

Comentario al trabajo de Jonathan Shedler "ESO ERA ENTONCES, ESTO ES AHORA: PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA PARA EL RESTO DE NOSOTROS"¹

Realizado por Rosario Castaño, Augusto Abelló, Carlos Rodríguez Sutil
y Alejandro Ávila (En representación del Colectivo GRITA)²

Comentario de Rosario Castaño

Estoy de acuerdo con Shedler acerca de que ... *el psicoanálisis tiene un problema de imagen* ... Este autor afirma algo que venimos observando desde hace ya mucho tiempo ... *La narrativa dominante en las profesiones de salud mental y en la sociedad es que el psicoanálisis está anticuado, y desacreditado* ... Este autor nos presenta dos caras de una misma moneda, por una parte, la sociedad considera que el psicoanálisis no responde a sus necesidades, escuchando muy a menudo... *yo no quiero hacer un psicoanálisis que es muy largo, y muy complejo, solo quiero dejar de sentirme mal, con depresión o con tanta ansiedad* ... y por otra, el debate -a veces abierto y constructivo y otras no tanto- entre los profesionales de salud mental sobre qué es y qué no es psicoanálisis, o incluso qué es psicoanálisis y qué es psicoterapia psicoanalítica (Coderch, 2012).

¹ Castaño, R; Abelló, A., Rodríguez Sutil, C. y Ávila, A. (2023). Comentario al trabajo de Jonathan Shedler "ESO ERA ENTONCES, ESTO ES AHORA: PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA PARA EL RESTO DE NOSOTROS". *Clínica e Investigación Relacional*, 17 (2): 325-346. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2023.170202

² GRITA es el anagrama de GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE LA TÉCNICA ANALÍTICA. Somos un Colectivo de estudio y trabajo de investigación, definido como un grupo de pares profesionales, que respetando las diferencias y singularidades individuales coopera en el estudio, el descubrimiento teórico y técnico y la mejora de la práctica clínica en cuanto psicoterapeutas de orientación psicoanalítica, y con la finalidad de compartirla y difundirla, sin ánimo de lucro, en la comunidad profesional. Actualmente es un grupo independiente, que ha estado vinculado en el período 1996-1998 a la Sociedad Española para el Desarrollo del Grupo, la Psicoterapia y el Psicoanálisis (SEGPA) y desde 1999 a 2006 a Quipú, Instituto de Formación en Psicoterapia Psicoanalítica y Salud Mental. Desde 2006 funciona sin vinculación orgánica a ninguna institución, aunque promueve y participa las actividades del INSTITUTO DE PSICOTERAPIA RELACIONAL y de IARPP. GRITA ha contribuido así mismo al sostenimiento teórico y económico de la revista INTERSUBJETIVO hasta 2005, la cual contribuyó a fundar en 1998. Actualmente apoya el funcionamiento de este portal web, y de sus contenidos, entre ellos la Revista electrónica CeIR (Clínica e Investigación Relacional), así como el contacto con los principales contribuidores al pensamiento psicoanalítico y relacional contemporáneo: Hazel Ipp, Andrew Morrison, Holly Levenkron, Joseph Lichemberg, Margaret Crastnopol, Neil Altman, Robert Stolorow, Donna Orange, Joan Coderch, Franco Borgogno, y muchos otros. Más información sobre otras contribuciones de este colectivo en: <https://www.psicoterapiarelacional.es/Documentacion/GRITA>

No dejo de pensar que hay pocas cosas más frustrantes que saber algo y no poder demostrárselo a los demás. En mi opinión, tal vez sea menos problemático ese debate entre profesionales pues hay suficiente documentación que avala los trabajos de investigación sobre el psicoanálisis como método científico (Ávila, 2022) bibliografía sobre los avances en psicoanálisis y neurociencias (Boston Study Group, 2010) y los cambios que se vienen produciendo desde los años 30, 40 del pasado siglo que ya se iniciaron gracias a la tradición interpersonal con Adler, Ferenczi, Jung, el grupo de los culturalistas con Sullivan, Fromm, y Horney, y las aportaciones latinoamericanas, entre otras (Ávila, 2013) las aportaciones de Fairbain (Rodríguez Sutil, 2009) las de Winnicott (Abello y Liberman, 2011; ver la colección de Pensamiento Relacional³).

Más allá de Freud podría ser también el título de este artículo (Mitchel y Black, 2004). Freud cumplió con lo que se había propuesto: crear una disciplina que estudiara el inconsciente, la sexualidad infantil y explicara los sueños, las fantasías y la patología neurótica. Le interesaba lo social, siempre miró a la sociedad de su tiempo, aunque se inclinó por analizar lo intrapersonal, dando más importancia a las fantasías individuales, y al pasado infantil de cada paciente que a sus relaciones adultas -sean familiares o de pareja-. No obstante, al final de sus días expresó que había mucho por hacer y, muy a su pesar sabía que dejaba la puerta abierta a nuevas investigaciones que ampliarían la forma de entender y abordar el psicoanálisis. (Roudinesco, 2015; Jones, 2001)

Y en este sentido Shedler explica con un lenguaje sencillo y claro, y a grandes rasgos algunos aspectos teóricos del psicoanálisis contemporáneo y sus consecuencias en la práctica clínica que lo hacen diferente de aquel de la época freudiana. *Si no podemos decir que el psicoanálisis trata del yo, ello, y superyo ...*, se pregunta, *entonces ... ¿de qué trata?* Un tema es el psicoanálisis clásico, ortodoxo o freudiano representado en el imaginario colectivo con la figura de Freud, el diván, los sueños, las fantasías, y el silencio dominante en las sesiones, donde importa sobre todo el “por qué se hace lo que hace”; y otro, el psicoanálisis relacional, contemporáneo, con una imagen que todavía no ha calado en el inconsciente colectivo con el sillón, *el cara a cara*, el analista interesado en los sueños, las fantasías, en el pasado pero también en la realidad actual, en las relaciones adultas del paciente y en las expectativas sobre su futuro, donde interesa fundamentalmente el “qué se hace”, y el “quién hace qué a quién”.

³ Ver la colección de Pensamiento Relacional creada en 2009 de la que hay publicados más de 25 volúmenes entre originales y traducciones. <https://www.psicoterapiarelacional.es/publicaciones> y que sigue ampliando su contenido actualmente.

No podemos aplicar la teoría tal como era entendida en la sociedad victoriana, por ello, el autor se centra en algunos aspectos teóricos y sus consecuencias prácticas como son: la concepción actual del inconsciente, la mente en conflicto, el pasado que vive en el presente, la transferencia, las defensas y las resistencias, y la causalidad psicológica. En una primera lectura puede parecer que los argumentos de Shedler son demasiado simples, pero él quiere dirigirse a la persona que no es psicoanalista, percibe que tal vez seamos nosotros, los profesionales los que no sabemos explicar cuál es nuestro trabajo y por lo tanto somos responsables de no ayudar a que se tenga confianza en el psicoanálisis.

A mí me interesa el apartado que dedica a la mente en conflicto y a los mecanismos de defensa. Freud miraba a la persona dominada por pulsiones irracionales que se veía obligada a utilizar la represión para adaptarse a las normas predominantes en la sociedad, también se enfocó en la sexualidad infantil pero no el sexo adulto (Castaño, Gallego, 2022); sin embargo, el psicoanalista contemporáneo ve a la persona como alguien relacional, que es irracional y racional a la vez, que utiliza más la defensa que la represión, con las consecuencias que esto conlleva en la técnica (hay un debate sobre si utilizar el término técnica o práctica clínica). La persona se defiende de lo que no quiere o no puede saber ya sea porque en su momento necesitó buscar seguridad, evitar el dolor, el sufrimiento, hacer frente al trauma, etc. Se trata de descubrir el modo en que nos defendemos de aquello que no podemos asumir, es decir, cuales son nuestros patrones relacionales. Por lo tanto, afirma ... *el objetivo del tratamiento psicoanalítico no es descubrir recuerdos reprimidos ... sino ayudar a las personas a ser más conscientes de su experiencia en el aquí y ahora...*

Trabajamos con la complejidad de las emociones teniendo en cuenta lo que afirma Shedler, ...*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...* de qué manera sentimos enfado, ira, o excitación, deseo erótico, por ejemplo, pero no lo asumimos y, sin embargo, esas emociones que no podemos reconocer en nosotros son actuadas de otras formas en nuestras relaciones y con nuestra actitud.

Ayudar al paciente a descubrir sus patrones relacionales puede ser un buen objetivo psicoanalítico, y esta forma de trabajar no deja de lado la biología,⁴ ni tampoco es superficial como se le critica muchas veces desde el psicoanálisis clásico.

Nos adaptamos a los tiempos y a la sociedad actual, donde a grandes rasgos predominan las prisas, la búsqueda de soluciones rápidas, sin espacios para la reflexión, no se puede parar

⁴ El cuerpo, el temperamento se tiene en cuenta en lo relacional. Los conflictos, traumas y obstáculos de la vida van conformando el carácter y en ese moldeamiento también juega un papel crucial el temperamento de cada persona.

para pensar, para sentir, pero esto no impide que el espacio psicoterapéutico siga siendo un lugar privado y seguro donde se busca neutralidad a través de la co-construcción de una intimidad que facilite la elaboración de emociones, y sentimientos. (Ehrenberg, 2016)

Transmitir toda la teoría psicoanalítica a la población es una ardua tarea que requiere utilizar un lenguaje sencillo y accesible; no se trata solo de convencer, sino de demostrar que se puede tener confianza en un proceso psicoanalítico. El convencimiento es un sentimiento subjetivo, una intuición que nos puede servir para la vida, pero con el que no podemos demostrar nada, es el contrapunto del saber que se adquiere con la formación teórica y práctica. No obstante, la psicoterapia psicoanalítica tiene esos dos aspectos: subjetividad y objetividad, arte y ciencia, necesitamos de la teoría/ciencia, como dice Buechler para entender mejor al paciente, y también de la intuición que vendrá conformada por esa misma teoría. (Buechler, 2015)

En definitiva, necesitamos de la ciencia y del convencimiento, dos maneras que, estando integradas, nos ayudarán a acercarnos y acercar a la población a un psicoanálisis moderno, relacional (Mitchell, 1993) que, renuncia a una parte de la teoría clásica, y aporta nuevos conceptos y nuevas maneras de entender la condición humana.

Comentario de Augusto Abello

Los integrantes del colectivo GRITA recibimos hace pocos meses, de Alejandro Ávila Espada, el artículo que ahora comento.

En el asunto de su mail se leía: *Una joya y una idea*⁵

Desde la primera lectura me puse de acuerdo de inmediato con Alejandro, me pareció -y me sigue pareciendo- que el artículo es una *joya*, algo que no nos debería impedir comentar nuestras diferencias en relación con esta *joya*.

Y aquí voy con la idea que propuso: hacer un comentario

Por lo expresado más arriba me resulta muy tentador hacer un panegírico de este artículo, pero me abstendré de elogiar todo lo elogiabile que tiene (¡que es mucho!) por motivos obvios, entre otros porque disponemos de un espacio limitado.

Comentaré aquellos puntos que me han parecido más discutibles y en los que he podido no estar de acuerdo (no sin esfuerzo) con el autor.

⁵ Estas primeras palabras parafrasean, como se verá más abajo, el entrañable inicio del artículo comentado

Cada vez me siento más identificado, de la mano -y gracias a- los autores relacionales actuales, con la idea que propone cuestionar todo lo posible nuestros postulados, revisar desde la autorreflexión nuestras ideas y nuestra práctica clínica como una forma de avanzar en nuestro conocimiento nutriendo así nuestro trabajo clínico. Valgan estas palabras como justificación del enfoque que he elegido para mi comentario (parece evidente que esta justificación muestra mi preocupación por cuestionar un texto con el que es tan fácil estar muy de acuerdo de la a a la z)

Empiezo por lo primero que llamó mi atención -porque creo que deja ver algo del estilo que en muchos momentos elige el autor- un pasaje del comentario que Bromberg le envía a Shedler a través de un e-mail (la misma vía por la que me/nos llegó el trabajo) cuando dice: *Tú eres verdaderamente auténtico*, una afirmación que me parece que tiene algo de exceso, no solamente por su propia formulación sino porque hasta ese momento no se conocían personalmente, además: ¿es que alguien puede ser verdaderamente auténtico? (recuerdo los comentarios de D. Winnicott en sentido contrario)

El comentario de Bromberg, y sobre todo el hecho de que Shedler lo incluya en su artículo, muestra -a mi criterio- un tono que recorre el artículo en varios momentos: el que va de la idealización al exceso de ciertos atributos y elogios⁶.

El intercambio de elogios (algo en lo que suelo participar) abriga y alimenta nuestros narcisismos, pero aporta poco a nuestro crecimiento en el quehacer profesional.

Tomaré pasajes del texto para comentar mis diferencias y -en ocasiones- hacer algunas propuestas alternativas

El autor expone una viñeta (pág. 4): el caso Jill. Me llama la atención cómo el autor (en su día, hace años y todavía hoy) aparentemente cree a pie juntillas las declaraciones que hace Jill en esa entrevista. Bien es cierto que no era una sesión de un proceso psicoanalítico, pero así y todo el autor da por bueno el recuerdo que Jill expone en esa entrevista: *Su amable y cariñoso padre perdió los estribos y sostuvo a su hija de siete años bajo el agua hasta que casi se ahoga*.

He cogido esta cita del autor de la entrevista que mantuvo con Jill, y solo esta cita, en la que Jill presenta un recuerdo en el que aparece su padre, como un botón de muestra de algo que me parece que Shedler hace con frecuencia en este artículo: tomar fragmentos de casos

⁶ Debo reconocer que estoy influido por un artículo de Joyce Slochower sobre el que reflexioné recientemente en el que ella trabaja dura, profundamente y de forma valiente para reconocer y criticar lo que considera "excesos" en el psicoanálisis relacional

o declaraciones de pacientes así como viñetas o resúmenes muy reducidos para ilustrar conceptos complejos o partes enteras de nuestras teorías que -como bien sabemos- son altamente complejas, ahí es dónde me pregunto cuál es el *precio a pagar* o qué es lo que se *sacrifica* para que el texto se muestre tan didáctico y tan claro (algo de lo que, por otro lado, no cabe la menor duda y que es muy de agradecer!)

Me pregunto: ¿y si ese recuerdo fuese, en los términos de Freud, un *recuerdo encubridor*?⁷ Shedler dice más adelante: *Que yo sepa, ninguno de los terapeutas involucrados en controversias públicas sobre "falsos recuerdos" han sido psicoanalistas*. En mi discrepancia me remito nuevamente al concepto de *recuerdos encubridores* y que, obviamente, no son *falsos* como resultado de una intención consciente (para *engañar* como él señala) sino que son el resultado de una defensa inconsciente.

Asumir esa posibilidad cambiaría todo su comentario y las conclusiones que le siguen.

Me cuesta entender porqué el autor afirma que *El objetivo del tratamiento psicoanalítico no es descubrir recuerdos reprimidos* (pag. 5). Lo entendería mejor si hubiese dicho que no es **solo** descubrir recuerdos reprimidos.

En mi propio recorrido psicoanalítico como paciente (también como analista⁸ con relación a mis pacientes) el desvelamiento de algunos *recuerdos reprimidos* me ha ayudado a entender no solamente la construcción biográfica que me acompaña sino también algunos síntomas y matrices relacionales que operan en mi presente. Recuerdo, concretamente, una sesión en la que a mí me resultó angustiante no saber adónde mi psicoanalista se iba de vacaciones (asistía a mi análisis tres veces por semana, la transferencia era intensa y las vacaciones empezaban ese mismo día) Esa angustia bajó considerablemente cuando pude conectar con -rescatar?- un *recuerdo reprimido* que tenía que ver con mi padre en unas vacaciones que habían tenido lugar hacía más de 40 años, un recuerdo que yo no había *visitado* ni una sola vez en esas cuatro décadas

Cuando nuestro autor se refiere a la ambivalencia entre *el deseo de cercanía y el temor a la dependencia* (pág. 7) cita a un amigo como un ejemplo que propone como paradigmático.

¿No deberíamos pensar que a ese amigo sería mejor escucharlo en una consulta psicoanalítica para ver cuáles eran realmente sus motivaciones o qué aspectos inconscientes

⁷ El concepto de recuerdos encubridores fue acuñado por Sigmund Freud en 1899 para referirse a los recuerdos conscientes que recubren a otros recuerdos que no pretenden aparecer en la consciencia. Estos recuerdos encubridores no se conservan por su contenido, sino que lo hacen por la asociación que guardan con el recuerdo reprimido. Por tal motivo se los considera una formación sustitutiva o solución de compromiso.

⁸ Utilizaré de forma indistinta "terapeuta" y "analista" porque no encuentro claras diferencias entre esos términos o por mejor decir: las que encuentro leo o escucho no me resultan convincentes.

estaban en juego en esa disyuntiva que el autor resume de una forma demasiado reduccionista? ¿No sería más respetuoso -reconociendo lo que gracias a Edgar Morin sabemos en torno al paradigma de la complejidad- evitar, parafraseando a Freud, los *análisis silvestres*?

Me parece que el autor en este artículo niega -o no reconoce ni menciona- lo que, a mí y a otros autores relacionales, nos parece una seña de identidad de nuestro trabajo clínico: la incómoda e inquietante (en ocasiones) **ambigüedad**.

Tanto en el caso de uno de sus primeros pacientes en el que en una viñeta de solamente ocho líneas resume los logros de un proceso psicoterapéutico como en el caso del escritor que pierde el cheque de 25.000 dólares (pág. 8) volvemos a ver un reduccionismo que deja demasiado material por fuera de cada una de esas viñetas, y siendo muy atractivo leer este tipo de resúmenes y confiando que el autor lo ha hecho con toda sinceridad y desde sus recuerdos, insisto en la idea que propone que este tipo de ejemplos pueden ser cuestiones simplificadas más que simples (ver el aforismo que propone que podemos presentar las ideas de la forma más simple posible... pero no simplificadas).

Este formato que critico lleva -en ocasiones- a desmerecer el inmenso trabajo que realizamos a diario para comprender (siempre parcialmente) el universo de nuestros pacientes (y el propio) y al arduo trabajo que hacemos para poder ayudar en los cambios que se producen.

Insisto, tomando otra reflexión de Shedler en lo que vengo tratando de transmitir: en la interpretación que hace de la bulimia (pág. 9) me parece que estamos ante un caso en el que no hay paciente concreto (recordemos la importancia que el psicoanálisis relacional le otorga a **cada** interacción concreta paciente-analista para comprender los fenómenos clínicos) y por la tanto no disponemos de ningún material asociativo, ninguna indagación más en profundidad o ninguna contextualización, por ejemplo de su situación familiar en el caso del paciente o de la paciente bulímica como para hacer esa interpretación que se parece a una cuestión estereotipada donde un síntoma remite a una cosa concreta, perdiendo así el concepto y la idea de multideterminación de los síntomas que desde Freud nos acompaña.

Es obligatorio decir que el autor, en ocasiones, parece estar de acuerdo con el espíritu de esta crítica que aquí represento defendiendo la idea de multideterminación pero continúa, por momentos, con el estilo reduccionista o simplificado. Adhiere claramente al concepto de lo complejo y de lo múltiple cuando a continuación del comentario sobre la bulimia declara:

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.

Agreguemos: no solo el *conflicto interno o intrapsíquico* muestra esas características, también los conflictos **interpersonales** e **intersubjetivos**

El autor continúa mostrando viñetas cortas⁹ que no recogen la complejidad que acompaña a nuestro devenir psíquico y relacional, como por ejemplo cuando habla de la niña que tiene un padre emocionalmente distante y que por lo tanto repetirá en el futuro ese mismo patrón con hombres en sus relaciones sentimentales (pág. 12).

Podemos -y debemos- abrir una pregunta: ¿cabe la posibilidad de que -reactivamente- alguien, resiliencia espontánea mediante, pueda alejarse de esos patrones iniciales para buscar relaciones sentimentales que puedan darle lo que no ha tenido?

Y aquí cabe otra reflexión: ¿por qué el autor se refiere **solamente** al padre emocionalmente distante sin tener en cuenta todas las relaciones que siguieron a ese vínculo primario? Parece que adhiere a una versión del psicoanálisis tal vez superada: la que defiende un fuerte determinismo con relación a las vicisitudes vividas con nuestros padres desconociendo la fuerte capacidad de cambio que pueden aportar muchas otras figuras a lo largo de nuestras vidas (infantil y adulta).

El autor resume más adelante (pág. 13) dos formas de vivir el duelo en relación con la pérdida del cónyuge; un primer grupo son aquellas personas *que han tenido una infancia en la que se han sentido o amadas, valoradas y nutridas* y un segundo grupo en el que ocurrió todo lo contrario. Para el segundo grupo augura -otra vez de una forma en exceso determinista- una elaboración del duelo catastrófica: *se hunden en una depresión amarga y enojada y no se recuperan*. ¿Reaparece un exceso de determinación y una especie de predicciones demasiado simples respecto a procesos complejos?

Una vez más el autor parece olvidar que existen fenómenos de resiliencia y que, además de una infancia complicada y sin amor, esa persona o ese grupo de personas pudo/pudieron haber tenido a lo largo de su vida relaciones reparadoras, de forma tal que la infancia bien puede no determinar, de esa manera tan rotunda, la vida adulta. Esta es una idea con la que trabajamos a diario cuando buscamos a lo largo de sus biografías todas las figuras

⁹ Soy consciente que esta misma crítica vale para el relato que he hecho en la viñeta de mi propio análisis. Quizás porque conozco los matices de lo ocurrido -narcisismo mediante- la he incluido, argumento que no anula la contradicción en la que incurro, evidentemente las críticas a Shedler aquí vertidas pueden valer para muchos de nosotros

significativas de nuestros pacientes: tíos, maestros y profesores, parejas, amigos, y así hasta incluir nuestra propia presencia.

En la descripción tan atractiva que hace de los fenómenos de transferencia y contratransferencia (pág. 14) el autor no menciona en ningún momento la palabra **inconsciente**, algo que me genera cierta sorpresa. Vuelve a remitirse a la infancia y a la figura de los primeros cuidadores como aquellos que van a marcar las primeras -o las únicas- matrices relacionales que después van a explicar los fenómenos transferenciales obviando así que hay muchas otras relaciones más allá de la infancia que van a marcar y colorear aspectos transferenciales.

A diferencia de algunos conceptos del psicoanálisis relacional, el autor cree que el conocimiento que tiene el paciente del terapeuta es escaso y lo va a rellenar con aspectos imaginarios. Algunos psicoanalistas relacionales pensamos que el terapeuta ofrece mucha más información de la que cree mostrar, conocemos a través de autorevelaciones explícitas y autorevelaciones implícitas muchas facetas de nuestros analistas. Parafraseando a Hoffman podemos decir que circula en algunos ámbitos de nuestro medio *la falacia del paciente ingenuo* y que el autor comentado pareciera sostener (y digo *pareciera* porque me cuesta trabajo que él también sostenga esa falacia, pensemos, por ejemplo, en todo lo que *enseña*, en su doble acepción, en este artículo y que bien podría ser leído por muchos de sus pacientes)

Por otro lado, propone ejemplos de transferencias simples y muy marcadas cuando en realidad también existe lo que desde Freud llamamos *transferencia positiva sublimada*, que es una forma de vínculo entre el paciente y el terapeuta donde ninguna de esas formas tan marcadas domina la escena terapéutica.

Como no puedo dejar de pensar -y sentir- que las críticas que hago a lo largo de todo el comentario me generan ciertos conflictos, quiero expresar que soy consciente que para que un artículo como el que aquí comento sea tan atractivo y didáctico como es este y tenga así el valor de *joya*, el autor -o autora- estará obligado a usar los recursos que aquí crítico o sobre los cuales reflexiono.

El autor cree que no cabe en *ninguna forma de psicoterapia terapeutas dogmáticos crueles e irreflexivos* (pág.19). Una pregunta sería: ¿quién determina que un terapeuta tiene esos atributos? Sabemos que hay escuelas dentro del psicoanálisis que han defendido ciertas teorías y formas de entender la clínica que avalaban e indicaban la práctica, por ejemplo, de largos silencios y una fuerte distancia afectiva (algo que se tomó en no pocas ocasiones como algo *dogmático* y *cruel*, yo mismo lo hice) convencidos de que eso podía ayudar a los

pacientes y, es más: algunos pacientes se sintieron ayudados con esas prácticas clínicas, he conocido a más de uno.

El autor afirma que como psicoanalistas *nos ponemos del lado del crecimiento* (pág. 26), y yo pienso: no siempre! Será importante escuchar cuáles son los deseos -conscientes e inconscientes- del paciente y cuál es su *realidad*, es decir: ver si realmente nos tenemos que poner -a priori- de un determinado lado o deberíamos que escuchar al paciente en toda su complejidad para ver dónde se quiere poner él o cuál es el deseo que predomina en él, que bien podría ser el del crecimiento... o su contrario¹⁰.

El autor hace un resumen del concepto de resistencia (pág.26), pero en ningún momento menciona algo que más arriba sí había referido: la posibilidad de que la resistencia del paciente se explique mucho mejor por intervenciones inadecuadas del terapeuta, algo que parece indicar que el autor le adjudica las causas de la *resistencia* exclusivamente al paciente. Shedler, al menos en este pasaje, parece perder de vista algo a lo que en otro sitio del mismo artículo defiende y que incluye todo lo ligado a la concepción de cómo lo intersubjetivo y la concepción de fenómenos co-creados domina la escena entre terapeuta y paciente.

Comentaré algo que me ha suscitado cierta añoranza, esto más que una crítica, es una autorevelación ligada a mi formación y a mi ECRO¹¹: el autor no menciona en ningún sitio de este artículo el concepto *Complejo de Edipo* como tampoco *el mito de Narciso* para explicar ciertas corrientes de la vida psíquica que, desde Freud, ocupan un lugar importante.

Y ahora sí con tono crítico me pregunto si en la simplificación que propone el autor no estaría tirando al bebé junto con el agua de la bañera.

En el caso de Steve (pág.29), nos presenta a un paciente que no toma la medicación prescrita para su recuperación de un ataque cardíaco, el autor le pide asociaciones y el paciente recuerda algo de su hermano ligado a la infancia; me pregunto: *¿ese recuerdo no puede ser eso considerado un recuerdo reprimido?*

A continuación, expresa de una forma simplificada como ese síntoma (el *olvido* de tomar la medicación por parte de Steve) queda resuelto con una asociación seguramente seguida de una interpretación, algo que parece -una vez más- una visión simple y reduccionista, casi mágica.

¹⁰ Una paciente, en un alarde de ingenio, me dijo después de muchos años de análisis: creo entender cuál es tu trabajo: *me ayudas a saber cuáles son mis medidas con mucho rigor y cuidado para que yo -en el caso de desearlo- me haga el vestido que quiera y en el color que yo quiera sin que realices ningún juicio al respecto*

¹¹ En Pichón Riviere: Esquema conceptual referencial y operativo

El autor considera que la descripción de una psicoterapia *como hablar con un amigo o desahogarse son fórmulas altamente peyorativas* (pág.34) para nuestros tratamientos psicoterapéuticos, una vez más aparece una concepción prescriptiva y normativa por parte del autor de lo que tiene que ser una terapia psicoanalítica (y de lo que no podría -o no debería- ser) Podemos preguntarnos: ¿y si un paciente lo que necesita, durante un tiempo, quizás un largo tiempo o para siempre es -justamente- desahogarse?

Y si el paciente prefiere pensar – y así lo recibe y lo integra- de que está *hablando con un amigo* porque una buena parte del diálogo psicoterapéutico cursa de esa manera (imaginemos que el paciente no tuvo ni tiene ningún amigo).

Consideremos que ambos casos -*el del desahogo y el de la creencia de estar hablando con un amigo*- cobran un importante valor a la luz de la transferencia que el paciente despliega sobre el terapeuta, situación que -paradoja mediante- implicaría ambas afirmaciones: **solo se desahoga o habla con un amigo y al mismo tiempo** recorre un camino terapéutico en *relación con su analista*.

¿Por qué esas definiciones tienen que ser una forma de devaluar el tratamiento psicoanalítico? Hay una posición algo rígida por parte del autor en relación con lo que -**solamente**- es una psicoterapia psicoanalítica.

El terapeuta dice (pág.39): *...los terapeutas que tienen problemas no resueltos con el otro género pueden unirse rápidamente con los pacientes...* Y yo me pregunto, ¿pero hay algún terapeuta (o ser humano) que tenga resuelta cualquier matriz relacional con el otro género, con el propio género, con los adultos, con los niños, con sus propios padres, con sus amigos o consigo mismo?

En la última página el autor considera que la *psicoterapia personal genera fe en el proceso psicoanalítico*, ¿es *fe*¹² la palabra más adecuada? ¿o podemos pensar que las palabras *crear, confiar o tener expectativas favorables* para referirse al proceso puedan ser más adecuadas?

Y de forma más clara y científica podemos remitirnos a los trabajos que destacan la investigación que apoya su efectividad, eficacia y utilidad clínica compilados por Alejandro Ávila Espada¹³

¿E incluso desear que no sea -justamente- la fe lo que ligue al terapeuta y al paciente al proceso terapéutico?

¹² Me refiero a la primera acepción que aparece en la definición de la RAE y, quizás la más extendida: *Conjunto de creencias de una religión*.

¹³ Ver: https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V12N3_2018/08Listado-de-Referencias-Evidencias-Psicoterapia-Psicoanalitica_Compilacion-Prof.A.Avila.Espada_UCM_CeIR_V12N3.pdf

¿Podemos considerar también lo contrario: que en algunos casos la psicoterapia psicoanalítica puede no ayudar al paciente? ¿Podemos incluso pensar que -en ocasiones- ciertas psicoterapias psicoanalíticas (como cualquier otra psicoterapia) pueda ser iatrogénica?

Aquí termino, con un sincero agradecimiento a Jonathan Shedler porque me ha ayudado a pensar todo lo que aquí he expresado, así como el material que aquí no aparece.

También mi agradecimiento a Alejandro Ávila Espada que envió el correo electrónico que puso en marcha mi cabeza y mi sentir, algo que facilitó estas reflexiones.

Comentario de Carlos Rodríguez Sutil: FACTORES COMUNES, DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA CON OTRAS FORMAS DE PSICOTERAPIA. O CÓMO HA INFLUIDO EL PSICOANÁLISIS EN OTRAS PSICOTERAPIAS SUPUESTAMENTE INDEPENDIENTES

Shedler revisa muchos supuestos de la teoría y la práctica psicoanalítica que parecen ser aceptados de forma tácita desde escuelas de pensamiento alejadas del psicoanálisis o están recibiendo en cierto modo una confirmación indirecta a través de los resultados de la investigación en ciencias cognitivas. Podría pensarse que los esquemas surgidos del pensamiento psicoanalítico han impregnado la mente de muchos teóricos e investigadores ajenos a él. Esto no impide en muchos casos menospreciar al psicoanálisis, incidiendo en los aspectos más llamativos o chocantes y no en aquellos otros que se han podido demostrar claramente como erróneos.

Es evidente que la investigación en ciencia cognitiva ha demostrado que gran parte de pensamiento, emoción y motivación se produce fuera de la conciencia, aunque no se habla de "inconsciente" sino de "procesos mentales implícitos" y de "memoria procedimental". Hay cosas que no queremos saber, que son disonantes o amenazantes, y miramos para otro lado. Shedler ilustra los conceptos con ejemplos clínicos bien escogidos. Una paciente dice espontáneamente que su hermana es "neurótica". Este tipo de manifestaciones llaman nuestra atención como terapeutas de orientación analítica, podemos decir que "rechinan" en nuestro oído analítico y, supongo, también en el de clínicos de otras orientaciones, aunque no tengo noticia de que este tipo de fenómeno se haya elaborado con amplitud fuera de nuestro ámbito. Los procedimientos defensivos que subyacen en este caso suponen implican la renegación – la paciente no reconoce que su hermana de siete años estaba siendo sometida a un trato abusivo y cruel por parte del padre – junto con la racionalización – como

es el uso de un término, "neurótica", tomado de la psicopatología. Aún así, señala Shedler con todo acierto:

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.

Yo solo matizaría que este es el objetivo principal, pero que tampoco descuidamos la búsqueda de recuerdos reprimidos, cuya aparición también puede contribuir a dicho objetivo. Ahora bien, como subraya el autor, el problema de la paciente no es que no recordara los hechos sino que los interpretaba de una manera errónea, aunque adaptativa en momentos pasados.

La terapia analítica busca ayudar a la persona a mantener en su mente ideas en conflicto, algo que en mis recuerdos, más o menos nebulosos, de lo que es una terapia cognitiva se considera inaceptable y algo que hay que resolver. Pero, ciertamente, nuestros sentimientos hacia una persona pueden ser ambivalentes por topar tanto con aspectos aceptables junto a otros rechazables de todo punto. A veces intentamos negar una parte, no siempre la mala, pero la parte negada indefectiblemente vuelve; los sentimientos rechazados se "filtran" de manera a menudo inconsciente. Pone Shedler el ejemplo, habitual en la clínica, de aquellas personas que desean mantener una relación íntima y cercana con alguien de su agrado, pero habitualmente se sienten atraídas por personas no disponibles. Me viene en mente también el caso más extremo la persona que de forma continuada se empareja con otras abiertamente maltratadoras. A veces se produce el fenómeno, que describe Shedler, de que la relación alterna entre un acercarse de uno de los miembros y alejarse del otro, y viceversa, que encaja en el refrán tan nuestro de: Cuando yo quise, tú no quisiste, y ahora que quieres, yo ya no quiero. Tengo noticia de que el examen y tratamiento de este tipo de "juegos" es habitual desde la terapia familiar sistémica.

También podemos querer rechazar nuestra ira, por temor a hacer daño a alguien querido o para no recibir represalias o simplemente ser rechazado. Reconocer nuestra ira nos puede causar culpa o vergüenza. Un paciente sentía enojo hacia sus padres pero estos, que habían padecido persecución cuando el Holocausto, se sacrificaban por él al máximo. Su salida era tratar mal a sus amigos y a sí mismo hasta que pudo aceptar, gracias a la terapia, que se puede uno enfadar con alguien a quien también ama.

El comportamiento pasivo-agresivo es otra forma de lidiar con la ambivalencia. Por ejemplo, alguien que cocina siempre para la familia pero que casi siempre quema la comida,

sin querer, es decir, sin tener ninguna conciencia del significado de su comportamiento. Otro es el paciente bulímico que se pega atracones pero que al rato usa purgantes.

Daniel Kahneman, Premio Nobel de economía, leemos, diferenció dos sistemas en la toma de decisiones, sistema 1 y sistema 2. El primero es intuitivo, automático e insensible a las situaciones cambiantes o novedosas. El segundo, en cambio, toma decisiones de forma más lenta y esforzada, deliberadas y revisadas conscientemente. Estos sistemas funcionan de manera simultánea y llevan a contradicciones. Estos procesos recuerdan la división, ya antigua, que propuso Freud entre procesos conscientes e inconscientes y muchas investigaciones en ciencia cognitiva parecen darle apoyo.

Una idea que parece haber calado en la cultura psicológica general es la de que el pasado vive en el presente, influye en el modo actual en que las personas se comportan. Así, nuestras primeras experiencias nos llevan a incorporar ciertas plantillas o guiones sobre cómo funciona el mundo. Un terapeuta cognitivo los llamaría esquemas, dice Shedler y, según recuerdo, así es como llamaba Aaron T. Beck (Beck y Freeman, 1995) a estos constructos. Se aprenden en la infancia pero se siguen aplicando en situaciones posteriores aunque el resultado que proporcionan sea negativo. Y se cita el aforismo de Wordsworth: el niño es el padre del hombre. Recreamos el pasado y nos resulta imposible interpretar los acontecimientos actuales fuera de esa perspectiva. Una mujer en terapia tuvo un padre emocionalmente distante. Cuando su terapeuta, hombre, parece distraído o aburrido a ella le parece poderoso e importante. En cambio cuando se muestra cariñoso lo ve soso, aburrido y poco útil.

Esto es algo que puso en evidencia la terapia psicoanalítica pero que en la actualidad recogen prácticamente todas las escuelas:

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 lazos de la experiencia pasada para crear nuevas posibilidades de vida. (pp. 13-14).

Considero, no obstante, que habría que clarificar en qué se diferencia la consideración actual de esa influencia del pasado en la psicoterapia psicoanalítica, cuáles serían sus rasgos distintivos en la teoría y en la práctica. Tal vez por eso un apartado del artículo se ocupa de la transferencia, concepto que no ha pasado a las otras escuelas, al menos con ese nombre.

Shedler advierte que no es algo incidental las percepciones (¿reacciones, sentimientos?) que nuestros pacientes experimentan hacia nosotros. No se trata de interferencias o distracciones, sin más, sino que están en el núcleo de nuestra forma de entender la terapia. Cito otro párrafo que puede sintetizar esa idea en términos muy cercanos a nuestra práctica diaria:

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 nos volviéramos a ver. Tal vez estás convencido de que te decepcionaré y lastimaré y estás tratando de protegerte rechazándome primero". (p. 16)

Me viene la idea de que en un enfoque más relacional le podríamos comunicar al paciente la sensación o emoción que esta actitud suya nos provoca, desde la tranquilidad, sobre todo si nuestra experiencia se acerca al enfado, pues le puede servir de clave para entender otras situaciones que haya vivido o pueda vivir en el futuro. Shedler no parece dar este paso, y no le recrimino por ello. Sería la nota diferencial entre nuestra orientación y el psicoanálisis más clásico, si bien comprensivo y, diría, empático como es el que este autor propone. La diferencia entre este psicoanálisis, y también del relacional, con respecto a las otras formas de terapia es el uso que se hace de la transferencia. También de la contratransferencia, como bien dice, esto es, como nuestras reacciones emocionales ante el paciente, que nos sirven para comprenderlo y ayudar en el cambio pero, y aquí va nuestra crítica, o nuestra pretensión de ir un poco más allá, la personalidad del terapeuta también está implicada en cómo reacciona ante el paciente, y requiere autoexamen, no es solo algo que el paciente pone en nosotros. Por otra parte, los conceptos de transferencia y contratransferencia pueden hacer pensar en un proceso de ida y vuelta, acción y reacción, cuando lo más adecuado es concebir que lo que se produce es un campo de relación continua, mutuamente construido, y así lo reconoce el autor (p. 19). Hechas estas precisiones, no es difícil aceptar lo que se lee poco después: según la investigación empírica, los terapeutas más efectivos son los que tienen en cuenta la transferencia y la utilizan, incluso cuando practican formas de terapia que no reconocen la transferencia, como son los cognitivo-conductuales o, incluso, algunos conductistas radicales. Según cuenta, estos últimos hablan de "comportamiento clínicamente relevante" (CRB, en sus siglas en inglés) que son casos de comportamiento sintomático expresado en la sesión hacia el terapeuta, es decir, cómo no, transferencia, que el terapeuta debe ayudar al paciente a identificar y lograr otras formas de relacionarse.

Sigue más adelante hablando de las defensas, de las que ya se ocupó al principio, y cita la crítica de Bruno Bettelheim (1982) de que "represión" es una mala forma de traducir

“reprimir”, y en su lugar proponía “rechazar”. Shedler prefiere verbo “desautorizar”, con el sentido de “negar el conocimiento, la responsabilidad o la asociación con; rechazar; repudiar”. En otros lugares me he dedicado a esta problemática terminológica (Rodríguez Sutil, 2014) y nos llevaría mucho tiempo ahora desarrollarla en toda su extensión – me refiero a la traducción de los términos freudianos: *Verdrängung*, *Verleugnung*, *Verwerfung*, y otros asociados. Sólo diré que, una vez que se entiende el sentido de la palabra utilizada por Freud (*Verdrängung*, en este caso) como desalojo de la conciencia de una idea claramente enunciada, o simbolizada, traducirlo a otro idioma como “represión” puede ser tan válido como otras opciones y, además, está acuñado por la costumbre.

El artículo nos proporciona una revisión minuciosa de mecanismos de defensa en diferentes situaciones y contextos que estudiantes y profesionales leerán con provecho. Pero, advierte, hablar de “mecanismos de defensa” da una imagen mecanicista de la mente, cosifica la idea de defensa, mientras que defenderse es algo que la persona hace. Ciertamente: “... las formas de defensa están entretrejidas en el tejido de nuestras vidas y se reflejan en nuestras formas características de pensar, sentir, actuar, sobrellevar y relacionarnos” (p. 24). Sin embargo, vuelvo a pensar que el término “mecanismo de defensa” está totalmente acuñado y no va a ser fácil sustituirlo por forma de defensa. Más peligroso me parece el término “introyección” y la familia a la que pertenece (proyección, identificación proyectiva, proyección identificativa, etc.) por la imagen de interioridad, de mente aislada que proponen. Lo que desarrollamos a lo largo de nuestra vida son pautas de relación interpersonal. Y las pautas se “aprenden”, no se introyectan, es decir, no se meten en una bolsa. Si se quiere, estamos hablando de los esquemas originarios. Pero entendidos no en el sentido cognitivo de interioridad en la mente individual – o en el cerebro -. Los esquemas de acción se aprenden en sociedad y en sociedad se ejercen. Es importante que evitemos los argumentos propios de la “mente aislada”, pero no parece posible prescindir de las metáforas. Me conformo que no nos dejemos dominar por ellas y seamos capaces de cuestionarlas de vez en cuando.

Shedler pone el dedo en la auténtica paradoja de la psicoterapia:

La gente viene a la terapia a 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*. (p. 25)

Está hablando de la resistencia – otra forma de defensa – cuestión central y frecuentemente debatida en psicoanálisis desde el propio Freud (1912). Pero me sorprende que diga, poco después: “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" (p. 26). Este es uno de los razonamientos recurrentes más engañosos en el psicoanálisis estándar. Otra vez nos enfrentamos con el mito de la mente aislada. Desde el momento en que entramos en relación con el paciente la resistencia no es exclusivamente suya sino que aportamos nuestra propia resistencia, que conviene intentar descubrir y elaborar si la terapia ha de llegar a algún puerto prometedor. Si no existe esa comunicación, intercambio, relación, poco es lo que podremos lograr. La resistencia es la resistencia del paciente pero tal como la vivimos a través de nuestra propia resistencia y tal como ambas interactúan. Esto no impide que la terapia en ocasiones se estanque y entre en un impase que buscaremos resolver. A veces nuestra actuación más terapéutica consiste en negociar con el paciente el final de una terapia improductiva, esto es, que no se traduce en un mayor conocimiento, en un mayor bienestar pero, sobre todo, en una mayor libertad en la toma de las propias decisiones.

Estamos de acuerdo con el determinismo mental al que alude el autor. Si entendemos la mente no como un fenómeno encerrado dentro del individuo sino como el producto de las relaciones en cada entorno, y damos la importancia debida al entorno familiar temprano. Partiendo de la idea del determinismo mental, el artículo revisa otros ejemplos felices de interpretación que permiten a los pacientes la solución de sus conflictos, por ejemplo, la razón de por qué un enfermo cardíaco olvidaba tomar sus pastillas, o el significado de por qué una paciente se daba atracones de comida. Por otra parte, se observa que las interpretaciones son ofrecidas de forma tentativa y no con el tono oracular e impositivo que descubrimos en los textos antiguos. Aunque en nuestra práctica relacional buscamos más la clarificación y, a veces, la confrontación, la interpretación no deja de tener un lugar, siempre que se coloque en un proceso de colaboración y búsqueda conjunta con el paciente, y no como producto de nuestra clarividencia y superioridad.

Casi todos los miembros de las diferentes escuelas que se agrupan bajo el paraguas de "psicoterapia dinámica" estaremos de acuerdo en el aserto de Shedler:

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 [yo suelo decir que no está "protocolizada"]. No es una colección de técnicas estandarizadas aplicadas a todos, ni puede reducirse a un manual de instrucciones paso a paso. Se trata de 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. (p. 31)

Casi al final del artículo enfrenta Shedler un asunto delicado desde nuestra perspectiva, relacionado con dos principios "técnicos" muy debatidos: la neutralidad y la abstinencia. Nuestro autor lo sintetiza con la frase, formulada por alguno de sus estudiantes y que él considera desafortunada: "el psicoanálisis como la relación entre un clínico autoritario, emocionalmente alejado, y un paciente sin poder" (p. 36). No puede negar que esto haya pasado con cierta frecuencia, sobre todo en una época del pasado pero, confía, no a los mejores psicoanalistas. Estamos totalmente de acuerdo con él cuando aclara que la terapia psicoanalítica no es algo hecho "a otra persona" sino "con otra persona", si bien, añade, la relación nunca llega a ser totalmente igual o simétrica. La terapia es, desde luego, un esfuerzo compartido entre las dos partes.

Termino este comentario retomando una idea que incluyo en el título, la de los "factores comunes" entre la terapia psicoanalítica y otras formas de terapia. Me resulta reconfortante que algunos principios esenciales estén siendo utilizados por otros colegas de forma más o menos explícita: inconsciente, ambivalencia, causalidad psíquica, conflicto-defensa/resistencia, influencia del pasado, influencia personal del paciente en el terapeuta y viceversa (transferencia-contratransferencia), así como la importancia de evitar una asimetría excesiva entre terapeuta y paciente. No obstante, a menudo recuerdo el argumento de Kohut (1984) cuando reconocía que él no había inventado la empatía y que muchos otros analistas habían atendido empáticamente a sus pacientes, pero que su intento se diferencia al querer prestarle una mayor atención y desarrollo.

Comentario de Alejandro Ávila: El sentido de nuestra tarea clínica

No recuerdo bien el año en que conocí a Jonathan Shedler, probablemente fue hacia 2005 por sus colaboraciones con Drew Westen en torno al SWAP¹⁴, uno de los investigadores destacados del enfoque psicodinámico y de los procedimientos diagnósticos estructurales en Estados Unidos de América, pero le presté más atención a partir de su trabajo "La eficacia de la psicoterapia psicodinámica" publicado en *The American Psychologist* en 2010, que supuso una revolución reivindicativa en un panorama no muy favorable a las psicoterapias dinámicas y humanistas. Quizás esa capacidad de tomar la palabra en un entorno hostil - entonces y ahora- fue clave para que despertáramos a la esperanza de que nos podíamos hacer oír, principalmente en el mundo académico, pero también en el mundo clínico

¹⁴ Shedler-Westen Assesment Procedure (Shedler y Westen, 2005)

exógeno al psicoanálisis. Llevábamos remando contra corriente en Europa en cuanto a la psicoterapia psicoanalítica, solo con cierta paz en Alemania, Austria y Suiza, con sus tradiciones investigadoras arraigadas, más la tradición ideológica de Francia, sostenida y la vez dinamitada por los discípulos de Jacques Lacan. Desde finales de los ochenta yo venía trabajando en temas y perspectivas convergentes con las de Horst Kächele en Ulm, Peter Fonagy en Londres y Robert Emde (Colorado), junto a los que hacían análisis de tendencias o buscaban una perspectiva general como Enrico E. Jones (San Francisco) o J. Stuart Ablon y Raymond A. Levy (Massachussets). De todos ellos quien me ayudó más en sostener mis perspectivas de investigación fue Horst Kächele (Ulm), pero también ayudaron George Silbersachtz (San Francisco), Jeremy Safran (New York), Jacques Barber (Pennsylvania), Joseph Lichtenberg (Baltimore), Paolo Migone (Parma), algunos de ellos ya no nos acompañan, pero todos aportaron ideas trascendentales.

En el entorno español había pocos pero verdaderos compañeros de viaje en la investigación, Joaquín Poch y Merçe Mitjavila en Barcelona, Miguel Ángel González Torres en Bilbao, entre otros. Uniendo a ellos nuestros colegas latinoamericanos, entre los que destacaron Juan Pablo Jiménez (Chile) o Andrés Roussos (Argentina). Uno de nuestros grandes problemas ha sido conciliar mundos de pensamiento diversos, cada uno anclado en la excelencia de "lo suyo"

Hasta en dos ocasiones he coincidido con Shedler en congresos internacionales, y eso me ha dado ocasión de intercambiar algunas ideas. Pongámonos en contexto. Ni Shedler ni yo mismo representamos al psicoanálisis *per se*, si quizás, con las lógicas y relevantes diferencias, a los profesores universitarios interesados en el psicoanálisis contemporáneo y su contribución a la clínica, enorme e indiscutible, aunque no goce del prestigio académico o institucional que merecería. No puedo hablar por Jonathan, si de mi propia experiencia. Realicé mis estudios universitarios en una época (Universidad Complutense, 1968-1973, y luego el recorrido hasta doctorarme en 1982) en la que convivía la Psicología basada en la obra de Santo Tomás de Aquino -recuerdo perfectamente haber estudiado las "potencias del alma" (memoria, entendimiento, voluntad) en la asignatura de Psicología Clínica- con el novedoso conductismo skinneriano (Leí con pasión "Walden dos") y las desganas y deshilvanadas explicaciones que impartían algunos profesores con formación y práctica psicoanalítica, pero que no fomentaban especialmente el interés por la materia¹⁵. Pero el mundo era más amplio, y quizás por mi posición como profesor universitario miré más allá.

¹⁵ No mencionaré aquellos a quienes criticaría. Si a quienes, por el contrario, hacían una labor muy meritoria, como Mercedes Valcarce.

“Ayudó” que el entorno psicoanalítico en España en los setenta y ochenta era muy elitista y restrictivo.

Y en ese más allá estaba la investigación de procesos que nos permitía a conocer algunos de los que intervenían en el cambio psíquico a través de las intervenciones psicoterapéuticas. También era importante no dejarnos arrastrar por planteamientos epistemológicos que reducían el ámbito de conocimiento y expresión de la subjetividad humana a la conducta manifiesta (véase Ávila Espada, 2020).

Recordemos, nuestro compromiso con la clínica es un compromiso con el cambio, con la transformación del sufrimiento humano psíquico en crecimiento y conocimiento al servicio de lo humano que nos define. Es en base a ese compromiso que es importante nuestro esfuerzo por transmitir ideas claras sobre el significado, contenido y compromiso ético de nuestra intervención, y entiendo que -con sus limitaciones- Shedler viene haciendo una contribución importante a la clarificación del significado de la clínica psicoanalítica para los propios clínicos y para las personas en general que les demandan ayuda. Aceptemos que nos cuesta dejar de refugiarnos en convenciones, que me gustaría superadas, como seguir diferenciando el “análisis” de la “psicoterapia”, o lo “psicoanalítico” de lo “psicodinámico”. O a sospechar de calidad de una interpretación de un material sino incluye una consideración en torno al conflicto edípico o a lo “reprimido”. Aceptemos también que sin algún(os) refugio(s) narcisista(s) es muy posible que no pudiéramos sostener nuestra actividad.

REFERENCIAS (Compiladas)

- Abello, A; Liberman, A. (2011). *Una introducción a la obra de D. W. Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional*. Colección Pensamiento Relacional. Vol. 3. Ágora. Madrid
- Ávila Espada, A. (ed) (2013). *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural del Psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional; Colección Pensamiento Relacional. Vol. 8
- Ávila Espada, A. (2020). La Psicoterapia y el Cambio Psíquico, entre las evidencias basadas en la práctica, y la práctica basada en las evidencias. Una reflexión relacional sobre la psicoterapia en el siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 31(116): 29-52.
- Ávila Espada, A. (2022). *Principales referencias que reúnen las Evidencias de Investigación sobre la Psicoterapia Psicoanalítica, así como sobre otras estrategias de intervención derivadas o relacionadas con ella*. Revista electrónica *Clínica e Investigación Relacional*. Link https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V16N2_2022/Listado-de-Referencias-Evidencias-Psicoterapia-Psicoanalitica_Compilacion-Prof_Alejandro-Avila-Espada_UCM_vActualizada.pdf
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.

- Bettelheim, B. (1982). *Freud and Man's Soul*. Londres: Pimlico, 2001.
- Boston Change Process Study Group. (2010). El nivel constituyente del significado psicodinámico. Procesos implícitos en relación al conflicto, la defensa y el inconsciente dinámico. Traducción castellana de Jordi Roig. *Clínica e Investigación Relacional* Vol. 4 (2) – Junio 2010; pp. 362-380 (Original de 2007) Link https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V4N2_2010/06_BCPSG_Nivel-Constituyente_CeIR_V4N2.pdf
- Buechler, S. (2015). *Marcando la diferencia en las vidas de los pacientes. La experiencia emocional en el ámbito terapéutico*. Colección Pensamiento Relacional. Vol. 14. Ágora. Madrid.
- Castaño, R; Gallego, R. (2022). *Terapia Sexual Relacional*. Colección Pensamiento Relacional. Vol. 4. Obra revisada y aumentada de Rosario Castaño la terapia sexual, una mirada relacional, publicada en 2011 en esta misma colección. Ágora. Madrid.
- Coderch, J. (2012). Psicoanálisis Relacional de frecuencia Semanal y larga duración. (PRSLD). Bases teóricas y clínicas. *Revista electrónica CEIR*. Vol. 6 (3) – Octubre 2012; pp. 468- 514 Link [https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V6N3_2012/08_Coderch_Psicoan%C2%A0Aolisis%20%20Relacional%20de%20%20Frecuencia%20Semanal%20y%20Larga%20Du](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V6N3_2012/08_Coderch_Psicoan%C2%A0Aolisis%20%20Relacional%20de%20%20Frecuencia%20Semanal%20y%20Larga%20Duracion_CeIR_V6N3.pdf)
- Ehrenberg, D. B. (2016). *Al filo de la intimidad. Extendiendo el alcance de la interacción psicoanalítica*. Col. Pensamiento Relacional. Vol. 16. Ágora. Madrid.
- Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras Completas* (vol.II). Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- Jones, E. (2001). *Sigmund Freud Ernest Jones, correspondencia completa 1908-1039*. Ed. Síntesis
- Kohut, H. (1984) *¿Cómo cura el Análisis?* Paidós: Buenos Aires, 1986.
- Michell, S. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración*. Siglo XXI, original en inglés de 1988.
- Mitchell, S; Black, M. (2004). *Más allá de Freud, una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Ed. Herder del original *Freud and beyond. A history of modern psychoanalytic thought*. Traducción: Roberto H. Bernet de 1995.
- Rodríguez Sutil, C. (2009). *Introducción a la obra de Ronald Fairbain. Los orígenes del Psicoanálisis Relacional*. Col. Pensamiento Relacional. Vol. 1. Ágora. Madrid
- Rodríguez Sutil, C. (2014). *Psicopatología psicoanalítica relacional. La persona en relación y sus problemas*. Madrid: Ágora Relacional.
- Roudinesco, E. (2015). *Freud, en su tiempo y en el nuestro*. ed. Debate
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American Psychologist*, 65(2), 98–109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Shedler, J. (2022). That was then, this is now: Psychoanalytic Psychotherapy for the rest f us. *Contemporary Psychoanalysis*, Vol. 58, No. 2-3: 405-437.

Shedler, J. y Westen, D. (2005). Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Bridging the gulf between science and practice. En Alliance Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.