

Al cambio psíquico se accede por la relación¹

Alejandro Ávila Espada²

Se exponen una serie de cuestionamientos acerca de los elementos y procesos nucleares al cambio que puede tener lugar en la psicoterapia. En el psicoanálisis se ha compartido una cultura en la que el concepto de transferencia ha sido el concepto organizador central de la teoría del cambio. Pero conforme generaciones de clínicos y teóricos han venido aquilando experiencia sobre el hecho psicoterapéutico, comprobamos que el concepto de Transferencia ha venido perdiendo poder explicativo, y a la vez hemos conocido otras muchas facetas de los procesos que intervienen en el cambio. Se revisan primero las implicaciones que tiene el concepto de Vínculo, subrayando la perspectiva de la tradición vincular, donde lo intrapsíquico siempre fue entendido como reflejo y producto de lo intersubjetivo. Sobre este contexto posicionamos la evolución del concepto de transferencia, y su reinterpretación desde los diferentes hallazgos clínicos y de investigación, que han aportado diferentes escuelas psicoanalíticas, los investigadores del desarrollo y las neurociencias. Tras un recorrido clínico en el que nos encontramos de nuevo con Anna O. y Dora, y algunos ecos de nuestra propia práctica, intentamos clarificar los diferentes niveles y procesos implicados en el cambio. La teoría de la especificidad y los conceptos de responsividad óptima y deslizamiento/solapamiento afectivo nos ayudan a precisar nuestra propuesta. Si estas propuestas son una nueva forma de concebir la Transferencia, o bien una restricción del uso de este concepto, es una cuestión que ha de explorarse en la práctica y en los ámbitos de discusión teórica.

A series of questions are discussed, regarding the nuclear elements and processes fundamental to the changes that can take place in psychotherapy. Psychoanalysis has shared a culture in which the concept of transference has been the central organising concept of the theory of change. However, generations of clinicians and theorists have increased the experience surrounding the psycho-therapeutic happening. These have proven that the concept of transference has gradually lost its capacity to explain change, while at the same time we have become aware of many other aspects of the processes that intervene in change. Firstly, the implications of the concept of Bonding are explored, underlining the perspective of the bonding tradition, in which the intra-psychic aspect has always been understood as a reflection and a product of what is intersubjective. Regarding this context, the evolution of the concept of transference is positioned and is re-interpreted from the viewpoint of various different clinical findings and investigations, offered by different schools of psychoanalysis, the investigators of development and neuroscience. After going through the clinical case in which we meet again with Anna O. and Dora, and some of the echoes of our own practice, we try to clarify the different levels and processes implied in change. The theory of the specific and the concepts of optimum response and sliding/overlapping of affect help us define our proposal. Whether these proposals are a new form of conceiving Transference, or a restriction of the use of this concept, that is a question that will have to be explored in practice and as well as in the environment of theoretical discussion.

Palabras clave: Proceso de cambio, Psicoterapia, Relación intersubjetiva, Transferencia, Vínculo.

Key words: Change Process, Psychotherapy, Intersubjective Relationship, Transference, Bonding.

English Title: Relation: The path to Psychic Change.

Reflexiones iniciales

Nuestro objetivo es conocer y comprender los fenómenos especiales que tienen lugar en la «relación especial» que es la psicoterapia, y en el que intentaremos no dejarnos atrapar ni por las exigencias del psicoanálisis³, ni por los numerosos cantos de sirena reduccionistas que rodean el camino de la psicoterapia. El faro que marca el sentido de nuestra ruta es conocer y comprender la dinámica del cambio estructural, un cambio descrito como efecto del proceso terapéutico. Aquí surge nuestro primer escollo teórico. Necesitamos una teoría y un criterio para establecer la calidad de los cambios. Y no nos interesan los cambios «reactivos» o la mera acomodación o plasticidad de las conductas a los entornos, sino los cambios de patrón y sentido. Referido al ámbito de la subjetividad, lo humano cambia en dirección a la integración, la complejidad, la maduración; también procede a usar la desorganización, el desequilibrio, la simplicidad y la rigidez de ciertos mecanismos (p.e. los paranoides). Cambios de crecimiento-evolución de la organización estructural, también cambios involutivos, por deterioro. Estructuras deficitarias, fallidas o incompletas en su desarrollo, un desarrollo que puede continuar y completarse, o que requieren «ortopedia». También estructuras colapsadas total o parcialmente por conflictos. Llegado a este punto, se requieren definiciones que delimiten cada ámbito.

Vínculo, Transferencia y «Relación implícita compartida»

Las teorías se desarrollan en sistemas que se auto-organizan y justifican. El valor y papel otorgado a las crisis mentales son un buen ejemplo. Las crisis pueden ser vistas como fracaso funcional de la estructura, o como colapso de un funcionamiento anómalo, que abre así la posibilidad de reajuste y logro de un mejor nivel de calidad estructural. La cadena de significaciones que usamos para hablar del cambio implica una jerarquía de niveles, en que cada uno tiene implicaciones diferentes. Vista secuencialmente desde los niveles más complejos hasta los elementales, los niveles de análisis del cambio podrían ser los siguientes:

Cambio estructural > Cambio funcional > Cambio terapéutico (en el marco de un tratamiento) > Cambio como consecuencia de la actividad de procesos > Procesos que se dan o se explican en un vínculo concreto > Vínculo que remite a series de vínculos > Vínculo como crisol de patrones relacionales, cognitivos y emocionales complejos > Transferencia de patrones a través de vínculos de propiedades semejantes > Vínculos organizadores > Protovínculos.

En nuestra exposición, vamos a recorrer algunos de estos niveles, porque el abordaje en profundidad de todos ellos excedería las posibilidades de este trabajo. Nos ocuparemos pues, en primer lugar, de efectuar ciertas clarificaciones sobre el vínculo, ya conocidas en nuestra cultura. El **vínculo**, término que viene del latín «*vinculum*» derivado de «*vincere*» (Atar, unión o atadura de una persona o cosa con otra), describe la construcción básica en la formación de la subjetividad, y es el concepto fundante de lo intersubjetivo. Desde su base biológica, tendencia filogenética a la vinculación, hasta su consideración como estructura psíquica que permite la organización de la subjetividad en la articulación de lo intersubjetivo como ámbito de efectuación y lo intrasubjetivo como ámbito de representación.

Hace cinco décadas Pichon-Rivière (1956-57) y Bion (1959), se refieren al vínculo en términos tanto intra como intersubjetivos, apareciendo ya como un concepto más específico y organizador de lo pulsional. Libido da así paso a Vínculo como articulador de la estructura de la subjetividad, puerta de entrada a sus desarrollos característicos. El sujeto de que nos habla Pichon es activo, creativo, transformador de su contexto sociocultural y el vínculo constituye la manera particular con que cada sujeto se relaciona con otro creando una estructura particular para cada situación vincular; las relaciones intersubjetivas se establecen a partir de necesidades evolutivas en las que ya median principios organizadores inconscientes, que pueden expresarse como fantasía inconsciente, reguladora de su percepción y de la ansiedad acompañante. Nos es bien conocida la definición de Pichon, para quien el vínculo incluye al sujeto y al objeto, su interacción, sus modos de comunicación y aprendizaje, configurando un proceso en forma de espiral dialéctica. El «primer vínculo» comienza a integrarse (o reconocerse⁴) en el complejo sistema de comunicación madre-bebé que está ya presente en las fases avanzadas del embarazo, momento a partir del cual no cesará de complejizarse y diferenciarse.

Para nuestro compañero Rodríguez Sutil (1995a, 1998, 2002) el vínculo es el origen de la diferenciación psicológica, merced a la introyección en el infante de sus tres elementos: el self, el objeto y la relación que se produce entre ellos. Esos primeros vínculos son los vínculos fundantes, los vínculos posteriores son reactualizaciones más, o menos modificadas (como por ejemplo podemos observar en lo que se viene a llamar *transferencia*), de esos primeros, y que en conjunto forman la estructura de la personalidad con sus diferentes prototipos, entendidos éstos como estructuras semi-permanentes, estructuras que incluyen los procesos y conductas automatizadas e inconscientes.

Hechas estas precisiones, pasamos a revisar el concepto de **transferencia**. Desde la sorpresa por las manifestaciones del fenómeno, hasta las hipótesis sobre su valor en los tratamientos, discurrió el pensamiento de Freud y sus interlocutores durante casi dos décadas. Fue en la época en que se dan a conocer los principales «escritos técnicos» (Freud, 1911, 1912, 1913) cuando disponemos de una teoría de la técnica en que el fenómeno de la transferencia cuenta con un lugar central. De la transferencia como resistencia, a la transferencia como proceso central del análisis, descrita como neurosis de transferencia, hay una secuencia lógica en la que

todo analista ha recalado en su formación y en su experiencia. Como son conceptos bien conocidos, podemos obviar su descripción, y pasar a examinar la función que cumplen en la comprensión del proceso terapéutico.

Hemos asimilado en nuestra formación como referente principal de la teoría de la técnica, que marca nuestra cultura terapéutica, la *pretensión de neutralidad* como horizonte ético que deriva de la imagen freudiana del frío cirujano que disecciona los procesos psíquicos (inconscientes) para darlos a conocer; también la *inevitable asimetría* que traza la situación analítica (asimetría fundada en la diferente regulación de las necesidades de paciente y analista, y en los diferentes planos del deseo, toma de contacto con los propios deseos en el paciente, como paso previo a la renuncia a su gratificación; mística sublimatoria del deseo del analista que se convierte en señal de la dirección de la cura). Ambos planos, neutralidad y asimetría, nos permiten usar el concepto de transferencia para dejar fuera de nuestro campo de observación a la relación terapéutica. En una lectura sesgada de los fenómenos del cambio, pasamos a concebir un analista no presente en lo real, pero cuya presencia permite que se efectúen procesos claves para la subjetividad: descubrimiento y cambio. Analista y paciente, gracias al concepto de transferencia, aparecen como «entes flotantes» que se influyen sin entrar en relación. Pero ¿se corresponde esto con nuestra experiencia?. Ya Sandler (1976) había llamado la atención sobre las formas sutiles en que analista y paciente se inducen bidireccionalmente, cómo el paciente, sin conciencia de ello, induce al analista a comportarse de un modo particular, examinándole inconscientemente y adaptándose a las percepciones que construye sobre las reacciones del analista. La respuesta consciente del analista está determinada por su reacción del self, una respuesta de rol a lo que percibe. Analista y paciente, en esta concepción se determinan recíprocamente, tanto a nivel de procesos que operan en y fuera de la conciencia, y cualquier aproximación para explicar la mutua influencia requiere la consideración de todos los planos de comunicación presentes. En esta línea, Hoffman (1988) considera al paciente como intérprete de la experiencia del analista.

Pero Sandler no fue el primero en introducir esta lectura. Dos décadas antes Paula Heimann (1950) había propuesto que considerásemos al paciente como intérprete de la experiencia del analista, pues si el paciente entra en relación (o dicho de otro modo, aparece susceptible de modificarse en la relación) induce procesos recíprocos que son clave para entender el proceso de cambio. Más que valerse de su «objetividad», el analista para Heimann se sirve del conocimiento que le brinda su percepción del paciente, la experiencia que vive con él es una oportunidad de comunicación, de conocer el mundo subjetivo del otro a través de los procesos de la identificación proyectiva. Ya hemos subrayado nuestra adhesión a la amplia visión que aporta Margaret Little (1951, 1957) de la contratransferencia, y a la importancia de su uso activo (Aburto et al., 1999).

Lewis Aron (1996) nos ha facilitado una mejor comprensión de la influencia bidireccional paciente-terapeuta. Reconocer que se da una influencia mutua no implica que la influencia sea igual, la relación analítica puede ser mutua sin ser simétrica. Toda relación humana que merezca ese nombre implica esa

bidireccionalidad de influencia y regulación, que se constata desde la observación de los estados precoces del desarrollo, en especial en la mutua influencia madre-bebé propuesta por Beebe y Lachmann (1988, 1994); Beebe, Lachmann y Jaffre (1997); Lachmann y Beebe (1996), en representación de muchos otros investigadores del desarrollo (c.f. Stern, 1985; Emde, 1988a, 1988b).

Hemos pues de reconocer que los conceptos de *Transferencia* y *Contratransferencia*, tal como se formulan y usan en general en el psicoanálisis, están al servicio de negar esa bidireccionalidad, que proponen una descripción de los procesos como si sucedieran en y entre mentes aisladas, que «escogen» cómo entrar en relación, pero la experiencia subjetiva que tenemos de nosotros mismos y nuestras relaciones rechaza esa dicotomía mente-ambiente. Con Aron entendemos que es crucial la perspectiva del analista sobre sí mismo, como participante que es de la relación, la actitud del paciente hacia el analista, y también la consideración del paciente sobre la actitud del analista hacia el paciente. Hasta donde el analista usa (consciente y no conscientemente) la experiencia de sí mismo con el otro, se articula con el uso del analista como objeto que el paciente requiere para restaurar los déficit o fallas ambientales (Winnicott) o las heridas narcisistas del self (Kohut). Las necesidades narcisistas de cada uno, paciente y analista, determinan las opciones de complejidad y los riesgos de este proceso. Los procesos de reconocimiento y destrucción que están en el eje de la construcción de la matriz relacional sobre la que se edifica el sí mismo, abren al juego de la terceridad (Ogden, 1989; Benjamín, 1988, 1995, 2004). Por ello, quizás no sea satisfactorio el escaso poder descriptivo y explicativo del proceso analítico y del cambio terapéutico que alcanzamos con los conceptos de transferencia y contratransferencia.

¿Qué alternativa tenemos?. Los investigadores del llamado Grupo de Boston (D.N. Stern et al, 1998; Boston Group, 2002, 2003) han propuesto que centremos nuestra atención en el **conocimiento relacional implícito** que está en la base de las formas de estar paciente-terapeuta que denominamos transferencia / contratransferencia. Lo esencial de este conocimiento relacional implícito, que tiene oportunidad de expresarse en cada nuevo vínculo posible, es que aunque no esté representado simbólicamente, tampoco está reprimido o filtrado por las defensas. Está, actúa, tenemos algún nivel de experiencia de él (¿intuitiva?) pero no podemos formularlo como conocimiento declarativo, salvo *a posteriori*. Examinando la secuencia pasado-presente-posterior hallamos la constelación de significaciones del vínculo. Se trata de la **relación implícita compartida**, conocimiento implícito compartido sobre una relación que se ha construido desde el vínculo, y que puede reproducir o resonar otras relaciones, más probablemente aquellas que han dejado una huella por su pregnancia conflictiva o estructurante. Este es el nivel en el que se transfiere. Reproducción o reconocimiento, pero de una relación que se está dando realmente ahora. Transferencia como reconocimiento en la experiencia del vínculo actual del vínculo pretérito. Un proceso que se vive en el presente, que reproduce un proceso anterior, bien por sus contenidos o sus estructuras. Pasado y presente se solapan, se deslizan uno sobre otro en una experiencia compartida, co-construida por ambos partícipes, paciente y analista.

La cuestión central es que este fenómeno complejo es inevitable. La relación implícita compartida está siempre en funcionamiento. No es posible preservar al sistema emocional del analista de su contacto con los sentimientos del paciente (Stecheler, 1996; Clyman, 1991). La comunicación entre ambos sistemas configura la *relación implícita compartida*, una clase de compromiso personal entre los dos agentes, construida progresivamente en el dominio de la intersubjetividad y el conocimiento implícito. Este compromiso personal se construye a lo largo del tiempo y adquiere su propia historia. Comprende huellas de sucesos básicos que existían antes y perduran más que el impacto de las distorsiones (transferencia–contratransferencia) que puedan darse por transferencia de otras relaciones. Lo transferencial (del paciente o del terapeuta) impacta sobre este soporte que se ha construido entre ellos. Se denomina *relación implícita compartida* a los conocimientos implícitos estables entre analista y analizando, sus sensaciones mutuas y lo que captan el uno del otro. En esa relación pueden tener lugar *momentos de encuentro*, un ámbito que trasciende pero que no invalida los límites de la relación profesional, y que pueden estar libres de connotaciones transferenciales o contratransferenciales. Son encuentros intersubjetivos, que incluyen una secuencia afectiva unida al acto, que son posibles porque en esta relación se da una base segura (Bowlby, 1973, 1989), y que volverán a ocurrir confirmando la posibilidad de una confrontación segura y confiada con el mundo. Sander (1983) ha descrito que cuando ocurre un *momento de encuentro* en una secuencia de regulación mutua, se da un equilibrio que permite una desvinculación entre los que interactúan y una distensión en la programación diádica (Sander, 1983, 1987, 1988, 1997; Nahum, 1994). Esta desvinculación es un *espacio abierto* en el cual el niño puede permanecer solo, en presencia del otro, ya que comparten el nuevo contexto (Winnicott, 1951, 1957, 1971).

Proceso terapéutico

Nuestro compromiso con la clínica nos confronta con el cambio. ¿Es posible el cambio? ¿Qué hace posible que tenga lugar el cambio en el marco de la relación terapéutica? ¿Cómo contribuye el terapeuta al cambio?. La experiencia del cambio puede aprehenderse en el ámbito de la relación implícita compartida, inferirse de la observación de amplias secuencias, pero principalmente pertenece al conocimiento construido por el sujeto a lo largo del tratamiento, y sobre todo *a posteriori* del mismo.

Un sugerente trabajo reciente (Curtis, Field, Knaan-Kostman y Manis, 2004) recoge lo que 75 psicoanalistas consideraron más valioso o más perjudicial en sus propios análisis. Ya no nos sorprenderá tanto constatar que las diez características más valoradas pueden ser agrupadas en torno a la idea de «un analista que se implica y compromete en una relación», descrito por los analizandos como «haber dispuesto de una relación con un analista que se manifestaba genuino, abierto a compartir ideas, experiencias y sentimientos, que no era crítico ni juzgaba, que ayudaba a pensar y sentir de nuevas maneras, aceptante, discutiendo los pensamientos y sentimientos irracionales, que se mostraba cálido y ayudaba a encontrar

nuevos significados a las experiencias, que estaba emocionalmente disponible y validaba nuestras experiencias». Este perfil lleva a un cambio significativo en el valor transformador atribuido a las interpretaciones, bien transferenciales o extra-transferenciales, cuyo impacto en la experiencia del cambio es significativamente más bajo. Los análisis más minuciosos de los datos que se aportan en este estudio confirman el valor de lo que ha sido antes descrito como relación implícita compartida y momentos de encuentro.

Coinciden estos datos con los aportados por el Grupo de Boston (Stern et al, 1998), que constatan que la mayoría de los pacientes que han finalizado un tratamiento satisfactorio, tienden a recordar dos tipos de sucesos centrales que piensan son los que les han hecho cambiar: a) las claves interpretativas que reorganizaron su mundo intrapsíquico; y sobre todo b) los «momentos» especiales de conexión auténtica de persona a persona con el terapeuta, momentos que alteraron el sentido de la relación analista-paciente, y que revirtieron en el sentido del sí mismo del paciente. Hace ya tiempo que compartimos en distintos ámbitos teóricos y de investigación la evidencia de que en el proceso terapéutico operan dos agentes de cambio diferenciados: la interpretación, y los *momentos de encuentro*. Aunque las interpretaciones y los *momentos de encuentro* puedan actuar juntos y uno hace posible que emerja o se refuerce el otro, ni el valor de la interpretación puede explicarse por su relación con los momentos de encuentro, ni viceversa. Si bien se ha avanzado en la última década en corroborar la primacía en el cambio de los fenómenos de la relación implícita compartida, frente a la aportación de la interpretación, la discusión prosigue.

Podemos argumentar que los procesos que conducen al cambio no son lo mismo que la experiencia del cambio, máxime cuando pretendemos reconstruirla retrospectivamente. Efectivamente, no debemos dejarnos impactar porque lo que más se recuerde sea la atmósfera de una relación en la que hemos estado, y ello no implica que el trabajo interpretativo no haga su labor de poner las piedras angulares allí donde ha de reposar el edificio de la subjetividad. Pero solo tenemos dos opciones para matizar esta respuesta; la que deriva del conocimiento teórico-clínico de los procesos de cambio, y las aportaciones que la investigación sistemática haya efectuado sobre lo mismo.

Los modelos teóricos sobre el proceso de cambio, aún basados en el hecho clínico, son siempre insatisfactorios. Hemos superado los modelos excesivamente abstractos, que fuerzan al proceso para ajustarlo a la teoría (incluso para validarla). Así no nos han resultado especialmente valiosos los modelos que establecen una analogía entre las etapas del proceso analítico y las etapas del desarrollo psicosexual. En cambio, y a pesar de la imprecisa descripción de los procesos, nos parecen más cercanas a la realidad clínica las ideas de Winnicott sobre «segunda oportunidad para el desarrollo» y «nuevo comienzo» (Ávila-Espada et al., 2002; 2003). La articulación de ambas ideas, que vienen desde S. Ferenczi y M. Balint, integran la metáfora que nos permite inferir la teoría del proceso terapéutico implícita en Winnicott, y que usamos en nuestra práctica clínica como esquema de referencia (véase también: Ávila-Espada, *en prensa*).

¿Tiene un objetivo el analista en su encuentro con el paciente? ¿Puede entrar en contacto con el verdadero Self del paciente, facilitando su desarrollo y expresión, con las ganancias estructurales que ese proceso bidireccional implica? El analista ofrece la necesaria constancia del objeto que hace posible el desarrollo; una presencia estable, predecible, que se preocupa realmente por el paciente, que expresa su amor y su odio, no juzga moralmente el material que le es presentado, ni a la persona que se lo presenta. Es un encuentro con fuerte contenido no verbal, donde se activan procesos, capacidades, funciones psicológicas y vectores de ayuda que dotan al paciente de estructuras ausentes. Recuperemos aquí la visión del proceso analítico (terapéutico) como espacio transicional que favorece el desarrollo, y en el que el analista está disponible como objeto transicional del paciente. Una zona de experiencia intermedia entre la realidad exterior (las relaciones interpersonales) y la realidad interna, (el mundo interno), que se despliega como una ilusión, de la misma manera que la madre/cuidador suministra el objeto justo en el momento en que el niño lo necesita, fomentando la *ilusión* de haberlo creado el mismo. Este es tal vez el valor funcional de los «momentos de encuentro», pero sobre todo de los «momentos ahora». Situemos estos aspectos, siguiendo de nuevo las propuestas del Grupo de Boston.

Es ya asunto compartido que en los tratamientos de orientación psicoanalítica se construyen y reorganizan al menos dos tipos de conocimiento, dos tipos de representaciones y dos tipos de memoria. Uno es **explícito** (declarativo) y el otro, **implícito** (procedimental). El conocimiento declarativo es explícito y consciente o puede hacerse consciente con facilidad (está representado simbólicamente de forma icónica o verbal) y esperamos que será el contenido de las interpretaciones lo que cambiará la comprensión consciente de la organización intrapsíquica del paciente.

En cambio, el conocimiento procedimental que se pone en juego en las relaciones, es implícito, y opera fuera de la atención focal y la experiencia verbal consciente. Es lo que antes hemos denominado **conocimiento relacional implícito**. Integra **afectos, cognición y patrones relacionales**; puede permanecer fuera de nuestra conciencia como **lo sabido no pensado** (Bollas, 1987), o el **pasado inconsciente** (Sandler y Fonagy, 1997), aunque puede ser representado simbólicamente en una etapa posterior. Probablemente la base del fenómeno transferencial está en este nivel y proceso de conocimiento, pero lo que se transfiere no sería entonces «el contenido de conflictos» sino el patrón relacional.

Suponemos que en las transformaciones que pueden darse en el curso de un análisis parte del *conocimiento relacional implícito* irá transcribiéndose, despacio y minuciosamente, a conocimiento consciente explícito. Esto no es lo mismo que hacer consciente lo inconsciente, como siempre ha afirmado el psicoanálisis. La diferencia es que el conocimiento implícito no se convierte en inconsciente debido a la represión y que no se hace disponible a la conciencia liberando la represión. El proceso de traducir a la conciencia el conocimiento reprimido es muy distinto al de traducir a la conciencia el conocimiento implícito. Requieren concepciones teóricas diferentes y procedimientos clínicos distintos.

Volvemos ahora a estudiar la relación entre momentos de encuentro y proceso de cambio. El *Momento de encuentro* sería una pre-condición del proceso de cambio, pues al alterarse el ambiente intersubjetivo, se movilizaría estructuralmente el *conocimiento relacional implícito*. El momento de encuentro no surge sin más, sino en una secuencia de momentos que han sido llamados **momentos actuales** (Stern et al, 1998). Estos momentos actuales se transforman, por la convergencia de ciertas condiciones no previsibles, en un momento de especial valor, el **momento ahora**, cargado afectivamente. Si «atrapamos» ese momento ahora, por ejemplo respondiendo de una forma personal, específica y auténtica (por parte de paciente y analista), puede convertirse en un *momento de encuentro*. Y ahí radificaría su potencialidad transformadora, haber aprovechado la posibilidad de capturar el instante que «nos atraviesa a los dos». Quienes han explorado la profundidad de la escena dramática en el encuentro terapéutico (Pavlovsky, 1974) han descrito frecuentemente este fenómeno clave del cambio, aunque no lo hayan teorizado.

Un *momento ahora* que ha sido «capturado» en la escena terapéutica y reconocido como tal mutuamente es un *momento de encuentro*. Dicho reconocimiento es puramente experiencial, como sucede en *lo sabido no pensado*. Momentos de este tipo nos son conocidos en el entorno natural de las relaciones parentofiliales en los primeros años, o en las situaciones intersubjetivas de borramiento de los límites del sí mismo, como sucede en la experiencia amorosa. En la relación terapéutica, cuando paciente y terapeuta se encuentran con el *momento ahora*, si se permiten sentirlo y lo exploran, puede llegar a ser un *momento de encuentro*. Ambos se encuentran, durante un momento, al descubierto como personas, en su genuina individualidad, y en la singularidad del momento. Predomina la sintonía afectiva sobre la comprensión de lo que está pasando. Es un suceder en el dominio de la *relación implícita compartida* (véase Figura 1). Y este es el punto crucial que antecede al cambio, porque el contexto intersubjetivo se altera, cambiando así el conocimiento relacional implícito en la relación terapeuta-paciente. Por supuesto la interpretación puede estar en la periferia de esta secuencia, más probablemente después que antes, y en ocasiones como mediadores que permiten representar lo sucedido en el *momento ahora* y llevarlo al *momento de encuentro* ya formulado como conocimiento declarativo. Aunque se pueda pensar que serían entonces inseparables la sintonía afectiva del momento ahora y el efecto cognitivo de la interpretación, son procesos que se dan en niveles distintos. La sintonía se da en el nivel local, a la par que se da el solapamiento intersubjetivo de emociones y representaciones. El posible reordenamiento del conocimiento declarativo (integración de afecto y representación) que como efecto de la interpretación reduce la tensión de la disonancia que ha producido el nuevo conocimiento obtenido, será importante sin duda en el proceso de subjetivación, pero pertenece a otro plano.



Llamamos la atención sobre el hecho de que los *momentos ahora* están relativamente libres de contenido transferencial y contratransferencial. Si fueran estos procesos los que determinaran su contenido estaríamos ante una actuación (incluso compartida) que lejos de introducir una nueva experiencia sería mera repetición de estructuras patológicas. En el momento ahora, paciente y terapeuta se encuentran tal cual son, y este es precisamente el sentido de movilización y transformador del *Enactment*. Quizás la adecuada consideración de un *Enactment* requiera verlo en perspectiva. Cuando sucede no podemos asignarle dicho valor, solo podremos caracterizarlo desde su conexión ulterior con un momento de encuentro genuino. Cabe mencionar aquí el concepto de *Escenas Modelo* (Lichtenberg, Lachmann y Fosshage, 2002), donde se hace una unión sincrética del proceso que transcurre del *Enactment* al Encuentro, y de este al Cambio.

Hasta ahora hemos considerado procesos en un nivel de experiencia y estructura intersubjetiva que se dan en el nivel molar del encuentro. Pero conviene recordar que aunque la experiencia se procese desde una óptica globalizadora del sujeto, los procesos que la sustentan se dan en un micro-nivel, o como ha sido denominado, suceden en el «nivel local» (Tronick et al., 1998; Boston Group, 2002). Dicho nivel está constituido por los componentes elementales del sistema de señales compartido por paciente-terapeuta, infante-cuidador, p.e. las micro-expresiones faciales, los moduladores del tono y timbre de la comunicación vocal, los ritmos de los movimientos del cuerpo, las posiciones expresivas complejas del cuerpo, y si se da, el contacto piel a piel. Todas ellas están presentes en una u otra medida en un progresivo proceso de ajuste mutuo, hasta lograr una sintonía comunicacional que se tiñe de afectos. La palabra, el lenguaje en su vertiente semántica no está incluida en este soporte, y por ello este registro de la comunicación incide primariamente en el conocimiento relacional implícito en lugar de en el sistema de representaciones, que queda en otro orden de procesos.

Por otra parte, este nivel de comunicación se da necesariamente en una relación en la que hay interacción continuada y a la vez suceden inevitables deslizamientos /solapamientos que introducen desencuentro, «ruido», confusión en la relación. Como sucede en la experiencia de cualquier relación humana continuada, encuentros y desencuentros son parte de un ritmo inevitable, donde puede ser tan excepcional entenderse genuinamente, como improbable encontrarse. La evolución natural de toda interacción tendería bien al desencuentro o a la alienación del vínculo, y solo pueden mantenerse las opciones de encuentro en una tensión en la que esté comprometida la angustia de la co-creación, y quedemos comprometidos con la recuperación del espacio de juego compartido en el vínculo. Uno de los últimos trabajos del Grupo de Boston (2003) subraya esta perspectiva, donde el escenario terapéutico es configurado por una articulación de momentos entre los «patinazos» o deslizamientos entre paciente y terapeuta (solapamientos, colusión), y las opciones de co-creatividad donde pueden empezar a efectuarse nuevos conocimientos relacionales implícitos que se transformen en experiencia continuada de una relación implícita compartida que abra nuevos horizontes al despliegue de la subjetividad de sus actores.

Las dificultades de la clínica: Anna O. o el cambio donde no había esperanza versus la menos afortunada «repulsiva Dora».

Comunicar la experiencia que tenemos en la relación de trabajo con nuestros pacientes adquiere frecuentemente una gran dificultad. La misma expresión «relación de trabajo» que acabo de usar, implica un esfuerzo ficticio, que hacemos por señalar que hay un trabajo en el que dejamos al margen la relación personal directa, como si la clase de relación que tuviéramos con nuestros pacientes fuese solo una relación de trabajo en la que no estuviéramos implicados real y directamente a diferentes niveles. Pero cualquiera que haya reflexionado mínimamente sobre su experiencia como terapeuta sabe que esto no es real. Operamos con una sutil mezcla, a veces indiferenciada, de los aspectos en los que estamos implicados de una manera profunda en nuestra propia subjetividad con aquellos otros en los que estamos usando unos conocimientos y poniendo en práctica unos saberes técnicos y una capacidad de maniobra con los problemas clínicos que nos presentan los pacientes. Trazar diferencias sutiles entre unos y otros niveles puede, en ocasiones, ser operativo para describir los procesos, aproximarnos mejor a la descripción a aquellos en los que estamos implicados, pero no da cuenta de la complejidad de dichos procesos, ni de nuestra implicación en ellos.

Esta ha sido una diatriba que nos viene acompañando a lo largo de toda la historia de la psicoterapia contemporánea. Y es una cuestión que ha dejado numerosas huellas en los escritos clínicos que se han venido produciendo desde hace más de un siglo. Encontramos la complejidad de estos procesos en las descripciones clínicas que se han hecho de casos que hoy pueden ser vistos como fundacionales del esfuerzo psicoterapéutico, del esfuerzo por comprender, explicar y resolver los trastornos mentales con los que seguimos trabajando actualmente. No por muy citados, han sido suficientemente estudiados ni comprendidos algunos de nuestros casos fundacionales.

Y en esta oportunidad, voy a incorporarme a la ya larga lista de los que mencionan los casos de Anna O. y Dora, para ilustrar conceptos teóricos clínicos, o relativos a la técnica de tratamiento. Los numerosos estudiosos que se han ocupado de revisar estos casos, empezando por sus propios terapeutas, Joseph Breuer, y Sigmund Freud -y más especialmente desde la sesgada descripción que del caso de Anna O. hace Ernest Jones en su conocida biografía de Freud- les ha concedido a estas personas, Berta e Ida, un lugar de *objetos de conveniencia* para la ilustración de teorías y técnicas. Ambas manifestaban, de acuerdo al uso de la época, características que clínicamente eran descritas como histeria. De mayor intensidad e interferencia para su vida diaria en el caso de Anna, o al menos en algunas épocas, pero ambas compartieron muchos aspectos en su sintomatología y en los contextos familiares y sociales de los que procedían.

Para una aproximación más completa y rigurosa sobre las características de ambas personas, de sus contextos y de la trayectoria de sus vidas, no hemos contado con trabajos de verdadera calidad hasta casi el último cuarto del siglo XX (Edinger, 1968; Ellenberger, 1972; Hirschmüller, 1978; Rosenbaum, 1984; Decker, 1997). En estos trabajos, junto con una variedad de pequeñas contribuciones, se perfilan algunos datos esenciales de cómo pudieron ser los encuentros de ambas pacientes (Anna O., Dora) con sus terapeutas (Joseph Breuer, Sigmund Freud). No es éste el lugar para hacer una exposición detallada de datos y argumentos que están en las obras de referencia. Pero sí quiero subrayar las diferencias de enfoque tanto clínico como humano que ambos terapeutas desplegaron.

Breuer acogió el caso desde su posición de médico especialmente dedicado a procurar la cura del sufrimiento de sus pacientes, dedicando a ello tanto su capacidad humana como los limitados saberes teóricos y técnicos con los que se trabajaba en esa época. Breuer no tenía un especial interés ni daba prioridad al tratar a sus pacientes, y en particular en el caso de Anna O. a la generación de una nueva teoría, ni a usar el trabajo con el paciente como una forma de poner a prueba la validez de una teoría o una técnica particular. Entraba en un contacto profundo y delicado en conocimientos, esfuerzo y técnica, así como de su tiempo personal, para atender las necesidades clínicas de su paciente. La trató en su consulta, en su domicilio, en el domicilio de Anna y en el sanatorio en el que estuvo ingresada más tarde. Estableció con ella una relación de auténtica dedicación que incluía acompañarla en momentos de crisis, explicar con ella los posibles significados de todos los elementos verbales que aparecían en los sueños y en la vigilia, aplicaba directamente los tratamientos físicos e incluso en los momentos de afectación más extrema, se ocupaba de darle el alimento. Aunque Breuer realizó por sí mismo y en discusión con Freud auténticos esfuerzos por entender el significado de los procesos que desplegaba Anna, podemos proponer que Anna se benefició mucho más de la profunda implicación y amplia dedicación que le prestó Breuer, que de la comprensión o control de los procesos mentales que se desplegaban en sus síntomas.

Un aspecto adicional, pero no de menor importancia, es la actitud desplegada por Breuer hacia Anna que implica la consideración que éste tenía de ella como

persona en su situación y en su contexto. Breuer valoraba muy positivamente las capacidades de Anna. La consideraba una mujer inteligente y capaz que había tenido que enfrentarse a situaciones difíciles en relación a su familia y en particular a la enfermedad de su padre. Valoraba su intuición penetrante y le reconocía dotes y habilidades cognitivas y creativas. Podemos sostener, en base a los diferentes estudios que lo avalan, que Breuer tenía esperanzas de que Anna fuese capaz de salir adelante, es decir, Breuer depositaba en Ana sus expectativas de curación. Expectativas que no se derrumbaron ni en los momentos más agudos de las crisis.

Todos los datos fiables apuntan a que Breuer dejó de atender el caso de Anna después de una severa recaída en la que pudieron también influir dificultades familiares en el entorno de Breuer, por la especial dedicación que éste prestaba a la paciente. Aunque sobre esta cuestión se ha vertido literatura tendenciosa, particularmente por Ernest Jones, parece más fundado entender que Breuer llegó a un momento en que se vio desbordado por la clínica del caso, y que su capacidad como persona y como terapeuta para seguir trabajando con él, quedó agotada. Breuer obviamente no quedó satisfecho con su intervención global en el caso y solo accedió más tarde a que se publicara el informe por la presión que el joven Freud hizo, a quien el relato del caso convenía en el hilo expositivo de sus nuevas teorías explicativas de la histeria. Finalmente aparecería en los *Estudios de la histeria* (Breuer y Freud, 1895) publicado en 1895 y así pasa la historia del psicoanálisis y de la teoría de la neurosis.

Más allá del hueco que se le concedió en una de las obras fundacionales del psicoanálisis, Berta siguió su propio camino, y tras la estancia en el sanatorio en el que pasó la última larga crisis tras la que Breuer deja de llevar el caso, Berta inicia otro camino. Emprende una trayectoria vital en la que la encontraremos haciendo una vida normalmente saludable en Frankfurt, ocho años más tarde publicará un libro de cuentos estrechamente relacionado en su contenido con su historia infantil, aunque tratado de una manera simbólica, y desde 1899 traducirá y difundirá obras claves del feminismo, escribirá una obra sobre los derechos de la mujer y desarrollará una destacada actividad en torno a los derechos sociales y a la creación de servicios y centros comunitarios para las mujeres, defendiendo en especial los derechos de las mujeres judías, ayudando con sus actividades de amplia repercusión a las más desfavorecidas de las diferentes comunidades con las que trabajó en toda Europa. Y hasta su muerte, en 1936, Berta desplegó un extenso, dedicado y admirable trabajo que ha sido reconocido por numerosas figuras de la época, por ejemplo Martin Buber, lo que le ha dado un lugar relevante, quizás central en la historia del movimiento del trabajo social en el mundo. Su contribución fue reconocida por el Gobierno alemán de la post-guerra, que le dedicó un sello en su honor en 1954. Los datos y evidencias sobre el recorrido vital de Berta, desde que sale del sanatorio en 1882 hasta su muerte en 1936, no permiten hacer una afirmación concluyente sobre su completo equilibrio psíquico, pero sí documentan una rica y activa vida en la comunidad de la que existen muy abundantes testimonios.

Es coherente con los datos y evidencias que para Anna, la relación con Breuer en la gestión de sus crisis mentales, principalmente en torno a la muerte de

su padre, una figura en extremo idealizada, fue crucial para el despliegue de la identidad que Berta asume más tarde. La intervención de Breuer es crucial al sostenerla como persona, atender a sus necesidades y darle los cuidados necesarios, contener sus crisis y sostener su identidad en conflicto, transmitiéndole esperanza en el despliegue de sus propias capacidades para salir adelante: Cuán crucial fue esto o no para la posterior identidad de Berta, no podemos afirmarlo concluyentemente, pero sin que podamos precisar cuánto y cómo ayudó Breuer a Anna, sí podemos inferir que no la perjudicó, siendo bastante obvios los posibles beneficios de una relación terapéutica en la que se concilió la cura por la palabra, la cura parlante que deshollina la chimenea, y la función de *objeto del self* facilitada por Breuer, que prestó a Berta la *afirmación* que necesitaba para poder continuar la construcción de sí misma.

La historia de Freud y Dora transcurrió de una manera diferente. La conocemos mejor porque el relato de Freud es explícito en algunos aspectos y por la atención que el caso ha suscitado entre los psicoanalistas y los estudiosos. Si avanzar en el conocimiento psicoanalítico implica un compromiso con la verdad, no tendremos demasiada dificultad en reconocer que para Freud, Dora fue solo una oportunidad de desarrollar, poner a prueba e ilustrar su teoría de las neurosis y en particular del tratamiento de la histeria, y que fue incapaz de comprender todos los matices del sufrimiento de Dora. E incluso si los comprendió, optó prejuiciosamente por aliarse⁵ con las conveniencias perversas de la familia Bauer, dando prioridad a sus propias necesidades como científico que quiere ante todo ilustrar y desarrollar sus teorías, en lugar de atender a las necesidades de su paciente.

Dora no era del agrado de Freud, no se interesó humanamente por ella, no concibió ninguna esperanza en su propia capacidad, no se prestó para ser usado como objeto por ella, sin embargo esos pequeños resquicios en los que Freud reconoció a Dora y le dio alguna experiencia afirmativa -al reconocer la realidad de las invasiones del Sr. K.- deben estar relacionados con la ganancia de autonomía que permitió a Dora primero interrumpir un tratamiento, que no la ayudaba, y después no la impidió volver a pedir ayuda a Freud, sufriendo de nuevo el rechazo y la incomprensión. Finalmente Dora intentó enfrentar las dificultades de su vida personal y las derivadas de la difícil época que le tocó vivir, aunque con una trayectoria muy diferente de la de Berta. Desde el punto de vista de la trascendencia subjetiva y social podríamos decir que Berta siguió un desarrollo de su identidad claramente positivo, mientras que Ida navegó entre grandes dificultades y muchas menos satisfacciones. Con todo, es difícil comparar y valorar la trayectoria de dos sujetos singulares, que aunque compartieron muchos aspectos, los vivieron y enfrentaron desde posiciones muy distintas.

Si en última instancia no podemos afirmar que la ayuda de Breuer a Berta fuera decisiva para su evolución positiva posterior, tampoco podemos decir que el desencuentro y la incomprensión de Freud con Ida sea responsable de la dura vida que a Ida le tocó vivir. Freud trató el caso Dora en una época en que la necesidad que Freud tenía de ilustrar y desarrollar su teoría de la histeria y del mismo psicoa-

nálisis prevalecía sobre las exigencias de la clínica; unido a su concepción jerárquica de la ascendencia de su función médica sobre el lugar del paciente, y su clara adhesión a la primacía del conocimiento científico sobre la ayuda terapéutica. Conociendo en perspectiva, por numerosos testimonios posteriores, la forma de conducirse de Freud con sus pacientes a lo largo de más de tres décadas, podemos admitir que la calidad y matices de la relación que establecía con ellos se ajustaba poco —quizás afortunadamente— a sus propuestas de neutralidad y abstinencia en la cura (Momigliano, 1987; Lohser y Newton, 1996).

Dora no fue una excepción, tampoco aquí hubo neutralidad, sólo que con ella el caso se coloreó de un clima negativo, de rechazo e incompreensión de sus necesidades, lo que condujo al fracaso del tratamiento y dificultó seriamente que Dora pudiera beneficiarse de la amplia ayuda que Freud podría haberle prestado.

Estas situaciones de adversidad y desencuentro no solo se han dado en la actitud general de Freud con el caso o en el abandono final de Breuer, sino que tal vez sea la experiencia más común que han compartido y compartimos todos los terapeutas.

Puede ser tarea de los exégetas e historiadores freudianos clarificar las razones de esta distancia entre las premisas teóricas y técnicas y la forma de conducirse en la práctica. Freud, de hecho, fue una prueba matizada del énfasis que ya había puesto Sándor Ferenczi en adaptarse a las necesidades de los pacientes que atendía, y que continuó en los desarrollos de Franz Alexander, Michael Balint, Donald Winnicott (primero con los niños, sus madres y los adolescentes y delinquentes deprivados) y Heinz Kohut (en el camino que va desde su comprensión de Miss F. a su relato sobre Mr.Z). Es esencialmente en estos dos autores donde se encontrará, mucho más adelante, una articulación entre teoría, técnica y clínica que es diferente de la sustentada por Freud.

Pero son las historias que vivimos con nuestros propios pacientes las que nos deben mover a la reflexión sobre la posición que ocupamos en nuestro trabajo y en qué medida somos sólo o principalmente instrumentos de una cura que opera desde la neutralidad o agentes imposibles⁶ de un proceso complejo que se despliega en un horizonte de relación, implicación y mutualidad.

Una alternativa: La teoría de la especificidad y su propuesta técnica, la responsividad óptima

La consideración de todos los planos presentes en la relación terapéutica requiere una formulación teórica sobre generalidad o especificidad de los procesos que intervienen en ella. Bacal y Herzog, (2003, p.639) proponen una teoría de la especificidad articulada con el concepto técnico de *responsividad óptima* (Bacal, 1998), como referente de la teoría de la técnica psicoanalítica. Parten de la hipótesis de que las características específicas de una constelación terapéutica determinada será siempre y esencialmente determinante de cualquier experiencia terapéu-

tica útil, y que, en la práctica psicoanalítica, esta constelación constituye las capacidades y limitaciones para la relación terapéutica que aportan las dos personas implicadas en el contexto de tratamiento. Lo conciben como un proceso de *ajuste óptimo* entre ambos, donde puede tener lugar la *relación de objeto sí-mismo* que requiere el proceso de reconstrucción, en sus dimensiones *fantasmáticas y experienciales*.

El potencial para la interacción terapéutica óptima depende de las características específicas de cada miembro de la díada. No hay dos procesos terapéuticos iguales, ni dos díadas idénticas, y en consecuencia no hay un método ni técnica singular que sea adecuada para todos los casos. Entre la rigidez de las propuestas teóricas convencionales, y la ambigüedad de la ausencia de método, se propone cultivar la máxima flexibilidad de las dos partes hasta conseguir un ajuste óptimo. Esta flexibilidad implica que todas las intervenciones que se dan en el entorno de tratamiento son potencialmente beneficiosas si no alteran el funcionamiento profesional (ético) del terapeuta o la tolerancia personal del paciente. Por poco riguroso que nos parezca, los buenos terapeutas saben intuitivamente lo que es terapéutico y lo que no en un caso y situación determinada.

El vínculo terapéutico se configura como relación de objeto sí-mismo. Kohut definió el objeto si-mismo como un fenómeno intrapsíquico derivado de la experiencia positiva con los cuidadores, y necesario para lograr la cohesión del sí mismo (Kohut y Wolf, 1978). Bacal (1990) ya había subrayado que la capacidad del terapeuta para promover cambios positivos en el paciente, a través de la toma de conciencia de sí como un nuevo objeto sí-mismo, implica una experiencia de objeto sí-mismo correctora (un concepto en parte basado en Alexander). Los psicólogos del self actuales asumen que las experiencias vitalizadoras se derivan continuamente de sucesos relacionales que promueven el crecimiento personal a lo largo de toda la vida, dentro y fuera del análisis. Cada vez que un analista responde de una manera que es sentida por el paciente como una respuesta adecuada a su necesidad de objeto del self, el analista provee potencialmente la experiencia de objeto si-mismo. Una serie de acontecimientos de este tipo fundamenta que se establezca la expectativa de que el analista funcione como una fuente fiable de experiencias de objeto si-mismo, y tal expectativa es la que constituye la relación de objeto si-mismo. Más aún, tanto la actividad del analista como su ausencia puede ser organizada potencialmente por el paciente como alguna clase de experiencia terapéutica (Lindon, 1994).

El terapeuta que funciona en el registro de la responsividad óptima monitoriza intuitivamente tanto los marcadores o señales que el paciente da de lo que espera de las respuestas del terapeuta, como las reacciones del paciente a las respuestas percibidas. Estas señales, presentes desde los primeros contactos, en el llamado «nivel local», dan información muy valiosa sobre las necesidades de objeto sí-mismo que no han sido satisfechas por los cuidadores anteriores. Los conceptos de *fantasía de objeto sí-mismo* y *la fantasía de la relación de objeto sí-mismo* (Bacal, 1981, 1985, 1990, 1994, 1998) nos permiten entender el sentido que el paciente tiene de la responsividad de objeto si-mismo del terapeuta, que es un vínculo nuevo,

sobre el que el paciente no tiene experiencia directa. Ancladas en la imaginación creativa, como fenómeno ilusorio, frágiles, especialmente en casos con severas deprivaciones, inferir estas fantasías es crucial para evocar respuestas terapéuticamente útiles. Será la experiencia real que el paciente adquiere a través de la respuesta del analista la que le permita transformar los componentes ilusorios de sus fantasías en experiencia de objeto sí-mismo vivida (Lenoff, 1998).

Se propone pues la responsividad óptima como «postura terapéutica». Examinemos primero la **responsividad**: Si todas las interacciones en la díada terapéutica son potencialmente beneficiosas, la aplicación de la teoría de la especificidad implicará que el terapeuta se posiciona a sí mismo observando la adecuación de todas las interacciones a las necesidades terapéuticas continuas del paciente. Es decir, el terapeuta acepta como foco observar su función como «otro significativo» que responde al paciente. Todo lo que haga (y no haga) el terapeuta (incluyendo todos los planos de comunicación y experiencia intersubjetiva) será vivido como su «respuesta» a las necesidades del paciente. Esta formulación es intrínsecamente intersubjetiva y va más allá de la propuesta de Kohut que diferencia la inmersión empática prolongada de la interpretación (explicación) de lo aprehendido. En lugar de la «respuesta» interpretativa, se produce una responsividad ajustada a las necesidades de objeto sí-mismo del paciente. El concepto de *enactment* (matizado con las propuestas de «momentos ahora» y «escenas modelo») es más clarificador que la tradicional secuencia de la construcción del nuevo conocimiento en el análisis (clarificación-confrontación-interpretación-elaboración). Y ¿por qué **óptima**? Valoramos nuestras intervenciones en base a su potencial terapéutico último. La meta es lo adecuado para un paciente dado en una situación dada; la meta no es la perfección, sino lo útil para abrir caminos sin cerrar otras posibilidades. Y habitualmente esto sólo puede valorarse *a posteriori*, por lo que se trata de trabajar una secuencia de aciertos (respuestas óptimas) y errores (fracasos en comprender o responder), cuyo reconocimiento y revisión facilitan nuevas experiencias. Para que sea posible el cambio terapéutico, la responsividad ha de ser recíproca. Ciertos tipos de responsividad de un paciente determinado pueden constituir la base necesaria para la responsividad óptima del terapeuta, y viceversa.

Resumiendo la propuesta de Bacal y Herzog (2003), al aplicar la teoría de la especificidad en el entorno terapéutico, logramos:

- Minimizar los sesgos teóricos
- Evitamos la retraumatización
- Nos acostumbramos a usar un enfoque multi-teorético
- Reconocemos que todas las interacciones tienen potencial terapéutico
- Relacionamos la responsividad óptima y la espontaneidad
- Gestionamos los desencuentros y fallos de responsividad óptima
- Trasladamos esta perspectiva al enfoque de la supervisión.

La responsividad del analista se construye mediante su toma de conciencia de que el proceso terapéutico comprende la operación de un sistema relacional

complejo, único y recíproco, para cada díada analista-paciente. La tarea del analista es ofrecer respuestas que, en consonancia con su capacidad para interactuar con ese paciente concreto, facilitan las interacciones terapéuticas que serán óptimas para el progreso terapéutico del paciente. La teoría de la especificidad nos facilita la comprensión de que los modos de intervención pueden ser muy variados, y que es crucial detectar cómo estamos ya respondiendo a las necesidades específicas de un paciente dado. Lo que tiene de potencialmente amplia esta perspectiva, tiene también de limitada, puesto que en cada caso y en cada situación habrá que detectar de nuevo qué es lo pertinente. Pero una pertinencia que se inferirá de las características de la díada singular en la que estemos incluidos y no de las premisas de una teoría particular.

En cambio el término **provisión óptima** induce a confusión, porque el proceso que estamos describiendo es de *responsividad bidireccional*, y no de un agente que provea a otro. Indudablemente estamos hablando de los fenómenos de responsividad que tienen lugar en la matriz relacional terapeuta-paciente, donde la provisión y la frustración encuentran un punto óptimo de equilibrio en cada momento de la relación, entre las necesidades del paciente y las posibilidades y límites del analista.

Ilustraremos algunas de las ideas expuestas con una experiencia tomada de la clínica. Felipe entra en tratamiento a los 32 años, lleno de dudas e incapaz de decidir, en un momento en que las exigencias de profundizar el compromiso con una relación amorosa le llevan a confrontarse con los déficit del sí mismo. Felipe porta una historia de duelo. Perdió a sus padres con solo 8 años en un accidente de tráfico en el que él mismo pudo ser víctima. Sujeto de un duelo nunca antes enfrentado, Felipe tardará más de un año en poder relatar en primera persona su experiencia, e iniciar la reconstrucción de unos padres internos que pueda usar en su proceso de madurar como sujeto capaz de vincularse entre la dependencia necesaria y la autonomía posible. La relación terapéutica será escenario privilegiado de sus avances intersubjetivos, lugar en que constantemente comprobará si puede existir un vínculo seguro y confiable en el que fundar el proceso de maduración de la subjetividad que se expresa en el compromiso intersubjetivo. La comunicación que se va estableciendo entre paciente y terapeuta abarca numerosos planos, desde el intercambio de miradas y gestos en los momentos en que es posible, la especial atención a los ritmos, tonos y timbres del intercambio verbal (Felipe es músico), y se incluyen pequeños ritos, como al conseguir hacer una escena del momento del pago. Todos los micro-momentos de la relación son observados, incluidos, actuados y dotados de sentido, implícita y explícitamente.

Tras usar la relación terapéutica para atravesar numerosas facetas del duelo, Felipe esbozará mediante el proyecto de un viaje real su recorrido hacia la madurez a través del pasaje por la aventura, donde él pueda arriesgarse a enfrentar las incertidumbres y riesgos de todo nuevo recorrido vital, y donde a la vez pondrá a prueba si el terapeuta le acompaña con su confianza.

Hacia el tercer año del tratamiento se produce una escena que llamaremos de la *confianza ciega*. A propósito de los preparativos y las fantasías sobre su viaje, en torno al cual le surgen muchas dudas e inquietudes, Felipe dice que nunca ha sentido que confíen en él del todo. Sin una estrategia preparada, como *Enactment* reactivo a un *momento ahora*, surge la intervención del terapeuta: éste le expresa de manera directa y clara que tiene confianza en él, que siente que puede llevar adelante sus proyectos y tener éxito. Felipe se sorprende, se vuelve hacia su terapeuta con actitud inquisitiva, y pregunta «¿Confianza ciega?, ¡¡tú no puedes tener esa confianza en mí!!» Y al terapeuta le brota que «sí», que tiene una confianza ciega en él, solo que no es ciega del todo porque le conoce. Felipe se queda unos momentos en silencio, emocionado, y finalmente dice: «Es la primera vez que escucho algo similar, me siento bien, muy bien, cómo no me voy a sentir bien».

Todo ha transcurrido en unos instantes. Felipe y su terapeuta han llegado a una escena en la que el terapeuta ha actuado el rol de padre que confía por encima de todo; y Felipe ha provocado en el terapeuta la respuesta de rol de una figura parental que brinda una base segura para la identidad autónoma del hijo que podrá «aventurarse» sin que los padres estén presentes. No es un juicio racional lo que ha surgido para responder a una pregunta, es una certeza emocional basada en la sintonía de las identificaciones recíprocas con una figura parental que confía ciegamente y un hijo que se apoya en esa confianza para explorar su autonomía. Solo en presencia del otro, pero una presencia que ya es simbólica, y no necesariamente real. La intensidad de la escena marca un antes y un después para Felipe por la clase de experiencias a las que va a enfrentarse, y también para el terapeuta que se ha visto llevado a una acción de salto en el vacío que contribuirá a la individuación. Una acción, quizás en el registro de la responsividad óptima, y en el marco del concepto ferenciano de simpatía⁷.

El terapeuta se quedó reflexionando tras la sesión por qué le pudo brindar a Felipe esa experiencia de confianza ciega, qué emoción le llevó a compartir esa experiencia y a responder mutuamente. Y halló en su historia vincular, especialmente en las características del vínculo que tuvo con una de sus figuras parentales, la respuesta. Nada de la historia personal del terapeuta emergió *como texto* en la escena, pero la emoción y la acción expresaron una sintonía de escenas pasadas y presentes, de Felipe con su padre, del terapeuta con sus figuras, y de ambos con el dolor vivido por las ausencias.

Tras esta escena, Felipe pasó a explorar momentos en los que había desplegado fantasías de omnipotencia en torno a ser el padre bueno de sus hermanas, tarea imposible de unas hermanas mayores, mucho más mayores, y que han tomado rutas propias en su vida, pero que él las sentía necesitadas y querría ser el padre que las protege. También está la fantasía reparatoria de devolver en reciprocidad aspectos del vínculo protector que le dieron, y finalmente resta hacer crisis de su omnipotencia infantil expresada en la creencia latente de que «hubiera podido salvar a sus padres».

Tres semanas más tarde, Felipe ya retoma, a propósito de incidentes en torno a la preparación del viaje, que finalmente va a realizar, el recuerdo de la esce-

na de la confianza ciega, que se usa ya en el trabajo terapéutico como una escena etiquetada, una «escena modelo». «*Me gustó mucho que me dijeras que tenias confianza ciega en mi, me emocioné, casi lloré después. Esto me ha permitido tomar últimamente muchas decisiones, sin que me costara tanto como antes*». Y Felipe, con los lógicos vaivenes de todo proceso de cambio, no dejó ya de tomar decisiones, mediante las que adquirió compromisos consigo mismo y con las figuras de su mundo relacional.

Allí donde fracasamos se abre una posibilidad de encuentro (o la quiebra de la omnipotencia terapéutica)

Más de tres décadas —coincide con toda mi vida profesional— llevamos hablando de las «nuevas patologías» o los «nuevos pacientes» del psicoanálisis; esa singular figura de lo «nuevo» que nunca se hace parte de nuestra identidad ni se incorpora del todo a nuestro acervo teórico y técnico; historia propia, que huele ya a podrido en nuestra *Dinamarca* psicoanalítica. ¿Podremos aceptar que la teoría y el método psicoanalítico clásico⁸ que permitió comprender hace más de un siglo aspectos claves de las neurosis y de la naturaleza humana, resulta insuficiente para comprender y explicar el complejo ámbito de la clínica? Nuestra experiencia, forzosamente limitada, nos ha permitido descubrir que las teorías y la clínica caminan senderos diferentes, y que la técnica no traza los puentes que resuelven esa distancia.

Los clínicos, si nuestra rigidez nos lo ha permitido, hemos acabado por aprender del paciente, un aprendizaje-descubrimiento de la relatividad de las teorías, pero sobre todo derivado de la experiencia de la relación. Podíamos «ver» a todos nuestros pacientes bajo el filtro de la neurosis histérica u obsesiva, o bajo el estigma de la perversión, incluso ignorar cualquier evidencia en contrario, pero finalmente, bien por la vía de los abandonos («resistencias al análisis»), los *impasse*, o el *acting out* del paciente o del terapeuta, una realidad diferente saltaba inevitablemente ante nosotros. Y ya no cabían sutilezas de invocar la in-analizabilidad o la cesión de usar parámetros ortopédicos, hasta que fuese posible retornar a una «técnica pura». La realidad se abría camino mostrando que las vías para el cambio estructural y profundo requieren apertura a la potencialidad terapéutica de una amplia variedad de situaciones e intervenciones. Establecer por qué en un determinado caso el trabajo se estancó, o por qué en otro se avanzó, a pesar de la dificultad de relacionarlo con las propuestas teóricas o técnicas convencionales. Estas preguntas han pasado a ser un tema habitual de intercambio entre los colegas que no tienen que nadar y guardar la ropa al mismo tiempo. Son el caldo de cultivo en que se han desarrollado las propuestas relacionales (Mitchell, 1988, 1993) e intersubjetivas (Stolorow et al, 1994; Stolorow y Atwood, 2004; Orange, Atwood y Stolorow, 1997).

Mi perspectiva se ha ido perfilando como apertura a los matices de las diferencias, a la riqueza de la diversidad del otro. Si bien la experiencia que el otro nos brinda compartir mediante la identificación y contra-identificación proyectiva fue leída como soporte de una posible contratransferencia útil por su valor diagnóstico de los procesos implicados o como vehículo de la empatía, también implica los riesgos de la

contra-identificación proyectiva determinada por las necesidades narcisistas del terapeuta. El encuentro con el otro es pues un *riesgo*, en función de nuestra inmadurez yoica o nuestro narcisismo patológico. Caminamos pues entre las oportunidades estructurantes de la comunicación empática intersubjetiva y la *derrota* de los senderos de la colusión perversa, donde el uso del objeto que es propio del vínculo terapéutico se subvierte. La mutualidad que requiere el encuentro terapéutico, como se ha subrayado en otros trabajos, no niega la diferencia, no es una abolición de los límites, sino una apertura respetuosa con el otro, arriesgada en el auto-cuestionamiento, protegiendo al otro de nuestra vertiente de objetos voraces, aceptando la falta. Permitimos que nos use como objetos sí mismo, espacio potencial de su desarrollo, y renunciamos a la reciprocidad en la intensidad de ese uso. Cedemos al otro en la experiencia de mutualidad y renunciamos al goce del encuentro recíproco.

Esa imagen tan reiterada de la función terapéutica como función materna, desde el sostenimiento, se complementa con la función paterna, que limita pero acompaña; y en ambos casos con la renuncia a la plena reciprocidad mutua.

Reflexiones finales

Bacal y Herzog (2003) nos han aportado una *teoría de la especificidad* para sustentar las propuestas técnicas de *responsividad óptima* y *provisión óptima*. Cada paciente es un mundo subjetivo singular, que reproduce en el encuentro posible con nosotros en la relación terapéutica una situación singular e irrepetible en otro vínculo. Si se dan o no las condiciones para que cada vez un mayor número de terapeutas desplieguen una apertura de mente que les haga posible ir más allá de las teorías y de las técnicas con las que se han identificado, no nos corresponde a nosotros valorarlo hoy. Pero si podemos confirmar que aventurarnos más allá de la neutralidad y la abstinencia, con el debido respeto a la individualidad de nuestros pacientes y de nosotros mismos, no solo no nos ha traído las nefastas consecuencias que pregonaba el psicoanálisis convencional, sino que por el contrario nos ha abierto un escenario de gran riqueza teórica, técnica y humana.

La relación que puede tener lugar en el vínculo terapéutico brinda la calidad de relación de objeto-sí-mismo necesaria a un paciente determinado, lo que facilita que la experiencia de objeto sí mismo sea correctora. Mediante la comprensión que el terapeuta logra de la fantasía de objeto sí-mismo que le deposita el paciente, y de su despliegue en la relación, puede llegar a dar respuestas óptimas, para un determinado paciente. Un escenario que no se podrá extrapolar de un paciente a otro, de una calidad de vínculo a otra.

En consecuencia proponemos un terapeuta centrado-en el paciente, cuya especificidad determina lo que es necesario y adecuado al vínculo. Es, por tanto, una posición exigente, que nos obliga a re-examinar la adecuación de nuestra teoría y nuestra técnica caso a caso, donde periclitán la universalidad de las teorías, donde ningún método puede considerarse correcto por naturaleza, donde la adhesión a una técnica estándar carece de sentido.

Neutralidad y abstinencia ya no son nuestros faros. Tampoco nos determinan los mitos de la asociación libre y la atención flotante, aunque usemos su potencialidad. Como quiera que aceptamos revisiones y matizaciones a la universalidad y a la significación misma del Edipo, y la investigación del desarrollo nos ha colocado en una posición relativista sobre la teoría psicosexual freudiana⁹, más de uno recobrará su aliento al comprender que, simplemente, no estamos hablando de psicoanálisis. ¿Por esto hemos de callar? Tal vez convenga recordar —en una mención no exhaustiva— que las piedras angulares que sostienen nuestra inestable posición son legítimamente psicoanalíticas: lo inconsciente, que entendemos opera necesariamente en diferentes niveles (p.e. conocimiento relacional implícito ó *bipersonal*) ; el vínculo, que consideramos la estructura fundante de la subjetividad; la relación implícita compartida que puede efectuarse en la escena terapéutica; la sintonía afectiva y el encuentro, preludio de la integración de nuevos significados, y nuestra aportación al proceso terapéutico, definida como responsividad óptima posible, donde puede emerger el único sujeto posible, el social.

Referencias

- Aburto. M. et al. (Colectivo Grita) (1999). La Subjetividad en la Técnica Analítica. Escucha en Acción. *Intersubjetivo*, 1 (1), 7-48.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds. Mutuality in psychoanalysis*. New York: The Analytic Press.
- Aulagnier, P. (1988). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu. [original de 1975]
- Ávila-Espada, A. (en prensa). La segunda oportunidad para el desarrollo, metáfora del proceso terapéutico en Winnicott. En la obra *Winnicott hoy: su presencia en la clínica actual*.
- Ávila-Espada, A. et al. (Colectivo Grita) (2002). Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo*, 4 (2), 155-192.
- Ávila-Espada, A., Gasparino, A., Rubí, M.L. y Espinosa, S. (2003). «Il nuovo inizio» e «la seconda opportunità di sviluppo»: un cammino tra alcuni concetti ferencziani e winnicottiani per presentare il lavoro psicoanalitico contemporaneo. En Boschirolì, A., Albasi, C. y Granieri, A. (Eds.). *Incontrando Sándor Ferenczi. Temi ferencziani nella pratica clinica contemporanea*. (pp. 45-59). Bergamo: Moretti & Vitali ed. [Número especial de Radure. quaderni di materiale psichico, vol. I, anno VII]
- Bacal, H.A. (1981). Notes on some therapeutic challenges in the analysis of severely regressed patients. *Psychoanalytic Inquiry*, 1, 29-56.
- Bacal, H.A. (1985). Optimal responsiveness and the therapeutic process. En A. Goldberg (Ed.) *Progress in Self Psychology* (vol. 9, pp.202-226). New York: Guilford Press.
- Bacal, H.A. (1990). The elements of a corrective selfobject experience. *Psychoanalytic Inquiry*, 10, 347-372.
- Bacal, H.A. (1994). The selfobject relationship in psychoanalytic treatment. En A. Goldberg (Ed.) *A decade of progress: Progress in Self Psychology* (vol. 10, pp.21-30). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Bacal, H.A. (Ed.) (1998). *Optimal responsiveness: How therapists heal their patients*, Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Bacal, H.A. y Herzog, B. (2003). Specificity theory and optimal responsiveness. An Outline. *Psychoanalytic Psychology*, 20 (4), 635-648.
- Bastos, A. et al. (Colectivo Grita). (2004). Escenas que conmueven: los pivotes del cambio. *Intersubjetivo*, 6 (1), 129-143.
- Beebe, B. y Lachmann, F. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations. *Psychoanal. Psychol.*, 5: 305-337.
- Beebe, B. y Lachmann, F. (1994). Representation and internalization in infancy: three principles of salience. *Psychoanal. Psychol.*, 11: 127-165.
- Beebe, B., Lachmann, F., y Jaffre, J. (1997). Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations. *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 133-182.
- Benjamin, J. (1988). *Los Lazos de Amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires: Paidós, 1996.

- Benjamin, J. (1995) Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. En *Like Subjects, Love Objects: Essays on Recognition and Sexual Difference*. New Haven: Yale University Press.
- Benjamin, J. (2004). Más allá de la dualidad Agente-Paciente. Una visión intersubjetiva del tercero. *Intersubjetivo*, 6 (1): 7-38.
- Berenstein, I. y Puget, J. (1988). *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Buenos Aires: Paidós.
- Berenstein, I. y Puget, J. (1997). *Lo vincular. Clínica y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W.R. (1965). *Transformaciones. Del aprendizaje al crecimiento*. Buenos Aires: CEAL. [Original de 1959]
- Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. New York: Columbia Univ. Press.
- Boston Change Process Study Group (2002). Report III: Explicating the implicit. The Local level and the Microprocess of Change in the Analytic Situation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 83: 1051-1062.
- Boston Change Process Study Group (2003). The «something more» than interpretation revisited: Slowness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53 (3): 693-729. (BCPSG IV)
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. II Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1989). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós [original de 1988]
- Breger, L. (2001). *Sigmund Freud. El genio y sus sombras*. Barcelona: Javier Vergara Editor. [original de 2000]
- Breuer, J. y Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. En *Obras Completas*, Vol.I: 39-168. Madrid: Biblioteca Nueva, 1978.
- Clyman, R. (1991). The procedural organisation of emotions: a contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 39: 349-381.
- Curtis, R., Field, C., Knaan-Kostman, I. y Manis, K. (2004). What 75 Psychoanalysts found helpful and hurtful in their own analyses. *Psychoanalytic Psychology*, 21 (2), 183-202.
- Decker, H.S. (1999). *Freud, Dora y la Viena de 1900*. Madrid: Biblioteca Nueva-APM [Original de 1997]
- Edinger, D. (1968). *Bertha Pappenheim: Freud's Anna O*. Highland Park, Ill: Congregation Solel. [Original de 1963]
- Ellenberger, H.F. (1972). The story of Anna O.: A critical review with new data. *J. History of Behavioral Sciences*, 8: 267-279.
- Emde, R.N. (1988a). Development Terminable and Interminable-I Innate and Motivational. Origin and Factors from Infancy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 69: 23-42.
- Emde, R.N. (1988b). Development Terminable and Interminable-II Recent Psychoanalytic Theory and Therapeutic Considerations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 69: 283-296.
- Ferenczi, S. (1997) *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*. Buenos Aires: Amorrortu [Original de 1932, ed. 1988]
- Freud, S. (1911). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. *Obras Completas*. Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- Freud, S. (1912a). Sobre la dinámica de la transferencia. *Obras Completas*. Tomo XII (93-105). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- Freud, S. (1912b). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico *Obras Completas*. Tomo XII (107-119). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. *Obras Completas*. Tomo XII (121-144). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 21: 1-2.
- Hirschmüller, A. (1989). *The Life and Work of Josef Breuer. Physiology and Psychoanalysis*. New York: New York University Press. [Original de 1978]
- Hoffman I. Z. (1983). The patient as interpreter of the analyst's experience. En «*Relational Psychoanalysis. The emergence of a tradition*». The Analytic Press. New York.
- Kaës, R. (1977). *El aparato psíquico grupal*. Barcelona: Granica. [Original de 1972]
- Kohut, H. y Wolf, E.S. (1978). The disorders of the self and their treatment. *Int. Journal of Psycho-Analysis*, 59, 414-425.
- Lachmann, F. & Beebe, B. (1996). Three principles of salience in the patient-analyst interaction. *Psychoanal. Psychol.*, 13: 1-22.

- Lenoff, L. (1998). Phantasy selfobjects and the conditions of therapeutic change. En A. Goldberg (Ed.) *Progress in Self Psychology*. Vol.14 (pp.147-167). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J.D., Lachmann, F.L. y Fosshage, J.F. (2002). *A Spirit of Inquiry: Communication in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lindon, J. (1994). Gratification and provision in psicoanálisis: Should we get rid of «The rule of abstinence»? *Psychoanalytic Dialogues*, 11, 755-769.
- Little, M.I. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32: 32-40.
- Little, M.I. (1957). R. The Analyst's total response to his patient's needs *International Journal of Psycho-Analysis*, 38: 240-254.
- Lohser, B. y Newton, P.M. (1996). *Unorthodox Freud. The view from the couch*. New York: Guilford Press.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. [V. castellana: Siglo XXI eds.]
- Mitchell, S.A. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Momigliano L. N. (1987). A Spell in Vienna. but was Freud a Freudian? An Investigation Into Freud's Technique Between 1920 and 1938, Based on the Published Testimony of Former Analysands. *Int. R. Psycho-Anal.*, 14: 373-389.
- Nahum, J. (1994). New theoretical views in psychoanalysis: Louis Sander's theory of early development. *Psychoanal. Psychol.*, 11: 1-19.
- Ogden, T. (1989). *La matriz de la mente. Las relaciones de objeto y el diálogo psicoanalítico*. Madrid: Tecnipublicaciones. [original de 1986].
- Orange D. M., Atwood G., Stolorow R. (1997) «*Working intersubjectively*». The Analytic Press. New York.
- Pachuk, C. y Friedler, R. (coords.) (1998) *Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*. Buenos Aires: Ediciones del Candil.
- Pavlovsky, E. (1974). *Clínica Grupal*. Buenos Aires: Búsqueda.
- Pichon-Riviere, E. (1956-57). *Del psicoanálisis a la Psicología Social*. Buenos Aires: Galerna.
- Pichon-Riviere, E. (1980). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rodríguez Sutil, C. (1995). Clasificación y diagnóstico de la Personalidad. *Clínica y Salud*, 6: 161-173.
- Rodríguez Sutil, C. (1998). *El Cuerpo y la Mente. Una Antropología Wittgensteiniana*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rodríguez Sutil, C. (2002). *Psicopatología Psicoanalítica. Un enfoque vincular*. Madrid: Biblioteca Nueva-Quipú.
- Rosenbaum, M. (1984). Anna O. (Bertha Pappenheim): Her History. En M. Rosenbaum y M. Muroff (Ed.) *Anna O. Fourteen Contemporary Reinterpretations*. (pp.1-25). New York: The Free Press.
- Sander, L. (1983). Polarity, paradox, and the organisational process in development. In *Frontiers of infant Psychiatry*, ed. J. Call et al. New York: Basic Books, pp. 333-346.
- Sander, L. (1987). Awareness of inner experience. *Child Abuse and Neglect*, 2: 339-346.
- Sander, L. (1988). The event-structure of regulation in the neonate-caregiver system as a biological background for early organisation of psychic structure. In *Frontiers in Self Psychology*, ed. A. Goldberg. Hillsdale, NJ: Analytic Press, pp. 64-77.
- Sander, L. (1997). Paradox and resolution. In *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*, ed. J. Osofsky. New York: John Wiley, pp. 153-160.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3: 43-47.
- Sandler, J. y Fonagy, P. (eds.) (1997). *Recovered Memories of Abuse: True or False*. London: Karnac Books and Int. Univ. Press.
- Stecheler, G. (1996). *Self disclosure and affect*. Presented at the American Psychological Association, Division 39 April meeting.
- Stern, D.N. (1985). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires. Paidós.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweilern, N. and Tronick, E. Z. (1998). Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 79:903-921 (BCPSG I)
- Stolorow, R. D. et al. (eds.) (1994). *The Intersubjective Perspective*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Stolorow, R. D. y Atwood, G.E. (2004). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder. [Original *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. 1992]
- Tronick, E. Z. (ed.) (1998). Interactions that effect change in psychotherapy: a model based on infant research. *Infant Ment. Health J.* [special issue] 19 (3), Fall. (BCPSG II)

Winnicott, D.W. (1951). *Objetos y fenómenos transicionales*. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1999.

Winnicott, D. W. (1957). *The Child and the Family*. London: Tavistock.

Winnicott, D.W. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.

Notas

¹Versión levemente modificada del trabajo con el título «transferencia, vínculo y proceso terapéutico», leído como conferencia de clausura de las Jornadas «En torno a las transferencias» que organizadas por Quipú, Instituto de Formación en Psicoterapia Psicoanalítica y Salud Mental, se han celebrado en Segovia (España), los días 11 y 12 de Noviembre de 2005. Agradezco a mis compañeros del Colectivo GRITA las revisiones y comentarios recibidos a este trabajo, que me han ayudado a expresar mejor algunas de las ideas expuestas.

²Doctor en Psicología, Especialista en Psicología Clínica; Miembro titular con función didáctica de Quipú, Instituto de Formación. Catedrático de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad Complutense, Madrid. Dirección de contacto: Facultad de Psicología – Campus de Somosaguas. 28223-Madrid. E-Mail: aviloespada@psi.ucm.es

³Reflexionemos desde dónde y para quien se habla, cuando se toma la palabra en un foro psicoanalítico. Si se hace desde la cobertura de una determinada posición institucional, y teniendo en cuenta lo que el público quiere escuchar o esta en condiciones de recibir, nos situaremos en el escenario de lo que podemos llamar «políticamente correcto» o «respeto a la audiencia». Así, una intervención sobre «transferencia, vínculo y proceso terapéutico» habría de transitar principalmente por la obra de Freud, seguido de Klein, Lacan y sus epígonos. Tras las pertinentes citas de autoridad y precisiones, cualquier debate recorrería estos conceptos, deslindando qué es y qué no es psicoanálisis. Llegado a este punto resultaría más importante preservar el núcleo doctrinal del psicoanálisis que pensar con libertad acerca del problema que nos ocupe. Y ahí nos confrontaríamos con una alternativa: pensar «desde el psicoanálisis» o acercarnos al objeto de nuestra pregunta sin restricciones, usando todos los conocimientos disponibles. Esta segunda opción será mi punto de partida en este trabajo.

⁴Admitimos la base filogenética, que aparece como proto-vínculos, y que se irá efectuando en diversos planos de comunicación y experiencia relacional compleja. Determinaciones biológicas de especie, proto-vínculos, progresiva diferenciación de un sistema de señales y comunicación entre madre y bebé, hasta la organización de una matriz relacional que se efectúa tanto a nivel de patrones de relación diferenciados como de principios organizadores inconscientes en determinación recíproca con ellos. Para René Kaës (1972) la estructura de relación básica que sustenta el vínculo está constituida por los fantasmas originarios. Para Piera Aulagnier (1975) el vínculo estable se construye en base a una compleja interacción de diferentes niveles de representaciones vinculares: lo originario, lo inter-fantasmático y lo ideico. Los espacios psíquicos del infans y de la madre se inscriben en una misma experiencia de encuentro. No son separables en principio. La subjetivación y el desprendimiento del infans dependen del deseo de la madre de que éste acceda a una cierta autonomía. La subjetividad adquiere carácter plural a través de las distintas posibilidades de resolución del enigma de la escena primaria, a través de la inclusión del tercero para la madre y el infans. La negación de la escena primaria a través de la omnipotencia materna impide la autonomía y da paso a la psicosis (mitos de los orígenes que reniegan la escena primaria)..

⁵No sostenemos que esta alianza fuese consciente o deliberada. Freud ha dejado de una larga estela de datos en que estaban presentes su ambivalente posición entre la labor como médico que quiere curar y ayudar, y la del analista que disecciona los procesos inconscientes. Una es la Ida, paciente real, con la que Freud fracasó, aunque le brindase elementos de reconocimiento valiosos (confirmarle su punto de vista frente a las manipulaciones del Sr. K.) y otra es la Dora, «construida» por Freud como oportunidad de ilustrar su teoría de las neurosis, y en especial de la Histeria.

⁶Imposibles en cuanto no somos los agentes decisorios del cambio, pero sí partícipes necesarios para el mismo.

⁷El concepto de simpatía en Ferenczi (ver en el Diario Clínico) se refiere a que están presentes y actuantes, en el encuentro intersubjetivo, todas las emociones que se dan en la escena terapéutica entre ambos partícipes.

⁸Desvelamiento de lo inconsciente; teoría de la libido y desarrollo psicosexual freudiano; relevancia central del conflicto edípico; neutralidad técnica y prioridad de la interpretación.

⁹Parfraseando a un colega de mi grupo de investigación, la comprensión que Freud tuvo sobre el desarrollo infantil —"el bebé de Freud"— se nos ha complicado notablemente con las aportaciones que han hecho en las tres últimas décadas los investigadores del desarrollo y los psicoanalistas clínicos que trabajan con niños. Nuestro bebé es otro, y nos ha salido más autónomo, proactivo y respondón.
