

PROCESOS DE MUTUALIDAD Y RECONOCIMIENTO

Un nuevo contexto para la reconceptualización de la transferencia¹ *

Susana Espinosa, Sonsoles García-Valdecasas, José Manuel Pinto, Carlos R. Sutil, Pilar Vivar, Manuel Aburto, Alejandro Ávila y Amparo Bastos.

RESUMEN

El enfoque intersubjetivo en psicoanálisis supone un replanteamiento completo de la teoría clásica. El paso de la perspectiva cartesiana - la "mente endógena monádica" - a la visión externalista, relacional, del ser humano, implica la transformación de conceptos como transferencia y contratransferencia y su sustitución por otros que tengan en cuenta la continuidad dialéctica de las relaciones interpersonales. En este trabajo revisamos los conceptos de mutualidad, reconocimiento y terceridad tal como han sido descritos por Lewis Aron y por Jessica Benjamín. Las implicaciones de estas propuestas, finalmente, son ilustradas con una viñeta clínica.

Palabras clave: Mutualidad, Reconocimiento, Transferencia, Terceridad, Procesos de cambio.

Key Words: Mutuality, Recognition, Transference, Thirdness, Change Processes.

INTRODUCCIÓN

En trabajos anteriores hemos abordado la importancia del uso activo de la contratransferencia como un recurso técnico, pero también como un marco de comprensión de los procesos intersubjetivos que tiene lugar en la relación terapéutica (Aburto et al, 1999), así como las implicaciones teóricas y técnicas que tiene operar desde una perspectiva relacional en el trabajo clínico (Ávila et al, 2002; Bastos et al, 2004). El presente trabajo se enmarca en esta línea de desarrollo, que se centra ahora más específicamente en el estudio de fenómenos cruciales del proceso de cambio, entre ellos las posibilidades que ofrecen los procesos de mutualidad y reconocimiento como una opción para reconsiderar las implicaciones de la transferencia.

En el psicoanálisis intersubjetivo norteamericano (Orange, 2002; Orange, Atwood y Stolorow, 1997) viene siendo habitual criticar el concepto clásico de *transferencia*, como reactualización pura de prototipos infantiles, sin ninguna contaminación situacional. Stolorow y sus colaboradores – especialmente Orange – ven en este concepto una extensión del mito cartesiano de la mente

¹ Este trabajo es la versión completa y levemente modificada de la ponencia presentada por el Colectivo Grita en las Jornadas "En torno a las transferencias" que se han celebrado en Segovia, 11 y 12 de Noviembre de 2005, organizadas por Quipú, Instituto de Formación en Psicoterapia Psicoanalítica y Salud Mental.

aislada, responsable también de la regla de neutralidad (o principio de abstinencia). En su lugar sugieren que transferencia y contratransferencia son procesos interactivos que ponen en acción los principios organizadores del paciente y del terapeuta.

Lewis Aron (1996) ha ido todavía más lejos con su propuesta de eliminar ambos conceptos y sustituirlos por términos como *"la experiencia del paciente sobre la subjetividad del analista"*. Esta decisión se sustenta en tres razones. En primer lugar, los términos "subjetividad" e "intersubjetividad" no implican nada patológico. En segundo lugar, estos conceptos ofrecen un sentido de bidireccionalidad, mientras que los conceptos clásicos ocultan el hecho de que a menudo *"...el analista es el iniciador de una secuencia interactiva, y por lo tanto, se minimiza el impacto de la conducta del analista en la producción de la transferencia"*. Y por último, estos nuevos términos implican un proceso continuo, mientras que "transferencia" y, sobre todo, "contratransferencia" se aplican a sucesos ocasionales e intermitentes.

Por nuestra parte, estamos de acuerdo con las críticas de Orange y Aron. Ahora bien, el éxito en la introducción de un nuevo término también es un proceso de influjo mutuo, bidireccional entre el introductor y la comunidad científica que lo acepta o no. Por tanto, ya se verá.

Pero más allá de cuestiones terminológicas, estamos interesados en las implicaciones teóricas y técnicas derivadas de pensar la transferencia y la contratransferencia dentro de un contexto de interacción continua entre paciente y terapeuta. En este sentido, hay que destacar el famoso artículo de Hoffman (1983) titulado *"el paciente como intérprete de la experiencia del analista"*. Mientras que la concepción clásica subraya el lado *inapropiado* (Greenson, 1976) en las atribuciones al terapeuta - proyecciones de objetos del mundo interno del paciente -, Hoffman subraya su lado apropiado y legítimo. En muchas ocasiones, **el paciente es un gran intérprete, sutil y certero, de aspectos inconscientes y renegados de la subjetividad del analista**. En consecuencia, hay que favorecer la expresión de estas interpretaciones y escucharlas atentamente.

Cabe preguntarse por qué hemos tardado tanto en reconocer esta evidencia. Parece obvio que se trata de un reconocimiento muy inquietante, que puede ser vivido como un golpe de estado, una amenaza a la autoridad del terapeuta. Además, reconocer al paciente como intérprete legítimo de la propia subjetividad del terapeuta implica la necesaria auto-revelación de aquellos aspectos que puedan venir al caso. El concepto que debemos introducir aquí es el de **mutualidad**, pero no basta con hablar de la mutualidad en los procesos de transferencia-contratransferencia, necesitamos también hablar de mutuas resistencias. La resistencia del paciente no sólo deriva de su mundo interno, también es el modo específico que encuentra para equipararse y acomodarse a los procesos inconscientes de su analista. Como ilustraremos mediante una viñeta clínica, algunas observaciones transferenciales de los pacientes pueden

provocar mucha ansiedad en el analista, dificultándole vencer sus propias resistencias.

Aron propone un uso técnico de la experiencia que el paciente posee sobre la subjetividad del analista. Un punto esencial consiste en alcanzar una actitud genuina cuando se pregunta al paciente, creyendo en la posibilidad de descubrir algo sobre uno mismo a partir de sus observaciones. De lo contrario es fácil "*despreciar las observaciones del paciente como distorsiones*" y caer en la omnipotencia de creerse perfectamente analizado y que se dispone de un acceso privilegiado a los procesos inconscientes propios.

Acaso parecería que estemos proponiendo una indiferenciación o equiparación total entre los roles del paciente y del terapeuta, una especie de repetición de los experimentos de *análisis mutuo* del "*Diario clínico*" de Ferenczi (1932). Desde luego, reconocemos en Ferenczi al pionero del concepto de mutualidad en psicoanálisis, pero diferenciamos entre mutualidad e influencia simétrica.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL ENFOQUE

Desde la época de Ferenczi se ha avanzado lo suficiente como para dotar al pensamiento intersubjetivo de los adecuados cimientos. Esta tarea pasa por una crítica radical de la metafísica tradicional (cartesiana), que todavía no ha alcanzado una expresión unitaria en psicoanálisis. El destacado filósofo vienés Ludwig Wittgenstein parece el inspirador teórico de autores norteamericanos, como Stephen Mitchell (1988, 1995), Robert Stolorow (Stolorow, 1997; Stolorow y Atwood, 1992; Stolorow, Orange y Atwood, 2001) y Jessica Benjamin (1988, 1995, 2004) (Cf. Cavell, 1993). Todos ellos suelen situar sus orígenes en la teoría de las relaciones objetales británica, representada en especial por Ronald Fairbairn (1978), así como en la teoría interpersonal de H.S. Sullivan (1953). Otras influencias importantes son la personología, de Murray, y Heinz Kohut y su psicología del self.

La crítica de Wittgenstein a la interioridad y al mito del lenguaje privado (1945-49; Cf. Rodríguez Sutil, 1998), junto con la aportación de otros filósofos relevantes del siglo pasado (Heidegger, Gadamer, Ricoeur), han servido de fermento para una nueva antropología. Simultáneamente, en el psicoanálisis intersubjetivo se generalizó el rechazo a la teoría energetista de la pulsión, y a conceptos tenidos antes por esenciales, como el narcisismo primario, la transferencia, la visión intrapsíquica de la neurosis y muchos otros, dependientes todos de la "mente endógena monádica" (Cf. Orange, 2001, 2002).

Comprendemos ahora que la mayoría de los conceptos propuestos por Sullivan se derivan de una premisa general: *el entorno desempeña un importante papel en la conformación de la experiencia humana* (1953; Cf. Mitchell, 1995, págs. 67 y ss.). Mitchell (1988, pág. 38) plantea que la personalidad no es algo que uno posee sino algo que uno hace: "Uno desarrolla esquemas constantes, pero estos no reflejan algo "interior", sino más bien modos aprendidos de enfrentar

las situaciones; por ello en cierto sentido siempre responden a las propias situaciones y a la vez son moldeados por éstas”.

El terapeuta también es una influencia actual en la dinámica del individuo y participa en los acontecimientos que le proporcionan la información, es decir, su metodología es la de la observación participativa. De aquí la importancia que cobran los conceptos de “mutualidad” y “reconocimiento”. El psicoanálisis ya no es más simplemente el trabajo del analista que interpreta el “producto” del paciente, considerado la manifestación de su interioridad a través del síntoma, el lapsus, los sueños y la transferencia, sino que la sesión analítica es un campo que se construye en interacción, donde parte de la tarea del terapeuta consiste en descubrir su propia implicación emocional, activa, en la relación. Tal vez se produce una compulsión a la repetición en el aquí y ahora, como sugería Freud en su última época, pero nunca de manera automática e ineluctable. El terapeuta tiene que dirimir en qué medida la puede estar propiciando con su actitud hacia el paciente. Es decir, concebimos la psicoterapia como una vía de dos direcciones en donde tenemos que contar con la inevitabilidad de una mutua y continua influencia recíproca.

MUTUALIDAD

¿Qué entendemos por mutualidad? El diccionario de la Real Academia Española define el término como la cualidad de lo que recíprocamente se hace entre dos o más personas. Sin embargo, L. Aron (1996) matiza la diferencia entre mutualidad y reciprocidad: *“la idea distintiva de lo mutuo es que las partes se unen a través del intercambio en el mismo acto, como ocurre por ejemplo, en los pactos de mutuo acuerdo; mientras que la idea distintiva de reciprocidad es que una parte actúa en respuesta a algo hecho por la otra parte, como por ejemplo en la amabilidad recíproca”*.

La palabra “mutualidad” sugiere lo que hay de *común* en una determinada interacción: cariño mutuo, odio mutuo, mutua comprensión, etc. Por el contrario, la falta de mutualidad indica una dimensión no compartida, una diferenciación en la interrelación. Es muy importante volver a recordar, siguiendo a Aron (1996), que el concepto de mutualidad *“no incluye simetría o igualdad”*. La psicoterapia siempre será un proceso de influencia mutua y también, inevitablemente asimétrica, por la diferenciación de roles derivada de la especial responsabilidad y autoridad del terapeuta.

La mutualidad es una dimensión dialéctica continua y discontinua, afirmación paradójica en apariencia, como las que nos ha enseñado a aceptar la indagación sobre el *pensamiento complejo* (Cf. Morin, 1990). Es continua porque atraviesa todos los aspectos de la psicoterapia. Y es discontinua porque está presente en algunos niveles y ausente en otros. Por esto Aron (1996) insiste en la necesidad de diferenciar entre tipos de mutualidad, de manera que podamos hablar específicamente de mutualidad de alianza de trabajo, mutualidad de transferencia, resistencia mutua, mutualidad de influencia, mutualidad de regulación o reconocimiento mutuo. De todos estos niveles o

tipos hemos desarrollado principalmente estos dos últimos. La "*mutualidad de regulación*", evidenciada en las investigaciones recientes sobre el vínculo temprano madre-bebé, de gran aplicabilidad a la situación terapéutica. Y la "*mutualidad de reconocimiento*", un concepto decisivo para la clínica que puede estar ausente durante grandes periodos de tiempo y que constituye un ideal terapéutico bajo el enfoque intersubjetivo: la actividad de ambos participantes, paciente y terapeuta, a partir de la cual emerge una reciprocidad en el reconocimiento de la subjetividad del uno al otro.

Una vez que somos conscientes de la transversalidad y universalidad de los fenómenos de mutualidad, cabe preguntarse cuál será la diferencia conceptual entre mutualidad e intersubjetividad. Hay autores – como Mitchell (1988) y Aron (1996) - que los identifican, pues consideran la intersubjetividad como el logro de un reconocimiento mutuo. Opinamos que la idea distintiva de la mutualidad se refiere a lo "común" a dos o más sujetos que interactúan (odio mutuo, resistencia mutua, confianza mutua), mientras que la intersubjetividad acentúa principalmente lo específico y diverso de estas subjetividades en acción. "Mutualidad" acentúa lo común, "intersubjetividad" acentúa lo diferente. No obstante, por intersubjetividad se entiende la totalidad de dos o más mundos de experiencia que interactúan (Stolorow, 1997). Por tanto, este término es más global, abarca tanto lo común como lo diferencial. El conjunto de los procesos de mutualidad tiene una menor extensión y es un subconjunto del campo intersubjetivo.

Por otra parte, en nuestro interés por los procesos de mutualidad y reconocimiento, nos ha resultado enriquecedor rescatar algunas ideas de los investigadores de la comunicación que han centrado su atención en los procesos de interacción, en los mensajes que se intercambian entre unos sujetos y otros, mucho más que en las estructuras psíquicas, como ha hecho el psicoanálisis tradicionalmente. Las intervenciones terapéuticas son enfocadas hacia el diagnóstico de los modos patológicos de relación y a partir de éstos se proponen otros modelos que sean más apropiados.

G. Bateson (1972) estudió la interacción familiar y entre otros postulados propuso que la necesidad universal de resolver los problemas de relación tanto como los de identidad llevaba a tres soluciones posibles: la mutualidad, la pseudomutualidad y la no mutualidad.

En las relaciones mutuas genuinas cada persona muestra un sentido de su identidad, positivamente valorado, y en la relación se desarrolla un reconocimiento mutuo de las identidades. En estas circunstancias, las diferencias y/ o divergencias de cada persona se utilizan de forma provechosa.

La *pseudomutualidad* es aquella forma de relación en la que la necesidad predominante es conseguir que la relación tenga un sentido, lo que lleva al sujeto a renunciar a una parte de su identidad para cumplir, sobre todo, con las expectativas relacionales preestablecidas. Los signos de independencia o divergencia de intereses generan una tensión intensa y parecen amenazar, no

sólo una transacción particular, sino a toda la relación. En las familias donde aparece esta forma de relación, las expresiones de intereses divergentes y /o de afirmación de la identidad individual son oscurecidas, anuladas, descalificadas o distorsionadas de diferentes maneras. Hace notar su presencia un temor extremo a perder la relación, con una carga afectiva importante. La pseudomutualidad garantiza la aceptación del sujeto dentro de ciertas redes relacionales "seguras"; fuera de éstas, el sujeto puede encontrarse inadecuado, desadaptado y/o vulnerable.

Por último, las relaciones no mutuales serían todas aquellas que se dan habitualmente en el trato humano sin connotaciones afectivas, aunque nunca hay una relación que carezca por completo de afectividad.

Conviene subrayar que los patrones pseudomutuales son internalizados por los sujetos de tal manera que los convierte tanto en receptores de relaciones pseudomutuales como en agentes promotores de las mismas, en diversos procesos de interacción e influencias recíprocas.

Tendiendo puentes con otras doctrinas, podríamos sugerir que el sistema de adaptación a las relaciones pseudomutuales guarda grandes semejanzas con el "falso self" de Winnicott (1971).

Pero si hablamos de relación hemos de plantearnos cuáles son los términos de la misma en el encuentro psicoanalítico, y cuáles son los principios rectores que posibilitan la auténtica relación de mutualidad. Esto nos lleva al tema del reconocimiento entre sujetos, y para tratar de ello acudimos a los trabajos de Jessica Benjamín (1988, 1995).

RECONOCIMIENTO

"Una teoría en la que el sujeto individual ya no reina de forma absoluta ha de afrontar la dificultad que cada sujeto tiene para reconocer al otro como centro de experiencia semejante a él" (Benjamin, 1988).

Con esta cita de Jessica Benjamin introducimos uno de los conceptos clave en la perspectiva intersubjetiva: el *reconocimiento mutuo*. Esta autora reflexiona sobre las consecuencias que ha tenido - en la teoría y en la práctica psicoanalítica - el hecho de concebir al Otro como objeto. Incluso en la psicología del yo y en la teoría de las relaciones objetales, donde se tiene muy en cuenta la interacción con el entorno y la empatía, el otro no llega a ser considerado plenamente como sujeto. Y destaca la trascendental diferencia entre concebir una relación con un objeto que es esencialmente interno - es decir, fantasía, representación, sombra del objeto real - y la relación con un sujeto real, que sustenta su realidad en que posee una mente similar pero separada. Ambos tipos de relación pertenecen a la experiencia psíquica, pero en dos dimensiones diferentes: la *intrapsíquica* y la *intersubjetiva*. Esta

legitimación de ambas dimensiones y su integración teórica nos parece especialmente fértil para un pensamiento psicoanalítico intersubjetivo.

En el fondo se trata de conciliar la vida de fantasía con la realidad, admitiendo que ambas nos afectan y determinan, y que así ocurre igualmente en el escenario psicoterapéutico. Si las fantasías cobran validez es porque de alguna manera se expresan, antes o después, si no continuamente, como expectativas en la relación.

Ser reconocido es ser confirmado en nuestra existencia y en nuestra cualidad de agente de nuestros actos. En palabras de Benjamin, "el reconocimiento comienza con la respuesta confirmatoria del otro que nos dice que hemos creado significado, que hemos tenido un impacto, que hemos revelado una intención" (1988). Tal reconocimiento sólo puede ser otorgado por otro sujeto de igual cualidad existencial. Tenemos, por tanto, necesidad de reconocimiento y capacidad para reconocer, lo que posibilita el reconocimiento mutuo. ¿Cómo se gesta la capacidad para el reconocimiento?

Partiendo de los aportes de D. Stern (1985) y de Winnicott (1951, 1971), Benjamin (1988, 1995) reinterpreta algunos momentos cruciales del desarrollo temprano que corresponden al proceso de *separación-individuación* descrito por Mahler (Mahler y Furer, 1968). Margaret Mahler plantea que el proceso está orientado al logro de una mayor independencia del objeto materno, mediante su internalización. Sin embargo, no llega a considerar las características de tal objeto y la calidad del vínculo, más allá de valorar su suficiencia y adecuación al fin señalado, la autonomía del niño. La conocida mirada hacia atrás del niño cuando se aleja de la madre, es interpretada por Mahler como un mero "reabastecimiento" que permite la exploración del mundo. No se tiene en cuenta la sutil comunicación que se establece entre madre e hijo en una fase en la que, según Stern (1985), el niño comienza a descubrir que hay otras mentes ahí afuera.

En los años 80, las investigaciones sobre el desarrollo temprano infantil (Stern, 1985) han ofrecido una concepción del bebé opuesta a la clásica idea de pasividad e indiferenciación inicial, postulada por Mahler con su fase simbiótica. Por el contrario, presentan un bebé con capacidad de interactuar activamente con la madre desde el primer momento. Así, se comprueba que un bebé de tres o cuatro meses ya es capaz de iniciar el juego, interactuar mediante expresiones faciales refinadas, suscitar la respuesta parental riendo o sonriendo. Beebe y Lachman (1997) explican cómo la interacción se co-construye desde dos niveles:

- La co-construcción se refiere a la idea de que la *interacción es bidireccional*. Cada persona "se coordina con" o "influye en" la otra momento a momento. Y esta influencia se define por las probabilidades de que la conducta de cada persona pueda ser anticipada de forma significativa por la otra, sin que esto indique igualdad o simetría.

- La co-construcción gira en torno a la *influencia mutua* entre la regulación interactiva y la autorregulación. La experiencia subjetiva de cada participante es un proceso emergente en el que participan patrones de autorregulación y patrones de regulación interactiva.

La propuesta intersubjetiva afirma que, en esta fase, la madre no se limita a reasegurar al niño con su mirada animándole a la exploración del mundo, sino que comparte con él la experiencia interior y goza de estar en contacto con la mente del niño. Éste descubre así que mentes distintas pueden compartir los mismos sentimientos. Pero es en la fase posterior, la de *reacercamiento*, donde surge el conflicto que permite a Benjamín (1988) formular su tesis sobre la *paradoja del reconocimiento*: una tensión que se produce entre el deseo narcisista de dominar al otro, y la necesidad de contar con una subjetividad exterior, diferente de sí-mismo, que le reconozca. Según la descripción de Mahler, el niño se hace consciente de sus limitaciones y de su separación, lo que amenaza su autoestima. De ahí que busque el contacto y el control de la madre y se torne dependiente y acaparador.

Benjamin (1988) interpreta que es ahora cuando el niño se da cuenta de que mentes diferentes pueden sentir cosas diferentes, y que es tanto dependiente como independiente, surgiendo un conflicto entre la afirmación del sí-mismo y el reconocimiento del otro. Su teorización sobre la paradoja del reconocimiento se inspira en la exposición hegeliana sobre el conflicto entre la independencia y la dependencia de la autoconciencia – la *dialéctica del amo y el esclavo* – : "al tratar de establecerse como entidad independiente, el sí-mismo debe sin embargo reconocer al otro como un sujeto igual a él, para ser reconocido por ese otro" o, en otras palabras, "en el momento mismo de realizar nuestra propia voluntad independiente, dependemos de otro que la reconozca".

El logro evolutivo final no es una mera internalización que permite la constancia del objeto, sino el establecimiento de una realidad compartida. El niño pasa de un mundo de control retaliatorio, de lucha de poder, a un mundo en el que se considera la posibilidad de la comprensión mutua y la existencia de sentimientos compartidos.

La resolución de la paradoja, según la perspectiva intersubjetiva, es que se mantenga una tensión constante entre el reconocer al otro y afirmar el sí-mismo. La ruptura de esta tensión supone caer en roles complementarios, de dominante y dominado, roles que pueden intercambiarse, pero sin modificar la relación de poder. Toda relación, desde este punto de vista, se basa en un equilibrio entre la ruptura y la restauración de esa tensión entre el reconocimiento del otro y la afirmación del sí mismo. El paso natural consiste en aceptar que también en la relación psicoterapéutica se despliega ese juego del reconocimiento o el de los roles complementarios, en un abanico que se despliega entre la negación omnipotente de la subjetividad del otro y el reconocimiento mutuo. Éste último permite crear un espacio compartido de reflexión, de desarrollo de la subjetividad, de elaboración de lo vivido-no pensado, de cambio.

El reconocimiento mutuo forma un espacio intermedio, sede de la "*terceridad*", término que elabora Jessica Benjamin para designar un espacio potencial, creado por ambos interlocutores, una función de la relación que permite la conexión con la mente del otro. Su término antagónico sería la *complementariedad*, la relación agente-paciente que podemos encontrar en todos los fenómenos de estancamiento psicoterapéutico.

Esta dualidad complementaria, basada en la simetría, sólo permite la sumisión o la resistencia a las demandas del otro. Cada miembro de la díada se ve atrapado en una visión del conflicto antagónica o irreconciliable con la del otro. En la terapia, el terapeuta puede sentirse a la vez victimario y víctima, pues si bien no se siente culpable de lo que el paciente le acusa, es consciente de que su incapacidad para resolver el conflicto lo encona y hace que la terapia no avance. Ni la aceptación pasiva de la culpa (sometimiento) ni la resistencia anclada en una supuesta necesidad de supervivencia resuelven el problema. Y en esta situación, sin duda, se activan las fantasías intrapsíquicas que promueven la proyección, distorsionando el campo intersubjetivo y convirtiendo al sujeto en un objeto que a su vez nos niega el reconocimiento como sujetos (al fondo, la paranoia).

La recuperación de la subjetividad requiere el reconocimiento de nuestra participación. Esto no es lo mismo que aceptar la transferencia que nos convierte en objetos internos "externalizados". Es decir, limitarse a asumir pasivamente que el paciente nos está viviendo como el padre o la madre sádica que tuvo en su infancia, y que por tanto hemos de aceptar, interpretar y esperar a que tal investidura se resuelva, no es suficiente. Aceptar nuestra responsabilidad respecto al paciente supone ceder en nuestra resistencia a la inevitabilidad de afectarle, dañarle incluso desde nuestra subjetividad.

La *cesión* a la que alude Benjamin, se inspira en el ensayo de Ghent (1990) sobre el mismo tema. Este autor se esmera en distinguir la cesión del sometimiento. Un prisionero de un campo de concentración puede resistirse, oponerse a sus carceleros (lo que le acarreará la muerte), someterse a ellos (darles, entregarles todo, dejando de ser él mismo) o aceptar la inevitabilidad de la situación, cediendo ante sí mismo, desprendiéndose de todo lo superfluo para quedarse con lo nuclear de sí. En circunstancias más normales, podemos vernos acosados por nuestro pasado o nuestro miedo al futuro, que nos bloquea y nos hace sufrir. Tal vez, en presencia de alguien que genere con nosotros una atmósfera propicia, podamos ceder en nuestra resistencia a asumir las carencias o las heridas del pasado, ceder en nuestro afán de conjurar el futuro, revestidos por la coraza del *falso self*. Así, atreviéndonos a arrostrar el peligro del encuentro genuino, podremos ser encontrados y reconocidos.

La *terceridad* en el terapeuta o en la madre consiste en su capacidad para identificarse con las necesidades del niño o del paciente y conservar a la vez la función de observación. Ese espacio mental de terceridad, donde se soporta la

tensión entre tus necesidades y las mías, se transmite de alguna forma al niño o, en la terapia, al paciente.

Piensa Benjamin que la función de la terceridad nace de las experiencias de sintonización preverbales entre al madre y el bebé. Y más adelante se irá formando en el niño por su percepción de que la respuesta de la madre a sus demandas no es simétrica, sino que contiene también una asimetría que le permite "saber" que su sufrimiento no es el de su madre pese a que ésta esté conectada con él. Según Benjamin, este contraste entre los gestos de la madre y su nivel de tensión afectiva es un paso obligado para la constitución de la capacidad simbólica.

Para el enfoque intersubjetivo es esencial la aceptación del hecho de que el reconocimiento es algo que continuamente se está rompiendo y la terceridad se torna en dualidad: continuamente perdemos y recuperamos el punto de vista intersubjetivo. Para ilustrar todo ello expondremos una viñeta clínica.

VIÑETA CLÍNICA.

Primera sesión después de las vacaciones de verano con un paciente varón de 35 años. Al inicio de la sesión el paciente después de permanecer en silencio unos minutos expresa que no sabe por donde empezar y luego añade: "vengo mal". Continúa diciendo que se ha vuelto a hacer análisis de sangre para descartar una posible infección y, tras una pausa, relata el sueño que tuvo la pasada noche.

"Estaba con mi madre, ella me acompañaba a la consulta de una mujer a quien yo le decía que me dolía la espalda. Ella observaba cómo estaba sentado y me decía 'estás deprimido'. La respuesta me descolocó, sentía que había salido por peteneras. ¿Qué tenía que ver mi espalda con la depresión? Luego mi madre y yo íbamos a otro médico".

Espontáneamente asocia el sueño con las molestias que viene sintiendo en un testículo, en una muela así como con el resfriado que sufre desde hace unos días y que no termina de curar. Añade "En realidad no sé muy bien cómo estoy." La analista le responde "desde que has llegado siento que me hablas del dolor". A lo que el paciente responde "son estados de ánimo que me inundan y no hago nada por salir". A continuación habla del desprecio que siente hacia mucha gente, en especial hacia los inmigrantes y parece recrearse repitiendo la palabra "gentuza" refiriéndose a estos. Después añade: "En realidad no me siento". Queriendo expresar que funciona como un autómata.

En este punto de la sesión la analista se da cuenta de que ella misma ha comenzado a deprimirse y a tener molestias en el estómago.

El paciente continúa contando que en el trabajo muchos no le hablan porque no ha apoyado una huelga. Algo debe percibir del estado en el que ha empezado a sumirse la analista porque da un giro en su discurso y dice "¿cosas positivas? Leo en casa y disfruto leyendo". Sigue hablando de sus dos amigos más cercanos, de uno de ellos cree que su relación con él está como en

“decaimiento”, con la otra fue a verla y cuenta, sin atisbo de remordimiento, hasta qué punto estuvo impertinente y antipático.

En este momento la analista puede conectar con su temor y ansiedad a no poder darle nada, a no poder hacer nada por él y que tanto él como ella misma se lo reprochen.

El sigue hablando de sus amigos “x es un ser bonito pero h tiene menos maldad” y concluye diciendo “pero ¿de qué vale hablar de todo esto?”

Aquí la analista retoma el sueño y le dice que parece como si él y esa señora hablasen dos lenguajes diferentes y no se pudiesen entender. Pero al mismo tiempo se podría decir que esa confusión es sólo aparente, porque en el fondo los dos hablan del dolor. El paciente comenta a la analista que nunca le ha dicho que está depresivo y ésta le responde “hoy parece evidente que sí”. Y él, en un tono más entre emocionado y desesperado dice “¿pero y si es todo mentira y si esto es de nuevo un montaje mío?” A lo que ella responde que cuando él hace esos montajes es porque se siente muy mal internamente.

Ya en otro tono, el paciente añade: “En realidad estoy enfadado contigo. Venía muy enfadado, 45 días de vacaciones es mucho tiempo. Aunque por un lado esta bien por otro mal. Y hoy te traigo todo lo malo para hacerte daño y estropear nuestra relación”. La analista le responde que éste es el lugar para que traiga lo mal que se siente.

Al despedirse expresa en un tono de sorpresa “me voy mucho mejor”.

COMENTARIOS

Esta escena ilustra tanto la ruptura como la recuperación de la relación de mutualidad y del reconocimiento. Cuando llega el paciente, relata un sueño en el que va a visitar a una doctora porque tiene dolores físicos. En el sueño se expresa *una falta de reconocimiento*, en donde el paciente no satisface la necesidad de encontrar un objeto que reconozca sus dolores. Esta doctora no responde en el nivel que él solicita ayuda, el dolor de espalda, y le dice que está deprimido. “Se fue por peteneras”, falló el intento de conexión y reconocimiento.

Siguen las quejas sobre dolores físicos varios y después dice: “En realidad no sé muy bien cómo estoy.” En este punto él cambia a otro registro más ambiguo y la terapeuta sigue en el mismo nivel: “Hablas del dolor.” (Tanto físico como psíquico). La terapeuta deshace parte de la contradicción del sueño al proponer una zona de entendimiento, el dolor, que abarca tanto lo físico como lo psíquico y le da espacio para seguir. Así facilita al paciente hablar de su dolor mental, quien responde en el mismo nivel ambiguo: “*Son estados de ánimo que me inundan y no hago nada por salir*”. A continuación se queja de los inmigrantes, esos extraños, “gentuza”, con lo que alude a personas lejanas, desconectadas de uno mismo. Y añade que “*en realidad no me siento*”. Pierde así, el sentido

emocional por la falta de relación afectiva significativa con todo el mundo e incluso consigo mismo.

La terapeuta se da cuenta de que ella misma ha comenzado a deprimirse y a sentir molestias en el estómago a raíz de esa frase en la que toma forma la "venganza" del paciente. Está experimentando su influencia emocional. Él percibe en su expresión algo – previamente, la doctora del sueño le observó a él - y da un giro al discurso: "¿Cosas positivas?..." Ha logrado transmitir su malestar a la terapeuta y empieza a cuidarla, como estrategia de supervivencia, no sucumbir renunciando a las necesidades propias, donde podemos inferir un monto de odio latente. Esto puede ser visto como un ejemplo de *mutualidad de influencia*. El paciente ha podido afectar a la terapeuta contagiándole su dolor físico y mental, convirtiéndose así en un dolor mutuo. Una vez conseguida la comunicación, el paciente despliega una estrategia para aliviar esta situación, cuya mutua exploración hubiera sido relevante².

El intento del paciente de protegerla hace sentir a la terapeuta que tiene que renunciar a su necesidad de expresar su rabia y alinearse con la suya, pasa del mutuo dolor físico al mutuo dolor mental; la terapeuta toma conciencia de su temor y ansiedad por no poder darle nada, no poder hacer nada por él y que tanto él como ella se lo reprochen. Ambos comparten el mismo sentimiento de impotencia. El paciente se refiere a la actitud que ha tenido con dos amigos, expresa su estado relacional con cada uno de ellos e implícitamente con la terapeuta: la relación está como en "decaimiento" y él está impertinente y antipático. Después rescata aspectos buenos de los amigos y, de forma implícita, de la terapeuta que pueden aliviarla.

La terapeuta se recupera de su malestar y retoma el sueño para decirle que parece que él y la señora hablasen dos idiomas diferentes y no se pudieran entender, pero esa confusión se podría decir que es sólo aparente, porque en el fondo los dos hablan del dolor. Un dolor que están compartiendo ambos. Aquí se ha producido una restauración de la *mutualidad de regulación*. Él ha intentado rescatar aspectos positivos de las relaciones, incluyendo la que tiene con la terapeuta, y así ella ha conseguido librarse de su estado depresivo y descubrir que puede ayudar a su paciente.

Una vez que la terapeuta ha apostado por la posibilidad de que se puedan entender, el paciente se anima a preguntarle por qué nunca le ha dicho que estaba deprimido. Ella le responde que hoy es evidente que sí está deprimido, con lo que confirma así el estado del paciente. A pesar de ello, él sigue

² ¿Podemos decir que un bebe se preocupa, cuida o empatiza con su cuidador depresivo cuando intenta reanimarlo? Cuidar pasa por que exista al menos un cierto reconocimiento del otro. En algunos niños traumatizados, como este paciente, crecen con una aparente hipersensibilidad a los estados mentales, necesitan adivinar rápidamente que piensan o sienten los que están a su alrededor para así poder prevenir un posible trauma. En palabras de Peter Fonagy, desarrollan un pseudoconocimiento de las mentes que es superficial, explorando cualquier posible señal de peligro. Generalmente, esta "habilidad" para conocer el mundo psicológico del otro, se desarrolla en detrimento del conocimiento de los propios estados mentales internos.

dudando – lógicamente, puesto que no han debido de ser confirmados otros estados depresivos anteriormente - y pide otra confirmación al decir que hace montajes. La terapeuta vuelve a confirmarle al responderle que los hace porque se siente muy mal internamente.

En este punto el paciente puede expresar lo que más vergüenza le daba, el aspecto transferencial de la situación. Reconoce abiertamente que "en realidad estoy muy enfadado contigo...45 días es mucho tiempo....Y hoy te traigo todo lo malo para hacerte daño y estropear nuestra relación." Parece que adopta un rol activo en el sentido de dañar la relación, cuando ha sido la terapeuta quien la dañó al irse tanto tiempo; hay una reciprocidad de actitudes: tú me haces daño y yo te respondo con la misma moneda.

La terapeuta le informa de que éste es el lugar para que traiga lo mal que se siente. Y con ello acepta al paciente con sus estados internos – reconocimiento – y los comparte con él. Y el paciente, sorprendido, dice al irse: "*iMe voy mucho mejor!*". Con ello se recupera el *reconocimiento mutuo*. Han compartido dolores y sentimientos depresivos: se han influenciado mutuamente y también han regulado sus estados de ánimo recíprocamente, aunque por el momento no se haya podido abordar plena y directamente la agresión, que habrá de ser tolerada y trabajada por ambos en secuencias posteriores. El paciente reconoce el valor de la terapia, después de haber sido previamente reconocido por la terapeuta, disponible para dejarse influir, reconociendo los sentimientos que se habían puesto en juego, incluso los agresivos y destructivos.

Por último, quisiéramos destacar el manejo creativo sobre la transferencia que se produce en esta viñeta. En algunas ocasiones, a los pacientes les resulta beneficioso tratar el material transferencial directamente, y el atrevimiento del terapeuta para afrontar estos temas difíciles les facilita volverlos a tocar en situaciones sucesivas sin vivirlos como un tabú. Sin embargo, en esta ocasión se elabora el problema transferencial de forma indirecta, a través del sueño de la doctora. Cuando la terapeuta habla sobre una doctora que no le entiende pero que se podría eliminar el malentendido, está hablando de ella misma y también de una persona diferente. De esta forma, paciente y terapeuta hablan de lo transferencial en un espacio transicional donde se puede pensar de forma más libre y juguetona. Hasta que finalmente, el paciente se siente lo suficientemente seguro y reconfirmado como para expresar abiertamente su malestar respecto al sentimiento de abandono.

REFERENCIAS

Aburto, M. et al. (1999). La Subjetividad en la Técnica Analítica. Escucha en Acción. *Intersubjetivo*, 1 (1), 7-48.

Aron, L. (1996). *A meeting of minds. Mutualidad in psychoanalysis*. New York: The Analytic Press.

- Ávila-Espada, A. et al. (2002). Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo*, 4 (2), 155-192.
- Bastos, A. et al. (2004). Escenas que conmueven: los pivotes del cambio. *Intersubjetivo*, 6 (1), 129-143.
- Bateson, G. (1971). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- Beebe, B. Y Lachmann, F., Jaffre, J. (1997). Mother-infant interaction structures and presymbolic self and object representations. *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 133-182.
- Benjamin, J. (1988). *Los Lazos de Amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires: Paidós, 1996.
- Benjamin, J. (1995) Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. En *Like Subjects, Love Objects: Essays on Recognition and Sexual Difference*. New Haven: Yale University Press.
- Cavell, M. (1993). *La mente psicoanalítica. De Freud a la Filosofía*. México: Paidós, 2000.
- Fairbairn, W.D.R. (1978). *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Hormé.
- Ferenczi S. (1932). "Diario clínico. Sin simpatía no hay curación". Amorrortu ediciones. Buenos Aires.
- Ghent, E. (1990). Masochism, submission, surrender: Masochism as a perversion of surrender. *Contemporary Psychoanalysis*, 26, 1, 108-135.
- Greenson, R. (1976). *Teoría y Práctica del psicoanálisis*. Siglo XXI editores, Madrid.
- Hoffman I. Z. (1983). The patient as interpreter of the analyst's experience. En "Relational Psychoanalysis. The emergence of a tradition". The Analytic Press. New York.
- Mahler, M y Furer, M. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. Nueva York: International University Press.
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge, Massachussets: Harvard University Press.
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa, 2001.
- Orange, D.M. (2001). From cartesian minds to experiential worlds in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 2, 287-302.

- Orange, D.M. (2002). Por qué el lenguaje es importante para el psicoanálisis. *Intersubjetivo*, 4, 2, 206-227.
- Orange D. M., Atwood G., Stolorow R. (1997) "*Working intersubjectively*". The Analytic Press. New York.
- Rodríguez Sutil, C. (1998). *El Cuerpo y la Mente. Una Antropología Wittgensteiniana*. Madrid : Biblioteca Nueva.
- Stern, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires. Piados.
- Stolorow, R.D. (1997). Dynamic, dyadic, intersubjective systems: An evolving paradigm for psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 14, 337-346.
- Stolorow, R. D. y Atwood, G.E. (1992). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder, 2004. [Original *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. 1992]
- Stolorow, R.D., Orange, D.M., y Atwood, G.E. (2001). Cartesian and post-Cartesian trends in relational psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 468-484.
- Sullivan, H.S. (1953). *La Teoría Interpersonal de la Psiquiatría*. Buenos Aires: Psique, 1964.
- Winnicott, D.W. (1951). Objetos y fenómenos transicionales. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1999.
- Winnicott, D.W. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.
- Wittgenstein, L. (1945-49). *Philosophical Investigations*. Traducción inglesa de G.E.M. Anscombe; Oxford: Basil Blackwell, 1984. Edición bilingüe alemán-español de Alfonso García Suárez y Ulises Moulines "Investigaciones Filosóficas"; Barcelona: Crítica, 1988.

(*)NOTA: Publicación colectiva en Intersubjetivo. Dic. 2005; vol 7, nº 2.