

Una visión intersubjetiva del proceso terapéutico¹

Por Robert Stolorow

El autor presenta una visión intersubjetiva del proceso terapéutico, enfatizando el seguir investigativo e interpretativo de la pista de las relaciones figura-fondo entre las diversas dimensiones de la transferencia tal como adquieren forma dentro del sistema analista-paciente. El autor propone que un ingrediente crucial de la acción terapéutica de las interpretaciones psicoanalíticas puede ubicarse en sus significados transferenciales específicos para el paciente.

Me gustaría comentar el proceso terapéutico desde el punto de vista de un marco de referencia en evolución al cual mis colaboradores e yo nos referimos como la teoría de la intersubjetividad (Atwood & Stolorow, 1984; Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987). Este marco referencial recurre mucho a la psicología del self de Kohut, pero no es idéntico con ella (Stolorow, 1992). La teoría de la intersubjetividad es una perspectiva metodológica y epistemológica amplia que, según creo, es capaz de englobar y sintetizar tanto las contribuciones de la psicología del self como aquellas de la teoría de las relaciones objetales en lo referente a la comprensión del proceso terapéutico (véase Bacal & Newman, 1990).

La teoría de la intersubjetividad es una teoría de campo o una teoría de sistemas cuya metáfora central es el sistema relacional más amplio –que llamamos el campo o contexto intersubjetivo– en el cual cristalizan los fenómenos psicológicos. Nuestro vocabulario es de subjetividades en interacción, principios organizadores en colisión, influencia recíproca mutua, resonancias y resonancias mal ajustadas, conjunciones y disyuntivas –un léxico que intenta capturar el contexto intersubjetivo cambiante de la experiencia intrapsíquica (Stolorow, 1991). Desde una perspectiva intersubjetiva, ciertos fenómenos que han sido el foco tradicional de la investigación psicoanalítica son visualizados no como productos de procesos intrapsíquicos aislados, sino como fenómenos que se forman en la interfaz entre mundos de experiencia que interactúan. Los impasses terapéuticos, por ejemplo, y en ocasiones incluso los estados limítrofes y

¹ Este artículo es traducción del original "An intersubjective view of the therapeutic process", aparecido en el *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57 (4), 450-457, 1993. Traducción por Ps. André Sassenfeld J.

psicóticos, son vistos como el resultado de conjunciones y disyuntivas no reconocidas entre los principios que organizan inconscientemente la experiencia que el analista y el paciente tienen de la relación terapéutica (Atwood, Stolorow & Trop, 1989; Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow et al., 1987). Hemos sostenido que los fenómenos clínicos “no pueden ser entendidos al margen de los contextos intersubjetivos en los cuales adquieren su forma. Paciente y analista, juntos, forman un sistema psicológico indisoluble y este sistema es lo que constituye el dominio empírico de la indagación psicoanalítica” (Atwood & Stolorow, 1984, p. 64). Por parafrasear a Winnicott (1965), no existe tal cosa como un paciente.

Hemos aplicado el principio de la intersubjetividad también al sistema del desarrollo:

Tanto el desarrollo psicológico como la patogénesis son [...] conceptualizados en términos de los contextos intersubjetivos específicos que dan forma al proceso evolutivo y que facilitan u obstruyen la resolución que logra el niño de tareas críticas del desarrollo y el paso exitoso por las fases evolutivas. El foco de la observación es el campo psicológico en evolución que es constituido por el interjuego entre las subjetividades diferentemente organizadas del niño y los cuidadores. (Atwood & Stolorow, 1984, p. 65)

Los patrones recurrentes de la transacción intersubjetiva dentro del sistema del desarrollo resultan en el establecimiento de principios invariantes que organizan, de manera inconsciente, las experiencias subsiguientes del niño (Stolorow, 1991; Stolorow & Atwood, 1992). Estos principios inconscientes de orden, forjados dentro del crisol del sistema niño-cuidador de influencia recíproca mutua (Bebbe & Lachman, 1988), son lo que conforma los ladrillos esenciales del desarrollo de la personalidad y lo que constituye el foco propio de la investigación y la interpretación psicoanalíticas (Brandchaft, 1991; Stolorow & Atwood, 1992). El concepto de los principios organizadores inconscientes es nuestra alternativa a aquel de la fantasía inconsciente. Las fantasías, los sueños, las actuaciones y los síntomas concretizan simbólicamente principios organizadores inconscientes (Atwood & Stolorow, 1984).

La esencia del desarrollo psicológico –incluyendo el proceso evolutivo llamado psicoanálisis– yace en el establecimiento de nuevos principios para organizar la experiencia. El tratamiento psicoanalítico no puede alterar o eliminar principios existentes; puede añadir principios alternativos, de modo que el repertorio experiencial de una persona se amplíe, enriquezca, se haga más flexible y más complejo (Stolorow & Atwood, 1992). ¿Cómo se logra esto? Antes de ofrecer una respuesta parcial a esta interrogante, primero debo discutir brevemente nuestra visión de la transferencia y de su rol en el proceso terapéutico.

Nosotros hemos sugerido que la transferencia, conceptualizada como actividad organizadora inconsciente (Stolorow & Lachmann, 1984/1985), consiste en dos dimensiones básicas (o dos categorías amplias de principios organizadores) (Stolorow et al., 1987). En una de ellas que, siguiendo a Kohut (1971, 1977, 1984), denominamos la dimensión selfobjeto, el paciente anhela que el analista provea experiencias selfobjeto que estuvieron ausentes o que fueron insuficientes durante los años formativos. En la otra, llamada dimensión repetitiva, que los teóricos de las relaciones objetales han intentado capturar metafóricamente con términos como "objetos internos" y "relaciones objetales internalizadas" y que es una fuente de conflicto y resistencia, el paciente espera y teme una repetición de experiencias tempranas de fracasos evolutivos con el analista (Ornstein, 1974).

Estas dos dimensiones oscilan continuamente entre la figura y el fondo de la transferencia en función de las percepciones respecto de la sintonización variante del analista en relación a los estados y las necesidades emocionales del paciente (véase Stolorow & Atwood, 1992, capítulos 2 y 5, para ejemplos clínicos detallados). Por ejemplo, cuando el analista es experimentado como sintonizado de manera inapropiada, presagiando una repetición traumática de una falla evolutiva temprana, con frecuencia la dimensión conflictiva y resistente aparece como figura, mientras que los anhelos selfobjeto del paciente son impulsados a esconderse. Por otro lado, cuando el analista es capaz de analizar correctamente la experiencia del paciente respecto de la ruptura del vínculo terapéutico, demostrando una comprensión de los estados afectivos reactivos del paciente y de los principios que los organizan, la dimensión selfobjeto es restaurada y fortalecida y la dimensión conflictiva/resistente/repetitiva tiende a retroceder, por el momento, hacia el fondo. Alternativamente, en otros momentos, la experiencia del paciente respecto de la comprensión del analista puede aumentar el aspecto conflictivo y resistente de la transferencia porque remueve los anhelos y las esperanzas arcaicas separadas del paciente, junto al terror de la re-traumatización que el paciente teme seguirá a la exposición de estos anhelos y estas esperanzas al analista. En aún otras circunstancias, hay resistencia respecto de la dimensión repetitiva de la transferencia debido a que el paciente teme que su articulación pondrá en peligro un lazo de tipo selfobjeto con el analista precariamente establecido y vitalmente necesitado. Para nosotros, la esencia de la transferencia yace en el seguir exploratorio e interpretativo de la pista de estas y otras relaciones figura-fondo cambiantes entre las diversas dimensiones de la transferencia tal como adquieren forma dentro del sistema intersubjetivo en curso constituido por los mundos interactuantes de la experiencia del paciente y del analista (véase también Lichtenberg, 1990).

¿De qué manera, desde la perspectiva de esta visión intersubjetiva de las vicisitudes de la transferencia, conceptualizamos el impacto de las interpretaciones acertadas² del analista a la hora de producir cambio terapéutico –esto es, a la hora de establecer nuevos principios organizadores? Previamente, hemos argumentado que el impacto terapéutico de las interpretaciones acertadas del analista no sólo yace, o siquiera primariamente, en los insights que comunican, sino también en la medida en la que muestran la sintonización del analista respecto de los estados afectivos y anhelos evolutivos centrales del paciente (Stolorow et al., 1987). “Cada interpretación transferencial que ilumina con éxito, para el paciente, su pasado inconsciente, cristaliza un presente elusivo –la novedad del terapeuta como presencia comprensiva. Por fuerza, las percepciones del self y el otro se transforman [...] con tal de permitir la nueva experiencia” (Atwood & Stolorow, 1984, p. 60).

Me parece que todos los analistas influenciados por la psicología del self de Kohut están de acuerdo en cuanto a que las interpretaciones analíticas tienen que estar basadas en la inmersión empática prolongada del analista (Kohut, 1977) –o, como prefiero llamarlo, la exploración empática sostenida (Stolorow et al., 1987)– en el mundo subjetivo del paciente. Esta aproximación significa que el analista busca entender las expresiones del paciente desde una posición dentro, más que fuera, del propio marco de referencia del paciente, una postura que también le exige al analista mantener en mente el involucramiento inextricable de su propia subjetividad personal en la investigación que se lleva a cabo (Atwood & Stolorow, 1984). Estoy completamente de acuerdo con la afirmación de Kohut (1984) de que, si se pretende que una interpretación tenga un efecto terapéutico, tiene que proporcionar al paciente una nueva experiencia relacional de ser profundamente comprendido –una disposición capturada hábilmente en la concepción de la “responsividad óptima” del analista y la resultante “experiencia de tipo selfobjeto correctiva” de Bacal (1985, 1990). Sin embargo, me gustaría añadir a este énfasis sobre las experiencias nuevas la contribución terapéutica esencial de algo antiguo, algo derivado de las profundidades del paciente, del lado del paciente del sistema intersubjetivo, esto es, el significado transferencial específico, para un paciente particular, en un momento particular en el análisis, de la experiencia de ser comprendido –significados que, en sí mismos, necesitarán ser explorados e interpretados (Gill, 1982). Sostengo que tales significados transferenciales específicos constituyen un ingrediente crucial de la acción terapéutica de las interpretaciones psicoanalíticas (Stolorow, 1993).

² Aquí, el foco sobre el impacto de las interpretaciones del analista no pretende minimizar la importancia de otros rasgos de la interacción terapéutica, tales como la contribución del paciente al logro de la comprensión interpretativa.

Winnicott (1955/1958) afirmaba que “siempre que entendemos a un paciente de manera profunda y mostramos que lo entendemos a través de una interpretación correcta y en el momento oportuno, de hecho estamos sosteniendo al paciente” (p. 261). Aquí, Winnicott parecía asumir que la experiencia de ser comprendido tiene un significado transferencial único –el sentimiento de ser sostenido– que se aplica universalmente a todos los pacientes. En contraste, yo planteo una vasta multiplicidad de significados transferenciales posibles, estando el significado específico de las interpretaciones sintonizadas del analista determinado por las necesidades y los anhelos evolutivos particulares movilizados en la transferencia en una situación dada. Para un paciente con intensos anhelos de idealización, por ejemplo, la comprensión del analista puede materializar un sentimiento de conexión con un cuidador fuerte y protector que estuvo ausente durante la infancia. Para un paciente inmerso en una transferencia especular, la experiencia de ser comprendido puede evocar una sensación de ser profundamente apreciado por el analista, de haber alcanzado una posición en el mismo centro del mundo del analista. En el contexto de una transferencia gemelar, la comprensión del analista puede ser organizada como evidencia de que el paciente ha encontrado el anhelado compañero del alma cuya igualdad experiencial promete aliviar sentimientos de dolorosa singularidad existentes durante toda una vida. Las interpretaciones de la defensividad, en algunos casos, pueden establecer al analista en la transferencia como adversario idealizable y benigno (Lachmann, 1986; Wolf, 1988), facilitando la demarcación de límites personales por parte del paciente. Todas estas experiencias transferenciales, tal como Kohut (1971, 1977, 1984) enfatizó repetidamente, reaniman el desarrollo retardado y, con ello, alimentan el proceso de transformación terapéutica.

Cualquiera que haya conducido un análisis desde una perspectiva basada en la psicología del self ha sido testigo de los tremendos beneficios terapéuticos del análisis de las rupturas en los lazos transferenciales de tipo selfobjeto. A lo largo de sus escritos, Kohut (1971, 1977, 1984) explicó estos efectos terapéuticos invocando su teoría de la frustración óptima que conduce a una internalización transmutadora, una explicación que ha sido cuestionada por parte de un número de autores desde el interior de la psicología del self (Bacal, 1985; Socarides & Stolorow, 1984/1985; Stolorow et al., 1987; Terman, 1988). ¿Cómo podría explicarse la acción terapéutica del análisis de las interrupciones de acuerdo al planteamiento que he estado desarrollando aquí?

La mayoría de los pacientes que llegan a análisis han sufrido, cuando niños, experiencias repetidas y complejas de fallas tipo selfobjeto, que yo conceptualizo esquemáticamente como ocurriendo en dos fases. En la primera fase, una necesidad primaria tipo selfobjeto se encuentra con una negativa o una desilusión por parte de un cuidador, produciendo una

reacción emocional dolorosa. En la segunda fase, el niño experimenta un anhelo tipo selfobjeto secundario de una respuesta sintonizada que modularía, contendría y mejoraría el estado afectivo reactivo doloroso. Pero los padres que rechazan de manera repetida necesidades primarias tipo selfobjeto usualmente no son capaces de proporcionar una responsividad sintonizada con las reacciones emocionales dolorosas del niño. El niño percibe que los sentimientos dolorosos reactivos no son bienvenidos o que provocan daño en el cuidador y que deben ser defensivamente aislados con la finalidad de preservar el necesitado vínculo. Bajo tales circunstancias, tal como mis colaboradores e yo hemos enfatizado (Socarides & Stolorow, 1984/1985; Stolorow et al., 1987), estos sentimientos dolorosos separados se convierten en una fuente de conflicto interno durante toda la vida y de vulnerabilidad frente a estados traumáticos y, en el análisis, el hecho de volver a exponerlos al analista tiende a ser resistido con muchos esfuerzos. Los traumas evolutivos tempranos son retratados, en este contexto, no como inundación instintiva de un aparato mental poco preparado, sino como colapso del sistema niño-cuidador que conduce a una pérdida de la capacidad de regulación de los afectos (Stolorow & Atwood, 1992). Estos son los peligros de fondo respecto de los cuales estados posteriores de ansiedad activan la alarma.

A la luz de esta formulación evolutiva, ¿cómo podríamos conceptualizar el impacto terapéutico del análisis de las disrupciones de los lazos transferenciales de tipo selfobjeto, esto es, las repeticiones transferenciales de experiencias de fallas primarias de tipo selfobjeto? Al llevar a cabo un análisis de este tipo, el analista explora e interpreta los diversos elementos de la ruptura desde la perspectiva del marco subjetivo de referencia del paciente –las cualidades o actividades del analista que produjeron la disrupción, sus significados específicos, su impacto sobre el vínculo analítico y sobre la auto-experiencia del paciente, los traumas evolutivos tempranos que replicó y, de especial importancia, las expectativas y los miedos del paciente respecto de cómo el analista responderá a la articulación de los sentimientos dolorosos que les siguieron a tales traumas (la dimensión repetitiva de la transferencia [Stolorow et al., 1987]). Creo que es el significado transferencial de esta actividad exploratoria e interpretativa lo que constituye la fuente principal de la acción terapéutica, en cuanto establece al analista en la transferencia como cuidador secundariamente anhelado, receptivo y comprensivo que, por medio de su responsividad sintonizada, “sostendrá” (Winnicott, 1955/1958) y con ello eventualmente aliviará la dolorosa reacción emocional frente a una experiencia primaria de falla tipo selfobjeto. Con ello, el lazo de tipo selfobjeto es reparado y expandido, y a los anhelos primarios de tipo selfobjeto se les permite emerger con más libertad en la medida en la que el paciente siente cada vez más confianza respecto de

que las reacciones emocionales frente a experiencias de rechazo y desilusión serán recibidas y contenidas por el analista. De modo concomitante, en la medida en la que estos nuevos principios organizadores se establecen, se pone en movimiento un proceso de desarrollo mediante el cual los dolorosos estados afectivos reactivos anteriormente aislados (la herencia de la historia de fallas evolutivas traumáticas del paciente), de manera gradual, son integrados y transformados y la capacidad del paciente para la tolerancia de afecto se fortalece cada vez más.

Existe un significado transferencial adicional de la actividad interpretativa sintonizada del analista que, según creo, posiblemente contribuye un elemento terapéutico en todos los análisis, pero que es especialmente importante en el tratamiento de pacientes que han sufrido descarrilamientos severos del desarrollo en la articulación de la experiencia perceptiva y afectiva. Estos son pacientes, a menudo con una tendencia a estados fragmentados, desorganizados o psicósomáticos, para los cuales amplias áreas de la experiencia temprana fracasaron a la hora de evocar una resonancia validadora de parte de los cuidadores y, en consecuencia, cuyas percepciones permanecen mal definidas y precariamente sostenidas, apropiadas con facilidad por los juicios de otros, y cuyos afectos tienden a ser sentidos como estados corporales difusos más que como sentimientos simbólicamente elaborados. En tales casos, la exploración y la iluminación que hace el analista de las experiencias interiores del paciente, siempre desde la perspectiva del paciente, sirve para articular y consolidar su realidad subjetiva, cristalizando la experiencia del paciente, elevándola a niveles superiores de organización y fortaleciendo la confianza del paciente en su validez. Con ello, el analista se establece en la transferencia como el validador de la realidad psíquica del paciente que había faltado y que ha sido anhelado, una función de tipo selfobjeto tan fundamental y básica que mis colaboradores e yo creemos que su aparición en el análisis merece ser designada con un término específico –la “transferencia de tipo selfobjeto delineadora” (Stolorow, Atwood & Brandchaft, 1992; Trop & Stolorow, 1991).

Para concluir, me gustaría enfatizar que, al llevar la atención hacia el impacto terapéutico de los significados transferenciales de las interpretaciones psicoanalíticas, no pretendo descartar la existencia de otras fuentes de acción terapéutica, incluyendo aquellas que pueden derivar de mejoramientos de la capacidad auto-reflexiva del paciente (Brandchaft & Stolorow, 1990) o de los significados de los elementos no-interpretativos dentro del proceso terapéutico. Espero haber mostrado que la acción terapéutica de la interpretación psicoanalítica es algo que adquiere forma dentro de una interacción intersubjetiva específica, a la cual las organizaciones psicológicas tanto del analista como del paciente realizan aportes distintivos. El analista construye con una consciencia de sus

propios principios organizadores y de su impacto co-determinante sobre el curso de la relación terapéutica, a través de la experiencia sostenida que permite al paciente sentirse profundamente comprendido. El paciente, desde las profundidades de su propio mundo subjetivo, incorpora aquella experiencia de ser comprendido en el tapiz de anhelos únicos tipo selfobjeto que han sido movilizados, permitiendo que un proceso frustrado de desarrollo vuelva a resumirse y nuevos principios organizadores se enraícen. Las interpretaciones psicoanalíticas, sostengo, derivan su poder transformador de la matriz intersubjetiva en la cual cristalizan.

Referencias

- Atwood, G. & Stolorow, R. (1984). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Atwood, G., Stolorow, R. & Trop, J. (1989). Impasses in psychoanalytic therapy: A royal road. *Contemporary Psychoanalysis*, 25, 554-573.
- Bacal, H.A. (1985). Optimal responsiveness and the therapeutic process. En A. Goldberg (Ed.), *Progress in Self Psychology* (Vol 1.) (pp. 202-227). New York: Guilford.
- Bacal, H. (1990). The elements of a corrective selfobject experience. *Psychoanalytic Inquiry*, 10, 347-372.
- Bacal, H. & Newman, K. (1990). *Theories of Object Relations: Bridges to Self Psychology*. New York: Columbia University Press.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (1988). Mother-infant mutual influence and precursors of psychic structure. En A. Goldberg (Ed.), *Frontiers in Self Psychology* (Progress in Self Psychology, Vol. 3) (pp.3-25). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Brandchaft, B. (1991, October). To free the spirit from its cell. Paper presentado en la Fourteenth Annual Conference on the Psychology of the Self, Chicago.
- Brandchaft, B. & Stolorow, R. (1990). Varieties of therapeutic alliance. *Annual of Psychoanalysis*, 18, 99-114.

- Gill, M. (1982). *Analysis of Transference* (Vol. 1). New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* (A. Goldberg, Ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Lachmann, F. (1986). Interpretation of psychich conflict and adversarial relationships: A self-psychological perspective. *Psychoanalytic Psychology, 3*, 341-355.
- Lichtenberg, J. (1990). Rethinking the scope of the patient's transference and the therapist's counterresponsiveness. En A. Goldberg (Ed.), *The Realities of Transference* (Progress in Self Psychology, Vol. 6) (pp. 23-33). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Ornstein, A. (1974). The dread to repeat and the new beginning: A contribuion to the psychoanalysis of the narcissistic personality disorders. *Annual of Psychoanalysis, 2*, 231-248.
- Socarides, D. & Stolorow, R. (1984/1985). Affects and selfobjects. *Annual of Psychoanalysis, 12/13*, 105-119.
- Stolorow, R. (1991). The intersubjective context of intrapsychic experience: A decade of psychoanalytic inquiry. *Psychoanalytic Inquiry, 11*, 171-184.
- Stolorow, R. (1992). Subjectivity and self psychology: A personal odyssey. En A. Goldberg (Ed.), *New Therapeutic Visions* (Progress in Self Psychology, Vol. 8) (pp. 241-250). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stolorow, R. (1993). Thoughts on the nature and therapeutic action of psychoanalytic interpretation. En A. Goldberg (Ed.), *The Widening Scope*

- of Self Psychology* (Progress in Self Psychology, Vol. 9) (pp. 31-43). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stolorow, R. & Atwood, G. (1992). Three realms of the unconscious and their therapeutic transformation. *Psychoanalytic Review*, 79, 25-30.
- Stolorow, R., Brandchaft, B. & Atwood, G. (1987). *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stolorow, R. & Lachmann, F. (1984/1985). Transference: The future of an illusion. *Annual of Psychoanalysis*, 12/13, 19-37.
- Terman, D. (1988). Optimum frustration: Structuralization and the therapeutic process. En A. Goldberg (Ed.), *Learning From Kohut* (Progress in Self Psychology, Vol. 4) (pp. 113-125). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Trop, J. & Stolorow, R. (1991). A developmental perspective on analytic empathy: A case study. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 19, 31-46.
- Winnicott, D. (1958). Withdrawal and regression. En *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis* (pp. 255-261). London: Tavistock.
- Wolf, E. (1988). *Treating the Self: Elements of Clinical Self Psychology*. New York: Guilford.