

# Fundamentos de la investigación psicoanalítica: Principios fundamentales<sup>1</sup>

Robert Stolorow, Bernard  
Brandchaft & George Atwood

Desde nuestra perspectiva, existen dos principios generales que guían el tratamiento psicoanalítico en todas sus fases y transformaciones. El primer principio afirma que la meta fundamental de la terapia psicoanalítica es el despliegue, la clarificación y la transformación del mundo subjetivo del paciente. El segundo afirma que el proceso de transformación que es puesto en marcha a través de la actividad analítica y sus inevitables descarrilamientos se produce en el interior de un sistema intersubjetivo específico. En este capítulo describimos brevemente qué reglas técnicas se desprenden en el psicoanálisis de estos dos principios centrales mientras que, en los capítulos siguientes, entraremos en mayor detalle.

## La actitud analítica

Tradicionalmente, la actitud analítica es definida en el sentido de alguna noción de neutralidad que, con posterioridad, es equiparada más o menos con la “regla de abstinencia” –el analista no tiene permitido conceder satisfacciones pulsionales a sus pacientes (Freud, 1919). Esta regla técnica de obligatoriedad general surgió a partir de la suposición teórica de que las constelaciones psicopatológicas primarias de las cuales se ocupa el psicoanálisis son productos de derivados pulsionales reprimidos. De acuerdo a esta tesis, las satisfacciones pulsionales perjudican la meta de traer deseos pulsionales reprimidos a la consciencia, de encontrar su origen en la génesis y, por último, de posibilitar una renuncia a estos y su sublimación. Siguiendo a Kohut (1971, 1977, 1984), hemos descubierto que las configuraciones motivacionales primarias que son movilizadas en el proceso analítico no son derivados pulsionales patológicos, sino tendencias inhibidas y detenidas al desarrollo. Una actitud que promueve la condena de tales tendencias al servicio de la “maduración” repite y fortalece los descarrilamientos originales en el transcurso del desarrollo (Stolorow & Lachmann, 1980).

Cuando se adopta una actitud intersubjetiva, inmediatamente se hace evidente que la abstinencia –la frustración consciente de deseos y necesidades del paciente– nunca puede ser experimentada por este como actitud neutral. Más bien, la aplicación estricta de la abstinencia por parte del analista puede descarrilar el diálogo terapéutico de forma decisiva y provocar intensos conflictos que representan más un artefacto determinado por esa actitud terapéutica que una manifestación primordial de la psicopatología primaria del paciente. Por lo tanto,

---

<sup>1</sup> Extractos del capítulo 1 “Grundsätze psychoanalytischer Untersuchung” contenido en *Psychoanalytische Behandlung: Ein intersubjektiver Ansatz* (1987, Frankfurt am Main: Fischer), versión alemana de *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Traducción por Ps. André Sassenfeld J.

puede ocurrir que la actitud abstinerente no facilita el proceso analítico; incluso puede ser en sí misma dañina para el proceso (Wolf, 1976). En consecuencia, deseamos reemplazar la regla de abstinencia por la regla de que las intervenciones del analista debieran estar guiadas en la medida de lo posible por una evaluación continua de aquello que probablemente facilitará o dificultará el proceso de clarificación, despliegue y transformación del mundo subjetivo del paciente. Tal evaluación requiere una exploración analítica cuidadosa de los significados específicos que las acciones u omisiones del analista pueden llegar a tener para el paciente.

¿Qué actitud por parte del analista sería la más propicia para crear un contexto intersubjetivo en el cual el despliegue, la clarificación y la transformación del mundo subjetivo del paciente puedan lograrse de la mejor manera? Creemos que tal actitud debe concebirse del mejor modo posible como una actitud de *duradera búsqueda empática* –esto es, una actitud que busca comprender consecuentemente el significado de aquello que el paciente expresa desde una perspectiva dentro y no fuera del marco de referencia subjetivo del paciente (Kohut, 1959).

Al igual que la regla de abstinencia, la actitud empática marca de modo decisivo el diálogo terapéutico, pero en una dirección muy distinta. La búsqueda empática continua del analista contribuye una parte al establecimiento de la situación intersubjetiva en la cual el paciente confía cada vez más en sus sentimientos y necesidades más profundos pueden ser comprendidos. Esto, a su vez, da estímulo al paciente para desarrollar y ampliar sus capacidades para mayor auto-reflexión y, al mismo tiempo, para insistir en hacer hablar cada vez más áreas vulnerables y encapsuladas de su vida subjetiva. De la misma manera, es importante que el analista se establezca de este modo más y más como objeto comprensivo con cuya ayuda es posible revivir necesidades tempranas no comprendidas y reactivar impulsos detenidos de desarrollo.

La actitud de exploración empática sostenida es lo más importante en el establecimiento, la mantención y el fortalecimiento continuo de la transferencia selfobjetal sobre el analista (Kohut, 1971, 1977, 1984) –un componente esencial de las transformaciones psíquicas que producen los cambios terapéuticos. Este fortalecimiento ocurrirá sobre todo cuando la búsqueda se amplía a áreas de la experiencia respecto de las cuales el paciente cree que le resultan amenazantes al analista (Brandchaft, 1983).

Esta formulación de la actitud empática y sus efectos sobre el proceso analítico hace innecesario el concepto tradicional de una alianza terapéutica o de trabajo como fenómeno no influenciado por la transferencia (Greenson, 1967; Zetzel, 1970). Agradecemos mucho este señalamiento a Chris Jaenicke.

Lo que con anterioridad era visualizado como manifestación de la alianza de trabajo puede ser entendido, en la concepción intersubjetiva, como transferencia específica que se desarrolla como consecuencia de la experiencia y expectativa duradera del paciente. De modo similar, el supuesto de la ausencia de la alianza de trabajo es reemplazado por la búsqueda de perturbaciones de la relación transferencial.

La exploración empática continuada de la realidad subjetiva del paciente favorece el despliegue fluido de patrones de experiencia que reflejan debilidades estructurales, restricciones psíquicas, descarrilamientos tempranos del desarrollo y actividades defensivas arcaicas. La clarificación de estos patrones se produce en

conjunto con el desarrollo de una relación transferencial, en la cual se reactivan procesos muy tempranos del desarrollo. Cuando el análisis hace progresos, durante la transferencia habitualmente resultan cambios de formas más arcaicas hacia formas más maduras (Kohut, 1984). Con ello, se vuelve cada vez más posible que paciente y analista colaboren en función de una meta común (Stolorow & Lachmann, 1980). Esta concepción del desarrollo y maduración de un lazo empático tiene que ser diferenciada estrictamente de una pseudo-alianza, que está fundamentada en una identificación del paciente con las ideas del analista. Tales pseudo-alanzas se desarrollan sólo con costos para la búsqueda empática ya que aquellos aspectos de la experiencia de los cuales se supone que no calzan con las expectativas del analista son negados y evitados en el proceso analítico.

### Hacer consciente lo inconsciente

Desde la perspectiva intersubjetiva, ¿cómo debemos perseguir la meta tradicional de hacer consciente lo inconsciente? En *Structures of Subjectivity* (1984), nos aproximamos a esta interrogante por medio de nuestra formulación del “inconsciente pre-reflexivo” –las estructuraciones de la experiencia a través de principios organizadores que actúan fuera de la consciencia de una persona:

Cuando una persona no reflexiona, no es consciente de su papel como sujeto que activamente le da una forma a su realidad personal. El mundo en el cual vive en el cual se mueve parece como si fuera algo independiente de la persona y algo objetivamente real. Las estructuras y contenidos de los eventos que caracterizan de modo significativo su realidad personal son considerados más bien como si fueran propiedades de esos mismos eventos y no productos de las propias interpretaciones y construcciones subjetivas. La terapia psicoanalítica puede entenderse como procedimiento mediante el cual el paciente alcanza un conocimiento reflexivo sobre esta actividad que estructura de forma inconsciente. (p. 36)

Desde este punto de vista, la formulación “hacer consciente lo inconsciente” se refiere a la clarificación interpretativa de la actividad organizadora inconsciente del paciente, en especial en la medida en la que esto se manifiesta como diálogo intersubjetivo entre paciente y analista. En este contexto, nos referimos a la forma en la que paciente experimenta inconscientemente al analista y sus actividades en base a sus temáticas pre-formadas en términos del desarrollo.

Enfatizamos que la experiencia del paciente con el diálogo terapéutico es *co-determinada* continuamente por las actividades organizadoras *de ambos participantes* debido a que los principios organizadores del analista no sólo marcan su contratransferencia, sino de la misma manera sus interpretaciones y otras actividades terapéuticas. La actividad estructurante pero inconsciente del paciente finalmente se vuelve reconocible a partir de los *significados* que adquieren las actividades del analista –en especial, su actividad interpretativa– de forma repetida y continuada. Por este camino, los principios organizadores inconscientes del paciente son en primer lugar clarificados mediante el reconocimiento y la comprensión de los efectos de las actividades del analista y, en segundo lugar, mediante el descubrimiento y la interpretación de los significados que el paciente atribuye a tales actividades. Es una paradoja del proceso psicoanalítico que las invariantes estructurales en la organización del paciente sólo pueden ser clarificadas y transformadas efectivamente a través de la exploración cuidadosa

del movimiento siempre cambiante del campo intersubjetivo que abarca la díada terapéutica.

Esta propiedad paradójica de la búsqueda psicoanalítica puede ilustrarse de buena manera en el análisis de sueños. Por un lado, “el sueño representa una ‘vía regia’ hacia el inconsciente pre-reflexivo –hacia los principios organizadores y los motivos dominantes que estructuran y tematizan de modo inconsciente la experiencia psíquica personal de una persona” (Atwood & Stolorow, 1984, p. 98). Por otro lado, tal como hemos mostrado en otro lugar (Atwood & Stolorow, 1984) sólo podemos aprehender los significados de los símbolos oníricos cuando estos son vistos en determinados contextos intersubjetivos en los cuales toman forma por medio del diálogo analítico.

### Análisis de transferencia y resistencia

El análisis de transferencia y resistencia son puntos de vista esenciales en la aproximación intersubjetiva al tratamiento psicoanalítico. Tal como hemos visto en las secciones precedentes, en nuestra opinión el análisis de la transferencia consiste en descubrir en qué medida la forma en la que el paciente experimenta al analista y sus actividades está guiada de manera continua e inconsciente por patrones pre-formados. La meta del análisis de la transferencia es la clarificación de la realidad subjetiva del paciente tal como cristaliza en el campo intersubjetivo del análisis. Cualquier suposición acerca de una realidad objetiva que va más allá, dentro de la cual supuestamente la transferencia corresponde a una distorsión, no sólo se encuentra fuera de los límites de la investigación psicoanalítica sino que incluso representa un peligroso impedimento del proceso psicoanalítico.

Un aspecto especialmente importante del análisis de la transferencia que Kohut (1971, 1977, 1984) enfatiza y que también en este libro es graficado una y otra vez, es el análisis de las *perturbaciones* del vínculo selfobjetal que se va fortaleciendo con el analista. Un análisis de este tipo intenta entender las perturbaciones desde la perspectiva única del mundo subjetivo del paciente –los eventos que las han suscitado, sus significados específicos, sus efectos en la relación analítica y en la organización psíquica del paciente; intenta entender los traumas tempranos responsables de estas rupturas y sobre todo: busca las expectativas del paciente acerca de cómo el analista recibirá los estados emocionales reactivos que surgen con ellas. El análisis continuado de estas complejas experiencias que separan, incluyendo la anticipación de las reacciones del analista frente a la verbalización de tales eventos, clarifica el patrón de la actividad organizadora inconsciente del paciente. Este tipo de análisis sana y amplía al mismo tiempo una y otra vez el vínculo selfobjetal interrumpido y, de este modo, vuelve a poner en marcha el proceso anteriormente menoscabado de desarrollo.

El análisis de la resistencia transcurre, desde nuestro punto de vista, de forma paralela al análisis de la transferencia. En la resistencia, la relación terapéutica tal como es experimentada por el paciente es marcada por expectativas y temores de que el analista pudiera enfrentar los estados emocionales y necesidades emergentes del paciente de la misma manera traumatogénica como alguna vez lo hicieron los padres (Kohut, 1971; Ornstein, 1974). Por lo tanto, la resistencia siempre es evocada por aquellos atributos o acciones del analista que, para el paciente, anuncian de modo amenazador una

posible repetición de perturbaciones traumáticas del desarrollo. Para el proceso de tratamiento resulta decisivo que esto sea advertido y articulado. En otras palabras, la resistencia no puede comprenderse en términos psicoanalíticos fuera del contexto intersubjetivo en el cual se constituye y vuelve a disolverse. En los próximos capítulos, intentaremos mostrar que este principio fundamental vale para todo hecho psicológico que emerge en el seno de un proceso psicoanalítico.