

Repensando la interpretación: Narrativas explicativas, narrativas de posibilidad y la necesidad de promover nuevas acciones en el mundo

Paul L. Wachtel

[¶]En relación al el papel de la interpretación en la tarea psicoanalítica, Renik (1993) señala que “el término ‘interpretación’ proviene de una concepción del proceso psicoanalítico hoy generalmente cuestionada, una concepción en la que el psicoanalista decodifica los pensamientos del paciente para develar el inconciente, decidiendo qué significados ocultos subyacen al contenido manifiesto de sus verbalizaciones –como el experimentado guarda de tren de la famosa analogía de Freud, que le dice al ignorante pasajero dónde se encuentra (p. 560). Un serio problema con este enfoque, señala Renik, es que “el intérprete está siempre mejor informado que el receptor de la interpretación.”

Aron (1996), al igual que muchos terapeutas relacionales adhiere casi completamente a esta crítica del falso supuesto de la objetividad del analista o terapeuta y la implicación de que el paciente es el receptor pasivo de esclarecimiento por parte del analista. Sin embargo, opta por *no* rechazar el término “interpretación”, el cual está a esta altura muy fuertemente arraigado en el discurso psicoanalítico, pero sí por darle un significado o énfasis diferente:

“Me gusta el término interpretación porque también puede ser usado para significar la expresión de una concepción personal de un trabajo artístico o un determinado tema, como por ejemplo la interpretación de una sonata por un pianista o la interpretación de un rol por parte de un actor. Este uso de la

palabra ‘interpretación’ enfatiza la expresividad personal, única, propia de cada individuo. Me gusta pensar la interpretación del analista como la expresión creativa de su concepción de determinado aspecto del paciente.” (p.94)

Aquí, Renik y Aron llegan a diferentes conclusiones acerca de la utilidad del término ‘interpretación’, pero lo hacen *partiendo de casi exactamente las mismas premisas*. Ambos enfatizan, en esencia, la dimensión epistemológica del proceso, las consecuencias del falso supuesto de objetividad. Este desafío epistemológico a los supuestos analíticos tradicionales conlleva indudablemente, tanto para Renik como para Aron, consecuencias sustanciales para la técnica terapéutica. Para ambos autores, por ejemplo, implica la apertura del campo de la interacción terapéutica a una auto-revelación, una presencia y un compromiso afectivo del terapeuta considerablemente mayores. Su crítica está entonces muy lejos de ser un mero ejercicio intelectual.

Pero, a pesar de ello, creo que es importante ir más allá de esta dimensión particular de la crítica, la que hasta aquí ha dominado el foco de los teóricos relacionales y considerar más exhaustiva y focalmente las consecuencias para la práctica clínica de la distinción entre el modelo estratificado arqueológico de la estructura de la personalidad que descansa en el corazón del pensamiento psicoanalítico tradicional y el modelo de causalidad bidireccional y procesos cíclicos auto-perpetuantes que creo esencial para aprehender los

[¶] Este artículo es una versión revisada de parte del capítulo 12 del libro, Wachtel, P.L. *Relational Theory and*

the Practice of Psychotherapy (New York: Guilford Press, 2008)



fenómenos que son destacados por el punto de vista relacional (ver Wachtel, 1993, 1994, 2008). La mayoría de las interpretaciones en psicoterapia, aún aquellas construidas desde el punto estratégico tan interesante introducido por Aron, están enraizadas en el pasado y en el presente. Buscan ayudar al paciente para que vea más en su totalidad quién es y qué siente y que comprenda mejor cómo llegó a ser así, cómo su historia de vida lo ha conducido hasta el presente. Pero el paciente también necesita comprender *qué puede ser*, imaginar y atreverse a perseguir posibilidades mejores, ver el camino hacia una manera *alternativa* de experimentarse a sí mismo y un modo alternativo de vida. Y necesita asimismo experiencias que lo ayuden a desarrollar los medios para vivir de otra manera, en los modos que está comenzando a imaginar.

Existe una variedad de formas de concebir y aproximarse a este polo del proceso terapéutico orientado al futuro, orientado al cambio. En publicaciones previas (ej., Wachtel 1987, 1997, Wachtel & Wachtel, 1986) he señalado cómo los enfoques psicoterapéuticos tradicionales orientados al insight pueden ser valiosamente complementados con una cantidad de ideas y métodos derivados de sistemas alternativos de pensamiento e intervención terapéuticos, particularmente aquellos derivados de la terapia conductual y familiar. En estos escritos explicité en detalle por qué la inclusión de tales métodos no solamente mejora la efectividad terapéutica, sino que se compensa, mucho más de lo que generalmente se aprecia, con la esencia más vital y fundamental del pensamiento psicoanalítico. Muchas de las objeciones a estos métodos de intervención activa y a los supuestos teóricos en los que descansan, resultan estar arraigados en concepciones erradas de la terapia conductual y del psicoanálisis [Para mayor información sobre este punto, véanse las excelentes consideraciones realizadas por Frank, 1990, 1992, 1993, 2001).

Para amplificar todavía más las implicaciones clínicas de este modo de pensar, también he intentado mostrar cómo esta integración de ideas y métodos provenientes de diferentes escuelas de pensamiento puede hacerse de manera más consistente (e-g., Wachtel, 1991). Mi meta, perseguida en mayor medida aquí, ha sido iluminar la forma en que la dimensión orientada a la acción, orientada al futuro, del trabajo terapéutico puede ser incorporada e impregnar el esfuerzo interpretativo mismo, generando un enfoque terapéutico en el cual los esfuerzos por comprender a la persona en profundidad y por ayudarla a moverse más efectivamente hacia una forma de vida que sienta más completa, genuina y gratificante, son esencialmente inseparables.

En ciertos aspectos, este enfoque, que depende considerablemente de un uso ingenioso del lenguaje, converge con una serie de otros enfoques terapéuticos que comparten el énfasis en la narrativa como tema central. Estamos poderosamente influenciados por los relatos que nosotros mismos creamos acerca de nuestra vida, nuestra historia, la naturaleza de aquéllos con quienes interactuamos y nuestras propias características, motivos y sentimientos. A menudo, sin embargo, especialmente en el dominio psicoanalítico, se ha tratado de relatos *explicatorios* o descriptivos (ver Aron, 1996), relatos que explican cómo el paciente llegó a ser como es o que dan cuenta de elementos de su experiencia y motivaciones presentes que han sido poco claros o entendidos de manera problemática. En contraste, lo que ha sido más característico de los enfoques narrativos derivados de perspectivas más sistémicas o estratégicas (ej., White & Epston, 1990; Lankton, 1987; deShazer, 1985; O'Hanlon & Weiner-Davis, 2003; Zeig, 1985; Angus & McLeod, 2004), es lo que podemos llamar "relatos de posibilidad", relatos que posibilitan al paciente a imaginar un *futuro* diferente y a accionar para alcanzarlo.



Desde el punto de vista de esta distinción, se podría decir que la tradición psicoanalítica ha tenido una tendencia a estar excesivamente arraigada en relatos explicativos y descriptivos. Pero, un enfoque que esté demasiado exclusivamente arraigado en relatos de posibilidad conlleva sus propios peligros y limitaciones, especialmente el de degenerar en una forma de *manipulación*. Los enfoques narrativos y estratégicos se pasan a veces de listos para su propio bien (o el del paciente). El cambio profundo, duradero y genuinamente satisfactorio debe estar arraigado en la sensación del paciente de que es comprendido y apreciado por lo que él es y que la comprensión del terapeuta es lo suficientemente amplia como para abarcar todas las facetas complejamente entrecruzadas y conflictivas de su modo de ser. Cuando falta o es deficiente uno de los polos de esta dialéctica entre relato descriptivo y relato de posibilidad, la terapia probablemente sea significativamente limitada en su valor para el paciente.

La relación dialéctica entre aceptación y cambio

Desde un punto de vista levemente diferente, lo que está siendo discutido aquí son las tensiones entre la necesidad de afirmación que tiene el paciente y su necesidad de cambio. El paciente necesita ser profundamente apreciado y comprendido por lo que es, pero al mismo tiempo necesita ver (y saber que el terapeuta ve) que puede ser *diferente* de quien ha sido y, de manera importante, *más* de lo que ha sido. El terapeuta puede fallar en sostener esta tensión de una u otra manera. Demasiado énfasis puesto en las fantasías “primitivas” y “arcaicas” del paciente puede ser un signo del fracaso en la aceptación suficiente del paciente cómo él es, una actitud crítica encubierta que, como ha señalado Aron (1991), lleva implícita la agenda de requerirle al paciente que “crezca” como así también que

abandone sus metas y defensas infantiles. Pero la tensión dialéctica entre la necesidad del paciente de afirmación y su deseo de cambio, también puede ser aplastada desde la dirección opuesta, cuando el terapeuta insiste de un modo tan unilateral en ver las cosas a través de los ojos del paciente, atendiendo a su “realidad psíquica”, que a la necesidad de éste por encontrar un modo *diferente* de ver las cosas no se le da lugar. Esta falla equivalente y opuesta puede verse entre terapeutas de una variedad de posturas, inclusive en algunos de quienes han contribuido sustancialmente a la emergencia de la tradición relacional. Kohut (1984), por ejemplo, al describir un caso clave sostiene,

El paciente, como finalmente comprendí, insistía—y tenía el derecho de insistir—en que yo aprendiera a ver las cosas *exclusivamente* a su manera y *para nada* a la mía... Machacar en las distorsiones transferenceales del paciente no produce resultados; únicamente lo confirma en su convicción de que el analista es tan dogmático, tan absolutamente seguro de sí mismo, tan amurallado dentro de la pretensión de superioridad moral de una visión distorsionada como lo han sido sus patogénicos padres u otro selfobjeto (p. 182, bastardillas añadidas).

Aquí, Kohut ofrece un correctivo muy importante a la “actitud de sospecha” sobre la que está fundado mucho del trabajo psicoanalítico (ver, por ejemplo, Ricouer, 1970, Messer, 2000, Schafer, 1997 y, para un examen crítico de la “sospecha” en la práctica psicoanalítica, Wachtel, 2008). El propósito de Kohut por comprender al paciente empática, compasivamente, y de un modo que afirme la experiencia y puntos de vista del mismo, converge muy fuertemente con una preocupación esencial de mi propio enfoque clínico (ej., Wachtel, 1993, 2008). Pero la actitud “o-o” (o una cosa o la otra) que es evidente en este ejemplo —el cual no está tomado de una publicación de los tempranos esfuerzos de Kohut por emerger de las estricteces del modelo clásico, sino de la publicación póstuma de los últimos



trabajos de su madurez- refleja cuán difícil fue aquella batalla con la ortodoxia y cuán reactivamente unilateral puede quedar quien inerte liberarse de ella. Kohut no sólo aboga por ver las cosas desde el punto de vista del paciente, sino por verlas “exclusivamente” desde el punto de vista del paciente y “para nada” desde el suyo propio. Una concepción semejante del proceso clínico refleja una integración todavía insuficiente del punto de vista bi-personal. Desde esta perspectiva es completamente imposible siquiera acercarse a ver las cosas “para nada” desde nuestra propia perspectiva. Pero, además y no menos importante, los comentarios de Kohut en esta cita reflejan la visión de la interpretación que prevalecía en el entorno psicoanalítico del que éste emergió y contra el cual finalmente se rebeló, una concepción de la interpretación en la cual el analista “machaca en las distorsiones transferenciales del paciente.”

Esta primitiva forma de “interpretación” está siendo abandonada con el avance de la práctica de la psicoterapia. Pero, “machacar en” las “distorsiones” no es en absoluto la única forma de proveer al paciente de una alternativa a la manera de ver las cosas que está en el centro de sus privaciones y sufrimiento. No importa cuánto el paciente busque afirmación para su manera de ver y experimentar las cosas actualmente, también está buscando *liberarse* de esa misma manera de ver las cosas, o por lo menos de aquellos aspectos que contribuyen a su dolor y dificultades. Kohut, armado (y uso la palabra con toda intención) solamente con la idea tradicional de lo que implicaba una interpretación, no podía ver otra alternativa a “machacar” al paciente más que en el abstenerse por completo de la interpretación durante un tiempo prolongado y ver las cosas *únicamente* desde la perspectiva que el paciente ha traído a terapia, no sólo para afirmar sino *también* para ser cuestionada.

En contraste con el pensamiento aplastado, “o-o” (o una cosa o la otra) que acabo de describir, otros autores de la tradición relacional han ofrecido explicaciones dialécticamente mucho más complejas, en las cuales la aceptación del paciente como es y los esfuerzos explícitos para ayudarlo a ver las cosas de manera diferente y a cambiar, son perseguidos conjuntamente. Bromberg (1993), por ejemplo, observa que, “la habilidad de un individuo para permitir que su propia verdad se vea alterada por el impacto de un ‘otro’... depende de la existencia de una relación en la cual el otro pueda ser experimentado como alguien que, paradójicamente, *acepta la validez* de la realidad interna del paciente y, al mismo tiempo participa en el aquí y ahora del acto de construir una realidad negociada que discrepa con aquélla.” (p. 160) De modo similar, Ghent (1995), atendiendo a las necesidades simultáneas y a veces opuestas que presenta el paciente de afirmación de lo viejo y reconocimiento de lo nuevo y potencialmente diferente, sostiene que “entremezclado con la aparente necesidad de repetición, se encuentra operando también otro (y opuesto) sistema motivacional, o necesidad, uno que es usualmente mucho más débil y menos desarrollado; es un sistema expansivo más que conservador, cuya tendencia o necesidad es, o bien buscar una nueva calidad de experiencia, o bien desestabilizar el tranquilo funcionamiento del viejo, constrictivo sistema.” (p. 485) Comentando más ampliamente acerca de las múltiples perspectivas necesarias para el trabajo terapéutico efectivo, Ghent agrega,

tendemos a pasar por alto la pluralidad de caminos por los cuales ocurre el cambio psíquico, tanto dentro como fuera del análisis. Algunos tipos de intervención hacen foco en el polo perceptivo de un círculo interactivo, otros en el extremo efector o de respuesta. Un cambio en cualquiera de los dos puede resultar -y a menudo lo hace- en un cambio en el sistema entero. Clásicamente, el psicoanálisis se ha concentrado en el extremo perceptivo del circuito. La interpretación apunta a ayudar al paciente



a ver, o percibir, las cosas de modo diferente, es decir, desde una nueva perspectiva. El supuesto implícito consistía en que la percepción modificada da como resultado cambios en las maneras de ser y hacer en el mundo, esto es, produce cambios en el extremo efector o de respuesta. El insight llevará al cambio. Que éste no haya sido de ninguna manera un resultado universal, ha causado graves problemas para el psicoanálisis, problemas de los que frecuentemente se habla bajo el título de la inutilidad, incluso de lo contraproducente del “insight intelectual.” (pp. 485-486)

Hay muchas maneras de promover el “extremo efector” del proceso multifacético de cambio que describe Ghent, o -para ponerlo de un modo que conecte más claramente estas ideas con el marco de referencia que ha sido central en mi propio trabajo y guía el análisis en este artículo- de interrumpir el círculo vicioso que mantiene el sufrimiento o deprivación del paciente. Dado que en otro lugar ya he considerado ampliamente el uso de intervenciones conductuales explícitas en el contexto de una terapia psicoanalíticamente orientada (ej., Wachtel, 1997), no voy a entrar aquí en ese tópico con mucho detalle. Me enfocaré, por el contrario, en las maneras en las cuales la dialéctica a la que Ghent se refiere, y especialmente el extremo “efector” del proceso, puede ser procurada en el contexto del diálogo en curso que constituye el trabajo terapéutico llevado a cabo desde una perspectiva psicoanalítica relacional.

Todos tenemos, de una u otra forma, vacíos en nuestro desarrollo emocional y de conducta que resultan de las ansiedades que surgen inevitablemente en el curso de crecer dependiente y pequeño durante tantos años. Virtualmente nadie emerge de los largos años de dependencia que caracterizan el hacerse humano sin altos y bajos en su habilidad para hacer frente con efectividad a los desafíos de la vida. Para cada persona existen situaciones distintas, configuraciones emocionales o relacionales diferentes que se implican en los círculos viciosos de su vida. No importa cuán competente social, cognitiva o emocionalmente pueda ser el individuo *en*

general, para cada uno de nosotros existen ciertas situaciones que revelan los estigmas emocionales de nuestra crianza y brechas sorprendidas e inusuales en nuestro bagaje de habilidades sociales y emocionales. Lo que se revela en estas situaciones son los efectos agravantes de la evitación -los modos en que la necesidad de evitar el dolor y la humillación puede bloquear el proceso de ensayo y error a través del cual, a lo largo del tiempo, desarrollamos nuestra capacidad de manejar un amplio rango de desafíos emocionales y sociales; las formas en las cuales, como consecuencia, la situación persiste en ser sentida como peligrosa o potencialmente humillante; las formas en que esto, entonces, nos lleva a evitar en mayor medida la situación, tornando imposibles de este modo, una vez más, las oportunidades para desarrollar el repertorio emocional y conductual necesario para sentirnos cómodos en ese ámbito; y así una y otra vez a lo largo del ciclo vital.

Dado que muchas situaciones no pueden ser enteramente evitadas en el curso de la vida diaria, la evitación a menudo se presenta bajo la forma de una reinterpretación perceptiva de la situación, con el propósito de protegernos de tener que poner en juego una conducta de la que nos sentimos inseguros. Tanto la reinterpretación como la inseguridad están muy probablemente fuera de la conciencia, pero, ciertamente, no por ello poseen menos impacto. Así, alguien que se sienta inseguro acerca de su capacidad para expresar ira o firmeza de un modo lo suficientemente fuerte o lo suficientemente modulado, puesto frente a una interacción que podría ser vista consensualmente como una confrontación, requiriendo así una respuesta firme, puede responder como si se tratara en cambio de una ocasión para reírse nerviosamente y buscar caer en gracia. Consigue de este modo la experiencia inmediata de sentirse a salvo, pero se ve nuevamente privado de la oportunidad de desarrollar las habilidades y experiencias que lo hubieran capacitado para



responder con mayor confianza en la siguiente situación similar que se presentara.

Otra persona puede sentirse perfectamente de acuerdo consigo misma en una actitud confrontacional y efectivamente agresiva, pero evitar sistemáticamente acercamientos más tiernos. En contraste con la primera persona, convertirá sistemáticamente situaciones que podrían ser percibidas como oportunidades de reconciliación o como propuestas amistosas o afectivas, en situaciones de confrontación. Y en este proceso, su capacidad de responder a (o hasta incluso de percibir) el costado menos contencioso y hostil de la vida permanece sin desarrollarse. Su temor inconsciente, pero poderoso, de que podría “actuar con sensiblería”, ser “demasiado”, o simplemente “desubicarse” si se abriera a responder positivamente, le impide atravesar las experiencias que lo capacitarían para *aprender* cómo tratar más efectivamente este conjunto diferente de desafíos. Al transformar la situación en una de confrontación, puede sentirse fuerte y dueño de la misma, pero como consecuencia, continúa sintiéndose inadecuado en el ámbito de sentimientos más “tiernos”. Si este estilo defensivo es ego-sintónico, va a tener escasa conciencia de sus evitaciones o sentimientos de inadecuación (y ciertamente menos del hecho de que se está privando a sí mismo de oportunidades para practicar lo que de hecho es una habilidad, tanto como lo es la dominación. En cambio, puede que él llegue a la terapia con un estado depresivo al que no le encuentra sentido ya que “le está yendo tan bien” en la vida, o quizá con cierta conciencia de que faltan amor y amistad en su vida, pero con poca comprensión de cómo las mismas maneras que utiliza para sentirse más seguro o mejor consigo mismo *momento-a-momento* contribuyen a la sensación crónica de insatisfacción que lo aflige tan misteriosamente.

No es fácil para el terapeuta referirse a las maneras en que las acciones concretas del paciente, o las sutiles incongruencias en su

repertorio social y emocional, contribuyeron a perpetuar las dificultades que ha venido a resolver en terapia. Es mucho más fácil sentirse empático y en sintonía con el paciente cuando uno atiende únicamente a lo que el mismo está sintiendo o a cómo ve las cosas. Cuando preguntamos acerca de lo que el paciente realmente *hizo* y las consecuencias que esto produjo, éste rápidamente puede sentirse criticado. Pero, como señaló Ghent, es tan importante atender al extremo efector o de respuesta del modo de vida del paciente, como al extremo perceptivo. Para hacer esto se requiere al mismo tiempo habilidad en el uso terapéutico del lenguaje y una genuina humildad en las áreas en las que no tenemos conocimiento. Como se enfatiza frecuentemente en la literatura acerca de la terapia, gran parte de lo que hacemos es ayudar al paciente a encontrar *su propia* solución, a clarificar sus metas y examinar más detenidamente las consecuencias de sus acciones; ayudar a las personas en esta clase de exploración es uno de los aspectos más importantes de las habilidades de un buen terapeuta. Pero también debe reconocerse y comprenderse que a veces los terapeutas *sí* vemos ciertas posibilidades y soluciones más claramente que el paciente. Somos capaces de hacerlo, no porque seamos necesariamente más sanos emocionalmente que el paciente (una tentadora suposición que deberíamos dudar mucho antes de hacer), sino porque simplemente no estamos tan inmersos en el problema como él; es decir, porque es *su* problema. También somos capaces de ser de ayuda porque ninguna persona razonablemente inteligente puede pasar gran parte del día escuchando historias de la vida de la gente sin advertir cómo algunas cosas tienden a funcionar mejor que otras. Nos convertimos en expertos en relaciones humanas, y es una especie de arrogante anti-arrogancia, si se quiere, cuando nos rehusamos a ofrecer lo que sabemos o fingimos que no lo sabemos. Debemos, sin duda, seguir inquirendo y escuchando a fin de darnos cuenta de si nuestro input está en consonancia



con los valores propios del paciente y con su sensación subjetiva de quién él es, pero preocuparse excesivamente por dejar que el paciente “lo haga por sí mismo”, refleja el sesgo individualista un tanto extremo de nuestra cultura (Cushman, 1990, Wachtel, 1983) mucho más que los genuinos intereses y necesidades del paciente.

Construyendo sobre las fortalezas

Un elemento clave tanto para ayudar al paciente a conseguir una nueva conducta en su vida diaria como para resolver la aparente contradicción entre su necesidad de afirmación y su deseo de cambio, es prestar atención a las fortalezas del paciente y a los gérmenes de nuevas formas de ser que son *ya evidentes* en su constitución. Uno de los grandes obstáculos para una psicoterapia efectiva es que los terapeutas tienden a enfocarse tan preponderantemente en lo patológico, que ni el paciente ni el terapeuta pueden ver con suficiente claridad las fortalezas y potenciales alternativos sobre los que puede construirse un cambio significativo. Cuando esto sucede, la experiencia del paciente de sentirse *visto* a menudo equivale a sentirse *expuesto*, llevando ya sea a la resistencia frente a los mensajes y percepciones del terapeuta, o a una aceptación que solo profundiza su desaliento y auto-menosprecio. Una psicoterapia exitosa, creo, implica en gran medida mejorar, desarrollar, construir sobre tendencias y capacidades que existen ya en el paciente, pero que han estado bloqueadas y restringidas por la irónica dinámica circular de su vida. Para empezar a construir sobre estos gérmenes alternativos de distintas formas de ser, primero, por supuesto, hay que *verlos* -algo que los terapeutas (cuya formación por lo general está dirigida principalmente a los signos de psicopatología) están a menudo pobremente entrenados para hacer.

El hecho de que el paciente insista en ser visto sólo desde su propio punto de vista previamente existente, no importa en qué medida

sea éste el fundamento de las aflicciones que viene a aliviar en terapia, se debe en parte a que los comentarios del terapeuta tengan tan frecuentemente un foco implícitamente negativo o crítico. Cuando los esfuerzos del terapeuta para examinar los aspectos problemáticos del modo de ver el mundo del paciente son invalidantes o patologizantes, no debería sorprender que los pacientes -especialmente los narcisísticamente vulnerables- puedan sentirlos inoportunos. Una buena parte de las dificultades del paciente estriba en su propia incapacidad para ver sus fortalezas y recursos reales, y esto vale hasta (y tal vez especialmente) para pacientes que pueden parecer, en la superficie, dueños de una *vo-cinglera* y *excesiva* autoestima. Esta clase de autoestima es, como regla, *defensiva* y se origina en la incapacidad del individuo de valorarse a sí mismo *tal como él es*, una incapacidad que crea la necesidad de *exagerar* sus fortalezas para detener así el secreto temor de que éstas son en realidad minúsculas o inexistentes. No necesita un terapeuta para demostrarle que bajo la superficie de la presentación de sí mismo yace una patología. Su problema es que *él* cree esto.

Ciertamente el paciente necesita un modo de comprenderse a sí mismo, y de sentirse comprendido por el otro, que *no excluya* los aspectos incómodos o desagradables, porque ello simplemente lo dejaría sintiendo que son demasiado inaceptables para siquiera reconocerlos. Pero necesita también una manera de enmarcar y contextualizar estas tendencias que lo ayude a salir de los patrones dolorosos de vivir y sentir en los cuales se ha ido enredando. La perspectiva constructivista, que está estrechamente asociada con el punto de vista relacional, nos enseña que hay muchas maneras igualmente válidas de representar los patrones de pensamiento, sentimiento y conducta que perturban al paciente, y nos indica que consideremos cuál de las múltiples representaciones y comprensiones es la más útil para el objetivo terapéutico. Pero una de las ironías de la forma en que el pensamiento relacional ha evolucionado



hasta ahora es que la literatura relacional continúe tan cargada de referencias a niveles “pre-édipicos” de organización o a características “primitivas” o “arcaicas” o destructivas o esquizoides del paciente. No se trata de que estas maneras de pensar acerca del paciente estén “mal” per se. Una postura constructivista ciertamente permite este tipo de construcciones, entre otras. Pero un enfoque constructivista abre valiosamente la posibilidad de *otras* comprensiones, las que tienen mayores posibilidades de capacitar al paciente para liberarse de los patrones de vida que son la fuente de su sufrimiento.

El terapeuta enfrenta el desafío de comunicar una visión de quién es el paciente que *el mismo paciente* sienta como una fiel apreciación de su experiencia; pero esto incluye también el ser capaz de ver las fortalezas que el paciente está demasiado desmoralizado o con demasiada auto-aversión como para poder apreciar, y así desarrollar. Lo que se comunica debe incluir un reconocimiento del lado más “oscuro” del paciente, pero esto debe ser abordado de un modo que no exacerbe la auto-aversión. Si uno está trabajando, por ejemplo, con un paciente que lucha contra sentimientos de ira hacia aquellos que ama, uno podría decir algo como: “Pienso que le asusta estar a veces tan furioso como para pensar que le gustaría lastimar realmente a la persona que ama, y se pregunta si alguien podría saber esto acerca de usted sin encontrarlo detestable. Parece que si alguien supiera que usted tiene estos sentimientos, lo despreciaría, no podrían de ningún modo entenderlos, y supongo que se lo preguntará acerca de mí también en ese punto.”

Si bien el trabajo clínico implica encontrar formas creativas de referirse a los sentimientos y las conductas más subjetivamente inaceptables del paciente, incluye también ayudar a que la persona vea los gérmenes de fortaleza de una manera realista. Así, con el mismo paciente, uno podría señalar también: “A veces, usted está tan furioso con su hijo que tiene realmente el pensamiento de que le gustaría ahorcarlo.

Esto se siente tan terrible, tan vergonzoso, que usted siente que debe ocultárselo a todo el mundo, incluso a usted mismo. Pero así, lo que queda afuera es, en primer lugar, qué es lo que está pasando entre usted y su hijo que *moviliza* ese sentimiento aterrador y, en segundo lugar, qué es lo que dentro suyo lo capacita para no hacerlo. Esos son sentimientos bastante aterradores, estoy de acuerdo, y también comprendo muy bien por qué usted desearía no tenerlos, y hasta por qué se avergüenza de ellos. Pero creo que es realmente importante para nuestro trabajo que entendamos mucho mejor qué es lo que usted hace que los conserva como *sentimientos* atemorizantes, mientras que -casi sin darse cuenta de que lo está haciendo- usted *trata realmente* a su hijo de una manera paternal bastante apropiada la mayor parte del tiempo.”

Si los sentimientos airados del paciente conducen a veces, o gran parte del tiempo, a un comportamiento real hostil o destructivo o despectivo, se lo señalaría francamente, pero también indagaría acerca de qué lo habilita a ser *diferente* de esto en otras *ocasiones*. El comentario no sería un simple “usted no es tan malo; fíjese que a veces es bueno con él.” Al contrario, el punto es que la conducta menos que estimable no es una simple expresión de su *esencia*; las *distintas* maneras de ser con su hijo (o su esposa, sus amigos, sus subordinados, quien sea) son *también* parte de quién él es y nuestra tarea es comprender cuándo y por qué se manifiesta una faceta y cuándo y por qué lo hace la otra.

Al lado de la dinámica dominante que ocupa nuestra atención, *casi siempre* hay por lo menos gérmenes de tendencias alternativas ya existentes. Prestar atención a esos modos alternativos, si bien aún no desarrollados, de experiencia y conducta, es un elemento crucial para aumentar las posibilidades de cambio del paciente. Sin duda, el paciente no se va a sentir entendido si el terapeuta sólo tiene para él noticias agradables y optimistas. El viene a terapia porque se siente atascado, confundido, sufriendo, y



quizá experimenta hasta una buena medida de auto-desprecio. Sin embargo, al mismo tiempo, *sí* viene buscando esperanza, y, en cierto nivel, aun teniendo gran dificultad para acceder conscientemente a ello, llega sabiendo mejor que nadie de los recursos ocultos, que han quedado enterrados bajo la avalancha de la desesperación y los modelos contraproducentes que lo invaden. Resulta crucial acceder a esos recursos para que la terapia tenga éxito.

Prestando atención al conflicto

Una de las críticas que a veces se hacen al enfoque relacional, crítica que pasa por alto un gran número de contraejemplos, pero que sin duda se refiere a ciertas versiones y dimensiones del pensamiento relacional, es que la centralidad del conflicto en el desarrollo psicológico puede perderse. Esto es más evidente en las posiciones teóricas que enfatizan las detenciones del desarrollo o la necesidad de que el terapeuta proporcione las provisiones emocionales que no han sido provistas por los padres (ver Mitchell, 1988, 1993, 1997 para una buena discusión acerca de cómo estos supuestos pueden manifestarse en varias versiones de la teoría de las relaciones objetales y de la psicología del self y las limitaciones que imponen.)

La minimización del conflicto ha sido evidente de tanto en tanto también en la literatura sobre los múltiples estados del self, incluyendo algunas de las contribuciones más germinales e iluminadoras para la comprensión de este fenómeno. Bromberg, por ejemplo (ej., 1998), en cierto modo introduce el concepto de múltiples estados del self como una *alternativa* a una comprensión en términos de conflicto. Aún sin negar de plano la relevancia del conflicto, Bromberg presenta el cambio de un estado del self a otro como una *alternativa* al conflicto, y considera que una tarea terapéutica crucial es llevar al paciente al punto donde *pueda* experimentar el conflicto más que desplazarse hacia un estado del self incompatible.

Bromberg apunta, creo, a la manera en que determinados estados mentales pueden ser invocados para *obturar* el conflicto. Estos, podríamos decir, son estados del self “purificantes”, son estados en los cuales, por ejemplo, la experiencia de auto-abnegación oblitera momentáneamente inclinaciones hacia la grandiosidad, o experiencias de grandiosidad obliteran dudas acerca de sí mismo, o la ira oblitera la dolorosa nostalgia de un objeto amado, y podríamos seguir. Cuando el paciente está en un estado tan aparentemente monolítico, el desafío consiste en ser capaces de “mantenerse en los espacios” y reconocer que existen otros estados mentales y de sentimiento que también son parte de él.

Tal estado de cosas, sin embargo, puede ser entendido no como la *ausencia* de conflicto sino más bien como el reflejo de una manera particular de *tratar* con él. Las personas, según mi punto de vista, no entran en estados del self que estén radicalmente disociados de sus otros estados de ser *a menos que* se encuentren profundamente en conflicto, a menos que tiendan a experimentar las cosas de modos que sean tan dolorosamente incompatibles que cuando una cara del conflicto está en primer plano la otra aparentemente desaparece. Dicho de otra manera, los fenómenos disociativos sobre los que Bromberg y otros han llamado tan significativamente nuestra atención, están *precedidos* por el conflicto; *surgen porque* el individuo se siente dolorosamente arrastrado en direcciones en pugna y necesita, en consecuencia, separar un estado de sentimiento, o de deseo o de percepción, del otro de modo radical [Esta comprensión no contradice el rol que suele jugar el trauma en la determinación de la existencia de estados del self severamente disociados. Una discusión detallada del rol del trauma nos llevaría demasiado lejos. Pero puede señalarse que los traumas no son usualmente un algo cuantitativo que sobrepasa los recursos del individuo, sino los generadores de un conflicto intenso – por ejemplo, entre sentimientos de amor y apego y sentimientos de furia y traición, o entre



sentimientos de indefensión y daño omnipresente y sentimientos grandiosos de invulnerabilidad defensivos].

La importancia clínica de esta forma de ver las cosas radica en que nos permite decir algo en la línea de, “usted está tan enojado ahora que *no quiere ni siquiera pensar* en la parte de usted que se preocupa por ella y la extraña”, o “cuando usted se siente totalmente aislado, como le sucede ahora, se le hace peligroso *pensar siquiera* en los momentos en que se ha sentido cercano a la gente, siquiera imaginar que pueda conectarse con alguien o recordar alguna vez que lo haya hecho.”, o “cuando usted se siente tan intensamente culpable como ahora, en que lo único que le parece correcto es reprenderse a sí mismo, es muy difícil no olvidarse cuán traicionado usted se sintió, cuánto sintió en otras ocasiones que usted era el vulnerable y que él se aprovechó de usted.” La intención de estos mensajes es ayudar al paciente a construir un puente entre los distintos aspectos de su experiencia y su constitución global, ayudarlo a mantenerse con firmeza en la experiencia que está atravesando, aun mientras esté comenzando a ver otro lado de esa misma experiencia. Esto puede ser visto como una versión, abordada desde el punto de vista del conflicto, de lo que Bromberg, pensando en términos de estados del self disociados, llama “mantenerse en los espacios.”

El objetivo de lo que estoy describiendo aquí no es “interpretar” el conflicto a los efectos de promover insight (aunque algo similar al insight es muy probable que se produzca si el esfuerzo es exitoso). En cambio, la meta central es facilitar la *aceptación* de las experiencias conflictivas dolorosas por parte del paciente para capacitarlo de alguna manera a que las experimente como parte suya. Como describe Bromberg, la fuente más probable de los señalamientos con mejores posibilidades de ser de ayuda en la construcción de ese puente entre experiencias, no es la competencia verbal del terapeuta ni su inteligencia hermenéutica. Por el

contrario, lo es la atención prestada a su propia experiencia subjetiva, a los sutiles desplazamientos entre estados que componen su parte de las actuaciones que son con frecuencia el medio principal para la expresión de tendencias disociadas (Bromberg, 1998, Stern, 2003, 2004).

Nuestro desafío al acometer esta tarea de construcción de puentes, es encontrar una manera de honrar la necesidad del paciente de que su experiencia inmediata sea comprendida y afirmada y su simultáneo deseo (aun si está sumergido) de que se lo ayude a moverse más allá de las escisiones y restricciones que han contribuido a esa misma experiencia. Uso aquí la palabra “honrar” intencionadamente. Especialmente cuando hay estados del self radicalmente disociados en curso, estamos tratando con sentimientos que son a menudo al mismo tiempo desesperados y fervientes y que sin duda están en conflicto. Atender *cada uno* por separado, creo, es traicionar al paciente, aunque por supuesto, dadas la naturaleza lineal del tiempo y el lenguaje y las limitaciones del discurso y la comprensión humana, en algún momento determinado podamos (y aún necesitamos) hacer pesar más una dirección o la otra. Nuestra tarea, sin embargo, es mantener nuestra visión fijada sobre todo en los *conflictos* que se encuentran detrás de las experiencias alternantes. Nuestro trabajo como psicoterapeutas, podríamos decir, es el de conversores del “o-o” en “ambos-y”. Ese es el trabajo que hacemos y, en un grado significativo, la medida de si lo estamos haciendo bien.

Consideremos, a manera de ilustración, el siguiente dilema descrito por una terapeuta en formación. Ella sentía con frecuencia que su paciente estaba experimentando más sufrimiento y tristeza de lo que podía o quería reconocer, y el rechazo de la paciente a cualquier comentario acerca de su afecto disfórico, la hacía parecer “inalcanzable” para la terapeuta. Discutimos cómo resultaría mencionar esta tendencia de la paciente sin entrar en lo que podría ser visto por ella como un debate o un esfuerzo por



convencerla de que se estaba sintiendo más triste y disgustada de lo que había admitido -un abordaje que la terapeuta entendía con claridad que improbablemente sería de ayuda. Desde un enfoque que estuviera al mismo tiempo arraigado en los elementos de afirmación discutidos antes y que prestara atención al *conflicto* con el que estaba luchando la paciente, sugerí dos puntos de entrada potenciales que la terapeuta podría probar como una manera de mencionar la experiencia de la paciente sin *discutir* con ella. Uno era decir algo como: “Puedo ver que es realmente importante para usted no estar triste”. Un comentario como éste aborda la tristeza desde un ángulo diferente. Llama efectivamente la atención sobre la tristeza y le abre algo de espacio potencial, pero lo hace de un modo que reconoce la importancia que para la paciente tiene *no estar* triste. Implícitamente la invita a reconsiderar, pero no ignora ni menosprecia la resolución de la paciente.

Un acercamiento algo más explícito, arraigado en la misma perspectiva general, estaba representado en la segunda sugerencia -apenas más elaborada- que le ofrecí para lidiar con este dilema clínico: “No permitirse estar sumergida en la tristeza o abrumada por ella, ha sido una de sus verdaderas fortalezas. En su vida, usted ha *necesitado* perseverar en seguir adelante. Pero, por otra parte, usted termina finalmente *burlada* cuando se siente triste y merece tener a alguien que lo entienda y responda a esto.” Dependiendo de los indicios no verbales que uno esté recibiendo del paciente, se podría agregar simplemente: “Es un verdadero dilema.” Al decir esto, le indicamos que no estamos esperando de ella que cambie instantáneamente y que no vemos la cuestión como un unilateral “Está cometiendo un error al no hablar sobre su tristeza.” Hay una buena razón para que ella piense que no es una buena idea abrir las compuertas o revelar su vulnerabilidad, pero hay además una buena razón por la cual romper el molde podría resultar de ayuda también, y aquí los

comentarios de la terapeuta abren la posibilidad de encontrar quizá una manera de hacerlo.

La dimensión atribucional

Nótese que en el ejemplo anterior el terapeuta no desafía directamente las defensas de la paciente. La referencia a la tristeza es casi incidental, introducida no como algo que el terapeuta está *señalando* a la paciente, sino como algo que ésta *ya sabe*. Esto, así, atribuye a la paciente conocimiento y comprensión de la tristeza y del conflicto en relación a ella. En esencia, se dirige a la situación, tan común en el discurso clínico, del paciente que sabe y no sabe algo al mismo tiempo, y conduce a la paciente al insight por medio de darle crédito por ya tenerlo. Al hacer esto, la terapeuta no desafía o confronta las defensas de la paciente. Al contrario, se coloca lado a lado con la paciente, reconociendo algo que ambas ya sabían.

Comentarios de esta clase forman parte de una categoría más amplia que he llamado atribucional (ver Wachtel, 1993), porque de un modo u otro comparten la cualidad de atribuir al paciente un insight, una capacidad, un logro que aún no tiene o que aún no sabe que tiene. Y en el proceso, al atribuirle la cualidad particular, lo ayudamos a estar más cerca de obtenerla efectivamente. De la forma en que antes lo dijo Loewald desde un marco de referencia algo distinto, “El paciente, al ser reconocido por el analista como algo más de lo que es en el presente, puede hacer el intento de alcanzar ese algo más.” (Loewald, 1960, p. 27)

Un común denominador en lo que llamo comentarios atribucionales es que ellos no tienen la forma de una interpretación, sino la de un reconocimiento. Es decir, el terapeuta no toma el rol de aportarle algo nuevo (o insight) al paciente, sino más bien de reconocer simplemente lo que el paciente *ya* sabía, o veía, o sentía, o ha empezado a saber, ver, sentir. El comentario del terapeuta es de hecho un elemento importante para que el paciente realmente



llegue hasta allí, pero es su asistente silencioso, por decirlo así. Consideremos, por ejemplo, la siguiente ilustración clínica:

Un experimentado terapeuta me consultó acerca de un caso con el que estaba teniendo alguna dificultad. El paciente, Tim, de alrededor de veinticinco años, era un hombre sensible, de temperamento artístico, proveniente de una familia donde tales características no eran valoradas en un hombre. Los padres eran inmigrantes portugueses que habían tenido bastante éxito con un pequeño almacén en un suburbio de Providence. Tim era el más joven de la familia, ocho años menor que el menor de sus hermanos -una mujer. Tenía también tres hermanos mayores, todos los cuales eran estereotipadamente masculinos: les gustaba jugar y mirar fútbol, ensuciarse las manos arreglando autos, tomarse unas cervezas con sus compinches. Tim, por el contrario, disfrutaba leyendo poesía, iba al teatro y quería ser actor. Tenía sin embargo un síntoma que le resultaba bastante inconveniente dada su elección -era propenso a sufrir urticaria y un sudor frío cuando estaba sobre el escenario, o incluso con la mera anticipación del estar en escena.

Mientras exploraba con el terapeuta las fuentes de este síntoma -el cual, de un modo interesante, estaba limitado únicamente a estas dos situaciones (estar en escena y anticipar o pensar acerca de estar en escena)- advertí numerosos indicios de que Tim estaba muy conflictuado por deseos de atención y admiración (lo que los clínicos a menudo llaman deseos *exhibicionistas*) que negaba y rechazaba conscientemente. Una característica de la vida psicológica de Tim, que parecía relacionada con este conflicto, era una fantasía intensamente preocupante, que le expresaba frecuentemente a su terapeuta, en la cual él era tan llamativamente apuesto que no necesitaba acercarse a las mujeres para conocerlas, ellas se le acercaban naturalmente. El terapeuta de Tim se refería a esto como a su “deseo pasivo” o “fantasía pasiva” y, aparentemente, esta terminología era

compartida por ambos; Tim también pensaba de esta manera acerca de ello. Sugerí que esta forma de verlo ponía el deseo del paciente bajo una luz bastante crítica y omitía señalar el *conflicto* que Tim experimentaba, en el cual el deseo expresaba y defendía -al mismo tiempo- contra el mismo deseo prohibido que lo acometía en el escenario, el de ser contemplado y admirado. Mientras en un sentido la fantasía de Tim era una expresión directa de ese deseo (las mujeres lo miraban y se enamoraban instantáneamente de él), en otro sentido ayudaba a evitar la incómoda conciencia de ser justamente el receptor de acercamientos que no había buscado, porque lo ponía en la posición de no *tratar* de conseguir la atención de la gente. Sugerí que, la próxima vez que esto surgiera, el terapeuta empleara una táctica distinta, diciendo algo como, “Puedo entender cómo es que desea esto. Todo el mundo probablemente lo haga en algún grado. Pero para *usted* desearlo significa también aceptar una idea que ha estado trabajando tanto para superar -la idea de que de alguna manera no está bien que usted *busque* la atención de los demás, que la *quiera*. Sólo está bien si esto es algo que a usted *le sucede*.”

Varios puntos de este comentario son dignos de notar. Primero, la introducción, “puedo entender cómo es que desea esto”, es una clase de apoyo explícito y tranquilizador que muchos terapeutas piensan que deberían evitar. Me pareció especialmente importante en este contexto, donde el terapeuta había venido menospreciando implícitamente el deseo del paciente, pero es un tipo de aceptación y afirmación explícitas con las cuales los terapeutas son a menudo demasiado reticentes. Sin duda, en sí mismo, ofrecido sin nada más sustancial, puede ser una expresión de apoyo vacía; pero como parte de una intervención más compleja, establece un tono que puede ser útil. La frase siguiente, “Todo el mundo probablemente lo haga en algún grado,” es similarmente tranquilizadora y normalizadora. Más aún, su mensaje implícito involucra al terapeuta mismo, dado



que él es parte de “todo el mundo.” De esta manera, contribuye en mayor medida a la dimensión normalizadora, no-crítica de la intervención.

Pero esta parte de la misma, si bien creo que es un elemento útil en el mensaje general, es la menos interesante. En el resto del comentario es donde se hace más evidente el enfoque que estoy detallando aquí. La última parte del mensaje se refiere directamente al conflictivo deseo del paciente de obtener la atención de la gente, su *querer* esto. Este deseo, por supuesto, es evidente también en la fantasía verbalizada del paciente -él es, después de todo, tan llamativamente apuesto que atrae *toneladas* de atención. Pero en la forma en que él se ha permitido expresarse hasta ahora, la atención no es algo que esté buscando activamente, algo que esté *haciendo*. Simplemente le sucede. El comentario que le sugerí al terapeuta que hiciese se refiere al deseo activo por la atención de los otros, y lo respalda y acepta. Lo hace, sin embargo, del modo que he llamado atribucional. No lo “interpreta” directamente, no le *dice* al paciente que lo tiene, implicando que antes de que se lo dijeran, *no sabía* que lo tenía. Al contrario, da por sentado que el paciente tiene este deseo y asume también que él lo sabe. El tono del terapeuta no es el de quien está informando algo al paciente, sino *reconociendo* algo que el paciente ya sabe.

La intervención tiene además un elemento atribucional adicional -y distinto-sobre el cual me gustaría llamar la atención del lector. Incluida en el comentario sugerido está la frase, “una idea que usted ha estado trabajando tanto para superar”, una frase que subraya el movimiento e impulso del paciente. Es esencial, por supuesto, que el otro costado de la experiencia del paciente, las maneras en que se siente atascado, inmóvil, también sea reconocido, en caso contrario ese costado comenzará a ser vivido como prohibido y se hará menos accesible para examinarlo y trabajar con él. Esto será ilustrado más abajo con el tratamiento del sueño de Tim.

Pero, a propósito de mucho de lo que he hablado en este artículo, es también crucial resaltar y subrayar el movimiento. El comentario ilustrativo que estamos discutiendo lo hace, y lo hace de un modo que refleja también elementos adicionales de comunicados atribucionales. Para empezar, el reconocimiento se presenta de una manera incidental, al estilo de “los dos ya sabíamos esto.” El decirle simplemente al paciente “usted ha estado trabajando mucho para superar esta tendencia,” puede derivar fácilmente en un tipo de debate (explícito o implícito). Tim podría decir, “No, no lo he hecho, he estado evitando hacerlo,” en cuyo caso, el terapeuta es probable que se sienta, o bien jaqueado por el paciente, o bien tentado a discutir con él. Por el contrario, la intervención, de la forma en que fue expresada, se refiere a la circunstancia de Tim trabajando duramente sobre el problema como una especie de observación incidental en segundo plano. Tim todavía *podría* decir, “Un momento, qué quiere decir con una idea en la que he estado trabajando tanto para superar. Yo no he estado para nada trabajando duro sobre ella,” pero es mucho menos probable que lo haga. El mensaje se introduce deslizándose bajo el radar de las defensas, por decirlo de alguna manera, y se hace mucho más probable su asimilación.

Una segunda característica del comentario que lo hace atribucional, en el sentido que estoy examinando aquí, es que le da crédito al paciente por un movimiento que quizá apenas ha comenzado, pero al caracterizar el progreso y la determinación del paciente, la intervención contribuye a desarrollar e incrementar esas mismas cualidades. En un contexto apenas distinto, mi esposa (E. Wachtel, 1994, 2004) ha descrito un proceso muy parecido en el trabajo con niños. Ella lo llama “el lenguaje de lo que está llegando a ser” y anima a los padres a que digan a sus niños cosas tales como “veo que estás empezando a ser más capaz de tenerle paciencia a tu hermanito” o “veo que estás empezando a ser más capaz de terminar primero de



estudiar cuando querés jugar con la computadora.” Comentarios como estos -los cuales, para ser eficaces, no pueden ser simplemente “inventados”, sino que deben surgir de una atención cuidadosa a las tendencias incipientes (aunque aún no emergentes) del niño- ayudan a respaldar, amplificar y acelerar estos cambios. Ayudan a los padres y al niño a no quedarse encerrados en una visión estática del niño que acabe transformándose en una profecía autocumplida. Los comentarios atribucionales cumplen en gran medida la misma función.

Una oportunidad interesante para aplicar los principios surgió en el curso de responder a uno de los sueños de Tim. Este era un sueño muy interesante. Tim está en la escuela primaria (pero, como puede ocurrir en el mundo de los sueños, tiene al mismo tiempo su edad actual, 25 años). Todos los otros alumnos están escribiendo letras (A, B, C, D), y él está escribiendo números. El paciente se da cuenta de esto y hace trampa, copiando las respuestas de sus compañeros. La maestra lo descubre y le quita la hoja. Tim le dice algo como “No lo voy a tolerar, usted no me puede hacer esto” (pero esta última parte se la cuenta al terapeuta casi en un susurro).

El terapeuta se inclinaba a ver este sueño como un reflejo de las tendencias auto-derrotistas del paciente y le señalaba esa conexión. Ponía el foco en que (1) Tim escribía números cuando todos los demás escribían letras, lo cual era en algún sentido hacer las cosas de una manera que le causaran problemas – es más, parecía casi que estaba *haciendo un esfuerzo* para causarse problemas; y (2) luego hizo trampa y fue descubierto, metiéndose en más problemas todavía. Mi énfasis en un enfoque diferente del sueño no se debía que la visión del terapeuta estuviera “equivocada”. Desde una perspectiva constructivista, hay múltiples maneras de comprender el sueño; pero, cada una de ellas tiene sus consecuencias y mi preocupación era que la consecuencia para Tim de subrayarle su ser auto-derrotista no fuera terapéutica. Tim ya se

sentía desmoralizado e inclinado a culparse a sí mismo y había ya recibido un considerable rechazo emocional de parte de su familia por “escribir números en lugar de letras”, en el sentido de seguir un camino que se apartaba bastante de la visión familiar machista de lo que significa ser un hombre. Por lo tanto, le sugerí al terapeuta dos vías alternativas para abordar el sueño. Ambas tenían importantes elementos atribucionales. La primera consistía en decirle a Tim, “Parte de lo que oigo en el sueño es a usted anunciando (a mí y a usted mismo) que *puede* defenderse a sí mismo, y que está cansado de someterse”. Aquí, el terapeuta estaría apuntando a la parte del sueño que Tim presentó casi accidentalmente: “No lo voy a tolerar, usted no me puede hacer esto.” Este enmarcado del sueño subraya la activa asertividad del paciente (y, de manera interesante, su resistencia “masculina” a la autoridad; en esencia, ser “un hombre” precisamente *no siendo* “un hombre” a la manera estereotipada de los otros varones de su familia). También, atribuyendo a Tim el sentimiento de estar “cansado” de someterse, alienta cualquier naciente deseo que éste tenga de defenderse a sí mismo.

El segundo enfoque atribucional que sugerí para abordar el sueño, elaboraba un poco más algunos de los temas aludidos en el primero. “Pareciera que aquello con lo que usted está **luchando** en el sueño es que, por un lado, usted **siente** que tiene su propia y única manera de ver las cosas (números en lugar de letras), pero, por el otro, está **tentado** a asumir que su manera está equivocada y trata de copiar lo que hace la mayoría. Esto es lo que sus padres querían. Pero este es un sueño acerca del **despertar** de su deseo de defender su propia visión y **acerca del miedo que todavía lo hace difícil.**”

Esta versión, de algún modo más complicada, tiene varios elementos -resaltados en negrita- que utilizan e ilustran más ampliamente el enfoque atribucional. El uso de la expresión “luchando con” pone a Tim (quien ha sido acusado tan a menudo -y se ha acusado a sí mismo-



de ser “pasivo”) bajo una luz que ilumina esta actividad. Para alguien como Tim, decir “aquello contra lo que está luchando en el sueño” puede tener un impacto emocional bastante distinto del que tendría decir “aquello de lo que trata el sueño.” Ambas expresiones son aproximadamente equivalentes en denotación pero totalmente diferentes en connotación, en lo que en otro lugar (Wachtel, 1993) he llamado el meta-mensaje, en contraste con el mensaje focal. Usar de este modo el lenguaje, iluminando incidentalmente importantes mensajes connotativos con la capacidad de, diríamos, “introducirse” sin tener que pasar por la censura, puede ser un elemento muy importante en una práctica terapéutica efectiva.

La segunda característica de esta forma de expresar el comentario sobre la que quiero llamar la atención, es el *par* de frases “siente que” y “está tentado.” La primera de ellas comunica implícitamente que lo que el paciente “siente” es real y correcto. La última implica que asumir que su manera está equivocada es una tentación *que debe ser resistida*. Esto es, la estructura del comentario se alinea claramente del lado de la afirmación de su manera única de ver las cosas, oponiéndose a la tentación siempre presente de considerarse equivocado. La importancia de esta elección de palabras se hace especialmente manifiesta si imaginamos una inversión de las dos expresiones: *está tentado* a pensar que tiene su propia y única manera de ver las cosas, pero *siente* que su manera está equivocada. Esta versión “invertida” es, claramente, altamente anti-terapéutica, al implicar que el paciente debería menospreciar sus propias opiniones y estar de acuerdo con la manera de ver las cosas de los demás. Por lo demás, ilumina por qué la versión que sugerí puede ayudar a liberarlo de su tendencia a devaluar y retirarse de las cualidades que lo hacen único y original, una tendencia que contribuyó tanto a su conflicto acerca de desplegar su creatividad en el escenario como a sus dificultades sociales. El uso de frases tales como “siente que” y “está tentado” puede

marcar un punto potencialmente poderoso y terapéuticamente importante, sin embargo lo hace de manera tan incidental que no tiene que atravesar un desfiladero de defensas para ser oído.

Por último, quisiera llamar la atención sobre dos características más de este comentario ilustrativo, las cuales, si bien de maneras distintas, se refieren a una cuestión y desafío similares. La primera de estas maneras es la referencia al “despertar” del deseo de Tim de afirmarse a sí mismo. La segunda es la referencia al “miedo que todavía lo hace difícil.” Ambas reconocen que el paciente aún permanece temeroso y vacilante. Pasar por alto esta parte de su experiencia, atribuyéndole un grado de coraje o resolución que él siente que no tiene, no resultaría útil y podría inclusive dejarlo sintiéndose peor, porque se quedaría con la sensación de ser mal entendido o no visto verdaderamente. El miedo, la vacilación para autoafirmarse *es* todavía una parte de él, y a menos que esta parte sea reconocida y respetada, el terapeuta difícilmente será capaz de alcanzarlo. Así, el miedo es reconocido muy explícitamente al final del comentario. Pero, es reconocido como una parte adicional de su experiencia, no como su esencia. Más aún, al referirse al miedo como algo que “lo hace difícil”, la intervención ofrece una caracterización empática (el miedo no es algo malo, algo cobarde, un signo de fracaso; *es difícil* avanzar cuando uno tiene miedo). Adicionalmente, referirse al miedo como algo que “dificulta” implica que él lo está haciendo. No se trata de miedo que le haga *imposible* o que le *impida* o lo disuada de avanzar. Es “difícil” precisamente porque él sigue adelante, haciéndole frente.

En relación con lo anterior, referirse al “despertar” de su deseo de autoafirmarse tiene unas cuantas consecuencias importantes. En primer lugar, el “despertar” de un deseo sugiere un *comienzo*. No lo obliga a Tim a pretender que lo ha estado haciendo, o que ha sido consciente de ello, durante mucho tiempo. Puede oír esta nueva, alentadora explicación sin tener que



negar su experiencia previa. Despertar es también una palabra *activa*; se vincula con los otros aspectos de este enfoque de Tim, los que contrarrestan su encasillamiento como “pasivo.” Finalmente, retomando la implicación de despertar como un *comienzo*, tiene una connotación de “Recién estoy empezando, esperen a verme a toda máquina.” Piensen en frases como “se está despertando la bestia.” Puede haber sido seguro tratarlo con liviandad mientras estaba durmiendo, pero ahora será alguien que deberá ser tenido en cuenta.

Círculos viciosos y cambio terapéutico

El análisis anterior se asienta en las premisas de una perspectiva teórica que he llamado psicodinámica cíclica. En esta versión del pensamiento relacional, es central poner el énfasis no simplemente en el mundo interno del paciente, sino también en cómo ese mundo interno es mantenido (o potencialmente cambiado) por las continuas experiencias de la vida cotidiana. Desde el punto de vista de la teoría psicodinámica cíclica, el mundo interno -incluyendo aquellas partes que son profundamente inconscientes- no es un reino aparte, sellado herméticamente a la experiencia mundana de la vida adulta diaria por una muralla defensiva o disociaciones internas. Por el contrario, el mundo interno (*incluyendo* las murallas y disociaciones) es continuamente configurado y reconfigurado por los mismos acontecimientos que contribuye tan poderosamente a producir. La estructura de la causalidad es circular, las inclinaciones internas llevan a acciones en el mundo que conducen a consecuencias que retroalimentan y – más frecuentemente – mantienen aquel mundo interno, llevando al mismo círculo de acontecimientos una y otra vez. El ciclo repetitivo no es inevitable– es más, una terapia efectiva tiene su impacto precisamente en la ruptura de ese círculo vicioso. Pero una diversidad de fuerzas y probabilidades psicológicas son responsables de que la repetición o, a lo

sumo, cambios relativamente menores, sean el resultado más común. (Wachtel, 1993, 1994, 1997, 2008).

Los deseos, fantasías y temores que constituyen el mundo interno del paciente no son, por supuesto, del todo accesibles conscientemente; pero la inspección cuidadosa de los acontecimientos efectivos que conforman la vida del paciente revela que aquéllos *son* reactivos a (y simultáneamente, determinan) los sucesos y experiencias de la vida cotidiana. Los vínculos con las experiencias diarias no están “dados” de manera simple en la morfología de la experiencia *per se*. Al contrario, reflejan la construcción activa por parte de cada individuo del significado de los sucesos, un acontecimiento en el cual la historia singular de la persona y su manera individualmente desarrollada de darle sentido al mundo son de importancia central. Tampoco es este vínculo necesariamente directo y “lógico”, según los estándares de la lógica consiente de uso común; a menudo, los deseos y fantasías revelados en la exploración psicoanalítica se relacionan con los sucesos cotidianos, en cada individuo, de un modo idiosincrásico y mediatizado de manera altamente simbólica. Pero, como he descrito pormenorizadamente (ver, por ejemplo, Wachtel, 1993, 1997, 2008; Wachtel & Wachtel, 1986), la cuidadosa inspección clínica de los detalles, tanto los del mundo interno como los de la experiencia cotidiana, revela que el mundo “interno” es interno sólo en el sentido de una *sensación* subjetiva de interioridad, no como un ámbito cerrado, apartado de la experiencia diaria. La relación entre la experiencia íntima y los acontecimientos manifiestos no es arbitraria, y puede ser seguida con precisión si uno presta atención a ambos espacios y es hábil para hacerlo.

Un malentendido aún más probable de la aseveración de que el mundo interno y la vida cotidiana están en una estrecha relación recíproca considera cuán rápida y fácilmente cambian las fantasías inconscientes íntimas cuando cambian las circunstancias. Las estructuras



“internas” que caracterizan al individuo cambian, sin duda, lentamente; no somos paja en el viento ni esclavos del último estímulo. Pero, a lo largo del tiempo, hasta las estructuras más “profundas” son alimentadas por la experiencia. Como he analizado con algún detalle en otro lugar (ver Wachtel, 2008), el examen de las estabildades y persistencias estructurales reveladas en la investigación psicoanalítica a través de la lente de los conceptos piagetianos de esquemas, asimilación y acomodación, provee un medio para comprender tanto nuestra reactividad a variaciones sutiles en el campo relacional, como la estabilidad de nuestras motivaciones, temores y fantasías a lo largo del tiempo de desarrollo. La atención a los procesos recíprocos, recursivos, que vinculan las experiencias “internas” y “externas” revela una poderosa fuente *dinámica* para la estabilidad de las estructuras de la personalidad –las maneras en las cuales estas estructuras (de deseo, percepción, expectativa y afecto) generan regularmente en el mundo las mismas experiencias que las conservan y, en consecuencia, persisten en generar las mismas experiencias una y otra vez [He analizado las similitudes y diferencias entre esta conceptualización y aquellas expresadas en los conceptos de compulsión a la repetición e identificación proyectiva, en Wachtel 2008].

Sin embargo, la estructura cíclica y repetitiva de la causalidad psicológica no es perfecta ni inexorable. Aunque nuestras persistentes inclinaciones generen “la misma” experiencia una y otra vez, existen variaciones inevitables que hacen que ésta no sea exactamente la misma, y estas variaciones pueden, bajo las circunstancias adecuadas, transformarse en iniciadoras de un cambio significativo. Con frecuencia, el cambio es gradual, semejante al desgaste que producen infinitas gotas de agua sobre las montañas enormes a lo largo de los siglos. Pero a veces, como sucede en los fenómenos estudiados por la teoría de los sistemas dinámicos no lineales, el cambio es repentino y discontinuo. De cualquier manera, la tarea del psicoterapeuta es

romper los patrones cíclicos repetitivos que ejercen semejante bloqueo en la vida del paciente y su mundo interno.

Una implicación crucial de esta relación recíproca, bidireccional, entre el mundo interno de la experiencia íntima y la dinámica inconsciente y el mundo de los acontecimientos cotidianos, es que las *acciones* del paciente en el mundo son una parte esencial del proceso de mantener la continuidad de las estructuras psicológicas desde la niñez temprana hasta la edad adulta. En consecuencia, el *cambio* en los patrones de interacción observable del paciente no representa un simple cambio en las capas “superficiales”, sino un cambio, a través del tiempo, en los lugares más recónditos de la personalidad. Un esfuerzo exhaustivo para el cambio terapéutico debe dirigirse en ambas direcciones de los circuitos de retroalimentación recíproca entre la personalidad y el contexto relacional, refiriéndonos a lo que Ghent llamó los extremos efector y perceptivo.

Los estilos de interpretación, intervención y comunicación descritos en este artículo apuntan a modificar esos procesos psicológicos recíprocos tanto mediante la introducción de nuevos *significados* potenciales para los sucesos y experiencias que constituyen la vida de la persona, como mediante la promoción de nuevas posibles *acciones en el mundo* que contribuyan al cambio vía la modificación de los acontecimientos para los cuales se deben construir los significados. Como he descrito en un estudio más amplio del enfoque relacional y sus consecuencias para la intervención terapéutica (Wachtel, 2008), lo que generalmente resulta es una especie de “carrera” entre la tendencia a interpretar las nuevas experiencias a la luz de las preexistentes estructuras de significados de la personalidad, y los aspectos de la misma igualmente importantes (sin los cuales no podríamos sobrevivir) mediante los que registramos las *diferencias* entre nuestras expectativas y lo que realmente ocurre. Al ser el mundo de relación bi-direccional y poblado por otros que son,



ellos mismos, agentes independientes, el otro bien puede responder a la persistencia (al menos temporaria) de las viejas maneras de percibir y reaccionar del paciente, de maneras que parecieran confirmar los supuestos problemáticos con los que el paciente entra a la interacción. En otro lugar, analizando la persistencia de los estereotipos raciales y étnicos, llamé a este proceso “pseudo-confirmación.” (Wachtel, 1999).

La alternativa de si la nueva persona, que potencialmente difiere de la figura ilusoria que motoriza la interacción del paciente, va a ser registrada como diferente, contribuyendo por lo tanto al proceso de modificación de sus estructuras problemáticas, o si, por el contrario, va a responder al campo de fuerza relacional del paciente y “pseudoconfirmar” los antiguos supuestos antes de que éstos puedan cambiar, es la “carrera” a la que me estoy refiriendo. Las intervenciones descritas en este artículo están basadas en el modelo recursivo bi-direccional que acabo de explicar y apuntan a cambiar los pronósticos en esta carrera. Al referirse simultáneamente a los extremos perceptivo y efector, apuntan a trascender el impasse a la que aludía Ghent, en la cita incluida anteriormente. Abordando la vida del paciente de manera no precisamente retrospectiva, sino prospectiva, ponen la mira en un estilo psicoanalítico que incorpora y utiliza más completamente las comprensiones que ha acumulado en las décadas recientes acerca de la inseparabilidad de la personalidad individual y de la matriz relacional.



Referencias:

- Angus, L. E. & McLeod, J. (Eds.) (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Aron, L. (1991). *Working Through the Past—Working Toward the Future*. *Contemporary Psychoanalysis*, 27:81-108
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press
- Bromberg, P. M. (1993). *Shadow and Substance*. *Psychoanal. Psychol.*, 10:147-168
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces : Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, NJ : Analytic Press.
- Cushman, P. (1990). *Why the self is empty: Toward a historically situated psychology*. *American Psychologist*, 45, 599-611.
- deShazer, S. (1997). *Some thoughts on language use in therapy*. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*
- Frank, K. A. (1990). *Action Techniques in Psychoanalysis: Background and Introduction*. *Contemporary Psychoanalysis*, 26:732-756 2
- Frank, K. A. (1992). *Combining Action Techniques with Psychoanalytic Therapy*. *International Review of Psycho-Analysis*, 19:57-79 3
- Frank, K. A. (1993). *Action, Insight, and Working Through Outlines of an Integrative Approach*. *Psychoanalytic Dialogues*, 3:535-577.
- Frank, K.A. (2001). *Extending the Field of Psychoanalytic Change: Exploratory-Assertive Motivation, Self-Efficacy, and the New Analytic Role for Action*. *Psychoanalytic Inquiry*, 21:620-639.
- Ghent, E. (1995). *Interaction in the Psychoanalytic Situation*. *Psychoanalytic Dialogues*, 5:479-491.
- Horney, K. (1945). *Our inner conflicts*. New York: Norton.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: Norton.
- Loewald, H. (1960). *On the therapeutic action of psycho-analysis*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 16-33.
- Messer, S. B. (2000). *Applying the visions of reality to a case of brief therapy*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 55-70.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- O'Hanlon, W. H. & Wiener-Davis, M. (1989). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: Norton.
- Renik, O. (1993). *Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity*. *Psychoanalytic Quarterly*, 62, 553-571.
- Ricouer, P. (1970). *Freud and philosophy*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Schafer, R. (1997). *The contemporary Kleinians of London*. Madison, CT: International Universities Press.
- Stern, D.B. (2003). *The Fusion of Horizons: Dissociation, Enactment, and Understanding*. *Psychoanalytic Dialogues*, 13:843-873.
- Stern, D. B. (2004). *The eye sees itself: Dissociation, enactment, and the achievement of conflict*. *Contemporary Psychoanalysis*, 40, 197-237.
- Wachtel, E. F. (1994). *Treating troubled children and their families*. New York: Guilford.
- Wachtel, E. F. (2001). *The language of becoming: Helping children change how they think about themselves*. *Family Process*, 40, 369-383.
- Wachtel, E. F. & Wachtel, P. L. (1986). *Family dynamics in individual psychotherapy*. New York: Guilford.
- Wachtel, P. L. (1983) *The poverty of affluence*. New York: The Free Press.
- Wachtel, P. L. (1987). *Action and insight*. New York: Guilford.
- Wachtel, P. L. (1993). *Therapeutic communication*. New York: Guilford.



- Wachtel, P. L. (1994). Cyclical processes in psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 51-54.
- Wachtel, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wachtel, P. L. (1999). *Race in the mind of America: Breaking the vicious circle between blacks and whites*. New York: Routledge.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy*. New York: Guilford.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Zeig, J. K. (Ed.) (1995). *Ericksonian psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

