

La Acomodación Patológica de Brandchaft

Lo que es y lo que no¹

Shelley R. Doctors, Ph.D.²

New York, USA

La acomodación patológica se refiere a las formas de ser que funcionan inconscientemente para preservar un apego necesario, cuando el vínculo ha sido amenazado de forma traumática. En este sentido la palabra “acomodación” significa que el individuo adopta inconscientemente los puntos de vista y sentimientos de otro, a costa de su propia experiencia. Se detalla el papel de los principios organizadores inconscientes y de las secuencias afectivas, y se aborda brevemente el tema de la acomodación patológica en los terapeutas. Esta defensa – *el temor a no repetir* – se distingue de la descripción de Anna Ornstein del *temor a repetir*. Una anécdota enfatiza el papel crucial que juegan el auto-conocimiento y la capacidad para la auto-reflexión en la emancipación de los remanentes enmarañados de la acomodación patológica.

Palabras clave: Acomodación Patológica, Brandchaft, Temor a no repetir

Pathological Accommodation refers to ways of being that function unconsciously to preserve a needed attachment when that bond has been traumatically threatened. In this sense of the word, “accommodation” means that the individual unconsciously adopts the views and feelings of another at the expense of his or her own experience. The role of unconscious organizing principles and affective sequences is detailed, and the issue of pathological accommodation in therapists is briefly addressed. This defense—*the dread not to repeat*—is distinguished from Anna Ornstein’s description of *the dread to repeat*. An anecdote emphasizes the crucial role self-awareness and the capacity for self-reflection play in the emancipation from entangling remnants of pathological accommodation.

Key Words: Pathological Accommodation, Brandchaft, Dread not to repeat.

English Title: Brandchaft’s Pathological Accommodation – What It Is And What It Isn’t

Cita bibliográfica / Reference citation:

Doctors, S.R. (2018). La acomodación patológica de Brandchaft. Lo que es y lo que no. *Clínica e Investigación Relacional*, 12 (2): 203-221. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2018.120201

¹ Texto de la conferencia leída en ÁGORA RELACIONAL / INSTITUTO DE PSICOTERAPIA RELACIONAL el 11 de Mayo de 2018. Reproducida con autorización de la autora. Traducción castellana © de María Hernández Gázquez, revisada por Alejandro Ávila.

² SHELLEY R. DOCTORS, Ph.D., es Doctora en Psicología y Psicoanalista, vive y trabaja en Nueva York. Ha sido Presidenta de la International Association for Psychoanalytic Self Psychology (IAPSP); también es miembro de la Asociación Internacional de Psicoanálisis y Psicoterapia Relacional (IARPP), y de la Sociedad Internacional de Psiquiatría y Psicología de la Adolescencia. Hizo su tesis, en 1979, sobre las autolesiones superficiales en chicas adolescentes, trabajando desde entonces para entender este síntoma en concreto y la adolescencia en general. Es, así mismo, una de las máximas conocedoras del trabajo de Bernard Brandchaft y co-autora (junto con B. Brandchaft y D. Sorter) del libro “Toward an emancipatory Psychoanalysis: Brandchaft’s Intersubjective Vision”. Dirección de contacto: 52 Riverside Drive, New York, N.Y. USA. srdctors@gmail.com

Aunque muchos psicólogos del self conocen al Dr. Bernard Brandchaft como el “padre fundador” de la intersubjetividad¹ y algunos de sus trabajos son muy conocidos, muchos terapeutas han expresado interés por conocer más sobre su teoría de la “acomodación patológica” – cómo reconocerla y cómo abordarla en el tratamiento. Dori Sorter y yo colaboramos con el Dr. Brandchaft en la preparación de “Toward an Emancipatory Psychoanalysis: Brandchaft’s Intersubjective Vision” (Routledge, 2010) haciendo que sus contribuciones fueran más accesibles a un público más amplio.

La carrera psicoanalítica del Dr. Brandchaft comenzó hace más de 65 años cuando la teoría de la pulsión era sinónimo de Psicoanálisis y reinaba la Psicología del Yo. Continuamente en busca de modelos teóricos y clínicos que encajaran mejor con los pacientes que estaba tratando, Brandchaft fue uno de los primeros analistas norteamericanos en estudiar en profundidad con el grupo británico de las Relaciones de Objeto, tomando incluso un año sabático con tal propósito. Desencantado de la teoría Kleniana, formó parte del círculo de Heinz Kohut en el desarrollo de la Psicología del Self. Desde allí, a través de su colaboración con Stolorow y Atwood, continuó para llegar a ser un contribuidor central a la perspectiva intersubjetiva. Aunque nuestro libro detalla algunos aspectos de la psicología del Self con los que discrepó, Brandchaft fue incondicionalmente un psicólogo del self, enfatizando el modo empático-introspectivo de observación y el impacto del analista en el paciente en cada momento. De hecho, fue un teórico y practicante intersubjetivo que valoraba sus raíces de la psicología del self².

Brandchaft no solo vivió a través de varias oleadas de cambios teóricos significativos durante el transcurso de su carrera, sino que a menudo fue un buscador solitario de la explicación de los fenómenos que observaba, y que no estaban recogidos por la teoría existente. Su odisea emanaba de su resistencia ética a encajar al paciente con la teoría, lo cual le requería buscar explicaciones que encajasen mejor con la experiencia del paciente. Una y otra vez la determinación de Brandchaft por capturar la realidad subjetiva psicológica de su paciente le llevaba a percatarse y *reconocer* que su interpretación del paciente era de hecho errónea, aun cuando dicha interpretación fuese fácilmente aceptada por el paciente, y aun cuando teóricamente pareciese correcta³ (ver Brandchaft, Doctors, y Sorter, 2010 capítulo 5). Esto lo hacía en su consulta, cuando sus malos entendidos se le hacían evidentes, y lo hacía en sus presentaciones y publicaciones (1983, 1988), de hecho, siempre que podía reconocía que tales errores habían formado una parte significativa del proceso que intentaba comprender. Esta contribución explicará el innovador enfoque del trauma y el afecto que está enraizado en la contribución estelar de Brandchaft “Los sistemas de acomodación patológica”.

Así como la frase en el título de nuestro libro “El psicoanálisis emancipatorio” se refiere a la *liberación* de los sistemas de acomodación patológica y sus formas constrictivas del self, mi enfoque será evolutivo y clínico – cómo esto llega a ser; cómo se reconoce y cómo se aborda en el tratamiento.

Los sistemas de acomodación patológica

El término “sistemas de acomodación patológica” se refiere a una dimensión de la vida psicológica a la que Brandchaft era exquisitamente sensible. Se refiere a formas de ser que a menudo aparecen en el desarrollo temprano en la relación con los cuidadores, cuya capacidad de adaptación a la necesidad del mundo psicológico de sus niños es limitada (normalmente debido a las condiciones que han experimentado en sus propias infancias). La “acomodación” se refiere a la respuesta del niño al *trauma relacional*, trauma sufrido cuando sus expresiones emocionales y/o acciones regularmente evocan respuestas parentales profundamente mal sintonizadas. A esto lo denominamos trauma relacional porque repetidas disyunciones emocionales severas amenazan el vínculo de apego del niño con su cuidador, la relación más crítica para el desarrollo.

Cuando se siente que la seguridad básica está en situación de riesgo, muchos niños garantizan su seguridad ajustándose a lo que está disponible en su relación de apego. Intentan encajar con el mundo psicológico de su cuidador cuando su cuidador no puede reconocer y responder, de forma más flexible, a la suya. Esta formulación viene del punto de vista intersubjetivo de la psicopatología basada en el desarrollo: “la patogénesis... entendida en términos de severas disyunciones o asincronías que ocurren entre las estructuras de subjetividad de padres e hijo, donde las necesidades de desarrollo primarios del niño no encuentran la responsividad requerida de los objetos del self. *Cuando la organización psicológica del padre/madre no se puede acomodar suficientemente las necesidades, específicas de cada fase, del desarrollo del niño, entonces la estructura psicológica más maleable y vulnerable del niño se acomodará a lo que está disponible* (Atwood & Stolorow, 1984, p. 69⁴, se ha añadido la cursiva). La “acomodación” significa que el niño adopta los puntos de vista y sentimientos del cuidador a expensas de su propia experiencia del self. Los problemas surgen cuando este modo de interacción se arraiga y sienta las bases para relaciones subsiguientes.

Sin embargo, aquellos que normalmente hacen esto no son conscientes de su tendencia en la estructuración de relaciones, así como están ciegos a sus orígenes. Por supuesto este modo puede también ser un aspecto importante del desarrollo y actual funcionamiento del analista. Mientras dos terceras partes de nuestro libro⁵ consiste en material totalmente nuevo, algunos de los casos se habían publicado previamente. Si estás familiarizado con “Un caso de

Depresión intratable" (Brandchaft, 1988), o "Vínculos que atrapan, lazos que liberan" (en Stolorow, Brandchaft, y Atwood 1987), o "Liberar el espíritu de su célula" (1993) – entonces has leído sobre casos de "sistemas de acomodación patológica" aunque estos trabajos se escribieron antes de que Brandchaft delinea el problema y le diera un nombre. Estos expresivos títulos reflejan la apreciación de Brandchaft del doloroso impacto que esta circunstancia ejerce sobre aquellos afectados, así como su devoción a la liberación de los pacientes. En apoyo de nuestro libro, Bob Stolorow define los sistemas de acomodación patológica como "contextos relacionales en los que uno inconscientemente sacrifica la realidad percibida-emocional de uno y adopta aquella que requiere el 'otro' para mantener un lazo necesario".

Para apreciar el trauma relacional que los sistemas de acomodación patológica generan, debemos de comprender el contexto de desarrollo en el que dicha "acomodación" comienza, y a distinguir las estructuras de acomodación *patológica* de Brandchaft, de las instancias de acomodación ordinaria y no-patológicas. En el desarrollo normal, nuevas observaciones e informaciones se *asimilan* o absorben y por tanto expanden el conocimiento existente. Por tanto, las propias ideas normalmente *acomodan*, o ceden ante, o cambian a través de las nuevas experiencias, aumentando el conocimiento del mundo. Estos dos procesos, en continua oscilación, permiten que el conocimiento del mundo aumente y adopte matices. Sin embargo, las instancias de tacto normal o cooperación social no necesariamente reflejan una acomodación patológica. Es *posible*, pero con frecuencia no lo son. Aprender a ajustar la comprensión y comportamiento propio al contexto en el que se vive es una parte normal de la vida. Gran parte del aprendizaje social y cultural tiene lugar de esta forma. Incluso, el aprendizaje a partir de interacciones relacionales puede incluir momentos de conflicto sin un efecto perjudicial. Los niños son a veces corregidos o reprendidos por su comportamiento cuando otro lo considera ofensivo.

Estas ocurrencias diarias generalmente no son traumáticas y no necesariamente llevan a la acomodación patológica. Nos tomamos muchas molestias para evitar que el término de acomodación patológica se utilice con ligereza, ya que tal uso casual invalida el énfasis distintivo de Brandchaft sobre el comportamiento *inconsciente, compulsivamente auto-limitante*. La acomodación patológica es un término reservado para el resultado de interacciones que ocurren en circunstancias en las cuales el niño experimenta *amenazas al vínculo con el cuidador necesario*, amenaza producida por las reacciones del cuidador a sus pensamientos, sentimientos y/o comportamiento. Sólo la experiencia de amenaza a un lazo de apego necesario para la supervivencia genera la acomodación patológica y la alteración inconsciente, rebotante de ansiedad, de la realidad emocional que lo caracteriza.

Una revisión de los “principios organizadores” de la teoría de los Sistemas Intersubjetivos y el énfasis de Brandchaft sobre las secuencias afectivas arrojan luz sobre los orígenes evolutivos y la tenacidad de la acomodación patológica. El término “principios organizadores” se utiliza por los teóricos intersubjetivos para denominar los patrones que se desarrollan como destilaciones de la experiencia vivida. Operan como una regla del formato “cuando esto ocurre, sucede aquello” por así decirlo. Ejemplos pueden ser, “cuando me siento orgullosa de mi misma, la alegría de mi marido por mi éxito incrementa mi alegría.” O por el contrario, “Cuando me siento orgullosa de mi misma, la desaprobación de mi madre hace que esos momentos sean fugaces.” Este tipo de frases expresan “las formas de ser” que operan de forma inconsciente. Los principios organizadores reflejan cómo se espera que la vida proceda, en base a cómo ha sido de hecho en el pasado. Contribuyen a la estructuración de las experiencias personales. Formas de ser aprendidos a través de la experiencia interactiva que llegan a ser parte del “software psicológico” de un individuo y contribuyen a la formación de la experiencia futura.

Las estructuras de acomodación patológica, los principios organizadores que se desarrollan en los contextos en los cuales uno sacrifica de forma inconsciente la realidad perceptual-emocional propia y que adopta aquello que es requerido por el “otro” para poder mantener un lazo necesario, suceden dentro de una gran ansiedad. Hay diferentes formas de ser que surgen de las lecciones ordinarias aprendidas en la vida. Los principios organizadores derivados de la acomodación inconsciente sirven para mantener la conexión con los cuidadores, de los cuales depende la supervivencia. Comprender el miedo traumático que pone este proceso en movimiento abre el camino para que los clínicos puedan apreciar la dificultad para alterarlos o alternar los auto-enjuiciamientos negativos que los pacientes tienen y que son producto de la acomodación inconsciente. Las interferencias o los cambios de los principios organizadores desarrollados para preservar un vínculo de apego, amenaza la coherencia y la continuidad de la organización del self creado en el contexto de ese vínculo relacional. Son una clase especial de *principios organizadores inconscientes pre-reflexivos* descritos en la teoría intersubjetiva. Aunque normalmente no somos conscientes de las reglas o sintaxis que estructura nuestra experiencia, somos capaces, a través de la *auto-reflexión*, de tomar conciencia del dominio automático que ejerce sobre cómo pensamos, sentimos y nos comportamos.

Un principio organizador puede preservar una secuencia de reacciones psicológicas – una cadena en cascada de emociones y/o comportamientos, típicamente condensando una interacción que tuvo lugar, normalmente de forma repetida, con otra persona. Un

sentimiento y su respuesta forman una amalgama y se convierten en la residencia de un individuo.⁶

Como ilustración⁷: Helen, una mujer de mediana edad, pasó gran parte de su infancia asustada y, cuando estaba asustada, solía sufrir la irritada devaluación de sus padres ante su miedo. Aunque el miedo y la auto-depreciación son un eje temático en su vida, el miedo de su infancia, y la respuesta de sus padres ante su miedo estaban amalgamados. En análisis ella dice (prestar la atención al afecto), "Quiero volver a estudiar, pero estoy asustada y eso me hace estar irritada conmigo misma. Es estúpido. Nadie más se sentiría así." Sus palabras revelan un principio organizador – una amalgama de su propio afecto fuertemente coordinado con las respuestas emocionales de sus padres ante su afecto. Su miedo y las respuestas despreciativas ante ello están ahora entrelazados de tal forma que cuando esta asustada reacciona ante su miedo *tal y como lo hacían sus padres*, con irritación y denigración. Este principio organizador es también un ejemplo de acomodación patológica, al adoptar el punto de vista de sus padres de su experiencia emocional con el fin de mantener un vínculo necesario con ellos. La acomodación patológica es un término teórico y clínico para las formas de ser que funcionan inconscientemente mediante patrones para preservar un vínculo de apego con los padres o cuidadores, cuando ese vínculo se ha visto amenazado.

La auto-crítica es un *eje temático* fácilmente identificable en la auto-presentación de Helen. Sin embargo, esta auto-crítica no es de ninguna manera superficial. No respondía a sencillos comentarios de reafirmación y era insensible a nuevas experiencias contradictorias, porque estaba estrechamente ligada a su organización psicológica. De Brandchaft aprendí a atender a las *secuencias con patrón*, y tener más curiosidad sobre las experiencias que con frecuencia conmemoran. El miedo de Helen se había coordinado fuertemente con su propia auto-depreciación- "Estoy asustada, pero hace que esté irritada conmigo misma. Es una estupidez," reflejaba esto. Cuando reconozco la estructura de la secuencia de otras conversaciones, dirijo la atención de la paciente a la secuencia afectiva, en lugar de dirigirme a uno de los afectos aisladamente. El miedo *seguido* de la auto-depreciación fue el foco de mi atención analítica.

Brandchaft (1992, 1993) registró su preocupación sobre la focalización de la sintonía sobre un solo afecto, ya que con frecuencia esto puede cegar al analista a las *secuencias afectivas* que pueden, si se perciben, abrir la puerta a la compulsiva y ansiosa adherencia a la perspectiva del cuidador. En tratamiento, provisionalmente enlazo las secuencias afectivas con otras que hayan tenido la misma estructura y animo al paciente a la auto-reflexión. Helen notó entonces cómo se reprochaba de forma automática, denigrando su propio punto de vista, y despertó su curiosidad sobre este patrón. Llegó a darse cuenta de más ejemplos de su patrón

y fue capaz de enlazarlos con recuerdos de interacciones formativas con sus padres. Así la siguiente ocasión en que empezó a criticarse y sabotearse, ella estaba en una posición diferente. Helen había llegado a sentir sobre si misma igual que sus padres habían sentido una vez, sin embargo, hasta su terapia, había creído que su forma menospreciada de sentir su self era algo innato y no adquirido.

El tratamiento del Sr. N. por Brandchaft (1988, 1992, 1994), un compositor que sufría una incurable depresión, llevó a Brandchaft a cambios cruciales en su comprensión sobre el desarrollo psicológico y provocó en él un cambio en su comprensión del tratamiento y la cura psicoanalítica. Notando que la depresión severa normalmente se repetía tras cualquier éxito, y que el Mr. N. era incansable en sus auto-reproches, Brandchaft inicialmente había concluido que la depresión del Sr. N estaba basada en un superyo patológico y una sensación de culpabilidad inconsciente. Sin embargo, aunque el Sr. N fácilmente asentía a las interpretaciones de Brandchaft y le ofrecía material para apoyarlas, no se aliviaba su desesperación. De hecho, incrementaba. El reconocimiento del significado transferencial de sus interpretaciones previas (ver también Brandchaft, 1983) fue un insight transformativo para Brandchaft. El Sr. N había pensado que Brandchaft creía que había algo en él que aseguraba un persistente fracaso, una idea que encajaba con y reforzaba los peores miedos del Sr. N sobre si mismo. Con facilidad aceptaba aquello que creía que Brandchaft estaba diciendo, tal y como anteriormente se *acomodaba* al punto de vista de sus padres, de que ningún miembro de la familia N podría hallar la felicidad.

Brandchaft empezó entonces a distinguir entre el *tema* del principio de organización inconsciente – “que su destino estaba ya determinado” –y los *patrones secuenciales específicos* de la experiencia del Sr. N-*cómo* se expresaba el tema del principio de organización. A medida que Brandchaft reconocía las *secuencias afectivas* características que estructuraban la experiencia del Sr. N, iba notando cuándo ocurrían y las sacaba de las narrativas de las que formaban parte, para ayudar al paciente a reconocerlas y reflexionar sobre sus orígenes. Prestaba exquisita y fina atención a los cambios en los afectos del paciente, especialmente cambios de entusiasmo a desesperación, mientras continuaba haciendo una crucial distinción entre el *estado mental* del paciente y quien era el paciente en su esencia. Al hacerlo, animaba al paciente a trazar los patrones de estos cambios y despertaba el interés en el paciente para considerar su significado. Brandchaft escribió, “Enfatiqué la importancia de llegar a entender esta secuencia, sin duda un tema preocupante, pero limitado y capaz de ser comprendido y alterado” (Brandchaft, Doctors & Sorter, 2010, p.61). Así Brandchaft trabajó pacientemente ayudando al Sr. N a llegar a estar sintonizado con el “proceso mental que había llegado a ser su tirano” (Brandchaft, Doctors & Sorter, 2010, p. 63).

En la forma en que Brandchaft aborda al paciente deja entrever las sutilezas que le ofrece para animarle a apreciar y “desentrañar” la complejidad de su vida emocional. El énfasis en la importancia de animar al paciente a su auto-reflexión, y su compromiso con el empoderamiento del paciente para que dependa de su propia realidad perceptual-emocional, son aspectos de la creencia de Brandchaft en que el acceso fiable y cómodo al punto de vista propio, es el fundamento irremplazable para que la vida refleje el espíritu, valores y proclividades propias.

La atención a las secuencias afectivas llevó a Brandchaft a la identificación y clarificación de los dos patrones principales del Sr. N: que cualquier leve sentimiento de abatimiento llevaba a una caída en espiral por su significado asociado: que ni el Sr. N ni su familia podrían lograr el éxito, el “mantra” familiar que se repetía cada vez que alguno experimentara algún tipo de obstáculo. Adicionalmente, cualquier entusiasmo *también* llevaba al Sr. N a reinstaurar la reacción depresiva, ya que conscientemente sentía que su entusiasmo no podría durar y que sus logros eran mera ilusión. La secuencia temporal de entusiasmo seguida de depresión se había repetido muchas veces en la interacción con sus padres, ya que ellos siempre se mofaban de su excitado entusiasmo. De esta forma, inconscientemente, el entusiasmo era el preludio a la depresión. Nótese de nuevo cómo la respuesta afectiva disyuntiva de los padres (la desestimación del esperanzado entusiasmo del Sr. N) vino a caracterizar los sentimientos propios del Sr. N sobre sus momentos de entusiasmo. El incremento en su auto-conocimiento y su mayor acceso a este conocimiento, fueron factores importantes que contribuyeron a que el Sr. N progresara en su análisis. Trabajando juntos, el Sr. N y Brandchaft llegaron a comprender y finalmente resolver el conflicto inconsciente del Sr. N-un conflicto entre buscar su propia vida y mantener el lazo usurpante con sus padres a través de la acomodación inconsciente a sus puntos de vista. La historia de la ardua y robusta recuperación del Sr. N es un buen ejemplo de cómo el psicoanálisis lleva a la cura psicológica.

La teoría de la acomodación patológica de Brandchaft nos alerta sobre los peligros en el desarrollo, que se presentan al llegar a conocer quiénes somos, en el contexto de las relaciones con figuras de apego las cuales nos comunican quién creen ellos que somos. Si el mantenimiento del vínculo de apego de un niño depende de la acomodación al mundo psicológico de los padres, las interacciones afectivas vividas se consagrarán en la personalidad como si constituyeran el “software psicológico” del niño. Los padres del Sr. N respondían a su entusiasmo lamentando sus supuestas ingenuas expectativas y presagiando el fracaso, mientras el afecto lleno de miedos de Helen salía a la luz ante los desbordantes retos evocados por la irritación y crítica de sus padres. Para los dos, sus propios sentimientos y las respuestas de sus padres se *entrelazaban* de tal forma que, de adultos, respondían a sus propios sentimientos tal como sus padres habían respondido anteriormente. Helen y el Sr. N son

ejemplos de individuos cuyo sentido del self había sido prácticamente absorbido por la denigración incesante de sus deseos y miedos, por parte de los padres. La teoría de Brandchaft nos lleva a una comprensión detallada y matizada sobre cómo pueden llegar a darse estos resultados y cómo se pueden abordar en el tratamiento.

La acomodación patológica del analista

Creo que es útil que los terapeutas consigan apreciar cómo les ha ido a *ellos* en este dominio, pues este aspecto de la personalidad del terapeuta inevitablemente conectará activamente con los pacientes. En sus escritos y en supervisión, Brandchaft señaló que analistas que han crecido ajustando *sus* palabras y emociones para mantener un vínculo o manejar el estado de ánimo de otro, harán esto mismo con *sus pacientes*, a menos que puedan tomar conciencia de esta tendencia y aprendan a alterarla. Es más fácil atender a la necesidad del paciente de “acomodarse” al analista para evitar disgustarle y romper la conexión, que llegar a tomar conciencia de dichas tendencias en nuestra propia interacción con el paciente. Sin embargo, tal y como insistía Brandchaft, el objetivo emancipatorio se debe de perseguir tanto por el paciente como por el analista por igual, para que el vínculo comunicativo realmente permanezca abierto. Brandchaft luchaba consigo mismo en el tratamiento del Sr. N (y en otros tratamientos) para evitar sus intentos activos de influir en el estado de ánimo del paciente, ya que esta actividad conlleva demandas implícitas para continuar con el conformismo.

Estoy agradecida por el privilegio de haber podido realizar supervisión con Bernie, aunque inicialmente la experiencia era intrigante y a veces casi desorganizadora. Brandchaft parecía escuchar de una forma que inicialmente era difícil de entender. A medida que le iba leyendo mis notas de proceso por teléfono, él a veces intervenía para señalar un cambio en el tono afectivo del paciente que no había anotado. O sino simplemente preguntaba “¿Por qué dijiste eso?” Con el lujo de la repetición a lo largo del tiempo, llegué a reconocer la impronta del medio formativo intersubjetivo del paciente en su narrativa. De forma concomitante, empecé a notar cómo progresivamente tomaba más conciencia sobre si estaba facilitando u obstruyendo la investigación empática en el mundo psicológico del paciente – y de forma más crucial, *cómo* lo estaba haciendo.

Para mí, ningún aspecto de la adquisición de las habilidades psicoterapéuticas ha sido ni tan elusiva ni tan gratificante como el aprender a reconocer y monitorizar más de cerca las elecciones realizadas al equilibrar lo que bien podría “presumir” era tacto clínico, con mis continuados esfuerzos para iluminar el mundo psicológico del paciente. Descubrir mis propias necesidades pre-reflexivamente inconscientes de manejar los afectos de un paciente,

tal como había aprendido en una relación temprana de apego, no solo fue algo personalmente asombroso, sino que terapéuticamente ha tenido sus frutos. Cuando logramos hacer esto, nos sensibiliza sobre lo automático de dichas tendencias y sus raíces profundas, lo cual ayuda a los analistas a empatizar con las luchas de los pacientes en éste campo. Aunque mi enfoque principal es en los sistemas de acomodación patológica del paciente, mi breve mención sobre las estructuras de acomodación patológica del terapeuta es importante, debido a que, como ya ha sido bien aceptado, los terapeutas co-crean la situación de tratamiento (Beebe & Lachmann, 1988, 2002).

Psicoanálisis Emancipatorio

El psicoanálisis emancipatorio se refiere, en primer lugar y más importante, a desplegar el mundo psicológico del paciente y a ayudarlo a liberarse de formas de ser de las que anteriormente dependía su supervivencia psicológica. El psicoanálisis emancipatorio también tiene otros significados que se refieren a los obstáculos que yacen en el camino de esta tarea. El analista debe liberarse de los remanentes de sus propias tendencias de acomodación patológicas, pero debe hacer más. Si hemos de aprender del ejemplo de Brandchaft, debemos también estar dispuestos a liberarnos de teorías que no han aguantado el paso del tiempo clínico, por muy elegantes que puedan ser estas teorías. El psicoanálisis emancipatorio de Brandchaft refleja su credo: el analista debe resistir la tentación de hacer que el paciente encaje con la teoría. Esto puede significar que el analista deba liberarse de formas de pensar adquiridas durante su formación como profesional, si ocultan aspectos cruciales de los modos en que el paciente organiza su experiencia. Si el paciente no responde a algunas de las interpretaciones tal y como espera el analista, la causa puede ser una interpretación basada en una teoría defectuosa y no en la resistencia del paciente.

Brandchaft ha dicho que cualquier teoría psicoanalítica, incluso cualquier supuesta "comprensión" del paciente, pueden llegar a ser obstáculos para la exploración más profunda de la experiencia del paciente. Nuestra propia comprensión de cualquier circunstancia intersubjetiva debe permanecer abierta a ser reconsiderada, sin tener en cuenta nuestra perspectiva teórica. Brandchaft era firme sobre este tema, y le enorgullecía y se deleitaba con la dedicatoria del libro de 1995 de Donna Orange: "Para todos los falibilistas psicoanalíticos – especialmente Bernie". Consideraba su propia teoría como producto de su subjetividad, y estaba abierto a que fuera eventualmente reconsiderada por otros, cuya subjetividad les permitiera acceder a distintas dimensiones psicológicas.

Hay que decir que es más fácil decirlo que hacerlo. Brandchaft nos ha recetado a todos una difícil odisea clínica emocional e intelectual. El reconocimiento de la insuficiencia de un

paradigma psicoanalítico, un sistema de creencias que uno ha idealizado y en el que se ha confiado, es un reto, y a menudo una experiencia desgarradora. La dolorosa experiencia asociada al proceso de liberarse de las teorías que una vez le fueron preciadas, ayudó a Brandchaft a prepararse para reconocer, tolerar, y participar en la experiencia de pacientes angustiados en circunstancias paralelas – al reevaluar su relación con figuras de apego no-facilitadoras, o incluso nocivas. (Entre paréntesis, querrán leer el relato de Brandchaft de la lucha de Kohut en este ámbito. Nuestro libro describe en detalle las experiencias de Brandchaft y Kohut).

Variedades de Presentación clínica de los Sistemas de Acomodación Patológica

El compromiso de la función auto-reflexiva es que el legado y la marca distintiva del vínculo de acomodación patológica y subyace bajo muchos tipos de patología de carácter y cuadros sintomáticos (trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos depresivos, trastornos de pánico, y algunos casos de “acting out”, entre muchos otros). Sin embargo, es fácil que los clínicos lo pasen por alto y se pierdan por completo la acomodación patológica, ya que la acomodación patológica es singularmente “silenciosa” en la situación clínica. No hay una lista de síntomas cardinales como los puede haber para los trastornos nosológicos. Puede haber una carencia de alegría en las actividades, incluso (y a veces especialmente) las de éxito, o una carencia de propósito personal (aspectos reminiscentes a la desvitalización anotada por Kohut y otros psicólogos del self – los Ornstein, Marian Tolpin, y otros). Los aspectos característicos de la acomodación patológica con frecuencia emergen sólo tras un periodo de indagación empática sostenida, de las difusas cualidades de la auto-emoción- la sensación del paciente de que es de alguna forma defectuoso, una sensación de que el o ella es responsable de exagerar su miseria personal, o que lo que el o ella pueden estar sintiendo no se pueda explicar ni entender. Sin importar cómo alguien que viva con los residuos de la acomodación patológica se presente en la situación clínica, todos estos casos emergen desde el imperativo de sostener un vínculo necesario que de otro modo estaría amenazado. Este modo de mantener un contacto emocional con un cuidador (padre/madre) emocionalmente mal-sintonizado, tiene un gran coste. En el adulto, los patrones adquiridos de esta forma son altamente resistentes al cambio, ya que las dificultades vividas para el mantenimiento del vínculo temprano y formas de ser que el niño(a) desarrolló para afrontarlo, normalmente limita el acceso pleno y la utilización de la experiencia del self⁸.

Brandchaft utiliza el término “acomodación” para referirse a lo que se le requiere al niño(a) para mantener el vínculo de apego. De alguna forma, la “colonización psicológica” – el mantenimiento de la realidad perceptual-emocional *versus* el mantenimiento de un vínculo

de apego del que depende la supervivencia psicológica – obliga al niño a realizar ajustes de auto-constricción para acomodarse al mundo psicológico de los padres – una especie de “colonización psicológica” si se quiere. Muchas personas responden a este conflicto al *continuar*, como adultos, subyugando inconscientemente sus pensamientos, sentimientos e inclinaciones a los de un otro poderoso. Tanto Helen y el Sr. N (y muchos de otros casos ilustrativos de Brandchaft) ejemplifican esta forma de resolver los conflictos subyacentes entre dos perspectivas incompatibles. Sin embargo, otros pacientes que luchan con las vicisitudes de sistemas patológicos de acomodación que surgen del mismo conflicto en el desarrollo, pueden presentar una imagen de carácter totalmente distinta. Analizando *estos* casos, se ve más claramente que la “acomodación” en los términos de Brandchaft, no se limita a lo “acomodaticio” en el sentido habitual.

Consideremos el caso de Martín, descrito en “Vínculos que atrapan, lazos que liberan” (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987 Capítulo 4; Brandchaft, Doctors & Sorter, 2010, Capítulo 6). Martín mostraba un desafío abierto a todas las expectativas, incluyendo aquellas tan básicas como atender a las sesiones y pagar sus facturas. No es que a Martín no le preocuparan las relaciones ni que estuviera desinteresado en el vínculo con su analista, sin embargo, reaccionaba de forma agresiva a cualquier signo de que una relación pudiera requerir de él que repitiera su auto-subyugación *temprana*. *En reacción* a las dolorosas interferencias que se impusieron a su auto-determinación en la niñez, era extremadamente sensible a la imposición de los requisitos de los demás. La protección de la integridad de su experiencia del self era primordial para él. Los individuos como Martín temen y resisten activamente el dominio que han experimentado con anterioridad. A pesar de desear la conexión, están finamente atentos a las circunstancias que amenazan la usurpación; se enzarzan en la lucha con tal de evitar arriesgar sufrir una sensación de pérdida del self⁹. Con frecuencia se observa la sospecha del vínculo y retiradas repetitivas en esta segunda presentación.

Las reacciones de los clínicos ante pacientes que presentan aspectos de este tipo de rebeldía desafiante como resultado de la acomodación patológica, son muy distintas a las reacciones que tienen ante pacientes sumisos y auto-sometidos. Naturalmente las reacciones del terapeuta con frecuencia contribuyen a las complicaciones que presentan estos casos. Pocos podemos igualar la genuina admiración que Brandchaft sentía por la claridad de las percepciones de Martín y su clara expresión mientras estamos siendo reprendidos, como lo fue Brandchaft, de ser insensible y sentir que estaba siendo injustamente acusado.

Adicionalmente a las dos presentaciones paradigmáticas del conflicto en el desarrollo que surgen cuando el entorno intersubjetivo temprano frustra el desarrollo del self, las

presentaciones sumisa y desafiante; hay una tercera presentación delineada por Brandchaft – la ambivalencia crónica, en la que hay una oposición irreconciliable entre las expectativas interiores y la necesidad de relaciones – un síndrome caracterizado por la indecisión angustiada y la falta de compromiso. Aspectos tanto de la forma sumisa como de la forma rebelde de la acomodación patológica aparecen oscilantes en la organización de la personalidad; el individuo se siente crónicamente incapaz de satisfacer las aspiraciones internas y simultáneamente mantener las relaciones necesarias, lo cual le puede parecer algo irreconciliablemente opuesto.

Brandchaft describió los trastornos obsesivo-compulsivos como ejemplos de esta forma de manifestación (Brandchaft, Doctors, & Sorter, 2010, Capítulo 11). En varias ocasiones, en el tratamiento a largo plazo de varios trastornos de personalidad, he encontrado una forma “mixta” de la acomodación patológica. Quizás a medida que los clínicos seamos más conscientes de la posibilidad de la co-existencia de la tendencia de auto-sometimiento y de rebeldía, se vayan describiendo más casos de este tipo en nuestra literatura.

A pesar de este breve esbozo, no hay esquema que pueda hacer justicia a la amplia diversidad de sintomatología que puede surgir; el conflicto evolutivo que se instala cuando no se puede sintonizar la necesidad de auto-expresión auténtica con la necesidad de mantener los vínculos de apego, se presta para una infinidad de intentos de resolución, cada uno tomando forma según las circunstancias intersubjetivas únicas de cada circunstancia. Solo una exploración completa, del mundo subjetivo de experiencia de un individuo, pueden iluminar y transformar las formas que son creadas para sobrevivir en este dominio psicológico.

Merece la pena recordar que el proceso acomodativo del que hablamos está clasificado por Brandchaft como una defensa¹⁰. Como sabéis, la psicología del Self cree que la actividad defensiva sirve para proteger al individuo vulnerable de más heridas. Sin embargo, por mucho que este uso cambie la postura del analista a una postura de alianza con los propósitos más profundos del paciente, se ha demostrado que la creencia de Kohut (1959) de que las defensas irían desapareciendo a medida que el self progresivamente se fortaleciese, es limitada. No llegaba a tener en cuenta a defensas que no se disolvían, y que a menudo se volvían la fuente de rasgos de carácter desadaptativos vitalicios. Tales defensas son las estructuras de acomodación patológica de Brandchaft.

Anna Ornstein, quien escribió sobre “el temor a repetir” (1974, 1991) fue la primera en decir que nuestra atención al gradual fortalecimiento del self no debe llevarnos a ignorar las estructuras defensivas. Brandchaft (1992, 1993) se hizo eco de la preocupación sobre si se mantiene la cohesión con o sin la ayuda de las estructuras defensivas. En muchas ocasiones dijo que el brillante e innovador insight de Kohut (1971, 1977, 1984) sobre el impacto de la

presencia y comportamiento del analista sobre los estados psicológicos del paciente, posiblemente e inadvertidamente, haya tenido el efecto de desviar la atención de la organización del self del paciente así como de las estructuras defensivas de las que depende.

Aunque Brandchaft (1983, 1985) siempre ha abrazado de forma entusiasta el punto de vista de Kohut (1984) sobre las defensas y la resistencia como el intento del individuo de protegerse de la opresión, la acomodación patológica es un tipo de defensa distinto al identificado por A. Ornstein y Kohut. La diferencia entre estos dos tipos de defensa se puede describir de la siguiente manera. Las defensas narcisistas descritas por Kohut (197, 1984) por ejemplo la frialdad, la arrogancia, y las tendencias desdeñosas, son intentos de *aislar* a un self vulnerable de entornos mal-sintonizados. Las estructuras patológicas de acomodación de Brandchaft también emergen de la necesidad de auto-protección en entornos mal-sintonizados, pero reflejan una *acomodación* al otro mal-sintonizado, que nace de la ansiedad de aniquilación sufrida cuando se amenaza el vínculo de apego. La acomodación patológica de Brandchaft lleva la impronta del entorno mal-sintonizado en los patrones defensivos que se desarrollan. Por ejemplo, las dudas y desconfianza en uno mismo pueden seguir de forma regular a la auto-asertividad – un patrón que conmemora la acomodación patológica a un cuidador (padre/madre) que fue incapaz de reconocer o validar la percepción o afecto del niño(a). La secuencia temporal de la interacción característica del sistema de desarrollo se conserva, como vimos tanto en Helen como en el Sr. N. El patrón forma parte del repertorio del niño. Cuando el o ella tiene 20 años es incapaz de mantenerse centrada(o) en sus propias percepciones, sintiendo la necesidad de abandonarlas y de modificarse para adaptarse a lo que otra persona piensa o siente. Como defensa, el sistema de acomodación patológica funciona para prevenir el self evitando experiencias de aniquilación del self y pérdida del objeto. Esto es lo que está en juego cuando un paciente teme no repetir. La repetición de las formas acomodativas se vive de forma inconsciente como una prevención de la aniquilación psicológica. Tanto Brandchaft como Anna Ornstein están de acuerdo en que ambas defensas pueden co-existir.

Ilustraré la angustia que a veces es inherente en la emancipación de las estructuras de acomodación patológica con un sueño aportado por el Sr. N. De forma dramática esboza las amenazas al self y la pérdida de objeto que acompaña a los cambios en los *modos* de mantener la conexión con las figuras de apego.

Ya bastante avanzado el tratamiento tras grandes progresos psicológicos, y en el contexto de la satisfacción de un importante y merecido logro profesional, el Sr. N. tuvo el siguiente sueño (Brandchaft, Doctors & Sorter 2010, pp. 116-117)¹¹:

Estaba en una casa, muy grande y cara, de arquitectura antigua española, más como un tipo de finca, en realidad. Era temprano por la mañana, y apenas estaba saliendo el sol; me sentía bien, e iba a salir a dar un paseo. Abrí la puerta al patio, y noté que la verja estaba abierta y antes de que pudiera cerrarla, mis dos perros salieron corriendo de la casa a través de la verja. Les llamé, pero no volvían. Aparecerían en la distancia como respondiendo a mi llamada, pero ¡desaparecían de nuevo! Tuve la terrible sensación de temor en la boca de mi estomago de que ¡se iban a caer del borde del mundo! (p. 116).

El Dr. Brandchaft (p. 117) comentó, "Los perros representan sus partespreciadas. La transformación del mundo interno del Sr. N., rompiendo los lazos con los únicos objetos que había tenido, ahora se estaban re-experimentando como el preludio a la "terrorífica desaparición de un self que él ahora había llegado a querer."

Este sueño ilustra una condición crucial. Los cambios en la forma que se tiene de mantener la conexión con una figura de apego, aun cuando los cambios surgen de una psicoterapia exitosa, pueden amenazar al individuo con profundos miedos de pérdida del self. Estos miedos pueden reverberar *aun* en aquellos cuyas organizaciones del self son normalmente razonablemente coherentes y continuos. La transformación de la que habla Brandchaft constituye un profundo cambio en la organización del self, un cambio que puede resonar con ansiedades tempranas "olvidadas".

El Lugar de la Auto-Reflexión: una anécdota

La confianza en la capacidad que se pueda tener para acceder a la auto-reflexión es un cofactor crucial en la determinación del grado en que la vida de un individuo refleja sus propios valores y tendencias, o si esa persona permanece inconscientemente anclada en el pasado, una cuestión central en el trabajo de Brandchaft. A veces las capacidades auto-reflexivas a penas se pueden desarrollar o están totalmente atrofiadas, sacrificadas al servicio del mantenimiento de un lazo con un cuidador (padre-madre) cuando se requiere la adopción del punto de vista del cuidador en lugar del propio. Sin embargo, este factor es el que permite al individuo notar *cómo* está pensando o sintiendo o se comporta y para auto-corrigerse, sin la presencia de un terapeuta. El trabajo actual sobre la "mentalización" especialmente el trabajo de Fonagy y sus colegas, pone el énfasis en algo no muy distinto. Sin embargo, las ideas de Brandchaft sobre cómo se desarrolla la función auto-reflexiva normalmente, y, crucialmente sobre qué es lo que interfiere con el desarrollo de esta función y su uso, son bastante diferentes a las de Fonagy.

Voy a relatar una experiencia mía para daros la oportunidad de ver “de cerca y personalmente”, por así decirlo, el casi imperceptible cambio a un sistema de acomodación patológica. La anécdota ilustra el papel crucial que juega el auto-conocimiento en la emancipación de este tipo de servidumbre. Recibí un email de una mujer que aún no había conocido, la madre de la novia de un sobrino. Escribió para decir que venía a Nueva York, y pedía quedarse en mi casa ocho días, los ocho días anteriores a mi partida a una conferencia en el extranjero en Junio. Parecía una estancia bastante larga en mi ajetreada vida, pero quiero mucho a este sobrino y quería ser hospitalaria con la madre de la que probablemente llegaría a ser su mujer. *Consciente de que esto era un reto para mi, demoré mi respuesta para darme tiempo para reflexionar.*

Según reflexionaba, noté el proceso –(escuchad el cambio en afecto) – cómo mi sensación inicial de que era una visita demasiado larga en un momento inconveniente para mi tendía a derivar hacia fugaces visiones donde me imaginaba graciosamente representando la apreciación de la familia, hacia la considerable bondad de esta mujer con mi sobrino. Este es el cambio de afecto del que hablamos. Para mí, era el cambio de “No, no puedo” a “Sí, si puedo y lo disfrutaré.” Pero notad que no estoy hablando literalmente de palabras que pasaban por mi mente, sino que estoy intentando describir ese proceso de fracciones de segundos en mi pensamiento. Había transcurrido otro día, había logrado decidir un camino, y estaba ya cómoda formulando el email que le enviaría a mi futura huésped para ofrecer un acuerdo que había decidido era el correcto para mí y para la situación. Mientras tomaba nota de lo que iba a decir, de repente me imaginé llamando a mi cuñada, la madre de mi sobrino, para hablar sobre esto. No la había consultado y no necesitaba hacerlo, pero en cuanto el pensamiento vino a mi mente, me di cuenta de que la función de la llamada sería para invitarla a contradecir mi decisión.

Tenía y tengo claro que mi cuñada nunca me animaría a hacer más. Al contrario, admiraría y estaría agradecida por lo que ofrecía. El fondo de la historia es que supe instantáneamente, gracias a los lugares que Bernie me había abierto, que era yo la que estaba considerando socavar mi decisión, yo la que estaba utilizando un trocito de “software psicológico” que por lo demás había archivado: El notar la secuencia de mis pensamientos y emociones y reconocer el significado del patrón me permitió la libertad para utilizar mis intenciones reales, mi bien-considerado sentido de lo que era correcto, para dirigir mis acciones.

Para mí fue un momento emancipatorio. Espero que os sirva para ver lo sutil y lo subversivo que pueden ser estas experiencias, y cómo en general son difíciles de notar y la importancia de notar, ya que sin el adecuado auto-conocimiento, se subyuga la dirección de la vida a formas de ser que una vez pueden haber sido cruciales pero que ya no son necesarias. El

proceso que experimenté – el reconocimiento de una circunstancia que podría inclinarme a acomodar, ralentizarlo, reflexionar, y crucialmente, ir desarrollando la capacidad para ver el proceso en tiempo real y entonces afrontarlo directamente- éste es el tipo de emancipación que buscaba Brandchaft.

Conclusión

En conclusión, el impacto del trauma es duradero y no puede ser totalmente suprimido. Aunque la liberación completa del pasado no sea un objetivo terapéutico viable, se puede lograr considerable progreso para liberar a nuestros pacientes, a y nosotros mismos, de una incuestionable esclavitud a los remanentes entremezclados de apegos traumatizantes, pasados y presentes. Bernie generosamente compartió con nosotros lo que había aprendido. Su recordatorio de la importancia de que el analista *soporte* el no saber. Debemos luchar por aprender de los matices de la experiencia del paciente, de nuestros propios pacientes. El consuelo de que un analista puede lograr “conocer” o “ayudar al paciente” (lo que puede derivar de los sistemas de acomodación patológica del analista) es menos importante *que lo que el paciente puede lograr utilizando su propia mente y corazón como la base para la articulación de su propia experiencia*. El respetar y animar este proceso, para acercarnos más y más al paciente y su propia experiencia en la forma que Bernie modeló y enseñó, es co-crear “el lazo que libera.”

REFERENCIAS

- Atwood, G., & Stolorow, R. (1984). *Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self- and object representations. *Psychoanalytic Psychology*, 5, 305-337.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Brandchaft, B. (1983). The negativism of the negative therapeutic reaction and the psychology of the self. In A. Goldberg (Ed.), *The future of psychoanalysis* (pp.327-359). New York: International Universities Press.
- Brandchaft, B. (1985). Resistance and defense: An intersubjective view. *Progress in self psychology*, 1, 88-96. New York: Guilford Press.
- Brandchaft, B. (1987). Bonds that shackle, ties that free. In B. Brandchaft, R.D. Stolorow, & G.E. Atwood (Eds.) *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach* (pp. 47-65). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Brandchaft, B. (1988). A case of intractable depression, *Progress in self psychology*, 4, 133-154. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

- Brandchaft, B. (1992, October). Co-determination and change in psychoanalysis. Paper presented at the 15th Annual Conference of the Psychology of the Self, Beverly Hills, CA.
- Brandchaft, B. (1993). To free the spirit from its cell. *Progress in self psychology*, 10, 209-230. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Brandchaft, B. (1994). Structures of pathological accommodation and change in psychoanalysis. Unpublished manuscript.
- Brandchaft, B., Doctors, S., Sorter, D. (2010) *Toward an emancipatory psychoanalysis: Brandchaft's intersubjective vision*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Doctors, S. (2007). On Utilizing Attachment Theory and Research in Self Psychological/Intersubjective Clinical Work. In, *New Developments in Self Psychology Practice*, Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Doctors, S. (2009). Interpretation as a Relational Process. *Int. J. Psychoanal. Self Psych.* 4:449-465.
- Ferenczi, S. (1926). *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis*. New York: Brunner Mazel, 1980.
- Jones, D. (2009). Addiction and pathological accommodation: An intersubjective look at impediments to the utilization of Alcoholics Anonymous. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 4, 212-233.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 459-483.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* A. Goldberg & P. Stepansky (Eds.). Chicago: University of Chicago Press.
- Orange, D. (1995). *Emotional understanding: Studies in psychoanalytic epistemology*. New York: Guilford Press.
- Ornstein, A. (1974). The dread to repeat and the new beginning. *The Annual of Psychoanalysis*, 2, 231-248
- Ornstein, A. (1991). The dread repeat: The working through process in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 377-399.
- Stolorow, R., Brandchaft, B., & Atwood, G. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stolorow, R. Atwood, G. & Brandchaft, B. (1994). *The intersubjective perspective*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Original recibido con fecha: 24/4/2018

Revisado: 25/5/2018

Aceptado: 30/05/2018

NOTAS:

¹ Junto con Robert Stolorow y George Atwood, Bernard Brandchaft fue co-autor de "Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach" (Analytic Press, 1987) y "The Intersubjective Perspective" (Jason Aronson, 1994) y fue un importante contribuyente a "Structures of Subjectivity" de Atwood y Stolorow (1984).

² N.d.T: A diferencia de Robert Stolorow, que ha subrayado más las diferencias.

³ Kohut (1984) de forma independiente llegó a un sentimiento similar: “Muchas veces cuando yo pensaba que estaba en lo cierto y mis pacientes equivocados, resultó ser, aunque a menudo solo tras una profunda búsqueda, que mi certeza era superficial, mientras que su certeza era profunda” (pp. 93-94).

⁴ Esta sección de “Estructuras de Subjetividad” se escribió en colaboración con el Dr. Brandchaft.

⁵ N.de.T: Brandchaft, B., Doctors, S., Sorter, D. (2010) *Toward an emancipatory psychoanalysis: Brandchaft's intersubjective vision*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

⁶ Hay una creciente evidencia neurocientífica que esto es así, aunque nuestro enfoque es al nivel clínico, no al nivel neuro-anatómico.

⁷ Este viñeta aparece en *Doctors*, 2007.

⁸ De hecho, como transmitió Ferenczi (1988), algunas formas de experiencia traumática vivida en la infancia y niñez se filtran por la personalidad en conjunto, fatídicamente reestructurando los modos de pensar, sentir y comportarse.

⁹ El único otro informe extenso de un caso de este tipo de presentación de acomodación patológica que conocemos es el caso del Sr. B (D. Jones, 2009). Una viñeta mas breve (Evelyn) aparece in *Doctors* (2009a).

¹⁰ La discusión sobre las estructuras defensivas que sigue se basa en *Doctors* (2009) and Brandchaft, Doctors & Sorter, (2010).

¹¹ Este sueño no está relatado en “Un caso de depresión intratable” sino que sale de un trabajo previo no publicado “La co-determinación y el cambio en el psicoanálisis” que aparece de forma editada como capítulo 8 en nuestro libro.