

## Pasarse de la raya: Heroínas relacionales y el exceso relacional<sup>i</sup>

Joyce Slochower<sup>ii</sup>, Ph.D., ABPP<sup>1</sup>.  
New York, USA

Hago una reflexión sobre la evolución de nuestro ideal relacional – sus implicaciones para nuestros objetivos terapéuticos, nuestros pacientes y para nosotros mismos. ¿Quién aspiramos a ser en la consulta? ¿Cómo vemos nuestro paciente – su potencial y sus limitaciones? ¿Cuáles son los objetivos clínicos de un análisis relacional? ¿Qué podría obstruir dichos objetivos? En este sentido, señalo los excesos de nuestro ideal y las maneras en las que es posible que nos hayamos pasado de la raya.

**Palabras clave:** Objetivos Clínicos, Psicoanálisis, Relacional, Ideales Relacionales.

I consider the evolution of our relational ideal—its implications for our therapeutic goals, our patients, and for ourselves. Who do we aim to be in the consulting room? How do we view our patient—her potential and her limitations? What are the clinical goals of a relational analysis? What might those goals occlude? In this context I address the excesses of our ideal and the ways we may have gone too far.

**Key Words:** Clinical Goals, Psychoanalysis, Relational, Relational Ideals

**English Title:** Going too far: Relational Heroines y relational excess.

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

Slochower, J. (2017). Pasarse de la raya: Heroínas relacionales y el exceso relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 11 (2): 280-306. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2017.110205

---

<sup>i</sup> Versión revisada del trabajo leído por la autora en la Conferencia Internacional de IARPP celebrada en Roma, 2016. Traducción castellana de Aleksander Baro.

<sup>ii</sup> Psicoanalista, Miembro de IARPP y de su comité ejecutivo. Ejerce en práctica privada en Nueva York C. Autora de numerosas obras, entre ellas: *Holding and Psychoanalysis: A Relational Perspective* (Hillsdale, N.J.: The Analytic Press, 1996) y *Psychoanalytic Collisions*, (Hillsdale, N.J.: Analytic Press, 2006).

Toda teoría psicoanalítica se organiza en base a un ideal clínico implícito – una visión del tipo de analista que queremos ser y el tipo de cambio que esperamos que sea generado por el psicoanálisis (Slochower, 2006; 2014b). En nuestra visión hay nociones implícitas correspondientes sobre el paciente/proceso ideal y lo que resulta problemático.

Nuestro ideal a menudo se construye mediante una conversación (o más bien, una discusión) con sus predecesores y competidores teóricos. Aunque esas conversaciones pueden profundizar nuestro pensamiento, por regla general no lo hacen. En su lugar, se convierten en gritos de guerra que generan una desviación hacia el exceso al exagerar las diferencias y dando rigidez a los principios fundamentales a los que nos adherimos. Polarizamos, elevando la originalidad de nuestra propia contribución a la vez que minimizamos, estereotipamos y a veces denigramos la posición del Otro psicoanalítico cuyos ideales chocan con – o solapan excesivamente – los nuestros. Cada oscilación pendular parece inevitablemente provocar por sí misma una contramano exageradamente correctora. Creo que siempre nos pasamos un poco de la raya.

Tal vez sólo sea en retrospectiva que podamos pausar y moderar esas correcciones exageradas. El pensamiento relacional ha llegado a un punto de inflexión: hemos madurado más allá de nuestros comienzos – tenemos un pasado, por lo que resulta posible la retrospectiva. Es con esta perspectiva que reflexiono sobre los excesos recreativos de la teoría y práctica relacional temprana – dónde hemos estado, en qué momento y cómo nos hemos pasado y a dónde podemos dirigirnos ahora. Exploro en particular la forma del ideal relacional y sus implicaciones para nuestros objetivos terapéuticos, nuestros pacientes y para nosotros mismos. ¿Quién aspiramos a ser en la consulta? ¿Cómo vemos a nuestro paciente – su potencial y sus limitaciones? ¿Cuáles son los objetivos clínicos de un análisis relacional? ¿Qué podría obstruir dichos objetivos?

Este ensayo se centra en la teoría relacional; sin embargo, el fenómeno que describo resulta ampliamente relevante. Cada teoría psicoanalítica incorpora sus propios ideales y es vulnerable a los excesos y limitaciones teóricos/clínicos. Según tengo entendido, ninguna teoría los ha abordado desde su propio terreno.

### **Ideales relacionales**

Nos acogemos a nuestra visión terapéutica por un buen motivo. Las ideas sobre lo que puede hacer el psicoanálisis nos apoyan durante los largos viajes terapéuticos. Afirman fantasías/creencias sobre nuestra capacidad terapéutica y el potencial generativo. Al

contrarrestar un rango de ansiedades sobre quiénes somos – y quiénes no somos – nos apoyan y nos estabilizan cuando las cosas se ponen difíciles.

Es posible que los relacionistas seamos teóricamente diferentes, pero compartimos un ideal profesional implícito y relativamente claro. Se originó por primera vez a partir del valor de la mutualidad asimétrica y la incertidumbre. Al enfatizar el potencial terapéutico inherente en la exploración y elaboración mutua de lo puesto en escena<sup>2</sup>, nos hemos desplazado de los modelos autoritarios hacia un igualitarismo asimétrico (Aron, 1991). Hemos reaccionado contra el autoritarismo implícito en los argumentos de precisión interpretativa; algunos también rechazaron la tendencia desarrollista (Mitchell, 1984) incrustada en las ideas de reparación (analítica) parental. Al moderar nuestro poder y omnisciencia, afirmamos la capacidad del paciente para vernos y funcionar como un adulto en el contexto analítico. Rechazamos pronunciadamente los modelos clínicos sesgados, arraigados en creencias sobre el poder de tanto la interpretación como la confrontación.

Los escritores relacionales enfatizaron el potencial mutativo inherente del enactment. La experiencia no formulada, la disociación y el cambio entre estados de self moldearon el proceso analítico tanto para paciente como analista. Descomponer estas dinámicas requería una exploración mutua porque nos encontrábamos involucrados junto con nuestros pacientes. Al desplazarnos de las viejas restricciones analíticas, descubrimos nuevas maneras de ser nosotros mismos y utilizarlos (p.ej. Aron, 1991, 1999; Benjamin, 1995, 1998; Bass, 2001; Bromberg, 1993, 1995, 1998, 2011; Davies y Frawley, 1994; Davies, 1998, 2004; Harris, 2009; Hoffman, 1998; Mitchell, 1984, 1988, 1993, 1997; D. B. Stern, 1992, 1997).

Aunque no siempre se reconozca, el ideal relacional se ha visto fuertemente influido tanto por el pensamiento de las relaciones objetales y por el movimiento interpersonal. Esos grupos formularon por su cuenta perspectivas clínicas en respuesta a sus predecesores freudianos y kleinianos clásicos. Moderaron el ideal de un analista abstinente, paternal y adherente a las normas, y el de un paciente empujado por los impulsos y buscador de placer.

Los interpersonalistas (p.ej. Sullivan, 1954; Wolstein, 1959; Levenson, 1972; Ehrenberg, 1974; Hirsch, 1994, 2006) rechazaron el énfasis tradicional en los impulsos (sexual y agresivo), junto con las ideas sobre pureza interpretativa y la neutralidad, mientras promocionaban un modelo en el que el paciente es un adulto y el analista un observador participante (Sullivan, 1954). Este punto de vista influiría en nuestro rechazo de la certeza interpretativa, nuestro énfasis en la co-construcción y el análisis mutuo del enactment.

Pero allí donde los interpersonalistas veían dos adultos interactuando, el giro relacional expandió este punto de vista para incluir una multiplicidad de estados de self disociados

dentro del espacio analítico. Ese cambio permitió el análisis del trauma relacional al volver éste a ser puesto en escena en el presente.

Los teóricos de las relaciones objetales (p.ej. Winnicott, 1965, 1969a; Fairbairn, 1952; Balint, 1968; Guntrip, 1961 y Ferenczi, 1952) y los psicólogos del self (p.ej. Kohut, 1984) ayudaron a situar el foco sobre los traumas tempranos (fallos) y los apoyos terapéuticos necesarios. A diferencia de los interpersonalistas, se acogieron a la idea de regresión terapéutica y a la capacidad del analista para reparar.

La obra de Winnicott (p.ej. 1963) tuvo un impacto poderoso en el pensamiento relacional. Argumentó, rechazando la idea clásica de abstinencia analítica, que las experiencias tempranas podían, de hecho, ser redescubiertas y luego reparadas dentro del encuadre analítico.

Aquellos que provenían de la tradición interpersonal reaccionaron fuertemente – y negativamente – a estas ideas (Aron, 1991; Hirsch, 2014; Hoffman, 1991, 1992; Mitchell, 1984, 1991; D. B. Stern, 1992)<sup>3, 4</sup>. Los modelos centrados en el desarrollo parecían encerrar al paciente en una posición de dependencia desamparada a la vez que fomentaban la superioridad y certeza del analista.

Pero una lectura detenida de Winnicott complica este punto de vista. Para él la reparación no era suficiente: era crucial que el paciente se enfadara con el analista por el fallo original de los padres, que ahora estaba siendo puesto en escena en la consulta. La supervivencia no vengativa del analista facilitaría un pasaje de la relación de objeto al uso del objeto (Winnicott, 1969a, b); anticipó el giro relacional hacia la mutualidad (véase especialmente Benjamin, 1988; 1995).

Al rechazar las nociones de un analista paternalista, retentivo y que potencialmente provoca vergüenza (clásico), y de uno benévolo y maternal (winnicottiano), los escritores relacionales (y especialmente feministas) subrayaron la subjetividad ubicua – y falible. Al igual que la madre es, antes que nada, una persona. Su subjetividad será crítica en el desarrollo del paciente y, concretamente, facilitará la evolución de la capacidad del paciente para la mutualidad (Bassin, 1997, 1999; Bassin, Honey y Kaplan, 1994; Benjamin, 1986, 1988, 1995, 1998; Chodorow, 1978; Dimen, 1991; Dinnerstein, 1976; Fast, 1984; Goldner, 1991; Harris, 1991, 1997; Layton, 1998).

Los primeros relacionistas, probablemente algo ebrios del entusiasmo por esta nueva perspectiva psicoanalítica, se deshicieron del viejo libro de prescripciones y prohibiciones analíticas (Hoffman, 1996), o al menos capítulos enteros del mismo. Las interpretaciones fueron sustituidas por el concepto de enactment – un término acuñado primero por Jacobs

en 1986 – un freudiano influido por la psicología del self. Una vez desempaquetados, los enactments eran mutativos; profundizaban la capacidad del paciente para la intersubjetividad. El impasse no ponía fin al proceso analítico; cuando se exploraba mutuamente, lo abría.

Mediante un abordaje del momento clínico dirigido a explorar nuestra participación en el mismo en vez de interpretar las fantasías del paciente como proyecciones, los primeros relacionistas dieron la vuelta a las teorías clásicas freudianas y kleinianas. Mientras que los ensayos psicoanalíticos estaban repletos de metapsicología, los escritos relacionales eran cercanos a la experiencia. Ejemplos vívidos de casos ilustraban cómo se podía cambiar los patrones relacionales atrincherados en el aquí-y-ahora (p.ej. Aron, 1991, 1999; Davies, 2004; Hoffman, 1998; Mitchell, 1993; Stern, 1997). La habilidad del analista de indagar en la intersección entre su propia experiencia inconsciente y la del paciente se convirtió en el eje terapéutico de la teoría relacional. Esto era un nuevo tipo de heroína analítica – una que podía proporcionar la solución gracias a su accesibilidad emocional.

### **Nuestra heroína relacional**

Nuestra heroína relacional incorpora casi todo lo que las otras teorías analíticas rechazaron. Es tan diferente que realmente es un antihéroe: toma prestados viejos tropos, pero luego los interrumpe, reescribe e invierte (a veces con una sensación ahistórica de novedad radical). La heroína relacional es realmente un *ideal analítico negro* (Slochower, 2006, 2014b) que obtiene su valor de las cualidades que antes representaban sus defectos: su subjetividad, su sensibilidad emocional e incluso su capacidad para reaccionar la convierten en una mejor analista que una que necesita más análisis.

Al igual que los interpersonalistas anteriores a ella, la analista relacional es real – abierta, sensible, no defensiva, capaz de autorevelar y utiliza esas revelaciones para profundizar el trabajo. Sin embargo, a diferencia de los interpersonalistas, trabaja con estados de self infantiles a la vez que con los adultos; reconoce la centralidad de la disociación y el trauma relacional.

Pero junto con la inspiración llegó el potencial para los excesos. Y fuimos igual de culpables de este tipo de excesos como lo fue/es cualquier otro movimiento psicoanalítico. Mediante la rebelión y el rechazo de las restricciones de los primeros tiempos analíticos, los relacionistas idealizaron mucho aquello que los modelos anteriores intentaron controlar.

Allí donde los analistas clásicos fueron esclavos de la abstinencia, ahora éramos libres para ser nosotros mismos. Donde una vez ocultábamos cuanto era posible de nosotros mismos,

ahora deseábamos revelar; memorias y ensayos se organizaban alrededor del impacto terapéutico que fomentaba la autorevelación. Nos centrábamos en el potencial clínico inherente en la exploración mutua de los re-enactments. Rechazábamos, o nos olvidábamos de, las advertencias sabias sobre la autorevelación que nuestros predecesores voceaban con tanta intensidad. Considerábamos patológicos a aquellos pacientes que evadieron o se resistieron a centrarse sobre nuestra subjetividad y los re-enactments que tenían lugar entre nosotros.

Al definir nuestras diferencias con las teorías freudianas, interpersonales y de relaciones objetales, algunos de nuestros primeros escritos pasaron por alto áreas de convergencia (por ejemplo, la observación participante de Sullivan [1954], el concepto de coparticipación analítica de Fiscalini [1994] y la función selfobjetal de Kohut [1984]). Entre nuestros predecesores profesionales también se encontraban aquellos escritores freudianos (p.ej. Jacobs, 1986, 1988; Loewald, 1960; Sandler, 1976) cuyas obras humanizaron la relación analítica y exploraron las dinámicas transferenciales-contratransferenciales y de los enactments (véase Mitchell, 2000). Escritores que criticaron la noción de regresión a la dependencia, proveniente de la teoría de relaciones objetales, ignoraron la compleja perspectiva de Winnicott (1969) sobre la evolución de la capacidad de usar los objetos a partir de la regresión y la exposición de Balint (1966) sobre la regresión maligna – sobre los riesgos inherentes a la regresión. La regresión terapéutica fue estereotipada como una simple experiencia emocional correctiva y la función selfobjetal como una simple evitación de la agresión de los pacientes<sup>5</sup>.

Yo estaba entre aquellos quienes se identificaron con aspectos de la teoría de relaciones objetales cuando nos vimos enfrentados con la crítica relacional (p.ej. Benjamin, 1988; Bromberg, 1979, 1991, 1994; Davies, 1994; Ghent, 1992). Como respuesta a lo que consideré como excesos de la posición relacional temprana, sugerí que estábamos idealizando el diálogo intersubjetivo explícito y que habíamos fracasado encontrar un hueco para la necesidad de sostén del paciente cuando colisionó con aquel ideal.

Por medio de una “relacionalización” del sostén, presenté el argumento de que la mutualidad analítica es un objetivo terapéutico, pero no algo que se pueda dar por hecho porque algunos pacientes – y, en determinados momentos, todos los pacientes – no pueden tolerar la evidencia explícita de la otredad del analista sin un descarrilamiento prolongado y serio. Enfatizando la necesidad de espacio interior y privacidad (1994, 1999), evoqué una metáfora relacional sobre el sostén para describir la creación de este tipo de espacio protegido. La necesidad del sostén se hace sentir a lo largo de la trayectoria del desarrollo y también en la edad adulta, es decir más allá de la metáfora del bebé y de la consulta

(Slochower, 1991, 1992, 1993, 1994, 2013a). Una necesidad continua y no patológica de sostén coexiste con – y, a veces, supera – la necesidad de interacción intersubjetiva.

El sostén está incrustado en una idealización benigna y generativa que repara sin el contragolpe de la devaluación. Al igual que el concepto de trasfondo de seguridad de Sandler (1960), el sostén representa un elemento subyacente a todo encuentro analítico que también está presente en el trabajo clínico explícitamente interactivo<sup>6</sup>. Al establecer condiciones bajo las que el paciente pueda gradualmente asimilar y metabolizar aspectos de la experiencia afectiva que puedan empujar al descarrilamiento, el sostén invita al paciente a “crear” al analista de acuerdo con sus propias fantasías y necesidades, excluyendo a la vez aquello que resultaría excesivamente perturbador.

Mis primeros trabajos sobre el sostén enfatizaron los intentos conscientes del analista de sostener y su esfuerzo por suspender su subjetividad disyuntiva (co-creada por el proceso de suspensión del propio paciente). Sin embargo, con el paso del tiempo, estoy más impresionada con la dinámica relacional inconsciente que moldea estos cambios. Enfatizo cada vez más los aspectos procedimentales de sostener el gesto espontáneo (el nuestro y el de nuestros pacientes), acercándolo o alejándolo de la interacción activa.

Nuestra respuesta de sostén emerge a partir de una especie de baile no verbal. El paciente señala su intolerancia ante nuestra perspectiva separada por medio de sus reacciones explícitas y no verbales; captamos implícitamente esa intolerancia y avanzamos hacia una posición de mayor contención. Pero de una forma similar, nuestro paciente capta lo que nosotros – o él – no podemos tolerar y lo suspende parcialmente. Emerge un espacio protector mutuo, caracterizado no por la disociación sino por una necesidad/deseo de mantener el proceso activo. La suspensión mutua amortigua aquello que podría causar un descarrilamiento y profundiza el trabajo.

Claro que, a pesar de nuestros mejores intentos de contención, mostramos gran parte de nosotros mismos mediante el cómo y el cuándo sostenemos, así como cuando no lo hacemos (Slochower, 1996a, 1996b, 1996c, 1999, 2004, 2013a, 2013b, 2014a). Lo contrario también es cierto; incluso cuando interactuamos intersubjetivamente, sostenemos de diferentes maneras, tanto porque no compartimos todo con nuestro paciente como porque rastreamos su respuesta a lo que decimos, y le sostenemos implícitamente en el proceso. Así, el sostén y el intercambio intersubjetivo explícito coexisten como figura y fondo en cada situación de tratamiento. Cada uno contiene elementos conscientes y procedimentales; cada uno cambia, a menudo de forma imperceptible, a medida que analista y paciente reaccionan y se ajustan el uno al otro.

A pesar de mi choque con la vertiente interpersonal de la teoría relacional y mi énfasis sobre la experiencia interior dentro del espacio terapéutico, mi perspectiva se alineaba – y se sigue alineando – bastante con los ideales relacionales de mutualidad y reconocimiento intersubjetivo. La necesidad del sostén tal vez exista siempre, pero representa una manera de estar en el mundo más “temprana” y menos “madura”. El sostén es especialmente útil cuando los estados de self de bebé y niño emergen dentro (o fuera) del espacio analítico, pero la intersubjetividad sigue siendo el objetivo terapéutico.

### Relacionalidad evolutiva en 2016

Hacia la mitad de los años 1990, la posición del pensamiento de tendencia desarrollista se convirtió en el tema de debate activo entre escritores relacionales<sup>7</sup>. Las ideas sobre movimiento no lineal y estados de self cambiantes nos recordaban que el elemento del desarrollo emerge a lo largo de la vida (Aron, 2001; Benjamin, 2009, 2010; Cooper, 2014; Davies, 2004; Grand, 2000, 2010; Harris, 2005, 2009; Mitchell, 2000, 2003; Pizer, 1998; Seligman, 2003; Stein, 1999; Harris, 2009; Stern, 2009).

Los trabajos de Bromberg (2011) y Schore (2011) sobre el co-moldeamiento relacional también subraya este elemento terapéutico no verbal. Bromberg, abordando algo que considero como un primo del sostén, sugiere que la atención continua del analista a los procesos propios y los del paciente se transforma en una especie de respuesta procedimental moderadora ante la vulnerabilidad emocional del paciente y sus necesidades de apego. El co-moldeamiento relacional continuo ayuda al paciente a desarrollar una mejor capacidad de regulación afectiva; un objetivo terapéutico central.

El co-moldeamiento relacional es el elemento de fondo que siempre está allí. Al igual que el sostén (y los enactments “e”; Bass, 2003), está formado por factores inconscientes (procedimentales) – por medio de ajustes continuos sutiles entre analista y paciente. Estos ajustes pasan fácilmente desapercibidos ante una interacción explícita en primer plano excepto en momentos de estrés agudo, cuando pueden transformarse en grandes enactments que irrumpen en el diálogo analítico<sup>8</sup>.

Los micro-ajustes entre analista y paciente tienen lugar en el “momento presente” (D. Stern, 2004). Son el “algo más” descrito por el *Boston Change Process Study Group* (p.ej. 1998). Estos cambios sutiles y, a menudo, imperceptibles, representan el hilo conductor del núcleo del cambio clínico. Ayudan a relajar la sensibilidad emocional y cambian el conocimiento relacional implícito.

El co-moldeamiento relacional implica procesos puestos en escena de forma conjunta; en algunos sentidos se solapa con lo que yo llamo sostén, aunque el co-moldeamiento relacional subraya el valor terapéutico de compartir la experiencia del estado de self con el paciente. Aun así, la función del sostén analítico contribuye al co-moldeamiento relacional y viceversa; nuestra respuesta procedimental – a veces inconsciente – ante el paciente influye en nuestros esfuerzos conscientes por sostener. Ambos operan entre bastidores durante el trabajo exploratorio, aunque en momentos de estrés más agudo dominan la escena clínica.

### **Enactments en el contexto evolutivo: el bebé relacional**

Probablemente debido a que gran parte de los primeros escritos relacionales rechazaron los modelos desarrollistas, se tendía a ofuscar las maneras en que *la propia teoría relacional está incrustada en un modelo implícito de reparación terapéutica, organizada por el poder reparador del momento del enactment*.

Los enactments, tras ser elaborados, representan una especie de segunda oportunidad relacional. Cometemos un error y nos convertimos en el objeto malo (Davies, 2004). Pero en realidad somos todo lo que fue el progenitor malo no porque estamos dispuestos a decir lo indecible, sino porque estamos dispuestos a cambiar. De esta forma ofrecemos un antídoto poderoso a las configuraciones relacionales traumáticas; lo que fue disociado reemerge en el espacio terapéutico donde puede ser abordado y metabolizado. Éste es el proceso que fortalece la regulación afectiva y la función reflexiva.

Las teorías sobre regulación afectiva, las investigaciones sobre apego y las teorías sobre sistemas dinámicos han hablado sobre el poder de permanencia de los patrones de apego tempranos (p.ej. Ainsworth, 1969; Beebe y Lachmann, 1994, 1998, 2012; Fonagy, Gyorgy, Jurist y Target, 2004; Hess y Main, 2000; Stolorow, 1997). Debido a que los patrones de apego y de regulación tempranos se hacen sentir a lo largo del tiempo incluso cuando se transforman, el bebé relacional permanece como una presencia viva en el espacio (adulto) de la consulta. Desde luego que este bebé empírico, formulado en base a los descubrimientos de las investigaciones con bebés, no es el receptor pasivo del cuidado maternal bueno – o no suficientemente bueno – formulado por los teóricos de las relaciones objetales. Es menos un bebé simbólico que el que realmente hemos observado. Es más activo-reactivo a, y un participante de, el tira-y-afloja de la madre.

Nuestra perspectiva cada vez más sofisticada de la disociación y los estados de self cambiantes (p.ej. Davies, 2004; Bromberg, 2006; Stern, 2009; Grand, 2000, 2010) apoya esa idea. Incluso cuando nuestro paciente se siente como un adulto, tiene la capacidad – tal vez

rechazada o no – de acceder y temporalmente traspasarse a un estado de self temprano. Así, aunque a veces podemos hablar a nuestro paciente *sobre* sus estados de self más vulnerables, otras veces necesitamos hablar *a* ese bebé porque realmente es quien está presente en la habitación.

Recientemente he sugerido que el sostén facilita la regulación del afecto y profundiza la exploración interior porque repara – amortiguando – los estados de vergüenza (Slochower, 2013c). Al dirigirse *hacia* el paciente y adaptándose a su estado de self (habitualmente inconsciente), el analista limita implícitamente la experiencia de ser visto desde “fuera adentro”, y al hacer esto suaviza el componente de la vergüenza.

Así que tanto el sostén como el moldeamiento relacional, que por sí mismos son experiencias emocionales correctivas, están ancladas en el ámbito de lo intersubjetivo. Son menos autoritarios; se forman en la interacción con el paciente en vez de originarse en una posición autoritaria y diagnóstica. Aun así, en esto se encuentra un ideal reparativo que tiene resonancia precisamente debido a las experiencias tempranas que invierte.

El pensamiento psicoanalítico ha progresado mucho a partir de la simple visión del paciente como un bebé o como adulto. Lo que todavía requiere exploración es la manera en la que entendemos la necesidad del paciente y sus fuentes.

Cuando nuestro paciente necesita sostén, le vemos en un estado de self infantil o de bebé. Cuando interactúa intersubjetivamente, es un adulto. *Siempre intentamos reparar al bebé (dentro del adulto)*. Aunque ha habido mucho debate sobre las necesidades de pacientes adultos independientemente de la metáfora del bebé (Boulanger, 2007; Slochower, 1993, 1996, 2011a), no hemos establecido una perspectiva global de esta trayectoria de necesidad temprana. Hemos ignorado ampliamente modelos (p.ej. Erikson, 1950; Kohut, 1984) que extendieron el alcance del desarrollo o las necesidades de sintonía y reparación más allá de la infancia (pero véase Seligman y Shanok, 1996); no hemos elaborado del todo una perspectiva del desarrollo que llene y complique el vacío entre bebé y adulto. No hemos integrado la evolución de las necesidades de apego tal y como se expresan a lo largo de la vida. Esto sigue siendo un proyecto relacional que merece ser abordado.

### **La soledad en el espacio relacional: ¿Patología o ideal?**

Los modelos analíticos pre-relacionales fundamentados sobre el ideal de la neutralidad exigían una contención enorme por parte del analista. Al enfrentarnos silenciosamente con nuestra propia subjetividad, restringiendo su uso en el trabajo, éramos vulnerables a estados de aislamiento y/o soledad. El acto de compartir nuestra experiencia, usándola de forma

directa, representó un 'acting out' contratransferencial problemático que nos enviaba de vuelta a análisis, o al menos a una consulta.

El giro relacional aportó una solución creativa a este problema. Podíamos traer gran parte de nosotros mismos al consultorio; ya no teníamos que negar nuestra subjetividad o permanecer en una posición de auto-abnegación. Podíamos expresarnos e interactuar en mutualidad; ambos tenían potencial terapéutico si se usaba de forma reflexionada.

Pero siempre hay un punto débil. Al eliminar las restricciones de la neutralidad, nos saltamos a veces nuestra propia necesidad – y la del paciente – de una experiencia de privacidad y de "estar solos", puesto que, a pesar de que la clave está a menudo en los análisis de las puestas en escena, a veces no lo está.

Hay momentos en los que nuestros pacientes (y nosotros mismos) queremos o necesitamos tener la experiencia de estar solos con otro que permanece más o menos "por fuera", para desplazarnos hacia lo que es interior y privado (Slochower, 1994). Este deseo no siempre es una resistencia a la interacción; puede *no* representar la inmadurez, sino la capacidad de interactuar con uno mismo. Ogden (1997) y Cooper (2014) hablan ambos sobre esta dimensión del proceso analítico de forma elocuente.

Los pacientes a veces necesitan crear al analista más que encontrarlo. Es aquí donde se vuelve esencial un espacio terapéutico protegido que otorga mayor privilegio a la privacidad que a la mutualidad. Winnicott (1958) nos recuerda que la capacidad para estar solos se establece por primera vez cuando el bebé puede estar solo en la presencia de la madre. Esta capacidad es el prerrequisito para una amplia gama de experiencias adultas, incluyendo la de la actividad creativa. La soledad genuina (no ansiosa) es un logro que refleja la existencia del objeto bueno.

El analista, más como testigo que participante, que permite un proceso solitario y privado, ayuda a recrear esta experiencia temprana y apoya el desarrollo y elaboración de una interioridad sólida. Y es esta segunda capacidad la que subyace a la habilidad de interactuar intersubjetivamente. Sin embargo, puesto que la capacidad para estar solo y de sostener el sentido de inferioridad que uno tiene es un prerrequisito de la interacción intersubjetiva, situamos la necesidad para estar solos como algo anterior en el continuo del desarrollo.

A la hora de privilegiar, o idealizar, la mutualidad, tendemos a problematizar lo que *no* es intersubjetivo. Asumimos que nuestras necesidades "no relacionales" (o, más bien, nuestras necesidades aparentemente separadas) son, si no patológicos, más tempranos o anteriores, como reflejo de una capacidad relacional menos desarrollada.

Pero la capacidad para estar solos, por sí incrustada en la experiencia relacional, tiene muchas facetas que no son menos maduras que la interacción mutua. Llevamos ambas necesidades a lo largo de la vida. Ambas son esenciales a nuestro trabajo relacional. Cuando privilegiamos la intersubjetividad, podemos perder la pista del valor inherente a la privacidad y la soledad *en estados de self adultos*. Y generamos una nueva perspectiva de la patología.

A pesar de sus ansiedades y resistencias, el paciente relacional ideal puede tolerar, y en última instancia dar la bienvenida a, las expresiones de nuestra subjetividad. Incluso cuando no comience el tratamiento con esta capacidad, con nuestra ayuda llegará a ese punto. Cuando lo haga, sentiremos que hemos hecho lo necesario. En muchos sentidos, apoyo esta perspectiva y sus bases desarrollistas. Mantener mi atención sobre las maneras en las que ayudar a mi paciente a profundizar su capacidad de reconocimiento intersubjetivo es un enfoque que funciona para mí. De todas formas, es un modelo con sus propias implicaciones problemáticas.

Tendemos a convertir en patológicos a aquellos pacientes que no toleran la mutualidad. Los vemos como subdesarrollados – o peor. Tendemos a entender el deseo de nuestro paciente (y el nuestro) – o la necesidad – de privacidad, soledad y de una experiencia analítica no interactiva como algo inherentemente menos “maduro” y menos “desarrollado” que la interacción intersubjetiva.

Nosotros, los relacionistas, podemos valorar tanto la intersubjetividad como la privacidad. No necesitamos encerrarnos en un sistema binario. Sin embargo, no necesitamos teorizar todavía más el significado clínico y el valor de la soledad y la privacidad si queremos evitar convertirlos en patología.

### **Falsas dicotomías, falsas caricaturas**

Al igual que toda teoría psicoanalítica, la teoría relacional ha sido objeto de caricatura. Se nos ha representado como clínicamente impulsivos, egocéntricos, superficiales, o que cerramos o esquivamos el espacio reflexivo. Estas son caricaturas en lugar de descripciones precisas del trabajo relacional. Pero en ausencia de seriedad clínica, son las puertas que podemos atravesar al ser vulnerables.

Creo que hemos demostrado persuasivamente que la disposición del analista a explorar explícitamente su contratransferencia puede abrir un diálogo con un gran efecto terapéutico. Al acoger lo que es compartido y evitar interpretaciones autoritarias, podemos colaborar con nuestro paciente y crear una narrativa histórica con un poder emocional considerable. Ese proceso puede liberar la experiencia de self y otro del paciente.

Pero cuando idealizamos el poder mutativo del enactment, corremos el riesgo de ocultar sus bordes problemáticos y excluir lo que no encaja. Nuestra insistencia en demostrar el poder clínico del momento presente y de nuestra contribución puede crear sus propios puntos ciegos.

¿Es posible que, a veces, seamos demasiado impacientes por de renunciar a nuestra autoridad y reubicarla dentro de la matriz relacional? ¿Es posible que pasemos por alto la necesidad de nuestro paciente de que *sepamos* y mantengamos cómodamente nuestra autoridad? ¿Omitimos, en algunos momentos, sus sentimientos mixtos sobre los momentos de exploración mutua?

Nuestros pacientes expresan a menudo gratitud cuando encontramos una manera de introducir nuestra experiencia al diálogo analítico. De todas maneras, me pregunto si hay algo más en estos momentos que lo aparente. ¿Puede ser que algunos pacientes obedecen lo que perciben como *nuestro* deseo de que estos momentos sean de ayuda? ¿Puede ser que a veces digan, “Estoy tan contenta de que me hayas dicho cómo te sientes” y apagarse o fracasar en explorar completamente un sentido de desconcierto sobre nuestra postura incierta y mutua? ¿Es posible que en determinados momentos anhelan que seamos más seguros, más deliberados y más autoritarios de lo que aparentemente permite nuestra teoría? ¿Y puede ser que seamos un poco ciegos a este lado de las cosas porque colisiona con nuestro ideal profesional?

Si somos capaces de evitar los excesos de nuestra posición teórica, tenemos que tomarnos en serio estas posibilidades. Tenemos que ir más allá de un estereotipo simple de trabajo relacional como el que encontramos en impasses llamativos y auto-revelaciones explícitas. Pienso que es especialmente importante que expongamos nuestros estudiantes a un entrenamiento matizado que incorpore las contribuciones de nuestros predecesores freudianos, kleinianos e interpersonales; que abordemos los riesgos asociados con cada orientación, incluida la nuestra.

La ceguera clínica puede verse alimentada por nuestra visión profesional y por los significados clínicos que tiene para nosotros. Los analistas clásicos pueden interpretar una negación del paciente como una confirmación de la precisión de su interpretación; es posible que lleguen a evitar o excluir la posibilidad de que se estén equivocando. Nosotros, los relacionistas, probablemente seamos más vulnerables al riesgo contrario – el de tomar demasiado a pie de letra la afirmación explícita del paciente de lo que decimos o hacemos – o aceptar demasiado pronto su crítica de nosotros. Existe una posibilidad de que minimizaremos las dinámicas conflictivas – o inconscientes – que subyacen a su afirmación

o rechazo aparentemente no conflictivo de nosotros, nuestra teoría o nuestra manera de trabajar.

Ninguna teoría es inmune a este tipo de ceguera clínica. Esto se complica todavía más por la necesidad de nuestro paciente de satisfacerse siguiendo nuestra agenda clínica, con las particularidades que tenga ésta. Los pacientes de un análisis clásico o kleiniano pueden aceptar demasiado fácilmente las interpretaciones de su analista o percibir un “no” en la respuesta a una petición. Los pacientes de un análisis relacional tienen probablemente mayor libertad para discutir con nosotros, pero me pregunto si sienten una presión inconsciente a afirmar el valor del intercambio intersubjetivo, complaciéndonos mediante una interacción cuando en realidad preferirían no hacerlo.

Puede ser tentador hacer la vista gorda con este tipo de dinámica por el placer que nos da ser idealizados (según lo que valoremos) y ver que se confirme nuestra teoría. ¿Podemos diseccionar nuestra evaluación de la efectividad del tratamiento a partir de las respuestas placenteras al aprecio de nuestro paciente?

Esto tiene que ver con el egoísmo analítico. Sea cual sea nuestra teoría, nuestro deseo es que el tratamiento vaya en la dirección que creemos que debería ir, y ese deseo nos puede dejar un poco sordos. Queremos algo (sea autoafirmación, confirmación de que tenemos “razón”, cercanía, una interacción auténtica, o una interacción aquí-y-ahora), y por tanto queremos que el paciente también lo quiera. Buscamos pruebas de que es así; estamos tentados a tomar las cosas a pie de la letra cuando encajan con nuestra teoría y/o nuestro idioma personal. ¿Dejaremos de prestar atención a las maneras en las que se descarrila u ofusca?

### **Ideales relacionales y la díada idealizada**

Aunque las caricaturas suelen ser ataques enmascarados, también es posible caricaturizar en el sentido contrario por medio de una exageración de lo positivo e ignorar lo que no lo es. Además de ignorar nuestro deseo y necesidad (y los del paciente) de privacidad y soledad, la teoría relacional nos invita a idealizar la capacidad relacional del analista.

El ideal relacional tiene la visión de un analista que tiene una profundidad emocional, resiliencia y autorreflexión considerables. Es impaciente por y capaz de examinarse a sí mismo, sus procesos y reacciones; cuando se encuentra con un obstáculo espera reflexionar sobre el mismo abiertamente y superarlo. Hace lo mejor por aproximarse a este ideal y su paciente también se dirige al mismo.

Es un ideal que vale la pena acoger e intentar alcanzar. Nos invita a trabajar con nosotros mismos, examinar nuestro impacto y considerar la posibilidad de que somos los responsables del obstáculo actual. Sin embargo, no está libre de puntos débiles.

El ideal relacional choca con una verdad clínica inconveniente – la de que no sólo es nuestro paciente quien está preparado para, abierto ante o capaz de tolerar este nivel de interacción emocional o de considerar de forma reflexiva por qué nosotros no lo estamos; por qué no somos consistentemente capaces de reconocer nuestras limitaciones, defectos y defensas. A pesar de nuestro compromiso con la interacción diádica, y a pesar de la considerable satisfacción que obtenemos a partir de la intimidad que permite, hay momentos en los que el análisis compartido de las puestas en escena es la cosa que menos deseamos. Por breves (o largos) momentos, nuestra necesidad de autoprotección y privacidad (Corbett, 2014) sale a la superficie y excluye nuestro deseo o necesidad de mutualidad (Grand, 2010). ¿Exagerará nuestro ideal profesional nuestra capacidad intersubjetiva y minimizará los obstáculos que se encuentran entre nosotros (analista y paciente) y la interacción relacional presente?

Es totalmente consistente con el ideal relacional reconocer nuestras limitaciones. De hecho, nuestra teoría está tan fundamentada en el valor de explorar nuestros fallos que deberíamos ser mejores en esto que aquellos que acogen una diferente visión analítica idealizada. Y a menudo lo somos – aunque no siempre.

A medida que mi trabajo sobre la metáfora del sostén se iba desarrollando, me interesé cada vez más por la tensión entre ideales analíticos (incluida mi propia vulnerabilidad de idealizar el sostén) y la actualidad de nuestro funcionamiento terapéutico más limitado. Independientemente de sus particularidades, nuestra visión representa nuestro deseo – y a menudo también nuestra necesidad – de sanar, cambiar, entrar en contacto, o de hacer algo útil. Debido a que nuestra cualidad individual limita la habilidad de encontrarnos con esa visión, nos confronta con una colisión entre deseo y realidad. En *Psychoanalytic Collisions* exploro la tensión entre ilusiones analíticas y realidad, y abordo la manera en la que los negociamos (Slochower, 2006, 2011, 2014b).

Las colisiones emergen, independientemente de nuestra orientación teórica, a partir del espacio entre el ideal profesional al que aspiramos y la realidad de nuestra falibilidad humana. La teoría relacional puede idealizar la intersubjetividad y excluir su extremo más problemático; los modelos clásicos pueden deslizarse hacia una neutralidad interpretativa idealizada que oculta un elemento de retención o ataque penetrante. La psicología del self y los modelos de sostén son vulnerables a la evitación de la transferencia-contratransferencia negativa. Creo que captáis la idea.

En el mejor de los casos, el ideal relacional incluye un reconocimiento de su imprecisión; incluso aunque busquemos la exploración mutua continua, sabemos que no podemos alcanzarlo del todo. La revelación completa es imposible (debido a que nosotros, los analistas, tenemos nuestra propia experiencia inconsciente – y no formulada). Tampoco es deseable; independientemente de cuánto valoremos la intersubjetividad, siempre habrá cosas – información, sentimientos, experiencias – que elegimos no contar debido a nuestro propio deseo de privacidad y/o porque sospechamos que sería demasiado perturbador, demasiado inquietante o demasiado dañino. Elegimos (de forma parcialmente inconsciente) la manera en la que interactuamos y en la que contenemos en base a una mezcla de nuestras propias necesidades, deseos y ansiedades y las del paciente, junto con nuestras ideas clínicas respecto a lo que es terapéutico y lo que no lo es.

Cuando perdemos la pista de estas complejidades es cuando existe la posibilidad de que caigamos en excesos. ¿Es posible encontrar un equilibrio entre el ideal de apertura analítica frente a los límites de nuestra capacidad de alcanzarla y frente al valor de la privacidad?

### **“Evaluación” blanda dentro de una perspectiva relacional**

El uso de la evaluación diagnóstica, independientemente de lo “blanda” que sea, choca con la teoría relacional – con las ideas de co-construcción, multiplicidad, estados de self cambiantes y con nuestro rechazo de una autoridad analítica excesiva. Cuando nos topamos con una pared con un paciente, no le diagnosticamos ni le culpamos; pensamos sobre cómo hemos estado interponiéndonos en el camino y sobre lo que está siendo co-creado. Al enfocar lo intersubjetivo, revisitamos creativamente el impasse y examinamos nuestra propia contribución al mismo. Esta perspectiva ha sido enormemente liberadora y ha enriquecido ampliamente el trabajo clínico.

En algún punto, los relacionistas hemos superado las perspectivas antiguas de la patología; hemos indagado, y a menudo rechazado, conceptos como resistencia y perversión porque atomizan el campo relacional y colisionan con nuestra teoría. Hemos desafiado a la idea de un estilo dinámico duradero *fuera* de la relación diádica. Lo que se consideraba una resistencia ha sido reubicado entre los enactments, nuestra propia contratransferencia y el impasse co-construido.

Aun así, el desplazamiento de nuestro enfoque sobre los estilos de personalidad/carácter corre el riesgo de minimizar la persistencia y complejidad de este elemento individual, de la manera particular de ser, relativamente consistente, de un paciente en el tratamiento y en

la vida. Esa manera de ser puede hacerse sentir en la fluctuación de estados de self y relaciones interpersonales múltiples.

Así que quiero invitar de vuelta este elemento individual al pensamiento relacional para visitar nuestras ideas más tempranas sobre resistencia, estilo caracterial, pacientes difíciles o fáciles, entre otras.

¿No son algunos de nuestros pacientes difíciles simplemente eso – difíciles – mientras que con otros es mucho más fácil trabajar? ¿No sólo porque nuestras subjetividades – o temperamentos – chocan o se fusionan de una manera particularmente problemática o facilitadora; no sólo debido a una dinámica intersubjetiva inusualmente fluida o una contratransferencia problemática, sino debido a ¿quién es el paciente? ¿Acaso no son algunos de nuestros pacientes más sensibles y emocionalmente presentes, mientras que otros son bastante incapaces de observarse a sí mismos o trabajar con nuestras contribuciones?

En parte, la manera de ser del paciente emerge en sintonía o en respuesta al impacto de nuestra propia individualidad y manera de trabajar. Aun así, estoy convencida de que no todo trata sobre nosotros – nuestro carácter o estilo clínico. A veces es también por quién es el paciente, cómo es su dinámica, historial traumático, el grado de dificultad o rigidez emocional. Por supuesto que a mí – y a ti – nos irá mejor con algunas personas que otras, y esto refleja el elemento intersubjetivo. Pero existe un elemento individual también.

En “Odio en la contratransferencia”, Winnicott (1947) distinguió entre lo que él denominó la contratransferencia subjetiva y la objetiva. Afirmó la existencia de una contratransferencia objetiva, o si esto parece complicado, el amor y odio del analista en respuesta a la personalidad y el comportamiento actual del paciente, basada en una observación objetiva (pág. 195).

Yo no iría tan lejos; no creo que exista tal cosa como la observación objetiva o una afirmación que está situada fuera de la dimensión de lo subjetivo. Aun así, creo que Winnicott nos estaba recordando algo importante: los elementos más duraderos del estilo personal que distribuimos en las relaciones e interacciones. Aunque todos reaccionamos de una forma casi idiosincrática al otro, a menudo existe un elemento consensual - un “papel” ampliamente compartido que evocamos regularmente en quienes nos conocen.

Cuando un compañero se refiere a un paciente como alguien a quien describe como “difícil”, suelo saber de qué está hablando. A veces encuentro mi propia manera de superar esa dificultad y el trabajo puede continuar, pero en ocasiones experimento lo que subjetivamente parece un impasse. Creo que he encontrado alguien que parece necesitar *no*

cambiar; que está completamente atrapado en ciclos dinámicos repetitivos. Independientemente de lo asiduamente que señalo el borde co-construido de dicha dificultad, choco/chocamos contra una pared. Y mientras que esa pared puede emerger a partir de mis propias resistencias y/o el choque entre nuestros estilos temperamentales, algunas veces no es realmente algo mío.

Históricamente, las etiquetas se utilizaban para describir este tipo de cosa – el carácter desorganizado, concreto o el paciente perseverante – son poco atractivos; se utilizan con demasiada frecuencia de forma peyorativa y no dinámica. Tenemos lenguajes más modernos y ricos hoy en día; pensamos sobre las dificultades de los pacientes con mucha reflexión, interioridad, mentalización y un sentido básico de totalidad. Pensamos sobre el trauma, los fallos de sostén tempranos, o el moldeamiento relacional. Estos conceptos rellenan y útilmente complican la dinámica individual al situarlos tanto a lo largo del desarrollo como psicodinámicamente. Profundizan nuestro entendimiento de los obstáculos internos y las necesidades de desarrollo de nuestro paciente (y los nuestros). Nos ayudan a abrir una puerta donde aparentemente no la había, y abordan un elemento que reside parcialmente por fuera de la diada relacional.

A pesar de nuestro desvío de las etiquetas diagnósticas, la teoría relacional – al igual que todas las teorías psicoanalíticas – incorpora su propia perspectiva de la salud psicológica y de su relativa ausencia, junto con ideas sobre cómo progresar hacia ese ideal. Y mientras que esa visión nos guía, también nos deja vulnerables ante un punto ciego clínico particular. El analista clásico, por ejemplo, puede responder al interés de un paciente en la persona del analista como alguien motivado por fantasías; como algo que debe ser analizado e interpretado. Nosotros haremos probablemente justo lo contrario.

Cuando el paciente de un tratamiento relacional evade el diálogo intersubjetivo – cuando evita al otro, cuando no puede abordar lo que sucede entre nosotros y busca crónicamente la soledad o la desvinculación relacional, le vemos como alguien limitado emocionalmente, tal vez esquizoide; desde luego, mucho menos sano que su equivalente diádicamente participativo. Y aunque no le diagnostiquemos, nuestro entendimiento emerge a partir de nuestra perspectiva (incrustada teóricamente) de la madurez o de su ausencia relativa. Se trata de un punto de vista relacional de lo que representa la patología.

Nuestra visión clínica prioriza el reconocimiento mutuo y convierte en problema su ausencia. Creo que esta perspectiva es muy convincente, y es una que he adoptado ampliamente. Aun así, quiero subrayar y ofrecer una corrección al sistema binario al que puede dar lugar: el deseo, incluso la necesidad de soledad, privacidad, y similares, *no representan inherentemente inmadurez o patología*.

Tenemos que dejar un espacio para lo que no es explícitamente intersubjetivo, y honrar la necesidad del paciente (y la nuestra) de tener una experiencia solitaria fuera de la dimensión de lo patológico. Tenemos que dar la bienvenida a su deseo o necesidad de privacidad y experiencia interna. Tenemos que considerar la posibilidad de que estos deseos son apropiados, incluso deseables. Podemos hacer todo esto incluso mientras prestamos atención a su capacidad de volver al mundo relacional.

### **Una llamada a un tipo de auto-restricción reflexiva**

Con nuestra aceptación de lo que anteriormente estaba prohibido, a veces fracasamos en prestar suficiente atención al impacto menos evidente de nuestro discurso libre sobre política, sexo, odio, o amor; de nuestro discurso libre en general. No enseñamos siempre a los nuevos candidatos el valor de la espera, la escucha y contener la auto-revelación hasta que hayan podido mapear el terreno emocional. O investigar cuidadosamente las dinámicas subyacentes antes de introducir de forma juguetona aquello que puede ser perturbador.

Creo que es necesaria algo de contención auto-reflexiva (Slochower, 2014a). En su ausencia, corremos el riesgo de causar daño de formas que necesariamente son analizables. Y no, no estoy sugiriendo que volvamos al modelo de tratamiento tradicional; tendríamos más pérdidas que ganancias yendo por ese camino. En primer lugar, la contención analítica se transforma frecuentemente en una especie de retención (Bass, 1996) que en sí incorpora una puesta en escena sadomasoquista. En segundo lugar, incluso aunque pensemos que la contención es algo deseable, hemos superado la idea de que es algo siempre alcanzable. Habrá momentos en los que emerge nuestra contratransferencia – para bien y para mal. Para más complicación, nuestra contención no es ninguna panacea terapéutica. La contención – al igual que nuestro silencio analítico – puede ser engañosa, deformadora, demandar conformismo o desencadenar una disociación. No hay manera de evadir nuestro impacto, sea implícita o una puesta en escena.

Pero todas estas advertencias pueden ocultar el hecho de que nosotros, los analistas, a veces causamos daño real por medio de nuestra *acción*. Csillag (2014), en un artículo reciente, ilustra lo siguiente: se descarriló por la participación de su analista en discusiones políticas sobre la guerra de Irak, desconociendo el efecto tóxico que tenía lo que estaba diciendo. Su fe en la apertura tuvo como resultado la ignorancia de sus excesos y un fallo a la hora de considerar la posibilidad de que permanecer fuera habría sido una postura analítica mucho más productiva.

Precisamente la semana pasada, me encontré con una historia similar. John describió una experiencia que terminó por “estrellar” (según sus propias palabras) un tratamiento previo: su terapeuta respondió a sus logros profesionales impresionantes con una descripción de su reacción – su envidia, su deseo por poner a John en ridículo, y sus propios sentimientos de incompetencia. El terapeuta señaló que le parecería deshonesto no auto-revelarse. John, sintiendo tanto desconcierto como inseguridad, expresó agradecimiento por la honestidad del analista y se abstuvo de mostrar sus reacciones de enfado por la auto-revelación. El tratamiento continuó, pero John se sintió limitado e incapaz de hablar abiertamente sobre sí mismo; tarde o temprano, terminó la terapia dando una excusa (un nuevo trabajo exigente) que su terapeuta aceptó a pie de la letra. Debido a que la auto-revelación del analista encajaba con su teoría sobre acción terapéutica, no tuvo en cuenta la posibilidad de que había algo más que yacía bajo lo que parecía haber sido tan íntimo y facilitador. Un punto ciego clínico con orígenes teóricos.

La capacidad de permitirnos ver la dinámica de nuestro paciente *desde fuera* de la dimensión de lo intersubjetivo ofrece un punto adicional de entrada clínico que puede coexistir con un estudio continuado del elemento co-creado. Es posible, según la aclaración que ofrece el trabajo lúcido de Nancy McWilliams (p.ej., 2011) sobre el diagnóstico psicoanalítico, pensar de forma psicoanalítica sobre las diferencias individuales e incluir lo intersubjetivo en nuestro pensamiento. Al abordar el estilo caracterial individual en su interconexión y colisión con nuestra perspectiva relacional, complicamos todavía más nuestro punto de entrada clínico. Es posible que encontremos un lugar de autocontención que facilite el sostenimiento de nosotros mismos a largo plazo. Podemos considerar la posibilidad de que el valor de toda posición clínica tiene límites; como la interpretación, el sostén, la confrontación, y también los enactments analizados mutuamente.

Los relacionistas podemos participar, pero también podemos mantenernos fuera. También nos podemos abstener de pronunciar lo impronunciable, o de explorar conjuntamente nuestra contratransferencia. No necesitamos siempre irrumpir en el proceso del paciente o sus ilusiones sobre nosotros. Tenemos una elección, aunque sea parcial. Esa elección incluye la posibilidad de que algunos de nuestros pacientes a veces requieren una zona de negación – un campo que les permite no ver lo que no puede ser metabolizado. Es aquí donde la contención analítica puede abrir un espacio terapéutico en lugar de restringirlo, despejando el camino para dicha necesidad.

Está claro que nuestro desplazamiento hacia la contención no sólo se ve influido por nuestro entendimiento del paciente; también es moldeado por nuestra propia necesidad de no saber, ser conocido o desafiado. En este sentido, la contención es igual de compleja

dinámicamente que la intersubjetividad. Es aquí donde el ideal relacional de incertidumbre analítica – de auto-reflexión continua – nos puede servir; apoya la auto-examinación y la apertura según las maneras en las que nuestra elección clínica – sea para expresar o contener – ha sido influida por nuestras propias dinámicas.

Así que incluyamos el ideal de la restricción analítica dentro del espectro relacional sin elevarlo a un lugar primario o dominante. Sin el mismo, corremos el riesgo de perturbar las cosas de formas que pueden no ser analizables. Seguramente, gran parte de los tipos de daño analítico pueden ser elaborados y reparados. Pero no todos. Algunas puestas en escena constituyen violaciones de límites – sexuales y no sexuales. Causan un daño duradero que no puede ser elaborado o analizado de forma exitosa. Se trata de un peligro omnipresente para todos nosotros, *independientemente de cuál sea nuestra teoría clínica*. Los relacionistas no somos más vulnerables a cometer violaciones mayores de los límites que aquellos quienes se adhieren a una teoría diferente. Pero tampoco somos menos vulnerables.

Al reconocer todo esto, estamos haciendo una invitación a un tipo de diálogo inter-teorético diferente; uno que nos permita apreciar las partes comunes y las diferentes en vez de posicionarnos como una segunda venida analítica. Hemos empezado a participar en conversaciones respetuosas – en vez de competitivas – con otros modelos y a reflexionar tanto sobre las contribuciones de la teoría relacional como sus limitaciones en la consulta. Tengo la esperanza de que los autores de otras orientaciones participen en una especie de autocrítica similar, y que podamos continuar dando lugar a conversaciones inter-teoréticas significativas, organizadas no como un debate con nuestro otro psicoanalítico particular, sino con el objetivo de definir respetuosamente nuestras diferencias a la vez que profundizamos en las áreas que tenemos en común.

## REFERENCIAS

- Ainsworth, M.D.S. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical overview of the infant-mother relationship. *Child Development*. 40:969-1025.
- Aron, L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanal. Dial.*, 1:29-51.
- Aron, L. (1992). Interpretation as expression of the analyst's subjectivity. *Psychoanal. Dial.* 2:475-508.
- Aron, L. (2001). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Balint, M. (1968). *The Basic Fault*. London: Tavistock.
- Bass, A. (1996). Holding, holding back, and holding on. Commentary on paper by Joyce Slochower. *Psychoanal. Dial.*, 6:361-378.

- Bass, A. (2001). It takes one to know one; or, whose unconscious is it anyway? *Psychoanal. Dial.*, 11:683-702.
- Bass, A. (2003). "E" Enactments in psychoanalysis: Another medium, another message. *Psychoanal. Dial.*, 13:657-676.
- Bassin, D. (1997). Beyond the he and she: Postoedipal transcendence of gender polarities. *J. Amer. Psychoanal. Assn. Special Supplement*: 1997.
- Bassin, D., Honey, M. & Kaplan, M. M. (1994) (eds.). *Representations of Motherhood*. New Haven, CT: Yale Univ. Press.
- Bassin, D. (1999). *Female Sexuality*. Northvale, N.J.: Aronson.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanal. Psych.* 11:127-165.
- Beebe, B. & Lachmann, F. H. (1998). Co-constructing inner and relational processes. *Psychoanal. Psychol.*, 15: 480-516.
- Beebe, B., Lachmann, F., Markese, S. & Bahrack, L. (2012). On the origins of disorganized attachment and internal working models: Paper 1. A dyadic systems approach. *Psychoanal. Dial.* 22:253-272.
- Benjamin, J. (1986). A desire of one's own: Psychoanalytic feminism and intersubjective space. In *Feminist Studies/Critical Studies*. Ed. T. de Lauretis. Bloomington: Univ. of Indiana Press, 78-101.
- Benjamin, J. (1988). *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism and the Problem of Domination*. New York: Pantheon
- Benjamin, J. (1998). *Shadow of the Other*. London: Routledge.
- Benjamin, J. (1995). *Like Subjects, Love Objects*. New Haven: Yale University Press.
- Benjamin, J. (2009). A Relational Psychoanalysis Perspective on the Necessity of Acknowledging Failure in order to Restore the Facilitating and Containing Features of the Intersubjective Relationship (the Shared Third). *Int. J. Psycho-Anal.*, 90:441-450.
- Benjamin, J. (2010). Where's the Gap and What's the Difference?: The Relational view of Intersubjectivity, Multiple Selves, and Enactments. *Contemp. Psychoanal.*, 46:112-119.
- BPCSG (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the "something more" than interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 79: 903-921.
- Boulanger, G. (2007). *Wounded by Reality: Understanding and Treating Adult-Onset Trauma*. Mahwah, N.J.: The Analytic Press.
- Bromberg, P.M. (1979). Interpersonal psychoanalysis and regression. *Contemp. Psychoanal.*, 15:647-655.
- Bromberg, P.M. (1991). On knowing one's patient inside out: The aesthetics of unconscious communication. *Psychoanal. Dial.*, 1:399-422.
- Bromberg, P.M. (1993). Shadow and substance: A Relational perspective on clinical process. *Psychoanal. Psych.*, 10:147-168.

- Bromberg, P. (1995). Resistance, object-usage, and human relatedness. *Contemp. Psychoanal.*, 31:173-191.
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the Spaces. Essays on Clinical Process, Trauma and Dissociation.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Bromberg, P.M. (2006). *Awakening the dreamer.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Bromberg, P.M. (2011). *In the shadow of the Tsunami.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Chodorow, N. (1978). *The Reproduction of Mothering.* Berkeley: Univ. of California Press.
- Cooper, S. (2014). The things we carry: finding/creating the object and the analyst's self-reflective participation. *Psychoanal. Dial.* 24:621-636.
- Corbett, K. (2014). The analyst's private space: spontaneity, ritual, psychotherapeutic action, and self-care. *Psychoanal. Dial.*, 24:637-647.
- Csillag, V. (2014). Ordinary sadism in the consulting room. *Psychoanal. Dial.*, 24: 467-482.
- Davies, J.M. & Frawley, M.G. (1994). *Treating Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse: A Psychoanalytical Perspective.* New York: Basic Books.
- Davies, J.M. (1994). Love in the afternoon: A relational reconsideration of desire and dread in the countertransference. *Psychoanal. Dial.* 4:153-170.
- Davies, J.M. (1998). Multiple perspectives on multiplicity. *Psychoanal. Dial.* 8:195-206.
- Davies, J. M. (2004). Whose bad objects are we anyway? Repetition and our elusive love affair with evil. *Psychoanal. Dial.*, 14:711-732.
- Dimen, M. (1991). Deconstructing difference: Gender splitting and transitional space. *Psychoanal. Dial.* 1:335-353.
- Dinnerstein, D. (1976). *The Mermaid and the Minotaur.* New York: Harper & Row.
- Ehrenberg, D. (1974). The intimate edge in therapeutic relatedness. *Contemp. Psychoanal.*, 10: 423-437.
- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and Society.* New York: Norton.
- Fairbairn, W. R. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality.* London: Tavistock Publications.
- Fast, I. (1984). *Gender Identity: A Differentiation Model.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Ferenczi, S. (1952). *First Contributions to Psycho-Analysis.* London: Hogarth Press & the Institute of Psycho-Analysis.
- Fiscalini, J. (1994). Narcissism and coparticipant inquiry: Explorations in contemporary interpersonal psychoanalysis. *Contemp. Psychoanal.*, 30: 747-776.
- Fonagy, P., Gyorgy, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self.* New York: Other Press.
- Ghent, E. (1992). Paradox and process. *Psychoanal. Dial.*, 2:135-159.
- Goldner, V. (1991). Toward a critical relational theory of gender. *Psychoanal. Dial.*, 1: 249-272.

- Grand, S. (2000). *The Reproduction of Evil*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Grand, S. (2010). *The Hero in the Mirror*. New York: Routledge.
- Guntrip, H. (1961). *Personality Structure and Human Interaction*. New York: Int. Univ. Press.
- Harris, A. (1991). Gender as contradiction. *Psychoanal. Dial.*, 1: 197-224.
- Harris, A. (2005). *Gender as Soft Assembly*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Harris, A. (2009). "You must remember this". *Psychoanal. Dial.*, 19:2-21.
- Hesse, E. & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 48: 1097-1128.
- Hirsch, I. (1994). Countertransference love and theoretical model. *Psychoanal. Dial.*, 4: 171-192.
- Hirsch, I. (2006). The interpersonal roots of relational thinking. *Contemp. Psychoanal.*, 42: 551-556.
- Hirsch, I. (2014). *The interpersonal tradition: the origins of psychoanalytic subjectivity*. New York: Routledge, 2014.
- Hoffman, I.Z. (1992). Some practical implications of a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. *Psychoanal. Dial.*, 1:74-105.
- Hoffman, I.Z. (1998). *Ritual and Spontaneity in Psychoanalysis*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Hoffman, I.Z. (2009). Therapeutic passion in the countertransference. *Psychoanal. Dial.*, 19:617-637.
- Jacobs, T.J. (1986). On countertransference enactments. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 34:289-307.
- Kohut, H. (1984). *How does Analysis Cure?*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Layton, L. (1998). *Who's that Girl? Who's that Boy? Clinical Practice Meets Post-Modern Gender Theory*. Northvale, N.J. Jason Aronson.
- Levenson, E.A. (1972). *The Fallacy of Understanding*. New York: Basic Books.
- Loewald, H.W. (1960). On the therapeutic action of psycho-analysis. *Int. J. Psycho-Analysis.*, 41: 16-33.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis*. New York: Guilford.
- Mitchell, S. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mitchell, S. (1984). Object Relations Theories and the Developmental Tilt. *Contemp. Psychoanal.*, 20:473-499.
- Mitchell, S. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Mitchell, S. (2000). *Relationality*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Ogden, T. (1997). Reverie and metaphor: Some thoughts on how I work as a psychoanalyst. *Int. J. Psycho-Anal.*, 78:719-732.
- Pizer, S.A. (1998). *Building Bridges*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Sandler, J. (1960). The background of safety. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41: 352-356.

- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *Int. R. Psycho-Anal.*, 3:43-47.
- Schore, A.N. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanal. Dial.*, 21:75-100.
- Seligman, S. (2003). The developmental perspective in relational psychoanalysis. *Contemp. Psychoanal.*, 39:477-508.
- Seligman, S. & Shanok, R.S. (1996). Erikson, our contemporary: His anticipation of an intersubjective perspective. *Psychoanal. Contemp. Thought*, 19: 339-365.
- Slochower, J. (2014a). Analytic sadism and analytic restraint. *Psychoanalytic Dialogues*, 24: 483-487.
- Slochower, J. (2013a). Psychoanalytic mommies and psychoanalytic babies: a long view. *Contemporary Psychoanalysis*, 49:606-628.
- Slochower, J. (2013b). Using Winnicott today: A relational perspective. *Revue Roumaine de Psychanalyse*. 2: 13-41.
- Slochower, J. (2013c). Analytic enclaves and analytic outcome: A clinical mystery. *Psychoanalytic Dialogues*, 23: 243-258.
- Slochower, J. (2011a). Out of the analytic shadow: On the dynamics of commemorative ritual. *Psychoanalytic Dialogues*, 21:676-690.
- Slochower, J. (2011b). Analytic idealizations and the disavowed: Winnicott, his patients, and us. *Psychoanalytic Dialogues* 21, 3-21.
- Slochower, J. (2006; 2014b). *Psychoanalytic Collisions*, Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Slochower, J. (2004). But what do you want? The location of emotional experience. *Contemp. Psychoanal.*, 40:577-602.
- Slochower, J. (1999). Interior experience in analytic process. *Psychoanal. Dial.*, 9: 789-809.
- Slochower, J. (1996a & 2014a). *Holding and Psychoanalysis: A Relational Perspective*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Slochower, J. (1996b). Holding and the evolving maternal metaphor. *Psychoanal. Rev.*, 83: 195-218.
- Slochower, J. (1996c). The holding environment and the fate of the analyst's subjectivity. *Psychoanal. Dial.*, 6:323-353.
- Slochower, J. (1994). The evolution of object usage and the holding environment. *Contemp. Psychoanal.*, 30: 135-151.
- Slochower, J. (1993). Mourning and the holding function of shiva. *Contemp. Psychoanal.*, 30:135-151.
- Slochower, J. (1992). A hateful borderline patient and the holding environment. *Contemp. Psychoanal.*, 28: 72 88.
- Slochower, J. (1991). Variations in the analytic holding environment. *Int. J. Psycho-Anal.*, 72: 709 718.
- Stein, R. (1999). Discussion of Joyce Slochower's Interior experience paper. *Psychoanal. Dial.*, 9: 811-823.

- Stern, D. B. (1992). Commentary on constructivism in clinical psychoanalysis. *Psychoanal. Dial.*, 3:331-364.
- Stern, D.B. (1997). *Unformulated Experience: From Dissociation to Imagination in Psychoanalysis*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Stern, D. B. (2009). *Partners in Thought*. New York: Routledge. Analytic Press.
- Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York : Norton.
- Stolorow, R. D. (1997). Dynamic, dyadic, intersubjective systems: An evolving paradigm for psychoanalysis. *Psychoanal. Psych.*, 14:337-346.
- Sullivan, H.S. (1954). *The Psychiatric Interview*. New York: Norton.
- Warshaw, S.C. (1992). Mutative factors in child psychoanalysis: A comparison of diverse relational perspectives in Skolnick, N. & Warshaw, S.C. (Eds) *Relational Perspectives in Psychoanalysis*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Winnicott, D.W., (1947). Hate in the countertransference. In *Through Pediatrics to Psychoanalysis*. 1958, New York: Basic Books.
- Winnicott, D.W. (1958). The Capacity to be Alone. *Int. J. Psycho-Anal.*, 39:416-420.
- Winnicott, D.W. (1960). Ego distortions in terms of true and false self. In: *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press, 140-152.
- Winnicott, D.W. (1963). Dependence in infant care, in child care, and in the psycho-analytic setting. *Int. J. Psycho-Anal.*, 44:339-344.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press.
- Winnicott, D. W. (1969a). The use of an object. *Int. J. Psycho-Anal.*, 50: 711-716.
- Winnicott, D.W., (1969b). The mother-infant experience of mutuality. In: *Psychoanalytic Explorations*. Cambridge, MA: Harvard University Press, pp. 251-260.
- Wolstein, B. (1959). *Countertransference*. New York: Grune & Stratton.

Original recibido con fecha: 24-6-2016

Revisado: 15-3-2017

Aceptado: 30/06/2017

#### NOTAS:

<sup>1</sup> N. del T.: Junta Americana de Psicología Profesional (*American Board of Professional Psychology*).

<sup>2</sup> N. del T.: Los conceptos de "puesta en escena" y "enactment" se utilizan de forma equivalente a lo largo del artículo.

<sup>3</sup> Algunos relacionistas – aunque no todos – reconocieron cada vez más la importancia de abordar los estados infantiles en pacientes adultos (véase los escritos posteriores de Mitchell [2000]).

<sup>4</sup> Los interpersonalistas también criticaron fuertemente el énfasis en la interpretación, basada en los impulsos, de los escritores clásicos.

<sup>5</sup> Una excepción muy temprana fue el artículo de Bromberg (1979) sobre el valor de la regresión desde una perspectiva interpersonal.

---

<sup>6</sup> El sostén no es algo que el analista puede hacer por sí solo. El sostén “funciona” – cuando funciona – porque nuestro paciente excluye de la consciencia aquellos aspectos de nuestra subjetividad que serían demasiado perturbadores.

<sup>7</sup> Véase la publicación de 1994 (V. 6) de *Psychoanalytic Dialogues*.

<sup>8</sup> Schore amplía el trabajo de Bromberg poniendo en primer plano el papel de los procesos implícitos del hemisferio derecho del cerebro entre los elementos psicoanalíticos cotidianos.