

Interpretación, aceptación de sí mismo y nueva experiencia relacional



Paul L. Wachtel, Ph. D.¹
City University of New York

ABSTRACT

The author focuses on the difference between the traditional approach, which he calls the 'default position', and an approach based on the reappropriation of cast-off or rejected aspects of the self, from which he reexamines the role of interpretation in 'real' therapeutic change. He puts forward that for this change to occur the patient must become not just more conscious but less self-rejecting.

He considers that the most recent trends in psychoanalytic thought and practice do not in the least abandon the role of interpretation but they place it in a wider context of therapeutic influences.

He questions the frequently assumed antithesis between supportive therapy and exploratory therapy and considers that there is a chiding or undermining tone in standard psychoanalytic

RESUMEN

El autor se centra en la diferencia entre el enfoque tradicional, al que se refiere como "posición por defecto", y uno basado en la idea de reapropiación de aspectos descartados del self, y a partir de ahí reexamina el rol de la interpretación en el cambio terapéutico "real". Sostiene que para que éste se produzca el paciente no solo debe ser más conciente sino menos auto-rechazante de sí mismo.

Considera que los modos más recientes del pensamiento y la práctica psicoanalíticos, de ninguna manera abandonan el rol de la interpretación, pero la ubican en un contexto mayor de influencias terapéuticas.

Desafía la antítesis, frecuentemente asumida, entre terapia de apoyo y de exploración y considera que subyace a la práctica psicoanalítica estándar

¹ Doctor en Psicología. Profesor Distinguido en el Programa de Doctorado en Psicología Clínica de la City University of New York. Autor de varios libros además de su última obra: *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy* a partir del cual escribe este artículo especialmente para la Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis.

practice, which is based on a negative view of human nature that pervades, sometimes unnoticed, the various modes of psychoanalytic thought.

He establishes a conceptual change approach that moves from the assumption of fully formulated fantasies and desires, which are merely hidden, towards the notion of a set of potentials for experience and further articulation (unformulated experience). In this sense, the purpose of the psychoanalytic process is to expand the patient's conscious experience to show him that there is more to him than what he thinks. For this reason, he chooses the term 'amplifications', rather than interpretations, to refer to the comments the analyst makes to the patient. He underlines the therapeutic impact of the psychoanalytic relationship – as that of interpretation – and emphasizes the procedural, without ignoring the declarative, dimension in the therapeutic process.

un tono de reprimenda y menoscabo originado en la visión negativa de la naturaleza humana, a veces inadvertida, que tiene lugar en las corrientes del pensamiento psicoanalítico.

Establece un cambio conceptual que va de la suposición de fantasías y deseos completamente formados –que sólo están ocultos–, a la idea de un conjunto de potenciales a desarrollar para la experiencia y posterior enunciación (experiencia no formulada). En este sentido el objetivo del proceso psicoanalítico es expandir la experiencia conciente del paciente para mostrarle que hay en él más que lo que él piensa. Por esta razón elige el término "amplificaciones", por sobre el de interpretaciones, para referirse a los comentarios del analista al paciente.

Considera la relación analítica como motor de la acción terapéutica –con igual peso que la interpretación– y destaca la importancia de la dimensión procedural en el proceso terapéutico, sin desestimar la declarativa.

Palabras clave: reapropiación de aspectos descartados del self, psicoanálisis relacional, cambio terapéutico, interpretación, aceptación de sí mismo, responsividad del terapeuta, experiencia emocional relacional, dimensión procedural y declarativa del proceso de análisis.

Las fuentes del cambio terapéutico en psicoanálisis y las formas en las que algunos supuestos no examinados pueden impedirlo²

En una descripción provocativa acerca de la experiencia del paciente psicoterapéutico, Leston Havens, analista de Boston, comentó: "En el clima interpretativo actual de una buena parte del trabajo psicoterapéuti-

² Gran parte de este artículo proviene de mi libro *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy* (Guilford: New York, 2008). El material ha sido revisado y reorganizado para este artículo. Traducción Beatriz Godoy. Revisión técnica: Alicia Casullo y Constanza Duhalde.

co, el paciente espera la llegada del nuevo *insight* sentado y apretando los puños. No es de extrañarse, porque raramente se trata de buenas noticias' (Havens, 1986, p.78). La descripción de Havens puede tener algo de exageración humorística, pero también es un intento serio de considerar un aspecto problemático del modo en que el proceso terapéutico ha sido concebido y llevado a la práctica por numerosos terapeutas. Durante muchos años, la psicoterapia (y quizás especialmente el psicoanálisis) fue enfocada como un proceso en gran medida confrontativo. Se asumía que las resistencias del paciente eran fuertes y omnipresentes, no importaba cuán cooperadora podía parecer su actitud manifiesta. Y como consecuencia, los esfuerzos del terapeuta por actuar de una manera que en cualquier otro contexto podría ser considerada amable y de ayuda, son vistos como contribuyendo a la resistencia y, por lo tanto, impidiendo el progreso de la terapia (a este respecto véase en especial Brenner, 1979).

En este artículo deseo examinar detalladamente un abordaje alternativo basado en los desarrollos teóricos más recientes del psicoanálisis relacional. Esta versión particular del pensamiento relacional no considera que el objetivo central de la interpretación sea promover el *insight* per se, sino promover la reapropiación de los aspectos descartados o rechazados del *self*. Mi propósito es aguzar el foco en las diferencias entre un abordaje centrado en la concepción tradicional de *insight* y uno basado en la idea de reapropiación y, a través de esta lente, reexaminar el rol de la interpretación en el enfoque global del cambio terapéutico. En contraste con los modos de ver que dominaron el pensamiento psicoanalítico durante tantos años, un creciente número de pensadores contemporáneos (por ej. Mitchell, 1988, 1993; Frank, 1999; Fosshage, 2004; Aron, 1996; Stern, 1997; Maroda, 1999, 2002, 2004; Hoffman, 1998) ha cuestionado la hegemonía de la interpretación y la idea de que los resultados terapéuticos más exhaustivos y duraderos derivan de un enfoque que tiene por objetivo lograr el cambio "únicamente" a través de "la interpretación" (por ej. Gill, 1954)³. Los modos más recientes del pensamiento y la práctica psicoanalíticos, de ninguna manera abandonan el rol de la interpretación, pero la ubican en un contexto mayor de influencias terapéuticas. También señalan ideas bastante diferentes sobre *cómo formular* una interpretación o, dicho de otra forma, qué tipos de interpretaciones son terapéuticas y ayudan y cuáles pueden de hecho ser antiterapéuticas (véase Wachtel, 1993, 2008).

³ Como lo consideraré más adelante, Gill se mostró luego sumamente crítico ante las opiniones que expresó en su trabajo de 1954 y proporcionó algunos de los más convincentes argumentos a favor de un paradigma psicoanalítico modificado.

En la diferenciación que busco y tengo en mente aquí, es importante no incurrir en estereotipos y caricaturas. Ciertamente no todos los terapeutas que trabajaban a partir de supuestos tradicionales fueron fríos y distantes; pero las ideas de neutralidad y anonimato, las imágenes del terapeuta como espejo o cirujano (Freud, 1912), y las prohibiciones de “grafificar” los anhelos regresivos del paciente, todo contribuye a limitar significativamente la simple responsividad [*responsiveness*] humana del terapeuta. Una contribución clave del movimiento relacional, desde sus raíces más tempranas en los trabajos de autores como Ferenczi, Fairbairn y Winnicott, hasta en las formulaciones de los teóricos relacionales más contemporáneos, ha sido una visión alternativa, menos confrontativa, más afirmativa y de mayor cuidado afectivo para conducir el psicoanálisis y la psicoterapia.

Aunque el punto de vista que desarrollo en este artículo fue, en cierta medida, manifiesto en el pensamiento psicoanalítico durante muchas décadas, sin embargo, las corrientes psicoanalíticas dominantes, lo han considerado como sumamente difícil de adoptar. En una afirmación que según Frank (2005) es “una de las citas más frecuentes en todo el psicoanálisis”, Anna Freud observa:

[T]endríamos que dejar espacio en algún lugar para la comprensión de que analista y paciente son también dos personas reales, de igual estatus adulto, en una relación personal real entre sí. Me pregunto si nuestro descuido –a veces total– de este aspecto del problema no es el responsable de algunas de las reacciones hostiles que recibimos de nuestros pacientes y que tendemos a atribuir sólo a la ‘verdadera transferencia’. Pero estos pensamientos son técnicamente subversivos y deben ser ‘manejados con cuidado’. (p. 618-619)

Que el reconocimiento de la realidad de la presencia del analista y de su impacto como persona, y de la relación personal entre dos iguales se entienda como “subversivo” y que necesita ser “manejado con cuidado”, habla muchísimo de las dificultades que el psicoanálisis ha tenido para incorporar plenamente su propia y más avanzada comprensión de lo que realmente sucede en el consultorio y de lo que se requiere para que se logre un resultado genuinamente terapéutico. Se verá, a medida que prosigo, que no comparto esta ambivalencia respecto de reconocer la realidad de mi participación (Renik, 1993, 1999). Tampoco veo en principio dificultad alguna, clínica o teórica, en ofrecer apoyo, estímulo, o cualquier

otro elemento que en casi toda otra forma de relación humana contribuye al bienestar de ambas partes. Sin embargo, hay modos en los que la naturaleza particular de una relación con propósito terapéutico transforma el significado y la naturaleza del apoyo y del estímulo que se brindan. En especial, es importante que mi énfasis en crear un ambiente terapéutico más humano, “presente” y sostenedor, no sea mal interpretado como si barnizara o evitara los aspectos más difíciles de la vida del paciente, de su carácter o de los dilemas que enfrenta. En última instancia, el único modo de ser verdaderamente sostenedor y afirmativo en el contexto terapéutico es proveer al paciente la experiencia de ser comprendido totalmente, de por lo menos tener conocido y admitido lo que *él* experimenta como su lado oscuro o su lado débil. Sin esta admisión y este reconocimiento es probable que lo que el terapeuta considera apoyo o afirmación sea sentido por el paciente como hueco. Hasta puede hacer que el paciente se sienta menos aceptado que antes, como que –concientemente o no– experimente esta aparente evitación de las “zonas duras” como prueba confirmatoria de que es inaceptable, ya sea por lo que es realmente, o por lo que *realmente* parece ser.

Me propongo en este trabajo dar lugar, específicamente, a aquellos pensamientos y sentimientos que el paciente considera como más atemorizantes y vergonzantes. Esto no puede hacerse si se intenta “tapar” esos pensamientos y sentimientos. Por el contrario, se requiere que paciente y terapeuta *se sumerjan* juntos en estas experiencias, las comprendan y ayuden a que muden de ese estado incipiente y en proceso en el que se encuentran (Stern, 1997), hacia un modo de expresión y articulación que le permita al paciente confrontar los dilemas reales de su vida.

Lo que propongo, por lo tanto, no es evitar el material más difícil, sino más bien comprender cómo llegar a ese material y trabajar mejor con él, vale decir, cómo atraer la atención del paciente hacia ese material de manera que se generen cambios en su vida. Y espero demostrar que esto no requiere sólo fomentar el *insight* (aunque el *insight* es ciertamente importante), sino también la *aceptación de sí mismo*. No es suficiente *saber* que uno siente o desea algo, no es suficiente ni siquiera saberlo “emocionalmente”, ni aun “intelectualmente”. Para que se produzca un cambio terapéutico real, el paciente no solo debe ser más conciente sino menos auto-rechazante.

¿Qué significa ofrecer apoyo en psicoanálisis o en psicoterapia?

Mucho de lo que estoy señalando puede entenderse en términos de ¿cómo hacer para apoyar más al paciente y, al mismo tiempo, explorar en profundidad? – o, inversamente, cómo ser rigurosa y minuciosamente exploratorio mientras se brinda, al mismo tiempo, apoyo y ayuda de una manera cálida. En la literatura psicoanalítica y de psicoterapia, los términos “apoyo” o “de apoyo” son usados para implicar un enfoque de la práctica que contrasta marcadamente con el trabajo exploratorio u “orientado en profundidad”. Puede ser necesario, y hasta ser la mejor opción clínica para un determinado paciente, pero generalmente se lo acepta como mejor a causa de alguna *limitación* que restringe las posibilidades de un cambio clínico más cabal. Esa limitación puede estar dada por el diagnóstico del paciente, puede depender de otras dimensiones del funcionamiento del yo de éste, puede darse por restricciones de tiempo o de recursos económicos o por los objetivos planteados por el paciente para el tratamiento. Pero de una u otra forma, cuando se decide emprender una terapia “de apoyo” generalmente se considera que la amplitud y la profundidad del cambio terapéutico serán limitadas. Tomando prestada una frase de los economistas, el apoyo es generalmente considerado como una “necesidad lamentable”.

Esta actitud es muy evidente en la literatura. Por ejemplo Werman (1984), en su libro sobre la práctica de la terapia de apoyo afirma que: “la psicoterapia orientada hacia el *insight* se basa en la suposición de que el paciente posee recursos psicológicos de calidad adecuada [...] *En contraste, la psicoterapia de apoyo supone que los recursos psicológicos del paciente son fundamentalmente inadecuados*”* (p.13). Rockland (1989) afirma que “la psicoterapia exploratoria busca sacar a luz contenidos mentales inconscientes, en tanto que la terapia de apoyo los encubre” (p.16). En la discusión de un proyecto importante de investigación de la Fundación Menninger, Wallerstein (1989) formula la siguiente regla como la que ha guiado regularmente el trabajo clínico psicoanalítico: “Sea tan expresivo como pueda serlo y tan sostenedor como *tenga* que serlo” (p.203, *itálica añadida*) –regla que el personal de la Fundación Menninger daba por sujeta antes del proyecto–. Para sorpresa de la mayoría de los psicoanalistas e investigadores *seniors* participantes, esta investigación encontró

* Nota de editor: En las citas eruditas si no hay aclaración, las *itálicas* pertenecen al autor citado. Se agrega (*itálica añadida*) en los casos en que la agrega Watchel.

que no se materializaba la esperada superioridad de la terapia “exploratoria” respecto de la “de apoyo”, y que también estaba ausente en la práctica una clara diferenciación entre ambas. Basándose en los hallazgos de este proyecto, Wallerstein formula serios interrogantes respecto de esta suposición ampliamente aceptada.

Un ejemplo del punto de vista que considera que el apoyo compromete la profundidad terapéutica aparece en el influyente texto *Psychoanalytic Diagnosis* de Nancy McWilliams (1994). Su discusión es aquí particularmente interesante porque la descripción de su trabajo con pacientes más perturbados –que explícitamente contrasta con su abordaje de pacientes de “nivel neurótico”– es notablemente hábil y sensible. La forma en que trabaja con *esos* pacientes está en estrecha consonancia con el abordaje que propongo aquí. A los pacientes de “nivel neurótico” – basándose en fundamentos teóricos que son precisamente los que deseo reexaminar aquí– explícitamente les niega el tipo de apoyo que libre (y hábilmente) brinda a sus pacientes más perturbados⁴.

Al discutir el concepto de auto-revelación [*self-disclosure*], por ejemplo, McWilliams lo considera como el rasgo por antonomasia de la terapia “de apoyo”, y en este contexto argumenta que “la técnica de la terapia de apoyo es *diametralmente opuesta* a la de la terapia del descubrimiento” (p.73, *itálica añadida*), a la que presenta como el tratamiento de elección para pacientes menos perturbados. Con pacientes más sanos, argumenta, “uno evita las revelaciones emocionales de modo tal que el paciente pueda observar y explorar sus propias fantasías sobre el estado afectivo del terapeuta. Con pacientes más perturbados uno debe estar dispuesto a dejarse conocer” (p.73).

En la elaboración de este punto –muy tradicional en la literatura psicoanalítica, y que personifica lo que en años recientes ha sido descrito como abordaje “unipersonal” [one-person approach]– McWilliams proporciona un ejemplo interesante que puede ayudar a aclarar en qué difiere el abordaje relacional, descrito en este trabajo, de las ideas más tradicionales acerca de cómo encarar mejor el proceso terapéutico. Dice:

Es natural que el terapeuta se sienta irritado con un paciente en distintos momentos del tratamiento, especialmente cuando la persona parece estar comportándose autodestructivamente. La percep-

⁴ Tal como lo consideraré más adelante, el espíritu de su libro más reciente *Psychoanalytic Psychotherapy* (McWilliams, 2004) es significativamente diferente, y creo que refleja un cambio importante en la tendencia central del pensamiento psicoanalítico de la próxima década.

ción de que su terapeuta parece enojado sería perturbadora para cualquier paciente, pero es mortalmente aterradora para los pacientes profundamente perturbados. Si una persona neurótica pregunta: '¿Está furioso conmigo?', una respuesta útil podría ser algo en la línea de: '¿Qué pensamientos y sentimientos tendría si estuviese furioso con usted?'. Si la misma pregunta la hace un paciente potencialmente psicótico, la respuesta terapéutica es más o menos así: 'Usted es muy perceptivo. Supongo que *estoy* sintiendo un poco de irritación, tanto conmigo como con usted. Me siento algo frustrada porque parece que no puedo ayudarlo con la rapidez que querría. ¿Cuál fue la razón por la que me lo preguntó?...'" (p. 73-74)

Me llama la atención en esta comparación que la respuesta que sugiere para el paciente más perturbado parece una excelente ilustración de cómo trabaja un clínico con sensibilidad responsiva [*responsive*], mientras que la versión sugerida para el paciente más sano parece estereotipada e insensible y con menor posibilidad de ayudar o comprometer al paciente. El comentario que hace para el paciente más perturbado admite la *realidad* de la percepción de éste, *valida* su experiencia y además, al admitir los sentimientos del terapeuta transmite el mensaje de que los sentimientos de irritación o frustración de cualquiera de las partes no destruyen necesariamente una relación. Contribuye así a que esos sentimientos sean menos atemorizantes, que se los considere eventualmente mejor hechos para ser asimilados y aceptados por el paciente. Más aún, como Merton Gill señala persuasivamente, este enfoque no limita la posibilidad de explorar las fantasías o percepciones inconscientes del paciente, en realidad hasta puede llegar a facilitar esa exploración (Gill, 1979, 1982, 1983, 1984, 1992).

La respuesta sugerida para el paciente más sano es mucho menos abierta, despliega en mucho menor grado la "inquebrantable honestidad emocional" que McWilliams considera necesaria para trabajar con los pacientes severamente perturbados y que parece no considerar tan esencial tratándose de pacientes más sanos. Además de no indicar a qué se debe su irritación, el comentario es también evasivo, "encubridor" – "Si estuviese furioso con usted, ¿qué pensamientos y sentimientos tendría?"

¿Por qué un terapeuta o un analista considerarían esta última respuesta como superior a la de la versión de "apoyo"? En parte la respuesta tiene que ver con lo que he referido (Wachtel, 2008) como "posición por defecto", las reglas implícitas que gobernaron largo tiempo la práctica psicoterapéutica. Esta forma de trabajar se ha convertido, a veces sin reco-

nocerse, en un tipo de patrón estándar contra el cual se mide lo adecuado de la técnica; es por esto que los terapeutas sienten que deben justificarse si se desvían de él y no experimentan de manera similar esta carga los terapeutas que se mantienen en el patrón estándar. Es verdad que el paciente más sano puede “tomar” mejor esa respuesta del terapeuta, de ahí que sea mayor la *urgencia* de proveer apoyo al paciente más perturbado. Pero *todos* son vulnerables en ciertas áreas, y sucede que son las mismas áreas por las que los pacientes acuden a la terapia o al análisis a fin de trabajar en ellas. Los sentimientos, percepciones o inclinaciones que tratamos de traer a la conciencia del paciente en el análisis o en la psicoterapia exploratoria, son aquellos que al experimentarlos hacen sentir al paciente agudamente vulnerable. Si esos sentimientos *no* son nuestro foco, entonces estamos mirando en la dirección equivocada. En consecuencia, aún cuando los pacientes de “nivel neurótico” tienen en general un yo más fuerte o mayores recursos emocionales, si vamos a trabajar *realmente* en profundidad, nuestro trabajo debe ir hacia donde no se siente capaz de tolerar el sentimiento, hacia donde lo ha evadido durante la mayor parte de su vida y se siente agudamente amenazado por éste.

Para estar seguro, la respuesta terapéutica de menor acercamiento (de menor “apoyo”) no necesariamente perjudica al proceso terapéutico. A veces es todo lo que se necesita para facilitar las exploraciones del paciente, y yo ciertamente hago con frecuencia esta clase de comentarios en el transcurso de mi propio trabajo. Pero si los comentarios de la posición por defecto pueden ser útiles y aceptarse como parte de nuestro repertorio total, muchas veces no tienen la suficiente fuerza para ayudar al paciente a aceptar y asimilar las inclinaciones y las experiencias conflictivas – que es lo que considero objetivo central del trabajo analítico. En muchos escritos y disertaciones clínicas, parece estar implícito el supuesto de que el abordaje del analista es tanto mejor cuanto más “riguroso” y contenido sea, y el propósito del diagnóstico es, en gran medida, establecer, cuánto *puede soportar* el paciente⁵. Detrás de *este* primer supuesto subyace la idea de que la mayor rigurosidad promueve mayor *insight* y mayor autoexploración que resulta, en última instancia, de mayor rédito para el paciente (recuérdese la regla de Wallerstein citada anteriormente: sea tan expresivo como pueda serlo y tan sostenedor como *tenga* que serlo). Desde este punto de vista, aunque los pacientes más perturbados *puedan ser incapaces*

⁵ Stein (1979), por ejemplo, se refiere con orgullo a la “austera y exigente” disciplina que caracteriza al trabajo psicoanalítico.

de tolerar el rigor de esta versión de la terapia exploratoria y, por lo tanto, se les deba ofrecer un enfoque diferente, la mezcla aguada que puede bastar para ellos, no debería ser ofrecida como terapia de “plena potencia” a aquéllos cuya constitución les permite una alternativa más fuerte.

En contraste, mi posición es que la forma de abordaje altamente experta y empática de McWilliams con su paciente psicótico, en el ejemplo mencionado antes, es, con algunas variaciones, la más útil para casi todos los pacientes. McWilliams al introducir su viñeta clínica destaca que: “Probar que uno es un objeto seguro no es tan fácil”. Pero argumenta que para un paciente de nivel neurótico “por lo general es suficiente interpretar la transferencia, que es comentar cómo el paciente nos está confundiendo con alguna persona negativa de su pasado o con alguna parte negativa proyectada de su propio *self*”. En cambio, con pacientes severamente perturbados, “uno debe *actuar*, reiteradamente, en forma diferente a las expectativas más atemorizantes del paciente”. Aquí nuevamente me parece que McWilliams reserva para los pacientes más perturbados lo que es de gran valor para *todos* los pacientes. Como trataré con mayor detalle más adelante (véase también Wachtel, 2008), un amplio espectro de teóricos han señalado el valor terapéutico, o más aun, la *necesidad* terapéutica de proveer al paciente nuevas experiencias reales que difieran de sus expectativas problemáticas (por ej. Fairbairn, 1958; Fosshage, 2004; Frank, 1999; Kohut, 1984; Loewald, 1960; Mitchell, 1993; Stern, 1997; Weiss y Sampson, 1988, y, con un grado de controversia mayor, Alexander y French, 1946). Estos escritores no limitan este aspecto del trabajo a los pacientes psicóticos.

Afortunadamente, el proceso terapéutico perdona más de lo que sostienen los autores que describen para éste, un “marco” inviolable que si se rompe pone en gran riesgo a la tarea analítica. Los alejamientos del terapeuta del “estado de gracia”, por así decirlo, lejos de coartar de manera irreversible el progreso de la terapia, son considerados por muchos teóricos contemporáneos como el corazón mismo de aquello que es terapéutico en lo que sucede entre paciente y analista. Discusiones válidas acerca de la importancia de considerar las rupturas en la empatía (Kohut, 1984), de resolver las rupturas en la relación terapéutica (Safran y Muran, 2000) o de analizar los *enactments* transferenciales y contratransferenciales (por ejemplo Frank, 1999, 2002; Renik, 1993, 1996; Jacobs, 1996; McLaughlin, 1991; Maroda, 1998; Aron, 2003; Black, 2003; Bass, 2003), hablan no sólo de la reversibilidad de la mayoría de los “errores” terapéuticos, sino de lo *central* de hablar de aquellas verdaderas experiencias en el proceso terapéutico. Expresado de otra manera, tales “errores” no sólo

son inevitables sino que son parte de la “materia básica” con la que se forja el cambio terapéutico. Tan es así que McWilliams (2004), en su más reciente libro sobre psicoterapia psicoanalítica, subraya este punto observando: “Los errores (o lo que los pacientes experimentan como errores) son inevitables, no importa cuánta experiencia se tenga, y de ellos se debe hablar en una conversación que tiene considerablemente más poder terapéutico que la respuesta ‘ideal’ (estrictamente hipotética) que uno podría haberle dado.” (p.48).

El abordaje descrito en este trabajo está mucho más cerca de la conceptualización posterior de McWilliams acerca del proceso terapéutico, que de la posición que ella toma en su discusión anterior sobre las problemáticas implicaciones del “apoyo”. El nuevo enfoque deriva de una visión diferente y de un conjunto de supuestos diferentes a aquéllos que postulan una marcada diferenciación entre los abordajes de apoyo y exploratorios. Ser sostenedor o ser exploratorio u orientado al trabajo en profundidad no son alternativas sino complementariedades, dos aspectos de un único proceso. En la medida en que uno falta, el otro se perjudica. Con apoyo insuficiente, la exploración se frustra o se transforma en una actividad antiterapéutica y, aún en secreto, potencialmente sádica. Con una exploración insuficiente, el apoyo se convierte en un ejercicio tranquilizante superficial, que realmente no consigue serenar. El apoyo que pienso aquí, lejos de implicar “más cubrimiento” o de “fortalecer las defensas” (concebido como actividad en marcado contraste con el “descubrimiento”, objetivo de los enfoques más exploratorios), implica proveer *las condiciones necesarias para hacer posible un genuino insight*. Mi opinión es que algunos de los rasgos de la práctica analítica tradicional, que tenían por objetivo promover el *insight*, realmente tienen el efecto opuesto, al hacerle más difícil al paciente la experiencia de aceptación de sí mismo, verdadero fundamento del *insight* y valor decisivo por derecho propio.

En este respecto mi posición es semejante, de muchas maneras, a la de Fairbairn cuando afirma que:

[L]a relación real que existe entre paciente y analista, en tanto personas, debe ser considerada en sí misma como constituyendo un factor terapéutico de fundamental importancia [...] [que proporciona] al paciente la oportunidad [...] de pasar por un proceso de desarrollo emocional en el marco de una relación real con una figura paterna confiable y benéfica (Fairbairn, 1958, p.377).

Debe observarse que la palabra “benéfica” implica, con mucha claridad, algo más que lo meramente “neutral”.

La reprimenda oculta y la visión prejuiciosa subyacente de la naturaleza humana

Al reconsiderar el significado del apoyo en la psicoterapia y desafiar la antítesis entre apoyo y exploración frecuentemente aceptada, comenzamos a sentar las bases de un cambio fundamental en la posición y el objetivo terapéutico. Una forma de describir este cambio es observar que el objetivo básico del análisis o de la psicoterapia exploratoria no es tanto *descubrir* cuáles son las experiencias e inclinaciones que han sido separadas de la conciencia, sino ayudar a que el paciente *se sienta más cómodo y aceptante de ellas*.⁶ Como lo he discutido en detalle en otros lugares (Wachtel, 1993, 2008), subyace a la práctica psicoanalítica un trasfondo fuerte, aunque no reconocido, que da a muchas interpretaciones un tono de reprimenda o de menoscabo. Un origen importante de ese tono crítico es la visión prejuiciosa de la naturaleza humana que subyace en los cimientos del pensamiento psicoanalítico, a veces inadvertida, y que ha influido mucho la estructura de sus supuestos acerca de los motivos de las personas y de cómo proceder clínicamente. Enfatizo el hecho de que en el corazón mismo del desorden psicológico está la autodesconfianza, la sensación atemorizante de que nuestros pensamientos, sentimientos y deseos más íntimos son peligrosos y malos. Desde este punto de vista, el análisis es en gran medida un proceso por el cual el miedo y la autodesconfianza pueden superarse para lograr una mayor autoaceptación.

Esa visión del desorden psicológico, por supuesto, tiene como premisa la idea de que los temores del paciente ante sus sentimientos, pensamientos o deseos *no son realistas*, son temores a ser “superados”. Sin embargo, hay un ilación fuerte en el pensamiento psicoanalítico que parte de una premisa significativamente diferente, a saber, la de que nuestros más recónditos pensamientos y sentimientos, las expresiones más directas de

⁶ En otro lugar he señalado (Wachtel, 2008, capítulo 9) un cambio relacionado e igualmente fundamental, que deriva de la revisión de la teoría de la angustia que Freud (1926) presentó en *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Las implicaciones de esta revisión son de tan largo alcance –siendo al mismo tiempo tan escasamente reconocidas por la comunidad psicoanalítica– que me he referido a ellas como “La revolución inadvertida”.

lo que deseamos más profundamente, *son* peligrosos y que, en caso de expresarse en forma totalmente fiel a lo que en realidad son, causarían el caos en nuestras vidas y en la sociedad en su conjunto. En *El malestar en la cultura*, Freud (1930) presenta nuestros deseos e inclinaciones más fundamentales como incompatibles con los requerimientos de la vida civilizada, a menos que sean significativamente modificados y “domesticados”. Como Philip Rieff (1979) lo expresa en su obra clásica *Freud: La mente de un moralista*, haciendo uso del estilo irónico que lo caracteriza, “El psicoanálisis prudentemente se abstiene de incitar a los hombres a ser lo que realmente son; la nueva ética teme al criminal honesto que acecha detrás del neurótico beato.” (p.322)

Una de las contribuciones claves de escritores como Fairbairn, Winnicott y Kohut –todos contribuyentes importantes para lo que finalmente sería la amplia síntesis relacional– fue el cambio de nuestra comprensión acerca de los miedos y de las evitaciones del niño pequeño y la modificación de la perspectiva que considera que el niño de manera innata se aleja de lo que podría llamarse el peligro “objetivo” de los impulsos incontrolables. En su lugar, el foco de estos autores se centró en el registro sensible y en gran medida adecuado del niño vulnerable a la intolerancia o a la falta de responsividad [*unresponsiveness*] parental frente a su vida afectiva. Esto fue una corrección importante de la perspectiva teórica tanto de Freud como de Klein, que localizaban la fuente de la ansiedad del niño en características biológicamente innatas, cuya naturaleza más esencial era subjetivamente inaceptable e innatamente destructiva de la armonía social.

Una consecuencia de la visión prejuiciosa de la naturaleza humana, que durante mucho tiempo se alojó en el corazón mismo del pensamiento psicoanalítico, fue la suposición de que los deseos y sentimientos que emergen al investigar el inconsciente en profundidad, son deseos que en gran medida deben ser *abandonados*, a fin de llevar una vida adulta sana y productiva con otras personas. Estemos seguros: un objetivo crucial del trabajo psicoanalítico fue liberar al individuo de las restricciones que surgían del rechazo *excesivo* e indiferenciado de los impulsos resultante de su represión y sustituirlo por un acercarse más fino y discriminado que permita, al menos, una gratificación parcial. Pero, sin embargo, una vez que el deseo prohibido se ha traído a la luz, *renunciar a él* fue visto, en gran medida, como esencial para promover la curación y permitir al paciente avanzar en su vida. Este elemento de renuncia, la necesidad de abandonar el deseo o la fantasía infantil y “crecer”, ha sido señalado por un am-

plio espectro de influyentes escritores psicoanalíticos. Algunos de ellos apoyan la idea, otros la critican, pero todos están de acuerdo en su importancia en la comprensión psicoanalítica tradicional. (véase por ejemplo, Dewald, 1972; Friedman, 2002; Mitchell, 1986; y Lachmann y Beebe, 1992, sobre renuncia de los deseos y apego o, en los términos de Friedman: “la matanza de ellos”).

Aron (1991) elabora aún más completamente esta tendencia y sus implicaciones para el proceso clínico, señalando que:

La visión tradicional del proceso analítico pone énfasis en una ética de renuncia y sacrificio al servicio de la salud y de la madurez [...]. [E]l foco se centra en placeres a los que se debe *renunciar y abandonar*. [Este] foco [...] se presta a los abusos de una “moralidad madura”. Los pacientes pueden fácilmente llegar a sentir que el analista quiere que “crezcan”. Es probable que los pacientes sientan que el analista juzga y espera el día en que dejen de actuar como niños y comiencen a comportarse con madurez. Esto no es una fantasía proyectada en la transferencia que necesita ser analizada como una distorsión. Es, con frecuencia, una percepción ajustada de las actitudes del analista racionalizadas por creencias teóricas”. (p. 90-91).

La concepción del proceso terapéutico que se halla en el centro de este trabajo representa una alternativa frente a esa visión de frustración, abstinencia y renuncia como camino hacia el cambio terapéutico. El objetivo no es el autorrepudio o la renuncia, aun al servicio de un arreglo factible que permita, al menos, la satisfacción de “derivados” de aquello que fundamentalmente más deseamos. Antes bien, *su núcleo* es una mayor autoaceptación. Tiene como objetivo la *reapropiación* de sentimientos y deseos que han sido repudiados y que necesitan, por así decirlo, ser repatriados.

Ciertamente es necesario que el terapeuta trabaje con sus ojos completamente abiertos. La historia de nuestra especie –hasta el día de hoy– deja en claro con qué facilidad la agresión, el trato cruel y la indiferencia insensible por el interés y el bienestar de los otros puede ser exhibida por los seres humanos tanto en la escala masiva de la guerra y las naciones (yo agregaría, la economía de libre mercado), como en una escala más íntima, que probablemente sea el foco principal de los hechos que se encaran en la psicoterapia. Nada del énfasis puesto en la afirmación y en la autoaceptación presente en estas páginas implica la negación de estas dolorosas realidades de la vida humana. Pero sí apuntan a una visión

diferente de cómo ayudar a la gente a ir más allá del lado oscuro de nuestro potencial humano, más allá de la visión de la renuncia (a menudo sin conciencia y sin una articulación completa) que tan a menudo subyace a las reglas del trabajo clínico.

El psicoanálisis y la “escuela de la sospecha”

La mirada prejuiciosa de la naturaleza humana que he estado examinando aquí está arraigada en un contexto filosófico más amplio, que ha moldeado y dado su forma más reciente al punto de vista psicoanalítico. Este contexto más amplio incluye supuestos no sólo acerca de la naturaleza humana sino acerca de lo que significa *investigar en profundidad* esa naturaleza. Caracterizando la esencia de esta amplia visión Paul Ricoeur (1970)⁷, en una de las investigaciones filosóficas más influyente del psicoanálisis, considera a Freud (junto con Nietzsche y Marx) como uno de los tres grandes pilares de lo que él llama “la escuela de la sospecha”. El enfoque que comparten, argumenta, es una “hermenéutica de la sospecha”, en la cual la preocupación central es el “*desenmascaramiento, desmitificación [o] reducción de ilusiones*” (Ricoeur, 1970, p.12, *itálica añadida*). Si buscamos definir la intención que estos tres grandes pensadores tenían en común, dice, “encontramos allí la decisión de considerar en primer lugar la conciencia en su conjunto como conciencia ‘falsa’” (op.cit. p. 33).

Es importante aclarar que Ricoeur no introduce estas ideas como *crítica* al psicoanálisis, ni al pensamiento de Marx o Nietzsche. Antes bien, Ricoeur incorpora las actitudes aparentemente destructivas o invalidantes contenidas en las ideas de estos pensadores como un prelude necesario a un cambio más profundo o más radical. Argumenta Ricoeur:

Pero estos tres maestros de la sospecha no son tres maestros de escepticismo; son seguramente tres grandes ‘destruidores’ y sin embargo ni siquiera esto debe extraviarnos; la destrucción, dice Heidegger en *Sein und Zeit*, es un momento de toda nueva fundación [...]. Los tres comienzan por la sospecha con respecto a las ilusiones de la conciencia y continúan por el ardid del desciframiento; los tres, finalmente, lejos de ser detractores de la ‘conciencia’, apuntan a una extensión de la misma” (p. 33-34).

⁷ Nota de editor: Las citas de Paul Ricoeur se han tomado de la versión española: Ricoeur, P (2004 [1970]) *Freud: Una interpretación de la cultura*. México. Siglo XXI. Undécima edición.

La actitud de sospecha que con frecuencia ocupa un lugar destacado en el pensamiento psicoanalítico ha sido observada no sólo por la reflexión filosófica, como en el caso de Ricoeur, sino por escritores asociados más estrechamente a la tradición psicoanalítica y a la práctica clínica. Messer (2000), por ejemplo, examinando la práctica de los terapeutas en la terapia psicodinámica breve, observa que: “Como los psicoanalistas, los terapeutas adoptan una *actitud de sospecha* ante las afirmaciones del paciente, no dando nada por sentado. Cuestionan las ilusiones del paciente, aunque no en la forma minuciosa de los psicoanalistas” (p. 67, *italica añadida*). De manera similar, Peter Wolf, en un trabajo presentado al *Rapaport-Klein Study Group*, un prestigioso grupo de psicoanalistas orientados hacia la investigación, afirma que:

[E]l psicoanálisis está basado en una ‘epistemología de la sospecha’. No acepta nada en sentido literal. Por el contrario, supone que detrás de toda afirmación aparentemente racional, detrás de todo acto racional, detrás de todo error inofensivo, detrás de todo acto irracional, y detrás de la mayoría de las convenciones culturales, se agazapa un deseo escondido o una motivación inaceptable [y añade, haciéndose eco de la suposición clave de la escuela de la sospecha, que]: A fin de liberarnos de nuestras ilusiones, el método pone de manifiesto por consiguiente los significados ocultos [...] de nuestros secretos personales. [sin datos de edición]

En una actitud similar, Roy Schafer (1997), comentando el abordaje de la práctica clínica kleiniana contemporánea, elogia como uno de sus rasgos importantes y valiosos su “política de sospecha” hacia el relato que el paciente hace de sus experiencias (p.3).

Por supuesto que ninguno de los escritores que acabo de citar intenta dar al término sospecha el significado de algo maligno. La “sospecha” que implica la forma psicoanalítica de observar o escuchar podría ser vista simplemente como otra forma de referirse al inconsciente, a la idea de que lo que *decimos* que estamos sintiendo o *pensamos* que estamos haciendo está lejos de ser toda la historia y tiene que ser investigado cuidadosamente si se desea evitar que paciente y analista se confabulen en una ilusión que es, finalmente, el origen del sufrimiento del paciente. El problema se plantea en la naturaleza implícitamente confrontativa que esta “sospecha” puede asignar al trabajo terapéutico, en la invalidación potencial de la experiencia consciente del paciente como conciencia “falsa” o “distorsionada”, en la disposición a ver “resistencia” cuando el paciente con-

sidera algo en forma diferente a la del analista. La suposición de que las percepciones del paciente son ilusorias, que está *ocultando* algo, que su conciencia es una *falsa* conciencia –en lugar de *incompleta o parcial* – puede crear una mentalidad para el analista y una experiencia para el paciente que invalida, que *desestima* la experiencia del paciente en lugar de ampliarla. Esto implica que él desea otra cosa en vez de (y no además de) lo que él cree que desea, y por lo tanto, que su comprensión de sí mismo es *equivocada* antes que incompleta.

El potencial confrontativo de la posición interpretativa

El término interpretación ha tenido connotaciones de tanto prestigio en el discurso psicoanalítico⁸, que en el uso contemporáneo es común que analistas y terapeutas psicoanalíticos hablen de “interpretación” para referirse, virtualmente, a todas las cosas que le dicen al paciente. Esta tendencia puede ser particularmente clara entre los estudiantes, quienes se sienten inseguros respecto de estar trabajando o no en forma adecuadamente “profesional”, pero es también evidente entre profesionales con experiencia. En un aporte reciente, por ejemplo, Friedman (2002) observa que: “si se preguntara a un analista qué hace, respondería, ‘Yo interpreto’” (p.544).

En principio no hay nada intrínsecamente problemático en este uso ampliado del término. Los significados de los términos inevitablemente evolucionan y cambian a través del tiempo, y la comunidad lingüística evoluciona junto a esos cambios. En realidad, esta informal laxitud en el uso del término ha sido, de muchas maneras, un vehículo para que se aflojaran algunas de las reglas restrictivas que habían impedido la responsividad [*responsiviness*] de los terapeutas ante las necesidades del paciente. Debido a que la interpretación ha sido una actividad tan valorada en el mundo psicoanalítico, la coloración protectora que se ofrece al llamar “interpretación” a cualquier cosa que se dice, puede hacer que los terapeutas orientados psicoanalíticamente estén más complacientes a salir de los límites de lo que había sido anteriormente la práctica clínica estándar.

⁸ Bibring (1954), por ejemplo, describió a la interpretación como “el agente supremo en la jerarquía de los principios terapéuticos del análisis” (p.763), y Laplanche y Pontalis (1973) afirmaron que “La interpretación se halla en el corazón de la doctrina y técnica freudianas” y que “El psicoanálisis mismo podría ser definido en términos de ésta” (p.227).

Pero en el proceso de designar "interpretación" a un rango más y más amplio de los comentarios del terapeuta, está implícita la afirmación de la idea de que *interpretar* es lo que el analista o el terapeuta deben hacer. Pocos son los terapeutas que continúan persiguiendo el viejo ideal de resolver las dificultades del paciente "únicamente" a través de la "interpretación" (por ej. Gill, 1954; Eissler, 1953), aunque a menudo persisten aspectos no examinados de este viejo ideal. Por ejemplo, al intentar hacer que sus comentarios sean "tipo interpretación", los terapeutas pueden ser menos comunicativos de lo que sería óptimo, más restringidos emocionalmente y más investidos de autoridad, más misteriosos, anónimos y "neutrales". De acuerdo con su experiencia, los aspectos en los que el paciente necesita mayor claridad están asociados con ansiedad, vergüenza o culpa; el sólo señalarlos en forma neutral puede ser insuficiente.

Daré un ejemplo clínico breve. Un terapeuta que me consulta describe una sesión difícil en que la paciente estaba visiblemente enojada por algo que había sucedido con su novio, pero parecía renuente a contar de qué se trataba. Aludió varias veces a lo que había ocurrido, pero cada vez, en lugar de aclarar más, decía cosas como: "Me estoy comportando como un bebé grande. No es para tanto." En respuesta a ello el terapeuta le dijo: "Creo que está evitando contarme lo que pasó porque me está viendo del mismo modo que veía a sus padres. Está esperando que le diga que se calme, o que usted está exagerando, tal como ellos hacían, y por lo tanto usted está haciendo lo que ha hecho siempre cuando usted anticipa algo, se encierra en sí misma". Después de este comentario, que a juicio del terapeuta sería útil, la sesión pareció venirse abajo. Hubo poca coherencia en el resto de la sesión y la poca que hubo parecía centrarse en las conversaciones de la paciente hablando reiteradamente de sí misma en forma dolorosamente despectiva. Aparentemente, el comentario que tuvo la intención de ayudarla la hizo sentir peor.

Creo que lo fundamental que se descifra de esta sesión es que este comentario sobre la anticipación de la paciente podría ser experimentado como una crítica del terapeuta. Éste sólo consideró el *contenido* de la interpretación, lo que podría llamarse su dimensión puramente "informativa" (dimensión que, podríamos decir, *hacía* que a sus ojos ésta fuese una interpretación). Estaba intentando, esencialmente, *aclararle* a la paciente lo que estaba haciendo, informarle como un observador benignamente neutral. Pero no advirtió que la forma de su comentario podría transmitirle que estaba haciendo algo equivocado *justo ahora*; que fracasaba en ser "realista", o en trascender a sus *patterns* previos, tanto por no confiar en él como

por confundirlo con sus padres. Y había varios indicios de que no se atrevió a decirlo, probablemente no podía decírselo a sí misma. La observación del terapeuta, para esta mujer vulnerable, fue un mensaje de que ella, una vez más, había hecho algo mal.

En este caso, si el terapeuta hubiese estado menos preocupado en enmarcar su comentario para que éste fuera oído como una “interpretación” – “neutral” en el tono, enmarcada como si fuera una simple información de lo observado y señalando cómo la paciente repite el pasado (rasgo común, aunque no necesariamente esencial, de las observaciones pensadas como “interpretaciones”) – él podría haber dicho algo así: “Parece realmente difícil de creer que yo podría escuchar lo que me está contando y sentir de manera diferente a la de sus padres”. El objetivo de este comentario está dirigido a iluminar aproximadamente el mismo *pattern*, pero lo hace de una manera que el impacto en la paciente puede ser significativamente diferente. En lugar de decir: usted está haciendo conmigo *lo mismo* que hizo con sus padres (nada ha cambiado, está sucediendo lo mismo que siempre sucede), implícitamente se dirige a algo que es potencialmente *diferente*, la posibilidad de que otra persona se *interese* por su experiencia y tenga capacidad para escuchar y tomar con seriedad aquello que la inquieta. Va más allá del estilo neutral comúnmente asociado a las “interpretaciones”, e implícitamente *empatiza* tanto con el dolor que ella siente, como con la *dificultad* de dejar ese dolor atrás (“es difícil” creer que el terapeuta sienta de modo diferente). Más aún, el hecho de que el terapeuta en verdad sienta de un modo diferente, en forma implícita, transmite considerablemente más que la versión neutral. Por supuesto esto lo convierte también en un comentario de “dos personas”, en lugar de una “observación” de la paciente hecha desde afuera del campo relacional. Incorpora al terapeuta en la escena, dice algo de él o ella, así como de la paciente.⁹

La experiencia no formulada y el trascender la posición de confrontación

Durante muchos años, los objetivos y las fantasías subyacentes del paciente fueron vistos como un texto escrito en una lengua extranjera, que necesitaba serle interpretado para que lo entendiera, pero que ya es-

⁹ También representa por supuesto una forma de auto-revelación. Para mayor información sobre las complejidades de la auto-revelación y sobre las a menudo confusas suposiciones subyacentes al examinar este tema, véase Wachtel, 1993, capítulo 11, y Wachtel, 2008, capítulo 11.

taba escrito “allí”. En años recientes, este modo de pensar fue dando paso a la perspectiva de que *no* hay un único significado latente en espera de ser desenterrado y descifrado. En vez, lo que está allí para ser interpretado, para hacer que su significado se ponga de manifiesto, es un conjunto de potenciales, todavía en evolución, potenciales para ser experimentados y posteriormente articulados, lo que Gendlin (1996) denomina significado sentido [*felt meaning*] y Stern (1997, 2002, 2004) experiencia no formulada. Se podría decir que el objetivo hacia el que se dirige el esfuerzo interpretativo se asemeja menos a un texto completo (aunque no haya sido aún leído o descubierto) y más al *esbozo de un garabato de las notas preliminares* para un texto. Observado desde esta posición, el proceso interpretativo no consiste en hallar un significado único que simplemente ha estado “oculto”. Es un proceso que ayuda a que una experiencia emerja y se exprese a sí misma de un modo en el que antes nunca lo había hecho.

Constructivistas, intersubjetivistas y otros pensadores relacionales prestan especial interés a este punto de vista. Quizás ha sido desarrollado más plenamente en las implicaciones teóricas y clínicas de Hoffman (1992, 1998, 2006) elaboraciones formuladas desde el punto de vista constructivista, y en las discusiones de Stern (1997, 2004) sobre la experiencia no formulada. Desde esta perspectiva, la interpretación no es un “mirar dentro” de lo que está “realmente allí” o un “atravesar con la mirada” para encontrar lo que está por debajo o escondido. Más bien es un “mirar con” el paciente para discernir juntos cómo su experiencia podría ser articulada posteriormente y hacia dónde él estaría inclinado a ir. Aunque una interpretación útil está limitada por los hechos de la historia real del paciente y por los procesos neuronales reales que están en proceso en el paciente (Westen y Gabbard, 2002a, 2002b), hay muchas interpretaciones potenciales adecuadas para el material, y el criterio al elegir una entre ellas, no es tanto el que sea “correcta” o “exacta” (Glover, 1931) como el considerar si es útil o si ayuda, si facilita el crecimiento del paciente y si aumenta su bienestar consigo mismo. No será útil si no refleja o no contacta, de algún modo, con la experiencia del paciente. Pero hay más de una interpretación que puede hacer esto, y algunas tienen mayores posibilidades de favorecer el crecimiento y el cambio que otras (Wachtel, 1993).

Stern (1997) ofrece un ejemplo interesante de las posibilidades interpretativas de este modo de pensar. El paciente es un hombre de unos treinta años que está en medio de su divorcio y “se siente tan triste y desposeído que apenas puede imaginar otro tipo de futuro”. Stern nos cuenta que:

En su sueño él está manejando muy cuidadosamente por un camino helado de montaña. A su alrededor cae una tupida nevada. Hay silencio y está nublado, y el paisaje es apagado y sin color. Negro, blanco y matices de gris evocan (en sus asociaciones) su depresión por el divorcio. Al tomar una curva del camino, que no se aparta del lomo de la montaña, el sol aparece de pronto brillando intensamente en un cielo sin nubes y profundamente azul y él se ve frente a una conmovedora ladera de la montaña, con relucientes campos de nieve y árboles profundamente verdes. En ese momento, en su sueño, le parece que este paisaje es lo más bello que ha visto en su vida, y se siente henchido de un sentimiento de gran felicidad y completud." (p.33).

¿Qué "significa" este sueño? Imagino que cada lector aportaría por lo menos varias posibles interpretaciones, basadas en parte en sus propias predilecciones teóricas, en cuáles características del sueño considera figura o fondo, en cuán "simbólico" intenta ser, y en la práctica real (como opuesto al leer el sueño en un libro), en su comprensión del paciente y de dónde el paciente está en ese momento. Muchas de estas interpretaciones podrían ser consideradas "correctas" porque dan sentido al material de una manera perceptiva, coherente y significativa. Pero sólo algunas de ellas serán correctas desde la perspectiva de ayudar al paciente a crecer superando el estado de desesperación con el que está luchando.

Stern eligió interpretar que: "el sueño es una forma de representar recursos interiores previamente no imaginados que el paciente podrá usar para construir una vida nueva." Uno de los primeros aspectos a observar en este comentario es que no revela un deseo prohibido, ni desenmascara la falsa conciencia del paciente. Tiene más la cualidad de lo que he llamado "interpretación atributiva" [*attributional interpretation*] (Wachtel, 1993; 2008, capítulo 12). Atribuye al paciente una capacidad, una comprensión o una inclinación para moverse en una dirección positiva que éste aún no había advertido, y al hacerlo *permite* que avance de un modo en el que antes no lo había hecho. Al mismo tiempo, es importante tener en claro que la propuesta que Stern describe no es un simple comentario gratuito "inventado" para que el paciente se sienta mejor. Se basa en concentrar su atención en los detalles de lo que el paciente realmente describió. Stern informa que el paciente se sintió profundamente conmovido por el comentario y vivenció la interpretación como reflejo fiel de su experiencia.

También podemos observar que, aunque el comentario de Stern tiene un tono y contenido diferente al de la mayoría de las interpretaciones

descriptas en la literatura, concuerda con la definición de la interpretación de Laplanche y Pontalis (1973): “sacar a luz el significado latente” del material del paciente. Pero tanto la naturaleza de este significado latente como el proceso de sacarlo a luz difieren considerablemente del trabajo basado en la posición por defecto. Como ya señalé el comentario de Stern –su interpretación, si se desea expresarlo así– no se centra en algo primitivo que el paciente oculta, sino en un potencial del paciente del que “no se había dado cuenta” [*unrealized*], que está en proceso de emerger. En el comentario del paciente Stern focaliza su atención en un aspecto diferente del habitual, pero no por ello menos latente, ni menos *sumergido*. Tenemos la sensación de que el paciente *se sorprende* por lo que Stern le dice. Pese a que esto tiene resonancias inmediatas para el paciente, no era algo que hubiera concientemente enunciado con anterioridad, aunque en el sueño lo había expresado vívidamente de una manera alternativa.

En el cambio conceptual que va del presuponer fantasías o deseos completamente formados –simplemente ocultos–, a la enunciación de experiencias aún no formuladas, nada hay que implique falta de interés en, o de habilidad para encarar los focos más usuales de la indagación psicoanalítica. En este ejemplo, Stern eligió mirar hacia otro lado sin seguir la dirección ritual de averiguar lo “primitivo” o negativo, pero podemos asumir con seguridad que, en el curso de su trabajo, la atención de Stern está regularmente atraída hacia los contenidos implícitos más comunes del discurso psicoanalítico –un sentimiento de enojo, un deseo sexual, un sentimiento de celos o envidia no admitidos, y así sucesivamente–. Nada, en la elección que él hizo implica excluir otras dimensiones o avenirse a evitar las verdades duras, aunque estén embellecidas o se usen eufemismos. Pero lo que *está* implícito en su posición es que si uno elige focalizar el lado más oscuro, uno no está más basado en el real lecho de roca, no es “más profundo” (véase Wachtel, 2003) que si elige poner de manifiesto los sentimientos aún no admitidos ni apreciados de esperanza y nuevo rumbo, como hizo en este caso.

Más allá de desenterrar y desenmascarar

Si las formulaciones que por tanto tiempo ocuparon el centro de la teoría y la práctica psicoanalítica toman esa forma sólo porque “las cosas son así”, si lo que “realmente” existe debajo de nuestra fachada aparentemente civilizada son los peligrosos y, en última instancia, inaceptables

sentimientos edípicos o la furia destructiva kleiniana hacia el pecho, entonces tenemos poco para elegir, sólo nos queda enfrentar esa dolorosa verdad o bien enterrarla. Esta es la distinción tradicional entre el tratamiento expresivo y el tratamiento de apoyo, entre los tratamientos que derriban defensas o aquéllos que las apuntalan.

La estructura básica de indagación es confrontativa tanto en el pensamiento freudiano como en el kleiniano. Lejos de un tratamiento de apoyo “superficial” que brinda cierto grado de alivio al precio del “cubrimiento” de la subjetividad más genuina y más profunda del paciente, no hay nada más que hacer que encontrar el modo de forzar a la persona para que confronte y reconozca lo que *no quiere* reconocer; ciertamente hacerse cargo de una verdad que de alguna manera no sólo *se siente* vergonzosa sino que es vergonzosa. (Con respecto a esto, véase Weiss y Sampson, 1986; Weiss, 1998; Silberschatz, 2005). Si, por el contrario, la naturaleza humana se piensa menos singularmente determinada, menos prontamente definida en términos de unos pocos deseos y fantasías fundamentales virtualmente inevitables, entonces, nuestra comprensión de la tarea del analista y de las opciones disponibles puede ser bastante diferente. Si lo que “subyace” no es un conjunto predeterminado de tendencias inherentemente destructivas y antisociales (una caldera hirviendo), sino más bien lo que Stern ha descrito como experiencias no formuladas –inclinaciones que continuamente están emergiendo y adquiriendo forma en respuesta al contexto en curso y al propio desarrollo de éste–, entonces, en lugar de arrancar estas experiencias de las maldispuestas garras de la persona que secretamente las cobija, podemos *invitarlas* a salir y ayudarlas a adquirir una forma con la que el paciente se sienta confortable y tenga resultados positivos en su vida.

Interpretación y ampliación

Hay una vieja broma acerca de nuestro campo que la mayoría de los lectores habrá escuchado. Dos psicoanalistas se cruzan en el pasillo. Los dos dicen: ‘¡Hola!’, y al continuar caminando, cada uno piensa: “¿Me pregunto que habrá querido decir con eso?”

¿A qué se refiere esta broma? ¿Por qué la gente piensa que es graciosa? La broma, creo que está claro, estriba precisamente en la actitud de sospecha que ha sido un tema central en este trabajo. No sería graciosa si el que la escucha implícitamente supusiera que lo que los dos analistas

pensaron sobre el significado del “¡hola!” del otro fue que estaba tratando de ser cordial, que el otro lo aprecia, incluso que el “hola” realmente significaba: “Me gustaría que la próxima vez nos encontráramos para almorzar”. El humor depende de que el que escucha sabe que cada analista supone que el hola *realmente* significa algo agresivo, o vergonzoso, o sexual, o una defensa contra algún significado.

Esta manera de ver el psicoanálisis se refleja también en los comentarios con los que prácticamente todos los psicoterapeutas se han enfrentado en ocasión de ser presentado en una boda o en un cocktail y mencionar que es psicoanalista: “No me va a analizar, ¿verdad?” Sabemos, cuando escuchamos esto, que la persona que lo dice (en un tono levemente temeroso pero nominalmente de broma), no quiere decir: “Usted no va a comprender mi punto de vista con una empatía exquisita ¿verdad?” El comentario claramente significa: “Usted no va a ver a través de mí y así saber todos mis vergonzosos secretos ¿verdad?” Si la persona que hace el comentario es un poco más sofisticada (o un poco más escéptica) respecto de la empresa psicoanalítica, puede también querer decir, “Usted no va a tomar comentarios perfectamente inocentes y transformarlos en algo vergonzoso, ¿verdad?”

La aprehensión implícita en la broma y en los dichos graciosos del cocktail refleja, en esencia, el legado de lo que aquí y en otros lugares (ver especialmente Wachtel, 2008) he llamado la posición “por defecto”, un punto de vista que, he sugerido, impide el proceso de autoaceptación y de reapropiación de aspectos descartados del *self*, centrales en el proceso de curación psicoterapéutico. Suposiciones acerca de la naturaleza “primitiva” y a veces destructora de los motivos y fantasías subyacentes que dirigen nuestra conducta; el supuesto de que las estructuras psicológicas “arcaicas” y las inclinaciones de nuestros primeros años persisten inmodificadas como fuentes “reales” de nuestra conducta y experiencia a lo largo de toda la vida; una postura de escepticismo y desconfianza hacia el relato que el paciente hace de su experiencia; una descripción del paciente como fijado o detenido en un temprano “nivel de desarrollo”; la sospecha de que el paciente está intentando arrancar inapropiadas gratificaciones del analista y que de este modo trata de evadir sus propias responsabilidades en el trabajo; la vacilación en brindar “apoyo” al paciente; la visión implícita de que el paciente debe “crecer” si quiere mejorar; estas y otras actitudes similares están profundamente entrelazadas en la trama del pensamiento psicoanalítico, comenzando con Freud se extienden hasta muchos rincones de la escena psicoterapéutica contempo-

ránea. Sugiero que todas ellas son innecesarias en un relato completo y preciso de la realidad psicológica del paciente, y son contraproducentes en la búsqueda del crecimiento terapéutico y del alivio del sufrimiento.

Con demasiada frecuencia la búsqueda del *insight* en terapia ha sido más que el intento de ayudar al paciente a ponerse en contacto con la verdad sobre sí mismo, ha sido un esfuerzo para ponerlo en contacto con la verdad *fría y dura*. El supuesto ha sido que, debajo de la experiencia conciente de sí mismo, se esconden fantasías y motivos primitivos, y a menudo destructivos. La alternativa descrita en este trabajo –basada principalmente en el paradigma relacional que se encuentra en desarrollo, pero crítica ante ciertas versiones del pensamiento relacional que hacen caso omiso de algunos elementos de la “posición por defecto” (véase Wachtel, 2008)– tiene por objetivo, al igual que el enfoque tradicional, esclarecer la experiencia del paciente yendo más allá de los límites de la visión conciente de sí mismo. Pero no tiene por objetivo desenmascarar, revelar ilusiones, “interpretar” los objetivos y supuestos subyacentes del paciente como más primitivos o infantiles que lo que éste se da cuenta. Su objetivo es *expandir* la experiencia conciente de sí mismo a fin de mostrarle que hay *más* en él de lo que él ha pensado. Por esta razón sugiero que sería conveniente referirse a los comentarios que hacemos a los pacientes en esta práctica como *ampliaciones*, antes que como interpretaciones. Debido especialmente a la historia de nuestro campo, la “interpretación” se presta demasiado fácilmente a concebir al terapeuta como un sabedor delfínico que *traduce* para la persona lo que ésta no puede ver por sí misma. La “*ampliación*” implica atención a los procesos inconscientes, retiene la idea de que las personas no saben “toda la verdad” sobre sí mismas, pero implica un proceso de construcción sobre la base de aquello que el paciente realmente ya conoce de sí. En ese sentido, *toma con seriedad* la experiencia conciente del paciente, en lugar de rechazarla.¹⁰

A su vez, esta forma alternativa de pensar y hablar sobre el proceso también considera con seriedad la idea del inconsciente, un inconsciente que debe ser explorado para saber *aún más* sobre la persona y permitirle que ella sepa *aún más* sobre sí misma. Durante el proceso, lo que se descubre pasa a incluir, casi con certeza, aspectos del *self* que, por lo menos inicialmente, se miran con ansiedad o vergüenza. El terapeuta no debe dejar de explorar esos aspectos del *self* más cargados de conflictos. Supe-

¹⁰ Lewis Aron (comunicación personal) me ha hecho notar que Jung usó el término *ampliación* de una manera en cierto modo similar. Véase también Samuels (2000).

rar las defensas que han mantenido a esos aspectos del *self* como persona *non grata* es una dimensión central en la tarea del terapeuta.

De hecho, el terapeuta no sólo debe abordar aquellos sentimientos de los que el paciente está *subjetivamente* avergonzado, también debe considerar seriamente que algunos de los sentimientos y de las inclinaciones desarrollados en condiciones de autorrestricción –que el terapeuta está buscando mejorar– pueden tener implicaciones potencialmente dañinas para el paciente o para otros. La alternativa pertinente a la posición por defecto y a la actitud de sospecha no es un optimismo excesivo o la negación eufemística del lado oscuro de la naturaleza humana. Es comprender que el lado oscuro no es más “real” o “fundamental” que los aspectos de la experiencia y de la conducta que admiramos o aceptamos rápidamente. Es, además, un intento de entender cómo estos últimos aspectos pueden ser aplastados por el peso de la vergüenza y del autorrechazo, cómo una vida vivida en el autorrechazo puede *convertirse* en una vida vivida agresivamente y hostilmente, puede *parecer* ser (y en cierto forma puede ser) una vida que es vivida autoindulgentemente o impulsivamente. La habilidad del buen analista o terapeuta no reside en ayudar a “crecer” al paciente y a renunciar a los impulsos infantiles revelados a través de la rigurosa luz de la lente del clínico, sino en ayudar al paciente a “crecer más allá de” aquellas tendencias que surgieron como resultado de las ansiedades y restricciones acumuladas en el curso del desarrollo.

Interpretación y nueva experiencia relacional

Como he comunicado, el psicoanálisis ha sido esencialmente una disciplina *interpretativa* durante la mayor parte de su historia. La interpretación fue más valorada que todas las demás intervenciones, y un conjunto de autores influyentes recomendaron acercarse a la tarea terapéutica sólo a través de la interpretación, siempre que fuese posible. Greenson (1967), en su trascendente libro de texto sobre técnica psicoanalítica, calificó a la interpretación como “el más importante instrumento de la técnica psicoanalítica. Todo otro procedimiento analítico prepara para una interpretación, amplía una interpretación, o hace eficaz una interpretación” (p.97). Cuando se introdujeron otras influencias e intervenciones –que Eissler (1953) llamó parámetros– fueron percibidos, por lo general, como requiriendo ser resueltos por *sí mismos*. Incluso la preocupación, cada vez mayor, de presentar razones en favor de la “existencia de algo más” que

la interpretación (por ej. Stern et al, 1998), indica, por su mismo lenguaje, el grado en que la interpretación era considerada como el estándar o el punto de referencia con el cual se medían otros tipos de intervenciones o en relación al cual otras intervenciones eran, a lo sumo, algo “adicional”.

A su vez, muy desde el comienzo se consideró que el esfuerzo interpretativo estaba enclavado *en una relación*, y que esa relación es en sí una parte crucial del proceso. En efecto, en una cita notable, Freud afirmó: “Lo que decide el resultado de esta lucha [del paciente] no es su penetración intelectual – que no es lo bastante intensa ni libre para semejante logro –, sino *únicamente* su relación con el médico” (Freud 1917, p.405, itálica añadida)¹¹. A pesar de que esta afirmación se evidencia como bastante definitiva, también Freud insistió, en forma reiterada, que esta fuente de influencia era solo temporaria y podía ser resuelta a través de la interpretación; y es ésta la opinión que ha dominado el pensamiento psicoanalítico a través de los años. En esencia, la función primaria de la relación no era ser una fuente directa de cambio en sí misma, sino vincular al paciente con el analista para prevenir su huída cuando las cosas se ponían difíciles, y hacerlo más accesible a las *interpretaciones* que el analista ofrecía. Como Freud lo elabora en la oración que sigue a la cita anterior: “En la medida que su transferencia es de signo positivo, reviste al profesional de autoridad y presta creencia a sus comunicaciones y concepciones” (Freud, 1917, p.405).

Los términos “penetración intelectual” y “concepciones”¹² de las citas de Freud son dignos de atención. Aunque Freud reconoció –y realmente enfatizó– que la penetración intelectual no puede por sí misma cumplir la tarea, ésta necesita del *insight emocional*, se advierte con relativa facilidad, en esta afirmación de Freud, un tono de *pesar* por la insuficiencia del *insight* intelectual. Creer en las *concepciones* del analista, como explícitamente lo dice Freud, es el corazón mismo de su noción de cura, y uno de los problemas de confiar en la interpretación como motor principal del proceso terapéutico es, precisamente, la frecuencia con la que las interpretaciones pasan a tener el valor de concepciones. Pueden ser concepciones de los *orígenes* de un *pattern* (esencialmente, “usted está sintiendo o haciendo esto ahora porque tal o tal cosa sucedió en su pasado”) o de

¹¹ Nota de editor: La referencias de la obra de Sigmund Freud fueron tomadas de: Freud, S. *Obras Completas*. Buenos Aires : Amorrortu editores. © Copyright de la edición castellana, Buenos Aires, 1976.

¹² Nota de editor: En la Standard edition las palabras que figuran son: *intellectual insight y explanation*.

las *razones* para eso en el presente (“usted está sintiendo o haciendo ahora esto y aquello porque inconscientemente siente o desea equis cosa”).

Por supuesto que en estos dos ejemplos exagero la dimensión explicativa o intelectual. Ese tipo de comentarios no era raro en los primeros años de la práctica psicoanalítica, pero actualmente, uno espera que los analistas sean un poco más sutiles. Recientemente, en 1996, Aron afirmaba que “el consenso internacional entre psicoanalistas” es que “la tarea del analista es interpretar, vale decir *explicar* la conducta y las asociaciones del paciente” (Aron, 1996, p.95, *itálica añadida*). Mi objetivo, en lo que sigue, es dar un toque de luz a lo experiencial, en contraste con la dimensión explicativa de la participación del terapeuta; el cambio se promueve, principalmente, por *lo que realmente sucede entre las personas*. Esta dimensión experiencial de ningún modo excluye la toma de conciencia reflexiva, ni la lucha por comprenderse a uno mismo y al otro. Estos son rasgos esenciales del funcionamiento psicológico humano, especialmente en el campo de las relaciones entre personas y de la experiencia del *self*. Todas las experiencias son *tal como las registra y las interpreta el individuo*. Pero, como elaboraré más adelante, gran parte del procesamiento de experiencias que se produce en la mente o cerebro es procedural más que declarativo –en el lenguaje de la neurociencia y del cognitivismo contemporáneos–. En la concepción tradicional de interpretación se enfatiza, esencialmente, la dimensión declarativa o explícita, tanto en el cómo “hacer consciente un evento psíquico, inconsciente o preconscious” (Greenson, 1967), como en el énfasis explícito del recuerdo de experiencias y fantasías tempranas (Fonagy, 1999). Pero cada vez más se considera que el proceso de cambio terapéutico es en gran medida una cuestión de aprendizaje procedural (Fonagy, 1999; Stern et al, 1998).

En décadas recientes, un número de pensadores psicoanalíticos presentaron formulaciones en las que el impacto de la relación terapéutica en sí misma se considera como un contribuyente al cambio de igual importancia que las interpretaciones. Esta comprensión ha sido enunciada bajo una variedad de diferentes rubros conceptuales como: momentos de encuentro (Stern et al, 1998), aprobar las pruebas del paciente (Weiss y Sampson, 1986), nueva experiencia de objeto (Loewald, 1960), nueva experiencia relacional (Frank, 1999), reparación de las rupturas en la alianza terapéutica (Safran y Muran, 2000), y “una relación real con una figura paterna confiable y benéfica” (Fairbairn, 1958). Quizás la más temprana –y por cierto la más polémica– de las afirmaciones sobre esta posición fue el concepto de experiencia emocional correctiva de Alexander y French (1946).

Algunas características de las formulaciones de Alexander hicieron que su versión de esta idea fuese especialmente polémica en los círculos psicoanalíticos. Como ya he desarrollado en una discusión más amplia de este tema (Wachtel, 2008), algunas de las razones del fuerte rechazo de las ideas de Alexander fueron sondeadas y continúan teniendo importancia y algunas reflejan una combinación de rasgos problemáticos específicos de la formulación inicial de estas ideas por Alexander, y del particular escenario de la evolución del pensamiento y del movimiento psicoanalítico en el momento en que fueron introducidas. Este último factor condujo, a veces, a tergiversaciones casi voluntarias de las ideas que Alexander defendía. Sus ideas raramente recibieron el beneficio de la duda al que Erikson (1963) se refería cuando dijo, respecto de la teoría de la libido de Freud: “el verdadero *insight* sobrevive a su primera formulación” (p.64). Ciertamente hay modos en la primera formulación de Alexander un poco crudos comparados con los ofrecidos algunos años más tarde por otros pensadores innovadores, a los que me he referido en el párrafo anterior – innovadores que, debe decirse, basaron su construcción sobre los cimientos echados por la contribución de Alexander, pero evitaron admitir la “mancha” de haberlo hecho. Hoy en día estamos acostumbrados a tomar muchas de las “primeras formulaciones” de Freud, así como las de otros pioneros del psicoanálisis, como brillantes primeros pasos que requerían ser refinados. Los significados, por ejemplo, de las recomendaciones de Freud respecto de que el analista debía operar como un espejo o como un cirujano, o conceptos venerables como los de la pantalla en blanco, o la neutralidad, o incluso los conceptos de transferencia y contratransferencia, son continuamente reelaborados y redefinidos a medida que el pensamiento psicoanalítico evoluciona. El uso actual de esos términos a menudo tiene tan sólo un parecido de familia con la manera en que fueron formulados y registrados en la literatura. Si estos conceptos fueran sometidos al mismo modo acusador que persistentemente se aplicó al concepto de experiencia emocional correctiva, hoy la literatura psicoanalítica se vería llamativamente diferente.

En el contexto histórico en el que escribía, Alexander enfatizó la experiencia emocional correctiva como una *alternativa* a la interpretación. Pero, desde la ventajosa posición contemporánea, podemos notar que interpretar es, también, una forma de interactuar (por ej. Stolorow, Brandschaft, y Atwood, 1987; Gill, 1991; Aron, 1996; Mitchell, 1997; Hoffman, 1998), y es probable que en sí misma ésta satisfaga los criterios de lo que Alexander llamó una experiencia emocional correctiva –una

manera de responder al paciente significativamente diferente, respecto de cómo sus padres interactuaron con él o de cómo responden otras figuras actuales de su vida—. Esto, implícitamente, es una parte de la idea expresada en la concepción del “tercero” analítico o terapéutico de Ogden (1994, 2004), Benjamín (2004), y Aron (2006). Asimismo está estrechamente relacionada con la descripción de la nueva experiencia relacional terapéuticamente eficaz de Storolow, Brandschaft, y Atwood (1987), que puede enunciarse como la experiencia de ser comprendido por el otro en profundidad y precisión, una formulación que puede ser vista como uniendo la tradición interpretativa y la tradición de la experiencia emocional correctiva.

Pero “brindar algo diferente” ofreciendo una interpretación es sólo una de las muchas respuestas alternativas posibles, y no es siempre la más eficaz o la que más ayuda. Dependiendo de la historia particular del desarrollo del paciente y de las representaciones de las relaciones que se fueron dando como resultado de ésta, “interpretar” puede ser experimentado, por ejemplo, como un rechazo a interactuar (o por lo menos a reconocer la interacción) que no constituye una experiencia emocional *correctiva*, sino una experiencia emocional *repetitiva*, es decir, un *enactment* de tempranas interacciones patógenas con los padres.

El analista no se sitúa fuera del campo relacional del paciente, evaluando las necesidades de éste, desde la ventajosa posición de la experticia desapasionada. Inevitablemente es arrastrado, a veces atrapado por la fuerza emocional del campo, lo suficiente como para convertirse, durante un período de tiempo, en un participante del *pattern* problemático, un “cómplice” como lo he llamado (Wachtel, 1991). Es difícil de conceptualizar el proceso por el cual se va ganando, a través del tiempo, la suficiente distancia reflexiva respecto del *pattern* en el cual nosotros y el paciente estamos mutuamente atrapados (Stern, 2003). Pero parece que los buenos analistas hacen precisamente eso, al menos en cierto grado, y de ese modo, al lograr responder al paciente de un modo diferente al que han usado otros a lo largo de su vida, contribuyen al cambio de *pattern*.

En una variante relacional contemporánea de lo esencial de la idea de Alexander, Mitchell (1997) describe un proceso en el que se requiere que la respuesta del terapeuta sea diferente para los diferentes pacientes, pero en el que esa respuesta se desarrolla a partir del compromiso momento a momento entre los dos participantes. El cambiante estado emocional de ambos, y el del vínculo entre ellos, significa que no hay un único modo de interactuar y comprometerse que pueda ser apropiado para de

todo el curso del trabajo, y la comprensión de Mitchell sobre el proceso señala como crucial la autenticidad del terapeuta y la atención que debe poner en los matices que se producen en la experiencia relacional allí vivida. Resultan evidentes los muchos puntos en común que tiene la descripción de Mitchell con la concepción original de Alexander. Usando las palabras de Mitchell, el proceso terapéutico es aquél en el que paciente y terapeuta

[L]uchan juntos a fin de encontrar un tipo diferente de conexión emocional. No hay una solución o técnica general, porque cada resolución, por su misma naturaleza, debe ser diseñada para cada paciente. Si el paciente siente que el analista está aplicando una técnica o desplegando una actitud o posición genérica, no es concebible que el análisis funcione. A veces, el *hacer interpretaciones* opera analíticamente no simplemente debido al contenido de la interpretación, sino porque el paciente siente que el analista que interpreta está vivo, cuida, proporciona nuevas formas de pensar las cosas, se enfrenta profundamente a lo que le está preocupando. A veces *abstenerse* de interpretar opera analíticamente porque el paciente experimenta que el analista silencioso está vivo, se preocupa, proporciona nuevas formas de estar juntos que no demandan lo que puede haberse llegado a sentir como las ineludibles corrupciones del lenguaje. A veces parece llamarse *paciencia* para: un compromiso sostenido en el tiempo que es evidencia de un tipo de relación diferente a la de los abandonos del pasado. A veces se requiere *impaciencia*: una exasperación que transmite la sensación de que el analista puede imaginarse algo mejor que los perseverantes *patterns* del paciente y pone cuidado para no elegir la salida fácil y el dejarse llevar pasivamente (Mitchell, 1997, p. 58, *itálica añadida*).

En Mitchell vemos lo que podría considerarse la expresión madura de la formulación original de Alexander, una versión de la experiencia emocional correctiva que está integrada con una comprensión de la participación e inmersión del terapeuta en la experiencia del paciente e, implícitamente, de la necesidad de continuar buscando, aun inseguro, un estado mejor, aunque uno lo esté haciendo a tientas, hasta cierto punto con más oscuridad que luz. La comprensión actual sugiere que en la relación con el paciente estamos comprometidos a hacer ajustes y refinamientos continuos, y que lo que pensábamos era la posición correctiva apropiada hasta cierto momento de la evolución de nuestra comprensión puede resultar, bajo reflexión, haber sido contraproducente, y que, además, la mis-

ma experiencia generada por *una* respuesta “correctiva” de parte del terapeuta puede producir una configuración relacional y personal diferente, que puede ahora necesitar un *diferente* tipo de respuesta. Rara vez alcanzamos lo correcto “de una vez y para siempre”, pero el trabajo avanza haciendo correcciones a medio camino, y realmente se puede considerar que el trabajo analítico *consiste, en su mayor parte*, en estas correcciones realizadas a medio camino. Como lo han sugerido Kohut (1984) y Safran y Muran (2000), el progreso llega no tanto a partir de evitar errores sino de construir un capital terapéutico a partir de esos errores, del reparar las grietas en la empatía y las rupturas en la alianza terapéutica que son parte inevitable (y últimamente muy importante) del proceso.

Aprendizaje procedural y el proceso de cambio terapéutico

La comprensión de la amplitud de las dimensiones directamente experienciales del proceso terapéutico –reflejada en conceptos tales como: experiencia emocional correctiva, *enactment*, aprobar las pruebas del paciente (Weiss y Sampson, 1986) [*passing the patient's tests*], momentos ahora (Stern et al, 1998) [*now moments*], así como en el potente rol directamente experiencial de *exponerse* en la ayuda de la gente a vencer ansiedades mutilantes y de larga data (Wachtel, 1997, 2008)–, está nuevamente auxiliada y clarificada por la atención puesta en un conjunto de distinciones que derivan de las fecundas investigaciones en ciencia cognitiva y en estudios sobre el funcionamiento del cerebro. En una discusión sobre el rol de la memoria en la acción terapéutica que se acerca significativamente a este trabajo, Fonagy resume sus verdades básicas como sigue:

La ciencia cognitiva establece una distinción fundamental entre dos tipos de sistemas de memoria que tienen funciones importantes en el tratamiento psicoanalítico: una memoria explícita o declarativa, asociada a la recuperación consciente de información sobre el pasado, y un sistema de memoria implícito o procedural por el que la información puede ser recuperada sin la experiencia de recordar. La memoria declarativa se relaciona con el recuerdo de eventos y de información [...]. La memoria procedural está libre de contenidos, ésta está involucrada en la adquisición de secuencias de acciones, el ‘*cómo*’ de la conducta; por ejemplo destrezas tales como tocar el piano (sin importar la pieza específica) o conducir (independientemente del destino); cambios ‘producidos por experiencias

previas' que no requieren la recolección ni intencional ni conciente de aquellas experiencias. (Fonagy, 1999, p.216).

Al examinar las teorías psicoanalíticas dominantes en la actualidad sobre cambio terapéutico, Fonagy argumenta que "el énfasis actual en la relación terapéutica como principal motor de la acción terapéutica, por el que estamos en deuda con Winnicott (1956) y con Loewald (1960), [no ha] tenido éxito en eliminar el énfasis puesto en la recuperación de las experiencias de la infancia, a pesar de no haber evidencias para este énfasis", y añade que en su opinión, "aferrarse a esta idea es perjudicial para el campo" (p.215). En contraste con esta visión tradicional, sostiene Fonagy que "Existen buenas razones para creer que el psicoanálisis trabaja por la modificación de *procedimientos* más que por la creación de nuevas *ideas*" (p.219, *itálica añadida*). Elaborando esta idea, Fonagy afirma más adelante:

[L]a acción terapéutica del psicoanálisis no está relacionada con la 'recuperación' de las memorias de la infancia, sean éstas traumáticas o neutrales. De acuerdo con un grupo de psicoanalistas que trabajan creativamente en Boston (Stern et al, 1998), hemos propuesto que la mayoría de las experiencias que contribuyen a las representaciones de las relaciones de objeto habrán ocurrido demasiado temprano como para ser recordadas, es decir, en el sentido consciente de experimentar la recuperación de una experiencia pasada en el presente. La experiencia temprana es, sin embargo, formativa y se retiene en partes del cerebro que están separadas de aquéllas en donde las memorias, tal como las pensamos normalmente (memoria autobiográfica), son codificadas, almacenadas y recuperadas. (p.216)

La distinción entre procedurales y declarativas o implícitas y explícitas, dominios del funcionamiento neurológico y psicológico, es aplicable a nuestro pensamiento en el contexto de la práctica terapéutica en más aspectos que el de las memorias de las experiencias tempranas. Se aplica también, por ejemplo, en el cómo enfrentar y hacer mejor uso terapéutico del fenómeno de la transferencia. Las interpretaciones transferenciales, diseñadas para producir un *insight* verbal explícito, no son la única ruta hacia el cambio, ni necesariamente la más importante. Las dimensiones procedurales o implícitas también son significativas aquí, y se superponen de diferentes modos y muy cerradamente con el concepto de experiencia emocional correctiva y con los otros conceptos relacionados que

he estado discutiendo. Muchas de las maneras en que aprendemos de la experiencia lo hacemos por vía procedural más que a través de canales verbales explícitos¹³, y esto es así no sólo en el terreno de las destrezas, como conducir o tocar el piano, también lo es en el aprender a sentirse más cómodo con otros, a establecer intimidad o amistad, a mantener una conversación, etcétera. A este respecto, Eagle (2003) ha sugerido que:

[L]os cambios en las reglas 'procedurales' no son especialmente susceptibles a la interpretación, el *insight*, y el conocimiento reflexivo (simbolizado), sino que generalmente se logran a través de formas no interpretativas y no verbales de sentirse comprendido, de pasar pruebas, *enactments*, en general, experiencias emocionales correctivas (p. 49; véase también Frank, 1999, p. 197).

La necesidad de una dimensión más directamente experiencial del aprendizaje y de la reelaboración de representaciones internas está, como lo observó Fonagy, especialmente subrayada en el trabajo de los teóricos e investigadores del Boston Change Process Study Group (por ej. Stern, 2004; Stern, Sander, Nahum, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan, Bruschweiler-Stern, y Tronick, 1998; Lyons-Ruth, 1998, 1999). Lyons-Ruth, por ejemplo, trata la misma distinción que Fonagy acerca de los modos de procesamiento, pero lo hace desde una posición más amplia, no limitada a la memoria. Al describir las exploraciones del Grupo de Boston sobre el "algo más" que la interpretación requerido para un cambio terapéutico profundo, registra que en el curso de la exploración de este tópico:

[S]e volvió claro que se necesitaban conceptualizar separadamente dos tipos de procesos de representación. Llamaremos semántico al primer tipo de representación, ya que se apoya en la representación simbólica, en el lenguaje. Al segundo tipo lo llamaremos representación procedural [...]. Las representaciones procedurales son representaciones basadas en reglas sobre cómo proceder, cómo hacer las cosas. Estos procedimientos pueden no llegar a codificarse nun-

¹³ La conversación, por supuesto, es verbal por antonomasia, como lo es en gran parte el establecimiento de la intimidad o de conexiones cómodas y placenteras. Pero aprendemos a *cómo* hacer para mantener una conversación interesante o bromear, iniciar la intimidad, establecer la dominación o la amistad, a través de experiencias que son en gran medida un aprendizaje "procedural" de reglas implícitas. El componente es verbal, pero las reglas y habilidades que debemos saber usar no pueden a menudo ser verbalizadas, ni aún por la persona que demuestra suma habilidad para trabajar con esas reglas.

ca simbólicamente, por ejemplo, el conocimiento de cómo andar en bicicleta. Sin embargo, para nosotros, más importante que el andar en bicicleta es el dominio del *saber cómo hacer cosas con los otros*. Buena parte de este tipo de conocimiento es también procedural, por ejemplo, saber cómo bromear, expresar afecto, o atraer la atención cuando se es niño. A este conocimiento procedural acerca de cómo hacer cosas con los otros lo hemos llamado "conocimiento relacional implícito". Al usar este término deseamos diferenciar el conocimiento relacional implícito de otras formas de conocimiento procedural y enfatizar que esos "conocimientos" son *tanto afectivos e interactivos como cognitivos*. (Lyons-Ruth, 1999, p.284, *itálica añadida*).

Los autores del Boston Change Process Study Group observan que por lo general el conocimiento relacional implícito, o conocimiento procedural de relaciones, opera tanto fuera de la atención focalizada como fuera de la experiencia conciente expresable verbalmente. Mucho antes de que el infante tenga el lenguaje necesario para expresar una idea, por ejemplo, aprende habilidades complejas que le permiten saber cómo acercarse a sus padres para provocar una respuesta afectuosa y, concomitantemente (pero también sin representación lingüística), aprende qué tipos de llamados de atención son contraproducentes (Lyons-Ruth, 1998). Los adultos (y los niños mayores), por supuesto, integran este conocimiento con el conocimiento conciente, cognitivo o verbal de las relaciones. Ciertamente aprendemos muchas reglas sobre "cómo estar con alguien" de una forma que puede ser enunciada y, por supuesto, el "relacionarse" en el que se involucran todos los seres humanos de más de uno o dos años es, en gran medida verbal, en el sentido de que las palabras son el *medio*. Pero el "saber cómo", que concierne al concepto de conocimiento relacional implícito, tiene que ver, por decirlo así, con la melodía antes que con la *letra de la canción [lyrics]*. Para desaliento de los adolescentes que tratan de imitar las "partes" [*lines*] del repertorio de sus pares más exitosos, las mismas palabras dichas en un tono de voz equivocado o con un lenguaje corporal no acertado, dimensiones sobre las que tenemos un control conciente mucho menor, pueden ser, desconcertadoramente, poco exitosas. Algunas personas obtienen beneficios reales de los libros de "auto-ayuda" [*how to*] sobre la timidez o las habilidades sociales o el mantener una conversación, pero las grandes ventas de esos libros son, más probablemente, el testimonio de la generalización de la experiencia de algo problemático, de la desaparición en la gente de la capacidad para conectarse con otros de manera satisfactoria y del fracaso, en el cumpli-

miento de su misión, de los libros de autoayuda leídos con *anterioridad*. (Supongo que los compradores de estos libros tienden a ser compradores *seriales*).

Saber “cómo estar con alguien” (Stern et al, 1998) de manera tal que mejore la experiencia de conexión y de auto-integridad es una capacidad que se obtiene a través de la experiencia, no por instrucción explícita. En la vida diaria, esa experiencia es en gran parte una cuestión gradual de prueba y error. En la relación terapéutica es fomentada más concientemente por el terapeuta hábil, quien (*también* ampliamente de manera implícita, inconsciente, en la participación momento a momento de la interacción terapéutica) fomenta experiencias que permitirán que el paciente aprenda a establecer relaciones más cómodas y satisfactorias con los otros y que, además, se sienta más entero, coherente y genuino como individuo. La experiencia afectivamente inmediata y directa con el terapeuta permite que el paciente logre estos cambios de una manera que no sería posible hacerlo sólo a través del *insight*. Stern et al (1998) han observado que en contraste con el conocimiento declarativo, que se “gana o adquiere a través de interpretaciones verbales que modifican la comprensión intrapsíquica del paciente”, el conocimiento relacional implícito se produce “a través de ‘procesos interactivos intersubjetivos’ que modifican el campo relacional dentro del contexto de lo que llamaremos la ‘relación implícita compartida’” (p.905).

Desde una visión similar Eagle (2003) observa que:

[L]a idea básica de que los factores no interpretativos desempeñan un papel central en toda psicoterapia y todo psicoanálisis ha ganado nueva aceptación y vitalidad a partir del reconocimiento, obtenido desde la investigación y la teoría del apego y desde la psicología cognitiva y del desarrollo, de que las representaciones no verbales, tempranas, sobreaprendidas –conocimiento procedural y ‘reglas’– no son fácil y totalmente traducibles a conocimiento reflexivo (simbolizado), y *no siempre son susceptibles al cambio a través de la interpretación y el insight, sino que para cambiar requieren experiencias emocionales fuertes, interactivas y no interpretativas.* (p. 50, *itálica añadida*).

Es importante comprender que destacar la dimensión procedural del proceso terapéutico no significa descartar el intento de articular y verbalizar la experiencia. Ni yo ni ninguno de los que abogamos por una dimensión más directamente experiencial del proceso terapéutico recha-

za el rol de la interpretación como *una parte* del proceso –una parte verdaderamente muy importante–. El esfuerzo por ayudar al paciente a que se comprenda mejor a sí mismo, a que se observe y observe su vida más detenidamente, a que adquiera nuevas perspectivas de su experiencia, a que encuentre el vocabulario para expresar los anhelos incipientes que han sido fuente de fastidiosas insatisfacciones o de conductas aparentemente inexplicables, todo esto es una parte esencial de lo que implica una buena terapia. Pero aún, este proceso por el que se llega a una mayor auto-comprensión no es inherente al contenido semántico de la interpretación de manera exclusiva (ni siquiera, a veces, de manera predominante). En psicoterapia, como en la vida cotidiana, avanzamos y retrocedemos entre la experiencia en sí misma y la reflexión sobre esa experiencia y, por supuesto, también hacemos ambas cosas simultáneamente. En realidad, cada una de ellas está presente en la otra al extremo que la distinción misma es un poco artificial.

El “darse cuenta” reflexivo es una poderosa herramienta de supervivencia y una característica única de nuestra especie, altamente verbal. Pero en el curso de nuestra evolución también hemos aprendido a sobrevivir haciendo ajustes y adaptaciones más rápidos de lo que las palabras podían transmitir y más complejos de lo que las palabras solas podían captar (véase Gladwell, 2005). Estas formas sutiles –y a menudo extensamente no verbales– de aprendizaje y adaptación no incluyen sólo el trato con el mundo físico –por ejemplo, en la temprana prehistoria de nuestra especie, el mundo del predador que salta o la presa que huye– sino también las adaptaciones que hacemos en el área de la interacción social, al alentar la cooperación y la comunicación, que fueron esenciales para la evolución y para la supervivencia misma de nuestra especie.

Es en cierto modo irónico que el psicoanálisis haya insistido tanto en el conocimiento – en el darse cuenta [*awareness*] verbal explícito como la clave para el cambio terapéutico. Porque ese orden de prioridades extrañamente subestima lo que el psicoanálisis comúnmente subraya: el poder del inconsciente. En esencia, lo que señalan muchas de las tendencias recientes en psicoanálisis y en otros dominios de la práctica terapéutica es que incluso la curación bien puede darse en buena medida en el terreno inconsciente y que muchos de los procesos movilizados en el curso de una experiencia psicoterapéutica exitosa probablemente nunca sean traídos totalmente a la conciencia. Esto no hace que los cambios logrados sean menos profundos o duraderos, ni deja de lado, ciertamente, el compromiso del individuo de crear, activamente, el sentido de su vida. Más

aún, esto refleja que existen más modos de construir sentido y más dimensiones de aprendizaje y de procesamiento que aquellas concebidas originalmente por el psicoanálisis. Las nuevas experiencias relacionales, tanto con el analista como con otras personas en la vida del paciente (véase Wachtel, 2008, capítulo 12), brindan una oportunidad para el aprendizaje de tipo procedural, un complemento esencial del aprendizaje declarativo, más explícito, que durante tantos años fue el foco exclusivo de la práctica psicoanalítica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alexander, F. & French, T. M. (1946) *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald Press.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Aron, L. (1991). Working Through the Past – Working Toward the Future. *Contemporary Psychoanalysis*, 27:81-108.
- Aron, L. (2006). Analytic Impasse and the Third: Clinical implications of intersubjectivity. *Int. J. Psycho-Anal.*, 87, 349-368.
- Benjamin, J. (2004). Beyond Doer and Done to: An Intersubjective View of Thirdness. *Psychoanal Q.*, 73:5-46.
- Bibring, E. (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *JAPA* 2, 745-770.
- Brenner, C. (1979). Working Alliance, Therapeutic Alliance, And Transference. *JAPA* 27S:137-157
- Dewald, P. (1972). *The psychoanalytic process*. New York: Basic Books.
- Eagle, M. N. (2003). Clinical implications of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry* 23, 27-53
- Eissler, K.R. (1953). The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique. *JAPA*, 1:104-143.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd edition). New York: Norton.
- Fairbairn, W. D. (1958). On the Nature and Aims of Psycho-Analytical Treatment. *Int. J. Psycho-Anal.*, 39:374-385
- Fonagy, P. (1999). Memory and Therapeutic Action. *Int. J. Psycho-Anal.*, 80:215-223
- Fosshage, J. L. (2004). The explicit and implicit dance in psychoanalytic change. *Journal of Analytical Psychology*, 49, 49-65.
- Frank, K. A. (1999). *Psychoanalytic participation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Frank, K. A. (2005). Toward conceptualizing the personal relationship in therapeutic action: Beyond the “real” relationship. *Psychoanalytic Perspectives*, 3, 15-56.
- Freud, S. (1917). *Introductory Lectures on Psycho-Analysis*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVI (1916-1917): Introductory Lectures on Psycho-Analysis (Part III), 241-463.

- Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms, and anxiety*. Standard Edition, 20, London: Hogarth Press, pp. 75-175.
- Freud, A. (1954). The widening scope of indications for psychoanalysis: Discussion. *JAPA* 20, 607-620.
- Freud, S. (1912). *Recommendations to physicians practising psycho-analysis*. Standard Edition, Vol. 12.
- Freud, S. (1930). Civilization and its discontents. Standard Edition, 21, London: Hogarth Press, p. 57-146.
- Friedman, L. (2002). What lies beyond interpretation, and is that the right question. *Psychoanalytic Psychology*, 19, 540-551.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford.
- Gill, M. M. (1991). Indirect suggestion: A response to Oremland's *Interpretation and Interaction*. In J. D. Oremland. *Interpretation and interaction* (p. 137-164). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Gill, M. M. (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. *International Review of Psycho-Analysis*, 11, 161-179.
- Gill, M. M. (1979). The analysis of the transference. *JAPA*, 27 (supplement), 263-288.
- Gill, M. M. (1994). *Psychoanalysis in transition*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Gill, M. M. (1983). The interpersonal paradigm and the degree of the therapist's involvement. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 200-237.
- Gill, M. M. (1982). *Analysis of transference*, Vol. 1: Theory and technique. New York: International Universities Press.
- Gladwell, M. (2005). *Blink: The Power of thinking without thinking*. New York: Little, Brown.
- Glover, E. (1931). The Therapeutic Effect of Inexact Interpretation: A Contribution to the Theory of Suggestion. *Int. J. Psycho-Anal.*, 12:397-411.
- Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Havens, L. (1986). *Making contact: Uses of language in psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hoffman, I. Z. (1992). Some practical implications of a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 287-304.
- Hoffman, I. Z. (1998). *Ritual and spontaneity in psychoanalysis: A dialectical-constructivist view*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Hoffman, I. Z. (2006). Forging Difference Out of Similarity: The Multiplicity of Corrective Experience. *Psychoanalytic Quarterly*, 75, 715-751.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Lachmann, F. M. & Beebe, B. (1992). Reformulations of early development and transference: Implications for psychic structure formation. In J. W. Barron, M. N. Eagle, & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 133-153). Washington, DC: APA Books.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1973). *The language of psychoanalysis*. New York: Norton.
- Loewald, H. (1960). On the therapeutic action of psycho-analysis. *I.J.P.A.*, 41, 16-33.

- Lyons-Ruth, K. (1999). The Two-Person Unconscious. *Psychoanal. Inq.*, 19:576-617.
- Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19, 282-289.
- Maroda, K. J. (2004). *The power of countertransference : Innovations in analytic technique* (2nd ed., rev. and enl). Hillsdale, NJ : Analytic Press.
- Maroda, K. J. (2002). No place to hide. *Contemporary Psychoanalysis*, 38:101-120
- Maroda, K. J (1999). *Seduction, surrender, and transformation : emotional engagement in the analytic process* Hillsdale, NJ : Analytic Press.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis*. New York: Guilford.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy*. New York: Guilford.
- Messer, S. B. (2000). Applying the visions of reality to a case of brief therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 55-70.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Mitchell, S. A. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. A. (1986). The Wings of Icarus: Illusion and the Problem of Narcissism. *Contemporary Psychoanalysis*, 22:107-132
- Ogden, T. H. (1994). The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts. *Int. J. Psycho-Anal.*, 75:3-19.
- Ogden, T. H. (2004). The Analytic Third: Implications for Psychoanalytic Theory and Technique. *Psychoanal Q.*, 73:167-195.
- Renik, O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 62, 553-571.
- Renik, O. (1999). Playing One's Cards Face up in Analysis: An Approach to the Problem of Self-Disclosure. *Psychoanal Q.*, 68:521-539.
- Ricoeur, P. (1970). *Freud and philosophy*. New Haven: Yale University Press.
- Rieff, P. (1979). *Freud: The mind of the moralist*. Third edition. Chicago: University of Chicago Press.
- Rockland, L. H. (1989). *Supportive therapy: A psychodynamic approach*. New York: Basic Books.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance : A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Samuels, A. (2000). Post-Jungian Dialogues. *Psychoanal. Dial.*, 10:403-426.
- Schafer, R. (1997). *The contemporary Kleinians of London*. Madison, CT: International Universities Press.
- Silberschatz, G. (2005). *Transformative Relationships: The Control Mastery Theory of Psychotherapy*. New York: Routledge.
- Stein, M. H. (1979). Review of H. Kohut, "The Restoration of the Self." *Japa*, 27, 665-680.
- Stern, D. B. (2004). The eye sees itself: Dissociation, enactment, and the achievement of conflict. *Contemporary Psychoanalysis*, 40, 197-237.
- Stern, D.B. (2003). The Fusion of Horizons: Dissociation, Enactment, and Understanding. *Psychoanal. Dial.*, 13:843-873. Editado en este número de la revista de SAP.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K.,

- Morgan, A. C., Bruschweiler-Stern, N. and Tronick, E. Z. (1998). Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation. *IJPA*, 79:903-921.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment: In psychotherapy and everyday life*. N.York: Norton.
- Stern, D. B. (1997). *Unformulated Experience: From Dissociation to Imagination in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stern, D.B. (2002). Words and Wordlessness in the Psychoanalytic Situation. *JAPA* 50:221-247
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Wachtel, P. L. (1991). The role of accomplices in preventing and facilitating change. In R. Curtis & G. Stricker (Eds.), *How people change: Inside and outside therapy* (pp. 21-28). New York: Plenum.
- Wachtel, P. L. (1993). *Therapeutic communication*. New York: Guilford.
- Wachtel, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wachtel, P. L. (2003). The surface and the depths: The metaphor of depth in psychoanalysis and the ways in which it can mislead. *Contemporary Psychoanalysis*, 39, 5-26.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: Guilford.
- Wallerstein, R. S. (1989). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 195-205.
- Weiss, J. & Sampson, H. (1986). *The psychoanalytic process*. (With the Mt. Zion Psychotherapy Research Group). New York: Guilford.
- Weiss, J. (1998). Patients' Unconscious Plans for Solving Their Problems. *Psychoanal. Dial.*, 8:411-428.
- Werman, D. A. (1984). *The practice of supportive psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Westen, D.& Gabbard, G.O. (2002b). Developments in Cognitive Neuroscience: II. Implications for Theories of Transference. *JAPA.*, 50:99-134.
- Westen, D.& Gabbard, G..O. (2002a). Developments in Cognitive Neuroscience: I. Conflict, Compromise, and Connectionism. *JAPA.*, 50:53-98.
- Wolff, P. H. (2001). Why psychoanalysis is still interesting. Paper presented at the annual meeting of the Rapaport-Klein Study Group, Stockbridge, MA.