

# Objetivos psicoanalíticos, acción terapéutica y la tensión del analista<sup>1</sup>



Jay Greenberg, Ph. D.  
Allison White Institute

## ABSTRACT

*The author draws a distinction between the goals of psychoanalysis and its therapeutic action. Goals are consciously (or at least preconsciously) held by the analyst, and can be clearly articulated. Ideas about the mechanism of therapeutic action, in contrast, are hypothetical constructs, and cannot be completely spelled out. This is bound to leave analysts in a state of tension; we are certain about what we are trying to do, but what we are actually accomplishing is elusive. This tension may be optimal for the analyst, because attention must be paid simultaneously to the idiosyncratic relationship in the dyad and to the broader purposes of the analytic engagement.*

## RESUMEN

*El autor traza una distinción entre los objetivos del psicoanálisis y su acción terapéutica. Los objetivos son mantenidos por el analista de manera consciente (o al menos preconsciente) y pueden ser enunciados claramente. En cambio, las ideas sobre el mecanismo de la acción terapéutica son construcciones hipotéticas y no pueden ser completamente esclarecidas. Esto linda con dejar a los psicoanalistas en un estado de tensión; estamos seguros de lo que estamos tratando de hacer, pero lo que realmente estamos logrando es escurridizo. Esta tensión podría ser óptima para el analista ya que se debe prestar atención, simultáneamente, a la idiosincrásica relación de la diada y a los propósitos más amplios del compromiso analítico.*

---

<sup>1</sup> Artículo original: Greenberg, J. (2002). Psychoanalytic Goals, Therapeutic Action, and the Analyst's Tension. *Psychoanal Q.*, 71:651-678. Traducido y publicado en la presente revista con autorización del autor y del editor. Esta es una versión ligeramente modificada de una ponencia presentada en la 44<sup>o</sup> Conferencia Anual de Sandor Rado, patrocinada por Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research and the Association for Psychoanalytic Medicine, el 4 de junio de 2001.

## *Objetivos psicoanalíticos, acción terapéutica y la tensión del analista*

### Introducción

Han pasado 65 años desde que Freud (1937a) nos recordara que el psicoanálisis es una de las tres “profesiones imposibles” (p. 249), y muchos de nosotros estaríamos de acuerdo en que, desde ese momento, las cosas se han puesto considerablemente más difíciles. Después de todo no era totalmente pesimista el pasaje de *Análisis terminable e interminable* en el que coqueteó con su declaración de la insuficiencia profesional. Freud propuso rápidamente una solución al problema de las demandas imposibles que se nos plantean al hacer nuestro trabajo. No nos sorprende que la solución sea nuestro propio análisis personal, emprendido antes de comenzar nuestra formación y retomado nuevamente en intervalos de cinco años a lo largo de nuestras carreras. Es decir, existe una manera de inocularnos contra los peligros de vivir en el infierno potencialmente tóxico de nuestros analizandos y de nuestra propia experiencia inconciente.

Pero hoy en día vivimos en un mundo clínico dominado por las deprecaciones de las compañías que administran salud, y en un mundo intelectual esclavo de los muchos esfuerzos por deconstruir o desprestigiar nuestra afirmación de que algo hemos aprendido en los cien años de práctica del psicoanálisis sobre qué significa ser humano. Es poco probable que el reanálisis movilice las dificultades planteadas por estos desafíos, no importa con qué frecuencia éste se emprenda.

Espero que el tiempo y la oscilación natural de los valores sociales reparen en el futuro algunas de las dificultades que enfrenta hoy el psicoanálisis. Pero también estamos ante un problema más duradero: nuestro trabajo se ha vuelto más difícil porque ya no podemos estar tan seguros de lo que estamos haciendo como alguna vez lo hemos estado. Muchos analistas, al tomar nota de la importancia de los factores relacionales, han cuestionado la centralidad de la interpretación en la acción terapéutica del psicoanálisis. Gabbard (1999) y Pine (1998), dándole voz a lo que se está convirtiendo en un consenso entre

psicoanalistas de muchas posturas teóricas –si no de todas–, dudan de que exista una única acción terapéutica. En lugar de esto, Pine argumenta que es probable que lo que realmente importa varíe de paciente a paciente, de momento a momento en cada análisis y de un psicoanalista a otro, en base tanto a la formación como a la predilección personal. (1998, p. 67).

Nuestras ideas sobre la interpretación en sí misma se han vuelto cada vez más polémicas. Friedman (2001) señaló recientemente que a partir del momento en que los analistas hemos “dejado de buscar traumas definidos con claridad”, hemos comprometido seriamente nuestra capacidad de especificar con exactitud qué buscamos al interpretar. Mientras que la mayoría seguimos convencidos de que ayudamos a nuestros pacientes (a pesar de los ataques de las compañías de seguros y de los epistemólogos), estamos menos seguros de lo que estamos haciendo con ellos o para ellos.

### Antecedentes históricos

El problema es más antiguo de lo que solemos imaginar, y la idea de que es un desarrollo reciente refleja la nostalgia de una época que, si alguna vez existió, en el mejor de los casos, fue un breve momento en la historia del psicoanálisis. Ya en 1906, cuando Jung le escribe a Freud su entusiasta carta manifestando su interés de unirse al nuevo movimiento psicoanalítico, observa “Me parece que su terapia no depende simplemente del afecto liberado por la abreacción sino también de cierto *rapport* personal” (McGuire 1974, p. 4). En el transcurso de pocos años, la pequeña sutileza de Jung se había convertido en el debate Freud-Ferenczi, y al momento de la conferencia de Marienbad en 1936, Glover advertía sobre lo negativo de resaltar cualquier factor de la situación analítica (alude a la interpretación vs la resistencia del analista, la condición humana, o incluso la actitud inconciente hacia el paciente), por temor a que nuestras teorías sobre la acción terapéutica degeneren en “meros alegatos especiales” (1937, p. 131).

De esta forma y con el paso del tiempo el impacto de otros elementos fue apareciendo como más central que la interpretación, y a medida que se complejizaba nuestro modelo de mente, la meta de la interpretación en sí misma se tornaba más vaga. Sin embargo, de una manera u otra, los analistas de la mayoría de las tradiciones psicoanalíticas podían estar bastante seguros de que la acción terapéutica crecía por fuera de su capacidad de hacer accesible al conocimiento los contenidos y operaciones mentales inconcientes de los pacientes. Por supuesto, todos notaron que sucedían otras cosas en el aná-

lisis, pero había sido fácil relegarlas a un papel periférico e incluso, a veces, imperceptible.

Por ejemplo, consideremos las discusiones sobre los llamados “efectos no específicos”. Éstos incluyen muchos de los elementos más personales (e incluso gratificantes) de la manera en que los analistas se comprometen con sus pacientes: su presencia confiable, su atención, su escucha no enjuiciadora, entre otros (Pine 1998). Se reconoce su existencia, pero al caracterizarlos como “no específicos,” damos a entender que no los necesitamos y que quizás no podamos investigar completamente su impacto.

Esto mismo ocurre con la sugestiva pero poco elaborada noción de Hartmann (1951) de resonancia múltiple (*multiple appeal*)<sup>2</sup> de las interpretaciones, relativamente rechazada. Schafer (1979) es uno de los pocos que observó explícitamente el potencial terapéutico inherente al concepto de resonancia múltiple: “El analizando puede hacer diversos usos de su intervención, la puede relacionar con otras muchas ideas, sentimientos y recuerdos, y producir efectos que usted ni quiso hacer, ni anticipó y cuyo origen no se puede localizar con precisión” (p. 353). En otras palabras, todo lo que le decimos a los pacientes los toca de muchas maneras, y nunca podremos saber con antelación (a menudo tampoco retrospectivamente) cuál ha sido o será nuestro impacto. Pero el interés de Schafer es inusual; los analistas no han examinado muy de cerca la relación entre la resonancia múltiple y la acción terapéutica, y el concepto sigue siendo abstracto, esquemático y marginado.

Los desarrollos recientes en y alrededor del psicoanálisis sacaron de la periferia a la resonancia múltiple y a los efectos no específicos y los pusieron en el centro de la escena de nuestro trabajo. Esto enriqueció nuestra comprensión del proceso analítico, pero también hizo mucho más difícil nuestra vida profesional de lo que Freud imaginó, al enfocar nuestra atención en la poderosa influencia, muchas veces incluso inadvertida, que puede ejercerse sobre nuestros pacientes.

Estos desarrollos recientes tienen raíces históricas: consideremos las contribuciones de Strachey (1934) y de Loewald (1960). Ambos analistas anticipan e inspiran el pensamiento relacional contemporáneo sobre la acción tera-

---

<sup>2</sup> N de E. Si bien la traducción más adecuada de *multiple appeal* parece ser la de atractivo o encanto múltiple, hemos adoptado la noción de ‘resonancia múltiple’ siguiendo a R. Horacio Etchegoyen quien en su libro (1986) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires. Amorrortu, dice –refiriéndose al concepto de interpretación de Hartmann– “Aunque dirigida por lo general a un punto concreto, la interpretación se ramifica en la mente del analizado y puede alcanzar otras zonas. A esto le llama Hartmann *multiple appeal* de la interpretación, que me gustaría traducir por *resonancia múltiple* de la interpretación”. (p. 360)

péutica al señalar dimensiones de la experiencia analítica que hacen posible el cambio, antes inadvertidas. Para Strachey, por el simple hecho de hacer el trabajo de análisis, el analista se comporta y es vivenciado como un padre benévolo y más aceptado, postura que le permite ser incorporado al mundo interno del paciente de modos que suavizan al superyó duro y punitivo.

Para Loewald, nuevamente por el simple hecho de hacer el trabajo de análisis, el analista se comporta y es experimentado como una madre que puede mantener la tensión entre el nivel actual de desarrollo del niño y su potencial futuro. De esta manera, el analista de Loewald es “una persona que puede sentir con el paciente lo que éste experimenta y cómo lo experimenta, y que tiene una comprensión mayor que el paciente de esas experiencias” (1960, p. 26). Por ser el analista este tipo de persona, el paciente será capaz de sostener su potencial en un nivel más alto o más maduro de organización e integración.

Loewald y Strachey destacaron y teorizaron sobre los efectos inespecíficos –que se consideran derivados no verbalizables de la relación paciente-analista– que contribuyen decisivamente en la acción terapéutica. Dicho de otra manera, lo que Loewald y Strachey elaboraron es lo que Jung describió como *rappport*. Cabe señalar que, significativamente, ninguno de los dos autores propuso modificaciones a la técnica estándar, y tampoco sugirieron que la postura del analista o la experiencia que los analizandos tuvieran de ella debía o podía ser interpretada al paciente. Ambos se contentaron con dejar que estas experiencias relacionales y su internalización trabajen silenciosamente fuera de la toma de conciencia del analizando. Es probable que Strachey y Loewald creyeran también que estos procesos operan fuera del conocimiento del analista. Está implícito en las afirmaciones de ambos autores que los analistas cumplen todo el tiempo las funciones que describen, sin saber que lo hacen.

Otros autores se han aventurado en el mismo territorio; por mencionar algunos, la visión de Winnicott (1949) del analista como blanco elástico (*resilient*)<sup>3</sup> que resiste la agresión asesina, las ideas de Bion (1963) del analista como continente de proyecciones tóxicas, y el concepto de Weiss y Sampson (1986) del analista neutral que disconfirma las creencias patógenas arcaicas del paciente. De modo similar, muchos de los conceptos más debatidos en la literatura actual dirigen nuestra atención hacia las maneras en que las interpretaciones (y todas las otras formas en las que interviene el analista) ejercen su resonancia múltiple. Vienen a la mente la función responsiva (*role*

---

<sup>3</sup> Resilient: resistencia elástica o plástica

*responsiveness*), el *enactment*, el analista como objeto del *self*, la transferencia como situación total, la contraferencia como fuente de información y determinante del ambiente analítico.

Cada uno de estos conceptos, que se remontan a Strachey, surgieron de la observación detallada de las dimensiones interactivas de la situación analítica; ellos capturan aspectos del proceso que incluyen, pero van más allá de lo dicho por analista y analizando. En combinaciones diversas se ubican en el centro de la teoría relacional contemporánea. Pero la mayoría de las teorías relacionales son teorías en proceso; sus conceptos clínicos están, en gran medida, separados del cuerpo teórico. Para sostener plenamente estos conceptos se necesitan enfoques coherentes con el desarrollo y la estructura psíquica.

Tanto Strachey como Loewald utilizaron, como andamiaje para su visión de la acción terapéutica, el modelo tripartito de Freud, más exactamente, sus personales y polémicas lecturas. Más allá de esto, hay pequeños fragmentos o piezas de la teoría estructural presentes en los trabajos de Sullivan (1954), Kohut (1971), Bion (1963), y Fairbairn (1952), entre otros, y las teorías de los investigadores de la infancia ofrecen algunas sugestivas posibilidades acerca de los desarrollos en el comienzo mismo de la vida. Pero todavía no tenemos una estructura conceptual fuerte que pueda explicar el funcionamiento de los elementos no verbales y no interpretables de la acción terapéutica.

Últimamente, los avances en las neurociencias cognitivas han comenzado a converger notablemente con las formulaciones clínicas psicoanalíticas. Los neurocientíficos acentúan cada vez más el papel de los registros procedurales de la experiencia, formados fuera de la conciencia e inaccesibles a la introspección. Las representaciones codificadas en estos registros inconcientes influyen de manera decisiva en lo que esperamos del mundo y cómo reaccionamos frente a él, y están sujetas a modificación de acuerdo con los acontecimientos de nuestra vida. Según los neurocientíficos, la experiencia que un paciente tiene en cualquier relación intensa y compleja, como el psicoanálisis, influye en las representaciones codificadas en cualquier número de registros inconcientes. Algunos de los cambios en las representaciones codificadas que ocurren en el curso del análisis pueden ser inmediatamente accesibles a la expresión verbal, otros pueden estar disponibles a la comunicación en la medida que progresa el tratamiento, mientras que otros nunca lo estarán. Es probable que todos los cambios afecten el modo de ver el mundo de los analizados y sus respuestas comportamentales a éste. Tal teorización neurocien-

tífica tiene así el potencial de proporcionar un modelo de la estructura psíquica que comience a explicar la importancia de los efectos inespecíficos y de resonancia múltiple, y que respalde las nociones de múltiples acciones terapéuticas, no todas las cuales se pueden entender en términos verbales (Gabbard y Westen, en prensa)<sup>4</sup>.

Estos desarrollos clínicos y neurocientíficos y su convergencia son estimulantes y ofrecen posibilidades prometedoras para el psicoanálisis como terapia y como disciplina teórica; abren camino a una nueva y más sutil exploración de los efectos, infinitamente complejos, que ocurren entre nosotros y nuestros pacientes. Sin embargo, también nos plantean una nueva dificultad, porque ahora se vuelve más difícil de comprender plenamente, el impacto de aquello que hacemos. De hecho, estos nuevos progresos hacen que sea virtualmente imposible, para una sola persona –incluido, de manera más preocupante, el analista tratante– teorizar adecuadamente acerca de la acción terapéutica. Cuando tomamos en cuenta los efectos relacionales y los cambios neurológicos, se vuelve claro que cualquier apreciación completa acerca de qué es lo que funciona en los tratamientos exige analizar lo que sucede desde una variedad de perspectivas diferentes.

### Perspectivas múltiples

El analista puede estar interesado particularmente en algo, es probable que tenga un acceso especial hacia eso que está tratando concientemente de hacer, que se respalda en sus impresiones inmediatas y en el clima emocional de lo que ocurre en la consulta. Pero hay un elemento del “alegato especial” de Glover (1937) a estas “cuentas” que las deja, en última instancia, insatisfactorias. Podemos ver por qué es así; esto va más allá de los intereses teóricos y personales del analista. Cuando observamos los elementos de la acción terapéutica que operan fuera de la conciencia de ambos participantes de un análisis –sin mencionar su teoría acerca del impacto y la eficacia relativa de los diferentes aspectos del intercambio–, las ideas del analista acerca de lo que está ocurriendo dentro de la díada sólo representan un punto de vista entre muchos.

Nadie que se instala en un campo interactivo puede decir todas las cosas que hay que decir de las trasacciones que tienen lugar dentro de ese cam-

---

<sup>4</sup> N.de E. El artículo al que se refiere el autor, publicado originalmente en el *International Journal of Psychoanalysis*, 2003, 84: 823-841 fue traducido al español en la revista on line *Aperturas Psicológicas* número 26 bajo el título Repensando la acción terapéutica.

po; de hecho es imposible para cualquier persona tener la última palabra sobre el tema. En vista de esto, nuestra mejor apuesta es incorporar la perspectiva de observadores externos. Cualquier matiz de apreciación de la acción terapéutica requiere, junto a las del analista, las observaciones y las teorizaciones de personas externas al campo y, tal vez, también las del analizando. La situación se vuelve aun más compleja cuando tomamos en cuenta las contribuciones de los neurocientíficos. Éstas enfatizan los elementos de cambio en los patrones de comportamiento y de experiencia que están más allá de la capacidad de descripción de cualquier observador clínico; además requieren también datos y conceptos extraclínicos.

Así, tanto el giro relacional como los hallazgos de la neurociencia señalan que cualquier investigación sobre la acción terapéutica debe llevarse a cabo como tarea interdisciplinaria. Esto es preocupante, por supuesto; el psicoanálisis es una disciplina que nace de la inspiración de un hombre, y hoy lo practican personas que han optado por trabajar más a solas que nadie en nuestra sociedad. Histórica y caracterológicamente estamos lejos de aceptar la necesidad de invitar especialistas de otras disciplinas para que nos ayuden a entender lo que hacemos. Tradicionalmente las perspectivas externas se han utilizado, tendenciosamente, para desacreditar las afirmaciones de los oponentes teóricos. Los conceptos derivados de tal observación externa—estoy pensando en la cura transferencial y la interpretación inexacta—son contradictorios, pero su potencia polémica se debe a una verdad profunda: la perspectiva de un observador externo sobre los acontecimientos de un análisis revelará patrones de causa y efecto que nunca hubieran sido vistos por ninguno de los participantes de la diáda.

Hoy más que nunca, las opiniones de los observadores externos desafían, probablemente, algunas de nuestras creencias más preciadas. En la medida que estas opiniones enfatizan las formas en que el impacto de nuestro tratamiento depende de efectos interpersonales, de cambios inconcientes y posiblemente no verbalizables, e incluso de cambios en la organización neurofisiológica, se hace más difícil afirmar que una tradición psicoanalítica tiene una teoría clínica que funcione mejor que otra. De hecho, en tanto que enfoquemos esos aspectos de la acción terapéutica, es imposible especificar hasta qué punto el análisis es único como modalidad terapéutica. Debido a esto, se fuerza la credulidad para presumir, en ausencia de más datos, que es única entre todas.

Todos sabemos que las personas se influyen entre sí, para bien o para mal. La probabilidad de que un cambio estructural significativo pueda basarse en efectos relacionales, nos exige observar la manera en que el cambio se



produce en cualquier número de contextos relacionales diferentes: dentro de modalidades de tratamiento no analíticas y en relaciones sin intención terapéutica. Por ahora, estamos muy lejos de saber exactamente qué es aquello de la relación analítica que contribuye a sus efectos terapéuticos.

## Objetivos psicoanalíticos

Permítanme dejar de lado por un momento los problemas suscitados por nuestro conocimiento ampliado de la naturaleza de la acción terapéutica y pasar a la segunda idea del título de mi trabajo, los objetivos del analista. Este es un tema complejo en sí mismo, y hay considerables desacuerdos sobre hacia dónde mirar al hablar de objetivos<sup>5</sup>. Pero creo que hay algo simple y asimismo esencial que decir sobre los objetivos, algo que separa al psicoanálisis de las otras modalidades de tratamiento (en contraste a la acción terapéutica).

Comenzaré con la idea de si el psicoanálisis es o no una profesión imposible, sin dudas es una profesión peculiar. Y es peculiar porque su práctica refleja una creencia, compartida por todos los analistas y por otros pocos miembros de nuestra cultura, que invertir una gran cantidad de tiempo en pensar qué está ocurriendo dentro de nosotros, sacando a relucir los elementos negados de lo que pensamos y sentimos, abre la posibilidad de transformar radicalmente nuestras vidas para mejor.<sup>6</sup>

Siempre vale la pena recordarnos que esta creencia no sólo se aleja de un enfoque ético o estético de la vida, profundamente arraigado en la tradición intelectual occidental, sino que también está cada vez más rechazada por la mayor parte de la gente actual. La opinión mayoritaria es que dedicar tanta importancia a los matices de nuestra vida emocional es, en el mejor de los casos, el camino al ensimismamiento, y tal vez, aún al colapso psíquico. Pero imagino que todos los analistas estarían de acuerdo en que nuestro tratamiento tiene la meta de ayudar a los pacientes a tomar contacto con aspectos de su experiencia que ellos han rechazado previamente, y que hacer esto abre la posibilidad de vivir una vida más plena. En un comentario de Robert Michels en el reciente encuentro de la Asociación Psicoanalítica Americana, él formuló en términos sucintos y cercanos a la experiencia, por lo menos una parte de

---

<sup>5</sup> Ver la reciente publicación del *Psychoanalytic Quarterly* (2001, 70 [1]) en el cual autores de diferentes tradiciones ofrecen enfoques absolutamente diversos al tema de los objetivos del psicoanálisis.

<sup>6</sup> Ver Greenberg (2001) para una discusión más completa de mi opinión sobre objetivos psicoanalíticos.

nuestros objetivos. Parafraseando su comentario, dijo que nuestro objetivo es ayudar a los pacientes a apreciar el sentido de su experiencia. Creo que es muy mucho de lo que estamos tratando de hacer, y no puedo pensar en un analista de ninguna convicción teórica que pudiera estar en desacuerdo; ni puedo pensar en ninguna otra modalidad de tratamiento que tenga el propósito de lograr algo similar.

Se puede apreciar un amplio consenso acerca de los objetivos del psicoanálisis al escuchar discutir sobre opciones clínicas a analistas provenientes de una amplia gama de tradiciones teóricas. Llama la atención que cuando se le pide a un analista que explique por qué hizo algo de determinada manera, la respuesta, muy probablemente, vuelva a referir tanto al objetivo de alentar la convicción del sentido como al de facilitar un preguntarse que conduzca a la más completa apreciación de todos los significados que puedan ser experimentados en un momento particular. Es decir, decisiones técnicas muy diversas son explicadas invocando objetivos idénticos. El analista que rechaza el regalo de un paciente afirma haberlo hecho porque eso ayudará al paciente a explorar el significado de haberlo ofrecido; el analista que acepta un regalo dará la misma explicación. Los kleinianos insisten en que las interpretaciones tempranas y profundas son necesarias porque es la manera de ayudar al paciente a llegar al inconciente; los psicólogos del yo, trabajan laboriosamente desde la superficie hacia lo profundo creyendo que sólo de este modo se puede alcanzar el fondo. Incluso en el filo borde del psicoanálisis relacional, con su compromiso de alentar al analista a comportarse como un así llamado “nuevo objeto” para el paciente y su concomitante tolerancia al uso expresivo de las reacciones contratransferenciales y de la participación en *enactments*, la evaluación de lo que hace el analista siempre se basa en juicios acerca de si una acción o una actitud facilitará o excluirá la posibilidad de exploración.

Poner las cosas de esta manera deja en claro que el concepto de objetivos psicoanalíticos es muy diferente del concepto de acción terapéutica del análisis. Es probable que esta distinción, como veremos, no haga más fácil nuestro trabajo. Permítanme explicar las diferencias como yo las entiendo.

Primero, los objetivos psicoanalíticos –si hay un consenso sobre ellos, como he sugerido– son creados, conocidos y capaces de ser especificados por el clínico individual. Los objetivos son en su mayor parte concientes, o por lo menos preconcientes, en el sentido de que ellos informan nuestras razones para trabajar como lo hacemos, en formas que puedan ser enunciadas. Como clínicos nos aferramos a nuestras metas, incluso en encuentros con analizandos que sostienen objetivos diferentes, potencialmente conflictivos. Además

(aunque este punto es más discutible), nuestros objetivos, en la medida en que son analíticos, son siempre los mismos, con cada paciente, a lo largo de cada análisis. Es decir, en cada etapa de cada tratamiento, nuestro objetivo es abrir vías de exploración que hasta el momento han permanecido bloqueadas.

Me extenderé en este punto porque puede prestarse a malentendidos. Desde el comienzo los analistas han hecho cosas con sus pacientes que no estaban destinadas, por lo menos en lo inmediato, a hacer conciente lo inconciente. Cuando Freud utilizaba la hipnosis para llegar a los recuerdos patógenos reprimidos de sus pacientes, su próximo paso, de manera frecuente, era utilizar la sugestión para inducir al paciente a olvidar lo que había sido recordado. Nosotros ya no hacemos esto, sino que intervenimos de maneras que tienden a elidir un reconocimiento pleno. Se llame tacto y “timing”, reforzamiento de las defensas, proporcionar una nueva experiencia relacional, ofrecer comprensión más que explicación, o como quieran. De vez en cuando, y tal vez la mayor parte del tiempo, hacemos cosas que amortiguan el impacto de los potenciales *insights*, y vemos esto como algo esencial para nuestro proyecto analítico. Pero sugeriría que cuando hacemos estas cosas, las hacemos en la creencia de que facilitarán la exploración a largo plazo, y que nuestras decisiones técnicas son guiadas, en el momento, por nuestra creencia en el valor de la auto-exploración y la auto-comprensión.

Este compromiso es lo que hace al análisis diferente de todas las otras terapias, incluyendo la psicoterapia psicoanalítica. El psicoterapeuta psicoanalítico estará frecuentemente conforme si promueve una mejoría sintomática, aun dejando cosas inexploradas. El analista (quien, por supuesto, también será un psicoterapeuta, quizás la mayor parte del tiempo) nunca estará satisfecho completamente con este resultado, y esto hace que la relación analítica sea diferente a la de todas las terapias, como también a todas las otras relaciones.

### Acción terapéutica

Contrastemos este compromiso fijado y conciente hacia un objetivo particular con la acción terapéutica. Dado que la acción terapéutica abarca todo lo que sucede en el curso del análisis que contribuya a un cambio favorable, no hay razón para creer que el analista pueda planear y enunciar esta variedad de elementos, del mismo modo en que planifica los objetivos. Como ya sugerí, es incluso poco probable que cualquier persona (sea analista, analizando, observador externo o neurocientífico) tenga un acceso privilegiado a aquello que contribuyó al cambio; esto siempre será tema de recolección de

datos y formulación de hipótesis. La persona que ejerza la profesión, un experto en los objetivos que persigue, es sólo una voz entre muchas, cuando se habla de qué ha sido más efectivo en el tratamiento.

Tal vez la implicancia más radical de distinguir entre objetivos analíticos y acción terapéutica se torna clara cuando reiteramos que hacer conciente lo inconciente es siempre la meta, pero que gran parte del cambio se produce por fuera de la conciencia, como lo ponen en claro tanto el giro relacional como los hallazgos de la neurociencia. Volviendo a las tempranas formulaciones de Freud (1914, 1915a), mientras permanezca el objetivo analítico de reemplazar la repetición con el recuerdo gran parte del impacto terapéutico de lo que hacemos se lleva a cabo por la cosa misma sin palabras, el acto, la repetición o la rectificación de la experiencia vivida. Ferenczi y Rank (1924) observaron algo de esto tempranamente.

Freud mismo pudo no haberse dado cuenta de que existe una interesante distinción entre los objetivos analíticos y la acción terapéutica, porque nunca se dedicó a investigar profundamente las múltiples formas en las que el analista influye en el analizando. Consideremos su argumento en el tardío trabajo: *Construcciones en el análisis* (1937b) escrito después de la aparición del trabajo de Glover (1931) sobre la interpretación inexacta, en el cual afirmaba que una construcción incorrecta no tendrá ningún efecto sobre el analizando, simplemente resbalará en éste como el agua sobre el plumaje del pato. Freud insistió en que la acción terapéutica depende de los cambios específicos en el equilibrio de las fuerzas intrapsíquicas que vienen con el hacer conciente lo inconciente. Una construcción incorrecta, o una interpretación inexacta, no la provocará, pero tampoco tendrá como consecuencia ningún impacto particular en el analizando.

Hoy sabemos que de un modo u otro todo lo que hacemos importa; sabemos que no hay manera de no “tocar” a nuestros pacientes –y no siempre sabemos cómo los hemos “tocado”. Como consecuencia de esto, nos enfrentamos con un hecho preocupante de la vida analítica: lo que tratamos de lograr con nuestros pacientes está sólo vaga e inespecíficamente relacionado con lo que realmente hacemos lograr y con lo que hacemos por ellos, que importa más. Lo más importante acerca del tratamiento puede tener relativamente poco que ver con cuán bien alcanzamos los objetivos que nos propusimos.

No hace falta decir que ésta es una posición incómoda para cualquier profesional. Con la formación, y antes de ésta por preferencias personales, la mayoría de los profesionales esperan ser capaces de definir y especificar la naturaleza de los servicios que prestan. Pero, como la historia del psicoanálisis

muestra, esto nunca ha sido posible para nosotros. No sólo podemos suministrar interpretaciones inexactas, lo cual ya es suficientemente malo, sino que también podemos generar efectos no específicos.

Permítanme una digresión, mientras que hasta el momento tenemos hecho un gran recorrido para protegernos de este incómodo conocimiento la mayoría de nuestros padres y otros miembros de la familia han estado dentro nuestro desde los comienzos. ¿Cuántas veces nos han desafiado a explicar por qué, con toda nuestra inversión en la formación, no hemos elegido ser “reales doctores”<sup>7</sup>? Ciertamente, nos sentiríamos más doctores reales si pudiéramos estar seguros de que nuestros objetivos analíticos coincidieran más estrechamente con nuestro sentido, nuestro juicio acerca de qué contribuye a la acción terapéutica.

### La tensión del analista

El no estar exactamente seguros acerca del cómo estamos ayudando a nuestros pacientes nos deja en un estado de tensión, tensión de la que no se habla en la literatura psicoanalítica. Por cierto Freud no se había dado cuenta de esto ya que, como mencioné, él concibió el proceso psicoanalítico de una manera que minimizó la distinción entre los objetivos analíticos y la acción terapéutica. Pero ciertamente, no era ajeno a la experiencia de tensión o a su importancia dinámica. De acuerdo con su teoría de la motivación, si no se registra tensión no habrá movimiento, así como tampoco hay deseo libre de conflicto. (Freud 1912a). Y la tensión no sólo es el elemento nuclear de su metapsicología; parece haberla adoptado también en la conducción de su vida personal.

Entonces, Freud era consciente de que el tratamiento sería una lucha; sus tan citadas metáforas militares así lo sugieren. De hecho, cuando creó la situación analítica, implícitamente puso al analista en la circunstancia de experimentar las tensiones y ansiedades de ser tironeado en diferentes direcciones.

Consideremos el modo en que enmarcó sus recomendaciones técnicas en su primer trabajo *Consejos al médico* (1912b). Comienza de manera interesante: Freud nos dice que finalmente propone “reglas técnicas” [...] tras desis-

---

<sup>7</sup> En EE.UU. el grado de Doctor (Ph. D.) es un título académico, que se otorga al aprobar la tesis de doctorado. Con “Doctor real” el autor se refiere al egresado de Medicina, única carrera que otorga el título de Doctor (MD - Medical Doctor) al finalizar ésta.

tir, por propio escarmiento, de otros caminos” (p. 111). Hay aquí una sensación de la certeza nacida de la experiencia, como si su experiencia hubiera resuelto la pregunta de una vez y para siempre. Pero entonces, cambiando rápidamente de rumbo, Freud agregó que su técnica es “la única adecuada para mi individualidad” (p.111) y reconoció que “una personalidad médica de muy diversa constitución” (p.111) puede adoptar con éxito “otra actitud frente a los enfermos y a las tareas por solucionar” (p. 111).<sup>8</sup>

Observemos la tensión: el analista debe estar provisto de un conjunto de reglas técnicas inequívocas –tengamos en cuenta no sólo cómo fueron escritas sino también el modo en que Freud reaccionó con Ferenczi y Rank cuando intentaron modificarlas–. Pero al mismo tiempo, para que sirvan, las reglas deben coincidir con las inclinaciones personales del médico. Así es que desde los comienzos Freud puso al analista bajo presión: ¿Debería un psicoanalista trabajar de igual manera que otro, siguiendo procedimientos preestablecidos, o es necesario que trabaje de una manera que lo satisfaga?

La tensión se repite con cada regla individual que Freud establece. Siempre dice a sus lectores, usted estará tentado de hacer esto pero, para que el análisis funcione, deberá hacer aquello. Comienza con la necesidad de la atención parejamente flotante. La indicación de abandonar la escucha focalizada y la concentración dirigida va en contra de las inclinaciones del analista (1912b, p.111-112); al igual que la contraparte del compromiso del paciente a asociar libremente, ésta es siempre honrada en el incumplimiento – es decir, al mismo tiempo es resistida.

Después, aumentando su prescripción de una postura intelectual difícil de lograr, Freud ordena al analista adoptar una actitud emocional imposible. Al describir su consejo como “apremiante” insistió en que el analista debe “dejar de lado todos sus afectos” (1912b, p. 114). Sorprendente en sí misma, es aún más asombroso encontrar que esta afirmación está dirigida contra un sentimiento que Freud consideraba “una tendencia afectiva peligrosísima: la ambición” terapéutica del analista (p.114). Freud sugirió que la ambición terapéutica se debe dejar de lado porque solamente haciendo esto podemos ofrecerle al paciente “el máximo grado de socorro que hoy nos es posible prestarle” (p.115). Obsérvese la paradoja: renunciamos a la ambición terapéutica en servicio de la eficacia terapéutica.<sup>9</sup> Es una regla que está destinada a forzar

---

<sup>8</sup> Esta, como las siguientes citas que el autor hace de la obra de Freud fueron tomadas de la traducción de J.L.Etchevery publicada por Amorrortu Editores. Las páginas corresponden a la edición castellana.

<sup>9</sup> En una versión actualizada de esto, Friedman (1988) observó que “no le lleva mucho tiempo a un terapeuta aprender que es más probable que consiga lo que desea si parece no desear nada” (p. 473).

al analista a una batalla sin fin entre su estado emocional espontáneo —estado que contribuyó a que se volviera analista— y un sentimiento de obligación a constreñirlo.

Junto a estas tensiones internas, en la situación analítica tal como Freud la estructuró, abundaban las inquietudes interpersonales. El ejemplo más conocido es, por supuesto, el problema de qué hacer con el amor de transferencia. La mayor parte de lo que Freud escribió sobre contrantransferencia refleja su conciencia y preocupación por la tensión inherente en el trabajo con pacientes con inclinaciones románticas. Al decir: “Uno no se gobierna tan bien que de pronto no pueda llegar más lejos de lo que se había propuesto” (1915b, p.168) reconoció la inevitabilidad de la tentación, y hoy sabemos que para 1915 él estaba bien conciente de cuán reales eran los peligros.

A lo largo de los trabajos de Freud sobre técnica, está claro que él creyó que la tentación y la tensión relacional eran moneda corriente en el ámbito del tratamiento psicoanalítico, y no sólo en problemas específicos del manejo de la transferencia erótica. Su famoso mandato de evitar auto exponerse anticipó explícitamente las inclinaciones naturales del analista. (Tal vez el *“self-disclosure”* es un asunto tan candente hoy, precisamente porque enfoca y concretiza la incertidumbre y la experiencia de tensión del analista). Freud advirtió que el analista querrá ofrecer una actitud íntima al paciente, compensar una confianza con otra, “ponerse en un pie de igualdad mediante unas comunicaciones sobre su vida hechas en confianza” (1912b, p. 117). Como era su característica, Freud siguió esta convincente descripción sobre lo que el analista desearía hacer, con una prescripción sobre lo que debe hacer: el analista no debe ser “transparente para el analizando, sino, como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado” (p. 117). Pero por supuesto, un número de estos fundamentos no pueden ser hechos por ningún analista. Quedamos en una situación extraña: por un lado, la inclinación natural —definida como inútil en el mejor de los casos y peligrosa en el peor de ellos—, y, por el otro, una postura profesional prescrita —altamente recomendada pero imposible de ejecutar—.

Así, de muchas maneras, Freud construyó una situación analítica que lanza al analista a un mundo de tentaciones, prohibiciones, y sus concomitantes conflictos intrapsíquicos e interpersonales. Pero a pesar de haber hecho esto, parece no haber creído nunca que la experiencia de tensión del analista pudiera ser esencial en sí misma para hacer el trabajo de análisis. De hecho, teorizó sobre algunas importantes válvulas de seguridad que alivian la tensión dentro del sistema, y sugirió que el trabajo no necesita ser tan tenso como podría parecer. Del lado del paciente, la inobjetable transferencia positiva (Freud



1912c) postula una dimensión de la relación que está libre de conflicto en la experiencia del paciente y que es aceptada como tal por el analista. Y para el analista, por supuesto está el análisis, el autoanálisis en las formulaciones tempranas, una combinación de análisis de formación, autoanálisis adicional y reanálisis posterior. Esta “purificación” analítica (1912b, p. 115) inmuniza al analista contra los conflictos que surgen de las tentaciones del trabajo –tanto las tentaciones iniciadas por el paciente, como aquellas que emergen desde el interior de la personalidad del analista–.

La estrategia de Freud de describir una situación tensa y a continuación teorizar la salida de ella ha sido adoptada por muchos analistas desde entonces. Este sesgo en nuestra historia fue muy bien caracterizado por Friedman (1988), quien señaló, “los terapeutas funcionan en un mar de problemas y hablan acerca de éstos como si no los tuvieran” (p. 6). Siguiendo a Friedman, yo diría que describimos el problema en el que estamos –entendiendo por esto las tensiones que sentimos– y luego creamos teorías que parecen ofrecer alguna solución. Déjenme citar brevemente algunos pocos ejemplos para ilustrar que los analistas siempre hemos reconocido tener problemas, aunque a menudo entre paréntesis.

### Las respuestas de los analistas al “problema”

Glover (1936), con la intención de localizar y quizás con la esperanza de aislar el problema en el análisis de los “estados patológicos más profundos,” observó que los analistas están preocupados de “quedar expuestos a la acusación [...] de que en lo profundo del núcleo de la relación analítica, el *rapport* puede ser decisivo como factor tranquilizador” (p. 372). La inquietud de Glover está motivada en su interés de preservar la visión del psicoanálisis como un tratamiento cuyos efectos terapéuticos están determinados, exclusivamente, por obra de las interpretaciones exactas. Pero su advertencia de que podríamos ofrecer reaseguro no simplemente junto al insight, sino tal vez incluso en lugar de éste, debe haber tenido una poderosa influencia tanto en su experiencia de trabajo analítico como en la experiencia de los que fueron influidos por lo que él escribió.

Pocos años más tarde, Fenichel (1941) se centró más directamente en la experiencia clínica, observando que el “miedo a la contratransferencia puede llevar a un analista a suprimir toda la libertad humana en sus reacciones con los pacientes” (p. 126)<sup>10</sup>. Al igual que Glover, Fenichel direccionó las preocu-

<sup>10</sup> Corresponde a la siguiente versión castellana de la obra citada: Fenichel, O. (1973). *Problemas de técnica Psicoanalítica*. Rosario: Ediciones Control.



paciones de los analistas a que su tentación por construir relaciones (y proporcionar una terapia basada en el *rapport*, el reaseguro, y demás) sobrepasara el proyecto analítico autorizado. Este tema siguió en la obra de Stone (1961), quien encontró que la estructura tradicional de la situación analítica tiene “gran influencia y poder, ocasionando inseguridad o incluso culpa, cuando se transgreden sus límites” (p. 18).

Observemos que cada uno de estos autores reconoció el “mar de problemas del analista”. Esto es, cada uno creyó que los analistas están destinados a ser afectados por ansiedades, vergüenza y culpa cuando comparan lo que están haciendo y cómo se están sintiendo, con lo que se les ha enseñado a hacer y sentir. Los consejos de Freud resuenan poderosamente a través de las generaciones. Sin embargo cada uno de estos autores está presto a ofrecer una manera de evitar la tensión. Glover sugirió que, después de todo, tenemos menos de qué preocuparnos de lo que parece; los efectos del *rapport* pueden ser puestos entre paréntesis, siempre y cuando las interpretaciones sean exactas. Fenichel y Stone, en cambio, nos permitieron aceptar los importantes efectos del *rapport*. En diferentes grados abogaron por elastizar las reglas impuestas por Freud y para incluir la expresión espontánea de lo “humano” del analista. Ambos autores parecieron creer en la importancia de ayudar al analista a encontrar una manera de salir de una situación emocional difícil.

Una gran parte de la teorización posterior se ha dedicado a resolver el mismo problema. El concepto de alianza de trabajo en sus diversas formas sacó un conejo de la galera al permitir actuar al analista, más o menos sin culpa, de maneras que Freud había prohibido, porque se podía explicar el acto como una contribución a la construcción de la necesitada estructura (Greenson 1965; Zetzel 1956). Por supuesto, la eficacia de esta idea dependía de algunos cambios en la teoría estructural en sí misma; lo atestigua el milagro metapsicológico del yo observador y del yo que se involucra en el trabajo analítico (Fliess 1942; Sterba 1934). Con estos conceptos, los teóricos crearon una arena en la cual analista y analizando podrían querer hacer al menos algunas cosas entre sí, sin conflicto intrapsíquico o interpersonal, como si querer analizarse o –querer analizar– fuera diferente en principio a desear otra cosa.

Permítanme brevemente mencionar que no sólo los psicólogos del yo han teorizado sobre la tensión del analista. Sullivan (1954), por ejemplo, a pesar de sus ideas acerca de la observación participante, vio al analista, después de todo, como un participante bastante desapasionado. Su caracterización del analista como un experto en relaciones interpersonales, su creencia

de que la contratransferencia indicaba sólo la necesidad de más análisis personal y su empleo de las llamadas técnicas contraproyectivas (Havens 1976) para facilitar una valoración más fresca de los patrones de vida del paciente, todo esto trabaja para disipar las tensiones que probablemente sean sentidas tanto por el analista como por el paciente.

Desde un punto de partida conceptual muy diferente, muchos analistas kleinianos contemporáneos llegan a una perspectiva que resuelve la tensión de manera análoga. Su concepto de identificación proyectiva permite a los analistas aceptar lo que están sintiendo, porque no tienen que preocuparse mucho de dónde proviene. Es decir, su certeza de que la mayoría de los sentimientos (y los actos basados en ellos) son elementos indeseados que han sido escindidos y proyectados de la vida mental de los analizandos, les permite mantener la ecuanimidad incluso en presencia del caos interno. La tensión que el analista siente es algo que como profesional se ofrece a contener para el paciente, no algo inherente a la lucha personal del analista al hacer el trabajo de análisis.

Algunos analistas relacionales contemporáneos han trabajado con las tensiones que Freud estableció. La visión de Hoffman (1998) de una dialéctica entre retener y arrojar lo que él llama “el libro”, recuerda las palabras de Freud acerca de la tentación y el mantenimiento del encuadre.

De manera similar, las frecuentes referencias en la literatura relacional a la necesidad de aceptar la paradoja, sugieren una tensión entre ideas y afectos incompatibles. (Pizer 1992). Pero al igual que otros conceptos que describen la tensión, también la teorizan. La idea de una dialéctica abre la mente del analista a la posibilidad de abarcar una variedad de cursos de acción, y esta libertad es probable que alimente el conflicto, pero también ofrece la esperanza de que en algún momento, algo se sentirá adecuado, o al menos en armonía consigo mismo. Los puntos de vista relacionales sobre la paradoja se suelen acompañar con la idea de que la negociación es posible y que, a través de la negociación (que puede ser interpersonal o intrapsíquica), se alcanzará alguna resolución confortable.

## Los beneficios de la tensión en el análisis

Los esfuerzos por teorizar la tensión por fuera del proceso analítico dejan a muchos clínicos en la creencia de que algo está mal en su manera de sentirse al hacer su trabajo, y quizás incluso que hay algo equivocado en su tarea en sí misma. En el resto de este artículo voy a proponer una visión alter-

nativa: sostendré que el analista en tensión es, probablemente, el mejor analista<sup>11</sup>. Al decir esto, por supuesto, no quiero dar a entender que el mejor analista sea el atormentado; demasiado conflicto inevitablemente producirá distracción. Pero sí creo que la tensión entre la inclinación y la técnica, tal como Freud la concibió, es intrínsecamente más productiva de lo que en general se cree.

Discutamos en primer lugar la inclinación. La inclinación refleja las maneras en que nuestros analizandos nos afectan, y los modos en que somos atraídos hacia ellos. Por supuesto, la inclinación es siempre profundamente personal; no existen dos analistas que reciban a sus pacientes con idénticas inclinaciones<sup>12</sup>. Por el hecho de ser tan personal, los analistas tendemos a disminuir su influencia en la tarea, pero lo hacemos con gran riesgo. Con palabras de Friedman (1988), si el terapeuta “no tiene actitudes particulares no sentiría impacto y no tendría receptores para los significados del paciente” (p. 529).

A lo largo de sus escritos, Friedman ha insistido de manera elocuente que debemos tomar en cuenta la presencia persistente del deseo del analista y la manera en que el deseo contribuye tanto al modo en que trabajamos como a las tensiones que sentimos. Yo me dirijo a lo que sospecho es una parte del proyecto más amplio de Friedman: mi foco se centra en las formas en que nuestras inclinaciones hacia los analizandos en particular, pueden y deben influir en nuestras decisiones técnicas, y en cómo contribuyen, inevitablemente, a generar sentidos.<sup>13</sup> Me refiero a las tensiones que surgen del clima interpersonal específico que caracteriza a cada tratamiento, un énfasis que no siempre se manifiesta en el trabajo de Friedman.

Visto desde esta perspectiva, —más allá de proporcionar un medio del que emergen los sentidos— nuestras predisposiciones personales se combinan con los modos en que somos movilizados por cada analizando en particular para dar forma a la relación que queremos tener con ese analizando. Esta manera de poner las cosas puede parecer temeraria, como si completamente estuviera excluyendo de la mezcla al profesionalismo, pero Freud advirtió esto

<sup>11</sup> Después de escribir esto, tuve la satisfacción de encontrar en expresiones de Goldberg (1999) una visión similar: la preocupación “es la emoción crucial para la vida de un analista, que probablemente debería preocuparlo hasta la tumba” (p. 396).

<sup>12</sup> Smith (2000) describía algo similar a lo que estoy llamando inclinación cuando señaló que un analista va al encuentro de cada analizando individual con “un conjunto consistente de respuestas conflictivas” (p. 103).

<sup>13</sup> Para tener un ejemplo clínico vívido, vea la presentación del caso de Bolognini (en prensa), así como mi discusión (Greenberg, en prensa). Vea también Smith (2000).

noventa años atrás. Dio a entender que queremos fomentar la devoción de algunos pacientes y desalentar la de otros; enseñar a algunos y dominar a otros; asumir la paternidad de algunos y liberar a otros. La contratransferencia —que según la lógica de su teoría (aunque no en sus palabras explícitas) da a entender que nunca está completamente superada— es la tracción para responder según nuestras inclinaciones. Moldeada por quién es el paciente, quién es el analista y por lo que crean cuando se encuentran uno con el otro, la contratransferencia empuja al analista hacia un compromiso personal con el analizando.

Pero debemos tener cuidado con nuestras inclinaciones; la mayor parte del tiempo tenemos que luchar contra ellas. Aquí no estoy pensando principalmente en los peligros del acting out, aunque por cierto éstos están siempre presentes. Más típicas y más inmediatamente amenazantes de la mayoría de los análisis son las dificultades que la inclinación introduce en la manera de hacer el trabajo de análisis —de hacer el inconciente conciente y de comprometer plenamente las resistencias para hacer que ambos miembros de la díada puedan experimentarlas—. Hacer conciente lo inconciente es algo que, por definición, el analizando probablemente no quiera hacer. Promover el trabajo requiere así que los analistas luchen contra al menos algunas de las inclinaciones personales que sienten hacia sus pacientes, porque hacer el trabajo de análisis a menudo requiere ignorar los sentimientos del paciente. Los pacientes desean, principalmente, sentirse mejor, y los analistas tienden a querer ayudar. Pero mucho de lo que el analista sabe que se debe hacer está destinado, en el corto plazo, a hacer sentir peor al paciente, por lo cual la inclinación a ayudar al paciente a que se sienta mejor puede interferir.

Algunas veces, en cambio, las inclinaciones del analista son a hacer que el paciente se sienta peor; y puede ser un arma poderosa insistir que el paciente preste atención a las erupciones del inconciente, aun a aquellas que se han entendido correctamente. También se debe luchar contra estas inclinaciones porque ningún paciente que perciba que el analista quiere que él se sienta peor, será capaz de participar abiertamente en un análisis.

¿Cómo luchamos contra la inclinación? Aquí es donde entran los objetivos psicoanalíticos. Éstos no son naturales; tiran con fuerza contra todas nuestras inclinaciones —excepto nuestra inclinación de analizar—. Y las reglas que Freud propuso —maneras no naturales de comportarse diseñadas para implementar objetivos no naturales— se nos presentan como un recordatorio siempre presente de que estamos con nuestros analizandos por razones que nada tienen que ver con nuestras inclinaciones personales, que generalmente trabajan en contra de aquéllas. Iría tan lejos como para sugerir que, en alguna

instancia, las reglas no garantizan que habrá más o mejor análisis. Mantener el anonimato, por ejemplo, puede promover la exploración de la experiencia de la transferencia o puede inhibirla; es imposible saberlo de antemano. Pero mantener las reglas en mente, las sigamos o no, garantiza crear una tensión que contextualizará la inclinación, obligándonos a mantener un ojo enfocado en el propósito más amplio de la relación con el analizando.

Ésta es la fuente de nuestra mayor tensión. Por un lado, están los imperativos de nuestro objetivo psicoanalítico, que reflejan nuestros valores profesionales, pero que están garantizando ser emocionalmente distantes de nuestra experiencia del momento a momento. En consecuencia, el objetivo del analista parece transpersonal o incluso impersonal, sin relación con lo que está pasando inmediatamente entre analista y paciente. Por otro lado, nos atrae el encanto profundamente personal del paciente, que da forma a gran parte de lo que se siente al hacer la tarea analítica. Déjenme apelar una vez más a las observaciones de los observadores externos, quienes confirman el poder de esta tensión. Los de afuera tienden a observar el juego de la inclinación a expensas del análisis; señalan maneras en las cuales la inclinación ha obtenido lo mejor del analista y ha devorado el siempre frágil contrato de perseguir un objetivo analítico. Esto no debería sorprender; siempre es más fácil actuar que reflexionar.

Parece haber un corto paso desde estas críticas a la idea de que podría ser conveniente eliminar la tensión renunciando completamente a la inclinación. Pero en el nuevo mundo de los efectos no específicos y de las resonancias múltiples, la inclinación e incluso la contratransferencia necesitan ser rehabilitadas, a pesar del costo que probablemente impliquen a la ecuanimidad del analista. Desde nuestro intenso estudio de los factores relacionales en el trabajo analítico hemos aprendido que encontrar una manera de facilitar la capacidad de los analizandos para hacer la tarea es un asunto intensamente personal. Y la inclinación puede ser nuestra mejor brújula en la navegación por el curso, a menudo tortuoso, que debemos seguir para lograr esto.

El poder de guía de la inclinación es claro cuando consideramos la idea contemporánea de que hacer el trabajo analítico requiere que analista y analizando trabajen juntos para crear una atmósfera de seguridad (Greenberg 1991; Pine 1993; Sandler 1960; Schafer 1983). La seguridad, por supuesto, es profundamente personal; es una experiencia de los analizandos, una reacción sentida a la circunstancia. No hay manera de determinar a priori o por decreto técnico qué clases de comportamientos o actitudes del analista contribuyen a la experiencia de seguridad del analizando y a la capacidad consiguiente para hacer la tarea de análisis.

Anteriormente, cuando sugerí que analistas que trabajan de manera muy diferente sostienen, sin embargo, objetivos similares, utilicé el ejemplo de la aceptación o rechazo de un regalo del analizando. Me parece que las decisiones en relación a estas posiciones deberían ser –y cuando las cosas están funcionando mejor, generalmente lo son– moldeadas según el sentir del analista acerca de qué ayudará al analizando a sentirse lo suficientemente seguro como para aceptar la idea de que hacer un regalo tiene significados que van más allá de los que él tiene concientes en el momento de hacerlo. El analizando será capaz de hacer esto y será capaz de explorar nuevos significados, sólo si la reacción del analista no interfiere demasiado con su sensación de bienestar. Si la reacción del analista es vivida como chocante, el analizando sentirá que la prioridad es conservar su sentido de autoestima amenazado, y esto requiere insistir en que todo lo pensable sobre hacer un regalo, ya ha sido pensado. Esto, por supuesto, impide explorar.

Hacer un regalo es sólo un ejemplo concreto de las ofrendas de los analizandos al analista. Es útil y preciso pensar como ofrendas muchos comportamientos de los analizandos, incluyendo sus asociaciones –aunque ambos participantes puedan no ser concientes de esto. Según esta visión, el analista siempre está respondiendo a regalos, y puede hacerlo de una manera que contribuya al sentimiento de bienestar del analizando –o de una manera que el analizando experimente como chocante–. Estas respuestas pueden tener mucha fuerza emocional, aunque como comportamientos puedan ser lo suficientemente mínimos y escaparse a la percepción conciente. Estoy pensando en los giros que el analista decide tomar a partir de las asociaciones del paciente en un momento dado, las palabras que elige, el tono de voz que utiliza, y así sucesivamente. Todo esto afectará la capacidad de los analizandos para hacer la tarea de análisis.

También están implicadas cuestiones más amplias. El analista y el analizando siempre buscan modos de hacer posible para ellos el trabajo en conjunto. He aquí un inventario parcial y asistemático de las cuestiones que pueden surgir y deben ser negociadas: el nivel de actividad del analista, el ritmo y la profundidad de las interpretaciones, el uso del humor, la cantidad de juego transferencial que es incitado y/o tolerado, y los niveles de autodescubrimiento, cuestión que se ha vuelto casi un objetivo correlativo en el discurso contemporáneo. Cada una de estas cuestiones refleja algún aspecto de las necesidades o deseos de los analizandos, y –al igual que los regalos del analizando– cada una requiere alguna respuesta del analista.

Cuando las cosas están yendo bien, las respuestas del analista se moldearán por inclinación, cómo siente estos temas en general, cómo quiere com-

prometerse con cada analizando como individuo. Si la inclinación es negada, el proceso analítico se volverá rígido y desprovisto de vitalidad. Pero, al mismo tiempo, el analista no puede sucumbir a la inclinación; buscar los objetivos analíticos puede no tomar en cuenta las consideraciones del deseo y aún de las necesidades del momento. Cuando las cosas se derrumban —a menudo como resultado de la incapacidad del analista para soportar la tensión con un paciente en particular— o habrá demasiado involucramiento no examinado y demasiado poco análisis, o un callejón sin salida producido por la implacable y creciente presión para conseguir que el analizando acepte las interpretaciones de la resistencia.

## Conclusión

Esta discusión sobre la tensión entre seguir los objetivos analíticos (que probablemente requiera pasar por alto las inclinaciones, por lo menos en el corto plazo) y ayudar al paciente a realizar el trabajo de análisis (que implica una atención exquisita a las inclinaciones de ambos participantes) nos trae de nuevo la distinción entre el concepto de objetivos y el de acción terapéutica. Es en el intento de elaborar qué será necesario para lograr los objetivos analíticos —intento que requiere sintonizar las inclinaciones individuales— donde ocurren los elementos relacionales no interpretativos de la acción terapéutica. Y los efectos terapéuticos también derivan de la perseverancia requerida de ambos participantes cuando las negociaciones en las que entran parecen no tener solución, cuando reina la incertidumbre y cuando la tensión parece que no tener fin.

Pondría esto de esta manera: Es en el proceso de intentar crear una atmósfera de seguridad —a veces exitoso, a veces fallido— donde el analista se convierte en el padre benévolo que Strachey describió, o en la madre de Loewald, o en un continente de los aspectos rechazados del *self*, o en cualquier otra cosa que lleguemos a ser que sea importante para nuestros analizandos. Las diversas formas en que un analizando puede experimentar a su analista emergen de los intercambios que producen, y tienen el potencial de remodelar los viejos patrones relacionales. A su vez, los neurocientíficos nos dicen que esta nueva experiencia modifica la representación de esos patrones en la memoria procedimental. Ya sea que veamos todo esto desde un punto de vista puramente psicológico o desde una perspectiva que incluya la alteración de las redes neuronales, estas interacciones contribuyen de manera significativa a los beneficios que nuestros pacientes obtienen de su tratamiento.



Una gran parte, casi la mayoría, de las transacciones que producen cambio son inconcientes para ambos participantes; por esto es que ni analista ni analizando pueden ser concientes de todo aquello que contribuyó a la acción terapéutica en un determinado caso —ni mencionar ser concientes de cómo lo que sucedió condujo al cambio—. Aún la naturaleza y las vicisitudes de llegar a nuevos significados de antiguas experiencias son diferentes en cada análisis. El *insight* tiene una significación personal única para cada analista y para cada analizando, y por lo tanto, hacer conciente lo inconciente es en sí mismo un acontecimiento interpersonal que tendrá diferentes significados y efectos terapéuticos en cada día. Sabemos muy poco acerca de cómo, e incluso de si el logro de nuestros objetivos (en contraposición con otros aspectos de la experiencia analítica) ayuda a nuestros pacientes.

Nos han enseñado que debemos conocer mucho acerca de cómo y por qué lo que hacemos beneficia a nuestros pacientes, y sin embargo estamos cada vez más concientes de lo poco que sabemos. También nos han enseñado a suprimir nuestras inclinaciones, una directiva que nos puede llevar a sentirnos culpables y avergonzados cada vez que nos damos cuenta cuán persistentes pueden ser esas inclinaciones. Nos deben enseñar que admitir la inclinación no supone abandonar los objetivos analíticos, aunque admitirlo incluye reconocer que a menudo trabajamos en objetivos que se oponen a nosotros mismos. Basta de hacernos anhelar las cosas imposibles descritas por Freud, pero quizás podamos reconfortarnos al pensar que aceptando la incertidumbre y la tensión, estamos haciendo el trabajo psicoanalítico de mayor alcance y el más creativo que podemos hacer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bion, W. (1977[1963]). *Elements of psycho-analysis*. En: *Seven Servants*. New York: Aronson. [Versión castellana: (2000). Elementos de psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé]
- Bolognini, S. (in press). The analyst at work. *International Journal of Psychoanalysis* (ver nota al pie número 13).
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An Object-Relations Theory of the Personality*. New York: Basic Books.
- Fenichel, O. (1941). *Problems of Psychoanalytic Technique*. New York: *Psychoanalytic Quarterly*. [Versión castellana: (1961). Problemas de técnica psicoanalítica. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana].



- Ferenczi, S. & Rank, O. (1986[1924]). *The Development of Psychoanalysis*. Madison, CT: Int. Univ. Press.
- Fliess, R. (1942). The metapsychology of the analyst. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 211-227.
- Freud, S. (1912a). On the universal tendency to debasement in the sphere of love (Vol. 11, pp. 177-190). En: *The Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth [Versión castellana: (1979). Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa: contribuciones a la psicología del amor, 2 (Vol. 11, pp. 169-183). En: *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu].
- Freud, S. (1912b). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis (Vol. 12, pp. 109-120). En: *The Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth [Versión castellana: (1980). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico (Vol. 12, pp. 108-119). En: *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu].
- Freud, S. (1912c). The dynamics of transference (Vol. 12, pp. 97-108). En: *The Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth [Versión castellana: (1980). Sobre la dinámica de la transferencia (Vol. 12, pp. 93-105). En: *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu].
- Freud, S. (1914). Remembering, repeating, and working-through (Vol. 12, pp. 145-156). En: *The Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth [Versión castellana: (1980). Recordar, repetir y reelaborar: nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, 2 (Vol. 12, pp. 145-157). En: *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu].
- Freud, S. (1915a). The unconscious (Vol. 14, pp. 159-216). En: *The Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth [Versión castellana: (1979). Lo inconsciente (Vol. 14, pp. 153-214). En: *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu].
- Freud, S. (1915b). Observations on transference-love: further recommendations on the technique of psycho-analysis III (Vol. 12, pp. 157-174). En: *The Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth [Versión castellana: (1980). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia: nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, 3 (Vol. 12, pp. 159-174). En: *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu].
- Freud, S. (1937a). Analysis terminable and interminable (Vol. 23, pp. 209-254). En: *The Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth [Versión castellana: (1986). Análisis terminable e interminable (Vol. 23, pp. 211-254). En: *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu].

- Freud, S. (1937b). Constructions in analysis (Vol. 23, pp. 255-270). En *The Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth [Versión castellana: (1986). Construcciones en el psicoanálisis (Vol. 23, pp. 255-270). En: *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu].
- Friedman, L. (1988). *The Anatomy of Psychotherapy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Friedman, L. (2001). *Interpretation. Keynote address*, PEP-CD ROM Conference, February.
- Gabbard, G. (1999). *How does treatment help? Keynote address*, PEP-CD ROM Conference, February.
- Gabbard, G. & Westen, D. (in press). Rethinking therapeutic action. En *International Journal of Psychoanalysis* (ver nota al pie número 4).
- Glover, E. (1931). The therapeutic effect of inexact interpretation: a contribution to the theory of suggestion. En *International Journal of Psychoanalysis*, 12(4), 397-411. [Versión castellana: (1970). El efecto terapéutico de la interpretación inexacta: una contribución a la teoría de la sugestión. En *Revista de Psicoanálisis*, 27(4), 827-844].
- Glover, E. (1955[1936]). On the theory of the therapeutic results of psycho-analysis. En *The Technique of Psycho-Analysis*. London: Bailliere.
- Glover, E. (1937). Introduction to symposium on the therapeutic results of psychoanalysis. En *International Journal of Psychoanalysis*, 18(1/4), 125-131.
- Goldberg, A. (1999). Response by Arnold Goldberg: there are no pure forms. En *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(2), 395-400.
- Greenberg, J. (1991). *Oedipus and Beyond: A Clinical Theory*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.
- Greenberg, J. (2001). Thinking, talking, playing: the peculiar goals of psychoanalysis. En *Psychoanalytic Quarterly*, 70:131-148.
- Greenberg, J. (2002). Discussion of Dr. Bolognini's case presentation. En *International Journal of Psicoanálisis*, 84(2), 762-766. [Versión castellana: (2004). Discusión del caso del Dr. Bolognini: presentación. En *Libro Anual de Psicoanálisis*, 18, 48-51].
- Greenson, R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. En *Psychoanalytic Quarterly*, 34:155-181.
- Hartmann, H. (1951). Technical implications of ego psychology. *Psychoanalytic Quarterly*, 20:31-43. [Versión castellana: (1969). Implicaciones técnicas de la psicología del yo. En *Ensayos sobre la psicología del yo* (pp. 131-141). México: Fondo de Cultura Económica].
- Havens, L. (1976). *Participant Observation*. New York: Aronson.
- Hoffman, I. Z. (1998). *Ritual and Spontaneity in Psychoanalysis*.

- Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: Int. Univ. Press. [Versión castellana: (2007). *Análisis del self: el tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu].
- Loewald, H. (1960). On the therapeutic action of psycho-analysis. En *International Journal of Psychoanalysis*, 41(1), 16-33. [Traducido en el presente número de la Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis].
- Mcguire, W. (Ed.) (1974). *The Freud-Jung Letters: The Correspondence between Sigmund Freud and C. G. Jung*. Princeton, NJ: Bollingen Series XCIV. [Versión castellana: Freud, S. & Jung, C. (1978). *Correspondencia*. Madrid: Taurus].
- Pine, F. (1993). A contribution to the analysis of the psychoanalytic process. En *Psychoanalytic Quarterly*, 62, 185-205.
- Pine, F. (1998). *Diversity and Direction in Psychoanalytic Technique*. New Haven, CT: Yale Univ. Press.
- Pizer, S. (1992). The negotiation of paradox in the analytic process. En *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 215-244. [Versión castellana: (2008). La negociación de la paradoja en el proceso analítico (pp. 313-344). En A. Abello Blanco & A. Liberman (Eds.), *Winnicott hoy: su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática]
- Pizer, S. (2001). The goals of clinical psychoanalysis. En *Psychoanalytic Quarterly*, 70(1).
- Sandler, J. (1960). The background of safety. En *International Journal of Psychoanalysis*, 41(4/5), 352-356.
- Schafer, R. (1979). On becoming a psychoanalyst of one persuasion or another. En *Contemporary Psychoanalysis*, 15, 345-360.
- Schafer, R. (1983). *The Analytic Attitude*. New York: Basic Books.
- Smith, H. F. (2000). Countertransference, conflictual listening, and the analytic object relationship. En *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 95-128.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. En *International Journal of Psychoanalysis*, 15(1/4), 117-125. [Versión castellana: (1969). El destino del yo en la terapia analítica. En *Revista de Psicoanálisis*, 26(4), 953-963].
- Stone, L. (1961). *The Psychoanalytic Situation*. New York: Int. Univ. Press.
- Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. En *International Journal of Psychoanalysis*, 15(1/4), 127-159. [Versión castellana: (1948). Naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis. En *Revista de Psicoanálisis*, 5(4), 951-983].
- Sullivan, H. (1954). *The Psychiatric Interview*. New York: Norton.

- [Versión castellana: (1969). La entrevista psiquiátrica (2a ed.). Buenos Aires: Psique].
- Weiss, J. & Sampson, H. (1986). *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation, and Empirical Research*. New York: Guilford.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. En *International Journal of Psychoanalysis*, 30(2), 69-75. [Versión castellana: (1971). El odio en la contratransferencia. *Revista de Psicoanálisis*, 28(2), 433-447].
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. En *International Journal of Psychoanalysis*, 37(4/5), 369-375.