

En respuesta a alguno de los cuestionamientos suscitados al comienzo en lo referente a cómo es posible la existencia del cambio y cuál es el lugar que ocupa la alianza terapéutica en su consecución, se plantea entonces que, dada la dinámica de la mente y se propone como prerrequisito del mismo, la conformación de una alianza terapéutica positiva. Mediante ésta paciente y terapeuta trabajan en común acuerdo y armonía. En este sentido, se destaca la interacción paciente-terapeuta reivindicando los aspectos reales de la relación y la figura de este último. Se produce un desplazamiento del foco de interés de los aspectos inconscientes de la relación terapéutica (transferencia y análisis transferencial) a los aspectos conscientes de la misma (aprecio, confianza, respeto, etc). Se cuestionan planteos precedentes que promueven una postura idealizada y neutra del terapeuta rechazando la implicancia subjetiva del mismo. Se resalta así, la necesidad de cuestionar y replantear la teoría psicoanalítica ante la experiencia clínica y los cambios que asistimos en la realidad, siendo esto fundamental para perpetuar su vigencia.

Por otro lado, de los estudios que fueron tomados como referencia en lo que respecta a lo inconsciente, se considera que dada su heterogeneidad y su correspondiente división en instancias (Ello, Yo y Superyó) con diferentes leyes de funcionamiento, deriva que el conocimiento del mismo no siempre logra cambios subjetivos. Puede suceder que un conocimiento adquirido quede encapsulado y no se difunda al psiquismo.

En lo que refiere al plano de los indicadores de cambio personal, estos se encuentran relacionados con los objetivos terapéuticos y por lo tanto, con los alcances del cambio o final del tratamiento. Los horizontes del cambio psíquico posible son determinados tanto por el yo del paciente como por las características personales del terapeuta. Es así que, resulta fundamental resaltar la importancia de la psicoterapia personal de este último para el corrimiento de los límites o fronteras que de todas formas no es ilimitado. Se concluye entonces, sobre el rol del terapeuta como agente de cambio de la estructura del ser humano, fundamentalmente mediante la utilización del método terapéutico psicoanalítico. En donde además, adquiere especial énfasis el conocimiento de su psiquismo como herramienta fundamental de trabajo. Se considera así que la psicoterapia excede los límites de la técnica y la teoría del campo psicológico.

Se visualiza también en respuesta a otra de las interrogantes del comienzo que el final del tratamiento psicoterapéutico comprende representaciones y criterios de funcionamiento saludables y es lo infranqueable de la existencia del inconsciente lo que pone fin al cambio posible. Asimismo, el terapeuta va a experimentar cambios aunque de diferente orden que el paciente.

En lo que refiere a la complejidad del campo de estudio se destaca como fundamental distinguir la multiplicidad de miradas a través de las cuales puede abordarse el cambio psíquico. No obstante, independientemente de las diferencias que enfrenten los distintos enfoques teóricos con respecto al camino recorrido o las técnicas utilizadas, se unen en la zona de cruce que tiene por objetivo una transformación del sujeto.

De acuerdo a la mayoría de los autores trabajados, se destaca el cambio psíquico o estructural como modificación de las relaciones de las instancias psíquicas del sujeto que dispone como beneficio el fortalecimiento del Yo. A diferencia del cambio superficial o sintomático garantiza cambios genuinos y estables que promueven una mejor calidad de vida. Se puede concluir que se trata del cambio psíquico como camino de libertad para sujeto puesto que rompe con condicionamientos psíquicos a raíz de experiencias de su pasado y pueda construir un futuro mejor. De todas formas, se resalta la riqueza de una perspectiva integral de abordaje basada en la concepción del ser bio-psico-socio/ambiental.

Para finalizar, se considera fundamental mencionar que queda mucho por profundizar tanto en lo que respecta al cambio psíquico y a la alianza terapéutica,

como a la relación que une a ambos constructos en psicoterapia. Por ejemplo, en lo que refiere al grado de responsabilidad del paciente en la construcción de la alianza terapéutica y a cómo ésta evoluciona en las distintas fases del proceso. Se trata de un campo complejo de problemáticas psicoanalíticas que está en pleno auge y si bien el número de investigaciones es considerable, todavía queda mucho camino por recorrer, por lo que el presente trabajo de indagación pretende brindar la apertura a estudios posteriores en el tema y a la posibilidad de nuevas interrogantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allegue, R., Abbate, S., Di Lorenzo, Elizabeth, Mas, M., Maseda, M. de los A., Muniz, A., Nogueira, G., Oribe, M. J., Rodríguez, A. M., Salgado, O., Somma, V., Villalba R. (2005). El cambio psíquico en pacientes y terapeutas a la luz del trabajo clínico actual en dificultades reproductivas. *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 7 (1), 130-139. Recuperado de: <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272005070108.pdf>
- Bayo, R. (marzo, 2006). Evaluación del cambio psíquico a través del material del paciente. En las IV Jornadas de la F.E.A.P. *El cambio en psicoterapia*. Segovia: Gradiva, Asociación d' Estudis Psicoanalitics
- Bianchedi, E. (1991). Cambio psíquico. El devenir de una indagación. *Revista de psicoanálisis*, 47 (1), 10-24.
- Bion (1961). *Learning from experience*. Londres, Heinemann. *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Paidós, 1975.
- Bleger, J. (1967). *Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico*. En *Simbiosis y Ambigüedad*. Paidós, Buenos Aires.
- Bleger, J. (1973). Criterios de curación y objetivos del psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, 30 (2), 317-342.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. En *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 16 (3), 252-260.

- Capponi, R. (1999). Psicoanalizarse Hoy: El Cambio Psíquico como camino de Libertad. *El Mercurio. Suplemento Artes y Letras*, (4). Recuperado de: http://www.u-cursos.cl/derecho/2010/2/D1CLFDRP/33/material_docente/
- Caride de Mizes, M., R. (2011). Cambio psíquico a través del análisis del relato en las técnicas verbales temáticas (con especial referencia al T.R.O). *Actualidad Psicológica*, 399, 1-8. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1542/Caride_Mizes_2011_ActPsi-399.pdf?sequence=1
- Castelló, B. (2001). Integración y cambio en psicoterapia. Recuperado de <http://www.jorgecastello.org/INTEGRACION%20Y%20CAMBIO%20EN%20PSICOTERAPIA.pdf>
- Coderch, J. (1997). ¿Es posible el cambio psíquico?. *Temas de Psicoanálisis. Revista de la Sociedad española de psicoanálisis*, (2) 21- 49. Recuperado de http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/JCoderch/Coderch_1997_Es%20Posible%20el%20cambio%20Ps%C2%A1quico.pdf
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*; 19 (2), 205-221. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf
- De Souza, L., Guerrero, L., Palabé, X. (2005). Cambio psíquico en pacientes psicóticos atendidos en psicoterapia psicoanalítica grupal y rehabilitación. *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, VII (1), 103-115. Recuperado de <http://www.bvpsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272005070106.pdf>

- De Urtubey, L. (1999). El encuadre y sus elementos. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719998904.pdf>
- Feldman, M. (2011). Apoyando el cambio psíquico: Betty Joseph. *Temas de Psicoanálisis*, 2. Recuperado de: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/apoyando-el-cambio-psiquicobetty-joseph-12/>
- Ferenczi, S. (1988 [1932 a]). Diario clínico. Buenos Aires: Conjetural
- Freud, S. (1989). Análisis terminable e interminable. *Asociación Psicoanalítica Internacional. Estudio sobre el Análisis terminable e interminable*. (Trabajo original publicado en 1937).
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *En Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1980).
- Freud, S. (1991). Sobre la dinámica de la transferencia. *En Obras completas* (Vol. 12, pp. 93-105). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1912).
- Freud, S. (1992). Estudios sobre la histeria. *En Obras completas*, (Vol. 2, pp. 45-194). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1893-1895).
- Freud, S. (1992b). El yo y el ello. Las dos clases de pulsiones. *En Obras completas*, (Vol. 19, pp. 41-48). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1923).
- García, S. (2002). Reinterrogando el método psicoanalítico. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, 96, 71-87. Recuperado de http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup96/rup96-garcia.pdf

García, S. (2007). Reflexiones sobre la simbolización en psicoanálisis: entre el signo y la pulsión. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, (104), 7-22. Recuperada de: http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup104/rup104-garcia.pdf

Greenson, R., (1967-1976). Técnica y práctica del psicoanálisis, Siglo XXI Editores: México.

Hartley, D. (1985). Research in the therapeutic alliance in psychotherapy. En R. Hales y A. Frances (Ed). *Psychiatry update annual review*. Washington DC, American Psychiatric Press, 532-549.

Hornstein, L. (1988). Cura, psicoanalítica y sublimación. Nueva Visión. Buenos Aires.

Hornstein, L. (2001). Desafíos de la terapia psicoanalítica. Conferencia dictada en la Asociación Uruguaya de Psicoterapia psicoanalítica. Montevideo

Klein, M. (1962). Sobre los criterios para la terminación de un análisis. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/1688724719611962040204.pdf>

Kovadloff, S. (2011). El enigma del sufrimiento. Emecé. Recuperado de: <http://www.conversiones.com.ar/textos/nota0746.doc>

Ojman, H. (2004- 2005). Psicoanálisis y psicoterapia. Finales e indicadores de terminación. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, (7/8), 45- 53.

Lacan, J. (1974-1975). Seminario 22 "RSI", inédito (Versión completa de la Escuela freudiana de Buenos Aires. Traducción y notas de Ricardo E. Rodríguez Ponte).

Lancelle, G. (2002). Investigación en psicoanálisis y los psicoanalistas. Congreso Fepal.

Puget, J. y Berenstein, L. (1997). Lo vincular en la clínica y técnica psicoanalítica. Paidós: Buenos Aires.

Safran, J. D. y J. Muran (2005). La alianza terapéutica reconsiderada. Bilbao: Desclee de Brouwer, *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*, 25-60.

Santibáñez, P., Román, M. y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26 (2) 267-287. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272009000200006

Schkolnik, F. (1989). Acerca del concepto de curación. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, (64). Montevideo

Schkolnik, F. (1998). La teoría de la seducción generalizada y la práctica. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, (87). Recuperada de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719988707.pdf>

Schkolnik, F. (2010). Desafíos del psicoanálisis contemporáneo. Cambios en la cultura y el psicoanálisis: Nuestra contemporaneidad nos interroga. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 110, 7-22. Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/node/350>

Schkolnik, F. (2013). Entre el sueño y la vigilia. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, 116, 21-34.
Recuperado de <http://www.apuruquay.org/apurevista/2010/16887247201311602.pdf>

Siquier, M. I. y Solimano, A. (2004). Reflexiones sobre el método psicoanalítico. *Psicoanálisis APdeBA*, 26 (1), 149-163. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Siquier-y-Solimano.pdf>

Spivacow, M., A., (2012). Los caminos del cambio psíquico. Algunas consideraciones.

Sterba, S., R. (1934). "The fate of the ego in analytic therapy". Panel report.

Winograd, B. (1991). Cambios psíquicos en relación a la teoría de la técnica. *Revista de psicoanálisis*, 47 (1), 57-67.

Winograd, B (2004- 2005). (1991??) Procesos e indicadores de cambio. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, (7/8), 9-26.

Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369 - 376.