

# La teoría psicoanalítica de la intersubjetividad y el intercambio clínico<sup>1</sup>

Por Donna Orange, George Atwood y Robert Stolorow

*También aquí se muestra, pues, que aquel que comprende no está parado en otro lugar no afectado sabiendo y enjuiciando, sino que piensa en conjunto, en cierto modo co-afectado, a partir de una pertenencia específica que lo une al otro.*

Hans-Georg Gadamer, *Wahrheit und Methode*

Bajo el término teoría de la intersubjetividad entendemos aquella teoría psicoanalítica que fue elaborada en *Structures of Subjectivity* (Atwood & Stolorow, 1984) y que fue desarrollada en *Psychoanalytic Treatment* (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987), *Contexts of Being* (Stolorow & Atwood, 1992) y *Emotional Understanding* (Orange, 1995). Un intento temprano de definir esta perspectiva declaraba que “el psicoanálisis busca esclarecer aquellos fenómenos que emergen dentro de un campo psíquico específico, que se constituye a partir de la intersección de dos subjetividades –la del paciente y la del analista” (Atwood & Stolorow, 1984, p. 64).

La teoría de la intersubjetividad es una metateoría del psicoanálisis. Investiga el campo –dos subjetividades dentro del sistema que generan y a partir del cual surgen– en todas las formas del tratamiento psicoanalítico. Debido a este foco, la teoría de la intersubjetividad también incluye una comprensión contextualista del desarrollo y la patogénesis:

El desarrollo psíquico y la patogénesis pueden ser conceptualizados, de la mejor manera, en el marco de aquellos contextos intersubjetivos específicos que determinan el proceso evolutivo y que le facilitan o dificultan al niño la resolución de tareas críticas del desarrollo así como el recorrer las fases del desarrollo con éxito. En el centro de la observación se encuentra el campo psíquico que va emergiendo paso a paso, constituido

---

<sup>1</sup> Este artículo es el capítulo 1 de *Intersubjektivität in der Psychoanalyse: Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis* (pp. 11-31) de Donna Orange, George Atwood y Robert Stolorow (1997, Frankfurt am Main: Brandes & Apsel). Traducción por Ps. André Sassenfeld J.

por medio del interjuego entre las subjetividades organizadas de manera distinta propias del niño y sus personas de referencia. (Atwood & Stolorow, 1984, p. 65)

La teoría de la intersubjetividad intenta describir la aparición y la modificación de la subjetividad y define estos procesos como, en principio, relacionales.

Es importante diferenciar este uso de los términos “intersubjetivo” e “intersubjetividad” de algunos otros conceptos similares. A los teóricos de la intersubjetividad les interesa, en primer lugar, una forma de estar en relación que puede existir entre dos personas cualesquiera como sujetos. Esto quiere decir que estos conceptos no se refieren primariamente a un paso evolutivo. Stern (1985), por ejemplo, describe un nivel y un proceso, en los cuales el niño comienza a reconocer la subjetividad de las otras personas y finalmente percibe que esa subjetividad está vinculada con la suya propia y que reacciona frente a ella. Este reconocimiento recíproco, en el campo intersubjetivo de un análisis –sobre todo con pacientes como aquellos descritos por Guntrip (1969) y Kohut (1971)–, bajo ciertas circunstancias tiene lugar muy tarde y, en consecuencia, se diferencia de nuestra comprensión contextualista de un campo intersubjetivo.

En segundo lugar, la teoría de la intersubjetividad se diferencia de la teoría de sistemas, tal como define, por ejemplo, la teoría de los sistemas familiares de Bowen y sus colaboradores (Kerr & Bowen, 1988). La intersubjetividad presupone subjetividad, más específicamente: dos o más subjetividades, y dirige su atención de modo consecuente hacia la influencia mutua entre subjetividades organizadas de forma diferente. No podemos trabajar dentro de un campo intersubjetivo y, al mismo tiempo –tal como lo intentan los teóricos de los sistemas familiares–, ubicarnos fuera del campo con la finalidad de describirlo desde una perspectiva aparentemente superordenada.

Esta imposibilidad también explica, posiblemente, un cierto desinterés psicoanalítico respecto de la investigación empírica. Filósofos positivistas como Grünbaum (1984) y psicoanalistas como Spence (1993) consideran que el psicoanálisis no es científico, pero han entendido de manera errada el carácter específico y auténtico del campo intersubjetivo. Incluso los mejores estudios de caso sólo pueden intentar comprender alusivamente la atmósfera que un campo intersubjetivo específico crea o que una pareja analítica produce. Tenemos que examinar las teorías, los prejuicios y los supuestos básicos que determinan nuestra propia subjetividad; sin embargo, sólo podemos trabajar de modo psicoanalítico y comprender de modo psicoanalítico dentro del campo intersubjetivo.

Debido a razones similares, la teoría de la intersubjetividad se diferencia, en tercer lugar, de la teoría de la interpersonalidad. La teoría de

la intersubjetividad se ocupa apenas de las interrogantes interpersonales, como aquella de qué hace una persona con otra, con pasos introductorios y control. La actitud del "observador participante", de la cual hablan los interpersonalistas, desde nuestro punto de vista supone una perspectiva externa que dificulta el "encontrarse en la situación" (Gadamer, 1975b) con el paciente. Nosotros pensamos que los contextos relacionales se constituyen de manera recíproca: tal como los teóricos literarios a veces afirman, el escritor crea al lector y el lector permite que el escritor aparezca. La teoría de la intersubjetividad se interesa por la *experiencia* de interacción y autoría, pero se parece más a aquellas corrientes del pensamiento relacional que colocan el acento en el desarrollo (Bollas, 1987; Ghent, 1992, Winnicott, 1958) y en el intercambio entre perspectivas organizadas de modo distinto y fundamentalmente subjetivas (Aron, 1996; Orange, 1995).

Por otro lado, la teoría de la intersubjetividad trasciende la imagen freudiana del ser humano. De acuerdo a la teoría clásica, el ser humano en sí mismo es un atado de pulsiones sexuales y agresivas más o menos bien domadas, de las cuales algunas se dirigen a "objetos". La teoría de la intersubjetividad entiende al ser humano como organizador de su vivenciar, como sujeto. *Contempla al psicoanálisis como la tentativa dialógica de dos personas de comprender juntos de qué modo está organizado el vivenciar emocional de una de estas personas, a través del intento de clarificar su experiencia intersubjetivamente configurada* (Orange, 1995).

## Conceptos teóricos fundamentales y su historia

La teoría de la intersubjetividad hizo aparición en el escenario psicoanalítico recién hace un tiempo relativamente corto, pero sus orígenes se encuentran en la fenomenología temprana. Como Freud, también Husserl estudió junto al filósofo Brentano, que enfatizaba de manera persistente el vivenciar del sujeto intencional. A diferencia de Freud, quien –al menos de forma temporal– fue partidario del empirismo científico, Husserl y los posteriores filósofos de la subjetividad afirmaban que toda experiencia es experiencia subjetiva.

Aquellos autores que formularon la teoría psicoanalítica de la intersubjetividad como primeros habían receptado la psicología de la personalidad (Murray, 1938) y habían investigado, ellos mismos, los orígenes subjetivos de las teorías de la personalidad (Atwood & Stolorow, 1993). En la obra de Kohut encontraron aquella perspectiva más radical que habían estado buscando. A pesar de que Kohut daba la bienvenida y promovía el intercambio entre el psicoanálisis y las restantes disciplinas relacionadas con las humanidades, insistía en que la investigación psicoanalítica se

concentrara exclusivamente en el vivenciar subjetivo (Kohut, 1959). Rechazaba, en términos generales, la teoría de las pulsiones y la metapsicología y consideraba que la comprensión psicoanalítica sólo podía orientarse por aquellos datos que eran accesibles a través de la introspección y la empatía. La teoría de la intersubjetividad contempla determinados aspectos de la teoría de la psicología del self de modo crítico, por ejemplo el concepto de la internalización transmutadora por medio de la frustración óptima y el concepto de un self nuclear apriorístico. No obstante, acepta sin limitaciones el principio fundamental de la psicología del self, esto es, su definición de las fuentes de la investigación psicoanalítica y de la comprensión psicoanalítica, como también la convicción de que el vivenciar del self es radicalmente dependiente de contextos –es decir, que tiene sus raíces en contextos específicos del estar en relación.

A principios de la década de 1980, Bernard Brandchaft, quien había estudiado muy a fondo las teorías británicas de las relaciones objetales, redactó su primer contribución importante al desarrollo de una teoría de la intersubjetividad. La aproximación fenomenológica, que surgió a partir de las investigaciones reunidas en *Faces in a Cloud* (Stolorow & Atwood, 1979) con su énfasis decidido sobre el desarrollo y la mantención de la organización de la experiencia, de este modo evolucionó hacia una concepción intersubjetivista comprehensiva. De acuerdo a este punto de vista, la individualidad del self se desarrolla –incluyendo patrones duraderos de personalidad y patología– en el interjuego de subjetividades, a partir del cual emerge y a través del cual es mantenida. A la inversa, el campo intersubjetivo está conformada por el estar en relación de subjetividades –madre e hijo, hermanos, analista y paciente, matrimonios u otras combinaciones. La teoría de la intersubjetividad entiende las perturbaciones psíquicas, desde las fobias hasta las psicosis, frente a este trasfondo. Dicho de otro modo: rechaza firmemente la atribución exclusiva de los orígenes o de la mantención de la psicopatología al paciente. Esta visión se distingue, por lo tanto, de todas las variantes de la teoría de las pulsiones. Debido a que hemos aprendido de la psicología del self y de la fenomenología a llevar al centro de nuestra atención el vivenciar subjetivo, también nos diferenciamos de los interpersonalistas, que ven la causa de las dificultades vitales en el deseo de control del paciente, en escenificaciones repetitivas de patrones vinculares anteriores o en la negación de la responsabilidad. En contraste con ello, nosotros investigamos las condiciones intersubjetivas o el contexto emocional en el cual configuraciones subjetivas específicas aparecen y son mantenidas.

Los componentes fundamentales de la subjetividad, siguiendo nuestra perspectiva, son los principios de organización, con independencia de si se trata de automáticos y rígidos o reflexivos y flexibles. Estos principios, a menudo inconscientes, son por así decirlo las conclusiones emocionales

que alguien ha sacado a partir de su experiencia vital con su entorno emocional, en particular a partir de los vínculos recíprocos complejos con figuras tempranas de apego. Hasta que estos principios se vuelven accesibles a la reflexión consciente y hasta que experiencias emocionales nuevas conducen a alguien a imaginarse y esperar nuevas formas de conexión emocional, estas antiguas deducciones determinan el sentimiento del self. Este sentimiento del self engloba convicciones referidas a las consecuencias que posibles formas de ser tendrán en el plano relacional, por ejemplo el sentimiento de cosechar con toda forma de auto-articulación o auto-diferenciación reacciones burlonas y sarcásticas.

Intentamos volver a pensar conceptos psicoanalíticos fundamentales, como el inconsciente, desde esta perspectiva. El "inconsciente pre-reflexivo" es la sede de aquellos principios de organización o convicciones emocionales que operan de modo automático y fuera de la consciencia. Asumen la forma de aquellas deducciones emocionales que el niño saca a partir de su vivenciar intersubjetivo en el seno de su familia de origen. Estos principios pueden referirse al recíproco estar en relación –"Tengo que adaptarme a las necesidades (estados de ánimo, expectativas, etc.) de otros para conservar vínculos emocionales significativos"– o pueden cristalizar como sentimiento fundamental del self que, de todos modos, está configurado en términos intersubjetivos: "Nunca voy a lograr nada", "Soy una molestia para todo el mundo", "No valgo nada y no sirvo para nada". En el caso de estos principios de organización se trata, a veces, de "citas" directas de los apodos que los padres dan a sus hijos: "revoltoso", "llorona" o "bueno para nada". Más a menudo, estos principios consisten de deducciones emocionales que el niño saca cuando, en base a sus experiencias vinculares tempranas y posteriores de tipo caótico, traumático o sutilmente confundidor, de alguna manera intenta organizar un sentimiento de sí mismo.

También nosotros hemos descrito un inconsciente dinámico (Stolorow & Atwood, 1992). Está conformado por información emocional que alguna vez fue consciente y que, después, tuvo que ser aislada u olvidada porque originaba conflictos. El hecho de recordarla amenazaría, sobre todo, el lazo con aquellas figuras de apego de las cuales el niño depende. Esta forma de inconsciencia es, como en la teoría freudiana, dinámica dado que los efectos de un vivenciar temprano y no accesible a la reflexión de este tipo, en la edad adulta, siempre volverá a generar dificultades. Ejemplos evidentes son los recuerdos de conductas crueles de los padres, que eran contrarios a las necesarias idealizaciones.

El "inconsciente no validado", por último, hace referencia a aquellos aspectos de la vida subjetiva que, por parte del mismo sujeto, nunca pudieron ser percibidos por entero porque nunca atravesaron una reacción de confirmación en el entorno emocional. A menudo, ciertos

aspectos de los propios talentos e intereses o del propio carácter, así como de las crisis y las dificultades de la vida afectiva, nunca encontraron el reconocimiento que es necesario con tal de que estas partes efectivamente se puedan volver reales para el involucrado.

## **El intercambio clínico**

Una comprensión intersubjetiva de la psicopatología y del inconsciente tiene consecuencias importantes para la práctica psicoanalítica. El psicoanálisis se construirá a partir de la creación conjunta de un entorno emocional, de un campo intersubjetivo, en el cual aquellas "regiones" del inconsciente en las cuales los aspectos problemáticos de la subjetividad tienen sus raíces pueden ser exploradas sin peligro en conjunto. El campo intersubjetivo del análisis emerge en base a la influencia recíproca de transferencia y contratransferencia (o co-transferencia, véase Orange, 1994), de la actividad organizadora del paciente y del analista en la experiencia analítica. El esfuerzo conjunto por entender la actividad organizadora anterior y actual como función del vivenciar en determinados campos intersubjetivos significa que el pasado y el presente –al menos de modo implícito– están incluidos dialógicamente; con pacientes que ni siquiera son capaces de intentar entender el pasado y que no tienen ningún acceso a él, en ocasiones se requieren años hasta que se puede empezar un diálogo explícito entre pasado y presente.

El campo intersubjetivo del análisis, que es posibilitado gracias a la disponibilidad emocional del analista y del paciente, le puede servir a éste último como segunda oportunidad evolutiva (Orange, 1995). Pueden hacer aparición principios nuevos y más flexibles de organización que, ahora, son accesibles a la reflexión y que amplían, enriquecen y forman con más complejidad el repertorio de experiencia del paciente. Posiblemente, bajo un estrés intenso, se activen organizaciones antiguas del vivenciar que el individuo, sin embargo, ahora puede percibir de modo consciente y relativizar por medio del hecho de referirlos a sus orígenes en experiencias vinculares previas.

En lo que resta de este [artículo], ilustramos el intercambio clínico desde el punto de vista de la teoría de la intersubjetividad. De acuerdo a nuestra perspectiva, no existen ni alguna teoría especial del tratamiento ni recomendaciones "técnicas" que se puedan derivar de la teoría de la intersubjetividad. Más bien, la perspectiva intersubjetiva posibilita una caracterización general del trabajo psicoanalítico desde la mirada interior de cada teoría clínica específica. Debido a que un analista con su propio punto de vista participa en cada tratamiento, en tratamientos clásicos, interpersonales o basados en la psicología del self, como también en cada pareja psicoanalítica, se desarrollan campos intersubjetivos distintos

(Orange, 1994). Desde el punto de vista clínico, la intersubjetividad no es tanto una teoría como una cierta capacidad de sensibilidad y percepción, una postura que se caracteriza por una sensibilidad continua respecto del interjuego inevitable entre observador y observado, que presupone que no podemos trasladarnos hacia o sumergirnos en el vivenciar de un otro, sino que nos unimos a él en el espacio intersubjetivo. Cada cual que se encuentra en el campo intersubjetivo trae consigo, al proceso, una historia emocional organizada y organizadora. Esto significa que el análisis siempre está disponible para el paciente, pero que la historia emocional y la organización psíquica del paciente y del analista son igualmente importantes para la comprensión del intercambio clínico. Aquello que exploramos o interpretamos o no tocamos depende de quiénes somos. El proceso analítico se desarrolla, tal como el teórico relacional Lewis Aron (1996) ha explicado, en conjunto pero de forma asimétrica. Uno de los involucrados se ofrece, en primer lugar, como ayudador, sanador e investigador. El otro está prioritariamente interesado en encontrar un alivio para su sufrimiento emocional. (La raíz latina de *paciente* significa *sufrir, estar expuesto a, soportar*. Posiblemente, la palabra también está relacionada con el *pathos* griego.) En el proceso de desarrollo que llamamos psicoanálisis, uno de los involucrados asume en mayor medida la tarea de comunicar orientación, mientras que el otro intenta organizar y reorganizar su vivenciar de manera menos dolorosa y más creativa que hasta ese momento. No obstante, ambos son participantes equivalentes en el proceso emergente al cual dan forma.

El siguiente caso ilustra cómo la organización de la experiencia de la analista interactúa con aquella de la paciente, de manera que se origina un sistema psíquico único e íntimamente entrelazado. Las teorías de esta analista, que conforman una amalgama de psicología del self, teoría del apego y teoría de la intersubjetividad, siempre están presentes y confieren forma. Más aún, la historia personal determina y limita la capacidad de cada analista para la comprensión empática-introspectiva; antes que nada, puede ampliar como también restringir su disponibilidad emocional respecto del paciente individual. Esto quiere decir que, en la descripción de nuestro trabajo clínico, tenemos que reportar de manera mucho más abierta acerca de nosotros mismos que lo que es habitual en la literatura psicoanalítica. El caso aquí relatado no pretende actuar como ejemplo de la "técnica" óptima. Más bien, queremos demostrar de qué modo las conexiones y los quiebres entre el mundo subjetivo de la paciente y aquel de la analista en ocasiones pueden promover y, en otras ocasiones, pueden entorpecer el proceso de tratamiento.

## Trasfondo

Kathy, una profesora universitaria asistente de 33 años con los campos de especialización de literatura e investigación de mujeres, llegó a terapia después de la última fase de depresiones severas. Había comenzado con un tratamiento con antidepresivos y el medicamento parecía serle de ayuda, siempre y cuando no se olvidaba de la ingestión, una situación que se producía en ocasiones. Era de origen italiano-norteamericano y, con distancia, la más joven de tres niños. La madre había muerto de cáncer mamario cuando Kathy tenía seis años. Siete años más tarde, el padre había vuelto a casarse. Kathy vivía, desde hace algunos años, con su novio, el cual lamentaba que ella no fuera más divertida y pensaba que ella era demasiado seria.

Esto es todo lo que sabíamos cuando Kathy empezó el tratamiento. Nadie de su familia había estado dispuesto a hablar del pasado y la misma Kathy no había querido saber más. Ahora, sin embargo, se sentía preparada para buscar las razones de sus severos episodios depresivos. Estableció contacto telefónico y escrito con el hospital en el cual su madre había sido tratada ambulatoriamente en la sección psiquiátrica. A pesar de complicaciones burocráticas tremendas, Kathy pudo convencer al administrador de archivos a enviarle el informe de alta de su madre a la analista. El informe llegó tres meses después del inicio del tratamiento. Hasta ese momento, la analista había comprendido que la madre de Kathy era la figura central en relación a la cual Kathy, en su fantasía, encontraba fuerza y fortaleza. Cuando la analista leyó que la madre de Kathy había intentado matar a su hija en dos ocasiones, se asustó. ¿Qué sucedería ahora? ¿Qué efecto tendría sobre Kathy el conocimiento de que el ser humano más importante en su vida había intentado matarla? ¿Se volvería suicida? Cuando Kathy llegó a su sesión, decidieron leer juntas el informe. Antes de ello, la analista le aseguró que, después de la sesión, no estaría sola. El sentimiento de la analista de tener que proteger a Kathy como una hermana menor probablemente comenzó a desarrollarse en estos momentos.

A la madre le había sido diagnosticado un cáncer cuando Kathy aún era un infante. Se deprimió mucho, empezó a comportarse “como loca” y, después de un intento de suicidio, fue internada cuando Kathy tenía cinco años. Según la documentación del hospital –a partir de la cual no quedaba claro de quién provenía la información–, la madre había intentado suicidarse dos veces. En la primera ocasión, Kathy había tenido tres años de edad, y después cinco. La madre había querido “llevar consigo” a su hija, es decir, había tratado matarla con la finalidad de que la niña (como ella misma) no tuviera que crecer sin madre. En ambas ocasiones, Kathy se había negado a ingerir las pastillas (la paciente y la analista relacionaron esto con sus dificultades para tomarse con regularidad los antidepresivos.) Quizás Kathy había intuido que su madre no se hubiera matado si su pequeña hija se quedaba atrás y había



intentado rescatarla al no tragarse las pastillas. Kathy no era capaz de acordarse de estos incidentes de manera directa, pero sufría de pesadillas terribles y de depresiones repetitivas y paralizantes.

Más tarde se enteró, por parte de sus hermanos, de que la madre había golpeado al niño del medio con un cinturón que siempre estaba colgado en la cocina. Kathy se acordaba del cinturón –y también se acordaba de haber sido torturada por ese mismo hermano. Al parecer, ella misma no había sido objeto de la ira de la madre. Después de su muerte, el hermano más grande se hizo cargo de Kathy, pero se casó cuando ella tenía trece años y se fue de la casa. El padre también volvió a contraer matrimonio en esa época. Entre los siete y los trece años de edad, Kathy fue abusada sexualmente casi a diario por un primo mayor que vivía en las cercanías. Convencida de haber estado haciendo algo terrible, no se atrevió a contarle de esto a nadie. Sin embargo, cuando más tarde, durante el tratamiento, se cambió de casa, encontró un diario de vida que había llevado a la edad de catorce años y se lo trajo a su analista. Una y otra vez se había quitado el anhelo de su “mamá” a través de la escritura; era consciente de que el incesto perjudicaba su capacidad de confiar en los hombres y describía su deseo de estar muerta. Se había olvidado de todo esto; ni siquiera se había acordado de que el diario existía. Después de la sesión, se acordaba de que se lo había llevado a su analista, pero su contenido había desaparecido de su memoria y se mostró sorprendida cuando la terapeuta volvió a mencionarlo.

En los primeros años del tratamiento, la analista debía recordarle a menudo su historia –tanto la más antigua como el pasado más actual–, que a veces parecía conocer y a veces no. Kathy expresó el siguiente problema: “Sólo puedo tener relaciones sexuales cuando me ausento internamente”. Juntas, la paciente y la analista buscaron significados –en este caso, Kathy había olvidado por completo el incesto y una violación durante su época universitaria– y ella se fue de la sesión con la sensación de haber logrado aclaración. En ocasiones, como también en este caso concreto, el síntoma desaparecía. Más tarde decía que le iba bien y que se preguntaba por qué estaba, en realidad, en tratamiento. “Oh, pero el sábado estuvo muy mal –estaba tan deprimida, que no pude salir de la cama en todo el día”. Entonces, volvían a comenzar la reflexión sorprendida y el proceso de recordar. Cuando la analista aludía a que Kathy había tenido un inicio muy difícil de la vida, ella parecía sorprendida: “Oh, ¿cree usted realmente?”

La analista tenía una biografía simultáneamente similar y diferente. Había sido la hija mayor en una familia llena de problemas, se había hecho cargo de nueve hermanos y había sobrevivido gracias a un duro trabajo, a lecturas intensivas y a la disociación. Como a Kathy, le resultaba difícil acordarse de dificultades tempranas y conectarlas con los sentimientos que experimentaba en el presente. Un punto de intersección especial

consistía en que la analista había dejado su casa paterna cuando sus hermanas menores habían tenido tres y cinco años de edad. En ese entonces, había estado convencida de haber estado dejando solas a estas hermanas en una situación terrible. Kathy –que cuando tenía tres y cinco años casi se había muerto– despertaba en ella sentimientos muy similares a aquellos que había sentido hacia sus hermanas menores. Ella activaba la preocupación y el sentido de protección de la analista. A pesar de que Kathy no sabía nada de su historia, espontáneamente percibía a la analista como alma emparentada, como “mujer salvaje” según sus propias palabras. Desarrollaron un humor conjunto –aquellos chistes íntimos que a menudo forman parte del campo intersubjetivo específico. Kohut tal vez habría llamado a esto “transferencia gemelar” y, sin lugar a dudas, habría tenido razón con ello; lo decisivo es que la auto-experiencia individual de la analista co-creaba, en gran medida, el campo intersubjetivo especial de este tratamiento, es decir la forma en la cual paciente y analista jugaban y trabajaban juntas. El material clínico no es dramático, pero las preguntas y las reacciones de la analista –las preguntas son una forma de reacción que expresa el carácter y los límites de la disponibilidad emocional y de la comprensión emocional de un analista– estaban determinadas por una subjetividad específica. De ningún modo representaban una mera aplicación de las así llamadas reglas técnicas.

El carácter no coherente de las conversaciones es típico del trabajo con pacientes fuertemente disociados. Le dificulta al lector el seguir el transcurso de las sesiones pero, al mismo tiempo, lo coloca en el contexto emocional del encuentro con Kathy.

Desde una perspectiva intersubjetiva, el aspecto más importante de este tratamiento consiste en que la analista se mantuvo consciente de su propia disociación, que intentó elaborarla de modo consecuente y que, así, también le permitió a Kathy hacerse consciente de su propia disociación y de trabajar sin descanso en ella. Podríamos comparar este proceso empático con un buscar análogo, en el sentido de que los demonios de Kathy (otra paciente hablaba de “duendes”) –o las formas automáticas de organización de su vivenciar emocional– ya le eran familiares a la analista. Un segundo punto es que la analista tenía que estar emocionalmente disponible con y en su propia historia para vivenciar a posteriori, junto a Kathy, la historia traumática de esta última. De esta manera, fue posible ayudarle a Kathy a integrar esa historia y sus consecuencias y a desarrollar un sentido de sí misma relativamente continuo y coherente, como también una auto-estima.

## **Sesión al principio del segundo año**

*Kathy:* [Con tono confuso.] Durante todo el tiempo, yo estuve más o menos depresiva, subía y bajaba –como atrapada–, no extremadamente terrible. Brian [su pareja] estuvo realmente amoroso. Fue extraño no estar allí. Trabajo doméstico –era tan terrible cuando tenía que realizar trabajos domésticos bajo las instrucciones de Tim [su hermano ocho años mayor]...

*Analista:* [Busca gatilladores de la depresión y de la manera incoherente de hablar.] Trabajo doméstico –¿me puede decir algo más de eso?

*Kathy:* [Aún confundida.] No entiendo por qué no siento absolutamente nada.

*Analista:* [Busca un contexto.] Igual que en las dos últimas sesiones –al comienzo, cuando usted no sabía en absoluto por qué viene para acá.

*Kathy:* [Con tono algo más vivo.] La semana pasada tuve una conversación muy interesante con mi amigo Jim. Él piensa que los niños abusados se culpan a sí mismos porque a los niños normales, por naturaleza, les gusta regalonear y buscan el contacto corporal, y él leyó que los receptores del tacto en el cerebro de los niños pequeños son especialmente sensibles. Piensa que esas necesidades naturales son la razón debido a la cual nos culpamos a nosotros mismos cuando otros seres humanos, sean quienes sean, nos han tocado. ¿Qué piensa usted de eso?

*Analista:* Bueno, sabemos que los bebés y los niños necesitan contacto y que tienen que ser sostenidos. ¿Cree usted que los niños que son golpeados o abusados sexualmente se avergüenzan o tienen sentimientos de culpa, como si “lo hubiesen pedido”, porque son sus necesidades naturales?

*Kathy:* Sí, quizás debido a ello uno no puede quitárselo de encima hablando o decirse a uno mismo que no es la culpa de uno, incluso cuando uno en realidad lo sabe mejor.

*Analista:* ¿Cuál es la razón principal por la cual usted siente de esa manera?

*Kathy:* Supongo que mi primo... Desearía poder acordarme mejor de mi madre, cuál era su aspecto, su expresión facial. Ya apenas tengo recuerdos –sé que tenía pelo rojo, muchas pecas, y todos dicen que tengo la misma figura que ella. [La analista sospecha que este cambio desde el primo hacia la madre se relaciona con el sentimiento que Kathy había expresado cuando era niña en su diario de vida. Si su madre todavía hubiese estado viva, posiblemente podría haber protegido a Kathy del incesto. Debido a ello, al recordar el abuso, Kathy intentó de inmediato volver a construir una conexión con la madre.]

*Analista:* ¿Pero a usted no le quedan muchas impresiones de su personalidad o de qué manera se comportaba en relación a usted? [Intenta ayudarla a encontrar palabras para la pérdida.]

*Kathy:* No, desearía poder recordar.

*Analista:* ¿De qué modo la ayudaría eso?

*Kathy:* Entonces podría sentir lástima de aquella niña que yo misma fui y no tendría que escuchar esa voz: DEJA DE SENTIR LÁSTIMA DE TI MISMA.

*Analista:* ¿De quién es esa voz?

*Kathy:* Justo eso también me lo pregunto yo. ¿Cómo puedo acordarme? Lo he intentado tanto. [Parece desamparada.]

*Analista:* [Cambia a una modalidad didáctica e intenta ayudarla a orientarse –tanto la analista como la paciente eran profesoras.] Bueno, hay muchas posibilidades –los sueños, su escritura y su lírica, los pensamientos fugaces y, a veces, aquello que sucede entre usted e yo.

*Kathy:* ¿A qué se refiere?

*Analista:* A veces se sentirá como si yo fuese alguien que fue importante para usted, quizás alguien que la hirió, y esa puede ser una posibilidad para acordarse. Por ejemplo, yo podría decir o hacer algo que, entonces, despierta ciertos recuerdos.

*Kathy:* Usted no me hiera. Pero a veces pienso: Yo no lo necesito. ¿Para qué vengo? ¿De qué habla, se supone que he vivenciado todas esas cosas atroces? Si a mí me va bien. Más tarde en la sesión entonces llegamos al asunto. [Un colega le señaló a la analista que Kathy tenía un miedo tipo pánico de apegarse a ella, que ella anhelaba ese vínculo y que se avergonzaba profundamente por ello.]

*Analista:* Según su opinión, ¿por qué ocurre eso?

*Kathy:* No lo sé.

*Analista:* [Intenta ofrecer ayuda tal como Orange (1995) lo describe en su capítulo sobre la disponibilidad emocional. Por así decirlo, la madre o la terapeuta permiten que se eleven globos tentativos que pueden ser probados por el niño o la paciente. La contribución de la analista a este dilema intersubjetivo probablemente resultó a partir de su expectativa de que, de ninguna manera, alguien podría querer apegarse a ella –un resultado del propio contexto evolutivo de la analista. Así, necesitó mucho tiempo para percibir necesidades de apego, evitó de modo inconsciente el tema del apego y no vio algunos de los gatilladores de los fenómenos

disociativos que tenían sus raíces en la transferencia.] El hecho de estar aquí conmigo –en su “depósito de la memoria”– tal vez le recuerde situaciones en las cuales usted se sintió tan tremendamente mal, que debió distanciarse de sí misma con tal de no perder la cordura. O, hace poco, cuando tuvo que ausentarse durante las relaciones sexuales. ¿Qué piensa?

*Kathy:* De alguna manera esa dirección podría ser correcta. Quizás le tengo miedo a lo que sentiré cuando no me desconecte o no me ausente internamente antes de venir para acá. Quiero recordar, pero le tengo muchísimo miedo a eso...

## **Dos años más tarde (después de una pausa de tres semanas)**

*Kathy:* ¿Cómo le va? ¿Cómo estuvieron sus vacaciones?

*Analista:* Bien, muy bien. ¿Cómo le fue a usted?

*Kathy:* Bueno, estuvo bien. No sé qué es lo que está ocurriendo. No puedo sentir nada. No sé por qué estoy aquí. [El mismo malestar que antes.] He pensado reducir las horas, porque estoy bien. Realmente me va mucho mejor. He decidido ingerir con regularidad *Zoloft* [antidepresivo]. Cuando lo olvido, de nuevo estoy muy abajo. Apenas puedo salir de la cama o no dejo de llorar. Pero no sé de qué se supone que tengo que hablar aquí.

*Analista:* ¿Las dificultades fundamentales entonces siguen existiendo? [Kathy asiente.] Pero, ¿hemos perdido tanto el contacto en las últimas semanas que usted no se puede imaginar ninguna posibilidad y que ya no tiene un sentido de que puede seguir trabajando conmigo? [Nuevamente, la analista no comprende cuán peligrosos son los anhelos de apego de Kathy para ella y cómo éstos gatillan los estados disociativos.]

*Kathy:* Ni siquiera sé qué es. Simplemente me pongo muy depresiva.

*Analista:* Y cuando a usted después le va mucho mejor e ya no tiene que quedarse en la cama todo el tiempo, ¿entonces todo está bien?

*Kathy:* No, visto de esa manera no. Sigo decaída respecto de lo que ocurrió en el trabajo. Fue tan terrible y además fue hace poco tiempo. [Había contado esa historia poco antes de las vacaciones.]

*Analista:* Se refiere a su colega que se le acercó y usted no supo qué debía hacer o cómo debía decir “No”.

*Kathy:* [Muy afligida.] No puedo creer que no supe qué tenía que hacer. Me resulta muy vergonzoso y me avergüenza tanto. Simplemente dejé que ocurriera. No me entiendo a mí misma y aún si fuera así, no me lo podría explicar, porque eso entonces sería como si yo buscara una excusa, y algo así simplemente no se puede perdonar. E yo simplemente dejé que ocurriera como tantas veces antes.

*Analista:* Entonces a usted le preocupa cómo debe seguir tratando a ese colega, pero la inquieta más por qué permite algo así.

*Kathy:* Sí, simplemente me siento muy metida. En alguna parte de mi interior sé que lo que sucede es absolutamente incorrecto, pero en la situación concreta no soy capaz de aplicar ese conocimiento. [Sueno confundida.] Cedo sin pensar y, después, me siento muy mal.

*Analista:* Eso me recuerdo sus sueños, en los cuales sus piernas ceden. [Un tema que aparecía en sus sueños sobre todo en aquellas situaciones, en las cuales intentaba escapar de un peligro o en las cuales quería criticar a alguien. La analista había hablado con Kathy sobre este aspecto de sus sueños a menudo y en profundidad.]

*Kathy:* Sí, es lo mismo.

*Analista:* Como si no pudiese utilizar aquella parte de sí misma que intenta escapar de una situación que es amenazante para usted o en la cual se siente implicada.

*Kathy:* ¿Pero por qué es así? Simplemente no lo comprendo.

*Analista:* Bueno, acordémonos de otras situaciones en su vida, en las cuales usted se sentía desamparada e incapaz de evitar aquello que ocurría, incluso cuando sentía que había algo terriblemente incorrecto. Cuando usted era chica, usted vio a su madre correr desnuda a la calle y una vez usted estuvo presente cuando su madre amenazó a su padre con un hacha.

*Kathy:* [Con expresión horrorizada:] Esas cosas las había olvidado por completo. Pero simplemente no veo ninguna conexión.

*Analista:* Bien. Pensemos en el sentimiento que usted tuvo cuando usted fue abusada por Anthony, durante siete años, casi a diario. Usted sintió que no era correcto, ¿pero no sabía cómo ponerle fin a eso y tampoco tenía a alguien en quien podría haber confiado?

*Kathy:* [Asiente pensativa.] Sí, es como entonces. Se siente de la misma manera. Creo que tengo que elaborar esas cosas más profundamente,

tengo que contarle más de eso a usted, pero me resulta tan difícil. No quiero pensar en eso.

*Analista:* ¿Tanta vergüenza?

*Kathy:* Oh sí. Bueno, pienso que seguiré viniendo donde usted. Tengo que llevar a cabo ese trabajo. No me puedo quedar así como estoy. Siempre vuelvo a meterme en dificultades y permito que me hieran.

*Analista:* ¿Entonces vendrá la próxima semana?

*Kathy:* Oh sí.

Kathy no acudió a las próximas dos sesiones, pero llamó para comunicarle a la analista que había recordado sus horas recién cuando ya casi había llegado a su casa e ya era demasiado tarde. Cuando después llegó, habló con mucho sufrimiento de sus recuerdos del incesto. También recordó que el primo en ocasiones venía con sus amigos y que los jóvenes la sujetaban en el piso. Estaba convencida de nunca volver a permitir que alguien la abusara sexualmente y ese sentimiento significaba un enorme alivio.

## Comentario

Desde un punto de vista intersubjetivo, todo el trabajo clínico involucra aquel campo que se constituye a partir del interjuego de dos mundos subjetivos y en el cual transcurre. En nuestro ejemplo, la paciente y la analista demuestran similitudes y diferencias y se complementan. Por medio del vivenciar disociativo similar, el proceso analítico fue tanto promovido como también perjudicado. Por un lado, la intuición sensible en relación a los fenómenos de disociación de la analista hizo posible un foco útil y una aproximación o perspectiva interpretativa ayudadora. Por otro lado, a la analista le costaba mucho tomar en consideración o reconocer que ciertos procesos disociativos eran gatillados en la transferencia por anhelos de apego amenazantes o provocadores de vergüenza, ya que la analista misma no podía imaginarse que era de una significancia tan central para la paciente –una herencia de su propia historia y de la traumatización a la que había estado expuesta en su desarrollo.

Kathy y su analista se parecen en cuanto a las tendencias disociativas y también en relación a numerosas inclinaciones e intereses, pero su posición en sus familias de origen es distinta, como también la forma en la cual organizan su vivenciar demuestra diferencias desde muchos puntos de vista. Lo que tienen en común les permitió crear un espacio en el cual podían explorar juntas lo increíble, para poder comprenderlo desde diferentes perspectivas y, finalmente, para comenzar

a integrarlo. La analista podría ser el hermano mayor que no abusó de Kathy y hacia el cual se dirigió cuando tenía dificultades, o el hermano mayor que tenía que evitar y que la "impulsaba al trabajo". Paso a paso, lograrán reconocer y reorganizar la profunda convicción de Kathy de que el apego a una mujer mayor es peligroso. Lo que hacen juntas es el resultado de sus vivencias en el campo intersubjetivo único que crean en conjunto.

Podría objetarse que nada de este tratamiento es específico de la perspectiva intersubjetiva. Sin lugar a dudas, eso es correcto. La teoría de la intersubjetividad no es una colección de recomendaciones o reglas para el trabajo clínico. Posibilita una capacidad de percepción que toma en consideración, de modo continuo, el inevitable interjuego que se produce por principio en todo psicoanálisis entre ambos sujetos. Rechaza definitivamente la idea de que el psicoanálisis es algo que una mente aislada hace con otra o que el desarrollo es algo que alguien hace o no hace. Trabajar de manera intersubjetiva significa explorar juntos al servicio de la sanación. Cada analista crea con cada paciente la oportunidad –a menudo, como en nuestro ejemplo, la primera oportunidad– de integrar y dar sentido a una vida angustiosa y confusa.

## Referencias

- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. New Jersey: Analytic Press.
- Atwood, G. & Stolorow, R. (1984). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. New Jersey: Analytic Press.
- Atwood, G. & Stolorow, R. (1993). *Faces in a Cloud: Intersubjectivity in Personality Theory*. New Jersey: Aronson.
- Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. London: Free Association Books.
- Ghent, E. (1992). Paradox and process. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 135-159.
- Grünbaum, A. (1984). *The Foundations of Psychoanalysis: A Philosophical Critique*. Berkeley: University of California Press.
- Gadamer, H. (1975a). Hermeneutics and social science. *Cultural Hermeneutics*, 2, 307-316.



- Gadamer, H. (1975b). *Wahrheit und Methode: Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Tübingen: Mohr.
- Guntrip, H. (1969). *Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self*. New York: International Universities Press.
- Kerr, M. & Bowen, M. (1988). *Family Evaluation*. New York: Norton.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory. En P. Ornstein (Ed.), *The Search for the Self* (Vol. 1) (pp. 205-232). New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Murray, H. (1938). *Explorations in Personality*. New York: Science Editions.
- Orange, D. (1994). Countertransference, empathy, and the hermeneutic circle. En R. Stolorow, G. Atwood & B. Brandchaft (Eds.), *The Intersubjective Perspective* (pp. 177-186). New Jersey: Aronson.
- Orange, D. (1995). *Emotional Understanding: Studies in Psychoanalytic Epistemology*. New York: Guilford.
- Spence, D. (1993). The hermeneutic turn: Soft science or loyal opposition? *Psychoanalytic Dialogues*, 3, 1-10.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R. & Atwood, G. (1979). *Faces in a Cloud: Subjectivity in Personality Theory*. New York: Aronson.
- Stolorow, R. & Atwood, G. (1992). *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. New Jersey: Analytic Press.
- Stolorow, R., Brandchaft, B. & Atwood, G. (1987). *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. New Jersey: Analytic Press.
- Winnicott, D. (1958). *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Basic Books.