

## La Especificidad de la Eficacia Terapéutica en el Tratamiento Psicoanalítico<sup>1</sup>

Howard A. Bacal, M.D.<sup>2</sup>

Los Ángeles, CA, USA

Con el desarrollo de una teoría en la que el efecto terapéutico es específico al proceso emergente de la particular pareja analista-paciente, proponemos ahora que estos dos pasos hacia la cura analítica, la comprensión y la respuesta, no sólo se solapan; sino que están intrínsecamente entrelazados, la una con la otra. Ahora debemos reconocer que la medida de una terapia psicoanalítica no es ni la "empatía" ni la "respuesta", sino lo que constituye la plenitud y complejidad de la comprensión de los estados emocionales y mentales del otro y la capacidad para discernir qué respuestas pueden ser específicamente terapéuticas para ese paciente, y posibles para ese analista, en la singularidad del proceso que se va desarrollando.

**Palabras clave:** Teoría de Especificidad, Eficacia, Psicoanálisis, Psicoterapia.

With the development of a theory that therapeutic effect is specific to the emergent process of the particular analyst-patient pair, we now propose that the two steps toward analytic cure, understanding and response, not only overlap; they are inextricably linked, one with the other. We must now acknowledge that the measure of a therapy as psychoanalysis is neither "empathy" nor "response", but rather constitutes the fullness and complexity of understanding the emotional and mental states of another, and discerning responses that may be specifically therapeutic for that patient, and possible for that analyst, in the uniqueness of their unfolding process.

**Key Words:** Specificity Theory, Efficacy, Psychoanalysis, Psychotherapy

*English Title: The Specificity of the Therapeutic Efficacy in Psychoanalytic Treatment*

### **Cita bibliográfica / Reference citation:**

Bacal, H.A. (2017). La especificidad de la eficacia terapéutica en el tratamiento psicoanalítico.

*Clínica e Investigación Relacional*, 11 (2): 217-231. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)]

DOI: 10.21110/19882939.2017.110201

---

<sup>1</sup> Texto para la conferencia que Howard A. Bacal pronunció en Ágora Relacional-IPR, en Madrid el 5 de Mayo de 2017. Traducción castellana de María Hernández Gázquez revisada por Alejandro Ávila Espada.

<sup>2</sup> HOWARD A. BACAL, M.D., es Psicoanalista y Psicoterapeuta (Los Ángeles, CA, USA). Analista Didacta y Supervisor del *Institute of Contemporary Psychoanalysis*, Los Ángeles; Analista Didacta y Supervisor del *New Center for Psychoanalysis*, Los Ángeles; Analista Didacta y Supervisor del *Institute for the Psychoanalytic Study of Subjectivity*, New York. Ha presidido las conferencias internacionales anuales de la Psicología del Self de 1984, 1993, 2001, 2004, 2007 y es miembro del Consejo Asesor de la IAPSP. Ha publicado muy numerosos y destacados trabajos, entre ellos sus libros: *Optimal Responsiveness. How Therapists heal their patients* (H. Bacal, Ed., Jason Aronson, 1998) y *The Power of Specificity in Psychotherapy. When therapy works and when it doesn't* (H. Bacal con L. Carlton, Jason Aronson, 2011).

Siempre he tenido especial interés en qué es lo que determina el efecto terapéutico. Hace algún tiempo (Bacal, 1985, 1998) acuñé la frase "**responsividad<sup>1</sup> óptima**" para denotar lo que me parecía obvio, aunque estuviera curiosamente poco reconocido, sobre la experiencia terapéutica: que está asociada de forma significativa no sólo con el "insight"<sup>2</sup> derivado interpretativamente, sino también con una amplia variedad de respuestas por parte del terapeuta; y en segundo lugar, que la diversidad de maneras en que los pacientes viven el efecto terapéutico, está emparejado sólo con la particularidad de la necesidad terapéutica de cada paciente. El concepto "responsividad óptima" también busca legitimizar el intento del terapeuta para que sus respuestas estén se ajusten de las necesidades terapéuticas del paciente en particular, lo que los buenos terapeutas estaban haciendo de forma natural, aunque no oficialmente.

A lo largo del tiempo empecé a apreciar que detrás del enfoque clínico que estaba informado por la *responsividad óptima*, acechaba una *teoría* sobre la ineludible *especificidad* de la experiencia terapéutica: que el tratamiento efectivo es una función del proceso único y específico entre sus participantes particulares (Bacal, 2011). La teoría de la especificidad se dirige tanto a temas pragmáticos como epistemológicos dentro de nuestro campo: cómo sucede la terapia realmente, o no; y cómo podemos pensar sobre esto de forma óptima.

La **teoría de la especificidad** esencialmente afirma que cuando el terapeuta y el paciente se encuentran para tratamiento psicoanalítico, esas dos personas deben averiguar para qué están allí – es decir qué significa la terapia para el paciente, si pueden estar juntos terapéuticamente y en tal caso, cómo. La teoría de la especificidad no le proporciona al terapeuta psicoanalítico una lista de cosas para hacer y no hacer. Más bien, reconoce que el tratamiento psicoanalítico constituye un complejo proceso recíproco y que el efecto terapéutico es centralmente una función de la *singularidad del proceso diádico* y del *encaje diádico específico*. La teoría de la especificidad afirma que si centramos nuestra atención en el proceso singular que emerge entre cada uno de nosotros y nuestro paciente particular podemos maximizar nuestra capacidad terapéutica y podemos, de esta forma, también comprender más claramente la razón por la cual no esté ocurriendo –lo cual es, indiscutiblemente, igual de importante.

De forma análoga, la formación psicoanalítica puede mejorar de forma significativa (Bacal, 2011) al comprender que la **situación de supervisión** es específica para la particularidad del proceso entre ese supervisor, supervisando, y ese paciente, en ese contexto.

Cada teoría psicoanalítica refleja de forma diversa los aspectos significativos de la historia personal, así como profesional, de su autor (como han elaborado Stolorow y Atwood, en 1979). Por lo tanto, ¡esto es aún más cierto en relación con la teoría de la especificidad

terapéutica! Se me ocurrió que podría hacer que la teoría fuera algo más viva para vosotros si la entremezclaba con mi descripción de algunas de éstas influencias y cómo fueron evolucionando para mí. Podemos hablar más de esto mañana por la mañana<sup>3</sup>.

Hace mucho tiempo, en un diván en un lejano lugar – en Inglaterra de hecho – un joven luchaba para contener sus emociones de rabia y vergüenza mientras su analista de forma contundente y crítica, interpretaba sus asociaciones como prueba de que no quería trabajar y que no sabía cómo amar. En otras palabras, se sintió incapaz de escapar de la certeza del pronunciamiento de su analista, de que era en efecto el paradigma freudiano de salud/enfermedad. Aunque es interesante señalar que, un año antes, Anna Freud me había rechazado como paciente para entrar en análisis con ella porque *¡no estaba suficientemente enfermo!* Ella lo decía como que *¡no había vivido suficientes cosas en la vida!* La Srta. Freud no conocía a mi madre. Michael Balint, con quien entré en análisis tras mi aceptación para la formación en la Instituto Psicoanalítico en Londres, tuvo que escuchar mucho sobre mi madre. Mientras parecía comprender mis experiencias con ella de reacciones de denuncia y humillación, era aparentemente incapaz de considerar que, en nuestras reacciones entre los dos, podríamos estar replicando un aspecto específico de la relación con mi madre. Me llevaría muchos años – de hecho, hasta mi segundo análisis – considerar esto seriamente.

La incapacidad de Balint de reconocer que éste podría ser el caso, era aún más sorprendente a la luz de un notable artículo que publicó junto a Alice Balint en el "International Journal of Psychoanalysis" unos 22 años antes (en 1939). Su trabajo constituyó un reto revolucionario sobre la forma de Freud de entender la transferencia como un proceso unilateral y la contratransferencia como una reacción a la misma. (Los Balint) sugirieron que "la situación analítica es el resultado del interjuego entre la transferencia del paciente y la contratransferencia del analista, complicado con las reacciones liberadas en cada uno, por las transferencias del otro sobre él" (p. 227). En otras palabras, reconocían que la experiencia del paciente estaba determinada por un proceso interactivo. Nadie hizo gran caso a sus afirmaciones, ni notaron que a esto le dieron una vuelta más: además insinuaron una particularidad en este proceso; es decir, que la "enfermedad" regresiva del paciente aumentaba de forma significativa como resultado de la reactivación – entre el analista particular y el paciente particular – de las experiencias de las discrepancias significativas del encaje entre las necesidades tempranas del paciente y la habilidad de sus cuidadores de responderle (1968, p. 162).

Sin embargo, Balint no aplicó estas observaciones en su aproximación analítica conmigo. Evidentemente yo resultaba ser un paciente "difícil", sin embargo, aparentemente no

consideraba que mi disforia pudiera reflejar una disparidad específica de encaje, en la particularidad de nuestro proceso; es decir, que éramos una "díada difícil".<sup>4</sup>

El aspecto más importante de la teoría de la especificidad, es el reconocimiento de las limitaciones, así como de las capacidades, para el efecto terapéutico de cualquier díada en particular. Esto es, sin embargo, un reconocimiento en retrospectiva. En aquel momento, sólo sabía que sus proclamaciones sobre mí no me hacían sentir bien; aunque, a veces, se me ocurría que lo que él estaba haciendo tampoco estaba bien del todo. En una sesión me encontré implorándole que se relacionara conmigo de manera diferente. En vez de lanzarme interpretaciones desde allí arriba, ¿no podríamos ser como dos niños sentados uno al lado del otro, apoyados contra el diván, observando juntos y discutiendo lo que cada uno veía?

Mi intención al ofrecer esta metáfora era intentar conseguir el tipo de responsividad que sentía podría permitirme tener una experiencia terapéutica – no sólo dejando de lado la actitud de juzgar – sino también al compartir lo que podría sernos de interés a los dos, juntos. (He llegado a aprender que este tipo de experiencia es especialmente sana para mí). Mi sugerencia a Balint de que podría haber una forma que sería mejor para mí que esta actividad llamada análisis, en retrospectiva, fue también mi primer intento implícito de afirmar la importancia de la *especificidad* en la *respuesta óptima terapéutica*. Otra forma, un tanto desesperada, que pensé podría llamar la atención sobre mi dilema fue, hacia finales del primer año de formación analítica, escribir un borrador de trabajo titulado "¿Es necesario el Análisis?" Sin embargo, sopesé, probablemente de forma sabia, que si hubiera sacado ese pequeño trabajo a la luz, quizás no hubiera podido continuar mi formación en la escuela de formación analítica.

Sin embargo, surgió un encaje notablemente bueno para mí en el diván de Balint, en otro contexto. Tuve una experiencia muy útil con Michael Balint durante su supervisión de mi primer caso de formación analítica, el cual dirigió de acuerdo con el modelo húngaro de supervisión psicoanalítica (ver Bacal, 2015).

En este tipo de supervisión, el analista del candidato supervisa su primer caso mientras comparte su experiencia con su paciente en el curso de sus asociaciones durante las sesiones analíticas. Encontré que ésta forma de supervisión era de enorme valor; en retrospectiva, era un ejemplo de la aplicación pedagógica de la teoría de la especificidad, es decir de la especificidad del proceso emergente. Esta experiencia me capacitó para apreciar, con sorprendente inmediatez, cómo aspectos específicos de quien soy, con este paciente, afectaban mi respuesta con ella. En una ocasión mientras hablamos de mi paciente,

ansiosamente compartí con Balint que dudaba que pudiera ayudarla ya que parecía ser tan parecida a mí. Su respuesta, para mi inmenso alivio, fue: "Cada paciente es igual que los demás, pero completamente diferente." Y ahora yo añadiría, "y también lo es cada día analítica".

Me he preguntado cuál era la diferencia – entre la experiencia a veces dolorosa y frustrante cuando Balint dirigía su comprensión a mí sólo, y la experiencia que fue de tanta ayuda cuando estábamos discutiendo lo que ocurría entre mi paciente y yo. A parte de lo obvio, es decir, que en este contexto el tema no era mi patología, además Balint y yo éramos diferentes el uno del otro en este contexto: estábamos compartiendo lo que claramente nos interesaba a los dos. Estábamos, en efecto, participando en un proceso recíproco mutuamente satisfactorio. Para mí, la formación y el tratamiento convergían en este contexto, de forma muy particular.

También me he preguntado si otro determinante para lo que se desarrolló de forma tan distinta para mí con Balint, cuando estaba supervisando mi trabajo analítico, era el familiar fenómeno de la tolerancia aumentada del abuelo para con sus nietos, más que con sus propios hijos. En nuestro proceso de supervisión, el abuelo era Balint en relación a los pacientes de sus analistas en formación – es decir a mis analizados. En este contexto mi abuelo analítico era Sandor Ferenczi con quien, sospecho, podría haber experimentado un encaje terapéutico mejor. Desde entonces me he preguntado si puede haber sido también significativo la falta de encaje diádico en la experiencia no tan óptima del análisis con Fairbairn (Guntrip, 1975). Al tratar a Guntrip, Fairbairn no aplicó sus nuevas ideas sobre la naturaleza relacional del trabajo analítico; sino que aplicó los conceptos tradicionales que no capacitaban a Guntrip para interactuar terapéuticamente con Fairbairn. De forma análoga, así como Guntrip tuvo una mejor experiencia analítica con Winnicott, yo también encontré un mejor encaje con Heinz Kohut (ver también Bacal, 2011) que comentaré en breve.

### Un ejemplo clínico

En parte debido a la vena traviesa en mi personalidad, describiré brevemente cómo la *especificidad del encaje* en el tratamiento psicoanalítico de otro joven contribuyó a su cura en poco más de 3 meses al ayudarlo a terminar el análisis (supongo que esto podría haber sido mi viñeta ilustrativa para el trabajo que nunca terminé "¿Es necesario el Análisis?" Aun así, fue un análisis, si bien breve). Esta viñeta clínica realmente no forma parte de mi libro. El

tratamiento ocurrió hace ya bastante tiempo, sin embargo, al mirar hacia atrás, me parece una buena ilustración acerca de algunos aspectos sobre la teoría de la especificidad.

Eric tenía unos 20 años cuando me lo derivó un ilustre colega psicoanalítico estando yo trabajando en San Francisco, a principio de los años 70. El padre de Eric, un abogado en la ciudad, le había pedido a mi colega que localizara un buen analista para Eric. Estaba muy preocupado por el estado mental de su hijo y la dirección que estaba tomando su vida. Eric apenas estudiaba las asignaturas que le capacitarían para su admisión a la facultad de Derecho, y parecía estar constantemente irritado y deprimido. En lugar de aplicarse en sus estudios, pasaba su tiempo dando vueltas a “ridículas” ideas para negocios. El padre de Eric no sólo sabía que podía beneficiarse del análisis, sino que también sabía el tipo de análisis que mejor le podría beneficiar. Él mismo había completado hacía algunos años, un análisis de 10 años en Londres, con Hannah Segal, una analista Kleniana “senior”. Lo había encontrado de enorme valor y sabía que también sería beneficioso para su hijo.

Desde el punto de vista del analista que me lo derivó, podía parecer que yo era lo más parecido a un analista Kleniano, en San Francisco en aquel momento. (¡Cómo han cambiado los tiempos!) Me había cualificado unos 6 años antes del Instituto de Psicoanálisis en Londres donde 2 de mis 6 supervisores eran analistas Klenianos senior – Bion para un caso adulto y Betty Joseph para un caso de análisis infantil – y donde la propia Hannah Segal fue una de mis instructoras en teoría Kleniana. Así yo conocía a “Klein”, sin embargo no era un “Kleniano”. Me había afiliado con el llamado Grupo del Medio del Instituto Británico (Middle Group of the British Institute), que era un peculiar grupo no-grupo. (El Grupo del Medio, que a veces se llamaba a sí mismo el Grupo Independiente, supuestamente estaba colocado en algún lugar entre las sensibilidades Freudianas y Klenianas, pero principalmente se componía de una colección de pensadores creativos e independientes, con algunos de los cuales yo me había formado, tales como Michael Balint, Donald Winnicott, Marion Milner, Jock Sutherland, y Charles Rycroft).

Eric realmente me gustaba – era un joven directo, simpático, espabilado y ambicioso. Eric y yo conectamos bien y acordamos un análisis de 4 veces a la semana. Sin embargo, poco después de nuestras primeras sesiones, reconocí que el mejor tipo de análisis que podíamos hacer era implicarnos lo antes posible con los temas que pudieran sacarle del análisis para que pudiera continuar con su vida.

La teoría psicoanalítica que surgió durante nuestro proceso resultó no ser Kleniana para mí (aunque los conceptos de Klein informaron mi trabajo entonces de varias formas, y sigue siendo así). Lo que surgió de particular utilidad en mi trabajo con Eric fue un

concepto que Harry Guntrip había adelantado a finales de los años 60. Lo que luego Brandchaft (2004, 2007) elaboró como “acomodación patológica”, Guntrip (1968) lo conceptualizó primero en términos de relaciones de objeto como un dilema que se centra alrededor de la experiencia de un conflicto, donde las necesidades del self difieren y están amenazadas por las necesidades de la figura de apego en la vida de esa persona. Expresar el self de uno mismo era perder el objeto. Cumplir con el otro era perder el self propio. Eric estaba luchando con la convicción de su padre de que ser abogado era incuestionablemente lo mejor para él. Eric y yo llegamos a apreciar que, de cumplir con los deseos de su padre, se enfrentaba con el peligro de perder su sentido de propósito y la invalidación de sus ambiciones centrales; pero si no se acomodaba a los deseos de su padre, como poco le desagradaría seriamente. Su depresión e irritabilidad reflejaban sintomáticamente este conflicto inconsciente.

Mi actitud no tan inconsciente, que parecería haber conectado específicamente con la de Eric, a medida que nuestro proceso evolucionaba, era que Eric persiguiera lo que era centralmente significativo para él – entrar en algún tipo de negocio, en vez de estudiar para ser un abogado como su padre requería de él – estaba potencialmente por encima del temor que Eric tenía de perder la aprobación y respeto de su padre. Debo de haber hablado con Eric de forma que implícitamente daba expresión a ésta comprensión. *Es posible que mis interpretaciones sobre el conflicto de Eric en torno a esto hayan sido terapéuticamente significativas; sin embargo, la forma en que Eric y yo nos encontramos capaces de estar juntos, en efecto de encajar juntos terapéuticamente en torno a este tema, fue al menos discutiblemente igual de efectivo.*

A lo largo de nuestro proceso, fueron surgiendo dentro de mí precipitados de las experiencias tóxicas con mi madre, específicamente análogas a la lucha de Eric con su padre. Estas experiencias con mi madre se habían repetido en mi reciente análisis. Tal y como describí, en ese análisis, sentí poco reconocimiento de quién yo era, aparte de ser identificado como defectuoso por no estar a la altura del estándar de salud mental de mi analista. Eric, por ser diferente a su padre en relación a quién era y cómo quería vivir su vida, estaba enfermo y por ese motivo, debía entrar en análisis.

Eric tenía más suerte que yo. Aunque yo no tuve éxito al protestar contra las condenas de mi madre y de mi primer analista oficial, debí registrar su invalidación en alguna medida, inconscientemente – o quizás de forma disociativa – ya que pude acceder a esa sensibilidad y responder de forma útil a Eric en la especificidad de nuestro proceso. En alguna medida, Eric y yo conectamos inconscientemente para mantenernos firmes contra un padre poco empático, omnisciente y tirano<sup>5</sup>.

Tradicionalmente mi responsividad a Eric se conceptualizaría como un enactment de transferencia/contratransferencia. Esto lo ubico bajo la rúbrica de la especificidad del proceso diádico, que designa algo más que esto, es decir, una instancia de la posibilidad terapéutica para una díada en particular. Un aspecto significativo de la experiencia terapéutica de Eric conmigo, según creo, es que yo podía escuchar, con interés silencioso sus "ridículas" ideas para desarrollar proyectos comercialmente viables. En retrospectiva yo estaba respondiendo a Eric de una forma que Kohut luego conceptualizaría como un objeto del self especularizante, aunque entonces no conocía formalmente la psicología del Self (en 1971). De hecho, no me encontraría con las teorías de Kohut hasta unos 5 años más tarde.

Ahora volvamos a Eric y yo. Después de unos 3 meses y medio, Eric y yo decidimos que habíamos llegado al punto donde podía levantarse del diván y encaminarse hacia la puerta. Según se marchaba de mi despacho, se volvió hacia mí con una gran sonrisa y me dijo, "Ha sido un placer hacer negocios con usted, Doc".

*Desde la perspectiva de la teoría de la especificidad, el efecto terapéutico es co-creado, o no, dentro del proceso único que se va desarrollando en cada díada psicoanalítica particular.*

### **¿Por qué necesitamos esta Teoría?**

Nuestras teorías psicoanalíticas de estructura tradicional han dado como resultado numerosos beneficios y continúan haciéndolo. Pero necesitamos una teoría sobre la terapia que dé cuenta no sólo de los patrones organizados, estables, predecibles y universales de la vida mental; sino que *necesitamos una teoría que también le dé sustancia al desarrollo único y específico así como al funcionamiento de la mente en proceso con otras mentes.*

El neurocientífico Gerald Edelman, efectivamente ha ofrecido un sustrato biológico para la teoría de la terapia psicoanalítica, la cual he elaborado en el capítulo 4 de mi último libro (2011). Edelman ha mostrado que nuestro cerebro está formado, y se transforma continuamente, a través de continuas interacciones específicas selectivas consigo mismo y con su entorno. Sin embargo, como Edelman (2004) también ha demostrado, cuando se confronta el cerebro con estímulos nuevos, las conexiones neuronales trabajan activamente para organizar e intentar entender los estímulos hasta que se forja o consigue un patrón familiar.



Nuestro cerebro no intenta formar una imagen científicamente adecuada del mundo, sino una que es familiar y tiene sentido para el que la percibe. Con esta capacidad neurobiológica innata de tirar hasta su completamiento la curiosidad y la atención a lo nuevo y único se difumina. Ante estos hechos necesitamos una teoría de la terapia que promueva los esfuerzos de nuestro cerebro de prevenir el cierre prematuro. La teoría de la especificidad nos ayuda a mantener nuestra mente abierta – literalmente, además de forma figurada. Esto nos puede ayudar a contrarrestar esta tendencia inherente – una tendencia que puede ser reforzada por nuestra inclinación a aplicar conceptos familiares estructurados favorecidos – y así re-enganchar a nuestra curiosidad para buscar otros elementos que puedan trascender su relevancia para el paciente en particular.

Wilfred Bion parece haber reconocido esto, cuando ácidamente apuntó que, si el analista siente que ya ha visto al paciente antes, está tratando al paciente equivocado (Bion, 1967, p. 23). Bion alude a la singularidad intrínseca del proceso que se desarrolla en el tratamiento psicoanalítico cuando escribió, “El único punto de importancia en cualquier sesión es lo desconocido... en cualquier sesión la evolución tiene lugar. Fuera de la oscuridad y la falta de formas algo evoluciona... el efecto terapéutico (se deriva) de la experiencia emocional con un individuo único y no desde las teorías generalizadas imperfectamente ‘recordadas’” (Bion, 1967, 273).

### ***La Teoría de Estructura y la Teoría del Proceso***

Vamos a mirar más de cerca la diferencia entre lo que yo llamo teoría de estructura y teoría del proceso. Todas las teorías de la psicoterapia están constituidas sobre la premisa de una teoría de la mente – su desarrollo, salud, enfermedad y cura. Es decir, la visión de nuestra mente determina nuestra formulación de la teoría y su aplicación. *Mientras las varias escuelas de terapia psicoanalítica ofrecen numerosos y contrastantes puntos de vista de la mente, la distinción fundamental entre ellas es la definición de la mente como estructura o como proceso.*

*Cuando la mente se comprende como estructura, se puede conocer y se desarrolla y funciona de forma predecible, primariamente según un diseño inherente. Con esta comprensión de la mente, nuestros objetivos para el tratamiento, cualesquiera que sean, se conocen por adelantado y determinan el método para lograrlo, similar a unos planos para construir o arreglar una máquina de vapor o un edificio de pisos. Las teorías de la terapia que definen a la mente primariamente como estructura ofrecen conceptos universalmente aplicables para*

comprender al paciente, junto con las guías prescriptivas y proscriptivas en las que se basan para la respuesta terapéutica. Las teorías de estructura son aquellas con las que la mayoría de nosotros estamos muy familiarizados, tales como el psicoanálisis clásico, la psicología del Yo, la teoría de las relaciones de objeto, la psicología del Self, etc.

*Cuando la mente se entiende como un proceso, se considera que siempre está en proceso, desconocido de antemano. Las teorías que definen a la mente como un proceso constituyen un orden diferente de teoría. No ofrecen pautas para la técnica ni paradigmas para la comprensión de un paciente, sino que se centran en el aspecto no lineal e impredecible del tratamiento. Son las que en general identificamos como teorías de "sistemas" de terapia, tales como la teoría de la complejidad, la teoría de la intersubjetividad y la teoría de la especificidad.*

*La teoría de la especificidad es un tipo particular de teoría de procesos que se centra en la singularidad del proceso, mientras mantiene la potencial utilidad de la multiplicidad de nuestras teorías de estructura. Dichas teorías nos son útiles en al menos dos formas: nos ofrecen una estructura particular a considerar, y también pueden servir de sondeo para ampliar nuestro campo de observación. Al mismo tiempo también pueden bloquear algunos aspectos del campo de observación e imponer una estructura que no es aplicable a una pareja paciente/terapeuta en particular. En otras palabras, si se comprende y se utiliza la especificidad de proceso como una teoría de alto nivel, se pueden aplicar las teorías de estructura o modelos de forma más inteligente. Entran en juego de forma distinta. Si son relevantes, surgirán dentro del proceso.*

Es posible que algunos de los conceptos que pueden emerger como terapéuticamente útiles, nunca se hayan identificado como pertenecientes a alguno de nuestros modelos psicoanalíticos familiares. No podemos decir lo que nosotros (paciente y analista) podamos traer a nuestro proceso en un momento dado o de dónde pueden haber salido. Quizás, análogo a la "materia oscura" que los astrofísicos dicen puede suponer el 90% de nuestro universo, nos puede sorprender descubrir lo que puede contribuir al efecto terapéutico de cualquier día particular en cualquier momento en el tiempo, aún sin saber de qué se compone ni cómo funciona.

*La principal consecuencia clínica de la visión de la mente como proceso versus la visión de la mente como estructura constituye un cambio radical de epistemología. Es una manera formal para expresar que la visión de la mente como proceso cambia el **cómo** sabemos lo que*

sabemos, como psicoanalistas, al trabajar con el paciente. Cuando la especificidad es el centro de nuestra consideración sobre el proceso, el cambio epistemológico ilumina de forma preeminente cómo el **quién** de los participantes en la particularidad de su proceso influirá en el efecto terapéutico.

Esta es otra forma de describir que lo que de forma amplia hemos llamado “encaje”, que reconocemos como crucial para el efecto terapéutico, de forma intuitiva aunque informalmente. Esto conlleva lo que Lou Sander ha descrito como “un tipo de resonancia entre dos sistemas sintonizados el uno con el otro a través de propiedades correspondientes”, o *especificidades emparejadas* (Sander, 2002)<sup>6</sup>. Como lo que ocurrió entre Eric y yo. En otras palabras, cualquier “especificidad” que surja, será específica de los participantes, y cómo son, en la particularidad de su proceso. Así, podemos hablar de una variedad de cualidades que contribuyen a la especificidad del encaje, o vinculación, en una variedad de formas: origen, cultura, puntos de vista, humor, valores, desarrollo, misión terapéutica, motivación etc.

Aun así, todavía podemos preguntar, ¿cómo cura el análisis? Esto, como posiblemente sabéis, es el título del último libro de Heinz Kohut (Kohut, 1984). Lo que me lleva a la última sección de mi trabajo:

### **¿Cómo cura el Análisis?**

#### **Más allá del Paradigma en dos pasos de la cura analítica de Kohut**

Mi segunda experiencia analítica, con Heinz Kohut<sup>7</sup> fue mucho mejor que la primera, aunque llegué a diferir en alguna medida de Kohut, tanto en la teoría como en la práctica de “cómo cura el análisis” (ver Kohut, 1984). Kohut describió dos pasos distintos, que sin embargo se solapan, en la acción terapéutica que comprenden una metodología que es, en efecto, bastante diferente de su teoría del self. Estos dos pasos son: inmersión empática en la experiencia subjetiva del paciente, seguido por explicación, es decir, interpretación de lo que el analista haya deducido.

Siento que Kohut necesitaba creer, como el analista clásico que siempre en parte constituyó su Yo ideal – que el segundo paso, la interpretación, era esencial para curar. Tanto la responsividad de Kohut hacia mí, como también algo que una vez dijo, me indican que realmente no lo suscribía. Kohut me dijo, “Ferenczi tenía la idea correcta.” Esto claramente quería decir, en el contexto de la conversación que manteníamos, que tanto Kohut como

Ferenczi creían que hay mucho que decir a favor de responder al paciente en la forma que el paciente experimenta como terapéutico, aun cuando esas formas no estén apoyadas en el psicoanálisis tradicional – ni oficialmente por él tampoco (el apodo de Kohut antes de desarrollar su psicología del self era “Sr. Psicoanálisis Clásico”).

Kohut me ofreció muchas interpretaciones cuidadosamente consideradas – pero lo que decididamente me afectó no fue esa comprensión, por muy acertada que fuera – de hecho sus interpretaciones eran demasiado largas. Fue la cualidad de aceptación de su presencia, junto con su amabilidad y optimismo. También pude experimentar como terapéuticas algunas respuestas explícitas de Kohut, además de las interpretaciones y la empatía; una de las más saludables fue un brazo alrededor del hombro, ofreciendo ánimos en un momento especialmente desolador al enfrentarnos una vez más a la pausa de dos semanas<sup>8</sup>.

No fui el único beneficiado por la inconsistencia de Kohut, al no adherirse a su procedimiento declarado de 2 pasos en su trabajo terapéutico. Hay dos ejemplos publicados que son muy llamativos. Quizás el más famoso es el de uno de los pacientes de Kohut, la Señorita F – un caso que se cita a menudo como una *plantilla* para el descubrimiento de la Psicología del Self (ver Kohut, 1971, 283-290). La Señorita F era una paciente para quien el eco de su subjetividad era la única respuesta que experimentaba como terapéutica: cualquier otra cosa provocaba una rabia catastróficamente desorganizativa del self. Kohut no pudo ayudarla durante algún tiempo, ya que estaba unido a una forma de trabajo que priorizaba la conceptualización y la transmisión de la comprensión verbal, es decir, la interpretación. Hay que decir a favor de Kohut que en última instancia fue capaz de trasladarse desde ese modo a uno de ser simplemente un espejo de la experiencia del paciente, lo cual resultó ser muy efectivo para ella. Es decir, la respuesta de Kohut que para la Señorita F fue específicamente útil, no fue ni la interpretación ni la empatía.

Otro – casi igualmente famoso – ejemplo es el de Kohut ofreciendo a una paciente dos dedos para sostenerse en el momento en que temió que ella se estaba volviendo seriamente suicida (Kohut, 1981). Kohut nos dice que al hacer esto y la paciente sostener sus dedos, hizo una interpretación – para sí mismo – “porque (continúa diciendo), un analista siempre será un analista... eran las encías desdentadas de un niño muy pequeño apesando un pezón vacío” (ibid, p. 535). De hecho, Kohut en esta situación no hizo una interpretación al paciente, ni ofreció al paciente su empatía como respuesta terapéutica. Pero como los analistas se definen a sí mismos analistas por virtud de su adherencia a la creencia, o doctrina, de que únicamente las interpretaciones pueden “curar”, una interpretación tiene que estar en

alguna parte en la respuesta de Kohut, aunque esta articulada silenciosamente. De hecho, la acción que él consideró terapéutica fue la ofrenda de sus dos dedos para que su paciente se sostuviera. Kohut comprendió a través de su sintonía empática con esta paciente que, para ella, en ese momento, su experiencia de ser "sostenida" (es decir, su experiencia de su sintonía empática a su falta de vida) no podría ser mediada a través de la expresión verbal de sus sentimientos hacia ella. El paciente necesitaba vivir la extensión de Kohut mismo y la oportunidad de sostenerse. El ofrecer los dos dedos no fue una interpretación, sin embargo desde nuestro punto de vista (ver Bacal y Carlton, 2010) constituye la práctica psicoanalítica en su máxima expresión, ejemplificando la capacidad de Kohut de comprender y desplazarse hacia la necesidad terapéutica del paciente<sup>9</sup>. Nuestro punto de vista (ibid) es que la respuesta de Kohut también surge de la psicología del self, utilizada específicamente, en su máxima expresión. Mientras la comprensión empática de Kohut y la respuesta asociada se sustentan en la estructura de su teoría, no fue restringida por las limitaciones que le hubieran llevado a interpretar la necesidad del objeto del self arcaico del paciente, en lugar de salir a su encuentro simbólicamente, en la particularidad de su proceso en ese momento.

Estas observaciones - entre otras muchas - sustentan mi alteración del segundo paso del procedimiento de dos pasos de Kohut, desde una explicación interpretativa a una responsividad óptima (Bacal, 1985, 1998). Aún así, a medida que mi trabajo era guiado más por esta expansión del segundo paso de Kohut, me sentía más retado a explorar el primer paso, la comprensión empática. De hecho, este paso incluye el proceso de descubrir la particularidad de respuesta que para ese paciente pueda ser experimentada como terapéutica. En otras palabras, al reestructurar el segundo paso de Kohut (de la interpretación a la respuesta óptima), encontré que profundizaba mi comprensión sobre el primer paso de Kohut (el de la sintonía empática), como algo que también define la especificidad inherente del método empático.

Con el desarrollo de una teoría en la que el efecto terapéutico es específico al proceso emergente de la particular pareja analista-paciente, proponemos ahora que estos dos pasos hacia la cura analítica, la comprensión y la respuesta, no sólo se solapan; sino que están intrínsecamente entrelazados, la una con la otra. Ahora debemos reconocer que la medida de una terapia psicoanalítica no es ni la "empatía" ni la "respuesta", sino lo que constituye la plenitud y complejidad de la comprensión de los estados emocionales y mentales del otro y la capacidad para discernir qué respuestas pueden ser específicamente terapéuticas para ese paciente, y posibles para ese analista, en la singularidad del proceso que se va desarrollando.

## REFERENCIAS

- Bacal, H. (1985). Optimal Responsiveness and the Therapeutic Process, in *Optimal Responsiveness: How Therapists Heal Their Patients*. Ed. H. Bacal. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1998.
- Bacal, H. (1998). ed., *Optimal Responsiveness: How Therapists Heal Their Patients*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Bacal, H. (2011). *The Power of Specificity In Psychotherapy: When Therapy Works – And When It Doesn't*. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Bacal, H. (2016). The Budapest school's concept of supervision: Michael Balint's legacy to the development of psychoanalytic specificity Theory. In A. Rachman, ed. *The Budapest School of Psychoanalysis*. New York: Routledge, 140-163.
- Bacal, H. & Carlton, L. (2010). Kohut's last words on analytic cure and how we hear them now – A view from specificity theory. *Int. J. Psychoanal. Self Psychology*, 5: 132-143
- Balint, M. (1957). *The Doctor, His Patient, and the Illness*. London: Pitman Medical.
- Balint, M. (1968). The Basic Fault. London: Tavistock. Balint, M. & Balint, A. (1939). On Transference and Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 20:223-230.
- Balint, M. & Balint, A. (1939). On Transference and Counter-Transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 20:223-230.
- Bion, W. (1967). Notes on Memory and Desire. *Psychoanalytic Forum*, Vol. 3, 271-280.
- Brandchaft, B. (2004). To Free the Spirit from its Cell. In *The Intersubjective Perspective*, ed. R. Stolorow, G. Atwood, & B. Brandchaft. Northvale, NJ: Jason Aronson, 67- 76.
- Brandchaft, B. (2007). Systems of Pathological Accommodation and Change in Analysis. *Psychoanal. Psychol.* 24:667-687.
- Carlton, L. (2009). Making Sense of Self and Systems in Psychoanalysis: Summation Essay for the 30<sup>th</sup> Annual International Conference on the Psychology of the Self. *Int. J. Psychoanal. Self Psychol.*, 4:313-329.
- Edelman, G. (2004). *Wider Than The Sky*. New Haven: Yale University Press.
- Guntrip, H (1968). *Schizoid Phenomena, Object Relations, and the Self*. London: Hogarth Press.
- Guntrip, H. (1975). My Experience of Analysis with Fairbairn and Winnicott. *Internat. Rev. Psychoanal.* 2:145- 156.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut H. (1981). On Empathy. In: *The Search for the Self. Selected Writings of Heinz Kohut. 1950—1978*, ed P. Ornstein. Madison, Ct: International Universities Press, 525-535.
- Kohut, H. (1984). How Does Analysis Cure? A. Goldberg and P. Stepansky, eds. Chicago: University of Chicago Press.
- Sander, L. (2002). Thinking Differently: Principles of Process in Living Systems and the Specificity of Being Known. *Psychoanal. Dial.*, 12(1):11-42.

Stolorow, R. & Atwood, G. (1979). *Faces in a Cloud*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Original recibido con fecha: 25-4-2017

Revisado: 5-5-2017

Aceptado: 30/06/2017

#### NOTAS:

<sup>1</sup> N.de T.: *Responsiveness* va a ser traducida como "Responsividad" y no como "Respuesta" para ser fieles a la idea del concepto que propone H.Bacal

<sup>2</sup> Aún persiste esta ubicua posición psicoanalítica postulada no sólo por los terapeutas profesionales sino también por muchos influyentes psicoanalistas contemporáneos

<sup>3</sup> En el Seminario clínico del 6 de Mayo de 2017 en Madrid, Ágora Relacional.

<sup>4</sup> Michael Balint pasó a aplicar éstas perspectivas en su aclamado trabajo sobre la formación psicológica de los médicos de familia: *"El médico, su paciente, y la enfermedad"* (1957) *"The Doctor, His Patient, and the Illness"* (1957), (ver también "La Falla (Falta) Básica" - *"The Basic Fault"*, 1968)

<sup>5</sup> Balint enseñaba una máxima clínica que me ha sido útil hasta cierto punto: "Si sientes algo cuando estás tratando a un paciente, no debes bajo ningún concepto actuar sobre ello; sin embargo, al mismo tiempo debes considerarlo como un posible síntoma de la enfermedad del paciente." La parte de este aforismo que he encontrado que no es siempre válida, es que uno *nunca* debe actuar sobre ello.

<sup>6</sup> El biólogo Paul Weiss según cita Lou Sander (2002, p. 19), describió el principio esencial para establecer y mantener las conexiones de las cuales depende la coherencia de una organización viviente, como una de las "especificidades emparejadas – una forma de resonancia entre los dos sistemas sintonizados entre sí a través de las propiedades correspondientes" (p. 162)

<sup>7</sup> Estuve con Balint durante 10 años entre 1961 y 1970 y con Kohut durante los 6 años y medio entre 1976 y 1981.

<sup>8</sup> Estuve viendo a Kohut durante 3 sesiones, cada semana alterna, viajando de Chicago a Toronto.

<sup>9</sup> No podemos saber cómo este paciente vivió realmente lo que Kohut hizo; y los analistas, desde ese famoso momento, han debatido si lo podía haber hecho también igual simplemente interpretando su necesidad de contacto humano; o, según sienten algunos, quizás podría haber mejorado aún más si Kohut le hubiera ofrecido su mano entera y no sólo un par de dedos.