

El “algo más” que la interpretación revisitado: desorden y co-creatividad en el encuentro psicoanalítico¹



The Boston Change Process Study Group^{2,3}

¹ The Boston Change Process Study Group (2005) The “something more” than interpretation revisited: sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol. 53 número 3 (693-729). El presente trabajo se publica con permiso de los autores y de la dirección del *Journal of the American Psychoanalytic Association*.

² The Boston Change Process Study Group (Grupo de Estudios del Proceso de Transformación de Boston), incluye a los siguientes miembros, en orden alfabético: **Nadia Bruschenweiler-Stern**, Directora del Centro Brazelton de Suiza; **Karlen Lyons-Ruth**, Profesora Asociada de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Harvard; psicóloga docente y supervisora del Hospital de Cambridge, investigadora principal del proyecto “Family Pathways”, profesora del Instituto Psicoanalítico de Massachusetts, Afiliate Scholar de la Sociedad e Instituto de Psicoanálisis de Boston; **Alexander C. Morgan**, Profesor Clínico Asistente de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Harvard en el Hospital de Cambridge, Profesor de la Sociedad e Instituto de Psicoanálisis de Boston y del Instituto Psicoanalítico de Massachusetts. **Jeremy P. Nahum**, profesor de la Sociedad e Instituto de Psicoanálisis de Boston, del Instituto Psicoanalítico de Massachusetts, del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Harvard en el Hospital de Cambridge. **Louis W. Sander**, Profesor Emérito de Psiquiatría, Facultad de Medicina de la Universidad de Boston; Profesor Emérito de Psiquiatría y Senior Scholar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado. **Daniel Stern**, Profesor de Psicología, Universidad de Ginebra, Suiza.

En el momento en que este trabajo fue concebido y escrito, Alexandra M. Harrison y Edward Z. Tronick también eran miembros del grupo, pero ya no lo son. Los autores reconocen el generoso apoyo de Kohler-Stiftung en su colaboración para concertar los encuentros del grupo. Presentado para su publicación el 6 de agosto de 2003.

³ The Boston Change Process Study Group figura en el presente trabajo como BCPSG.

ABSTRACT

Features of dynamical systems thinking can illuminate insufficiently recognized levels of psychoanalytic process. A central aspect of dynamical models is that changes in complex systems are unpredictable and arise out of the interaction of elements. Examination of the moment-by-moment micro-foreground, or local level, of psychoanalytic sessions led to the conclusion that indeterminacy and surprise are inherent properties of intersubjective systems. This indeterminacy, or sloppiness, comprises several interrelated features of the dialogue: "fuzzy" intentionalizing, unpredictability, improvisation, variation, and redundancy. Audiotaped transcripts of two analytic sessions illustrate how these sloppy features generate unpredictable and potentially creative elements that contribute to psychotherapeutic change.

RESUMEN

Algunos aspectos del pensamiento dinámico de los sistemas pueden echar luz sobre niveles poco reconocidos del proceso psicoterapéutico. Un aspecto central de los modelos dinámicos es que los cambios en los sistemas complejos son impredecibles y emergen de la interacción de los elementos. El examen detallado, momento-a-momento, o de nivel local, de las sesiones psicoanalíticas ha llevado a la conclusión de que la indeterminación y la sorpresa son propiedades inherentes de los sistemas intersubjetivos. Esta indeterminación, o desorden (sloppiness), comprende varios aspectos interrelacionados del diálogo: intencionalidad "difusa", imprevisibilidad, improvisación, variación y redundancia. La transcripción de la grabación de dos sesiones analíticas ilustra cómo estos aspectos desordenados (sloppy) generan elementos impredecibles y potencialmente creativos que contribuyen a transformaciones psicoterapéuticas.

DESCRIPTORES: PROCESO PSICOANALÍTICO - INTERSUBJETIVIDAD - INTERACCIÓN COMUNICATIVA - DÍADA

*El "algo más" que la interpretación revisitado:
desorden y co-creatividad en el encuentro psicoanalítico*

Al aplicar la teoría de sistemas dinámicos al proceso psicoanalítico, hemos llegado a la conclusión de que la interacción terapéutica psicoanalítica es un proceso inherentemente desordenado (*sloppy*). Dicho desorden surge de la indeterminación intrínseca del proceso co-creativo de dos mentes. *Desorden (sloppiness)* en este texto se refiere a la cualidad indeterminada, o aproximada del intercambio de significados entre paciente y analista. Este trabajo es un intento de desarrollar y explorar esta idea de indeterminación, como también sus implicancias para el proceso del psicoanálisis. Basaremos también esta com-

prensión del desorden del “momento a momento” del proceso terapéutico, en aspectos observados de una sesión analítica transcrita.

Intentaremos describir el proceso psicoanalítico en lo que hemos llamado el nivel local (BCPSG 2002). El nivel local es el intercambio momento-a-momento entre paciente y terapeuta, que consiste en movimientos relacionales compuestos por sucesos verbales y no-verbales, como frases habladas, silencios, gestos y cambios de postura o de tema. Se considera que cada movimiento relacional en el nivel momento-a-momento revela una intención de crear, alterar o afinar la naturaleza inmediata de la relación terapéutica. Todo intercambio tiene un nivel local.

Este enfoque permite centrarnos en aquellos sucesos que creemos no han recibido suficiente reconocimiento en el proceso terapéutico. Muchos pensadores actuales han explorado la dimensión interactiva del proceso psicoanalítico (ver, por ejemplo: Benjamin, 1995; Hoffman, 1998; Mitchell, 1997; Ogden, 1997). Sin embargo, la mayoría de los pensadores relacionales se han ocupado del amplio alcance del significado psicodinámico pero no han puesto el foco sistemáticamente en el nivel momento-a-momento (ver, sin embargo, Beebe y Lachmann, 2002). Examinar el proceso a nivel local puede entenderse como utilizar una lente convergente para observar el proceso psicoanalítico, un nivel de análisis adicional que no reemplaza las descripciones psicodinámicas tradicionales realizadas en un nivel más macro.

Los nuevos enfoques conceptuales y descriptivos frecuentemente requieren nueva terminología para captar ideas que les son específicas. A medida que comenzábamos a desarrollar nuestra perspectiva de la dimensión momento-a-momento del tratamiento psicoanalítico, se hacía más claro que la mayor parte del vocabulario psicoanalítico establecido tenía fuertes vínculos conceptuales con el inconciente dinámico y la teoría tripartita de la mente. El uso de dicho vocabulario para referirnos a nuestra perspectiva algo distinta de la diversidad de procesos inconcientes resultaba frecuentemente confuso más que clarificador. Por lo tanto, encontramos que era necesario introducir nuevos términos en nuestra presentación.

Mientras que nuestros descubrimientos pueden tener implicancias para cuestiones psicoanalíticas tales como el alcance del inconciente dinámico, la relación entre la imprecisión observada a nivel local y su manejo técnico, y la relación entre lo que nosotros consideramos material espontáneo co-creado y el material dinámico intrapsíquico proveniente del pasado, dichas implicancias se encuentran más allá de nuestro alcance en este trabajo. Por el momento ocuparán nuestra atención, nuestro enfoque y las descripciones que surgen de éste.

A pesar de las connotaciones negativas de la palabra *desorden*, nosotros la vemos aquí como penetrante, ineludible e inherente al nivel momento-a-momento de toda interacción diádica. En vez de considerarla como un problema, la vemos como crucial para la generación de nuevas posibilidades de cambio psicoterapéutico. Si bien el desorden del intercambio de sentidos introduce en la interacción un grado sustancial de incertidumbre, al crear lo que suelen considerarse errores o contratiempos, paradójicamente introduce nuevas posibilidades para aumentar la coherencia del proceso interactivo entre analista y paciente. El desorden es potencialmente creativo.

Mientras que los modelos de sistemas dinámicos, que de una manera u otra incluyen la característica de desorden, contribuyeron a realizar sorprendentes descubrimientos en muchas áreas de la ciencia (ver Thelen y Smith 1994; Prigogine 1997; Edelman 1992; Freeman 1995, 1999), pocos teóricos consideraron cómo podían aplicarse a los procesos relacionales en psicoterapia (sin embargo, ver Beebe y Lachman 2002; Stolorow 1997). Al explorar las consecuencias de la investigación del desarrollo en las terapias psicoanalíticas, hemos tomado aspectos de las perspectivas diádicas, relacionales e intersubjetivas del análisis, y las hemos integrado en una perspectiva del proceso terapéutico de sistemas dinámicos basada en el desarrollo. Los modelos de sistema dinámico son especialmente adecuados para aplicar a sistemas complejos con muchas variables interdependientes. Dichos sistemas tienen propiedades de auto-organización, que resultan en cambios de organización discontinuos y no-lineales, que son mayormente impredecibles. Estos cambios llevan al surgimiento inesperado de propiedades que no existían anteriormente.

Este marco referencial de sistemas dinámicos tiene varias características. Primero, el motor dinámico de la terapia se encuentra en las propiedades autoorganizativas del terapeuta y el paciente como diada. Segundo, el analista y el paciente contribuyen tanto con tendencias individuales como con aportes modelados por otros. Estas variables pueden por momentos entrar en oposición, y en otros momentos ser congruentes o complementarias. Tercero, la trayectoria que surgirá de la interacción de los dos integrantes es impredecible e incluye propiedades emergentes que nacen de la interacción de las múltiples variables. Cuarto, la trayectoria emergente será sensible a y restringida por las condiciones iniciales de la relación, incluyendo las historias relacionales traídas por ambos integrantes. Dicho marco referencial incluye un importante papel tanto para la organización como para la restricción que opera dentro del sistema.

Además del marco referencial de sistemas dinámicos, la investigación sobre el desarrollo ha señalado la importancia de formas de memoria no-con-

ciente, implícita, de procedimiento. Recientemente hemos subrayado la importancia de dichas formas implícitas de representación en el campo relacional y las hemos denominado *conocimientos relacionales implícitos* (*implicit relational knowings*). Este término se refiere a las representaciones de las formas en que los individuos se relacionan entre sí, que se encuentran por fuera tanto de la atención focal como de la experiencia verbal conciente (Lyons-Ruth 1999; Stern et al. 1998; Tronick et al. 1998).

No rechazamos el concepto de inconciente dinámico. Al contrario, pensamos en una variedad de fenómenos inconcientes. Tradicionalmente, en psicoanálisis el único fenómeno inconciente considerado “psicodinámico”, *locus* de todas las representaciones afectivamente importantes, es el inconciente dinámico, interpretado como verbal o simbólico, y como devenido inconciente sólo gracias a la represión. Sin embargo, existe también conocimiento implícito no-conciente, que no tiene nivel verbal o simbólico y no requiere de la represión para permanecer inconciente (Stern et al. 1998). Dado que el nivel implícito representa la acción interpersonal dirigida a una meta, con sus fuertes valencias afectivas y elementos conflictivos, este nivel es también fértil en significado psicodinámico, sin ser necesariamente parte del inconciente dinámico (Lyons-Ruth 1999). No obstante, un mayor desentrañamiento de las contribuciones de lo no-conciente implícito y del inconciente reprimido están más allá del alcance de este trabajo. Aquí nuestra tarea es dirigir la atención a la existencia del nivel implícito.

Hallamos que enmarcar la contribución del pasado al presente en términos de conocimientos relacionales implícitos ofrece varias ventajas. Nos proporciona una descripción de la relación pasado-presente congruente con el conocimiento actual sobre el desarrollo y las neurociencias (ver Lyons-Ruth 1999; Schore 1994; Westen y Gabbard 2002 a,b). La neurociencia cognitiva ha demostrado en repetidas oportunidades la existencia y el funcionamiento separable de dos formas de memoria, comúnmente rotuladas memoria implícita y memoria explícita, o memoria de procedimiento y memoria semántica. La investigación del desarrollo describió la capacidad pre-verbal del lactante para representar y anticipar patrones de interacción con otros antes de que estén en funcionamiento formas simbólicas o explícitas de memoria, y mucho antes de que pueda formularse cualquier descripción simbólica de la estructura de la interacción.

Mientras que la teoría psicoanalítica anterior tendía a hacer equivaler las formas no-verbales de representación con el funcionamiento pre-verbal de la primera infancia, la neurociencia actual deja claro que las formas implícitas de representación son fundamentales tanto para el funcionamiento complejo

del adulto como para el funcionamiento del lactante (ver, por ejemplo, Jacoby y Dallas 1981; Schachter y Moscovitch 1984). Más aun, en la vida adulta, el nuevo aprendizaje complejo ocurre a través de mecanismos implícitos. Este nuevo aprendizaje no está mediado por traducción de conocimiento implícito a formas conscientes o simbólicas, aunque puede incluir palabras o imágenes como parte del aprendizaje que está representado implícitamente. Por cierto, muchas formas de conocimiento implícito atañen a cómo hacer cosas con palabras. Dado que las formas implícitas de memoria no están inicialmente codificadas en palabras, la forma verbal no es la forma en que la mente funciona habitualmente.

El concepto de conocimiento relacional implícito mantiene la idea de que los procesamientos inconsciente dinámico (reprimido) y no-consciente son centrales en la vida afectiva y relacional, a la vez que nos libera de un modelo del inconsciente dinámico como la única o necesaria manera de comprender la esfera intrapsíquica. También nos libera de la expectativa de que el cambio necesariamente requiera comprensión verbal en el sentido de hacer consciente lo inconsciente. Mientras que la mayoría de las teorías relacionales explican los cambios como resultado de una comprensión verbal compartida de las transacciones paciente-analista que se logra después de ocurridas las interacciones decisivas, nuestro modelo propone que los procesos implícitos afectivamente fructíferos pueden traer cambios en las capacidades interactivas en el momento (Stern 2004). En algunos casos, estos cambios pueden no requerir que los interactuantes reflexionen explícitamente sobre lo que ha sucedido.

Concebimos al conocimiento relacional implícito como un dominio de la memoria relacional que está constantemente en el proceso dinámico de ser reorganizada con cada nuevo encuentro relacional. A pesar de que ambos miembros de la pareja terapéutica tengan muchas capacidades intersubjetivas, incluyendo las capacidades de interpretar intenciones relacionales y los estados mentales del otro, la capacidad de crear conocimiento implícito compartido no reside únicamente en ninguno de ellos actuando aisladamente. Al contrario, como la relación terapéutica avanza, el conocimiento implícito compartido y las intenciones compartidas emergen poco a poco de las propuestas relacionales co-creativas que cada uno le provee al otro. El sistema diádico dinámico tiene capacidades emergentes para crear en los interactuantes formas nuevas e impredecibles de conocimiento implícito compartido, como son los nuevos modos de ser juntos co-creados en el tratamiento.

En resumen, hacemos las siguientes suposiciones. La mayoría de las experiencias vitales afectivamente significativas relevantes en la psicoterapia se

representan en la esfera del conocimiento implícito no-conciente. Esto incluye muchas manifestaciones de la transferencia. Por lo tanto, mucho de lo que sucede a nivel local es significativo psicodinámicamente, aunque no sea necesariamente reprimido. No focalizamos aquí el hecho de que el inconciente dinámicamente reprimido puede tener una influencia activa en el nivel local. Simplemente estamos llevando la atención hacia un nivel diferente de proceso.

Al elaborar este modelo de sistemas dinámicos de la emergencia de nuevas formas de conocimiento relacional implícito, hacemos foco en la actividad momento-a-momento del paciente y el analista. En trabajos previos, comenzamos en el intento de resolver los momentos memorables “resaltados” por ambos participantes (Stern y colaboradores 1998).

En trabajos subsiguientes, expandimos nuestro foco de atención para incluir los momentos cotidianos más tranquilos de trabajo entre ambos participantes de la dupla terapéutica en el nivel local de las interacciones momento-a-momento (BCPSG 2002). En este nivel local, quedó claro que el cambio ocurría de manera similar tanto en los pequeños momentos, aparentemente triviales, como en los momentos “resaltados” de cambio terapéutico más notorio. Debido a que creemos que el nivel local es un terreno importante de acción terapéutica, consideramos que la clarificación de procesos y fenómenos que ocurren en este nivel, incluyendo el desorden, iluminará facetas adicionales de lo que realmente sucede en un tratamiento psicoanalítico.

Comparada con la atención que se le dedica a la metateoría, es muy escasa la atención que se dedica al nivel momento-a-momento del proceso terapéutico. Creemos que este nivel de actividad terapéutica tiene su propia complejidad, estructura y organización. Es en este nivel del momento-a-momento en el que se representan y se desarrollan los procesos relacionales implícitos. Que el nivel local sea nuestro foco de atención no implica que no consideremos relevantes también a los fundamentos y la metateoría del marco referencial psicoanalítico. De hecho, trabajos futuros requerirán que nos centremos en la integración del nivel local con el nivel más amplio de significados psicodinámicos y de narrativas.

Desorden y co-creatividad: intrínsecos al proceso terapéutico

La apreciación del proceso terapéutico como desordenado a nivel local es una observación central de este trabajo. Tiene consecuencias de gran alcance. El desorden expande las posibilidades y la variabilidad inherente a la diada

psicoanalítica. Y la co-creación es el proceso por el cual se capitaliza el desorden para generar orden y dirección compartida en la interacción.

El analista típicamente comienza el proceso terapéutico teniendo solo una noción general y bastante abstracta de hacia dónde querría ver progresar a su paciente en relación a la resolución del conflicto, la ampliación de áreas de funcionamiento efectivo, la reducción de angustia, o la expresión flexible de afecto. De manera similar, el paciente comienza sólo con ideas muy generales de dónde le gustaría terminar. Ni el analista, ni el paciente, pueden saber con detalle lo que ambos deberán hacer juntos para alcanzar sus metas. Por cierto, tanto analista como paciente solo pueden intentar resolver el dilema inmediato de qué hacer para dar el siguiente paso en el proceso interactivo. Esta lucha es, por supuesto, el punto en el cual se ponen en juego toda la formación dinámica del analista y su propia humanidad. Es aquí donde la comprensión del analista operacionalizará alguna dirección en la cura y alguna selección de qué “reconocer” en las palabras y acciones del paciente. Pero esta indeterminación del “cómo” de la terapia es ineludible, con independencia de la postura técnica, y surge necesariamente del hecho irreductible que tanto paciente como analista son fuentes de agencia y subjetividad independiente y al mismo tiempo están constantemente influenciándose el uno al otro.

Parte del desorden del sistema diádico terapéutico emerge desde un rasgo nuclear de la interacción terapéutica al cual nos referiremos como *intencionalización borrosa*. Cuando interactúan dos agencias creativas e independientes, un problema central con el que se encuentran es que, mientras las acciones son observables, sus intenciones o significados deben ser inferidos. Podemos aseverar, junto con Freeman (1995, 1999) y en la línea de las investigaciones actuales sobre primera infancia (Meltzoff 1995; Carpenter, Nagell, y Tomasello 1998), que este proceso de inferir intenciones por medio del análisis de las acciones es central al cómo trabaja el cerebro y al cómo comprendemos a los otros. Estas inferencias respecto de las intenciones de los demás son los materiales crudos desde los cuales se elaboran parcialmente los movimientos relacionales propios.

La inferencia de intención o dirección motivacional, es un tema crítico que enfrenta a dos personas interactuando, pero cobra mucha importancia en un tratamiento psicoanalítico debido al foco primario en las direcciones motivacionales. Cuando utilizamos aquí el término *intención*, lo utilizamos tanto en un sentido restringido (¿Qué intenta hacer el otro ahora con ese comentario?) como en un sentido amplio (¿Cuáles son los significados o metas más amplios que contribuyen a la acción o comentario?). Sin embargo, la

relación entre la acción observada, generalmente una acción verbal en un encuadre analítico, y la intención inferida es necesariamente aproximada. El análisis y la traducción de la acción en intención o significado requieren, con frecuencia, reiteración y redundancia en las secuencias interactivas, de manera que se puedan evaluar y descartar las posibles “lecturas” alternativas. Este proceso de inferencia y evaluación ocurre todo el tiempo, fundamentalmente en un nivel implícito fuera de la conciencia.

Desorden e intencionalidad

La indefinición en el curso del proceso de inferir, en la actividad del otro, la intención o dirección hacia una meta, le da al proceso interactivo un desorden inevitable. Cada miembro de la díada no sólo realiza acciones e infiere intenciones sino que esas acciones e inferencias de intención tienen efecto, a medida que van surgiendo, en la forma que tomarán las acciones e intenciones del otro.

Este desorden en el comprender las intenciones es una fuente de desorden correspondiente al proceso interactivo en sí mismo. El desorden es inherente a la naturaleza de la subjetividad humana. Con el tiempo, a partir de un proceso de negociación, las intenciones de cada uno pueden llegar a ser “reconocidas” por el otro en un nivel implícito.

Este proceso continuo de intencionalización borrosa requiere un alto grado de variabilidad y redundancia en el seno del proceso terapéutico. Esto es necesario para permitir que ambos miembros encuentren respuestas adecuadas el uno al otro que lleven al surgimiento de una dirección conjunta en el tratamiento. En el núcleo de nuestra perspectiva del cambio terapéutico, el proceso de reconocimiento capitaliza el desorden, con su variabilidad, impredecibilidad y redundancia, para lograr momentos especiales de encuentro que contribuyen a que emerja una nueva dirección compartida por la díada. Hemos discutido este proceso de reconocimiento implícito en trabajos previos (Stern y col. 1998; Tronick y col. 1998; BCPSG 2002), y volveremos a él con más detalle en las secciones finales de este trabajo.

Desorden y co-creatividad

Dado que el desorden es intrínseco a la relación momento-a-momento, necesitamos tratar de resolver cómo puede contribuir a generar cambios. Es aquí donde entra en juego el concepto de co-creatividad. Consideramos la co-

creación como un proceso auto-organizado de dos mentes actuando juntas que aprovechan el desorden inherente a la interacción para crear algo psicológicamente nuevo. Lo que se origina no existía previamente y no puede ser previsto en su totalidad por ninguno de los miembros de la díada. Las múltiples fuentes de confusión y sorpresa en cualquier interacción crean el potencial para el surgimiento de elementos impredecibles que serán elaborados por la díada. Los sistemas dinámicos no-lineales, como los que se advierten en la interacción diádica, por su naturaleza reagrupan eventos interpersonales y mentales de formas que no son predecibles y que surgen espontáneamente como resultado de la interacción. Por lo tanto, los procesos interactivos realizan saltos no-lineales o cambios cualitativos. Por esta razón, nuevas intenciones, sentimientos y significados son algunos de los productos creativos de interés en un sistema diádico no-lineal. A pesar de que los significados, sentimientos e intenciones no son generalmente considerados como productos creados que emergen inesperadamente de un proceso diádico, son indiscutiblemente los productos más importantes y complejos que surgen de la interacción humana.

Utilizamos el término co-creatividad más que el de co-construcción por varios motivos. Este último término tiene connotaciones que son incongruentes con un modelo de sistemas dinámicos. La palabra *construcción* implica un proceso dirigido en el cual los elementos preformados son ensamblados de acuerdo a un plan a priori. Por el contrario, en la co-creatividad no hay un anteproyecto para el ensamblaje; los elementos ensamblados se forman durante el proceso de intercambio.

Es fácil pasar por alto esta creatividad en el corazón del microproceso de la interacción terapéutica. Por momentos puede parecer que no sucede mucho. Sin embargo, a nivel subjetivo hay una experiencia sostenida de incertidumbre e imprevisibilidad mientras terapeuta y paciente intentan juntos captar y alinear sus intenciones e iniciativas emergentes al servicio de una dirección compartida y sostenida en la interacción. Entre paréntesis, se debe mencionar que no toda dirección que pueda ser co-creada va a ser curativa o constructiva para el paciente. Pero esto es una cuestión de técnica y de cómo se concibe la eficacia terapéutica, temas que están más allá de nuestro alcance aquí.

Co-creatividad y desorden en una sesión de análisis

Ilustraremos estas características de los sistemas relacionales y su papel esencial en la generación de cambio terapéutico por medio de una observación detallada del proceso, línea por línea, de una sesión de análisis, utilizando material seleccionado de tres partes sucesivas de la transcripción de una sesión grabada en audio, perteneciente a un análisis conducido por uno de nosotros. La transcripción completa figura como apéndice del trabajo. Debido a que el conocimiento relacional implícito fue frecuentemente mal entendido, como si este se refiriera en su totalidad a los aspectos no-verbales de la interacción, creímos importante ilustrar que estos aspectos desordenados de la comunicación no están restringidos al ámbito no-verbal, sino que son evidentes en el nivel procedimental o de proceso implícito del intercambio verbal en sí mismo. Lo que una transcripción exclusivamente verbal no logra capturar es que varios niveles de comunicación, tanto verbal como no-verbal, ocurren simultáneamente en cualquier intercambio entre dos personas. La coherencia de dichas comunicaciones dentro y entre estos niveles es crucial para su impacto sobre el otro miembro de la díada terapéutica.

A pesar del carácter psicodinámicamente fecundo de los temas presentados por el paciente en estos pasajes y de nuestra convicción de que el nivel local está relacionado con el nivel de los significados psicodinámicos, no discutiremos esta dinámica. Al mismo tiempo que toda interacción terapéutica puede aportar a la discusión sobre psicodinámica, también tiene una organización a nivel local, sin importar la técnica analítica adoptada. La negociación de intención y dirección se verá muy diferente con distintas técnicas, pero dicha negociación siempre estará presente. Y la realidad de las características que estamos describiendo no son visibles a menos que uno las examine muy de cerca en este nivel momento-a-momento. De hecho, se pierde en el nivel narrativo. Deseamos, por lo tanto, demostrar lo que entendemos por desorden en el proceso co-creativo como ocurre en el nivel local, movimiento relacional por movimiento relacional. Ilustraremos el proceso de intencionalización borrosa, con su necesidad asociada de variabilidad y redundancia. Y también comentaremos cómo estos aspectos de desorden son intrínsecos a la creación de significados compartidos.

Para resumir la historia clínica, la paciente había llegado a análisis cuatro años antes, con ideas recurrentes de suicidio como única manera de reafirmarse tras las secuelas de una historia de abuso sexual intrafamiliar. La sesión del lunes, que será descrita, siguió a una sesión extra, del viernes previo, propuesta por el analista, al haber detectado un mayor sufrimiento en la paciente

durante su última sesión habitual. En la sesión suplementaria, el analista sugirió que la paciente podría haberse sentido obligada a concurrir, pero la paciente había disentido.

En la sesión del lunes, la paciente relató dos sueños que había tenido desde la sesión extra. Juntos, paciente y analista utilizaron estos sueños para adentrarse en un territorio que era nuevo para ambos. En el primer sueño, que había ocurrido el viernes por la noche, la paciente estaba en una sesión de terapia grupal que le recordaba a un grupo de abusados sexuales al que realmente había asistido. Este grupo la había perturbado. Al enfatizar su situación de víctima la había hecho sentir peor, no mejor. El segundo sueño había ocurrido la noche anterior, el domingo, y contenía material algo gracioso en el cual las imperfecciones del analista lo hacían parecer más humano y normalmente falible, no como alguien totalmente en control de su vida. Aquí la paciente sintió que el analista, contrariamente a lo que antes pensaba, era mucho más semejante a ella. Al día siguiente, la paciente comenzó la sesión sentada en vez de acostada, y dijo, atípicamente, que sentía tener una agenda propia. De hecho, más avanzada la sesión comenzaron a hablar por primera vez del final de análisis, de una manera que les pareció realista y razonable a ambos.

¿Cómo llegaron a este nuevo territorio habiendo comenzado en un punto de sufrimiento? Obviamente, la respuesta yace en la historia completa tanto del analista como de la paciente y de sus encuentros previos, y no es atribuible únicamente al intercambio actual. Sin embargo, nos limitaremos a hacer una revisión línea por línea de la transcripción, más que intentar que el analista explique y clarifique retrospectivamente su proceso interno.

Nuestros conceptos serán utilizados para resaltar aspectos del proceso de cambio que ocurren en el nivel local de la interacción y que dan lugar a los cambios de nivel macro, más visibles, experimentados por esta diada analítica.

La co-creación de intenciones en el proceso terapéutico

En el primer fragmento nos focalizaremos en el proceso co-creativo y la intencionalidad borrosa en la interacción terapéutica. Utilizaremos un ejemplo del comienzo de la sesión analítica, en el cual la diada estaba discutiendo el primer sueño, referido a la sesión de terapia grupal perturbadora. El sábado por la mañana la paciente pensó llamar por teléfono al analista para decirle que sus sentimientos acerca de él eran diferentes a los que había sentido hacia

el grupo de terapia. Sin embargo, decidió que podía esperar hasta el próximo encuentro para decírselo. Más adelante describe el segundo sueño (acerca de las imperfecciones del analista y su sentimiento de ser más semejante a él) en contraste con el primer sueño. Como puede verse, el analista no se queda en el relato de ella sobre el sueño del domingo por la noche, sino que la vuelve a llevar a la idea de llamarlo, que tuvo después del sueño acerca de la terapia de grupo.

Primer fragmento: ¿de cuál sueño vamos a hablar y por qué?

Paciente: Así que son dos completamente distintos... el sueño que tuve anoche me dejó sintiéndome realmente conectada con usted, y sabe, me hizo sentir... no lo sé, supongo que más cerca suyo, que usted me dijera que no es perfecto.

(Ella ha presentado dos sueños con alguna discusión y análisis, pero en este momento prosigue con el segundo. ¿Por qué? Aunque puede haber habido muchos motivos para su elección —defensa, cercanía en el tiempo, etc.— este es un ejemplo de la indeterminación en la comunicación con respecto a la dirección que la persona decide tomar, a lo que nos referimos con el término intencionalidad borrosa. ¿Había más cosas que aprender del primer sueño? No lo sabemos, porque de lo que ella habla, el sentimiento de cercanía en el segundo sueño, es a donde ella nos ha conducido. Y aún dentro de la elección que ha realizado, ella presenta algunas mínimas incertidumbres, diciendo cosas como “No lo sé, supongo”. Estas faltas de claridad pueden ser resistencias, mostrar una renuencia a meterse en este tema o sugerir una pregunta verdadera acerca de lo que ella estaba diciendo. En cualquier caso son un aporte a la intencionalidad borrosa, o indeterminación, al inferir hacia dónde el paciente quiere dirigirse).

Analista: A-ha.

(Esto puede significar “adelante”, pero de muchas maneras diferentes: Porque estoy intentando seguirla. Porque aún no he comprendido suficiente y necesito escuchar más. Porque todavía no tengo nada para decir. Porque no tengo ni idea de hacia dónde se dirige. Porque necesito más tiempo, tal vez el otro sueño es más importante. Cualquiera y tal vez todas estas intenciones podrían estar operando, haciendo una mezcla borrosa. Ella capta la idea global gracias a las convenciones y a su historia pasada de trabajo conjunto. Lo borroso está presente pero todavía no es demasiado amplio ni importante aquí).

Paciente: Mm.

(Parece estar diciendo: “No estoy segura de hacia dónde voy con esto.

O, tampoco sé dónde, no estoy segura de que iré allí. Comienzo a sentir que voy a necesitar alguna ayuda.” El analista proporciona esta ayuda en la siguiente línea).

Analista: Usted realmente pensó en llamarme el sábado acerca de este otro sueño.

(Aquí tenemos la primera sorpresa, un ejemplo de la imprevisibilidad en el desorden. El analista ejerce su propia iniciativa y vira la discusión hacia el otro sueño. De hecho, ni siquiera hacia el otro sueño, sino a lo que ella pensó en hacer *después* del sueño. ¿Por qué? Él parece haber alterado radicalmente la dirección de las cosas. ¿Sabía por qué lo hacía en el momento en que lo hizo? Se destaca la palabra *realmente*. Puede ser un pedido de clarificación acerca de si ella en verdad pensó en llamarlo, o un enunciado de su propia sorpresa ante el hecho de que ella lo hubiera pensado. O podía tener que ver con su preocupación de que él la habría obligado a aceptar una sesión suplementaria. De cualquier modo, sus intenciones son probablemente muchas, y aún no bien formadas. Resultó bien, pero eso no significa que él sabía lo que estaba haciendo en ese momento. El viraje del analista, su abandono del segundo sueño, el del domingo a la noche, es también sorprendente, ya que el segundo sueño parece contener material transferencial más candente).

Paciente: ¡Sí!

(Ella elabora algo de lo borroso focalizándose en una sola parte de lo poco claro. Sí, ella realmente pensó en llamarlo por teléfono).

Analista: ¿Cuál habría sido... eh... la razón por la cual estaba pensando en esto, en este tipo de conexión muy real, cuál fue?

(Él está esforzándose aquí para encontrar el camino. Realiza una serie de salidas incompletas y rápidamente abandonadas para encontrar y expresar su intención, un ejemplo de redundancia dentro de su pensamiento. Al hacerlo así, se le ocurre la frase *conexión real*, haciendo eco de las palabras que la paciente había utilizado en su primera oración sobre el segundo sueño: “realmente conectada”. Él ha recontextualizado la frase. Puede observarse que él comienza a tender un pequeño puente tentativo entre ambos sueños, o puede estar hablando de la realidad de la conexión entre ellos dos. Esta intención aún permanece difusa. Pero la frase *conexión real* comienza a transformarse en un concepto enriquecido, co-creado, que más adelante ayudará a organizar la sesión. El enriquecimiento de este concepto es un producto conjunto del desorden y de los intentos de encontrar una dirección conjunta y un punto de encuentro en una comprensión compartida).

Paciente: ¿A qué se refiere, al llamado?

Analista: Sí, al llamado.

(Intercambian intentos de reducir la incertidumbre y de descubrir/crear intenciones borrosas. Aquí también vemos redundancias y variaciones utilizadas para ajustar clarificaciones).

Paciente: Bueno, porque lo ví a usted el viernes y sentí que había como un hilo de conciencia que había desembocado en ese sueño.

(Ella también detectaba vagamente una relación entre los dos sueños. Las intenciones borrosas de ambos comienzan a converger. El desorden entre ellos con respecto a cuál sueño discutir y el cambio de un sueño a otro hizo que la relación entre los sueños emerja como un tema. Sin embargo, esta no era la intención inicial ni del analista ni de la paciente. Fue un emergente de sus intentos colaborativos de despejar algo de la indeterminación).

Analista: Sí.

Paciente: Me pareció un poco confuso que... no sé exactamente cómo decir esto. Es como una retrospectiva o algo así. Estar soñando con [el terapeuta de grupo] y sintiendo ese tipo de presión...

(Inestable, vuelve al otro sueño, el primer sueño. Hay un ir y venir disyuntivo, otro ejemplo de redundancia. En este contexto, el sentimiento de “presión” emerge. Surge como un elemento nuevo e interesante, todavía borroso pero bien señalado).

Analista: Sí.

Paciente: ...es lo que no logro entender... quiero decir que pienso...

(Ella avanza tambaleante).

Analista: La presión está presente, ¿no es así? Aquí arribamos al asunto de la coerción, el ser forzado a hacer algo. Y en este sueño a usted realmente la presionan para que diga algo más. Y supongo que, me pregunto cómo esto se... eh ... conecta con el hecho de que tuvimos esa sesión suplementaria el viernes.

(Él interrumpe. ¿Es que él también siente una presión, pero con una intencionalidad diferente y todavía poco clara? Aquí entra la improvisación, cuando él pasa de la idea de presión a la de coerción. Ahora tienen que elaborar las intenciones borrosas que compondrán y clarificarán este concepto. La coerción de la sesión suplementaria aparentemente ha estado presente en su pensamiento, contribuyendo al sentido de presión de él, pero no necesariamente al de ella. Él está probando para ver si aquí hay un ajuste de intenciones).

Paciente: Lo que a mí me parece es que... el sueño tiene más que ver con la idea de que yo siento que tengo que estar a la altura, cumplir con las expectativas y decir lo esperado...

(Ella dice que no hay ajuste con su idea de la coerción. El analista estuvo en parte acertado y en parte equivocado. Para la paciente, la conexión con la sesión suplementaria era menos importante y no la toma. Lo que sí es más importante en este momento es que ella está clarificando lo que significa presión —o sea, “decir lo esperado”. El surgimiento de esta precisión crucial por parte de ella fue facilitado por el malentendido del analista, otra cosecha del desorden. Nótese nuevamente las repetidas variaciones necesarias para avanzar hacia una mayor claridad mutua).

Analista: A-há.

(Estando nuevamente en la dirección de la paciente, él está observando y alentando este despliegue inesperado).

Paciente: ... más que el sentimiento de (estar) coaccionada a venir aquí. De alguna manera hay una diferencia, de alguna manera allí dentro de esto de hacer una asociación con...

(Ella está refinando la precisión y avanza tambaleante. El nivel de desorden parece haber aumentado momentáneamente otra vez. Ella está sola, con otro, y desde este desorden están co-creando algo nuevo y algo con mayor claridad mutua).

Analista: Sí. A-há.

(Él la alienta a seguir buscando su camino, el camino de ambos).

Paciente: ... sentirme coaccionada a venir aquí el viernes, es algo que yo no sentí, por lo menos concientemente. Porque lo que yo estaba sintiendo tenía más que ver con que [el grupo] me pedía... era como que yo tenía que estar más enferma de lo que me sentía. Y creo que muchas veces eso es parte de mi actitud mental cuando yo vengo aquí, que hay una parte enferma de mi mente a la que tengo que acceder...

Analista: A-há.

Progresivamente, desde el desorden, paciente y analista han co-creado islas de concordancia intencional y dirección compartida. A través del mismo proceso, de utilizar la co-creatividad del desorden, estas islas luego se unen para lograr espacios mayores de conocimiento implícito compartido. De esta manera, la díada analítica hace avances a partir de la sensación de la paciente de que ella tenía que estar más enferma de lo que estaba, la sensación que surgió del sueño de la terapia grupal. Esta es una escala hacia su mayor sentido de agencia, visto más claramente al día siguiente, cuando comenzó la sesión sentada.

Para resumir nuestra comprensión de esta serie de transacciones en el nivel de procesos implícitos, la paciente recién articula su reconocimiento de la necesidad de reclamar su agencia. Ella decide *no* llamar a su analista el

sábado por la mañana. Luego ella trae dos sueños en los cuales está conectada a otra persona: en el primero, a través de su *self* enfermo, abusado sexualmente, y en el otro a través de su *self* competente, igual-al-analista. En el diálogo que sigue, paciente y analista discuten los sueños y las asociaciones de la paciente desde el punto de vista del significado simbólico. Además, simultáneamente están trabajando a nivel local en el desarrollo de la agencia de la paciente a través de interacciones implícitas, momento-a-momento, que llamamos co-creatividad. (La contribución del analista a esta tarea es darle a la paciente la oportunidad de clarificar cuál es su propia experiencia, de no aceptar meramente su dirección, un ejemplo de técnica en el andamiaje de la agencia de la paciente). En un proceso desordenado de intentar encontrar un ajuste entre ambos, ellos negocian direcciones intencionales compartidas y significados a nivel local. Aunque esto puede ser visto como la mera facilitación del desarrollo de la agencia de la paciente, nuestra opinión es que dicha facilitación es parte del proceso co-creativo que llevó a cambiar su sentido de agencia.

A partir de esta actividad, surgen significados simbólicos más complejos e intencionalidad. Estos significados más complejos incluyen aquel de la paciente que se conecta a otra persona a través de un sentido positivo de sí misma, de igual a igual, mientras que al mismo tiempo es conciente de su propia experiencia de impotencia y enojo —“la parte enferma de mi mente”— con la que lucha todavía para manejarla. Las intenciones que surgen incluyen los comienzos de su propia agenda y la confianza para hacerla valer.

¿Cómo opera en este segmento lo co-creativo, la naturaleza desprolija del proceso a nivel local, en la contribución al cambio? Es en las maniobras implícitas de avance y retroceso, en el tanteo de paciente y analista en cada paso acerca de cuánto puede cada uno contribuir y responder a la emergencia de una nueva dirección compartida donde se co-crea un nuevo significado compartido (esto, más que el cambio en el significado simbólico, es lo que conduce el camino a través de una comprensión compartida de los sueños y asociaciones de la paciente). A medida que paciente y analista buscan ajuste uno con otro —teniendo al mismo tiempo como referencia sus propias agendas— están co-creando una intención compartida. Esta nueva intención reorganiza y recontextualiza, en el proceso de su emergencia, cada una de las antiguas agendas (para datos relacionados a la recontextualización de la experiencia perceptual previa por medio de una nueva experiencia, ver Freeman 1995).

Debemos observar, sin embargo, que el problema de alcanzar una dirección compartida es de mayor complejidad que el simple hecho de decodificar las comunicaciones ambiguas del otro. El carácter profundamente relacional de la mente humana (Bruner 1990; Dilthey 1976; Husserl 1930; Lakoff y

Johnson 1999; Modell 2003; Feldman y Kalmar 1996; Stern 1985; Vygotsky 1934) implica que una dirección intencional o motivacional no es simplemente una cosa en la mente de una persona que se transmite al otro. Por el contrario, las intenciones o direcciones conjuntas para los próximos pasos en la relación son co-creados, son negociados entre los socios sobre una base momento-a-momento. Lo que generalmente pensamos como presente únicamente dentro de una persona, no es interno y rígido, sino que es continuamente co-creado en interacción con el otro. Cada socio está al mismo tiempo proponiendo acciones e infiriendo intenciones, lo cual tiene efecto sobre la formación de acciones e intenciones del otro a medida que éstas surgen. No sólo es ambigua la comunicación de intenciones entre miembros de la díada, sino que dichas comunicaciones están en permanente cambio y acomodación de acuerdo al feed-back del otro y a las posibilidades detectadas por cada uno de encontrar una dirección compartida para sus intercambios. La expresión de una intención relacional, entonces, no es un simple acto unipersonal, sino una propiedad emergente de la interacción en sí misma. Finalmente, la complejidad mental y el sentido de agencia de cada uno de los participantes inevitablemente introducen elementos impredecibles e improvisados en el modo en que cualquier dirección compartida será elaborada. Esta negociación conjunta y co-creación de intención y dirección puede considerarse como la esencia de la interacción terapéutica.

Procesos desordenados, impredecibilidad y variabilidad

Hemos señalado que la co-creatividad es el resultado de un proceso de improvisación imprevisible y que la intencionalidad borrosa depende de la variabilidad y redundancia. No queremos implicar que todo lo que sucede en una sesión es impredecible. Más bien, queremos enfatizar que el interjuego entre dos subjetividades inevitablemente produce fenómenos impredecibles y sorprendentes a nivel local.

Permítannos examinar nuevamente el material clínico a la luz de estas múltiples fuentes de nuevos elementos en la interacción. La paciente ha estado hablando del segundo sueño, en el cual el analista parecía “más como ella”. En este segmento hay dos silencios prolongados, uno de ochenta y tres segundos y uno de sesenta y ocho. Lo que es notable en relación a nuestro foco de atención es que lo que resulta de cada silencio es impredecible, variable. Uno no puede saber cuánto durará cada uno, quién le pondrá fin, o que sucederá después.

Segundo fragmento: ¿Cómo sabemos hacia dónde vamos?

Paciente: En el sueño, éste me hizo sentir más fuerte.

Analista: ¡Sí!

(Apoya el pensamiento de ella).

Paciente: Me hizo sentir más... en igualdad con usted... (pausa de 83 segundos).

Analista: ¿Esto es algo que ha sucedido actualmente?

(¿Hay algo en la idea de ella, de estar en igualdad con él, que los hace pausar a ambos? ¿O es el reconocimiento del analista de que es el momento de la paciente de tomar la iniciativa lo que sienta las bases de la pausa?).

Paciente: Ehh... Creo que hasta cierto punto... mi sentimiento ha comenzado a cambiar con respecto... con respecto a eso. Yo no diría que... no me parece que sea un hecho consumado (risita ahogada)... Mmm... Una de las cosas en las que estaba pensando el sábado mientras pensaba en llamarlo era que yo, yo estaba convencida en mi propia mente de que podía llamarlo y que podía contarle sobre aquel sueño y eso iba a estar bien. De manera que eso me hizo sentir como que no necesitaba hacerlo.

(Ella está diciendo que ahora ella reconoce que tiene agencia y que no necesitaba demostrarlo).

Analista: A-há.

(Al focalizar el pensamiento en el llamado del sábado ella hace un giro que el analista no pudo prever).

Paciente: Usted sabe que no necesito demostrar nada, así que... así que no lo hice.

Analista: A-há.

Paciente: Sabe que fue suficiente, fue suficiente reconocerme a mí misma que yo sabía que podía tomar el teléfono y contárselo, y eso hubiera sido interesante, pero yo también podía (breve risita sofocada) contárselo hoy.

Analista: A-há.

Paciente: Y me parece que al verlo de esa manera, hay algo en mí, en mí ver que estaba bien que lo llamara, que me hizo sentir que estamos más iguales...

Analista: A-há.

Paciente: ... que en desigualdad.

Analista: A-há... (pausa de 68 segundos)

Paciente: En el sueño... eh... el sueño de anoche, yo me sentía como...

eh... no sé como decir qué era exactamente, sigue viniéndome la palabra *aceptación* dentro de mí...

(Quiebra el silencio con la nueva idea de la aceptación. Si bien se relaciona con y expande la idea de conexión real, introduce una variación).

Analista: A-há.

Paciente: ...En la cabeza. Era como si yo me sintiera aceptada... como soy, y...

(Ella repite la idea de la aceptación, después del a-há del analista asintiendo, en una segunda iniciativa que destaca su interés en avanzar en esa dirección).

Cuando la paciente introduce la idea de aceptación, ha ocurrido un cambio en el campo intersubjetivo que no podía predecirse como resultado del silencio. Se puede ver aquí, que no hay estructura narrativa coherente a nivel local, no había manera de saber qué vendría después de cualquiera de los movimientos relacionales. Ni siquiera el analista con mayor *insight* puede saber lo que la paciente dirá en la próxima oración. Aun cuando el tema general es claro, la forma exacta que tomará es impredecible. Sin embargo, la forma exacta de lo que el analista dice va a crear el contexto y por lo tanto influirá sobre lo que suceda después. Este rasgo importante de lo que realmente sucede en el proceso terapéutico no se revela haciendo foco en la dinámica de los significados inconcientes.

Para tener en cuenta esta impredecibilidad, uno sólo necesita intentar considerar que aquello que *sí* sucedió no es lo que *tenía* que suceder. Muchas cosas *podrían* haber sucedido. En cualquier momento, guiados por el significado que el momento tuvo para cualquiera; cualquiera, paciente o analista pudieron haber hecho un movimiento relacional diferente que hubiera cambiado el rumbo de su flujo interaccional. La presencia de co-creatividad e intencionalidad borrosa en la interacción terapéutica significa que todo movimiento relacional pudo haber sido diferente. Hay muchos caminos igualmente válidos y efectivos para la díada, muchos de los cuales llegarían aproximadamente al mismo destino. En biología y en psicología evolutiva, esta equivalencia de caminos diversos e idiosincrásicos se denomina “principio de equifinalidad”.

La redundancia de los procesos desordenados

A pesar de esta impredecibilidad en el recorrido preciso a tomar en la interacción terapéutica, analista y paciente transmiten significados, desarro-

llan conocimiento implícito sobre cómo estar juntos, negocian direcciones compartidas y se sienten conectados uno con el otro. Siendo la transmisión e inferencia de intenciones un proceso tan borroso, variable e impredecible, ¿cómo llega una persona a saber qué significado se ha expresado? Nos pareció que la clave de este enigma estaba en la recurrencia y redundancia características de las interacciones. Para establecer el caso de un modo más sólido, se utilizará una enorme cantidad de tiempo del tratamiento en repeticiones, variaciones de un tema, reformulaciones, de manera que las intenciones se puedan inferir de manera óptima y puedan surgir direcciones colaborativas.

Hemos señalado que el desorden, que es intrínseco a la intencionalización, es tanto variable como redundante. Este proceso iterativo caracteriza el intercambio y la negociación de significado fragmento-a-fragmento. Vemos esto nuevamente cerca del final del primer fragmento, en el que paciente y analista discuten de qué sueño están hablando. En este momento, la paciente está hablando de la “parte enferma” de su mente sobre la cual se sentía presionada a hablar.

Tercer fragmento: Necesitamos hacer esto de muchas maneras diferentes

Paciente: ... sentirme coaccionada a venir aquí el viernes, algo que yo no sentí, por lo menos conscientemente. Porque lo que yo estaba sintiendo tenía más que ver con lo que [el grupo] me pedían... era como que yo tenía que estar más enferma de lo que me sentía. Y creo que muchas veces eso es parte de mi actitud mental cuando yo vengo aquí, que hay una parte enferma de mi mente a la que tengo que acceder...

Analista: A-há.

Paciente: ...para hablar de las cosas correctas. Usted sabe, hay algo patológico en mi cabeza, que yo tengo que poder...

(Ella reitera la sensación de tener que hablar sobre la parte enferma de su mente).

Analista: Sí, y eso *es* algo que usted siente aquí a veces.

(Él concuerda empáticamente con ella sobre la experiencia que se da entre ellos).

Paciente: Sí.

(Ella dice: sí, lo está comprendiendo).

Analista: Entonces el sueño también se refiere a venir aquí, la presión de poner al descubierto esta parte enferma de su cerebro.

(Al reforzar y clarificar en su propia mente, por medio del intercambio,

lo que quiso decir con presión, la paciente ayuda al analista a *captar* la idea de que la presión tiene que ver con tener que discutir de su parte enferma, no con sentirse forzada a concurrir a la sesión del viernes. El que él *lo haya captado* ha fortalecido el sentimiento de ella de que su iniciativa puede permitirle hacerse entender).

Paciente: La cosa que me es realmente confusa es que cuando yo estaba en ese grupo con [el terapeuta], lo que era tan imposible para mí era sentirme convencida de que mi experiencia era de alguna manera... comparable con la de otra gente del grupo.

(Ella está repitiendo el sentimiento de sentirse presionada con respecto a “la parte enferma de su mente”, esta vez al decir que ella se sentía distinta a otros miembros del grupo, que tendían a focalizar en su victimización y quienes parecían sentirse mas dañados por sus experiencias de abuso).

Analista: Sí.

Paciente: Y yo no podía sentir que... yo, lo que primero de todo no podía entender era, ¿por qué alguien querría que yo pensara eso? ¿Qué bien puede hacerme pensar eso?

Analista: A-há.

Paciente: No lo sé. Me confunde. Usted sabe, cuando yo vine a verlo lo que quería que usted me dijera era que yo estaba más enferma de lo que creía estar y que estaba bien para mí, estar aquí.

(Ahora dirige su atención a la manera en que ella y el analista hablaron de su “parte enferma” en sus primeros encuentros: para estar conectado, uno tiene que estar enfermo. Por lo tanto, ella tenía que exagerar su “enfermedad”, una manifestación temprana de su sentimiento de presión. Ella se refiere indirectamente a su sentimiento de que en esos primeros encuentros el analista también la había ayudado a retener el foco en las partes positivas de su experiencia de sí misma).

Analista: A-há.

Paciente: Y entonces, con ese grupo y con [el coordinador del grupo], era como, ah, sí, estás muy enferma (risa sofocada), tenés esta cosa realmente horrible que está mal. Y yo pensaba, ¡no es tan terrible! Eran como dos experiencias muy opuestas.

(Ahora ella cambia el foco nuevamente a su experiencia en el grupo, efectivamente volviendo al tema del primer sueño, sentirse presionada).

Analista: A-há.

Paciente: (pausa más bien larga) Y creo que todavía tengo algunos temas con mi propia percepción de mí misma, sobre si deseo o no estar enferma. Quiero decir que no puedo, que aún no he podido entender cómo hacer que

esa cicatriz encaje con mi imagen de mí misma. (Otra larga pausa) Y por eso, cada vez que vengo aquí siento que tengo que venir con esa herida, esa herida abierta como lo más visible de todo. Si realmente me siento conectada con la manera en que mi vida es ahora (o sea, sin ese sentimiento de herida abierta), entonces no sé que decirle a usted, no hay nada de qué hablar. Ya sabe, usted me preguntaría por qué vengo aquí.

(Ella no está segura pero se va haciendo más claro que están hablando de hasta qué punto su “percepción de sí misma” contiene sólo la parte “enferma” de ella misma. Desde el principio de este fragmento, los dos han estado dando vueltas alrededor del sentirse presionada y focalizan sobre la parte “enferma” y expanden ese tema. Ella se pregunta: ¿pueden estar conectados sin que ella esté enferma? En pocos minutos, han pasado a hablar más sobre el segundo sueño y ella sintiéndose “más fuerte” y “en igualdad”).

¿Cómo fue que en este breve intercambio llegaron a “concordar” en cuál era su intención compartida? Esto no fue expresado explícitamente. La clave para este logro conjunto está en las recurrencias en las enunciaciones de paciente y analista. Estas recurrencias no son redundantes en el sentido de ser innecesarias o aburridas. El ciclo de los pares recurrentes es crucial para la manera en que co-crean una intención relacional compartida. Es un proceso exploratorio de lentos pasos crecientes hacia la co-creación de un significado compartido y una dirección compartida.

Hay varias razones por las cuales esta redundancia de los movimientos relacionales es necesaria. Los comportamientos objetivos que componen los movimientos relacionales durante cada paso de la toma de turnos pueden expresar, sólo parcialmente, la comprensión de la dirección conjunta emergente de cada pareja. Los comportamientos no trazan la intención del modo uno-a-uno. El mapeo es desordenado. También vemos en esta viñeta cómo la misma intención puede ser expresada de una gran variedad de formas.

Además de la variabilidad inherente de los procesos expresivos y receptivos, aquí podemos ver que en una gran cantidad de ocasiones las intenciones no están completamente formadas, y por lo tanto frecuentemente se expresan de un modo tentativo. Similarmente, la comprensión que el receptor tiene de la intención emergente es parcial y dubitativa. Por lo tanto, la pareja se transmite preguntas implícitas como “me gustaría hablar de X, pero ¿usted quiere? ¿Y podemos hablar de eso, teniendo en cuenta la manera en que estamos juntos? ¿Y qué forma tomará la intención a medida que comencemos a expresarla de manera conjunta?” Esta expresión de una intención relacional no es simplemente un sí o un no. Más bien, requiere una serie de respuestas de la otra persona a medida que ambos siguen negociando y formando la inten-

ción. A su vez, cada respuesta no es simplemente un sí, adelante, o no, porque también requiere una respuesta (“sí, me gustaría, pero ¿usted quiere, realmente?” o “no estoy seguro de comprender lo que usted quiere” o “¿es esto lo que usted tenía en mente?”). La primera persona necesita responder otra vez, y así sigue, recurrentemente. De la recurrencia en su intercambio, emerge la intención compartida. Esta visión de un proceso co-creativo desordenado y redundante nos proporciona una modelización más específica de cómo las intenciones relacionales son creadas en los sistemas diádicos. Cuando el analista “captó” lo que la paciente quería decir con la idea de presión, ella misma tuvo también mayor claridad al respecto y avanzó hasta poder decir que con el analista ella se sentía distinta que con el grupo. El cambio en el analista catalizó un cambio en la paciente. El que ella pudiera facilitar la comprensión del analista elevó su sentimiento de competencia comunicativa, un estado del sí mismo alterado.

La redundancia supera la variabilidad inherente de la expresión y recepción de un intento relacional. Es un proceso fragmento-por-fragmento que no sólo clarifica a cada individuo el sentido de la intención emergente de la otra persona, sino que también cataliza la creación y consolidación de la propia intención de cada uno de los participantes. Cuando la recurrencia tiene éxito, surge una intención co-creada o una dirección de interacción compartida. A pesar de que consideramos al individuo como fuente primaria de actividad, organización y dirección intencional, sus direcciones emergentes son continuamente seleccionadas, reunidas, recontextualizadas y redireccionadas por el contexto relacional. Desde el punto de vista funcional, entonces, la unidad relacional es el crisol en el cual las intenciones “individuales” se forjan como parte de la participación en una dirección conjunta con otro. Paradójicamente, la única manera de transformarse en uno mismo es participando en direcciones intencionales compartidas con otros.

Desorden, co-creatividad y pasado

A pesar de que nos referimos a las intenciones como co-creadas, no queremos implicar que son creadas *de novo*. La creación *de novo* niega el pasado y su virtualidad actualizadora sobre las posibilidades relacionales disponibles a cada individuo. La influencia del pasado sobre el presente ha sido referenciada de varias maneras. Por ejemplo, en las teorizaciones tempranas, el pasado era visto a través de la lente de las representaciones o significados formados en el momento de los eventos mismos. En un conjunto de puntos

de vista más contemporáneo, el pasado es considerado como una construcción narrativa del paciente que está sujeta a cambios en función de la terapia (Schafer 1992). En nuestra perspectiva, la organización también deriva del pasado, influye el presente, y es permanentemente actualizada. Sin embargo, nuestra conceptualización se diferencia del enfoque narrativo en la mayoría de los otros aspectos. El enfoque narrativo opera en el nivel explícito del diálogo reflexivo conciente y concibe el cambio como ocurriendo a través del diálogo en la sesión terapéutica. En contraste, nosotros no conceptualizamos la actualización del pasado como operando primariamente a través de procesos narrativos explícitos. Por el contrario, de acuerdo con los modelos actuales de funcionamiento cerebral (ver, por ejemplo, Freeman 1995; Edelman 1992), consideramos que el conocimiento relacional implícito se actualiza automática o implícitamente en pequeñas cantidades con cada encuentro relacional – más que operando primariamente a través de intercambios narrativos explícitos –. Cada vez que durante el tratamiento se accede a algún aspecto de los modelos internalizados más antiguos, esas viejas organizaciones sufren una reorganización sutil por el contexto presente de la interacción entre paciente y terapeuta. Pensamos que la acumulación de muchos pequeños cambios en el conocimiento relacional implícito en este nuevo contexto –esas organizaciones sutilmente cambiadas– influyen el comportamiento fuera de la situación terapéutica. El proceso de recontextualización y reorganización que ocurre a nivel local es sutil y sucede en diminutas modificaciones que no serán fácilmente visibles hasta que se hayan acumulado en el tratamiento.

El proceso creativo que delineamos a nivel de la interacción primaria momento-por-momento no vicia la influencia del pasado en la interacción presente; en cambio, el pasado configura el momento presente a través de las limitaciones contenidas en los conocimientos relacionales implícitos que ambos miembros traen al encuentro (es decir, transferencia y contratransferencia). Como observamos tempranamente, estos conocimientos incluyen expectativas derivadas de los pasados individuales de ambos participantes y expectativas derivadas de la historia conjunta de los encuentros con el otro. Así, el análisis co-creado de intenciones relacionales mutuamente compartidas a partir de un flujo altamente variable de comportamientos, se contextualiza, y en parte se hace posible, por los conocimientos relacionales implícitos ya creados por la díada, conocimientos que a su vez se basan en el pasado de cada participante por fuera de la díada.

Este conocimiento relacional implícito incluye el conocimiento implícito de cómo analista y paciente han estado juntos en el pasado y sus metas implícitas y explícitas a corto y a largo plazo. El siguiente fragmento ilustra

cómo su historia juntos puede verse en el material.

Analista: ¿Eso es algo que ha sucedido actualmente?

Paciente: Ehh... Creo que hasta cierto punto... mi sentimiento ha comenzado a cambiar con respecto... con respecto a eso. Yo no diría que... no pienso que esto sea ya un hecho consumado. (risita sofocada)... Mmm... Una de las cosas que tenía en mente el sábado mientras pensaba en llamarlo era que yo, yo estaba convencida, en mi propia mente, que podía llamarlo y contarle sobre aquel sueño [el de la sesión grupal perturbadora] y que eso iba a estar bien. De manera que eso me hizo sentir como que no necesitaba hacerlo.

(A pesar de ser tranquilizada, ella sentía que no debía llamar entre sesiones, y lo había hecho sólo en una ocasión).

Analista: A-há.

Paciente: Usted sabe que yo no necesito demostrar nada, así que... así que no lo hice.

Analista: A-há.

Paciente: Sabe que fue suficiente, fue suficiente reconocermelo a mí misma que yo sabía que podía tomar el teléfono y contárselo, y eso hubiera sido interesante, pero yo también podía (breve risita) contárselo hoy.

Más allá del hecho que llamar entre sesiones tenía un significado mutuo entre esta paciente y este analista, la risita de la paciente también comunicaba un conocimiento compartido –por ejemplo, del modo en que ambos con frecuencia usan el humor, la frecuencia de este tipo leve de auto crítica, para aliviar la tensión. Cuando ella se reía, ambos sabían implícitamente que él entendería que ella estaba tratando de aliviar la tensión. Esta toma de conciencia compartida afecta las intervenciones analíticas –ya sea para interpretar la renuencia a reconocer un afecto negativo, o para apreciar la actividad autorregulatoria de la paciente con el objetivo de continuar explorando en la sesión cuestiones desafiantes. Otro ejemplo de este tipo de conocimiento implícito compartido es la manera en que los “A-há” del analista eran comprendidos por ambos como significando: “Sí, continúe.”

Sin embargo, aun cuando consideramos a cada individuo como poseedor de un pasado y aportando potencialmente una cantidad de modos de relacionarse en el nuevo encuentro, consideramos a la situación diádica como dominante sobre los eventos pasados. En nuestra concepción, la manera en que el pasado de los dos participantes influye sobre sus interacciones es el modo en que, en este modelo, se presentan las expresiones de la transferencia y la contratransferencia. La interacción actual de los participantes es la que recontextualiza las manifestaciones transferenciales del pasado. La dirección

actual de la díada seleccionará continuamente del pasado de cada persona aquellos elementos que serán utilizados para diseñar una dirección conjunta en la díada. Y esos elementos serán recombinados rápidamente para formar nuevos elementos del proceso, creados conjuntamente entre ambas partes. Los elementos creativos de la terapia frecuentemente eclipsarán los elementos estáticos que dependen del pasado, hasta el punto que ambas partes comienzan a construir una dirección conjunta. Creemos que el centro de gravedad está en la interacción entre ambas partes, no en el pasado individual de estas personas. En concordancia con los hallazgos actuales sobre memoria, consideramos que el momento presente contextualiza lo que será recordado pero también transforma esa memoria en tanto es recontextualizada a la luz de la interacción actual (Freeman 1995; Edelman 1992).

Co-creatividad y necesidad de un proceso de reconocimiento

Surgen algunas preguntas obvias respecto de un sistema diádico tan desordenado y variable. ¿Cómo es que llega a una decisión adecuada para seguir adelante? ¿Cuál es la puntuación del intercambio relacional? ¿Cómo perciben paciente y analista que han logrado ajustarse con éxito en una dirección intencional? ¿Cómo entre paciente y analista se seleccionan algunas iniciativas relacionales para ser repetidas, seguidas y elaboradas, y se dejan otras? Aquí nos sirvió de guía el trabajo de Sander sobre el proceso de reconocimiento (1980, 1997; ver también Weiss 1947; Lyons-Ruth 2000). Él examinó repetidas veces el problema de dar cuenta de la direccionalidad en el crecimiento y desarrollo humano, y considera que la organización biológica y la psicológica se dirigen hacia un aumento de la coherencia de la organización adaptativa.

Por *proceso de reconocimiento* nos referimos al darse cuenta, ambas partes, de que se ha dado un ajuste unión en sus respuestas mutuas al servicio de avanzar hacia metas compartidas. Sander ha señalado que la característica esencial de estos momentos es el reconocimiento específico de la realidad subjetiva del otro, o dirección intencional, en varios niveles simultáneamente. Cada pareja capta y ratifica una versión similar de “lo que está pasando ahora, entre nosotros”, al proporcionar una respuesta específicamente ajustada a la iniciativa del otro (Stern y col. 1998).

La concepción de Sander del proceso de reconocimiento a nivel de la conciencia de sí-mismo se puede extender para abarcar el ajuste específico a nivel implícito, no articulado, sin implicancias de conocimiento o conciencia. Por ejemplo, en el análisis clásico cuadro-por-cuadro que hace Sander de una

filmación de un padre y su bebé, el bebé se queda dormido en los brazos del padre en un momento de ajuste específico entre las acciones de éste y el proceso auto-organizado de sueño del bebé. El reconocimiento implícito que conlleva el ajuste específico cumple la misma función para paciente y analista. Cuando se logra la concordancia de intenciones, emerge un estado compartido coherente de intersubjetividad, junto con un sentimiento de dirección compartida. El proceso de reconocimiento es la comprensión mutua de este estado de la díada.

Este reconocimiento de la correspondencia de la iniciativa de una persona es más frecuentemente transmitido por un movimiento responsivo por parte de la otra persona, un movimiento que cuando es exitoso se construye sobre el movimiento anterior, de manera que profundiza el diálogo al servicio de los objetivos de colaboración. Ambos miembros de la díada perciben el ajuste de sus acciones al potencial relacional del otro, y por lo tanto, al logro potencial de maneras de estar juntos más complejas y colaboradoras. El proceso de reconocimiento es, en este sentido, el elemento directriz del proceso de desarrollo y del proceso clínico; es la manera en que nos vamos orientando a lo largo de los encuentros relacionales sin libreto.

El ajuste suficiente se define fácilmente por lo que sucede después. ¿Ha permitido un cambio de dirección, un viraje en la coherencia percibida, una vitalización? Esta definición funcional plantea la cuestión de los criterios intrínsecos y extrínsecos para saber cuándo se ha logrado correspondencia. Los criterios actuales de ajuste suficiente son tan fluctuantes, tan relativos a los eventos similares en el pasado, que constituyen un punto de referencia en constante movimiento.

En la transcripción tenemos dos ejemplos de la ratificación del reconocimiento y la concordancia. El primero se encuentra al final de la primera sesión de la semana, después de que la paciente habla de la incomodidad que siente con el sentimiento de aceptación.

Paciente: Era como que me sentía aceptada... como soy y... hay algo con respecto a los sentimientos que acompañan esto, que me asusta, y empiezo a tener miedo de ser lastimada, cuando me doy cuenta que estoy bajando la guardia, o algo —y, usted sabe, una de las cosas que me molesta es despertarme con el sentimiento de ser aceptada y entonces tan pronto como soy conciente del hecho de que es un sueño comienzo a tener miedo de este sentimiento. Es como que no quiero realmente sentir esto con usted—.

Analista: A-há!... Hay algo que da miedo.

Paciente: Sí.

Analista: Sí.

Cuando ambos hacen eco al otro con “Sí” y “Sí”, nosotros vemos el reconocimiento compartido de su estado compartido.

Otro ejemplo del proceso de reconocimiento puede verse al comienzo de la segunda sesión de la semana, después de la sesión de la que se tomaron los fragmentos. Comenzó de manera muy diferente, con la paciente queriendo estar sentada más que acostarse en el diván. Por primera vez, ella comenzó a hablar mientras estaba sentada en el diván y mirando al analista.

Paciente: Hoy, por algún motivo, no quiero acostarme enseguida.

Analista: ¡Bueno, eso es un cambio! ¿Puede contarme que está sucediendo?

Paciente: No estoy tan segura, pero de alguna manera siento que estoy más conciente de lo que quiero para mí misma. Es como que tengo mi propia agenda.

Poco después de esto, se recostó y continuó hablando de este sentimiento de estar en un nuevo estado con su analista.

Paciente: Hoy se siente todo mucho más conectado aquí... porque parece que estoy abriendo algo a usted... de manera voluntaria. Es como, usted sabe que yo tengo el control de lo que estamos hablando, de una manera que generalmente no siento. Es como si hoy yo tuviera una agenda.

Analista: (irónicamente) ¿Es difícil tener agendas otros días?

Paciente: ¡Sí!

Los dos entonces estallan en risas, poniendo en acción un sentido de ajuste compartido de iniciativas. Este reconocimiento compartido de ajuste es el punto, o a veces el signo de exclamación, que marca la creación de una nueva intención compartida que contextualiza la interacción. Cuando ocurre este reconocimiento, puede comenzar una nueva fase de exploración. De hecho, esto es lo que sucedió más adelante en la sesión, cuando por primera vez ambos comenzaron a elaborar el fin de análisis de manera realista.

El proceso desordenado a nivel local y otras perspectivas del proceso psicoanalítico

Por supuesto, el material clínico presentado puede ser considerado desde muchas perspectivas. Nuestro objetivo fue examinar el nivel local de interacción, donde se enfoca el proceso de negociación de una intención compartida. Otras teorías, en las que el foco esté en el nivel narrativo, pueden encontrar en este material el despliegue de una narrativa existente o una fantasía inconciente sobre ambición, o conflictos relativos a agresión, o el intercambio que contribuye a la emergencia de un sentido de sí-mismo. Pueden

focalizarse en el significado transferencial de estos temas desarrollados en la relación terapéutica. Pueden comprender la intensificación de afecto en el proceso analítico en términos de un miedo subyacente a la agresión que la asociación libre ha revelado. Luego pueden identificar el insight como el mecanismo a través del cual el conflicto se resuelve y el miedo disminuye. Hasta se puede agregar que el analista que haya integrado estas diversas lecturas alternativas de posibles direcciones intencionales para la interacción paciente-analista podrá tener mayores posibilidades de ayudar al paciente. Sin embargo, sentimos que la apertura del analista al desorden del proceso terapéutico y a la necesidad de unir direcciones con el paciente por medio de un proceso de diálogo y negociación es necesaria para la emergencia exitosa de una dirección compartida y, por lo tanto, de un análisis exitoso. El nivel local de diálogo paciente-analista es la matriz crucial para este proceso de co-creación y reconocimiento.

También podríamos considerar caminos alternativos desde el punto de vista de la actividad del analista. El analista podría haber elegido dar prioridad a la asociación libre y no haber interrumpido ese proceso con su primer comentario sobre las ideas de la paciente de llamarlo por teléfono. De manera similar, podría haber analizado el abandono defensivo de la asociación libre de la paciente en las dos pausas prolongadas, o haber preguntando qué había sucedido en el momento en que se quedó en silencio. Alternativamente, él podría haber elegido volver al sueño para analizar cuestiones transferenciales tales como conflictos respecto de deseos de dependencia, sexualidad y agresión. O podría haber elegido desarrollar su fantasía de estar "muy enferma" como una vía de acceso a afectos intensos en relación a una representación de sí misma como sexual y agresiva, mala, dañada. Finalmente, pero no exclusivamente, podría haber trabajado en el desplazamiento y explorar reacciones transferenciales, por ejemplo centrándose en el grupo de terapia y su coordinador. Todos estos enfoques pueden dar cuenta del trabajo del analista. Sin embargo, cualquiera que sea el enfoque tomado, es ineludible que todo analista está simultáneamente interactuando con el paciente a nivel micro. Y todo enfoque tendrá implicaciones en este nivel. Esto no puede ignorarse en ningún enfoque terapéutico, cualquiera sea su orientación. Esto ha modificado nuestra sensibilidad clínica.

Resumen y conclusión

Hemos explorado el desorden, que es una propiedad inherente del diálogo intersubjetivo entre dos personas a nivel local. Encontramos que es un aspecto muy interesante y productivo de un modelo de sistemas dinámicos de tratamiento psicoanalítico. Es también un elemento esencial del proceso co-creativo que conduce a una mayor coherencia intersubjetiva. Vemos al desorden no como errores o percances en el diálogo, sino como generador de elementos potencialmente creativos que pueden alterar la dirección de la evolución de la díada de maneras inesperadas e imposibles de imaginar previamente.

¿De dónde provienen los elementos novedosos en el proceso analítico que lo convierten en un viaje tan sorprendentemente específico? Podría decirse que el desorden es a la psicología de dos personas lo que la asociación libre es a la psicología de una persona. Cada una de ellas proporciona los detalles específicos inesperados. Ellas crean los descubrimientos sorprendentes que empujan a la díada a su singularidad. Sin embargo, hay también una diferencia importante. Se supone que las asociaciones libres conducen a y desde una red pre-existente de significados.

El desorden, en contraste, no es parte de una organización establecida, aun cuando también recibe influencia del pasado.

El desorden, igual que la asociación libre u otros eventos no anticipados que aparecen de pronto, puede ser utilizado creativamente sólo cuando se enmarca dentro de un sistema terapéutico bien establecido o dentro de una díada con buen funcionamiento. Sin la dirección y las restricciones de estos sistemas diádicos, los elementos de improvisación pueden virar hacia el caos.

Hemos ilustrado, con transcripciones de audios grabados de dos sesiones analíticas, varios ejemplos de desorden y sus rasgos asociados, y hemos sugerido cómo estas características pueden promover el proceso co-creativo de la psicoterapia. Esta perspectiva contribuye al surgimiento de la teoría relacional del psicoanálisis basada en un modelo de sistemas dinámicos, y nos proporciona descripciones de cómo dichos procesos diádicos desordenados trabajan para crear cambio psicoanalítico.

APÉNDICE: TRANSCRIPCIÓN DE SESIONES

Día 1: Lunes

Paciente: Así que son dos completamente distintos... el sueño que tuve anoche me dejó sintiéndome realmente conectada con usted, y sabe, me hizo sentir... no lo sé, supongo que más cerca suyo, que usted me dijera que no es perfecto.

Analista: A-ha.

Paciente: Mm.

Analista: Usted realmente pensó en llamarme el sábado acerca de este otro sueño.

Paciente: ¡Sí!

Analista: ¿Cuál habría sido... eh... la razón por la cual estaba pensando en esto, este tipo de conexión muy real, cuál fue?

Paciente: ¿A qué se refiere, al llamado?

Analista: Sí, al llamado.

Paciente: Bueno, porque lo ví a usted el viernes y sentí que había como un hilo de conciencia que había desembocado en ese sueño.

Analista: Sí.

Paciente: Me pareció un poco confuso que... no sé exactamente cómo decir esto. Es como una retrospectiva o algo así. Estar soñando con [el terapeuta de grupo] y sintiendo ese tipo de presión...

Analista: Sí.

Paciente: ...es lo que no logro entender... quiero decir que pienso...

Analista: La presión está presente, ¿no es así? Aquí arribamos al asunto de la coerción, el ser forzado a hacer algo. Y en este sueño a usted realmente la presionan para que diga algo más. Y supongo que, me pregunto cómo esto se...eh... conecta con el hecho de que tuvimos esa sesión suplementaria el viernes.

Paciente: Lo que me parece a mí es que... el sueño tiene más que ver con la idea de que yo siento que tengo que estar a la altura, cumplir con las expectativas y decir lo esperado...

Analista: A-há.

Paciente: ...más que el sentimiento de [estar] coaccionada a venir aquí. De alguna manera hay una diferencia, de alguna manera allí dentro de esto de hacer una asociación con...

Analista: Sí, a-há.

Paciente: ... sentirme coaccionada a venir aquí el viernes, algo que yo no sentí, por lo menos concientemente. Porque lo que yo estaba sintiendo

tenía más que ver con que [el grupo] me pedía... era como que yo tenía que estar más enferma de lo que me sentía. Y creo que muchas veces eso es parte de mi actitud mental cuando yo vengo aquí, que hay una parte enferma de mi mente a la que tengo que acceder...

Analista: A-há.

Paciente: ...para hablar de las cosas correctas. Usted sabe, hay algo patológico en mi cabeza, que yo tengo que poder...

Analista: Sí, y eso *es* algo que usted siente aquí a veces.

Paciente: Sí.

Analista: Entonces el sueño también se refiere a venir aquí, la presión de poner al descubierto esta parte enferma de su cerebro.

Paciente: La cosa que me es realmente confusa es que cuando yo estaba en ese grupo con [el terapeuta], lo que era tan imposible para mí era sentirme convencida de que mi experiencia era de alguna manera... comparable a la de otra gente del grupo.

Analista: Sí.

Paciente: Y yo no podía sentir que... yo, lo que primero de todo no podía entender era ¿por qué alguien querría que yo pensara eso? ¿Qué bien puede hacerme pensar eso?

Analista: A-há.

Paciente: No lo sé. Me confunde. Usted sabe, cuando yo vine a verlo lo que quería que usted me dijera era que yo estaba más enferma de lo que yo creía estar y que estaba bien que yo estuviera aquí.

Analista: A-há.

Paciente: Y entonces, con ese grupo y con [el coordinador del grupo], era como, ah, sí, estás muy enferma (risa sofocada), tenés esta cosa realmente horrible que está mal. Y yo pensaba, ¡no es tan terrible! Eran como dos experiencias muy opuestas.

Analista: A-há.

Paciente: (pausa más bien larga) Y creo que todavía tengo algunos temas con mi propia percepción de mí misma, sobre si deseo o no estar enferma. Quiero decir que no puedo, que aún no he podido entender cómo hacer que esa cicatriz encaje con mi imagen de mí misma. (Otra larga pausa) Y por eso, cada vez que vengo aquí siento que tengo que venir con esa herida, esa herida abierta como lo más visible de todo. Si realmente me siento conectada con la manera en que mi vida es ahora (o sea, sin ese sentimiento de herida abierta), entonces no sé qué decirle a usted, no hay nada de qué hablar. Ya sabe, usted me preguntaría por qué vengo aquí.

Analista: A-há. ¿Si usted no viene con la herida abierta?

Paciente: A-há. Si, si no me presento en un estado adecuadamente dañado, entonces no voy a lograr... que me tomen en serio, o algo así. Es como que no estoy haciendo bien mi papel...

Analista: Y eso está en el sueño del viernes por la noche, que usted siente que yo estoy casi intentando lograr que usted haga, adecuadamente, el papel de persona dañada. Y es como que en el segundo sueño también, esto y el tema de cuán dañada está usted. Pareciera que por un lado, la presionan para estar más dañada, y por otro lado, le dicen que usted no está tan mal.

Paciente: Sí, quiero decir el tema.

Analista: Ese es el tema, usted no está segura cuán mal está.

Paciente: Bueno, lo que sentí en el sueño de anoche fue que la razón por la que se me permitió ver a su mujer y sus hijos es por que estoy bien.

Analista: A-há.

Paciente: Que esto estaba bien de alguna manera, que usted estaba tratando de convencerme que... supongo de que soy como todo el mundo [por ejemplo, normal].

(Varias líneas de la transcripción fueron borradas).

Paciente: Uno de los libros que compré cuando fui a la Feria del Libro era... creo que fui allí por una cosa en particular y la encontré inmediatamente, y entonces cometí el error de empezar a dar vueltas. Y encontré este libro de manera totalmente accidental, llamado, hmmm, "*How to Go to Pieces Without Falling Apart*" (juego de palabras, "*Cómo desarmarse sin caerse en pedazos*").

Analista: Hum.

Paciente: Hum. Está escrito por un psiquiatra de New York que también es budista. Y lo estaba hojeando mientras lo esperaba a usted. Él citaba al discípulo de Freud, Sandor Ferencz, o como se llame.

Analista: A-há.

Paciente: Y Ferencz decía que no es la asociación libre en sí misma la cura. Es que si uno *puede* asociar libremente estás curado (risitas).

Analista: A-há.

Paciente: Y pensé, usted sabe, eso me pareció atinente a lo que usted y yo hemos estado hablando.

Analista: Sí, a-há, ¿cómo específicamente respecto a usted y a mi?

Paciente: Bueno, que usted sabe que mi problema parece ser que todavía tiendo a controlar demasiado lo que soy conciente de pensar.

Analista: A-há.

(Varias líneas de la transcripción fueron borradas. Algo más tarde retornan a la discusión en sesión los temas acerca del primer sueño).

Paciente: [Hablando del terapeuta de grupo]... me hace sentir demasiado vulnerable, y me hace sentir algo que no creo que pueda darme el lujo de sentir. Ya sé, yo preferiría... preferiría centrarme en... no lo sé, la parte de mí que se siente fuerte, más que estar en contacto con la parte de mí que sentía que me iban a matar a cuchilladas [una referencia a algunos juegos sexuales que ocurrieron en el abuso sexual intrafamiliar]. Me hace pensar que nunca, no podría haber tolerado hacer terapia con ella o algo como ella, porque eso realmente me haría desbaratarme, y sentir como que me desintegraría de manera tal que nunca me hubiera podido reconstruir. Quedaría demasiado... como que no tendría ninguna confianza en mí misma, opuesto a la manera en que ha sido siempre mi relación con usted. Usted y yo, ambos sabemos que hay una parte de mí que es fuerte... no sé donde va algo de esto, pero...

Analista: Bueno, dónde, yo quiero decir que supongo que estaba pensando, ¿usted siente que en el segundo sueño está usted tan fuerte vis-a-vis respecto de mí? Yo... usted me dijo qué fuerte soy al criar estos hijos y ... Yo le digo que usted sabe.

Paciente: En el sueño, me hizo sentir más fuerte.

Analista: ¡Sí!

Paciente: Me hizo sentir más... en igualdad con usted... (pausa de 83 segundos).

Analista: ¿Es esto algo que ha sucedido actualmente?

Paciente: Ehh... Creo que hasta cierto punto... mi sentimiento ha comenzado a cambiar con respecto... con respecto a eso. Yo no diría que... no me parece que sea un hecho consumado (risita ahogada)... Mmm... Una de las cosas en las que estaba pensando el sábado mientras pensaba en llamarlo era que yo, yo estaba convencida en mi propia mente de que podía llamarlo y contarle sobre aquel sueño y eso iba a estar bien. De manera que eso me hizo sentir como que no necesitaba hacerlo.

Analista: A-há.

Paciente: Usted sabe que yo no necesito demostrar nada, así que... así que no lo hice.

Analista: A-há.

Paciente: Sabe que fue suficiente, fue suficiente reconocerme a mí misma que yo sabía que podía tomar el teléfono y contárselo, y eso hubiera sido interesante, pero yo también podía (breve risita sofocada) contárselo hoy.

Analista: A-há.

Paciente: Y me parece que al verlo de esta manera hay algo en mí, en mi ver que estaba bien que lo llamara, que me hace sentir que estamos más iguales...

Analista: A-há.

Paciente: ... que en desigualdad.

Analista: A-há... (pausa de 68 segundos)

Paciente: En el sueño... eh... el sueño de anoche, yo me sentía como... eh... no sé como decir qué era exactamente, sigue viniéndome la palabra *aceptación* como viniendo dentro de mí...

Analista: A-há.

Paciente: ...En la cabeza. Era como si yo me sintiera aceptada... como soy, y... hay algo con respecto a los sentimientos que acompañan esto, que me asusta, y empiezo a tener miedo de ser lastimada, cuando me doy cuenta que estoy bajando la guardia, o algo —y, usted sabe, una de las cosas que me molesta es despertarme con el sentimiento de ser aceptada y entonces tan pronto como soy conciente del hecho de que es un sueño comienzo a tener miedo de este sentimiento. Es como que no quiero realmente sentir esto con usted.

Analista: A-há!... Hay algo que da miedo.

Paciente: Sí.

Analista: Sí.

Paciente: Y no sé si es porque yo sé que tengo que contarle sobre el sueño (risitas) y estoy, usted sabe, temerosa de su reacción cuando le diga esto, o si tengo miedo de la realidad de intentar que la relación se sienta de esta manera, o tal vez eso es lo mismo. No lo sé.

(La sesión terminó con paciente y analista explorando un poco más qué era lo atemorizante para la paciente con respecto a sentirse “aceptada”).

Día 2: Martes

(El día siguiente comenzó de manera extraordinariamente diferente, Comenzó de manera muy diferente, con la paciente queriendo estar sentada más que acostarse en el diván. Por primera vez, ella comenzó a hablar mientras estaba sentada en el diván y mirando al analista).

Paciente: Hoy, por algún motivo, no quiero acostarme enseguida.

Analista: ¡Bueno, eso es un cambio! ¿Puede contarme que está sucediendo?

Paciente: No estoy tan segura, pero de alguna manera siento que estoy más conciente de lo que quiero para mí misma. Es como que tengo mi propia agenda.

(Poco después de esto, se recostó y continuó hablando de este senti-

miento de estar en un nuevo estado con su analista).

Paciente: Hoy se siente mucho más conectado todo aquí... porque parece que estoy abriendo algo a usted... de manera voluntaria. Es como, usted sabe, que yo tengo el control de lo que estamos hablando, de una manera que generalmente no siento. Es como si hoy tuviera una agenda.

Analista: (irónicamente) ¿Es difícil tener agendas otros días?

Paciente: ¡Sí!

(Entonces, los dos estallan en fuertes risas compartidas).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Coconstructing Interactions*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Benjamin, J. (1995). *Like Subjects, Love Objects*. New Haven: Yale University Press.
- Boston Change Process Study Group (2002). Report III: Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis* 83:1051-1062.
- Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning*. New York: Basic Books.
- Carpenter, M., Nagell, K., & Tomasello, M. (1998). *Social Cognition, Joint Attention, and communicative Competence from 9 to 18 Months of Age*. Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol. 63.
- Dilthey, W. (1976). *Selected Writings*, ed. H.P. Riokmen. London: Cambridge University Press.
- Edelman, G.M. (1992). *Bright Air, Brilliant Fire. On the Matter of the Mind*. New York: Basic Books.
- Feldman, C.F., & Kalmar, D. (1996). Autobiography and fiction as modes of thought. In: *Modes of Thought: Explorations in Culture and Cognition*, ed. D. Olson & N. Torrence. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 106-122.
- Freeman, W. (1995). *Societies of Brains*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- (1999). *How Brains Make up Their Minds*. London: Weidenfeld & Johnson.
- Hoffman, I.Z. (1998). *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical Constructivist View*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Husserl, E. (1930). *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy. Second Book: Studies in the Phenomenology of Constitution*, transl. R. Rojcewicz & A.

- Schuwer. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1989.
- Jacoby, L.L., & Dallas, M. (1981). On the relationship between autobiographical memory and perceptual learning. *Journal of Experimental Psychology: General* 110:300-324.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the Flesh*. New York: Basic Books.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry* 19:576-617.
- (2000). "I sense that you sense that I sense...": Sander's recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal* 21:85-98.
- Meltzoff, A. (1995). Understanding the intentions of others: Reenactment of intended acts by 18-month-old children. *Developmental Psychology* 31:838-850.
- Mitchell, S. (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Modell, A. (2003). *Imagination and the Meaningful Brain*. Cambridge: MIT Press.
- Ogden, T. (1997). *Reverie and Interpretation*. Northvale, NJ: Aronson.
- Prigogine, I. (1997). *The End of Certainty: Time, Chaos, and the New Laws of Nature*. New York: Free Press.
- Sander, L. (1980). Investigation of the infant and its care giving environment as a biological system. In *The Course of Life: Vol. 1. Infancy and Early Childhood*, ed. S. Greenspan & G. Pollock. Washington, DC: NIMH, pp. 177-201.
- (1997). Paradox and resolution: From the beginning. In *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry: Vol. 1. Infants and Preschoolers: Development and Syndromes*, ed. S. Greenspan, S. Wieder, & J. Osofsky. New York: Wiley, pp. 153-160.
- Schachter, D.L., & Moscovitch, M. (1984). Infants, amnesia and dissociable memory systems. In *Infant Memory*, ed. M. Moscovitch. New York: Plenum, pp. 173-216.
- Schafer, R. (1992). *Retelling a Life*. New York: Basic Books.
- Schore, A. (1994). *Affect Regulation and the Origins of the Self: The Neurobiology of Emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: Norton.
- Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., M., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic

- therapy: the something more than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis* 79:908-921.
- Stolorow, R. (1997). Dynamic, dyadic, intersubjective systems: An evolving paradigm for psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology* 14:337-346.
- Thelen, E., & Smith, L. (1994). *A Dynamic Systems Approach to the Development of Cognition and Action*. Cambridge: MIT Press.
- Tronick, E. (1998). Interventions that effect change in psychotherapy: A model based on infant research. *Infant Mental Health Journal* 19:277-353.
- Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L.W., & Stern, D. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal* 19:290-299.
- Vygotsky, L.S. (1934). *Thought and Language*, transl. E. Hanfmann & G. Vakar. Cambridge: MIT Press, 1962.
- Weiss, P. (1947). The problem of specificity in growth and development. *Yale Journal of Biology & Medicine* 19:234-278.
- Westen, D., & Gabbard, G. (2002a). Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise, and connectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 50:53-98.
- (2002b). Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 50:99-134.

Correspondence to: Jeremy P. Nahum
 36 Birch Hill Road
 West Newton, MA 02465-2552
 Fax: 617-965-4553
 E-mail: jpnahum@massmed.org