

## CAMBIO DE PARADIGMA: EL PSICOANÁLISIS RELACIONAL \*

José Manuel Pinto

Junio de 2006

*A Celia, que me enseña a reír*

### RESUMEN

El presente artículo responde a la pregunta acerca de si el psicoanálisis relacional e intersubjetivo, desarrollado principalmente por autores norteamericanos (Mitchell, Stolorow, Orange, Aron, Benjamin, Hoffman), constituye un cambio de paradigma en el sentido de Kuhn. Para ello, se expone una muestra de contrastes de hipótesis entre teorías relacionales y clásicas, compuesta por dos problemas clínicos: el de un ataque de pánico por delirios persecutorios y el de un trastorno de impotencia psíquica. Los resultados ilustran el salto cualitativo y la notable mejora, que se deriva de la aplicación de hipótesis relacionales, a pesar y gracias a la paradoja, de ofrecer significados "contextuales y particulares" para cada problema clínico, en vez de los pretendidamente significados universales de las teorías clásicas.

En otro apartado, se describe el psicoanálisis relacional como la conjunción de dos revoluciones: una revolución clínica desarrollada por autores como Kohut y Winnicott que altera radicalmente la técnica y los objetivos terapéuticos tradicionales; y una revolución epistemológica que "deconstruye" el positivismo lógico, introduce al terapeuta-observador como parte de lo observado, e implica cambios profundos en la práctica clínica.

Por último, se concluye que el psicoanálisis relacional cumple con los criterios objetivos como candidato a cambio de paradigma. Constituye una nueva *Gestalt* que cambia la visión de nuestro campo de estudio, así como nuestros métodos y metas.

La incertidumbre aparece en relación a las formas en las que cristalizará como hecho social en el contexto de las instituciones psicoanalíticas en España. Sin duda, una parte de las generaciones más jóvenes de psicoterapeutas quedarán seducidas por estos cambios fascinantes. Pero hay dudas razonables acerca de si se repetirán los tradicionales conflictos institucionales: la monopolización de las ideas, el aislamiento autocomplaciente y la dificultad de convivencia democrática con otros paradigmas rivales.

**Palabras clave:** psicoanálisis relacional, cambio de paradigma, pánico, impotencia psíquica, significado contextual, revolución epistemológica, constructivismo, pensamiento complejo, transición democrática.

### SUMMARY

The present article answers the question as to whether or not intersubjective relational psychoanalysis, developed mainly by North American authors (Mitchell, Stolorow, Orange, Aron, Benjamin, Hoffman) constitutes a paradigm shift in the Kuhnian sense of the term. To this end, it describes some samples of contrast between hypotheses of relational and classical theories regarding two clinical problems: panic attack due to persecutory delusions and psychic impotence disorder. The results illustrate the qualitative leap and notable improvement derived from the application of relational hypotheses. Despite this and thanks to the paradox implied in

its offering "particular and contextual significance" for each clinical problem, rather than the putatively "universal significance" of the classical theories.

In another section, relational psychoanalysis is depicted as the conjunction of two revolutionary changes. There is the clinical revolution developed by authors like Kohut and Winnicott, which has radically altered traditional therapeutic technique and objectives. There is, as well, an epistemological revolution, which deconstructs logical positivism, introduces the therapist-observer as part of the whole to be observed and has also implied profound changes in clinical practice.

Finally, the article concludes that relational psychoanalysis meets the objective criteria for being considered as a paradigm shift. It constitutes a new *Gestalt* that has changed the way we view our fields as well as its methods and objectives.

Some uncertainty appears regarding the forms it may assume as a social reality within the context of the psychoanalytical institutions in Spain. Undoubtedly, a part of the younger generation of psychotherapists will be seduced by these fascinating changes. But there are reasonable doubts as to the possibility of a repetition of our traditional institutional conflicts: monopolization of ideas, *Self*-complacent isolation and difficulties in achieving a peaceful coexistence with rival paradigms.

**Key words:** relational psychoanalysis, paradigm shift, panic, psychic impotence, contextual significance, epistemological revolution, constructivism, complex thought, democratic transition.

## 1. ¿CAMBIO "DE" TRADICIÓN O CAMBIO "EN" LA TRADICIÓN?

Recientemente, una colega me contó el último chiste que había escuchado a un famoso psicoanalista. Empezaba con una pregunta enigmática: "¿Cuántos psicoanalistas se necesitan para arreglar una bombilla...? Por mi parte, respondí de forma dubitativa que se necesitaban "dos", condicionado, seguramente, por la situación en la que me encontraba (encima de una escalera para cambiar una bombilla del techo, mientras la secretaria me ayudaba), así como por la teoría relacional e intersubjetiva con la que trabajo, que implica pensar la clínica como un sistema de dos personas (terapeuta y paciente) en mutua interacción recíproca.

Naturalmente, no acerté la respuesta ingeniosa de mi interlocutor: "One, if the bulb is willing" ("Tan sólo hace falta uno, con tal de que la bombilla tenga la predisposición").

Este chiste refleja una experiencia habitual en la clínica, cuando no se avanza, pese a todos nuestros esfuerzos, porque el paciente no está por la labor, no colabora. Además, muestra muy bien algunas de las características básicas del paradigma clásico: el análisis de un *objeto de estudio* (el "paciente-bombilla") por parte de un *sujeto científico* (el psicoanalista) y una *psicología unipersonal* que localiza la capacidad de generar la *luz-insight* en un lugar *intrapsíquico*.

Thomas Kuhn (1962) describía la transición a un nuevo paradigma como el **aprendizaje de una "nueva Gestalt"**, es decir, un cambio radical de la visión del campo de estudio. A diferencia del modelo clásico, el paradigma relacional es una *psicología de dos personas*: el objeto de estudio ya no es sólo el individuo, sino el sistema paciente-terapeuta en continua interacción recíproca (Stolorow R. y Atwood G. 1992, 1994). No se establece una situación

de experimentación científica entre un observador neutral y un objeto observado: se trata del encuentro entre *dos subjetividades*, en donde el observador es parte de lo observado (Stolorow R. y Atwood G. 1994; Morin E. 1990). Si aparece la luz entre paciente y terapeuta será porque se da una buena conexión entre los mundos experienciales de ambos, y si se producen apagones y oscuridades, también la responsabilidad será mutua: ya no hay "pacientes-bombilla".

Este cambio radical de la nueva *Gestalt* que ofrece el pensamiento relacional e intersubjetivo, ¿implica una revolución, un cambio *de* la tradición de investigación en la que nos encontrábamos? ¿O se trata, más bien, de un cambio *en* nuestra tradición, únicamente una importante reforma pero que no transforma los cimientos sobre los que construimos nuestra teoría y clínica?

En opinión de Kuhn, los libros de historia tienden a ocultar las discontinuidades y rupturas que implican los grandes cambios científicos:

"La transición de un paradigma a otro nuevo del que pueda surgir un periodo de ciencia normal, está lejos de ser un proceso de acumulación, al que se llegue por medio de una articulación o una ampliación del antiguo paradigma. **Es más bien una reconstrucción del campo a partir de nuevos fundamentos**, reconstrucción que cambia algunas de las generalizaciones teóricas más elementales, así como muchos de los métodos y aplicaciones del paradigma... Cuando la transición sea completa, **la profesión habrá modificado su visión del campo, sus métodos y sus metas**" (Kuhn, 1962).

El psicoanálisis relacional implica una "reconstrucción del campo de estudio a partir de nuevos fundamentos": se abandona la concepción clásica del ser humano como metáfora del animal que lucha incesantemente por la satisfacción de sus instintos, al tiempo que necesita reprimirlos y contenerlos para adaptarse a la sociedad (Mitchell S., 1988). En su lugar, se ofrece una concepción "social" del ser humano desde sus primeras semanas de vida (Stern D., 1985), en donde las fuerzas que entran en conflicto son la necesidad de agencia, la búsqueda de un lugar significativo que lo singularice dentro de su mundo relacional, y la necesidad paradójicamente opuesta de afiliación y pertenencia a su matriz básica de relaciones (Mitchell, 1988; Safran J. D. y Muran J.C., 2000).

También implica el "cambio de algunas de las generalizaciones más elementales": cambia el objeto de estudio que ya no es la mente aislada sino el sistema paciente-terapeuta (Stolorow R. y Atwood G., 1992); cambia, como veremos, la lógica de causa lineal por una nueva lógica de la complejidad (Morin E., 1977); y cambian todos los conceptos fundamentales del psicoanálisis (transferencia, resistencia, alianza terapéutica, *impasse*, etc), que ya no se conciben como propiedades del mundo interno del paciente en exclusiva, sino como productos de la interacción entre ambos participantes, paciente y terapeuta (Aron L., 1996; Hoffman, 1983; Riera R., 2002; Stolorow R. y Atwood G., 1992).

Pero no podemos olvidar que, además, el giro relacional implica una modificación de "los métodos y las metas". Ya se ha documentado ampliamente la imposibilidad de la regla de neutralidad y abstinencia (Stolorow R. Atwood G. y Orange D., 1997): tanto lo que haga como lo que no haga el terapeuta tiene una influencia sobre el comportamiento del paciente. Una vez que han caído los mitos que dirigían la técnica, surge una práctica clínica mucho más flexible y eficaz, paradójicamente, gracias a lo que más se temía en el psicoanálisis clásico: el uso sistemático de la subjetividad del terapeuta y el análisis implícito y explícito del impacto de la actividad del terapeuta sobre el comportamiento del paciente.

Podemos comprobar cómo se cumplen todos los indicadores de un cambio de paradigma. Sin embargo, la evaluación de paradigmas alternativos no suele producir unas conclusiones irrefutables que nos puedan indicar con suficiente grado de certeza la necesidad de abandonar un paradigma por otro manifiestamente mejor. Dado que hay varias dimensiones o criterios para evaluar la propia actividad científica (fecundidad, coherencia, sencillez del aparato teórico, compatibilidad con otras teorías, etc) resulta frecuente que el paradigma antiguo gane al nuevo en fecundidad, al haberse encargado de gran número de problemas, mientras que el nuevo resulte superior al resolver anomalías recalcitrantes (Moulines C. U. y Díez J. A., 1997).

Kuhn se preguntaba cómo se resuelven las revoluciones científicas y qué hace que un grupo abandone una tradición científica y acoja otra nueva. Y concluía que el cambio entre paradigmas se parece a una "**elección entre partidos políticos**", que el verdadero argumento para defender el nuevo paradigma es la **persuasión** y la norma más elevada es la **aceptación por la comunidad científica**. Reconoce, por tanto, que estas decisiones no se pueden realizar por medio de procedimientos neutrales y objetivos de evaluación, puesto que cada grupo utiliza en su defensa su propio paradigma de forma circular: parte de sus propios principios para llegar a demostrar la utilidad de estos principios.

Estas ideas de Kuhn siguen siendo útiles para el tema que tratamos pero son más aplicables a las primeras etapas en las que emerge un nuevo paradigma. Y no es el caso del modelo relacional: ya han pasado casi veinte años desde la publicación del libro de Mitchell *Conceptos relacionales en psicoanálisis*, en donde se define el nuevo paradigma relacional. Hoy contamos ya con una gran cantidad de teóricos muy creativos que han ido desarrollando este modelo. No obstante, dado que la mayoría de ellos son norteamericanos y que sólo se han traducido algunos pocos libros, vivimos este debate en España con retraso, y se percibe aún como algo reciente.

Una buena manera de tomarse un respiro de las incertidumbres de esta polémica es contemplar el problema desde un punto de vista histórico. Un hecho indudable es que la ciencia ha progresado mediante cambios de paradigmas. Veamos ilustrado este progreso en un sencillo y didáctico ejemplo

descrito por Kuhn: la nueva *Gestalt* creada por Galileo mediante su concepto del péndulo.

Para Galileo, el péndulo era un nuevo sistema con propiedades específicas. Anteriormente, lo que hoy llamamos péndulo era concebido bajo un paradigma diferente. Para los aristotélicos se trataba de "un movimiento de caída libre restringido por una resistencia constante" (la atadura a una cuerda, por ejemplo). Por tanto, las variables que medían eran: la velocidad, la altura desde la que caía y el tiempo transcurrido hasta llegar al reposo. Lo interesante es que solamente después de llegar a la *Gestalt* de Galileo pudieron descubrirse algunas nuevas leyes: se comprobó cómo una nueva variable, el periodo, era independiente de la mayor o menor amplitud del movimiento oscilatorio. Y únicamente después de llegar a esta nueva *Gestalt* se pudo descubrir una aplicación técnica esencial: el péndulo como medida de tiempos constantes se convertiría en... un reloj.

Es decir, la ciencia ha progresado mediante la percepción de la misma realidad bajo una *Gestalt* más enriquecedora. No hay duda sobre el gran avance que supuso la astronomía heliocéntrica respecto a la astronomía geocéntrica, o la física cuántica sobre la física clásica. La dificultad se manifiesta cuando ya no disponemos de esa mirada histórica, de un análisis diacrónico y tenemos que decidir en tiempo real, mediante el análisis sincrónico de teorías actuales y antagónicas. Y todo ello, dentro de un contexto profesional muy fragmentado en escuelas rivales, en donde están en juego nuestras necesidades de protección y afiliación respecto a nuestras familias psicoanalíticas de pertenencia.

## 2. CONTRASTES DE HIPÓTESIS ENTRE TEORÍAS CLÁSICAS Y RELACIONALES

### 2.1 *Dos concepciones antagónicas del hombre: la mente aislada frente a la mente interactiva*

#### **La mente aislada del modelo clásico**

Como otros muchos autores, Mitchell considera decisivo para la historia del psicoanálisis el momento en que Freud cambió su teoría de la seducción, como causa principal de las neurosis, por la teoría de la sexualidad infantil. Esto supuso un enorme progreso para la construcción de una concepción de la mente como un campo de estudio complejo, pero conllevó también una grave simplificación:

"Al abandonarse la teoría de la seducción infantil, las demás personas y el contexto cultural pasan a un segundo plano. La mente del individuo ha producido su propia fragmentación y sus dificultades. Lo importante no son las otras personas, sino las fantasías del paciente acerca de los demás, y estas fantasías brotan de la mente del propio individuo. **Lo que en realidad sucede pierde importancia frente a lo que el**

**paciente cree que sucedió, lo que desea que haya sucedido, etc.”** (Mitchell, 1988)

Algunos psicoanalistas clásicos destacan el brillante trabajo de Freud (1915), *Duelo y melancolía*, como un inicio de la consideración de motivaciones relacionales. Sin embargo, Freud siempre mantuvo la fuerza del motivo de las identificaciones bajo el imperio de las pulsiones o instintos. Por tanto, el paradigma clásico ha mantenido sistemáticamente una concepción del ser humano como animal en proceso de domesticación, en donde la naturaleza animal del hombre, sus pulsiones, determinan su comportamiento y sus contenidos mentales. El ser humano sería la resultante de la lucha entre dos principios opuestos: la Naturaleza (el principio del placer) contra la Cultura (el principio de la realidad).

Esta concepción del hombre ha resultado muy convincente durante décadas, y ha disfrutado de una gran aceptación social. Aunque, por otra parte, ha ofrecido una concepción individualista del ser humano, constituido por una mente aislada llena hasta rebosar por instintos animales que buscan su descarga en un entorno convertido así en un mero conjunto de objetos que satisfacen, reprimen o encauzan los instintos animales.

### **Ilustración del modelo clásico: Hipótesis A sobre una sesión con un paciente con un ataque de pánico**

Gonzalo, un joven economista en la treintena, vino a mi consulta hace tres años motivado por lo que consideraba una confabulación dentro de su reciente trabajo para hundirle profesionalmente. A partir de la realidad de un mal clima laboral que no le ofrecía un grado suficiente de seguridad y valoración, desarrolló un temor persecutorio del que se defendía intentando descifrar “los dobles sentidos” de los comentarios de sus jefes. Tenía miedo de recaer en una depresión feroz que tuvo muchos años atrás, en donde vivió un largo tiempo aterrorizado por intensos delirios persecutorios en los que creía firmemente que una organización muy poderosa se proponía matarle en venganza por algo malo que hubiera podido hacer en el pasado.

Después de dos años y medio de tratamiento había progresado notablemente gracias al vínculo seguro que habíamos construido entre ambos. Había encontrado nuevos trabajos, aunque no terminaba de asentarse en ninguno, el pensamiento delirante estaba contenido con la medicación antipsicótica, y los estados depresivos eran mucho menos frecuentes. Ahora lo más alarmante era el estado de ánimo contrario, el entusiasmo extremo hasta la manía que le hacía lanzarse de cabeza hacia todos sus proyectos grandiosos sin reparar en ninguna dificultad ni peligro. Así, abandonó el tratamiento de psicoterapia contra mi criterio –para Gonzalo lo único importante era el final de la depresión– ya que, además, el hecho mismo de hacer psicoterapia le producía un desesperanzado sentimiento de humillación. Era la prueba de que “no era normal”: “Ninguna mujer se acercará a mí si me ve como un loco”.

Pasado un mes, recibí una llamada para atenderle de urgencia porque se encontraba aterrizado.

"Estaba ligando con una chica en un bar de copas y me dijo: 'No te vas a escapar'. Me conocía, sabe quién soy yo. Me contó que era de un pueblo llamado Amargura, sabe quién soy. Lo que me dejó sin respiración fue cuando me dijo 'Tú estás loco'. Está claro que van a por mí, que quieren matarme. Aunque si lo quisieran ya lo habrían hecho. Entonces, ¿qué quieren? Pienso que hay alguien muy poderoso que tiene algo contra mí y que me quiere castigar. Pero si yo he hecho cosas normales: he ido algunas veces con putas, pero como la mayoría de los españoles. Tengo mucho miedo: mañana voy a hablar con el defensor del pueblo". (Gonzalo está muy alterado, se mueve para todos lados y no puede quedarse quieto en el sillón).

¿Qué haría un terapeuta que maneje el modelo freudiano con este ataque de pánico?:

"Se trata de escuchar la verdad del delirio, Freud encuentra que el delirio, como el síntoma histérico tiene una determinación inconsciente. Frente a la declaración de irracionalidad de la psiquiatría clásica, considera que el delirio no es irracional, sino que está al servicio de otra lógica, la que encontramos estructurada por y desde el inconsciente" (Conde M., 2005).

Estamos ante un punto de vista innovador respecto a la psiquiatría clásica, un progreso en la historia del pensamiento: escuchar la verdad del delirio. El problema surge cuando siempre se encuentra la nueva verdad en el mismo lugar: los deseos homosexuales inconscientes y rechazados como explicación de la paranoia. A Gonzalo esta idea le resultaría, sin duda, mucho más delirante y sin fundamento que lo que a nosotros puedan parecernos las suyas.

¿Y qué haría un terapeuta kleiniano con este ataque de pánico? La teoría kleiniana contiene una síntesis entre motivos relacionales y pulsionales, e implica un progreso del pensamiento freudiano gracias al uso del concepto de identificación proyectiva (Hinshelwood R. D., 1989). Ya no estamos sólo con la lógica individual inconsciente: el otro participa activamente en el surgimiento del ataque de pánico. Así, cabe pensar que sobre algunos elementos de la realidad que muestra la chica, el paciente ha proyectado sus propios miedos, uno de ellos evidente: el terror a ser considerado loco.

Aunque, por otra parte, se ofrece una concepción del delirio como una concreción de un conflicto entre intensas pulsiones y la identificación con objetos muy persecutorios. M. Klein consideraba que la pulsión principal de la paranoia era un intensísimo sadismo que se proyectaba sobre el objeto, después se temía la retaliación, con lo que aumentaba el miedo persecutorio y el sadismo en un círculo vicioso sin fin. En cualquier caso, el objetivo terapéutico sería que el paciente se hiciera cargo de sus pulsiones sádicas. Pero ¿habría contenido esta teoría el ataque de pánico? Gonzalo también lo hubiera considerado como un sistema de pensamiento más delirante que el suyo.

## Hacia la mente interactiva del modelo relacional

Al comparar entre sí las tres teorías anteriores, comprobamos que todas tienen componentes verdaderos: un delirio es una construcción mental irreal (psiquiatría clásica), es un pensamiento subjetivamente verdadero elaborado bajo una lógica en parte inconsciente (psicoanálisis freudiano), y suele expresar esquemas relacionales de dominio o sometimiento (psicoanálisis kleiniano). El problema reside en que cada teoría presenta una versión antagónica e irreconciliable con las otras y se desarrolla de forma unidireccional.

Uno de mis profesores de psicoterapia, Nicolás Caparrós, entendía que en el tratamiento de un paciente con delirios siempre había un momento decisivo, aquél en el que nos pregunta si realmente le creemos. En esas situaciones solía recomendar una intervención paradójica: "Creo que lo que cuentas es muy importante personalmente y al mismo tiempo creo que no es verdad". De esta manera integraba en la práctica clínica dos clases de verdades, la del paciente y la del terapeuta, aunque se tratara de versiones completamente contradictorias.

Para poder pensar en estas paradojas hemos necesitado nuevos desarrollos teóricos. Uno de ellos ha sido la teoría de la intersubjetividad de Stolorow y Atwood. En su primer libro *Faces in a cloud* (1993), estos autores demostraron lo que ya intuíamos por sentido común: las teorías psicológicas tienen pretensiones de universalidad pero no dejan de ser, en gran parte, la proyección de la subjetividad de sus creadores. Por tanto, concluían que lo que el psicoanálisis necesita es una teoría que dé cuenta del juego de subjetividades y que pueda estudiar desde un marco más amplio las propias teorías.

Esto implica una nueva concepción de la verdad radicalmente diferente a la lógica clásica. Una verdad perspectivista, en donde "nadie, ni ningún grupo puede tener más que una visión parcial de algo" (D. Orange, 1995). Y donde un mayor grado de verdad implica la multiplicación de puntos de vista.

Frente al psicoanálisis clásico como teoría unipersonal, el psicoanálisis relacional viene a representar el progreso del pensamiento "ecológico". Ambas teorías tienen en cuenta el entorno pero de muy diferente manera. En el psicoanálisis clásico los otros son *objetos* que satisfacen o frustran nuestros deseos. En el psicoanálisis relacional los otros son no sólo objetos sino *sujetos* que interactúan a lo largo de toda la vida y que co-determinan nuestra identidad, nuestros deseos y nuestro comportamiento (Mitchell S., 1988, 1993, 1997; Benjamín J., 1988,1997):

"La unidad básica de estudio no es el individuo (...) sino un campo de interacciones dentro del cual surge el individuo y pugna por relacionarse y expresarse (...) El deseo siempre se experimenta en el contexto de la relación y este contexto define su significado (...) Los humanos no evolucionaron primero para luego trabar interacciones sociales y

culturales; la mente, por su propio origen y por su naturaleza, es un producto social" (Mitchell, 1988).

### **Ilustración del modelo relacional: Hipótesis B sobre la sesión del ataque de pánico**

Durante diez minutos o un cuarto de hora escuché la asociación libre de las vivencias de Gonzalo. Su pensamiento se encaminaba a intentar descubrir algo malo de su pasado que le permitiera saber quién podría ser su perseguidor, qué grado de peligro podía correr y cuáles podrían ser las formas de protegerse. Por este camino no llegaba a ningún lugar seguro y su terror, en consecuencia, aumentaba.

En un momento dado decidí que estaba demasiado alterado, y que necesitaba que yo tomara el timón de la sesión para hacerle sentir más seguro. Le dije que le iba a ayudar y, para ello, necesitábamos reconstruir lo ocurrido en el bar de copas con Soledad, la chica desconocida. Intentaba hacer un microanálisis lo más detallado posible del diálogo entre ambos. Continuamente, Gonzalo derivaba hacia su pensamiento generalista, y una y otra vez yo rectificaba el rumbo hacia el recuerdo del diálogo real con la chica. Al final, pudimos sacar en claro la siguiente interacción.

Gonzalo y Soledad comienzan la situación "de ligue" en un clima de chulería y "vacile" mutuo. En un momento dado, hablan de sus lugares de procedencia.

- G- ¿Y tú? No eres de Madrid, ¿verdad? Pareces del sur.  
S- Más o menos. Soy de un pueblo estupendo.  
G- ¿Cuál?  
S- No me hagas la típica gracia *capulla*, vale. Se llama Amargura (\*nombre transformado para la redacción de esta ilustración).  
G- Entonces, seréis todos depresivos. (Le sale una carcajada nerviosa. Paralelamente, le aparece un pensamiento alarmante: "Sabe quién soy y que estuve hospitalizado").  
S- Oye chavalín, tenemos las mejores fiestas de toda la comarca. ¡Mira esta foto! (Abre la cartera y le muestra una foto en la que aparece con unos amigos riendo. Ella está colocada detrás de un chico al que ahoga juguetonamente con sus manos).  
G- No estás muy bien en esta foto. (Se vuelve a asustar por la "crueldad" de la chica. Responde al contraataque).  
S- (Callada durante un rato) No me gusta esto que has dicho.  
G- Tus ojos son como el lucero. (La aplaca).  
S- ¿Estás loco?  
G- (Bloqueo total, y se queda mudo durante varios minutos: "Sabe quién soy").  
S- ¿No me dices nada?  
G- (Responde atolondradamente a algún comentario). Voy un momento al servicio.  
S- No te vas a escapar.

G- (Pánico). (Se marcha del local camuflado entre la gente).

Una vez reconstruida la interacción, pudimos pensar entre ambos los elementos reales que le habían despertado un estado de terror: el físico de la chica que le imponía, su actitud vacilona y chula, la evocación de depresión del nombre del pueblo, el temor a que se tratara de una persona cruel tal como interpretaba la foto y, sobre todo, los comentarios finales sobre la locura y la persecución ("no te vas a escapar") que, desde su punto de vista, demostrarían la teoría de que "sabe quien soy y va contra mí".

Un psicoanalista clásico freudiano podría llegar perfectamente hasta aquí. Y probablemente, un psicoanalista kleiniano hubiera dado un paso más. Habría explicado el pánico como un proceso masivo de identificación proyectiva en donde Soledad aportaba elementos reales susceptibles de actuar como disparadores de las proyecciones terroríficas. Otra chica menos guapa, menos chula y con comentarios menos atrevidos no hubiera resultado un "objeto" tan persecutorio.

Ahora bien, veamos cómo cambia la interpretación de la interacción cuando tratamos de comprenderla, no como el producto de un sujeto delirante que se encuentra con un objeto potencialmente persecutorio, sino como el **encuentro entre dos mentes** (Aron L., 1996), entre dos mundos de experiencia dispares, entre dos sujetos.

Le dije a Gonzalo que si mirábamos la situación desde el punto de vista de la chica, si nos poníamos en su lugar, se entendía bien la respuesta que más le aterró ("¿Estás loco?"). Es más, le insistí: "Yo también te diría exactamente lo mismo, ¿estás loco?". Añadí que la chica no debía estar tan segura de sí misma respecto de su belleza, pues le responde que no le gusta el comentario crítico sobre su imagen en la foto. Gonzalo logra picarla en su orgullo después de coger miedo por su crueldad aparente. Si después de criticarla le responde inmediatamente para aplacarla que "Tus ojos son como el lucero" parece muy lógico su comentario: todavía está dolida por la puya e inmediatamente recibe un piropo de poesía facilona. Cabe imaginar que queda perpleja ante este contraste y que no entiende a qué se está jugando. Y cuando, "vacilonamente", le amenaza con el "No te vas a escapar" después de que quedara mudo Gonzalo durante demasiado tiempo, parece como si la chica reaccionara al temor de que el juego del ligue se terminara de este modo.

Después de este último análisis, Gonzalo se tranquilizó apreciablemente y me dijo que se *sentía muy protegido conmigo, y que quería volver a la terapia.*

### **1ª Conclusión: de la asociación libre intrapsíquica a la mirada bifocal dirigida hacia la interacción entre dos subjetividades**

El pensamiento delirante no solidificado es una asociación libre elevada al cubo. Al principio de la sesión, Gonzalo hacía un rastreo a toda velocidad de acontecimientos de la infancia, la adolescencia y juventud en busca de un

listado completo de potenciales perseguidores, así como de todo tipo de actos culpables. ¿Por qué no le servía esto para tranquilizarse?

El método de la asociación libre permite la construcción de un plano de comprensión de la realidad intrapsíquica del paciente. Se recorren muchos caminos y vericuetos que permiten la creación de significados personales a través de la comunicación entre estados afectivos actuales y acontecimientos pasados. Sin embargo, ¿por qué no basta este plano de comprensión precisamente en el caso de un "fórmula uno" de la asociación libre?

Porque hay al menos otros dos planos de comprensión más que eran necesarios: el de la mente de Soledad y el de la interacción entre ambas subjetividades. La frase "¿Estás loco?" correspondiente al plano de la mente de Soledad se abate sobre su plano intrapsíquico, de manera que se comprimen las dimensiones en interacción.

Por el contrario, ¿por qué le tranquiliza a Gonzalo mi intervención?: "Yo también te diría exactamente lo mismo: ¿Estás loco?". ¿No debería resultar antiterapéutico ponerse del lado de su mayor terror, ser apartado de la vida social si llegaban a verle como un loco?

Esta intervención es terapéutica precisamente porque reintroduce otro plano de comprensión, el de la mente del otro. No se le dice que está loco, sino que pensadas las cosas desde la mente de Soledad es lógico llegar a una conclusión similar. Se trata de una **verdad contextualizada** en la que el significado de una frase está determinado por la situación, frente a la verdad petrificada del pensamiento delirante. Así, Gonzalo pasa de una mirada plana y unidireccional a una visión tridimensional y estereoscópica. Una mirada bifocal con un ojo dirigido a su propia mente y, el otro, al de la mente de Soledad.

La pérdida de fuerza de la convicción delirante podría explicarse como el paso de la dictadura de una versión única de la realidad a la transición democrática que implica la aceptación de versiones alternativas.

## **2ª Conclusión: el análisis de la mente de un otro del paciente como superación de una resistencia epistemológica**

En los casos de paranoia suele haber historias de relaciones de abuso de poder, que producen la expectativa de que el otro pueda ser un atacante feroz de la propia subjetividad. Expectativas que pueden despertar la alarma ante pequeños indicios en situaciones de interacción estresantes, de manera que se malentiendan radicalmente las intenciones del otro. Fonagy (1999) ha teorizado sobre el déficit de la teoría de la mente del otro en aquellas patologías más graves, pero no ha llevado esta teoría a la práctica.

Supongamos que un paciente viene a consulta por una serie intrincada de problemas laborales que le hacen sentirse maltratado. El paciente podría demandar al terapeuta confirmación sobre su visión del supuesto maltrato. En esta situación no sería extraño que el terapeuta dijera o actuara bajo el

siguiente criterio frente a su paciente: "Creo que en lo que le puedo ayudar es en centrarnos en entender su vivencia, el significado personal de esta situación que le hace sufrir". Naturalmente, este foco en su mundo intrapsíquico le ayudará al paciente pero probablemente le dejará también un "malestar" y un sentimiento de "injusticia" por dejar fuera de análisis las acciones e intenciones malévolas de los otros sobre él.

Desde luego, hay muchas y sensatas razones para evitar asumir el objetivo de intentar analizar la mente de los otros del mundo del paciente. Por ejemplo, algunos pacientes paranoides pueden demandarnos una tarea indigna: convertirnos en cómplices de sus ataques crueles a figuras significativas de su entorno. Otra experiencia común a todos los psicoterapeutas es haber sido usados por nuestros pacientes como "garrotes" con los que atacar a los otros, especialmente en el tratamiento de adolescentes y en el análisis de conflictos de pareja. Por tanto, están más que justificadas las cautelas y las actitudes prudentes.

Por otra parte, cabe argumentar que no siempre se presentan estas resistencias a analizar la mente y el comportamiento del otro. Dentro de la tradición winnicottiana y de la Psicología del *Self* (Kohut H., 1979) son muy frecuentes las intervenciones que aclaran y legitiman el dolor del paciente en relación a los fallos graves de sus cuidadores que hayan podido influir en sus déficits y conflictos actuales. Generalmente, el terapeuta se siente muy cómodo al tratar sobre los vínculos entre el paciente y sus padres: el paciente puede aportar gran cantidad de datos, con lo cual aumenta la fiabilidad del análisis del comportamiento de los padres, y además, el terapeuta se siente legitimado socialmente como experto capacitado para poder juzgar sobre lo que es un desarrollo infantil saludable o patológico.

Naturalmente, esta seguridad en la interpretación de un otro del paciente disminuye proporcionalmente a medida que se trata del análisis de relaciones actuales, de menor frecuencia e intimidad. En estos casos el terapeuta suele refugiarse en lo intrapsíquico, aunque no son raras algunas intervenciones espontáneas en sentido contrario. Por ejemplo, un paciente médico había realizado con anterioridad una psicoterapia con un terapeuta que solía decirle que "aunque la otra persona fuera responsable del 95% del conflicto actual, nuestra tarea sería analizar ese 5% restante". Sin embargo, en una ocasión se saltó este criterio. El paciente había alquilado un nuevo despacho en una consulta dirigida por tres médicas. Después de amueblarlo llevó un fin de semana a sus padres para mostrárselo, al tiempo que dieron una ojeada al resto de los despachos y de la casa. Cuando una médica se enteró le montó una gran bronca, argumentando que haber mostrado sus despachos constituía un acto intolerable en el que se había saltado todos los límites y que no lo consentiría más. Cuando el terapeuta escuchó este relato, respondió con espontaneidad: "Vaya empanada mental que tiene esta mujer". Poco después el paciente cambió a otra consulta menos tormentosa y recordó siempre con un gran agradecimiento esta intervención de su anterior terapeuta.

Esta pequeña viñeta muestra una contradicción entre la teoría que evita el análisis de un "otro" del paciente y una intervención espontánea que vence esta evitación y resulta muy terapéutica. Llegados a este punto, ¿cómo se podría avanzar en la teoría clínica para poder hacer un mayor uso de esta clase de intervenciones sobre la mente de un "otro" que vemos que pueden resultar tan útiles?

En primer lugar, reconocer de nuevo el componente tan beneficioso de esta resistencia en muchas situaciones terapéuticas, donde lo aconsejable es la contención del juicio del terapeuta (previsión de una actitud manipuladora por parte del paciente, falta o confusión en los datos para poder emitir un juicio, etc). Y en segundo lugar, comprender el problema epistemológico implicado en esta resistencia.

Cuando analizamos el mundo intrapsíquico disponemos de una gran cantidad de datos y de un informante, el paciente, que nos ayuda a depurar y mejorar nuestras interpretaciones (puede contradecirnos, ampliar o matizar etc.). Además, nos da la prueba fundamental de validez: la mejoría o el empeoramiento en su sentimiento de sí y de sus conflictos relacionales. Por tanto, estamos ante el manejo de una buena cantidad de datos que nos ofrecen un grado aceptable de fiabilidad y validez. Por el contrario, cuando intentamos analizar la mente de un "otro" del paciente disponemos de muchos menos datos, no contamos con un informante que pueda confirmar o desmentir nuestras hipótesis y, en el peor de los casos, esperamos cierta visión tendenciosa debido a los intereses y conflictos del paciente. Por tanto, estamos ante otro nuevo conjunto de datos, mucho más escaso y que ofrece mucha menor fiabilidad, y cuyo tratamiento puede considerarse poco científico.

Un problema paralelo ha ocurrido en el campo de la Sociología donde he trabajado durante doce años. Tradicionalmente ha habido una larga y sostenida discusión sobre la validez y fiabilidad de los dos métodos principales de investigación sociológica: el método "cuantitativo" y el "cualitativo". El método cuantitativo se basa en encuestas con muestras representativas de la población objeto de estudio, aplicación de cuestionarios idénticos a todos los entrevistados y tratamiento estadístico de los datos. El método cualitativo se basa en pequeños conjuntos de entrevistas abiertas y reuniones de grupo de discusión. Durante décadas el método cuantitativo ha tenido mucho más prestigio por su carácter científico y su gran fiabilidad (alta replicación de los resultados utilizando otras muestras diferentes). Sin embargo, actualmente se valoran más los estudios cualitativos, porque, a pesar de su menor fiabilidad, suelen tener un mayor grado de validez: es decir, miden mejor aquello que realmente pretenden medir.

Quizás necesitemos aprender de los sociólogos a ser menos perfeccionistas. No siempre los datos sobre el comportamiento y la mente de un "otro" del paciente son menos fiables y válidos que los que aporta sobre sí mismo: a veces la percepción del paciente respecto del otro es mucho más fiable, válida y desmaquillada que el autoinforme que da sobre sí mismo.

En cualquier caso, para mejorar la validez y fiabilidad del tratamiento del análisis de un "otro" del paciente, recomiendo dos clases de intervenciones:

**-Microanálisis de interacciones.** Utilizar como fuente de datos pequeñas interacciones como la mostrada en la viñeta de Gonzalo. Tienen la ventaja de que el conocimiento del contexto en el que emerge el comportamiento del otro da claves básicas para la comprensión. Además, se establecen hipótesis situacionales sobre el otro de bajo nivel, en vez de características estables y profundas de su personalidad.

**-Construcción de hipótesis de prueba.** Realizar interpretaciones sobre la mente del otro como hipótesis de prueba que sirvan al paciente para adentrarse en nuevas interacciones, y sujetas a confirmación, matización o rechazo.

## **2.2 La motivación del ser humano en ambos modelos: un caso de impotencia psíquica**

Veamos ahora un nuevo contraste de hipótesis entre los modelos clásico y relacional, esta vez aplicado a las teorías motivacionales utilizadas para explicar la enfermedad más frecuente por la que se acudía al psicoanalista en opinión de Freud: la impotencia psíquica.

Uno de los miedos básicos de Tomás, un joven de veintitantos, era evitar las relaciones sexuales con chicas que le produjeran una gran atracción física y personal simultáneamente. En esta clase de situaciones se disparaba su nivel de angustia y tenía problemas de erección.

Su conducta resultaba paradójica. Por una parte, solía ir de prostitutas con cierta frecuencia o acostarse con una chica guapa a la que no valorara personalmente. En estas situaciones percibía a la mujer como puro objeto, se relacionaba exclusivamente con "un culo concreto" y con "una persona abstracta", como el espectador de una película porno, y su funcionamiento sexual era perfecto. Por otra parte, con su novia de toda la vida, una mujer muy bella a la que llamaremos Manuela, mostraba un comportamiento radicalmente contrario. Cuando dormían juntos dormían. Habían construido una relación que les reconfortaba mutuamente basada en una ilusión de completa seguridad. Tomás sabía por experiencia que tras cualquier discusión, ella volvería a llamar y nunca se separaría de él.

Este comportamiento disociado se mantenía sobre la base de vivir en ciudades diferentes y encontrarse tan sólo por vacaciones. No obstante, el celibato sectorial se resquebrajaba en ocasiones. Su novia le demandaba actividad sexual o bien él estaba excitado los primeros días tras un largo periodo sin verse. En estas circunstancias, Tomás llegaba a una solución de compromiso. Concentraba su mirada en partes del cuerpo de Manuela y así podía

despersonalizarla y recuperar el "culo" concreto y la persona abstracta, y mal que bien le funcionaba.

Tomás y yo estábamos de acuerdo en la definición del problema. Podía relacionarse con un culo o con una mujer pero no con las dos cosas a la vez. De manera que definimos entre ambos como uno de los objetivos terapéuticos el poder integrar ambas partes, y a esta meta la denominamos: "**el culo de Manuela**".

### **Hipótesis clásica: el significado personal deriva de un principio explicativo universal**

Este problema es bien conocido y ha sido descrito por Freud con el nombre de impotencia psíquica en su artículo de 1912 titulado *Sobre una degradación general de la vida erótica*. Freud describía muy bien el problema como una disociación entre la corriente "cariñosa" y la corriente "sensual" de la vida amorosa. Y encontró una fórmula famosa: "Si aman a una mujer no la desean, y si la desean, no pueden amarla".

Noventa y cuatro años después, ya no lo describiríamos como el problema principal por el que se acude a un psicoterapeuta. Sin embargo, sigue siendo todavía un problema muy frecuente.

Para Freud, la causa de estas inhibiciones se debe a la fijación incestuosa, no dominada, en la madre o la hermana: "Hemos atribuido esta perturbación de la evolución general de la libido al influjo de intensas fijaciones infantiles y al obstáculo opuesto luego a la corriente sensual por la barrera erigida contra el incesto". Si la explicación de Freud es correcta, en el caso de impotencia psíquica de Tomás, el tratamiento debería consistir en la lucha contra las resistencias para obtener el desvelamiento de los deseos infantiles incestuosos, y en la renuncia posterior a estos deseos para acceder a una vida amorosa adulta y normal.

Una segunda hipótesis importante es la degradación general de la vida erótica. Freud propone que "puesto que los factores señalados –la intensa fijación infantil, la barrera contra el incesto y la prohibición opuesta al instinto sexual...– son comunes a todos los hombres, sería de esperar que la impotencia psíquica fuese una enfermedad común de nuestra sociedad".

Y concluye que, efectivamente, se trata de un problema universal debido a **causas universales**: la oposición irreductible entre la naturaleza animal del hombre y las necesidades de adaptación a la cultura: "No es posible armonizar las exigencias del instinto sexual con las de la cultura (...) la insatisfacción característica de nuestras sociedades civilizadas es la consecuencia necesaria de ciertas particularidades impuestas al instinto sexual por las exigencias de la cultura".

## **Hipótesis relacional: el significado personal deriva de una construcción particular cimentada sobre el contexto relacional del paciente**

Mitchell (2002) ofrece un pensamiento sobre esta cuestión más complejo y fecundo. No ve tan sólo la cruz de la moneda, la impotencia psíquica; sino la cara, el amor romántico, que por su propia naturaleza emerge de la tensión generada entre el amor y el deseo. En su último libro, *Can love last? The fate of romance over time*, analiza los contextos personales e históricos que han jugado a favor o en contra del desarrollo del amor romántico, un enfoque muy divergente de la concepción clásica del psicoanálisis:

“Cuando los psicoanalistas intentan explicar algo que no entienden suelen reducirlo a precursores infantiles. Así, el peligro, lo ilícito, el traspasar los límites de la aventura, son entendidos generalmente como recreaciones de la infancia de deseos edípicos prohibidos (...) La solución tradicional es la renuncia: la racionalidad del amor maduro debe triunfar sobre las ilusiones infantiles” (Mitchell, 2002).

Desde luego, reconoce la frecuencia de la disociación entre amor y deseo. Pero a diferencia de Freud, no lo considera un universal y se centra en el análisis de los conflictos relacionales que taponan el surgimiento del amor romántico. Quizás el más obvio sea la alta tensión entre las necesidades conflictivas de seguridad y aventura:

“Por una parte arraigar nuestros sentimientos en alguien perfectamente conocido y predecible, que sepamos que no nos va a fallar (...) Y por otra parte, el deseo de romper con los patrones preestablecidos y encontrar lo imprevisto en alguien que nos vitalice (...) Pero si asumimos que la experiencia humana por su propia naturaleza es un flujo, que los conceptos de movimiento y cambio son inherentes a nuestra naturaleza entonces, la seguridad que generamos es un acto de imaginación (...) En esta inversión, el flujo y la aventura llegan a ser realidades y la seguridad aparece como una fantasía” (Mitchell, 2002).

De esta concepción teórica se deriva una aplicación técnica muy interesante: mostrar al paciente las operaciones defensivas que pone en funcionamiento para conseguir una falsa ilusión de seguridad. Así se construyen muchos modos de relación que terminan por ser “antipasionales” y aburridos porque se basan en dar por sentado y ya conocido la forma de ser del otro.

“Cuando los pacientes se quejan de lo mortecino de sus matrimonios, es a menudo posible mostrarles, qué valiosa es esta muerte para ellos, cómo insisten y mantienen cuidadosamente al otro en un ser totalmente predecible para protegerse del miedo de perder la seguridad del vínculo” (Mitchell, 2002).

Una parte de la creatividad de estas ideas de Mitchell proviene de haber asumido la revolución que implica el **constructivismo social**, que ofrece una concepción del ser humano con un estatus epistemológico diferente al de las ciencias naturales: se entiende la realidad humana como objetiva y subjetiva simultáneamente.

No hay que extrañarse mucho de esta formulación porque se trata, en parte, de un saber ya intuido y de sentido común. Por ejemplo, pensemos en un profesor que empieza a dar clase a un grupo de adolescentes conflictivos, como en una película del tipo "Los chicos del coro". El buen profesor –en la película y en la realidad– reconoce lo objetivo de los problemas con los que tiene que lidiar. Pero no se queda sólo en esto. Construye una nueva realidad, primero subjetiva y posteriormente también objetiva, precisamente por no "cosificar" a estos alumnos en la categoría universal e inmutable de chicos problemáticos, apostando por otras realidades ocultas y potencialmente más enriquecedoras. Al igual que el sensato profesor de "Los chicos del coro", Mitchell se propone también construir una nueva realidad:

"El amor y el deseo son parcialmente construcciones. No son completamente construcciones (...) No nos levantamos por la mañana y decidimos a quién amaremos o desearemos ese día. Pero el amor y el deseo surgen dentro de las texturas de nuestra vida diaria y nosotros tenemos mucho que ver con la construcción de contextos en los cuales aparecen". (Mitchell, 2002).

### **Contraste de hipótesis**

Durante los tres primeros años de psicoterapia, al término de cada sesión, Tomás se despedía de idéntica forma: no me dejaba acompañarle hasta el hall de entrada como hago con el resto de los pacientes, y cerraba la puerta del despacho conmigo dentro. Lo dejaba hacer y nunca he querido intentar desvelar su misterio. La vida de Tomás era una casa con varias estancias comunicadas entre sí.

Vivió con su familia en una lejana ciudad de provincias hasta su ingreso en una universidad de Madrid. Aquí residía con unos parientes de los que recibía un trato agrio. Tenía la habilidad de un espía para el secreto, ya se tratara de sus escuálidos resultados académicos o su vida privada.

Durante los dos primeros años de universitario se sintió perdido y desarraigado. Esta sed de relaciones le impulsó a construir nuevos y fuertes lazos de amistad. Me conquistó, desde el primer momento, qué buen amigo era de sus amigos, y cómo disfrutaba de cualquier conversación. Comenzó la psicoterapia alarmado por el alto nivel de angustia, con miedos hipocondríacos a llegar a estar loco o contagiado por el SIDA, y con muchas dudas acerca de su futuro profesional.

Manuela parecía poder abrirle todas las puertas. Residente en una tercera ciudad alejada tanto de la ciudad de procedencia de Tomás como de Madrid, era bien recibida por la familia. Cuando le visitaba en Madrid, compartía abiertamente los maratonianos fines de semana con amigos. Y a solas le hablaba de los miedos obsesionantes. Únicamente no podía acceder a dos zonas del sótano. El rincón erótico: le estresaba vivir bajo la amenaza de que pudiera "tocar examen" de relaciones sexuales cualquier noche sin previo aviso, y acabar humillado al suspender por impotencia. Y el rincón del reconocimiento: dejarse caer emocionalmente en sus brazos y disolver su identidad en ella. Por encima de todo evitaba ser un "baboso", un tipo de esos que se pasan el día

calentándole la oreja a la novia y que la siguen como un perrito. A él le fue bien con esta táctica: ligó a Manuela precisamente por aparentar no hacerla ningún caso dentro del común grupo de amigos. La chica más guapa tomó toda la iniciativa y eligió al misterioso hombre que no la veía como un objeto.

Esto era la punta del iceberg de un patrón relacional de mucho calado. Lo llamábamos con su propio lenguaje "hacerse el duro, no mostrar nunca que se necesita a otra persona". La excepción a la regla era la relación con los amigos, con quienes podía mostrar abiertamente su necesidad de ellos. También lo aplicó conmigo durante más de un año, aunque paulatinamente fue abriéndose hasta desarrollar una gran confianza.

Realmente dependió de forma extrema de Manuela durante los primeros años depresivos de su estancia en Madrid. Ella había sido su principal sostén emocional. Fuera de sus visitas y llamadas telefónicas, vivía en un estado de desánimo que lo mantenía atrapado en la inactividad casi total, con una angustia permanente, aunque el apoyo de algunos amigos y las salidas nocturnas de los fines de semana le aliviaban en parte. Se daba cuenta de ello en las despedidas tras un tiempo de vacaciones: un desgarró que le mantenía abatido varias semanas. Pero no podía transformar esta experiencia de dependencia en un reconocimiento explícito y asumido de la necesidad de ella que transformara la relación. Esta posibilidad la veía imposible porque significaba quedar expuesto a una situación de esclavitud como ha sido muy bien descrito por Jessica Benjamín (1988) en el análisis de las relaciones de dominio y sometimiento.

¿De dónde procedían los miedos específicos a la dependencia por parte de Tomás? Principalmente, de la relación con el padre. A su manera, se trataba de un hombre muy trabajador y cariñoso, aunque de trato muy difícil. Lavaba el cerebro de sus hijos para adiestrarles a evitar todo tipo de enfermedades, y disponía de un "laboratorio casero" con una despensa muy amplia de pastillas. Solía imponer su visión de cómo debían ser las cosas de forma machacona y reaccionaba con una crueldad verbal desatada, sin medida, ante las reacciones rebeldes o simplemente divergentes de Tomás. Para el padre sólo había dos posibilidades de relación tanto con su mujer –bastante sumisa– como con sus hijos: dominar o ser dominado. En los miedos hipocondríacos y en el patrón relacional de "hacerse el duro", Tomás arrastraba la herencia del ambiente familiar.

El objetivo terapéutico era la superación de este patrón relacional bien definido por Benjamín (1988): la construcción de relaciones en las que pudiera darse simultáneamente la afirmación del sí mismo y el reconocimiento del otro. Cuando Tomás se afirmaba sin reconocer al otro caía en una relación de dominio (relación con Manuela). Cuando reconocía al otro sin afirmarse, caía en la trampa contraria, el sometimiento (como en los miedos hipocondríacos en los que anulaba su propio criterio para creer únicamente en las opiniones idealizadas de su padre).

Esta dirección de la terapia junto a su apuesta por el cambio permitieron la mejora de Tomás en muchos campos: las relaciones familiares, la recuperación de su capacidad de estudio, un nuevo trabajo a tiempo parcial y la mejora de su autoestima. No obstante, la relación con Manuela decaía más y más a medida que pasaba el tiempo. Cuanto más se arraigaba a Madrid, más se despegaba de ella. Manuela seguía sometida a Tomás en un sector de su vida, ofreciéndole una ilusión de seguridad absoluta. Pero por otra parte, las cosas parecían marchar con otro rumbo bien distinto. Ella había vivido siempre a solas con su madre, puesto que los padres se habían separado cuando era pequeña. Lo peculiar era que la madre siempre se sintió muy vinculada al padre a pesar de la total falta de correspondencia y había transmitido este estilo relacional a su hija, unidísima al padre a pesar de contactos esporádicos. Así, Manuela reconocía que nada más volver a su ciudad emprendía sus propios proyectos de una manera totalmente despreocupada de la vida de Tomás. Al pensar sobre esto, Tomás ya no encontró tan atractivo hacer el papel del hombre ausente que mágicamente no desaparecía nunca.

Sin terminar de cerrar esta relación, un buen día surgió una novedad: Tomás ligó con una nueva mujer, María, que por su atractivo físico y personal podía ser rival de la relación con Manuela. Pocos días después, María marchó al extranjero para completar un curso. Durante dos o tres meses se enviaron mensajes por móvil mutuamente. Era obvio que había una atracción especial, pero no llegaron a intimar: no sabían bien cómo tratarse. Cuando volvió a Madrid, Tomás se puso cada vez más nervioso. No se decidían a verse de nuevo pero seguían mandándose mensajes. Algunos, de doble sentido, como las fotos de Tomás con Manuela. Tras muchas vacilaciones terminaron por quedar. Y al cabo de unas semanas de muestras ambiguas de interés e independencia tuvieron la primera relación sexual.

Tomás llegó encantado a la sesión. Contaba cómo antes de llegar a la casa de María para acostarse juntos notó –muy sorprendido– que estaba “empinado” y que pudieron tener relaciones sexuales buenas. Se trataba de algo completamente nuevo pero buscado desde hacía tiempo: por primera vez tenía relaciones sexuales con una chica que le atraía mucho al tiempo que la valoraba como persona, y todo ello sin tener que hacer el esfuerzo de concentrarse en una parte de su cuerpo y olvidarse de ella. Por fin, el “culo concreto” y la mujer concreta se habían integrado y encima: ¡era mucho mejor!

¿Cómo se produjo este último cambio de una vida amorosa degradada a esta nueva integración? ¿Cómo pasó Tomás a convertirse en un *"homo erectus"*? Desde luego, la hipótesis freudiana queda descartada. No se analizaron los componentes parciales del instinto sexual, ni se desvelaron deseos incestuosos. Podemos comprobar cómo **la impotencia psíquica se ha curado por motivos relacionales**: el análisis sistemático de sus patrones relacionales, junto a nuevas experiencias que propiciaron el cambio:

**-La crisis de patrones relacionales perjudiciales.** Durante el largo proceso de ligue, Tomás siguió practicando su hábito de no tomar la iniciativa y esperar que fuera ella quien mostrara su interés, de manera que pudiera situarse en una posición de dominio. Pero se encontró con una situación en donde María practicaba el mismo juego, escaldada como venía de otra relación fracasada. Por ejemplo, también jugaba a darle celos. Cuando se dio cuenta que muchos hombres tenían interés por ella, las contradicciones llegaron al máximo y tuvo que hacerse más activo por temor a perderla.

**-La mutua tenacidad para tolerar la ambigüedad del proceso de adaptación.** Resultó fundamental la paciencia de María para tolerar las vacilaciones y desprecios de Tomás. Paralelamente, Tomás se ha ido mantenido suficientemente firme ante las amenazas de María de romper la relación al menor contratiempo.

**-La paradoja de compartir miedos y ayudarse mutuamente.** Para combatir los miedos sexuales tuvo un gran efecto tranquilizador el que ella pudiera mostrar sus propios miedos y planteara la situación –proponer sólo dormir juntos– de manera que no se despertara el pánico de Tomás a la temida “leona sexual”.

Además, cabría extraer dos conclusiones generales más. La primera, que el cambio terapéutico es un trabajo de equipo. Esto es una obviedad que se suele olvidar. El comportamiento de María ha sido esencial, y continúa siéndolo. No toleró el antiguo patrón relacional que proponía Tomás y al que se sometía Manuela, y ayudó a reducir los miedos de Tomás al expresar los suyos propios. La segunda, se refiere a la particularidad de los patrones relacionales perjudiciales con los que tenemos que luchar.

Resulta útil el análisis sociológico que realiza Mitchell sobre los factores que contribuyen a crear las disociaciones (motivación de seguridad contra la de aventura) que pueden acabar produciendo impotencia psíquica. Sin embargo, el trabajo clínico es más artesanal, como la confección de un traje a medida. De los siete u ocho casos que veo semanalmente que están afectados de impotencia psíquica, cada uno de ellos ha llegado a la disociación a través de mecanismos para obtener seguridad muy específicos arraigados en una historia concreta y diferente a las demás.

### 3. REVOLUCIÓN CLÍNICA Y REVOLUCIÓN EPISTEMOLÓGICA

#### 3.1 ¿Qué necesita el paciente? Una revolución teórica

En el libro titulado *Hope and Dread in Psychoanalysis*, Mitchell (1993) argumenta cómo a partir de los trabajos de Winnicott y Kohut se ha producido una revolución de la teoría clínica en psicoanálisis, que implica una respuesta nueva a la pregunta sobre “¿Qué necesita el paciente?”. Estos dos autores

asumen que el paciente no necesita a un Sherlock Homes que le mire con lupa para descubrir los deseos infantiles reprimidos, sino a un "facilitador" o un objeto del *Self* que le ayude a construir un sentimiento coherente y fortalecido de sí mismo.

Antonio, un niño de diez años, comenzó la terapia a causa de un problema de *bullying* en la escuela. Era el mudo saco de boxeo de un par de compañeros que lo tomaron por objeto de burla sistemática. Por su parte, no contribuía a encontrar otros apoyos, por su insistencia en intervenir continuamente en clase para mostrar sus conocimientos.

Era desconfiado con los chicos de su edad pero establecía muy buenos vínculos con los adultos. En poco tiempo nos cogimos mucho cariño mutuo. Siempre me llamaba "Josemanu", un nombre nuevo que me resultaba delicioso oír. Durante los dos primeros años, me proponía muchos juegos variados y amenos, como juegos de magia y de ingenio. Todos consistían en exhibiciones de una habilidad tras otra. Pasado un tiempo, surgió un nuevo juego: colocaba la pizarra en medio de la consulta y me explicaba enigmas de la Historia interpretados de una manera muy personal y original. Mi papel se limitaba a ser su alumno y admirador. Los dos padres eran historiadores y contaban con una buena biblioteca sobre esta materia. Antonio había encontrado un magnífico refugio y un juego en esta clase de lecturas que le permitían sentirse valioso.

Por otra parte, evitaba y se resistía al uso tradicional de la psicoterapia. No toleraba apenas que se hablara de casi nada fuera de sus guiones, salvo que viniera muy herido de alguna nueva humillación en el colegio. Si yo introducía preguntas o cuestiones sobre sus conflictos actuales se escurría como una anguila con hábiles estratagemas. Si me resistía a seguirle, simplemente, se tapaba los oídos o se ocultaba teatralmente bajo algunos cojines.

Después de tres años de terapia, ya se encontraba mucho más seguro en un nuevo colegio sin maltratadores, y se relacionaba medio bien con los chicos de clase. Hace unos meses descubrió una nueva ley de la ciencia: "La altura de una persona es directamente proporcional al apoyo recibido". Hablando de su tradicional suspenso en gimnasia, contó lo bien que le había sentado la reacción del profesor tras un ejercicio de sincronización. El nuevo profesor de educación física le había dicho que "eso estaba muy bien". Algo tan corriente tuvo para Antonio un significado muy especial: era la primera vez en toda su vida que recibía un elogio en gimnasia. Con la espontaneidad y frescura de un chico, dijo: "Me sentí como si hubiera crecido dos metros". Por contraste, recordó cómo, cuando tenía cinco años, al terminar su primer partido de fútbol, los niños jugaron a entregar medallas y a él le dieron la de hojalata "por ser el más inútil".

La ley científica de Antonio es idéntica al tratamiento propuesto por Kohut para los trastornos narcisistas. Es interesante destacar que se trata de una teoría clínica absolutamente contraria al punto de vista clásico, donde el terapeuta debería interpretar la grandiosidad excesiva de Antonio como causa de sus

dificultades de relación. Era marginado, en parte, por pesado prepotente. Sin embargo, si se hubiera utilizado la teoría clínica clásica desde un principio, sólo se hubiera conseguido hacer de él un individuo "retraumatizado" y que se hubiera encerrado más en sí mismo.

### 3.2 ¿Qué sabe el terapeuta? Una revolución epistemológica

Desde todos los campos de las ciencias humanas –Filosofía hermenéutica, Historia, Sociología, Filosofía del lenguaje, Biología, etc– han ido surgiendo diferentes epistemologías que convergen en una transformación radical de las premisas del positivismo lógico, la exportación al campo del conocimiento sobre el ser humano del modelo de las ciencias de la naturaleza basado en un saber objetivo, contrastable a través de experimentos y replicable con independencia del observador.

Dentro de los desarrollos del psicoanálisis contemporáneo, la Teoría de la Intersubjetividad de Stolorow, Atwood y Orange ha incorporado el pensamiento de la filosofía **hermenéutica** de autores como Gadamer (1995). Al igual que el significado profundo de un texto requiere conocer el *contexto* específico de la vida del autor, el significado del comportamiento del paciente también requiere una posición **contextualista** y no la aplicación de contenidos psíquicos pretendidamente universales. Dado que, en nuestros datos de observación del paciente, una parte esencial de su contexto es el terapeuta, el grupo de Stolorow (1992,1994) introduce un cambio revolucionario en la teoría clínica: focalizar el impacto de la actividad del terapeuta sobre el comportamiento del paciente. De aquí se deduce una nueva epistemología: *el observador es parte de lo observado*. El objeto de estudio –la subjetividad del paciente en el contexto de la consulta– abarca el sistema de interacción recíproca paciente-terapeuta.

Fíjese el lector que se trata de algo bien distinto al análisis clásico de la contratransferencia. Con la epistemología positivista, la contratransferencia se concibe como una variable extraña que oscurece la percepción objetiva del paciente como objeto de estudio. Por tanto, es una variable que aparece puntualmente y hay que eliminar (Aron L., 1996). La nueva epistemología no elimina la participación inevitable y continua de la subjetividad del terapeuta, al contrario, saca un gran partido de este análisis. Lo que elimina es el mito de la neutralidad sobre el que se ha basado la teoría clínica tradicional (Stolorow R., Atwood G. y Orange D., 1997).

Otra nueva epistemología de la que ya se ha hablado brevemente es el **constructivismo social** creado hace cuarenta años por los sociólogos Berger y Luckmann (1968). Quizás sea la corriente de pensamiento más prestigiosa. Ha tenido una importante penetración en la Pedagogía, la Biología y la Psicología, y algunos vaticinan que terminará imponiéndose como el fundamento predominante de las ciencias humanas. Como ya se ha adelantado, el constructivismo define la realidad humana como un objeto de estudio

objetivo y subjetivo simultáneamente. De lo que se deriva una comprensión revolucionaria sobre el papel del terapeuta.

Con el positivismo lógico la verdad del paciente era algo que debía ser descubierto. Así, el psicoanálisis –centrado en la investigación de la historia del paciente a través de un analista “no participante” – era el oro y la psicoterapia, el bronce. Pero es una falsa ilusión el que podamos acceder a la esencia genuina de la subjetividad y la verdad del paciente en estado puro. Sabemos que tal cosa no existe en realidad: descubrimos al paciente que construimos. Y lo hacemos dentro de un proceso irreversible, no replicable, mediante una conexión muy específica, en una época muy determinada en la que la subjetividad del paciente se encuentra con la nuestra. Y en este proceso, vamos encontrando restos arqueológicos de épocas pasadas que condicionan nuestra co-construcción y sobre los que hay que tomar decisiones sobre la marcha: reconstruirlos, transformarlos o destruirlos.

Por estos caminos se llega a una lógica distinta de la clásica aristotélica: se pierde la correspondencia unívoca constante entre una causa y su efecto resultante. El físico Prigogine (1979) también desmitifica la ciencia clásica por haber caído en el “espejismo de lo universal”, al formular leyes inmutables y racionales donde no hay cabida para los sucesos espontáneos e inesperados. El parte de investigaciones sobre termodinámica para entender fenómenos irreversibles afectados por la flecha del tiempo y el azar, de manera que el observador ha de contar necesariamente con una **incertidumbre** irreductible que conduce a una ciencia de la **complejidad**.

El creador de la teoría filosófica de la complejidad, Edgar Morin (1990), propone un cambio en el objeto de estudio de la ciencia: pasar del estudio de la estructura al de **sistemas abiertos**. La estructura –como, por ejemplo, la idea de aparato psíquico– es la metáfora del sistema cerrado y el coste es eludir la relación con el entorno: “En todo sistema hay estructura pero el sistema no puede reducirse a la estructura: el sistema incluye al observador, es una organización en movimiento, un macroconcepto”. En los conceptos complejos como sistemas abiertos se producen relaciones peculiares entre las partes entre sí y el todo, algunas de ellas paradójicas, sobre las que hay un factor de incertidumbre sobre el resultado final.

**A veces, la suma de las partes es mayor que el todo, y en otras ocasiones, la suma de las partes es menor que el todo**

Tomemos en consideración dos tipos de fenómenos diferentes:

Tomás (inhibido sexualmente) + Mujer (activa) = Pareja inhibida

Tomás (temeroso) + Mujer (temerosa) = Pareja desinhibida

En el primer fenómeno desaparece una propiedad presente en una parte (actividad de la mujer) al integrarse en un sistema más amplio, la pareja. Y en el segundo fenómeno surge una propiedad emergente en el sistema (desinhibición) que estaba ausente en las partes. Por esto, Stolorow (1992)

afirma que la capacidad de ser analizado es una propiedad del sistema paciente-terapeuta, no exclusiva de la patología del paciente de forma aislada. Llegado a este punto, podría parecer que hemos oscilado el péndulo desde el conocimiento cierto, universal e inmutable al extremo opuesto de la incertidumbre total. Con este movimiento casi resulta peor el remedio que la enfermedad: nos curaríamos de nuestra ilusoria omnipotencia para intoxicarnos de impotencia y escepticismo. Entonces, ¿qué sabe realmente el terapeuta?

Volvamos a pensar sobre el tratamiento de una crisis de pánico a través del microanálisis de la interacción que ha desencadenado el delirio. Una posición ingenua tomaría este saber de manera descontextualizada, y lo aplicaría de forma sistemática. Tomaríamos como ley universal el efecto beneficioso de la construcción de hipótesis alternativas sobre las intenciones del otro: siempre reducirán la fuerza de convicción del pensamiento delirante.

En la práctica no se confirmará este saber como ley universal. En primer lugar, sólo será aplicable a contextos que cumplan alguna o todas de las siguientes condiciones: tener ya construido un vínculo de confianza entre paciente y terapeuta, haber ofrecido intervenciones afirmativas sobre la verdad del delirio en ocasiones anteriores, y la existencia de una predisposición en el paciente a escuchar interpretaciones alternativas que reduzcan la intensidad del sufrimiento derivado de las convicciones delirantes. Sin estas condiciones, el tratamiento será un fracaso inocuo, o bien, tendrá efectos perjudiciales: alejamiento emocional, rabia, confusión, etc.

En realidad, **nuestras teorías nos ofrecen un saber exclusivamente contextual**. Por una parte, funcionan como prescriben los prospectos de un medicamento. Útiles para una serie de situaciones determinadas, bajo una manera apropiada de aplicación y con un listado de posibles efectos secundarios. Y, por otra parte, se trata de un saber bien diferente a la simple administración de fármacos. Una parte esencial del efecto beneficioso o perjudicial proviene del contexto de la relación entre paciente y terapeuta.

Gonzalo estaba muy atemorizado y yo parecía estar muy seguro. En un principio le ofrezco lo que me demanda y creo que necesita, un vínculo de protección del que ya había disfrutado conmigo anteriormente y que se había interrumpido durante el último mes. ¿Qué causa principalmente la mejoría? ¿El tratamiento técnico o la propia relación de protección con cierta independencia de lo que hiciera el terapeuta?

Esta pregunta clásica está mal planteada porque vuelve a considerar que el objeto de estudio es únicamente el paciente y, por tanto, habría que medir el efecto del tratamiento sólo sobre él. Si cambiamos de *Gestalt* y consideramos el efecto sobre el sistema paciente-terapeuta, se obtiene una mejor comprensión al tener en cuenta los efectos de regulación mutua (Aron L., 1996; Espinosa y col., 2005). Cuando Gonzalo llega a sesión entramos en un túnel oscuro que nos atemoriza a ambos por diferentes razones (miedos persecutorios y miedo a no poder ayudarlo). Tras el microanálisis de la interacción de ligue, la solidez

del delirio se ablanda algo, pero quien principalmente se queda tranquilo, soy yo: puedo entender la situación vivida de forma no persecutoria, pensando en la mente de Soledad.

Desde el punto de vista de Gonzalo, no resultan decisivas las dudas que aparecen sobre sus argumentos. En realidad, sus convicciones delirantes seguían siendo más creíbles para él. La tranquilidad que obtiene viene por mi intermediación: primero me tranquilizo yo y esta tranquilidad se contagia, situación que provoca una regulación mutua de nuestros estados de ánimo. Es como si dentro del túnel uno de los dos se hubiera calmado y el otro se tranquilizara al verlo tranquilo.

### 3.3 La revolución teórica sin la epistemológica

Kohut y Winnicott centran su trabajo en el desarrollo de la subjetividad atrofiada del paciente. Sin embargo, las técnicas que proponen son concebidas, sin embargo, como un logro científico, objetivo y universal.

“Los autores y clínicos que acogen la revolución teórica sin tomar en cuenta la revolución metateórica consideran que la revitalización y expansión de la auténtica subjetividad del paciente es algo que sólo están facilitando y observando, en vez de algo en lo que están participando y construyendo. El gran peligro aquí es obviar el impacto generado por el sistema de creencias del analista y su participación personal” (Mitchell, 1993).

Para ilustrarlo, Mitchell analiza algunos pasajes del caso clínico descrito por Winnicott en *Sostén e interpretación*:

**-Paciente:** “Algunas veces parece que el material más profundo no es tan productivo. Podría ser considerado demasiado frívolo, demasiado consciente o algo así. Parece estar tratando de producir la cosa correcta. A menudo me siento culpable de que pueda estar perdiendo el tiempo o elaborando de un modo que no sea significativo”.

**-Analista:** “Todo el tiempo estoy sosteniéndole a usted de varios modos: por una parte con mi management general y por otra con interpretaciones del material”.

Winnicott sólo responde recapitulando sus propias ideas sobre la función de desarrollo que está proveyendo como si se tratara de un médico que explicara al paciente el tratamiento objetivo y estándar de una sencilla operación quirúrgica. En otros fragmentos del caso, Winnicott continúa absorto en sus construcciones teóricas sin percatarse del impacto que están generando en el paciente: inhibición (no hablar de asuntos que puedan ser considerados demasiado frívolos), sometimiento y culpabilidad (miedo a perder el tiempo). Como interpreta acertadamente Mitchell, “El paciente parece sugerir que trabaja para producir material que corresponda a las ideas de Winnicott sobre lo que es importante, en vez de explorar su necesidad de agradar”.

### 3.4 La revolución epistemológica sin la teórica

Los autores que han incorporado la revolución clínica pero no la epistemológica quedan ciegos para el análisis de los efectos perjudiciales de las teorías que manejan sobre la subjetividad del paciente, al concebirlas como entidades objetivas tan sólidas como las rocas. Por el contrario, los autores que están en el extremo opuesto, aquellos que han incorporado la revolución epistemológica pero no la clínica, no pueden comprender el efecto beneficioso y estructurante de las teorías de la mente. Mitchell (1993) critica a autores como Levenson, que conciben las teorías clínicas como meros obstáculos para un análisis puro de la relación paciente-terapeuta.

“En su forma extrema presentan el psicoanálisis estrictamente como una metodología, sin ninguna teoría (...) Así corren el riesgo de construir una metodología que flota en el espacio (...) El investigador que está siempre cuestionándose a sí mismo y a las comprensiones del paciente, puede ser algunas veces provocativo y distraer de la tarea de facilitar el descubrimiento del *Self* del paciente” (Mitchell, 1993).

Es verdad que las teorías de Kohut, Winnicott o Klein no describen de forma objetiva y universal el funcionamiento del ser humano. Pero nos dotan de una valiosa red de carreteras por las que podemos viajar con rapidez hacia lugares que han sido muy significativos en amplias muestras de pacientes.

### 3.5 La complementariedad de ambas revoluciones

Mitchell (1993) propone una integración de ambas revoluciones, la clínica y la epistemológica: “Los avances en epistemología sobre la participación del analista sirven como corrección para esos teóricos que se centran en la experiencia subjetiva del paciente y que creen que de hecho conocen lo que el paciente necesita. Lo contrario también es verdad. Las teorías que proveen conceptos para describir el desarrollo de la experiencia subjetiva del paciente pueden proveer de una corrección útil para los avances de la revolución epistemológica y su reconsideración de la naturaleza de la teoría, donde hay una tendencia a centrarse en una preocupación por la participación del analista y el estatus epistemológico de su conocimiento”.

Si no se consigue en absoluto esta integración, se producen relaciones de dominio y sometimiento. Cuando falta la revolución epistemológica hay un vínculo desequilibrado a favor del paciente. El objetivo terapéutico se centra exclusivamente en la facilitación de su *Self* genuino. Y el papel del terapeuta es borrado como sujeto cabal para realizar una función de objeto del *Self*, al tiempo que es idealizado como portador de un saber universal sobre lo que debería ser un desarrollo sano o patológico.

Por el contrario, cuando falta la revolución clínica, hay una relación desequilibrada a favor del terapeuta. El objetivo terapéutico se inclina demasiado hacia el análisis del impacto del terapeuta, de manera que la

subjetividad del paciente queda desvaída, apagada, como en ese tipo de películas o novelas de "autor" en donde queda muy claro, por todas partes, la impronta y la innovación del director o escritor... pero donde los personajes y la narración carecen de fuerza.

#### 4. TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA EN PSICOANÁLISIS.

En *Hope and Dread in Psychoanalysis*, Mitchell responde a uno de los temas que más dividen a los psicoanalistas de hoy en día, la definición de los grandes cambios de la teoría y la clínica como una evolución o una revolución:

"No hay una respuesta correcta o errónea a esta cuestión. La mayoría estamos de acuerdo en que el psicoanálisis contemporáneo es diferente del psicoanálisis de hace noventa o cincuenta años. Es el mismo en unos aspectos y diferente en otros. Llamar a estos cambios revolucionarios enfatiza las diferencias; llamarlos evolutivos enfatiza la continuidad. Ningún punto de vista es más correcto, es una cuestión de énfasis. Ahora bien **este diferente énfasis supone una elección muy importante: teórica, clínica y políticamente**".

Toda la obra de Mitchell gira alrededor de la apuesta por este énfasis revolucionario tan importante. En primer lugar, busca un factor de unión y coherencia entre la mayoría de las teorías modernas (Psicología del Self, Psicoanálisis Interpersonal, Teoría Británica de las Relaciones Objetales, Teoría del Apego, investigación de la temprana infancia, etc.), y observa que todas tienen en común una concepción del ser humano en donde las relaciones con los otros son la materia prima de la propia identidad, la patología y el tratamiento.

A su juicio, estas teorías relacionales se oponen y contradicen unas a otras porque centran su atención sobre diferentes polos de la matriz relacional, pero también se corrigen unas a otras y resultan complementarias. Así, si en la estructura de un vínculo o relación podemos diferenciar tres elementos: el sujeto, el objeto y la interacción; hay teorías relacionales que se centran en el sujeto (Psicología del Self), otras en el objeto (Psicoanálisis Británico de las Relaciones Objetales) y finalmente, otras que se centran en la interacción (Teoría del Apego, Psicoanálisis Vincular y Psicoanálisis Interpersonal).

Mitchell responde bien al retrato que hace Kuhn (1977) sobre las características de los grandes creadores: la capacidad de soportar una *tensión esencial* entre pensamientos convergentes y divergentes respecto de la tradición científica de pertenencia. Los grandes creadores son una mezcla de "tradicionalistas e iconoclastas".

Cuando Mitchell funciona con un pensamiento convergente, tradicionalista, obtiene el aplauso de la mayoría de la comunidad científica al integrar como complementarias, teorías que se formulaban de forma antagónica. Por el contrario, resulta mucho más polémico cuando pone en funcionamiento un pensamiento divergente y propone tirar por la borda el uso clásico de las pulsiones como concepto motivacional básico.

Para los defensores de la tradición clásica eliminar las pulsiones equivale a la destrucción de pilares fundamentales que sostienen el edificio del psicoanálisis, y por tanto, habría riesgo de derrumbe. Por el contrario, para la mayoría de los partidarios del cambio relacional, este proyecto supone la recuperación de la sensatez. El terapeuta abandona el papel de *gurú*-especialista de las "fuerzas oscuras" del caldero sin fondo del inconsciente, para centrarse en el análisis de los afectos y de los patrones habituales de relación: un universo de datos accesibles a la capacidad empática e introspectiva del paciente y del terapeuta (Riera R., 2002).

Si volvemos de nuevo a la cita de Mitchell sobre la definición de estos cambios como evolución o revolución, además de reconocer la creatividad del principal arquitecto del cambio relacional, también nos topamos con un componente de extrañeza. Si, al seguir la estructura de pensamiento de Mitchell, se ha tratado de dos revoluciones (teórica y epistemológica), parecería lógico que la conclusión final fuera una revolución al cuadrado.

El problema de la conclusión de Mitchell es una forma de pensamiento exclusivamente "constructivista" –algo en lo que no suele caer habitualmente–, y que termina por resultar demasiado "políticamente correcta", quizás como adaptación al entorno del psicoanálisis norteamericano de hace más de una década. El filósofo Searle (1995) ha rectificado el rumbo del constructivismo radical al desarrollar la tesis de que la construcción de la realidad social se basa siempre, en última instancia, en hechos "intrínsecos", no sólo en construcciones sociales. Pone el ejemplo del uso del dinero. Cada vez aparecen construcciones sociales más novedosas (pagar con tarjetas de crédito, comprar por internet) que se adaptan a las necesidades subjetivas contemporáneas, pero nunca eliminamos el referente objetivo: el billete, la moneda. Algo que conocemos bien los terapeutas que cobramos al término de cada sesión y llegamos a casa –como los taxistas– con nuestra recaudación diaria.

A mi entender, el "hecho intrínseco" más importante del cambio relacional es la **democratización de la psicoterapia**, la transformación de la teoría clínica en procesos de mutualidad (Aron L., 1996, Espinosa y col., 2005). Por ejemplo, para Greenson (1976), la transferencia es una respuesta "inapropiada" del paciente en la que atribuye al terapeuta conflictos proyectados de su mundo interno. En el famoso artículo de Hoffman (1983) "El paciente como intérprete de la experiencia del analista", se subraya la otra cara de la moneda: lo apropiado y legítimo de estas atribuciones. Hoffman reconoce que "el paciente es un gran intérprete, sutil y certero, de aspectos inconscientes y renegados de la subjetividad del analista", y en consecuencia, propone favorecer la escucha atenta de estas interpretaciones. Otro tanto podemos decir de la resistencia, la alianza terapéutica, la "analizabilidad", etc.: vemos continuamente estos fenómenos con una nueva *Gestalt*, como procesos de influencia y regulación mutua, a pesar de la asimetría de roles entre paciente y terapeuta.

Donde más claramente se observa este proceso democratizador es en la teoría clínica sobre el *impasse*. Horacio Etchegoyen (1986), antiguo presidente de la IPA, reconoce lúcidamente al *impasse* como la situación más amenazante que puede surgir en un tratamiento:

“Es quizás el peor riesgo de nuestro azaroso quehacer y la amenaza más cierta a nuestro instrumento de trabajo. Uno sólo de estos casos basta para conmover nuestra ideología científica, porque el *impasse* no es simplemente una dificultad interna de la teoría sino una verdadera anomalía que cuestiona el paradigma psicoanalítico y amaga con la crisis” (Etchegoyen, 1986).

Con su ideología kleiniana centra el problema del *impasse* más frecuente y difícil de resolver en el umbral de la posición depresiva, “cuando el paciente tiene que hacerse cargo de su dolor moral, su culpa y su maldad”. Y llega a una solución paradójica. Reconoce que las fiebres del *impasse* son sufridas por ambos, paciente y terapeuta. Y en el caso del terapeuta, con una especial intensidad, al ponerse en juego las bases de su identidad profesional. Sin embargo, termina por atribuir la causa en exclusiva a la patología del paciente y exculpa completamente al terapeuta:

“El proceso no avanza ni retrocede. Esto no supone que no haya fallas en el encuadre y en la labor del analista. Existen siempre, como en todo análisis; pero no son lo decisivo” (Etchegoyen, 1986).

En conclusión, Etchegoyen propone como teoría clínica que el terapeuta, al enfrentarse a un caso de *impasse*, “no debe hacer caso del juicio del paciente”, puesto que puede estar muy contaminado por grandes resistencias: ha de contar nada más que con su propio juicio. Es decir, nos encontramos con una grave amenaza al paradigma intrapsíquico, pero mal resuelta por medios autoritarios.

Por el contrario, para Stolorow y Atwood (1992), el análisis del *impasse* es la “vía regia” hacia la aceptación de la necesidad de pensar en términos intersubjetivos, ya que se pone de manifiesto, en primer plano, la experimentación de una misma situación de dos formas contrapuestas, debido a la diferente organización de los mundos subjetivos del paciente y del terapeuta. En estos casos de *impasse*, proponen el análisis explícito y compartido del impacto de la conducta del terapeuta sobre la subjetividad del paciente. De esta forma, se renuncia a la posición autoritaria donde el acceso a la verdad es monopolio del terapeuta, y se busca la negociación entre las verdades subjetivas y parciales de uno y otro.

Si un nuevo paradigma se caracteriza por la resolución de anomalías recalcitrantes, aquí tenemos un buen ejemplo. Por tanto, no estamos hablando solamente de criterios subjetivos que cristalizan en realidades sociales que terminan por solidificarse. Hablamos de “hechos intrínsecos”, de comportamientos objetivos del terapeuta, autoritarios o democráticos. Como sabemos los españoles que hemos conocido la vida bajo la dictadura y después con la democracia, se trata de cosas bien diferentes.

En este punto caben algunas matizaciones. Cuando he debatido públicamente sobre el cambio de paradigma, o al enseñar psicoanálisis relacional, he recibido algunas críticas razonables. En primer lugar, parece que estuviera defendiendo el cambio relacional como democrático y que toda la tradición anterior no lo fuera en absoluto. Tampoco es así. Si el psicoanálisis me interesó como vocación profesional fue precisamente porque la subjetividad del paciente tenía un gran espacio en la práctica clínica, frente a otros paradigmas como el conductista, muy directivos. La tradición psicoanalítica se fundamenta en una metodología –la asociación libre– nada directiva. Y la mayoría de los terapeutas tienen un talante abierto y dialogante. Entonces, ¿no es excesiva la crítica de autoritarismo? Este problema hay que centrarlo en el lugar que se otorga al terapeuta en la producción y tratamiento de la base de datos clínicos. Un puesto de observación neutral desde donde se divisa “la verdad del paciente”: esto es lo que ya no es sostenible y resulta autoritario.

Una segunda crítica se refiere a la simplificación caricaturizante al afrontar “lo clásico”, en mi entusiasmo por mostrar lo relacional de forma seductora. Vale, de acuerdo, tienen razón. La mayoría de los terapeutas con los que he debatido no se sienten reconocidos en la categoría de clásicos: cada uno de ellos ha realizado un largo trayecto personal hasta encontrar una perspectiva personal influenciada por muchos autores. En algunos de estos casos, la actitud que critico es la confusión resultante del uso disociado de teorías muy dispares que no se relacionan entre sí. Cada teoría se piensa eclécticamente como una “aportación positiva”, y todo son aportaciones. Pero al final, nuestra biblioteca mental está abarrotada, no se ordena ni se tira lo que ya no sirve. No se contrastan hipótesis, ni se expone qué teorías han resultado beneficiosas o perjudiciales para nuestros pacientes y para nosotros mismos (Riera R., 2001).

Finalmente, ¿cuál es mi respuesta personal sobre el cambio de paradigma? Creo que ya hay un desarrollo teórico suficiente que ha producido la emergencia de una nueva tradición de psicoanálisis relacional basada en el trabajo convergente de autores norteamericanos (Mitchell, Stolorow, Atwood, Orange, Benjamin, Aron, Hoffman, etc.). El conjunto de todos ellos ofrece una nueva teoría revolucionaria, un salto cualitativo, un cambio paradigmático. Un logro grupal que no hubiera sido posible sin la base de otros autores de generaciones anteriores, a los que ahora encontramos un valor añadido como predecesores del cambio relacional: Ferenczi, Fairbairn, Balint, Winnicott, Kohut y Sullivan.

Mi experiencia personal de cambio de paradigma (Pinto J.M., 2005) queda perfectamente reflejada en palabras de Kuhn como el aprendizaje de una nueva *Gestalt*: “El científico que cambia de paradigma es como la persona que se coloca gafas que invierten la imagen: lo mismo de antes lo ve diferente”.

Si ahora cambiamos al nivel social, tenemos que hacernos la pregunta fundamental que se plantea Kuhn: “¿Qué paradigma deberá guiar el futuro de las investigaciones de manera más fructífera?”. Por mi parte, tengo pocas

dudas de que un buen grupo de terapeutas de las generaciones más recientes encontrará fascinantes los cambios que propone el psicoanálisis relacional, e irá desarrollando este programa de investigación.

La incertidumbre aparece sobre cómo resultará la construcción social de esta nueva realidad en España. La mayoría de los filósofos de la ciencia no piensan como Kuhn en tradiciones de investigaciones dominantes: en ciertos momentos la coexistencia de tradiciones de investigación rivales en un campo científico es la regla y no la excepción. No cabe imaginar otro escenario de futuro para el psicoanálisis y la psicología que un terreno de pluralismo teórico, de coexistencia entre paradigmas diferentes.

Aún más, necesitaríamos algo más que coexistencia: una transición democrática en donde los paradigmas rivales puedan corregirse e influenciarse recíprocamente. Necesitaríamos un ideal teórico maduro (Pinto J.M., 2005) que nos permita dejar de protegernos de la incertidumbre mediante el uso "idealizante" de nuestras teorías, el aislamiento autocomplaciente, y la fragmentación excesiva en pequeños reinos de taifas.

"La democracia requiere una actitud para apasionarse por las propias ideas, pero también para reírse de ellas y reírse de uno mismo, de la caricatura en que aquéllas se convierten en las formas fatalmente simples e imperfectas en que las profesamos" (Claudio Magris, EL PAIS, abril 2006).

## BIBLIOGRAFÍA

- Aron, L.** (1996). *A meeting of minds. Mutuality in psychoanalysis*. The Analytic Press. New York.
- Atwood G. y Stolorow R.** (1993). *Faces in a cloud. Intersubjectivity in Personality Theory*. Borla. Roma.
- Benjamin J.** (1988). *Los lazos de amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Paidós, Buenos Aires.
- Benjamín J.** (1997). *Sujetos iguales, objetos de amor*. Paidós. Barcelona.
- Berger P. L. y Luckmann T.** (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Conde M.** (2005). "El loco Amaro: un delirio socialmente viable en la Sevilla del Siglo XVII". *Intersubjetivo* vol. 7, nº 2.
- Espinosa S. y col.** (2005). "Procesos de mutualidad y reconocimiento. Un nuevo contexto para la reconceptualización de la transferencia". *Intersubjetivo* vol. 7, nº 2
- Etchegoyen H.** (1986). *Los fundamentos de la técnica analítica*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Fonagy P.** (1999). "Apegos patológicos y acción terapéutica". *Aperturas Psicoanalíticas* ([www.aperturas.org/4fonagy.html](http://www.aperturas.org/4fonagy.html)).
- Freud S.** (1912). *Sobre una degradación general de la vida erótica*. Tomo V. Biblioteca Nueva.
- Freud S.** (1915). *Duelo y melancolía*. Tomo VI. Biblioteca Nueva.
- Gadamer H.** (1995). *El giro hermenéutico*. Cátedra. Madrid.
- Greenson, R.** (1976). *Teoría y Práctica del psicoanálisis*. Siglo XXI. Madrid.
- Hinshelwood R. D.** (1989). *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Amorrortu. Buenos Aires.
- 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.
- Kuhn T.** (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Kuhn T.** (1977). *La tensión esencial*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Kohut H.** (2002). *Los dos análisis del Sr. Z*. Herder. Barcelona.

- Mitchell S.** (1988). *Conceptos relacionales en psicoanálisis*. Siglo XXI. México.
- Mitchell S.** (1993). *Hope and Dread in psychoanalysis*. Basic Books. New York.
- Mitchell S.** (1995). *Más allá de Freud. Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Herder. Barcelona.
- Mitchell S. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Analytic Press. New York, Hillsdale.
- Mitchell S. (2002). *Can love last? The Fate of Romance over Time*. Norton and Company.
- Morin E. (1977). *El método. La naturaleza de la naturaleza*. Cátedra. Madrid.
- Morin E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona. Gedisa.
- Moulines C. U. y Díez J. A. (1997). *Fundamentos de la filosofía de la ciencia*. Ariel. Barcelona.
- Orange D. (1995). *La comprensión emotiva*. Ubaldini. Roma.
- Pinto J.M. (2005). "Rumbos de navegación en psicoterapia". *Intersubjetivo* vol. 7, nº 1
- Prigogine I. y Stengers I. (1979). *La nueva alianza. Metamorfosis de la ciencia*. Alianza editorial. Madrid.
- Riera R. (2001). "Transformaciones en mi práctica (Un trayecto personal con el soporte de la teoría intersubjetiva y de la psicología del Self)". *Aperturas Psicoanalíticas*, [www.aperturas.org/8riera.html](http://www.aperturas.org/8riera.html).
- Riera R. (2002). *Introducción a la Psicología del Self*. En "Los dos análisis del Sr. Z.". Herder. Barcelona.
- Safran J. D. Y Muran (2000). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Searle J. R. (1995). *La construcción de la realidad social*. Paidós. Barcelona.
- Stren, D. (1985). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires. Piados.
- Stolorow R. Atwood G. (1992). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Herder. Barcelona.
- Stolorow R. Atwood G. Brandchaft B. (1994). *The Intersubjective Perspective*. Jason Aronson Inc. Washington.
- Stolorow R. Atwood G. Orange D. (1997). *Working intersubjectively*. The Analytic Press. New York.

(\*) **NOTA:** Publicado en Intersubjetivo. Junio 2006; vol. 8, nº 1.

