

ESO ERA ENTONCES, ESTO ES AHORA: PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA PARA EL RESTO DE NOSOTROS¹

JONATHAN SHEDLER, Ph.D. ²

El psicoanálisis tiene un problema de imagen. La narrativa dominante en las profesiones de salud mental y en la sociedad es que el psicoanálisis está anticuado, desacreditado y descreditado. Lo que la mayoría de la gente sabe de él son estereotipos peyorativos y caricaturas que datan de la era de los cochecitos de caballo. Los estereotipos son alimentados por la desinformación de fuentes externas, incluidas las compañías de seguros de salud y los defensores de otras terapias, que a menudo tratan el psicoanálisis como un niño rebelde e inmaduro. Pero el psicoanálisis también tiene responsabilidad. Históricamente, las comunidades psicoanalíticas se han aislado y solo han mirado hacia sí mismas. Las personas que de otro modo podrían ser receptivas a los enfoques psicoanalíticos encuentran una jerga impenetrable y luchas internas confusas entre escuelas teóricas rivales. Este artículo proporciona una introducción accesible, sin jerga y sin partidismos al pensamiento y a la terapia psicoanalítica para estudiantes, médicos capacitados en otros enfoques y el público en general. Puede ser útil para los colegas psicoanalíticos que luchan por comunicar a los demás qué es lo que hacemos.

Palabras clave: psicoanálisis, terapia psicoanalítica, educación psicoanalítica, percepciones públicas

Psychoanalysis has an image problem. The dominant narrative in the mental health professions and in society is that psychoanalysis is outmoded, discredited, and debunked. What most people know of it are pejorative stereotypes and caricatures dating to the horse and buggy era. The stereotypes are fuelled by misinformation from external sources, including managed care companies and proponents of other therapies, who often treat psychoanalysis as a foil and whipping boy. But psychoanalysis also bears responsibility. Historically, psychoanalytic communities have been insular and inward facing. People who might otherwise be receptive to psychoanalytic approaches encounter impenetrable jargon and confusing infighting between rival theoretical schools. This article provides an accessible, jargon free, nonpartisan introduction to psychoanalytic thinking and therapy for students, clinicians trained in other approaches, and the public. It may be helpful to psychoanalytic colleagues who struggle to communicate to others just what it is that we do.

Key Words: psychoanalysis, psychoanalytic therapy, psychoanalytic education, public perceptions.

English Title: THAT WAS THEN, THIS IS NOW: PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY FOR THE REST OF US.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Shedler, J. (2023). Eso era entonces, esto es hora. Psicoterapia psicoanalítica para el resto de nosotros. *Clínica e Investigación Relacional*, 17 (2): 295-324. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2023.170201

¹ Versión castellana elaborada por Alejandro Ávila Espada del original en inglés. Prohibida su reproducción. Publicada en castellano con autorización del autor © Jonathan Shedler, Ph.D. Publicado originalmente en inglés: *Contemporary Psychoanalysis*, 2022, Vol. 58, No. 2-3: 405-437. # Jonathan Shedler. Todos los derechos reservados. ISSN: 0010-7530 versión impresa/ 2330-9091 en línea DOI: 10.1080/00107530.2022.2149038

²Dirección de correspondencia: Jonathan Shedler, Ph.D, Departamento de Psiquiatría, Universidad de California, San Francisco, CA, USA. Correo electrónico: jonathan@shedler.com; Jonathan Shedler, Ph.D., obtuvo reconocimiento mundial por su artículo, *La eficacia de la psicoterapia psicodinámica*. Aclamado como un clásico contemporáneo, estableció la psicoterapia psicoanalítica como un tratamiento basado en la evidencia. Un experto líder en estilos y trastornos de personalidad, el Dr. Shedler también es autor del *Procedimiento de Evaluación Shedler-Westen* (SWAP-200) para el diagnóstico de personalidad y la formulación de casos clínicos, y coautor, con Nancy McWilliams, de la sección de Personalidad del *Manual de Diagnóstico Psicodinámico* (PDM-2). Es autor de más de 100 artículos científicos y académicos en psicología, psiquiatría y psicoanálisis, y sus blogs llegan a audiencias de cientos de miles. El Dr. Shedler enseña y brinda asesoramiento clínico a clínicos de todo el mundo. Es profesor clínico en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de California, San Francisco (UCSF) y miembro didacta del Centro de Psicoanálisis de San Francisco. Véase: www.jonathanshedler.com

Fue una sorpresa cuando Philip Bromberg me envió un correo electrónico un día, de la nada. Nunca nos habíamos conocido. No sabía que alguna vez había oído hablar de mí o de mi trabajo, y no podía estar seguro de que yo supiera del suyo, aunque por supuesto que sí. Philip acababa de ver una entrevista que hice con el autor y periodista Oliver Burkeman (<https://www.youtube.com/watch?v=pUxkgEeqcXg>). Discutí la terapia psicoanalítica de manera que la hiciera accesible al público y desacredité algunos mitos demasiado comunes.

Philip dijo dos cosas con las que me quedé. Él escribió: "Estoy muy agradecido contigo por ser alguien en mi vida a quien siento como un compañero a pesar de que nunca hemos conocido". Y, "Tú eres verdaderamente auténtico". Fue uno de mis momentos en que sentí mayor orgullo.

Resultó que Philip estaba profundamente preocupado, como yo, por las percepciones públicas y las percepciones erróneas del psicoanálisis, fuera de nuestros propios entornos (Shedler, 2010). Lo que la mayoría de la gente sabe hoy en día del psicoanálisis son estereotipos peyorativos y caricaturas que datan, literalmente, de la era del cochecito de caballos. Si hubieran tomado un curso de psicología universitaria, se habrían encontrado con conceptos de principios del siglo XX, como el id, el ego y el superego, las fijaciones y la envidia del pene, presentados como objetos a ridiculizar. Se les habría dicho que el psicoanálisis no es científico y que está desacreditado. No tendrían ni idea de lo que es el psicoanálisis contemporáneo, y mucho menos de cómo podría ser relevante para sus vidas.

Aspirando a hacer más accesible el pensamiento psicoanalítico contemporáneo, redacté algunos capítulos de lo que algún día podría convertirse en un libro. Mi objetivo era proporcionar una introducción sin jerga, sin partidismos, para personas en formación y colegas clínicos capacitados en otros enfoques terapéuticos. El título es de doble sentido. "Eso fue entonces, esto es ahora" alude a un objetivo central de la terapia psicoanalítica: ayudar a liberar a las personas de las ataduras de la experiencia pasada para vivir más plena y libremente en el presente. También alude a los cambios radicales en la teoría y la práctica psicoanalítica que han ocurrido en las últimas décadas.

Lo que sigue es un capítulo de este trabajo en desarrollo, ofrecido en honor de Philip y con la esperanza de que pueda ser útil para los colegas psicoanalíticos que intentan comunicar a otros qué es lo que hacemos.³

³ El documento completo está disponible en jonathanshedler.com/writings. La entrevista que llevó a Philip Bromberg a contactarme ("Entrevista con el autor-periodista Oliver-Burkeman") está disponible en línea en formato de video y audio. Los enlaces a ambos se pueden encontrar en jonathanshedler.com

Fundamentos

Si el psicoanálisis no es una teoría sobre el Ello, el Yo y el Superyo, o las fijaciones, o los recuerdos reprimidos, ¿de qué se trata? Las siguientes ideas son fundamentales para la mayoría de los clínicos psicoanalíticos. Están entrelazadas y superpuestas. Las presento por separado solo por conveniencia didáctica.

Vida mental inconsciente

No conocemos completamente nuestros corazones y mentes, y muchas cosas importantes tienen lugar fuera de la conciencia. Esta observación ya no es controvertida para nadie, ni siquiera para el empirista más duro. La investigación en ciencia cognitiva ha demostrado repetidamente que mucho pensamiento y sentimiento se produce fuera de la conciencia consciente (por ejemplo, Bargh y Barndollar, 1996; Kahneman, 2011; Nisbett y Wilson, 1977; Weinberger y Stoycheva, 2019; Westen, 1998; Wilson y otros, 2000). Por lo general, los científicos cognitivos no usan la palabra "inconsciente", sino que se refieren a procesos mentales "implícitos", memoria "procedimental", etc. La terminología no es importante. Lo que importa es el concepto: la memoria crucial, los procesos perceptivos, críticos, afectivos y motivacionales no son conscientemente accesibles. Las discusiones psicoanalíticas sobre la vida mental inconsciente, sin embargo, enfatizan algo que los científicos cognitivos tienden a no enfatizar: no es solo que no conocemos completamente nuestras propias mentes, sino que hay cosas que parece que no queremos saber. Hay cosas que son amenazantes o disonantes o nos hacen sentir vulnerables de alguna manera, así que miramos hacia otro lado.

Me encontré con un ejemplo conmovedor al principio de mi carrera. Estaba entrevistando a participantes en un proyecto de investigación sobre el desarrollo de la personalidad y mi trabajo era conocer todo lo que pudiera sobre la historia personal de cada participante. En general, fueron entrevistas fáciles de realizar. La mayoría de las personas, con un poco de aliento, disfrutaban hablando de sí mismas con alguien respetuoso, comprensivo, genuinamente interesado en lo que tienen que decir y juraron confidencialidad. Pero una entrevista fue desconcertantemente tediosa. Aunque la entrevistada, a quien llamaré "Jill", era atractiva e inteligente, y aunque parecía responder a mis preguntas alegre y cooperativamente, no la sentía comprometida en absoluto. Poco a poco, comencé a reconocer que las respuestas de Jill a mis preguntas equivalían a una serie de generalidades y lugares comunes. No podía tener una idea de Jill o de las personas importantes para ella.

Nuestra conversación fue algo así:

¿Puedes contarme algo más sobre tu hermana? ¿Qué tipo de persona es ella y qué tipo de relación has tenido?

Ella es neurótica.

¿De qué manera es neurótica?

Ya sabes, solo neurótica de la manera habitual.

No estoy seguro de cuál es "la forma habitual". ¿Puedes ayudarme a entender cómo es neurótica?

Eres psicólogo, sabes lo que quiero decir con "neurótico". Esa es la mejor palabra para describirla. Estoy seguro de que ves a mucha gente como ella.

Después de mucho interrogar, Jill finalmente me dijo que su hermana era rencorosa y dijo cosas malas sobre su padre para avergonzarlo. Jill describió a su padre como un hombre amable y cariñoso que no había hecho nada para merecer una hija tan ingrata y hostil. Tuve que preguntarle a Jill repetidamente por un ejemplo específico de lo que dijo su hermana. Finalmente, Jill describió un incidente que ocurrió cuando ella tenía cinco años y su hermana tenía siete. La familia estaba en la playa y su hermana estaba siendo "perra y provocativa". Su amable y cariñoso padre perdió los estribos y sostuvo a su hija de siete años bajo el agua hasta que casi se ahoga. Cuando Jill contó esta historia, su énfasis estaba completamente en lo provocativa que había sido su hermana. Parecía no saber que acababa de describir el abuso infantil. Jill me contó otros ejemplos de cómo su hermana era "neurótica", todo lo cual terminó con su padre violentamente fuera de control.

No tenía la sensación de que Jill estaba tratando de engañarme u ocultar la verdad. Lo sorprendente fue que Jill parecía no saber que había conclusiones que sacar de estos sucesos, excepto que su hermana era neurótica. Este es un claro ejemplo del tipo de cosas a las que me refiero cuando digo que hay cosas que parece que no queremos saber.

Tenga en cuenta que esta viñeta no tiene nada que ver con los "recuerdos reprimidos", que llaman la atención en los medios de comunicación, y no tienen prácticamente nada que ver con la terapia psicoanalítica contemporánea. El objetivo del tratamiento psicoanalítico no es descubrir recuerdos reprimidos, ni lo ha sido desde principios de 1900. Es expandir la libertad y la elección ayudando a las personas a ser más conscientes de su experiencia en el aquí y ahora. Que yo sepa, ninguno de los terapeutas involucrados en controversias públicas sobre "falsos recuerdos" han sido psicoanalistas.

La dificultad de Jill no era que no lo recordara. Por el contrario, sus recuerdos eran muy claros. Más bien, Jill se había fijado en una interpretación de los acontecimientos y no se había

permitido considerar otras. Esta visión, rígidamente sostenida, sin duda le fue útil a Jill. Por ejemplo, puede haberle permitido, cuando era una niña pequeña, preservar una sensación de seguridad que necesitaba desesperadamente en una familia que era terriblemente insegura. Esto toca un concepto importante en la psicoterapia psicoanalítica: la mayoría de las dificultades psicológicas fueron una vez soluciones adaptativas a los desafíos de la vida. Pueden haber sido soluciones costosas, pero fueron soluciones de todos modos. Las dificultades surgen cuando las viejas soluciones ya no funcionan o se vuelven contraproducentes, pero continuamos aplicándolas de todos modos.

La mente en conflicto

Otro reconocimiento central es que los humanos pueden tener dos (o más) concepciones sobre las cosas. Podemos tener sentimientos amorosos y sentimientos de odio hacia la misma persona, podemos desear algo y también temerlo, y podemos desear cosas que son mutuamente contradictorias. No hay nada misterioso en el reconocimiento de que las personas tienen sentimientos y motivos complejos y a menudo contradictorios. Los poetas, escritores y las personas reflexivas en general siempre lo han sabido. El psicoanálisis ha aportado un vocabulario con el que hablar sobre la contradicción interna, y técnicas para trabajar con las contradicciones de maneras que pueden ayudar a aliviar el sufrimiento. Parafraseando a F. Scott Fitzgerald, la sabiduría es la capacidad de mantener dos ideas contradictorias en mente al mismo tiempo y aún así continuar funcionando. La psicoterapia psicoanalítica busca cultivar esta forma de sabiduría.

Los términos ambivalencia y conflicto se refieren a la contradicción interna. El conflicto en este contexto no se refiere a la oposición entre las personas, sino a la contradicción o disonancia dentro de nuestras propias mentes. Podemos tratar de resolver la contradicción negando uno u otro aspecto de nuestros sentimientos, es decir, excluyéndola de la conciencia consciente, pero los sentimientos rechazados tienen una forma de "filtrarse" de todos modos. Un resultado es que podemos trabajar con propósitos contrarios con nosotros mismos. Una analogía que a veces uso con los pacientes es conducir un automóvil con un pie en el acelerador y un pie en el freno. Es posible que eventualmente lleguemos a alguna parte, pero no sin mucha fricción y desgaste innecesarios.

Muchas personas experimentan conflictos en torno a la intimidad. Parece que todos conocemos a alguien que desea una relación íntima, pero repetidamente desarrolla atracciones hacia personas que no están disponibles. Estas atracciones pueden representar un compromiso inconsciente entre el deseo de cercanía y el miedo a la dependencia. Un amigo mío siempre parecía interesarse románticamente en más de una persona a la vez. Se

consumía sobre qué persona era la adecuada para él, pero su implicación simultánea con varias personas aseguró que no desarrollara una relación más profunda con ninguna.

Uno de mis primeros pacientes no podía permitirse reconocer o aceptar su deseo de cuidar y proteger. Equiparó estos deseos con debilidad y eligió mujeres que eran frías, desapegadas e incluso hostiles. Estas mujeres no despertaron sus desconcertantes anhelos de cuidar. No es sorprendente que no estuviera satisfecho con sus relaciones íntimas. A través de la terapia, llegó a reconocer su deseo de calidez emocional. Solo entonces pudo elegir una pareja amorosa y comprensiva.

Cuando ambos miembros de una pareja luchan con el conflicto en torno a la intimidad, a menudo vemos un baile en el que los socios se unen y se separan en un ciclo interminable. Mientras uno busca, el otro se retira. Deborah Luepnitz (2002) ha escrito un libro conmovedor sobre terapia psicoanalítica enfatizando precisamente este dilema, titulado *Puercoespines de Schopenhauer*. El título se refiere a una historia contada por Schopenhauer sobre puercoespines tratando de mantenerse calientes en una noche fría. Buscando calor, se acurrucan juntos, pero cuando lo hacen se pinchan unos a otros con sus púas. Se ven obligados a separarse, pero pronto se encuentran fríos y necesitan calor. Se juntan de nuevo, se pinchan de nuevo, y el ciclo comienza de nuevo.⁴

Los conflictos que involucran ira también son comunes. Algunas personas, especialmente aquellas con cierto tipo de personalidad depresiva, parecen incapaces de reconocer o expresar enojo hacia los demás, y se tratan a sí mismas de manera punitiva y autodestructiva. En su relato en primera persona de la depresión, *Oscuridad Visible: Recuerdo de la locura*, William Styron describió haber ganado un premio literario de \$ 25,000 y perder rápidamente el cheque. Después se dio cuenta de que el accidente de perder el cheque no fue tan accidental, sino que reflejó su profunda autocrítica y su sentimiento de indignidad.

Hay muchas razones por las que las personas rechazan los sentimientos de enojo. Podemos temer represalias o castigos; podemos temer que nuestra ira lastime a alguien que amamos; podemos temer que conduzca al rechazo o al abandono; los sentimientos de enojo pueden ser inconsistentes con nuestra autoimagen como una persona amorosa; Podemos sentir culpa o vergüenza por tener sentimientos hostiles hacia alguien que nos ha cuidado, y así sucesivamente. Una vez traté a un hombre cuyos padres eran supervivientes del Holocausto, que se sacrificaron mucho para que su hijo pudiera tener una vida mejor. Trabajaron largas horas en trabajos de baja categoría para que pudiera ir a la escuela de

⁴ Para los lectores a quienes se les puede haber enseñado que los enfoques psicoanalíticos son relevantes solo para los privilegiados o ricos, el libro de Luepnitz también proporciona ejemplos conmovedores de terapia psicoanalítica con pacientes marginados y muy diversos.

medicina y convertirse en una persona próspera. Dadas las circunstancias, la ira hacia cualquiera de los padres habría traído una culpa aplastante. Mi paciente no podía permitirse sentimientos de enojo hacia ninguno de los padres, pero trataba bastante mal a sus amigos y colegas, y a sí mismo. Le tomó un trabajo considerable antes de que pudiera reconocer sus sentimientos de enojo y reconocer que el amor y la gratitud pueden coexistir con la ira y el resentimiento. Llegó a comprender que la ira hacia sus padres no disminuía su amor por ellos, su dolor por su sufrimiento o su gratitud por sus sacrificios.

Algunas personas expresan la ira repudiada a través del comportamiento pasivo-agresivo (otro término psicoanalítico que ha sido asimilado en el vocabulario más amplio de la terapia). Por ejemplo, alguien que regularmente quema la cena familiar puede estar expresando, en el mismo acto, su devoción a su familia y su resentimiento. Preparar la cena expresa amor y devoción; Hacerla desagradable expresa enojo. Mi madre a menudo expresaba su enojo pasivo-agresivamente haciendo que la gente la esperara. Ella se encargaría de recogerme en el aeropuerto cuando llegara a casa de la universidad, pero llegaba dos horas tarde. En su mente, recibirme en el aeropuerto fue un acto de devoción, consistente con su visión de sí misma como madre abnegada. Llegar tarde era circunstancial. Desafortunadamente, las mismas "circunstancias" surgieron una y otra vez. Las fuentes del resentimiento de mi madre eran sin duda múltiples, pero creo que una fuente de resentimiento era que yo era quien me había ido en primer lugar.

Un ejemplo encantador de ambivalencia ocurrió mientras editaba este manuscrito, trabajando en mi computadora portátil en un café en la acera. Una niña de quince meses se acercó desde una mesa adyacente, tomó una bonita hoja del suelo y me la ofreció con una gran sonrisa. Justo cuando dije "gracias" y alcancé a tomarlo, ella me lo arrebató con evidente deleite. Encuentro un comportamiento similar en adultos, pero generalmente es menos encantador.

Un último y más obviamente "clínico" ejemplo de conflicto se puede ver en ciertos pacientes que sufren de bulimia. Por un lado, los atracones pueden expresar un deseo desesperado de devorarlo todo, tal vez para llenar un vacío interior. El síntoma parece decir: "Estoy tan necesitado que nunca podré ser llenado". La purga expresa el otro lado del conflicto y parece decir: "No tengo necesidades. Tengo el control y no necesito nada". Por supuesto, las cosas son generalmente más complicadas, y el conflicto interno (o intrapsíquico) puede tener muchos lados, no solo dos. El ejemplo ilustra solo dos de los muchos significados posibles que pueden subyacer a los atracones y purgas. Los síntomas psicológicos a menudo tienen múltiples causas y sirven para múltiples propósitos. Usamos los términos sobredeterminación y función múltiple para describir esta multiplicidad de significados. Revisaremos los términos en breve.

Los terapeutas psicoanalíticos fueron los primeros en abordar explícitamente el papel del conflicto interno o la contradicción en la creación de dificultades psicológicas, pero es digno de mención que cada tradición terapéutica aborda el conflicto de una manera u otra. Los terapeutas cognitivos pueden hablar de creencias o esquemas contradictorios, los conductistas pueden hablar de conflicto de enfoque / evitación o capacidad de respuesta a los reforzadores a corto plazo versus a largo plazo, los terapeutas humanistas pueden hablar de sistemas de valores competitivos y los teóricos sistémicos pueden referirse al conflicto de roles. Existe un reconocimiento universal de que la disonancia interna es parte de la condición humana.

El científico cognitivo Daniel Kahneman ganó el Premio Nobel de Economía por su investigación empírica que describe los procesos de decisión cognitiva en competencia que llamó "Sistema 1" y "Sistema 2" (Kahneman, 2003, 2011). El Sistema 1 funciona de forma intuitiva y automática y es relativamente insensible a la nueva información y las circunstancias cambiantes. Sus operaciones "son típicamente rápidas, automáticas, sin esfuerzo, asociativas, implícitas (no disponibles para la introspección) y, a menudo, cargadas emocionalmente" (Kahneman, 2003, p. 698, énfasis añadido). En contraste, "las operaciones del Sistema 2 son más lentas, seriales, de esfuerzo, más propensas a ser monitoreadas conscientemente y controladas deliberadamente" (Kahneman, 2003, p. 698). Estos sistemas cognitivos trabajan en conjunto y a menudo producen resultados dispares. Tales contradicciones pueden estar arraigadas en la estructura del cerebro, con los diferentes sistemas de decisión que reflejan la actividad de los ganglios basales y la corteza prefrontal, respectivamente.

Estos hallazgos de la ciencia cognitiva, basados en experimentos controlados, tienen paralelismos sorprendentes con las descripciones de Freud, hace muchas décadas, de los procesos mentales conscientes e inconscientes. Lejos de desacreditar los supuestos psicoanalíticos centrales, la investigación en ciencia cognitiva y neurociencia ha proporcionado una base empírica para muchos de esos supuestos. También está ayudando a los pensadores psicoanalíticos a refinar su comprensión de los procesos mentales y la intervención efectiva (por ejemplo, Gabbard & Westen, 2003; Weinberger y Stoycheva, 2019; Westen y otros, 2002, 2002).

El pasado vive en el presente

A través de nuestras primeras experiencias, aprendemos ciertas plantillas o guiones sobre cómo funciona el mundo (un terapeuta cognitivo los llamaría esquemas). Aprendemos, por ejemplo, qué esperar de los demás, cómo comportarnos en las relaciones, cómo obtener

cuidado y atención, cómo actuar cuando alguien está enojado con nosotros, cómo expresarnos cuando estamos enojados, cómo hacer que la gente se sienta orgullosa de nosotros, qué se siente al tener éxito, qué se siente al fallar, lo que significa amar, y así sucesivamente. Continuamos aplicando estas plantillas o scripts a nuevas situaciones a medida que avanzamos en la vida, a menudo cuando ya no se aplican. Vemos el presente a través de la lente de la experiencia pasada y, por lo tanto, tendemos a repetir y recrear aspectos del pasado. En palabras de William Wordsworth, el niño es el padre del hombre.

Abundan los ejemplos de cómo recreamos el pasado. El padre de una niña está emocionalmente distante. Como resultado, sus primeras experiencias de amor vienen empaquetadas con una sutil sensación de privación emocional. En la edad adulta se siente atraída por los hombres que no responden emocionalmente, y los hombres que están emocionalmente disponibles no le interesan ni la excitan. Ella puede recrear este patrón en la terapia. Cuando su terapeuta masculino parece distraído o aburrido, ella lo percibe como poderoso e importante. Cuando él parece cariñoso y atento, ella lo percibe como soso, aburrido y de poca utilidad para ella.

Considere a una niña que recibe toda la atención de su madre solo cuando está físicamente enferma. En estos momentos, su madre la consuela y la adora. En la vida adulta, desarrolla síntomas físicos cuando se siente descuidada por su esposo, un esfuerzo inconsciente para obtener su atención amorosa. (Desafortunadamente, su esposo no responde con atención cariñosa, dejándola con el sentimiento de confusión y traicionada de maneras que no puede comenzar a expresar con palabras). En terapia, habla sobre sus síntomas físicos y no parece tener lenguaje para los sentimientos. Ella asume que su terapeuta está interesado principalmente en sus dolores y molestias y parece confundida por la invitación del terapeuta para hablar sobre su vida emocional. Otra persona es víctima de abuso físico y sexual infantil. Los *dramatis personae* en su vida son abusadores, víctimas y salvadores. En la edad adulta, ella recrea estas relaciones de rol al meterse en situaciones en las que se siente traicionada y victimizada, busca rescatistas para sacarla y luego recrea los roles de víctima y abusador con su posible salvador. En terapia, inicialmente idealiza a su terapeuta y lo trata como un salvador. El terapeuta responde a la idealización y la intensa necesidad del paciente programando citas adicionales, permitiendo que las sesiones se realicen fuera de las horas habituales, aceptando llamadas telefónicas nocturnas y accediendo a regañadientes a sus demandas de abrazos al final de las sesiones de terapia. Eventualmente, el terapeuta se siente abrumado y agotado e intenta restablecer los límites. El paciente entonces se siente abandonado, traicionado y enfurecido. Ella presenta una queja ética contra el terapeuta, señalando deliberadamente su falta de límites profesionales (convirtiéndole así en el abusador y convirtiéndose en una víctima del terapeuta) y encuentra otro terapeuta ingenuo

para rescatarla del daño causado por el primero. Este escenario puede sonar extremo, pero el terapeuta experimentado reconocerá un patrón familiar (por ejemplo, Davies & Frawley, 1992; Gabbard y otros, 1992). Es un patrón característico de ciertos pacientes que describimos como que poseen una organización límite de la personalidad.

Es imposible no percibir e interpretar los acontecimientos a través de los lentes de la experiencia pasada. Simplemente no hay otra manera de funcionar. La experiencia pasada contextualiza la experiencia actual y da forma a nuestras percepciones, interpretaciones y reacciones. Una persona que se sintió amada, valorada y nutrida en la infancia experimenta la muerte de un cónyuge. Experimenta un profundo dolor, pasan por un período de luto, pero finalmente vuelve a amar. Otra persona, que experimentó su infancia como una cadena de fracasos, rechazos y pérdidas, también experimenta la muerte de un cónyuge. Para ellos, la pérdida puede convertirse en una recapitulación de pérdidas anteriores y una prueba de que sus esfuerzos en la vida deben quedar en nada. Se hunden en una depresión amarga y enojada y no se recuperan. En ambos casos, la experiencia externa "objetiva" de la pérdida es la misma, pero los significados psicológicos del evento son muy diferentes.

Cada escuela de terapia aborda el impacto del pasado en el presente. Los terapeutas cognitivos pueden discutir la asimilación de nuevas experiencias en los esquemas existentes, los terapeutas de sistemas familiares pueden notar la repetición de la dinámica familiar a través de las generaciones, y los conductistas pueden hablar de la historia del aprendizaje y la generalización del estímulo. El objetivo de la psicoterapia psicoanalítica es aflojar los nudos de la experiencia pasada para crear nuevas posibilidades de vida.

Transferencia

Una persona que comienza la terapia está entrando en una situación desconocida y una nueva relación y necesariamente aplica sus plantillas, guiones o esquemas previamente formados para organizar sus percepciones de esta nueva persona, el terapeuta, y dar sentido a la nueva situación. No hay otra alternativa que ver esta nueva relación a través de la lente de las relaciones pasadas; No es una cuestión de elección. Por lo tanto, diferentes pacientes muestran reacciones deslumbrantemente diferentes al mismo terapeuta.

Comienzo la terapia con todos los pacientes nuevos de la misma manera. Saludo al paciente, le ofrezco un asiento y lo invito a que me diga por qué ha venido. Pero no soy la misma persona a los ojos de mis pacientes. Algunos me ven como una autoridad benevolente que los aconsejará y consolará, algunos me ven como un ser omnisciente que conocerá instantáneamente sus secretos más íntimos, algunos me ven como un rival o competidor al

que impresionar o derrotar, algunos me ven como un torpe incompetente, algunos me ven como un adversario peligroso, algunos me ven como un padre desaprobador que han de apaciguar, Algunos me ven como sexy y seductor, otros como frío e insensible, y así sucesivamente. Estas y mil otras configuraciones emergen a medida que se desarrolla la terapia. Cualquiera que haya practicado la terapia durante un período de tiempo prolongado no puede evitar sorprenderse por la diversidad de reacciones que provocamos de nuestros pacientes, y hasta qué punto las percepciones de nuestros pacientes pueden divergir de nuestras autopercepciones y de las percepciones de otros que nos conocen en otros contextos.

(Lo contrario también es cierto y, a menudo, mucho más desconcertante. Algunos pacientes parecen tener un extraño sexto sentido que les permite concentrarse en nuestras limitaciones, vulnerabilidades e inseguridades muy reales con una precisión similar a la del láser. Pero ese es un tema para otro momento).

Cuando estaba en la escuela de posgrado, una amiga mía comenzó terapia con un hombre cuyo apellido sonaba algo así como "Hiller". A los ojos de prácticamente todos, el Dr. Hiller era un hombre amable y gentil. Sin embargo, durante un período significativo en su terapia, mi amiga lo percibió como un atormentador agresivo y se refirió a él, solo medio en broma, como "Hitler". La percepción de mi amiga cambió con el tiempo, pero creo que era importante para ella experimentarlo de esta manera y esencial que su terapeuta pudiera tolerar esta percepción. En lugar de tratar de convencerla de lo contrario, le permitió tener su propia percepción y exploró pacientemente los pensamientos, sentimientos y recuerdos subyacentes.

El término transferencia se refiere específicamente a la activación de expectativas, plantillas, guiones, miedos y deseos preexistentes en el contexto de la relación de terapia, con el paciente viendo al terapeuta a través de las lentes de las primeras relaciones importantes. En la psicoterapia psicoanalítica, las percepciones que nuestros pacientes tienen de nosotros no son incidentales al tratamiento y no son interferencias o distracciones del trabajo. Están en el corazón de la terapia. Es específicamente porque los viejos patrones, guiones, expectativas, deseos, esquemas (llámelos como queramos) se vuelven activos y "vivos" en las sesiones de terapia para que podemos ayudar a los pacientes a examinarlos, comprenderlos y volver a trabajarlos.

No hace mucho, traté a un paciente masculino cuyo padre alcohólico (y probablemente bipolar) había abusado de él emocional y físicamente. Su padre lo había castigado, avergonzado y golpeado sin apenas provocación. Una cosa era que mi paciente me dijera que veía a la gente con desconfianza y sospecha. Fue otra cuando esta plantilla de relación cobró

vida en el tratamiento, y él comenzó a responderme como si yo fuera un adversario impredecible y enojado. Conscientemente, me veía como un aliado que quería de verdad su bienestar, y me estaba pagando un buen dinero por mi ayuda. Al mismo tiempo, parecía hacer todo lo que estaba en su poder para "protegerse" de mí cerrándose y defendiéndose, actuando como si usara lo que me dijera como un arma para lastimarlo. Él respondió de esta manera automática y reflexivamente; Sus respuestas estaban tan arraigadas que no las reconoció como algo fuera de lo común.

No consideraba la actitud de mi paciente hacia mí como un obstáculo para la terapia. Por el contrario, revivir y reelaborar este patrón de relación fue fundamental para su recuperación. En repetidas ocasiones, señalaba, tan gentilmente como podía manejar, que me estaba respondiendo como si fuera un adversario peligroso. Yo decía: "Cuando acudiste a tu padre en busca de ayuda, él te humilló. Dada tu experiencia, es comprensible que esperes el mismo trato de mí". O, "Me estás haciendo saber que nuestro trabajo no significa nada para ti y no te importaría menos si nunca me volvieras a ver. Tal vez estés convencido de que te decepcionaré y lastimaré y estás tratando de protegerte rechazándome primero".

Con el tiempo llegó a comprender, no de una manera intelectual, sino de una manera realmente enraizada en sus emociones, que me estaba tratando a mí (y a otras personas importantes en su vida) de maneras que eran más aplicables a otra persona en otro tiempo y en otro lugar. Poco a poco, comenzó a cuestionar sus expectativas, reacciones e interpretaciones de los acontecimientos. Además, resistí sus sospechas, acusaciones y rabias sin tomar represalias y sin retirarme, al menos la mayor parte del tiempo. Por lo tanto, nuestra relación sirvió como plantilla para un tipo de relación nuevo y diferente. Con el tiempo, llegó a ver las relaciones a través de diferentes lentes. Comenzó a sentir el mundo menos peligroso y sus relaciones se volvieron más satisfactorias.

En la terapia psicoanalítica, organizamos deliberadamente las cosas para que las expectativas, plantillas o esquemas interpersonales de nuestros pacientes se pongan de relieve en el tratamiento. En otras palabras, hacemos todo lo posible para permitir que las transferencias se desarrollen y se vuelvan palpables. Es el sello distintivo de la terapia psicoanalítica que utilizamos la transferencia (y también la contratransferencia, es decir, nuestras propias reacciones emocionales a nuestros pacientes) como un medio para comprender al paciente y efectuar el cambio. Es una premisa central de la psicoterapia psicoanalítica que los patrones de relación problemáticos resurgen en la relación con el terapeuta. Así es como llegamos a conocer a nuestros pacientes y hacia dónde dirigimos nuestras intervenciones.

La investigación empírica muestra que los terapeutas más efectivos son aquellos que

reconocen la transferencia y la utilizan terapéuticamente, independientemente del tipo de terapia que creen que están practicando. Enrico Jones y sus colegas (Ablon & Jones, 1998; Jones y Pulos, 1993) estudiaron grabaciones de sesiones de psicoterapia del Programa de Investigación Colaborativa de Tratamiento de la Depresión del NIMH, calificando las sesiones en 100 variables que evaluaron los tipos de intervenciones empleadas por los terapeutas. Los terapeutas con los mejores resultados fueron aquellos que constantemente resaltaron las respuestas emocionales de sus pacientes en las sesiones de terapia y establecieron vínculos entre estas respuestas y sus respuestas a otras personas importantes en sus vidas. Esto fue cierto incluso para los terapeutas que proporcionaron terapia cognitivo-conductual manualizada (TCC), que no reconoce oficialmente la transferencia como un mecanismo de cambio. Los terapeutas fueron efectivos porque se apartaron de las intervenciones especificadas en el manual de tratamiento.

Es justo preguntarse si algo único de la terapia es que evoca fuertes reacciones de transferencia o si la transferencia está omnipresente en todas las relaciones. La respuesta es ambas. Vemos todas las relaciones a través de las lentes de las primeras relaciones importantes. Al mismo tiempo, la terapia puede provocar sentimientos especialmente crudos. Esto se debe a que la terapia no es solo otra relación. Es una relación continua entre una persona que puede estar en necesidad desesperada y una persona que está allí para ayudar. La situación despierta inherentemente poderosos anhelos y dependencia. De hecho, la situación terapéutica recapitula psicológicamente nuestras relaciones con nuestros primeros cuidadores y, por lo tanto, ejerce una atracción especialmente regresiva. El terapeuta se convierte en un imán para los deseos y miedos no resueltos. La terapia puede evocar todos los sentimientos indómitos que una vez experimentamos hacia nuestros primeros cuidadores, incluidas las expectativas de omnipotencia, anhelos de poder, amor y odio. ¡Ay del terapeuta que no reconoce el poder inherente al rol del terapeuta!

Otros aspectos de la situación terapéutica también ejercen un efecto regresivo. Las reuniones más frecuentes intensifican los sentimientos de transferencia. (Esta es una de las razones por las que la terapia psicoanalítica puede lograr más cuando las consultas suceden varias veces por semana. De la misma manera, algunos pacientes con más problemas no pueden tolerar tanta intensidad y lo hacen mejor en solo una o dos veces por semana en la terapia). El hecho de que la comunicación en la terapia sea en gran medida unilateral también fomenta las fantasías regresivas. En la interacción social ordinaria, las personas se turnan para compartir información, pero en la terapia, el paciente habla la mayor parte del tiempo. El terapeuta aprende mucho sobre la vida del paciente, pero el paciente puede saber poco sobre la vida del terapeuta. En ausencia de información, las personas tienden a llenar los vacíos con sus propios deseos, miedos y expectativas (al igual que las formas que percibimos

en las láminas de Rorschach revelan tanto sobre nosotros como sobre las manchas de tinta reales).

Muchas escuelas de terapia ahora están convergiendo en el reconocimiento de que las personas recrean patrones de relación problemáticos en su relación con sus terapeutas y esto puede usarse con fines terapéuticos. Los terapeutas cognitivos están atendiendo cada vez más las reacciones emocionales de los pacientes hacia el terapeuta en lugar de tratarlas como distracciones del trabajo (por ejemplo, Safran, 1998; Safran y Segal, 1990), y me sorprendió un poco cuando escuché a mis estudiantes que se identifican como "conductistas radicales" discutir algo que llamaron CRB, un acrónimo de Comportamiento Clínicamente Relevante. Un CRB se define como una instancia de comportamiento sintomático expresado en la sesión de terapia hacia el terapeuta, en otras palabras, transferencia. Desde el punto de vista del conductismo radical, la intervención efectiva implica ayudar a los pacientes a reconocer los CRB y desarrollar nuevas formas de relacionarse (Kohlenberg y Tsai, 1991). Tales convergencias entre las escuelas de terapia no son sorprendentes. Tiene sentido que los profesionales reflexivos, que luchan por comprender los mismos dilemas psicológicos, eventualmente converjan en ideas similares. Sin embargo, confieso que me resulta desconcertante cuando los seguidores de otras tradiciones terapéuticas inventan nuevos nombres para fenómenos que los clínicos psicoanalíticos han reconocido durante generaciones y proceden a discutirlos como si fueran nuevos descubrimientos.

Sería negligente concluir esta sección sobre la transferencia sin reconocer los nuevos movimientos posmodernos en el pensamiento psicoanalítico, que agregan un correctivo a las visiones anteriores, mecanicistas y largamente desacreditadas de la transferencia como algo creado únicamente por el paciente. En manos de un terapeuta dogmático, autoritario o irreflexivo (actitudes que no tienen cabida en ninguna forma de psicoterapia), el concepto de transferencia puede ser mal utilizado. En el peor de los casos, puede convertirse en una forma de culpar al paciente por las fallas del terapeuta. Por ejemplo, si un terapeuta trata a un paciente cruelmente, sería una parodia de la práctica psicoanalítica interpretar el dolor y la ira del paciente como una distorsión patológica de "transferencia". Los psicoanalistas contemporáneos que abogan por enfoques relacionales e intersubjetivos nos recuerdan que las respuestas de nuestros pacientes no ocurren en el vacío. El paciente y el terapeuta se influyen mutuamente de manera recíproca compleja y continuamente co-construyen o co-crean su experiencia juntos.

Ha habido tempestades en la literatura psicoanalítica en torno a este tema, pero no tienen por qué preocuparnos aquí. Parece innegable que los pacientes traen sus historias personales a la relación de terapia, que las *plantillas* de sus relaciones tempranas se reactivan y reproducen, y las heridas y anhelos no resueltos se dirigen hacia el terapeuta. También parece

innegable que el terapeuta da forma a la interacción terapéutica e influye en qué plantillas entran en juego y cómo. No son solo los pacientes, sino también los terapeutas quienes traen su pasado a la sala de consulta.

Defensa

Una vez que reconocemos que hay cosas que preferimos no saber, nos encontramos pensando en cómo es que evitamos saber. Cualquier cosa que una persona haga que sirva para distraer su atención de algo inquietante o disonante se puede decir que cumple una función defensiva. No hay nada misterioso en los procesos defensivos. La defensa es tan simple como no notar algo, no pensar en algo, no poner dos y dos juntos, o simplemente distraernos con otra cosa. El psicoanalista Herbert Schlesinger (2003) describió la defensa en el contexto de la teoría de sistemas. Tanto los sistemas biológicos como los psicológicos se regulan a sí mismos para mantener el equilibrio o la homeostasis (por ejemplo, los procesos reguladores biológicos trabajan para mantener nuestra temperatura corporal cerca de los 36,5° Centígrados a pesar de las grandes variaciones en la temperatura exterior). Cuando algo es lo suficientemente disonante con nuestras formas habituales de pensar, sentir y percibir que interrumpiría el equilibrio psicológico, tendemos a evitarlo, negarlo, ignorarlo, minimizarlo o rechazarlo. Los terapeutas de los sistemas familiares trabajan para interrumpir los procesos homeostáticos que mantienen patrones familiares disfuncionales, esperando que el sistema se reorganice de una manera más adaptativa. Análogamente, los terapeutas psicoanalíticos trabajan para interrumpir los procesos homeostáticos que mantienen los patrones disfuncionales que repetimos.

Los escritos psicoanalíticos más antiguos se refieren a la represión de pensamientos y sentimientos, pero ya no encuentro el término particularmente útil, y tengo la impresión de que otros escritores psicoanalíticos contemporáneos también luchan por encontrar mejores palabras. Creo que la palabra contribuye a la mistificación de algo simple, ordinario y común. Bruno Bettelheim (1982) ha argumentado que la palabra "reprimir" puede ser una mala traducción de la palabra alemana utilizada por Freud y ha sugerido "rechazar" como una traducción más útil. La definición de "desautorizar" de mi diccionario es "negar el conocimiento, la responsabilidad o la asociación con; rechazar; repudiar".

La negación de la experiencia es un lugar común. Jill, a quien utilicé como ejemplo en la sección sobre Vida mental inconsciente, negó el conocimiento de que su padre había sido físicamente violento y abusivo. Ella se defendió contra este reconocimiento manteniendo los pensamientos sobre los miembros de su familia en el nivel de generalidades y evitando los detalles. La gente a menudo piensa y habla en general cuando la atención a los detalles

pondría en tela de juicio sus preciadas creencias. Jill no tomó una decisión consciente de pensar y hablar en generalidades. Lo hacía habitual y reflexivamente. Se había convertido en parte de su carácter. Más tarde en nuestra entrevista, Jill comenzó a darse cuenta de que su padre había estado violentamente fuera de control. Incluso con la fea verdad a la vista, Jill buscó preservar la homeostasis psicológica minimizando su importancia. Al notar mi grave reacción cuando me dijo que su padre casi había ahogado a su hermana, Jill rápidamente trató de tranquilizarse a sí misma y a mí de que el evento no tenía un significado especial. Enfatizando nuevamente lo mal que se había portado su hermana, agregó: "El padre de cualquiera habría hecho eso, ¿verdad?"

Anteriormente, mencioné a un paciente que tenía dificultades para reconocer y aceptar su deseo de cuidar y criar, el que repetidamente eligió mujeres frías y distantes. Su elección de parejas cumplió una función defensiva porque le ayudó a evitar los sentimientos difíciles que le despertaban las mujeres amables y amorosas. Trabajó para verse a sí mismo como fuerte, robusto e independiente, y rechazó su lado más gentil y tierno. Le gustaba como terapeuta porque me percibía como racional y de mente dura, a diferencia del terapeuta "blando" y "sensible" que había visto anteriormente y de quien había huido.

Cualquier pensamiento o sentimiento puede ser utilizado para defenderse de cualquier otro. Los sentimientos de enojo pueden defenderse contra los sentimientos de abandono o rechazo, la depresión puede defenderse contra la ira, la soberbia puede defenderse contra el autodesprecio, la confusión puede ayudarnos a evitar enfrentar verdades dolorosas y el aferramiento implacable a la lógica (como Spock en el *Star Trek* original) puede ayudarnos a ignorar los sentimientos de rabia o humillación.

Podemos ser desalentadoramente inconscientes de un rasgo indeseable en nosotros mismos y apresurarnos a atribuirlo a otra persona (proyección). Podemos enmascarar una actitud enfatizando su opuesto, como el "cruzado" anti-pornografía que revela su propia fascinación por la pornografía buscando constantemente material pornográfico que condenar (formación reactiva). Podemos ignorar suavemente la información que está justo delante de nuestras narices, como la madre que no ve que su hija anoréxica se está muriendo de hambre, o el terapeuta que no escucha las referencias de un paciente a un plan de suicidio (negación). Podemos pensar en temas emocionalmente cargados de maneras fríamente abstractas, como un paciente mío que trató de decidir si estaba enamorado haciendo un análisis de coste-beneficio (intelectualización). Podemos convencernos de que no tenemos miedo sumergiéndonos imprudentemente en la situación que nos asusta (comportamiento contra fóbico). Podemos dirigir nuestros sentimientos hacia la persona equivocada, como la mujer que es ajena a la infidelidad de su marido, pero se enfurece cuando se entera de que su amigo está teniendo una aventura (desplazamiento). Podemos inducir sentimientos en otra

persona que no podemos tolerar en nosotros mismos, y luego tratar de manejarlos en la otra persona (identificación proyectiva). Podemos renunciar a la responsabilidad de nuestro comportamiento atribuyéndola a circunstancias fuera de nuestro control (externalización). Somos infinitamente creativos en encontrar formas de evitar o rechazar lo que es angustiante.

Ciertas defensas reciben un refuerzo externo considerable. De vez en cuando, un paciente deprimido me dirá durante una consulta inicial que sus dificultades se deben a un "desequilibrio químico". Esto a menudo significa que la persona no quiere considerar la posibilidad de que sus percepciones, expectativas, elecciones, conflictos, patrones de relación o cualquier otra cosa que esté dentro de su poder para comprender y cambiar pueda estar causando, manteniendo o exacerbando su sufrimiento. Al insistir en que sus dificultades se deben enteramente al "desequilibrio químico", tales pacientes a menudo nos hacen saber que no desean examinarse a sí mismos.

Esta es una defensa particularmente perniciosa porque se ve reforzada por mensajes de compañías farmacéuticas (que tienen un incentivo financiero para retratar el sufrimiento emocional como una enfermedad exclusivamente biológica) y, a menudo, por médicos de confianza (que reciben información de esas mismas compañías farmacéuticas). Tales pacientes pueden considerar cualquier reconocimiento de un componente psicológico de su sufrimiento como una admisión intolerable de debilidad o fracaso personal. La dura autocondena que se encuentra justo debajo de la superficie de esta actitud puede ser precisamente lo que está perpetuando su depresión, pero su renuencia a examinarse a sí mismos puede excluir el tipo de terapia que conduciría al cambio. En tales casos, he encontrado que es mejor no desafiar las convicciones de los pacientes directamente, sino tratar de estimular su curiosidad y autorreflexión de otras maneras. (Para que conste, no estoy sugiriendo que podamos ignorar los factores biológicos o que no debemos aprovechar las opciones de tratamiento farmacológico. Estoy sugiriendo que una apreciación de la biología no debería hacernos sordos y ciegos a la psicología).

Los libros de texto de psicología de pregrado generalmente catalogan los mecanismos de defensa, pero estas presentaciones rara vez fomentan una comprensión más profunda de la terapia psicoanalítica. Un problema con el término mecanismo de defensa es que suena, bueno, mecanicista, y la vida de la mente es cualquier cosa menos mecanicista. Además, el término mecanismo, un sustantivo, hace que suene como si una defensa fuera una cosa. Es más útil pensar en defender(se), un verbo, como algo que la gente hace.

Otro problema es que el mecanismo de defensa implica un proceso o evento discreto, que tampoco es del todo correcto. En lugar de ser eventos discretos, las formas de defensa están

entretejadas en el tejido de nuestras vidas y se reflejan en nuestras formas características de pensar, sentir, actuar, sobrellevar y relacionarnos. Nuestras formas de defender se convierten en parte de nuestra personalidad o en un rasgo de carácter perdurable. Por ejemplo, algunas personas se sumergen característicamente en los detalles y evitan el bosque viendo solo los árboles. El enfoque en detalles concretos quita el enfoque de las emociones difíciles. Otras personas parecen incapaces de centrarse en los detalles en absoluto. Sus percepciones de sí mismos y de los demás parecen simplistas y superficiales. Este estilo defensivo puede desviar la atención de los hechos preocupantes. Algunas personas se sienten superiores y actúan como importantes para ayudar a desterrar sentimientos dolorosos de vacío o insuficiencia. Algunas personas son crónicamente desatentas a sus propias necesidades, pero en su lugar prodigan atención a los demás (un patrón común en los psicoterapeutas). Defensa y personalidad son inseparables.

La psicoterapia psicoanalítica nos ayuda a reconocer las formas en que rechazamos aspectos de nuestra experiencia, con el objetivo de ayudarnos a reclamar o pedir lo que es nuestro. Esto tiene el efecto de expandir la libertad y la elección. Las cosas que antes parecían automáticas u obligatorias se vuelven volitivas, y las opciones de vida se expanden. Por supuesto, la libertad y la elección traen sus propios dilemas. Con la elección viene la responsabilidad, que a veces puede ser aterradora. Por lo tanto, el deseo de negar la responsabilidad puede ser un impedimento significativo para el cambio.

Tal vez Erica Jong (1978) tenía este dilema en mente cuando escribió:

¡Nadie a quien culpar! ... Era por eso que la mayoría de las personas llevaban vidas que odiaban, con personas que odiaban ... ¡Qué maravilloso tener a alguien a quien culpar! ¡Qué maravilloso vivir con el némesis! Puedes ser miserable, pero te sientes siempre en lo correcto. Puedes estar fragmentado, pero te sientes absuelto de toda la culpa por ello. Toma tu vida en tus propias manos, ¿y qué sucede? Una cosa terrible: nadie a quien culpar.

En la sección sobre transferencia, describí investigaciones que muestran que los terapeutas más efectivos abordan la transferencia en psicoterapia (Ablon & Jones, 1998; Jones y Pulos, 1993). La misma investigación encontró que los terapeutas más efectivos también ayudan a los pacientes a reconocer las defensas llamando la atención sobre ellas a medida que surgen en el tratamiento. Ambos tipos de intervenciones están empíricamente vinculadas a un buen resultado del tratamiento.

Si pensamos en la defensa en términos sistémicos, como un esfuerzo por preservar el equilibrio y la homeostasis, entonces la psicoterapia plantea una paradoja. La gente viene a la terapia para cambiar, pero el cambio es una amenaza para el equilibrio y la homeostasis.

Por lo tanto, cada paciente es ambivalente sobre el tratamiento, oscilando entre el deseo de cambiar y el deseo de preservar el *status quo*. Esta ambivalencia puede ser palpable al inicio de la terapia. Entre los pacientes que programan citas en nuestra clínica universitaria, aproximadamente la mitad no asiste a su primera cita. Creo que esto es típico de muchas clínicas. Cuando los pacientes llaman por teléfono a la clínica, están expresando un lado de su conflicto interno, el lado que busca el cambio. Cuando no cumplen con sus citas, están expresando el otro lado del conflicto, el lado que busca mantener la homeostasis.

Recuerdo cuando comencé mi propio psicoanálisis. Programé mi primera cita con dos semanas de anticipación. Pensé en la próxima cita día y noche durante las dos semanas. El día de la cita real, sin embargo, se me escapó por completo de la mente. Cuando el analista y yo finalmente logramos reunirnos, me preguntó si era como si olvidara las citas. Le dije con vergüenza que no era así. Se encogió de hombros y dijo: "Entonces, parece que tú también tienes inconsciente". La psicoterapia es un tira y afloja continuo entre una parte de nosotros que busca el cambio y una parte de nosotros que se esfuerza por preservar lo conocido y familiar, por doloroso que sea. Como terapeutas, nos ponemos del lado de las fuerzas que buscan el crecimiento.

Creo que Freud (1912/1964) tenía esta paradoja en mente cuando escribió: "La resistencia acompaña el tratamiento paso a paso. Cada asociación, cada acto de la persona en tratamiento debe contar con la resistencia y representa un compromiso entre las fuerzas que luchan por la recuperación y las opuestas" (p. 102).

Los términos defensa y resistencia están relacionados. Se refieren a los esfuerzos para rechazar o negar pensamientos, sentimientos o responsabilidad. Más técnicamente, la resistencia se refiere a procesos defensivos que emergen dentro de la relación terapéutica misma, que impiden la tarea compartida de exploración e investigación. No es particularmente útil pensar en la resistencia como oposición entre terapeuta y paciente. Más bien, la resistencia surge del conflicto o la discordia dentro del paciente. Esto puede ser difícil de tener en cuenta cuando la resistencia toma formas que los terapeutas encuentran desagradables, como cuando los pacientes llegan tarde, faltan a las citas, se quedan en silencio, llenan las sesiones con una pequeña charla o ignoran los comentarios del terapeuta. Aunque frustrante para los terapeutas, tal comportamiento refleja los esfuerzos del paciente para mantener el equilibrio. El mejor enfoque del terapeuta es la alianza con las partes del paciente que buscan el crecimiento y el cambio. Idealmente, el paciente y el terapeuta desarrollan un sentido compartido de curiosidad con respecto a los procesos defensivos, viéndolos sin juzgarlos, con un deseo simplemente de examinar y comprender.

Los conceptos de defensa, conflicto y vida mental inconsciente están entrelazados. La

palabra inconsciente es realmente una forma de taquigrafía, se refiere a los pensamientos, sentimientos y comportamientos que rechazamos, repudiamos o defendemos. A menudo vemos un activo tira y afloja entre los procesos defensivos y los pensamientos y sentimientos contra los que se defienden. Tan duro como trabajamos para alejarlos, tan duro parecen retroceder, buscando alguna forma de salida o expresión. Por lo tanto, hay conflicto o tensión dinámica entre las partes de nosotros que son repudiadas y las partes de nosotros que hacen el repudio. Los teóricos psicoanalíticos usan el término inconsciente dinámico para recordarnos que los pensamientos y sentimientos inconscientes no están latentes o inertes, sino que buscan activamente la expresión. Influyen en nuestros pensamientos, sentimientos y acciones de manera indirecta.⁵

Causalidad psicológica

Los síntomas psicológicos a menudo parecen sin sentido. No tienen ningún propósito aparente y a menudo se sienten ajenos a la persona que los padece. Muchos pacientes deprimidos me han dicho que sus sentimientos de desesperación y tristeza aparecen "de la nada". Los sentimientos de ansiedad o incluso pánico también pueden aparecer de manera impredecible. De hecho, los criterios diagnósticos del DSM para el trastorno de pánico especifican que los ataques de pánico se producen "inesperadamente", es decir, sin causa aparente.

Por muy aleatorios o sin sentido que puedan parecer los síntomas, es nuestra suposición de trabajo que los síntomas tienen significado, tienen un propósito psicológico y ocurren en un contexto psicológico en el que son comprensibles. Debido a que las circunstancias psicológicas que contextualizan un síntoma pueden no ser conscientemente accesibles, un síntoma puede parecer sin sentido o aleatorio. A medida que el alcance de la conciencia de una persona se expande y se vuelve más capaz de reconocer y articular una gama más amplia de experiencia, el significado y la función del síntoma pueden aclararse. Generalmente, a medida que esto ocurre, la persona es capaz de encontrar nuevas soluciones a viejos problemas y el síntoma se desvanece.

Cuanto más extraños somos para nosotros mismos, más aleatoria, accidental y

⁵ Tengamos en cuenta que la palabra inconsciente tiene un significado específico en la teoría psicoanalítica. Muchos procesos mentales ocurren fuera de la conciencia, pero generalmente reservamos el término inconsciente para pensamientos, sentimientos y comportamientos que repudiamos activamente pero que buscan activamente la expresión. Por lo tanto, la palabra inconsciente realmente significa *inconsciente dinámico*. Los teóricos psicoanalíticos generalmente usan otros términos (como no consciente) para referirse a los procesos mentales que tienen lugar fuera de la conciencia, pero que no son conflictivos o contra los que no se defienden activamente.

fragmentada puede parecer nuestra experiencia. La terapia psicoanalítica nos ayuda a reconocer las conexiones que existen entre pensamientos, sentimientos, acciones y eventos. Por ejemplo, si un paciente me dice: "No sé por qué hice eso", puedo responder diciendo: "Veamos si podemos mirar más allá de 'No sé'. Examinemos lo que sucedió antes de eso". Lo que sucedió antes podría ser un evento externo o eventos internos como pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones e imágenes.

Un paciente que se recuperaba de un ataque cardíaco seguía "olvidando" tomar su medicamento. Puse la palabra olvidar entre comillas porque el paciente, a quien llamaré Steve, era una persona inteligente y su memoria estaba bien. Los médicos de Steve respondieron con "educación del paciente", explicándole por qué necesitaba el medicamento. Steve quería cuidar su salud y trató de seguir el plan de tratamiento de sus médicos. Aun así, seguía olvidando.

Le sugerí a Steve que podría haber más en su olvido de lo que parece a simple vista y le pregunté si tenía alguna idea sobre esto. Steve finalmente dijo algo sobre tomar el medicamento que le dio un mal presentimiento, pero no pudo decir qué. Realmente no lo sabía. Le pedí que me dijera cualquier pensamiento o sentimiento que se le ocurriera, si le parecían relevantes o tenían sentido para él. Steve dijo que no sabía por qué se le ocurrió en ese momento, pero se encontró pensando en su hermano menor. Cuando era niño, Steve había sido popular, atleta y un buen estudiante. En contraste, su hermano había sido enfermizo y débil. Siempre estaba tomando pastillas para una cosa u otra. Le fue mal en la escuela y no era bueno en los deportes. Fue una decepción para sus padres.

Observe la secuencia de los pensamientos de Steve. Su primer pensamiento fue acerca de tomar medicamentos. Sus siguientes asociaciones fueron con su enfermizo hermano menor. Llamamos a los pensamientos "asociaciones" porque asumimos que de alguna manera están vinculados o asociados con los pensamientos anteriores. En la superficie los dos temas parecen no estar relacionados, pero nuestra suposición de trabajo es que están conectados. En este caso, la secuencia de pensamientos sugiere una hipótesis: en la mente de Steve, tomar píldoras significa ser como su hermano menor: débil, enfermizo y menos amado. Si la hipótesis es correcta, ninguna cantidad de "educación del paciente" habría sido suficiente. De hecho, Steve dejó de olvidar su medicación solo después de que pudimos hablar sobre su miedo a ser débil y un fracaso, y su miedo relacionado a perder el amor de las personas que le importaban. Más específicamente, Steve reconoció que tomar medicamentos no lo convertiría en su hermano. Esa era una fantasía irracional. La fantasía operaba fuera de la conciencia, pero influyó en el comportamiento de Steve y podría haberle costado la vida.

Otra paciente, que tenía un poco de sobrepeso, tenía atracones de comida periódicos. Se

escabullía al McDonald's y pedía hamburguesas con queso y batidos. Después, se odiaría a sí misma por ello. Ella había intentado durante años controlar sus atracones de comer con poco éxito. Después de un atracón de comida, le pedí que anotara cualquier pensamiento que se le ocurriera, ya sea que pareciera o no relacionado con el atracón de comida. Sus pensamientos corrieron hacia su esposo. Ella dijo que él era egocéntrico y controlador e ignoraba sus necesidades. Ella dijo que él la trató como un trofeo para exhibir, no como un ser humano con necesidades y sentimientos propios. Sus asociaciones adicionales eran que su esposo era feliz cuando ella estaba delgada porque era un mejor trofeo, que se sentía emocionalmente privada y no amada, y se sentía financieramente dependiente de su esposo y atrapada en su matrimonio.

"¿Podría ser", me pregunté en voz alta, "que tu atracón de comida fuera una forma de vengarte de tu esposo?" Mi comentario tenía como objetivo hacer explícito o consciente un vínculo potencial entre pensamientos, sentimientos y acciones que hasta ahora habían sido implícitas o inconscientes. Mi paciente tuvo grandes dificultades para reconocer la ira hacia su esposo a pesar de que se quejaba de él constantemente, y fue una lucha para ella considerar seriamente mi comentario. Finalmente, comenzó a poner en palabras su ira, sus fantasías de venganza y el pensamiento de que su esposo era "un error tal que no merecía una esposa delgada".

El atracón de comida de mi paciente estaba incrustado en una compleja red de asociaciones y significados. Al final resultó que, su comportamiento sirvió simultáneamente para castigar a su esposo, para compensar su privación emocional (porque asociaba la comida con el amor), para asegurarse de que no estaba bajo su control, para ayudar a suprimir las fantasías sobre dejarlo (porque el sobrepeso la haría menos deseable para otros hombres) y para castigarse a sí misma por sus pensamientos vengativos (porque odiaba tener sobrepeso).

Esta multiplicidad de causas y significados ilustra los conceptos de sobre-determinación y función múltiple que mencioné anteriormente. En la vida de la mente, no necesariamente encontramos causa y efecto simple, uno a uno. Un síntoma o comportamiento puede tener múltiples causas (sobre-determinación) y puede servir para múltiples propósitos (función múltiple). Todos los terapeutas psicoanalíticos competentes comparten una profunda apreciación de la complejidad de la vida mental. Por esta razón, la psicoterapia psicoanalítica no es una terapia de línea de montaje. No es una colección de técnicas estandarizadas aplicadas a todos, ni puede reducirse a un manual de instrucciones paso a paso. Se basa en una investigación empáticamente sintonizada sobre los aspectos más privados, personales y profundamente subjetivos de la experiencia interior. En este sentido, no hay dos tratamientos iguales.

Mi paciente no experimentó una visión repentina o una cura dramática, y no había venido al tratamiento debido a sus visitas secretas a McDonald's. Sin embargo, con el tiempo, pudimos rastrear algunos de los vínculos en la compleja red de significados que dieron lugar a sus atracones de comida. Poco a poco se sintió más cómoda reconociendo y expresando enojo, más consciente de sus propias necesidades emocionales y más capaz de comunicarlas a su esposo y a los demás. Su relación con su esposo mejoró y sus atracones de comida disminuyeron. Finalmente, informó que, por primera vez en años, pudo perder peso y no recuperarlo, y no se sintió como en una lucha constante. Ella nunca ganó la batalla absolutamente. En los años siguientes, tuvo atracones ocasionales, siempre cuando estaba furiosa con su esposo.

Estos ejemplos están destinados a ilustrar cómo los síntomas psicológicos están incrustados en redes organizadas de pensamientos, sentimientos, percepciones y recuerdos que los contextualizan y les dan significado. Esto se aplica no solo a los síntomas sino a todos los eventos mentales. Es una suposición de trabajo del psicoanálisis que nada en la vida de la mente es aleatorio. La mente es una red asociativa elaborada, con eventos mentales vinculados entre sí de maneras significativas, aunque complejas. Dentro de ciertos parámetros generales, toda actividad mental sigue la lógica de la red asociativa, ya sea que los vínculos de conexión sean explícitos o conscientes. Esto se aplica no solo a los pensamientos, sentimientos y recuerdos, sino también a los sueños, ensoñaciones, errores y lapsus de la lengua (el infame "desliz freudiano"). Es posible comenzar con cualquier evento mental aparentemente aleatorio y rastrear las múltiples asociaciones vinculadas a él. A menudo, el evento tiene sentido cuando la red asociativa más grande se vuelve explícita.

Una analogía con una red asociativa es Internet, donde las páginas web están vinculadas en redes intrincadamente interconectadas (Peebles-Kleiger, 2002). Podemos ir a una página web, seguir un enlace a otra página, y luego otra y otra. Con unos pocos clics podemos alejarnos de nuestro punto de partida. Podríamos comenzar en una página sobre el calentamiento global y terminar, a unos pocos clics de distancia, en una página sobre sonetos de Shakespeare. Alguien que miró la pantalla de nuestra computadora en ese momento nunca podría adivinar cómo llegamos allí. Sin embargo, si quisiéramos, podríamos volver a rastrear la secuencia de enlaces que nos trajo desde donde comenzamos hasta donde terminamos, y podríamos explicar por qué seguimos esos enlaces.

Falta en la analogía de Internet el papel del afecto. A diferencia de la web, donde los enlaces se basan principalmente en el contenido, las redes asociativas mentales se organizan a lo largo de líneas afectivas. Es decir, se conectan cosas que traen sentimientos similares. Las vías asociativas tienden a conducir a lo que es emocionalmente cargado o problemático. Esto tiene profundas implicaciones para la técnica terapéutica: si nos permitimos observar

nuestros pensamientos sin editarlos o censurarlos y seguirlos a donde conducen, a menudo conducen a lo que es preocupante.

La investigación contemporánea en ciencia cognitiva y neurociencia se basa en el concepto de mente como red asociativa y los investigadores cognitivos han desarrollado métodos experimentales para estudiar los vínculos asociativos (por ejemplo, experimentos de saturación y tiempo de reacción). Curiosamente, el concepto de vías asociativas siempre ha sido fundamental para la teoría y la práctica psicoanalíticas. Freud era un maestro en rastrear vínculos asociativos para descubrir significados psicológicos, desenredando conexiones asociativas con la precisión de un detective. Su pensamiento es más accesible y convincente en su monografía de 1904 (Freud, 1904/1964), *La Psicopatología de la vida cotidiana*, que recomiendo a todos los estudiantes y terapeutas. Ciertamente, hubo casos en los que Freud se dejó llevar por su propia inteligencia y fue culpable de leer significados cuestionables en las asociaciones de los pacientes. Aquellos que quieren justificar su agenda para criticar encontrarán abundante munición en los escritos de Freud, pero perderían su verdadero sentido.

Para ayudar a rastrear los vínculos asociativos, pedimos a nuestros pacientes que digan lo que le venga a la mente sin editar o censurar sus pensamientos, alentándolos a observar sus pensamientos sin juzgar (como en algunas formas de meditación budista), sin tener en cuenta si los pensamientos tienen sentido o parecen socialmente apropiados. Esto se llama asociación libre. Su propósito es ayudar a hacer explícitos los vínculos asociativos que de otro modo estarían implícitos. Cada terapeuta psicoanalítico tiene una colección de frases destinadas a fomentar el libre flujo del pensamiento y la comunicación. Constantemente decimos cosas como: "¿Puedes decir más sobre eso?" y "¿Qué te viene a la mente?" y "¿Qué más se te ocurre?" y "¿A dónde van tus pensamientos desde ahí?" y a veces simplemente "continúa" y "um... um...".

En la conversación social cotidiana, automáticamente editamos y censuramos nuestros pensamientos. Tratamos de mantenernos en el tema, estructurar nuestros pensamientos para hacer oraciones coherentes y evitar cosas que puedan avergonzar u ofender. La libre asociación significa suspender la edición y censura habituales y a menudo nos lleva a lugares que no podríamos haber anticipado. Por lo tanto, la libre asociación es especialmente difícil para las personas a las que les gusta sentirse serenas, recogidas y bajo control. Cuando los pacientes describen la terapia como "desahogarse" o la comparan con conversar con un amigo (descripciones que siempre me han parecido profundamente devaluadoras de la psicoterapia), es una señal segura de que no están involucrados en un proceso terapéutico significativo. Nadie que se haya involucrado en una asociación libre genuina compararía la terapia con una conversación ordinaria. La terapia psicoanalítica tiene lugar al borde, en el

precipicio del abismo, en la frontera entre lo conocido y lo desconocido. No hay nada ordinario en ello.

Un paciente mío, que era gay, cometió un desliz de la lengua y me llamó por el nombre de otra persona, digamos James. Le pregunté qué se le ocurría sobre el desliz y respondió con las protestas habituales de que era una ocurrencia aleatoria y no significaba nada. Sugerí que averigüáramos viendo a dónde conducían sus pensamientos. ¿Qué trajo a la mente el nombre de James? Recordó a un amigo de un amigo que se llamaba James, y se apresuró a asegurarme que esta persona no significaba nada para él. "Está bien", dije. "Tal vez no signifique nada. De todos modos, ¿a dónde van tus pensamientos después?" Mi paciente hizo una pausa y luego se sonrojó. James, dijo, se había sentido atraído por él y había querido seducirlo. Le pregunté: "¿Por qué te avergüenza eso?"

No fue el intento de seducción de James lo que lo avergonzó. Más bien, mi paciente había estado trabajando duro para sacar algo de su mente. Ese algo era que yo podría ser gay y querer seducirlo. De hecho, había tenido un sueño "gráfico" al respecto y lo había discutido con su compañero, quien encontró la posibilidad intrigante. Mi paciente resolvió no volver a pensar en ello y no mencionarlo, pero aquí estaba. Sus asociaciones con su desliz "aleatorio" de la lengua corrían directamente a lo que estaba más cargado emocionalmente para él en ese momento, como suele ser el caso.

Al lector que piensa que este ejemplo suena inverosímil, artificioso o sesgado por ideas preconcebidas teóricas, le digo: pruébalo. La próxima vez que cometas un error, un desliz de la lengua, u olvides una palabra o un nombre, intenta asociar libremente y sigue tus pensamientos a donde te lleven. Ayuda al escribir los pensamientos. En el momento en que sientas que has terminado y quieras parar, pregúntate qué te viene a la mente a continuación. Y después de eso, pregúntate qué te viene a la mente a continuación. Oblígate a superar la resistencia interna que encontrarás (por ejemplo, "este ejercicio es estúpido", "esto es aburrido", "mis pensamientos no conducen a ninguna parte") y sigue la cadena de asociaciones a donde conduce. Humor si es necesario, pero pruébalo. Nunca verás los datos si no estás dispuesto a realizar el experimento.

Oficialmente, esta no aleatoriedad de los procesos mentales se llama determinismo psíquico. El término se refiere al reconocimiento de que los pensamientos, sentimientos, comportamientos y síntomas no son aleatorios o accidentales, sino que están influidos o determinados por los eventos mentales que los preceden. Prefiero el término continuidad psíquica al determinismo psíquico. Nos recuerda que hay continuidad de un pensamiento al siguiente, y los pensamientos y sentimientos están encadenados en secuencias asociativas significativas, incluso cuando parecen no estar relacionados o discontinuos. El término

determinismo tiene sus raíces en el *zeitgeist* científico mecanicista y materialista del siglo XIX y no estoy seguro de que sus connotaciones sean tan útiles en nuestro tiempo.

Me he encontrado con estudiantes que rechazan los enfoques psicoanalíticos porque piensan, erróneamente, que el psicoanálisis rechaza el libre albedrío y considera que el comportamiento está determinado por fuerzas fuera de nuestro control. Lo contrario puede estar más cerca de la verdad. Los terapeutas psicoanalíticos creen que expandir nuestra comprensión de los significados y causas de nuestro comportamiento crea libertad, elección y una voluntad más libre. Las personas pueden cambiar, las personas cambian, y la terapia psicoanalítica ayuda a las personas a cambiar, a veces de manera profunda. Todo psicoterapeuta legítimo, en el fondo, cree en la capacidad humana para crecer, cambiar y experimentar un mayor sentido de libertad y ecuanimidad frente a las inevitables dificultades de la vida. Si el comportamiento se determinara inevitablemente, no habría razón para practicar la terapia psicoanalítica o, para el caso, cualquier forma de terapia.⁶

Lo que es bueno para el ganso

El lector puede haber notado que he escrito gran parte de este capítulo usando el pronombre plural en primera persona "nosotros". Esto no es un accidente o conveniencia literaria. Está destinado a transmitir que los conceptos y conocimientos que aplicamos a nuestros pacientes se aplican igualmente a nosotros mismos. La sensibilidad psicoanalítica no hace distinciones entre los principios psicológicos que se aplican a los pacientes y los que se aplican a los psicoterapeutas. Como Harry Stack Sullivan (citado en Sullivan, 1940) observó: "Todos somos más simplemente humanos que otra cosa (p. 283)". Tanto el paciente como el terapeuta se ven a sí mismos y a los demás a través de las lentes de la experiencia pasada, tienen vidas mentales inconscientes, rechazan lo que es amenazante, forman transferencias y recrean roles de relaciones pasadas.

Algunos de mis estudiantes han sostenido la desafortunada idea preconcebida de que el psicoanálisis es una relación jerárquica entre un clínico autoritario emocionalmente alejado y un paciente sin poder. No puedo decir en conciencia que esto nunca haya ocurrido; Hubo un tiempo en la historia del psicoanálisis en que algunos profesionales adoptaron una postura

⁶ Un paciente mío una vez quedó profundamente impresionado cuando señalé un patrón repetitivo en su vida. En un momento de intuición estremecedora, se dio cuenta de que había repetido el mismo error en su vida una y otra vez. Era muy inteligente pero no terriblemente sofisticado psicológicamente. Con el impacto del reconocimiento, soltó: "¡Es verdad, es verdad! ¡Hago exactamente lo que dices, lo veo!" Y luego, con consternación: "¿Por qué hago esto? ¿Por qué sigo haciéndolo? ¿Es así como soy?" Le respondí: "Es la forma en que has sido". Fue uno de mis momentos favoritos en terapia.

distante y hablaron como autoridades sobre la experiencia interna de los pacientes.⁷

Puedo, en buena conciencia, decir que nada podría ser más antitético al espíritu del psicoanálisis. La terapia psicoanalítica no es algo hecho o practicado en otra persona. Es algo hecho con otra persona. Esto no significa que la psicoterapia sea una relación igual o simétrica. No tiene sentido negar la realidad de que una persona ha venido a recibir ayuda y la otra a ofrecerla, que una persona está pagando a la otra una tarifa, y las circunstancias implican inherentemente un desequilibrio de poder. Pero sí significa que la terapia es un esfuerzo colaborativo y compartido entre dos personas que deben luchar para obtener sentido juntas.

Los terapeutas psicoanalíticos que conozco y respeto consideran un profundo privilegio compartir tan íntimamente la vida interior y privada de otra persona, y hay algo en el trabajo que engendra en ellos una profunda humildad con respecto a lo que podemos y no podemos saber y una profunda humildad con respecto a nuestra capacidad de ayudar. Yo personalmente no soy, por temperamento, dado a la modestia o la humildad. Sin embargo, puedo decir sinceramente que cuanto más tiempo he ejercido y más he aprendido, más humilde me he sentido en mi trabajo con los pacientes y más profundamente he llegado a respetarlos. Mis pacientes y yo compartimos conflictos y luchas similares y conocemos un dolor similar. Nunca he tratado a una persona tan perturbada que no pudiera ver algo de ella en mí. Verdaderamente, todos somos más simplemente humanos que otra cosa.

La terapia psicoanalítica requiere del terapeuta un grado de inteligencia, un grado de conocimiento y habilidad profesional, una capacidad de sintonía empática con otra persona, una voluntad de sumergirnos en el mundo privado y subjetivo de otra persona, una voluntad absolutamente despiadada de examinarnos a nosotros mismos y, a falta de una palabra mejor, humanidad. De todas las cualidades que intervienen en la creación de un terapeuta, es esta última y más inefable cualidad la que finalmente puede sostenernos.

En cuanto a la voluntad de examinarnos a nosotros mismos, es difícil, si no imposible, hacer un trabajo psicoanalítico significativo sin tener una experiencia psicoterapéutica significativa nosotros mismos. Puede ser el componente más importante de la capacitación de un clínico. Además, hay algo que me parece hipócrita al pedir a nuestros pacientes que hagan algo que no hemos estado dispuestos a hacer, es algo impropio e inadecuado pedir a nuestros pacientes que sigan sus pensamientos sin censura dondequiera que conduzcan, cuando no hemos estado dispuestos a seguir los nuestros. No hay nada como la experiencia

⁷ Me inclino a pensar que los mejores psicoanalistas nunca practicaron de esta manera, pero ciertamente hubo mediocres que lo hicieron. En las últimas décadas ha habido cambios radicales en la teoría y la práctica psicoanalítica. Afortunadamente, esta fase en el desarrollo de la profesión ha quedado atrás.

de ser un paciente para fomentar la empatía por nuestros pacientes y ayudarnos a comprender los sentimientos poderosos y a menudo irracionales que la psicoterapia puede despertar. No podemos entender verdaderamente la transferencia o la resistencia leyendo sobre ello en un libro u observándolo en otra persona. Debemos experimentarlo de primera mano. Tampoco es suficiente entrar en psicoterapia o psicoanálisis solo para el "desarrollo profesional". Debemos entrar en ella, como nuestros pacientes, como seres humanos que sufren.

Más allá de esto, cuanto más comprendamos nuestros propios conflictos y modelos de relaciones, mejor podremos resistirnos a recrearlos con nuestros pacientes. La psicoterapia personal o el psicoanálisis no garantiza que tengamos éxito en esto, pero al menos puede darnos una oportunidad de luchar. Con demasiada frecuencia, he visto a terapeutas recrear su patología personal con los pacientes. Los terapeutas con historias de abuso que no la han trabajado a través de su experiencia en terapia personal tienden a declarar rápidamente a sus propios pacientes como víctimas, definiendo su experiencia con ellos en lugar de ayudarlos a explorarla por sí mismos. Los terapeutas que tienen problemas no resueltos con el otro género pueden unirse rápidamente a los pacientes en culpar, en lugar de ayudarlos a comprender mejor sus propias necesidades de intimidad y los obstáculos psicológicos para satisfacerlas. Las dificultades de autoestima pueden, sutilmente, degradar a sus pacientes u ofrecer "afirmaciones" superficiales (como el tipo caricaturizado por Stewart Smalley en los viejos episodios de *Saturday Night Live*), en lugar de ofrecerles la oportunidad de explorar y reelaborar sus actitudes de manera congruente con su propia historia personal y experiencia vivida. Estos son ejemplos relativamente flagrantes. Más a menudo, los terapeutas representan sus conflictos y plantillas de relaciones de maneras más sutiles.

Finalmente, la psicoterapia personal significativa engendra fe en el proceso terapéutico, y requerimos mucha fe cuando nos encontramos a la deriva en mares terapéuticos. Como Nancy McWilliams (2004) observó elocuentemente,

La experiencia de una terapia o análisis personal efectivo nos deja con un profundo respeto por el poder del proceso y la eficacia del tratamiento. Sabemos que la psicoterapia funciona. Nuestra apreciación silenciosa de la disciplina puede transmitir esa convicción a los clientes, para quienes un sentido de esperanza es una parte crítica de su recuperación del sufrimiento emocional. (pág. 67)

Sin esperanza, no puede haber terapia.

REFERENCIAS

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitivebehavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71–83. <https://doi.org/10.1093/ptr/8.1.71>
- Bargh, J., & Barndollar, K. (1996). Automaticity in action: The unconscious as repository of chronic goals and motives. In P.M. Gollwitzer & J. Bargh (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 457–481). Guilford Press.
- Bettelheim, B. (1982). *Freud and man's soul: An important re-interpretation of Freudian theory*. Random House.
- Davies, J. M., & Frawley, M. G. (1992). Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues*, 2(1), 5–36. <https://doi.org/10.1080/10481889209538920>
- Freud, S. (1904/1964). The psychopathology of everyday life. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (J. Strachey, Ed., vol. 6, pp. vii–296). Macmillan.
- Freud, S. (1912/1964). The dynamics of transference. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 12, pp. 97–108). Macmillan.
- Gabbard, G. O., Shengold, L., & Grotstein, J. S. (1992). Commentary on "dissociative processes and transference-countertransference paradigms" by Jody Messler Davies and Mary Gail Frawley. *Psychoanalytic Dialogues*, 2(1), 37–76. <https://doi.org/10.1080/10481889209538921>
- Gabbard, G., & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 84(Pt 4), 823–841.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306–316.
- Jong, E. (1978). *How to save your own life*. Signet.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Straus & Giroux.
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: Mapping bounded rationality. *The American Psychologist*, 58(9), 697–720. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.9.697>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum.
- Luepnitz, D. (2002). *Schopenhauer's porcupines*. Basic Books.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford.
- Nisbett, R., & Wilson, T. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, 84(3), 231–259. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.3.231>
- Peebles-Kleiger, M. J. (2002). *Beginnings: The art and science of planning psychotherapy*. The Analytic Press.

- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Basic Books.
- Safran, J. D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy: The therapeutic relationship, emotion, and the process of change*. Jason Aronson.
- Schlessinger, H. (2003). *The Texture of Treatment: On the Matter of Psychoanalytic Technique*. The Analytic Press.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American Psychologist*, 65(2), 98–109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Sullivan, H. S. (1940). *Conceptions of modern psychiatry*. Norton.
- Weinberger, J., & Stoycheva, V. (2019). *The unconscious*. Guilford Press.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124(3), 333–371. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.3.333>
- Westen, D., & Gabbard, G. (2002). Developments in cognitive neuroscience, 2: Implications for the concept of transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(1), 99–134. <https://doi.org/10.1177/00030651020500011601>
- Westen, D., Gabbard, G. O., Westen, D., & Gabbard, G. O. (2002). Developments in cognitive neuroscience, 1: Conflict, compromise, and connectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(1), 53–98. <https://doi.org/10.1177/00030651020500011501>
- Wilson, T. D., Lindsey, S., & Schooler, T. Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review*, 107(1), 101–126. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.107.1.101>

Original recibido con fecha: 2/6/2023

Revisado: 28/8/2023

Aceptado: 30/9/2023