

LA RESPONSABILIDAD ÓPTIMA Y EL PROCESO TERAPÉUTICO¹Howard A. Bacal, M.D.²

Los Ángeles, CA, USA

Aunque el concepto de *frustración óptima* ha sido tácitamente aceptado como un elemento importante en la práctica terapéutica del psicoanálisis, ha recibido poca clarificación teórica. La obra de referencia de H. Kohut (1977a) *La restauración del Self* establece la frustración óptima como un aspecto central en el proceso curativo desde el punto de vista de la Psicología del Self. Con una de sus críticas Kohut (1977b) reconoció la naturaleza problemática de la pregunta "¿Qué es óptimo?," aunque nunca llegó a una respuesta satisfactoria. Pretendo reexaminar la pregunta a la luz del problema relacionado con la "gratificación óptima". Mi propósito es, en parte, demostrar el significado de esta última, que recientemente ha sido considerada con cierta suspicacia como una forma de *acting-in* contra-transferencial, evocado quizá por el *acting-in* del paciente en la transferencia; como una manipulación de la transferencia por el analista al adoptar deliberadamente un rol (la llamada "experiencia emocional correctiva" de Alexander, 1956); o, a lo sumo, como un parámetro temporalmente útil, que debe ser descartado a la primera oportunidad. Sugiero que cualquier discusión de los conceptos de frustración óptima y gratificación óptima se ve inevitablemente enredada en insuperables dificultades teóricas e infinitos debates cuando se separan de la idea de la *responsividad óptima* más útil y abarcativa, definida como la respuesta del analista que es terapéuticamente más relevante en cualquier momento particular en el contexto de un paciente en particular y de su malestar. La empatía o introspección vicaria es el proceso por el cual el terapeuta llega a comprender al paciente al sintonizar con su mundo interno. La responsividad óptima, por otro lado, se refiere a las acciones del terapeuta por comunicar su comprensión a su paciente.

Palabras clave: Psicología del Self, Proceso de Cambio, Psicoanálisis

Although tacitly accepted as an important element in the therapeutic practice of psychoanalysis, the concept of *optimal frustration* has received little theoretical clarification. The publication of h. Kohut's (1977a) landmark work *The Restoration of the Self* established optimal frustration as a central aspect of the curative process viewed from the perspective of self psychology. With one of his critics, Kohut (1977b) recognized the problematic nature of the question "What is optimal?," yet he never arrived at a satisfactory answer. I intend to reexamine this question in light of the related issue of "optimal gratification." My purpose is, in part, to demonstrate the significance of the latter, which has until recently been regarded with some suspicion as a form of countertransference acting-in, evoked perhaps by the patient's acting-in in the transference; as a manipulation of the transference itself by the analyst deliberately adopting a role (the so-called "corrective emotional experience" of Alexander, 1956); or, at most, as a useful but temporary parameter to be discarded at the first possible opportunity. I will suggest that any discussion of the concepts of optimal frustration and optimal gratification becomes inevitably entangled in insurmountable theoretical difficulties and endless debate when separated from the more useful and encompassing idea of *optimal responsiveness*, defined as the responsivity of the analyst that is therapeutically most relevant at any particular moment in the context of a particular patient and his illness. Empathy or vicarious introspection is the process by which the therapist comes to understand the patient by tuning in to his inner world. Optimal responsiveness, on the other hand, refers to the therapist's acts of communicating his understanding to his patient.

Key Words: Self Psychology, Change Process, Psychoanalysis

English Title: Optimal Responsiveness and Therapeutic Process

Cita bibliográfica / Reference citation:

Bacal, H.A. (2017). La responsividad óptima y el proceso terapéutico. *Clínica e Investigación Relacional*, 11 (1): 22-50. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2017.110102

¹ Publicado originalmente en 1985: Optimal Responsiveness and the Therapeutic Process. *Progr. Self Psychol.*, 1:202-227. Traducido, con autorización, del original inglés por N. Monserrat Gómez García, revisada por Alejandro Ávila.

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

La frustración óptima

El origen del término “frustración óptima” no es muy claro. Aunque reconoce que Bernfeld (1928) la mencionó por vez primera, Kohut (1972) parece haberla utilizado este concepto por vez primera para el proceso psicoanalítico. La idea de frustración óptima, sin embargo, ha sido siempre la piedra angular del tratamiento psicoanalítico. A principios de 1946, Anna Freud escribió:

[Como analistas] tenemos que jugar un doble juego con los impulsos instintivos del paciente, por un lado, alentándolos a expresarse y, por la otra, negándoles firmemente la gratificación—un procedimiento que incidentalmente origina una de las numerosas dificultades en el manejo de la técnica analítica, (p. 13)

...el yo [del paciente] es vencedor cuando sus medidas defensivas tienen un efecto en sus propósitos... y de esta manera transformar los instintos que, inclusive en circunstancias difíciles, están aseguradas algunas medidas de gratificación... (p. 193)

Sin embargo, la “medida de gratificación” a la que se refería la señorita Freud no era concebida como un aspecto del proceso analítico, sino como uno de sus resultados.

Mientras continuaban trabajando desde la perspectiva psicoanalítica clásica, Kohut y Seitz (1963) definieron la frustración óptima como una experiencia que está intrínsecamente relacionada con la gratificación en el proceso terapéutico:

Las frustraciones óptimas involucran suficiente demora en la satisfacción para inducir un incremento de tensión y decepción en un intento por obtener el cumplimiento de deseo a través de las fantasías; la satisfacción real sucede lo suficientemente rápida, sin embargo, para prevenir la desesperanza y la desilusión en el alejamiento de la realidad. (p. 356)

Kohut indica que los impulsos infantiles que se topan con la frustración óptima son transformados en una estructura psicológica neutralizadora por la internalización de innumerables experiencias de frustración óptima, pero que “la barrera de defensas, por una parte, que elimina un residuo no modificado de los esfuerzos infantiles, es el resultado de la internalización de experiencias frustrantes y prohibiciones de intensidad traumática” (Kohut, 1963, p. 369).

En otras palabras, la frustración *óptima* de los impulsos instintivos promueve el desarrollo de la estructura interna compuesta de transformados o sublimados pulsionales; donde la frustración *traumática* origina una barrera protectora que se construye alrededor de estos impulsos, los cuales permanecen inalterados. La gratificación, o “satisfacción real” debe ser un elemento inherente del proceso

terapéutico hasta cierto punto y en cierta medida, o sino la frustración “óptima” será cualquier cosa menos óptima. Sin embargo, Kohut y Seitz no definen satisfactoriamente la frustración óptima y la gratificación óptima asociada en el proceso psicoanalítico. Tampoco, a mi entender, se ha reparado esta laguna teórica.

En *El análisis del Self*, Kohut (1971) reitera su posición, todavía dentro del marco de trabajo clásico, pero centrándose ahora sobre la importancia de la frustración óptima para el equilibrio narcisista en lugar de la modulación de las pulsiones:

como sigue siendo cierto para el medio análogo posterior del niño, el aspecto más importante de la relación temprana madre-infante es el principio de frustración óptima. Las decepciones tolerables en el pre-existente (y externamente sostenido) equilibrio narcisista primario conlleva a un establecimiento de estructuras internas que proveen la habilidad de calmarse a sí mismo y la adquisición de tolerancia básica de la tensión en el plano narcisista. (p. 64)

... El analista habilidoso asistirá al paciente para mantener la incomodidad del paciente [frente a la necesaria, es decir, terapéutica, frustración de las transferencias narcisistas] dentro de límites tolerables; es decir, él va a conducir el análisis acorde con el principio de la frustración óptima (p.199)¹

Más adelante, Kohut (1972) estipuló que los objetos omnipotentes “resultan internalizados cada vez que el niño descubre un fallo en ellos, facilitándole así un descubrimiento no de grado traumático, sino óptimamente frustrante” (p. 86g).

Kohut vio así la frustración óptima como central en el proceso de internalización transmutadora, que él consideraba la esencia del proceso de curación analítica. Como escribió 5 años después,

Poco a poco, como resultado de innumerables procesos de micro-internalización, la ansiedad-calma, retraso-tolerancia, y otros aspectos realistas de la imagen del analista se vuelven parte del equipamiento psicológico del analizando, *igual sucede con la micro-frustración* [cursivas mías] de la necesidad del analizando de una permanente presencia y un perfecto funcionamiento del analista a este respecto. En resumen, a través del proceso de internalización transmutadora [vía frustración óptima] se construye la nueva estructura psicológica. (Kohut, 1977, p.32)

Kohut (1977), sin embargo, también cuestiona la validez de la opinión de que algunos individuos con una psicopatología grave hayan tenido madres que los han cuidado y quienes, al intentar gratificar los deseos de sus hijos, les hayan privado de la frustración óptima que les hubiera permitido desarrollar un self maduro. Aunque reconoce la posibilidad de que estos individuos no hayan sido suficientemente frustrados

como niños, sugiere que los determinantes de su enfermedad parecían ser más complejos cuando eran vistos desde la perspectiva de un análisis conducido desde la psicología del self. A manera de ilustración, cita su relato del Sr. U cuya

madre y abuela han... aparentemente actuado fantasías inconscientes suyas [al] gratificar los deseos instintivos del niño para sus propios propósitos. Completamente en sintonía con sus demandas instintivas diarias, descuidaron simultáneamente la maduración del cambiante self del niño, quien anhelaba una respuesta maternal (y después también paternal) confirmatoria de la admiración y aprobación [de sus propias capacidades. La fijación del niño en un fetiche] no ha sido, por lo tanto, esencialmente el resultado de la sobre-gratificación sino de una ausencia traumática específica de empatía maternal para una saludable grandiosidad y exhibicionismo de su self independiente en formación. (p.79)

Aunque Kohut reconozca que la insuficiente frustración o "exceso de gratificación" pudiera contribuir a la psicopatología, sugiere que el factor patógeno no es la "sobre-gratificación" de algún instinto, sino la acompañante insuficiencia traumática de reconocimiento y "gratificación" de una necesidad de objeto del self. En este contexto, es instructivo recordar un aforismo que Kohut (1977) introdujo en un pasaje, ahora famoso, de *La Restauración del Self*.

El hombre ya no puede sobrevivir psicológicamente en un medio psicológico que no le responda empáticamente como no puede sobrevivir físicamente en una atmósfera que no contiene oxígeno... el comportamiento del analista frente a su paciente debe ser el promedio esperado, es decir, el comportamiento de una persona psicológicamente perspicaz frente a alguien que sufre y se ha confiado a él para pedir ayuda. (p. 253)

Hay una contradicción aparente entre esta opinión y el reconocimiento de los efectos terapéuticamente beneficiosos de la frustración. Para poder explorar esta inteligible contradicción, es necesario considerar la diferencia entre frustración "óptima" y frustración "traumática" y su relación con la llamada "falla empática."

Frustración Óptima y Frustración Traumática

Permítanme decir de inmediato que la noción de fracaso empático por parte de los objetos del self parentales no puede por sí misma responder a la cuestión de qué es traumático, ya que es probable que no todos los fracasos empáticos lleven a efectos perjudiciales de largo alcance sobre la psique del niño. De hecho, desde que la frustración óptima por los objetos del self es vista como esencial para el crecimiento y desarrollo del

self, la falla empática por parte de los objetos del self en la niñez, así como del analista como objeto del self en un momento posterior, deberían ser bienvenidos como acordes con esta teoría. El problema central, tanto en el desarrollo como en el análisis, es ¿qué puede llevar al déficit estructural o defecto? y ¿qué sería "óptimo", en el sentido de lo curativo, llevando así a la internalización transmutadora de la experiencia que es estructural-constructiva o reparadora de las fallas?

Sin embargo, la cuestión aún permanece, ¿qué es "traumático"? La concepción más temprana sobre el trauma se enfocaba sobre sucesos aislados, particularmente sobre seducciones sexuales. La idea del trauma como el producto de procesos y de relaciones en curso no fue reconocida hasta las contribuciones de algunos teóricos de las relaciones objetales como Balint, Winnicott y Masud Khan (1963) este con su noción de trauma acumulativo. Todos van a estar de acuerdo, sin embargo, de que el trauma involucra un grado de intensidad que es demasiado grandioso para que el yo lo domine y provoca efectos difíciles de prever en la organización psíquica. Por ejemplo, Kris (1956) distingue entre "trauma de impacto" el efecto de una única y poderosa experiencia que afecta al niño, y "trauma de tensión" o la acumulación de tensiones frustrantes. Kris, sin embargo, no hizo énfasis en la calidad de la relación, pero concibió estos sucesos como ocurriendo dentro de un modelo de impulso-tensión-descarga (Kligman, 1983). Kohut y Seitz (1963) también consideró el factor cuantitativo como un elemento distinguible del trauma, pero también sugirieron que el factor cualitativo era significativo:

Las diferencias entre la experiencia de lo traumático y la frustración óptima son diferencias en el grado. Es la diferencia entre el áspero "¡N-o!" de una madre y el suave "No" de otra. Reside en la diferencia entre un tipo de miedo a la prohibición, por una parte, y una experiencia educacional, por la otra. Es la diferencia entre un padre manejando la rabieta de un niño con una contra-rabieta igualmente hostil y otro padre recogiendo al niño y calmándolo-firme pero no agresivo, y amoroso, pero no seductor. Es la diferencia entre una prohibición intransigente, que hace hincapié únicamente en lo que el niño no debe o no puede hacer, y la oferta de sustitutos aceptables para el objeto o actividad prohibida. (p. 369-370)

Según Balint (1969), existen tres condiciones o fases asociadas con la ocurrencia del trauma. En la primera fase del proceso traumático, la relación entre el niño y el objeto potencialmente traumático debe estar caracterizada por cierta intensidad y ser principalmente confiable y cariñosa. El trauma ocurre, en esa situación, cuando el adulto hace algo muy emocionante, aterrador o doloroso, ya sea a la vez o repentinamente, o repetidamente. Esta acción podría involucrar un exceso de ternura o crueldad, ya esté involucrada la sexualidad, o no, y podría resultar en una severa sobre-estimulación del

niño o, si los acercamientos del niño son ignorados, en un rechazo y profunda decepción. Las primeras dos fases delineadas por Balint son necesarias, pero no suficientes para producir el trauma. Para que el trauma pueda ocurrir, el adulto debe actuar con indiferencia hacia la experiencia del niño, ya sea con emoción o con rechazo.

La tesis de Balint va más allá de simples consideraciones cuantitativas pertenecientes al grado o la intensidad de la experiencia traumática (p. ej. el campo de la psicología unipersonal), al estudio de la calidad de la relación objetal (ej. El campo psicológico bipersonal o multipersonal). De esta manera, Balint amplía el trabajo de Ferenczi (1933) quien sugirió que es real el impacto sobre la organización psíquica del niño, quien es interferido con la sexualidad, y es la traición del adulto sobre la confianza del niño. El trauma se deriva del hecho de que el amor tierno o juguetón del niño es tomado erróneamente por pasión y da igual si es respondido o rechazado, pues no se debe principalmente a la estimulación o frustración de los impulsos sexuales innatos del niño.

El análisis clásico, sin embargo, falla en hacer una distinción significativa entre lo patogénico y lo patogénico que es también traumático—una distinción, yo sugeriría, que es de gran importancia clínica. Este fallo por parte de los analistas clásicos y de los actuales teóricos de las relaciones objetales derivan de su intento por comprender los efectos del ambiente en el contexto de una posición teórica que es esencialmente una psicología unipersonal, en donde las pulsiones excesivas o patológicas son considerados como determinantes de la psicopatología. Desde la perspectiva de la psicología del self, esto no es un problema, ya que la teoría presupone que la psicopatología resulta del fallo en la respuesta ambiental a las necesidades del desarrollo del self del niño. Aunque Winnicott adoptó esta posición bastante temprano, él no exploró sistemáticamente su significado clínico. Los psicólogos del self, por otro lado, solo han adoptado recientemente la comprensión lograda por los primeros teóricos de las relaciones objetales, como Balint, sobre la calidad específica de la relación entre un niño en particular y una figura parental en particular como el contexto de la patogénesis, y la lograda entre un terapeuta particular y un paciente particular como el contexto en donde la patología se pueda potencialmente solucionar. En ambos casos, la relación es un producto de la interacción de dos vulnerabilidades y dos capacidades, las del padre y las del niño y, después, las del analista y las de su paciente (Stolorow, Brandchaft y Atwood, 1983).

Nuestra intención, como analistas, nunca ha sido traumatizar o frustrar a nuestros pacientes, aunque sea óptimo, sino lograr entenderlos. Consecuentemente, la

noción de frustración óptima no es sostenible como un concepto de trabajo clínico; sin embargo, la idea de la gratificación óptima podría ser concebible. Porque ser entendido puede ser profundamente gratificante y es, quizá la función más importante realizada por nuestros objetos del self. Es posible que la gratificación de ser comprendido por los propios objetos del self sea de gran importancia en el proceso curativo. Si la estructura interna no pudiera ser construida y sus defectos reparados a través de la experiencia de ser comprendido, el analista estaría gastando mucho de su tiempo haciendo bien su trabajo en vez de considerar el cometer errores calculados que lo condujesen hacia interrupciones que sean manejables, entre él y el paciente y, así, lograr internalizaciones transmutadoras mediante la asociación con la frustración óptima y su posterior comprensión. Pero esto es obviamente insatisfactorio, y trae a la mente la llamada "experiencia emocional correctiva" de Alexander (1956) en la cual el analista adopta el rol que considera que es el opuesto al del objeto patológico nuclear. Esta confusión puede resolverse si reflexionamos en que nadie viene para lograr entender a menos que sientan que no han sido comprendidos. Como analistas, estamos constantemente confrontados con un complejo espectro de tipos y grados variables de necesidades cuya comprensión se frustra, algunas veces de nivel traumático. Nuestras respuestas deben satisfacer (una palabra mejor, quizá, que gratificar) la necesidad frustrada, para un paciente en particular, de ser comprendido o no serán de ayuda. Nosotros cometeremos, como terapeutas, errores, tan solo como resultado de la inercia analítica, pues esto es inherente a nuestra técnica y, así, detonamos inadvertidamente o intensificamos la frustración del paciente. El paciente, además, inevitablemente re-actuará su frustración con nosotros en un intento por corregir el error original. En muchas instancias, tal vez en la mayoría, si nosotros comprendemos cómo y cuándo nuestros pacientes nos necesitan, la frustración no sería un factor en el proceso terapéutico. Sin embargo, no somos máquinas analíticas, y en no infrecuentes ocasiones cuando fallamos, cuando estamos en un estado de colapso empático o cuando nuestra respuesta comprensiva no es precisa, nos encontraremos con un paciente que resulta frustrado con nosotros.

El término "óptimo" significa "una condición, grado o compromiso que produce el mejor resultado posible" (*Collins English Dictionary*, 1979, p. 1032). Ya que nuestro acercamiento a la terapia psicoanalítica es el de hacerlo lo mejor que podamos y no podemos, ciertamente no podemos, disponernos a frustrar óptimamente a nuestros pacientes, sugeriría que la idea de frustración óptima es realmente una explicación metapsicológica ulterior al hecho que sucede cuando la relación analítica, irremediablemente, se rompe. Desde el punto de vista del paciente, se rompe cuando sus necesidades de objeto del self son mayores que la capacidad del analista para

comprender y responder en un momento en particular². Además, la aparente resistencia testaruda del paciente y la "reacción terapéutica negativa" podrían no representar una intención de vencer al analista, sino ser causados, en ese momento, por la ruptura de la empatía del analista y la incapacidad del paciente para una resonancia empática recíproca (Bacal, 1979; Brandchaft, 1983; Wold, 1981). Sin embargo, cuando la "disyunción intersubjetiva" no puede ser resuelta, ni siquiera por un escrutinio honesto de la contratransferencia y una perspectiva "descentrada" (Stolorow, Brandchaft y Atwood, 1983) desde el lado del analista, podría ser útil considerar si los sentimientos del paciente de que no es óptimamente responsivo a, podría atribuirse a una herida traumática o a la frustración que ha causado un defecto o déficit en el self, es decir, que él/ella haya sido seriamente dañado en un estado de extrema vulnerabilidad (Balint, 1968, 1969). Propongo que una experiencia es traumática para la psique del niño si aparentemente ha causado un daño o defecto o un debilitamiento significativo del self, que observada en nuestros pacientes, no responde al trabajo interpretativo ordinario. Esta definición operacional de la experiencia traumática puede ser crucialmente importante como guía en nuestro tratamiento con aquellos pacientes a quienes la reanudación de la relación con el objeto del self, después de su interrupción, es especialmente difícil de lograr y algunas veces imposible de restaurar por medio de un trabajo analítico ordinario—inclusive en instancias en donde tanto el paciente como el analista concuerdan en lidiar con las cuestiones pertinentes.

Freud, "en la matriz social de su tiempo...se sentía obligado a enfatizar públicamente la contención y la austeridad en la práctica analítica para silenciar la crítica generada por haber colocado la sexualidad y, en particular, la sexualidad infantil en el centro de sus investigaciones científicas" (Wolf, 1976, p. 104). Mientras que esto era una preocupación comprensible en la época de Freud, concuerdo con la aseveración de Wolf (1976) de que "el psicoanálisis contemporáneo necesita menos constricción y más libertad para involucrar al analizando en el proceso analítico" (p.104), por el incremento de pacientes cuya patología es el resultado de serios desórdenes del self. El verdadero "peligro" inherente en la situación analítica no es la posibilidad de que el analista pueda responder sexualmente a su paciente, siendo tal comportamiento gobernado por los principios morales y éticos, lo que no puede ser visto seriamente como una parte válida del proceso terapéutico. El peligro es más bien que el analista, por evitar asidua o rígidamente cualquier interacción con su paciente, excepto el intercambio verbal, podría confundir una transferencia regresiva repetitiva con un *acting-in* y repetir y perpetuar la experiencia infantil que causó el defecto en el self o la detención del desarrollo en primer

lugar y, de esta manera, perderse el intento que ha realizado el paciente mediante una *transferencia creadora de relación*.

El consejo de Freud de frustrar el deseo del paciente de lograr una gratificación libidinal ha, desafortunadamente, sido tomado con frecuencia como una directiva para bloquear toda satisfacción dentro de la situación analítica. Como Wolf (1976) menciona, "una mala lectura de esta regla de abstinencia crea un ambiente frío y crítico y resulta en artefactos de transferencia que son fácilmente confundidos con derivados de impulsos agresivos (p. 113)... Idealmente la situación psicoanalítica debería ser construida de tal manera que produzca el ambiente óptimamente facilitador para los procesos psicoanalíticos subyacentes" (p. 111).

Interpretación y Relación Terapéutica

Balint (1969) argumenta que tenemos "dos métodos terapéuticos principales, uno de los cuales es la interpretación y el otro la creación de una relación terapéutica entre nosotros y el paciente. Comparado con el primero, las técnicas para el segundo método han sido mucho menos estudiadas y es importante que nos pongamos a investigarlas" (p.435).

La comprensión de la psicología del self sobre el proceso terapéutico y su técnica analítica asociada se aproxima a una síntesis de estas dos facetas de la terapia, "interpretación y relación", en lugar del modelo psicoanalítico tradicional. Hay, por lo tanto, contradicciones e inconsistencias que aún se tienen que resolver.

Por un tiempo, Kohut estaba indeciso en si era la interpretación o la relación el componente fundamental terapéutico del psicoanálisis. En *La Restauración del Self*, Kohut (1977, p. 31) sostiene que la interpretación y el insight no son por sí solas lo que cura al paciente, sino que son los medios por los cuales el factor curativo esencial efectúa la beneficiosa transformación estructural del self. Por ejemplo, Kohut describió su trabajo con el Sr. M así:

La atención [del analista] está enfocada predominantemente sobre las experiencias transferenciales subjetivas del analizando y, en base a su entendimiento de su forma y contenido, [él] reconstruye el mundo experiencial de la infancia del paciente durante las coyunturas genéticamente decisivas.... en el Sr. M. En el caso de M, el factor psicológico esencial (la reactivación del determinante genético decisivo...) era que él experimentó a su madre, y en la transferencia al analista, como traumáticamente no empática frente a sus demandas emocionales y por su falta de respuesta a ellas. Suficientemente cierto, el analista podría ocasionalmente

desea señalar (como modo para poder mantener un marco de trabajo realista—si, por ejemplo, a causa de la intensidad de las frustraciones que él experimentaba en las transferencias, el paciente podría seriamente considerar abandonar el análisis) que las expectativas y demandas del paciente pertenecen a su infancia y no son reales en el presente. Y él podría, en el momento apropiado, también desear explicarle al paciente que la intensidad de las necesidades en su infancia pudieran haberlo conducido a una distorsión de sus propias percepciones del pasado (en el caso del Sr. M, a una falsificación de su percepción de la personalidad de su madre adoptiva). Sin embargo, las transformaciones estructurales esenciales producidas por el trabajo no se producen como consecuencia de tales ideas intelectuales de apoyo, sino como consecuencia de las internalizaciones graduales que se producen por el hecho de que las viejas experiencias son revividas repetidamente por la psique más madura. (p. 29-30).

Al revivir estas primeras experiencias *con el analista*, el paciente transmuta (es decir, convierte y asimila) en su propia estructura la "ansiedad-atenuación, demora-tolerancia y otros aspectos realistas de la imagen del analista" (p.32)— es decir, la función del analista como un objeto del self. Independientemente de si es la "frustración óptima" o la "gratificación óptima" lo que produce este proceso curativo de internalización transmutadora, Kohut enfatiza que el efecto curativo reside en la *relación*.

Aunque Kohut nunca abordó explícitamente el problema de la interpretación y la relación como aspectos complementarios del trabajo terapéutico, el proceso clínico en el psicoanálisis de la psicología del self ilumina sus funciones interactivas. Consideremos, por ejemplo, desde la perspectiva del self, una situación terapéutica en donde la frustración no sea un factor significativo en la relación entre el analista y el paciente. En lo que el juzga que es un ambiente facilitador (Wolf, 1976), el analista comunica a través de la interpretación su entendimiento determinadamente empático del mundo interno del paciente. La respuesta del paciente, aunque quizá sea negativa, de todas formas, indica que la intervención ha sido exitosa, esto es, acertada y útil. Si la intervención del analista toma la forma de una interpretación transferencial, también se la consideraría mutativa (Strachey, 1934). Si bien algunos argumentan que toda interpretación frustra o irrita en la medida en que provoca un grado de lesión narcisista al revelar al paciente algo que no sabe de sí mismo, al menos conscientemente, creo que el sentimiento de ser profundamente entendido es lo más frecuentemente rico y gratificante que libera la frustración y la tensión.

Ya que no se ha dado la frustración óptima, sino en su lugar comprensión y explicación, ¿deberíamos concluir que la internalización transmutadora y la construcción estructural relacionada no han tenido lugar y que la aparente ganancia terapéutica se

revelará ilusoria durante la fase de terminación? Como ya he indicado antes, el paciente trae *al* analista su frustración de no ser comprendido, de tal manera que cualquier frustración adicional causada por la falta de comprensión del analista no pueda ser considerada como óptima. En esta situación, la interacción entre el analista y el paciente no generó frustración; en cambio, el analista reconoció la frustración que el paciente le trajo y el paciente se sintió comprendido por su respuesta. En palabras de Wolf (1981), la resonancia empática armoniosa y recíproca se dió entre el analista y el paciente: "En el momento en que realmente comprendí lo que sucedía en el analizando, también supe que él realmente comprende lo que estoy haciendo" (p. 7). La precisión de los insights empáticos del analista es confirmada por la expresión del paciente de su propia comprensión empática de la actividad psicológica del analista en ese momento. Ha comenzado un proceso de transmutación de las funciones del analista en el paciente. La interacción ha sido óptima desde el punto de vista del paciente y del analista y ninguno necesita cuestionar lo apropiado de la gratificación que reciben de esta manera.

Como esto sugiere que la frustración no es una condición necesaria para la internalización transmutadora y para que ocurra la construcción estructural, ¿Cual, si alguno, es el elemento terapéutico que funciona en la frustración "óptima"? Acorde con el modelo clínico que hace énfasis en la frustración óptima, la reacción del paciente hacia la comunicación supuestamente derivada del terapeuta, le dice al analista que no ha estado en sintonía con el estado psicológico de su paciente. La frustración del paciente se manifiesta en resistencia³ hasta que, en condiciones favorables, el analista es capaz de sobrellevar su falta de empatía (Bacal, 1979) y quizá, en suma, alcanzar un mejor conocimiento de algunos aspectos de su contratransferencia. Por último, el proceso de interpretación mutativa se completa con un cuidadoso análisis de los sucesos que propiciaron la interrupción y, consecuentemente, de las experiencias infantiles análogas vividas.

En esta situación, el analista cree que su interpretación es empáticamente correcta hasta que la respuesta del paciente le hace reconsiderar su precisión. Simultáneamente con la corrección y clarificación de la interrupción transferencial, el analista es capaz de restaurar la previa relación de objeto del self armoniosa con el paciente y, en este proceso, sucede la internalización transmutadora.

Si ambos procedimientos anteriores son terapéuticos, ¿cuál es el elemento curativo en común? Es, creo, la experiencia del paciente sobre la *responsividad óptima* del analista; y esta cualidad de la relación terapéutica en ese momento confirma, para el analista, que su respuesta es utilizable para el paciente. En el segundo ejemplo, la

reanudación de la relación armoniosa del objeto del self es terapéutica, no porque la comprensión de la interrupción sea terapéutica, sino porque *comprender* es terapéutico.

Aunque la interpretación es el medio principal a través del cual el analista transmite la respuesta óptima a sus pacientes, podría no ser una expresión de respuesta suficiente o apropiada en todos los casos. La continua controversia entre psicoanalistas sobre qué constituye una aportación válida o alternativa a la interpretación se debe a nuestro fracaso en lograr que nuestro marco de trabajo evolucione aceptando la consideración sistemática de la naturaleza *psicoanalítica* de la relación terapéutica y cómo ésta se relaciona con el proceso interpretativo.⁴ La aceptación de la importancia de la *relación* en el proceso analítico se ha limitado recientemente al reconocimiento de la parte que se despliega en la llamada alianza de trabajo o terapéutica. Aunque el reconocimiento de Wolf (1976) de que un ambiente analítico sea terapéutico representa un avance importante, muchos analistas consideran los aspectos terapéuticos de la relación en el tratamiento como un mal necesario, o en el mejor de los casos, como un parámetro temporal que haga posible la reanudación del análisis "real". Como analistas, evadimos esta cuestión porque levanta el espectro del *acting-in* de la transferencia y la contratransferencia. Aquellos de nosotros que hemos ampliado el alcance del tratamiento psicoanalítico para incluir los trastornos graves que se dan en personas severamente traumatizadas, hemos alcanzado, sin embargo, un entendimiento cada vez más importante y en profundidad de que los aspectos de nuestra relación con nuestros pacientes son terapéutica y analíticamente legítimos.

Responsividad óptima y la Línea de Desarrollo de la Empatía

En su último discurso durante la cuarta conferencia anual de la psicología del self, Kohut (1981) formuló que el insight más importante que contiene su obra *¿Cómo cura el análisis?* es que "El análisis [finalmente] cura al dar explicaciones, ej., interpretaciones...". Mantuvo que el analista debe proceder desde la comprensión a la explicación, de mostrar que está en sintonía con la vida interna del paciente, sus emociones, pensamientos y fantasías, y en el siguiente paso, la interpretación. Kohut (1981) definió el paso de comprender a interpretar como una progresión "de una forma más baja de empatía a una forma más elevada de empatía", y describió un desarrollo análogo dentro del individuo con el siguiente ejemplo:

Un niño y su madre están en el parque. El niño era un pequeñín que se aferraba a su madre. El sol brillaba, las palomas andaban alrededor. De pronto, el niño sintió un nuevo impulso y el atrevimiento que lo hizo alejarse de la madre para dirigirse hacia

las palomas. Él va hacia allá, da cuatro pasos y después mira hacia atrás. La interpretación general de esto es que él está ansioso, él quiere estar seguro de que puede volver, ser acogido en sus brazos, acunado, etcétera. Esto es verdad, pero hay algo más importante que es verdad. Él quiere ver la orgullosa sonrisa de la madre; él quiere verla orgullosa [mirándolo] a él caminando ahora, por su cuenta—¿no es esto maravilloso?—y en ese momento, algo extremadamente importante ha sucedido: una forma básica de empatía, una forma cuasi-corporal de empatía expresada en sostener y tocar... es ahora expresada únicamente en una expresión facial y quizá después en palabras: Estoy orgullosa de ti, mi niño.

Kohut (1981) creía que la interpretación en psicoanálisis desempeñaba una función paralela para el paciente a esos eventos en el desarrollo del niño. En este proceso, el "sostén corporal" o fase de "fusión" es reemplazada por una forma más elevada de empatía, la interpretación verbal, la cual es un mensaje psicológico en un nivel más evolucionado de entendimiento. En el caso de los pacientes gravemente dañados, este proceso podría ser muy prolongado.

Como ya hemos señalado, Kohut estuvo un tiempo indeciso en cuanto a si la interpretación o la relación era el componente terapéutico del psicoanálisis. Aunque mantuvo en diferentes momentos que no era la interpretación sino la relación lo que esencialmente curaba, aún creía firmemente en la capacidad curativa del *insight*. La última aportación de Kohut (1981) de que el progreso en el proceso terapéutico desde la comprensión hasta la interpretación representa un avance paralelo por parte del paciente desde un nivel inferior a un nivel superior de lo que él llamó la línea de desarrollo de la empatía, integra los dos métodos principales del psicoanálisis. Y confirma la convicción intuitiva de muchos analistas de que tanto la interpretación como la relación son curativas. Esto no es meramente una cuestión académica o semántica, sino que tiene implicaciones prácticas por la manera en que respondemos como psicoanalistas y como psicoterapeutas psicoanalíticos hacia nuestros pacientes. Kohut (1981) consideró que la investigación futura en la psicología del self debería centrarse en el continuo de las etapas empáticas, "la línea de desarrollo de la empatía,⁵ desde sus primeros comienzos arcaicos hasta los niveles más elevados, apenas palpables, que comunica la comprensión empática."

Esta cuestión, creo yo, puede ser abordada más efectivamente en términos del concepto de responsividad óptima. La actitud analítica que se denomina aquí "responsividad óptima" es descrita por Wolf (1976) de la siguiente manera:

La decisión acerca de una respuesta adecuada a una demanda del paciente, ya sea experimentada sutil o directamente, debe depender de la propia dinámica de comprensión de la actual situación analítica, sus implicaciones transferenciales y los antecedentes genéticos. Por lo tanto, no es diferente de cualquier otra comprensión o intervención analítica. Ya sea para cumplir con entusiasmo o de mala gana, rechazar firmemente o de forma vacilante, o de no responder en absoluto, estas decisiones pertenecen a los recursos de acción alternativos que pueden ser utilizados de acuerdo con la comprensión total que uno logra sobre el proceso analítico. (p. 107)

Anteriormente, Winnicott (1967) había expresado una preocupación similar cuando estipuló que la verdadera función del analista no es proveer la interpretación correcta, sino estar disponible para responder con una comprensión que sea apropiada y útil para su paciente. En términos de la psicología del self, la respuesta del analista debe ser compatible con el nivel organizacional de self-objeto del self del paciente o del grado de afectación o no, de defecto o déficit dentro del self.

En la mayoría de los casos esta respuesta se comunica principalmente a través de la interpretación verbal. Cambios respecto del tipo de pacientes, requiere sin embargo cambios similares en el vocabulario de respuesta del analista. Kohut (1981) reconoció la necesidad por parte del analista de una mayor libertad para responder a la comprensión de sus pacientes en un pasaje que, por su naturaleza controvertida, ha recibido escasa atención de los psicólogos del self, que son comprensiblemente reacios a adoptar una posición que pudiera exponerles, aunque injustificadamente, a acusaciones de volver la "experiencia emocional correctiva" defendida por Alexander (1956):

Cuanto más uno sabe, menos necesita uno apearse ansiosamente a algún ritual, porque uno *sabe* [cursivas mías] lo qué es apropiado e inapropiado. La pregunta se [relaciona] con tratar pacientes con trastornos graves del self que no pueden beneficiarse de las interpretaciones [quizá inclusive por mucho tiempo], por muchos años. Necesitan una comprensión empática en el nivel más cercano que podamos lograr. Esto no significa que no podamos más adelante movernos, de manera natural, lenta y gradualmente hacia formas más elevadas de empatía⁶ [la forma de respuesta óptima al paciente que llamamos explicativa o interpretativa].

Kohut (1981) apoya este controvertido punto de vista con un ejemplo clínico sacado del prolongado análisis de una paciente mujer extremadamente vulnerable:

Ella se acostó en el diván la primera vez que vino, habiendo interrumpido abruptamente un análisis previo y ella decía que se sentía como si se estuviera acostando en un ataúd y que ahora la tapa de este se cerraría con un agudo click...

ella estaba profundamente deprimida y por momentos pensaba que la perdería y que ella finalmente encontraría una salida al sufrimiento y se mataría a sí misma... [E]n una ocasión el peor momento de su análisis durante... quizá un año y medio, ella estaba tan mal que yo de pronto tuve el sentimiento—sabes, cómo te sentirías si te dejo sostener mis dedos por un momento ahora mientras hablas, quizá eso pueda ayudar. Una maniobra dudosa. No estoy recomendándola, pero estaba desesperado. Estaba muy preocupado. Entonces yo... me moví un poco de mi silla y le di dos dedos. Y ahora contaré lo que fue hermoso de esta historia. Ya que un analista siempre se mantiene analista. Yo le di mis dos dedos, ella los tomó e inmediatamente hizo una interpretación genética—a mí mismo. Eran las encías sin dientes de un niño pequeño que estrujaban un pezón vacío. Así fue como se sintió. No dije nada más... pero reaccioné a ello inclusive ahí como un analista para mí mismo. Ya nunca más fue necesario. No podría decir que viró la marea, pero superó un muy, muy difícil impasse en un dado momento peligroso y, ganando tiempo de esa manera, pudimos seguir adelante por muchos años con un éxito razonablemente substancial.

Kohut no está solo al responder a su paciente de esta manera. Aunque pocos analistas hayan admitido experiencias similares,⁷ Winnicott (1947) reconoció lo apropiado en ciertas situaciones de este tipo de intervención:

Hay una gran diferencia entre aquellos pacientes que han tenido experiencias tempranas satisfactorias las cuales pueden descubrirse en la transferencia, y aquellos cuyas experiencias tempranas han sido tan deficientes o distorsionadas que el analista tiene que ser el primero en la vida del paciente en proveer ciertos aportes ambientales esenciales. En el tratamiento de un paciente de este último tipo todas las clases de cosas en la técnica analítica llegan a ser de vital importancia, las cosas que se pueden dar por sentadas en el tratamiento de pacientes del primer tipo. (p. 198)

La importante cuestión clínica propuesta por Winnicott concierne a qué respuesta de parte del analista puede ser considerada óptima en relación al nivel organizativo del self— relaciones de objetos del self del paciente. Este nivel, como uno podría esperar, corresponde a la posición que el paciente ha alcanzado en la línea del desarrollo de la empatía⁸.

El pezón vacío para el paciente de Kohut era la antítesis de un objeto del self que pudiera satisfacer su necesidad de objeto del self (no solo impulsar la necesidad) de succionar. Otras necesidades del objeto del self podrían requerir una respuesta para la cual la interpretación verbal no será suficiente y necesitaremos estudiar el significado de estas respuestas óptimas para el paciente, por ejemplo, la calidez provista por la mantita

del analista, o la sed o la debilidad que provoca una bebida,⁹ así como otras necesidades que podrían estar relacionadas con la "supervivencia psicológica del self."

En mi opinión, no existe tal cosa como un "parámetro", una (especie de) medida extra-analítica o anti-analítica que podamos adoptar por un tiempo con el fin de volver luego a hacer propiamente un análisis de la forma tradicional. Debemos responder mediante formas que nos permitan comunicar nuestra comprensión a un paciente en particular con quien estamos trabajando. Eso es análisis.

Responsividad Óptima y los aspectos Repetitivos y Creativos de la Transferencia

El concepto de transferencia puede ser reexaminado útilmente a la luz de la propuesta de la Responsividad óptima. Ya que nadie repite simplemente patrones patológicos y distorsiones, las transferencias de objeto del self se entienden mejor como *aspectos creativos de la transferencia*, ya que su objetivo es el forjar un vínculo con un objeto del self que será una mejor versión del anterior. Esto es cierto virtualmente en cualquier paciente, pero particularmente significativo con respecto a individuos severamente traumatizados en quienes el desarrollo del self ha estado seriamente impedido. Estos pacientes algunas veces crean lo que he llamado una *fantasía de objeto del self* (Bacal, 1981) alrededor de la figura nuclear cuya idealización arcaica o función especular no tiene virtualmente ninguna contraparte en los antecedentes experienciales del paciente.

El aspecto creativo de la transferencia tiene que ver con el área de la ilusión, el área de juego, y lo que Winnicott (1951) llamó "el objeto transicional" y el "fenómeno transicional". La experiencia de este tipo de ilusión es necesaria para que la desilusión no se convierta, en el análisis, en desilusión y frustración traumática. Así y solo así será ahora reconocible como "suficientemente buena" en términos de Winnicott, la inevitable desilusión con una nueva versión del antiguo objeto del self, que resultará asociada con la habilidad para tolerar el hecho de que la fantasía de uno puede, o no puede, ser siempre lícita como la respuesta que uno esperaba. Esto, en mi opinión, es la única frustración que puede considerarse una frustración "óptima", no traumática, que se alterna y se entretiene con la construcción de la ilusión esencial del desarrollo asociada con la experiencia de un nuevo objeto del self responsivo. De esta manera, puede comenzar a desarrollarse la confianza en la posibilidad de un objeto del self "suficientemente bueno". Así, una experiencia óptima con el analista puede ocurrir allí donde es reparada la estructura del self defectuoso o el self imperfecto, y puede ser construida la nueva estructura del self. Tanto el analista como el paciente deberían sentir

que el progreso es el resultado de este proceso. El paciente debe sentirse fuerte y capaz de lidiar más efectivamente con el estrés específico para su particular vulnerabilidad. De manera similar, no debería ocurrir que las interrupciones sean de un grado tan excesivamente doloroso que el paciente sienta recurrentemente que no puede continuar con el análisis.

Estas ideas asumen que hay una tendencia básica hacia el crecimiento y el desarrollo en cada individuo que requiere para poderse realizar de la responsividad óptima del objeto del self. Esto es, creo yo, la suposición implícita que delinea todos los esfuerzos psicoterapéuticos, ya sean psicoanalíticos o no. El concepto de "frustración óptima" sirve principalmente para dar respetabilidad al análisis. "Demuestra" que no pensamos de nosotros mismos como meramente gratificando a nuestros pacientes cuando los tratamos. Relacionado con esta imagen del camino arduo que el paciente debe atravesar hacia la cura está el de los puntos de fijación de la libido y la idea de que los pacientes se van a adherir a estas posiciones a las cuales han regresado a menos que se les confronte con la realidad o con los efectos perjudiciales de continuar funcionando de manera arcaica con los objetos. De acuerdo con esta perspectiva, a menos que los pacientes estén óptimamente frustrados, exhortados al progreso, ellos serán simplemente gratificados por la comprensión, demandando más y más, y permaneciendo en donde están. Un resultado menos afortunado de la "gratificación" se ha dicho que sería la llamada "regresión maligna" (Balint, 1968) en donde el acceso del analista a las demandas de su paciente es a través de la producción de una espiral de actitudes demandantes negativas, resistentes y apegadas. En un trabajo previo (Bacal, 1981), intenté distinguir la regresión terapéutica de la regresión maligna en base a su génesis: la regresión terapéutica ocurre como resultado de una falla catastrófica del objeto del self en pacientes con un self particularmente vulnerable. Estos últimos tienden a ser aquellos cuyos objetos del self han sido predominantemente objetos de self fantasiosos y quienes, cuando niños, han sido muy usados *como* objetos del self por sus figuras nucleares significativas.

Es necesaria una síntesis óptima entre la experiencia de la transferencia del objeto del self y el trabajo a través de la transferencia repetitiva. Antes de que pueda permitirse a sí mismo experimentar el antiguo y poco empático objeto del self en el nuevo objeto del self constituido por el analista, el self del paciente debe volverse fuerte como resultado de mucha interacción positiva con esta nueva versión del antiguo objeto del self. Algunas veces, inclusive en donde el objeto del self bueno no está al nivel de una fantasía del objeto del self, el analista podría tener que ser experimentado por el paciente como un objeto del self bueno separado del antiguo objeto del self y es

antiterapéutico interpretar este movimiento auto-reparativo como “escisión patológica”. Más bien, quizá por algún tiempo, debería aceptarse como una relación creativa transferencial¹⁰. Sin embargo, la escisión del objeto del self bueno en estos casos es con frecuencia la *fantasía* buena del *objeto del self*; y, en esta situación, cuando la experiencia de separación de los objetos del self malos ocurre en la transferencia, el paciente podría peligrosamente fragmentarse. En esos momentos, el analista se vuelve virtualmente para el paciente el objeto del self arcaico originalmente traumático, no empático o ausente (Bacal, 1981); y las situaciones de este tipo podrían ser difícilmente recuperables. Creo que Kohut (1977) habrá tenido algo así en su mente cuando sugirió que las estructuras defensivas podrían dejarse intactas útilmente algunas veces y que el trabajo analítico en estos casos se llevará a cabo principalmente en el área de estructuras compensatorias. La crítica de que esto sólo es psicoterapia de apoyo se derrumba ante el reconocimiento de que el trabajo en el área de estructuras compensatorias está relacionado con el aspecto creativo de la transferencia.

Resistencia y Contratransferencia

Un reexamen de la resistencia y la contratransferencia arrojará más luz sobre la relevancia de la utilidad clínica del concepto de responsividad óptima. La resistencia en el psicoanálisis clásico se refiere a la incapacidad o aversión del paciente a participar cooperativamente en el proceso analítico, esto es, el asociar libremente. El silencio del paciente, el controlar, el *acting-in*, o el *acting-out* son atribuidos a su miedo a las consecuencias de expresar sus pulsiones en la relación con el analista. Desde la perspectiva de la psicología del self, la resistencia al proceso analítico es vista como reflejando un miedo a la retraumatización a través de la repetición en la relación analítica de experiencias traumáticas de la infancia. Este miedo está justificado algunas veces por la contratransferencia del analista, de la cual el paciente es habitualmente consciente, y en donde el analista no solo debería analizarse a sí mismo, sino también reconocer el juicio del paciente. En algunas instancias, las inevitables frustraciones del paciente por el analista serán no traumáticas e inclusive potencialmente útiles al fomentar la confianza del paciente en el analista y contribuir al proceso de trabajo, y el analista no sólo reconocerá su contratransferencia, sino que responderá a la angustia que ocasionó con una explicación de que su paciente puede manejar y asimilar. Por supuesto, el analista no debe abrumar al paciente con sus propios problemas.

El analista trabaja entre los límites inevitables de su entendimiento y su contratransferencia. Su personalidad determinará, hasta cierto punto, su capacidad para proveer una experiencia terapéutica óptima para su paciente. Un analista que está comprometido en proveer un ambiente de restauración de déficits no le proveerá al paciente que necesite comprometerse mediante interrupciones recurrentes con su analista del análisis que él/ella requiere (de manera que repita [artificialmente] sus situaciones nucleares patológicas con el propósito de sanar sus defectos del self). Por otro lado, un analista que esté decidido a trabajar a través de la frustración óptima (esto es, con interrupciones en la transferencia) proveerá al paciente (que necesita una experiencia de desarrollo con un nuevo objeto del self y una comprensión de esta experiencia), de un análisis que podría ser nefasto. Con frecuencia, por supuesto, ambos son necesarios para un progreso analítico. Para nosotros es importante tener en cuenta lo que yo consideraría como la contraparte clínica de la afirmación de Winnicott (1952) de que "no hay tal cosa como un bebé... [hay en cambio] una pareja de cuidados." Un buen encaje entre el analista y el paciente no tiene que estar presente desde el comienzo. Podría ir evolucionando como resultado del deseo del analista de escrudiñar el contexto intersubjetivo en donde ocurren sus interacciones con su paciente (Stolorow, Brandchaft y Atwood, 1983), y su capacidad para responder de manera relevante.

El siguiente ejemplo clínico podría ayudar en ilustrar e integrar los conceptos centrales y cuestiones que hemos estado discutiendo.

En su primera sesión analítica, la Dra. M, una psicóloga al final de su veintena, relató un sueño que había tenido no mucho después de su entrevista inicial con su analista, la cual tuvo lugar semanas antes del principio del análisis. Ella comenzó su relato del sueño por lo que era, en efecto, una asociación al mismo: ella dijo lo mucho que apreciaba el generoso gesto del amigo del analista quien llamó al analista propuesto para preparar el camino para su derivación. En el sueño, el amigo aparecía como un taxista y la llevaba a un puente en donde le decía que había olvidado el teléfono y la dirección del analista. Mientras ella buscaba en su bolso la dirección, el contenido (del bolso), su dinero y las cosas que ella tenía en la mente, se cayeron. Su hijo la llamaba "Mami" y, como (sucedió) en casa, todo estaba una vez más tirando de ella.

Aunque el analista reconoció que incluso ese sueño podría tener significación para todo el análisis, su significado fue solo parcialmente aparente en ese momento. La interpretación alcanzada, aunque tentativa e incompleta, era que, a pesar de su esperanza de que su relación con el analista (quien ella asociaba con el amigo del analista) podría permitirle entrar a un mundo en donde podría recibir la generosidad de

la cual ella se sintió privada por sus padres, temía que otra vez quedaría atrapada en una relación en donde sería traumatizada al ser expuesta a un vacío por las ilimitadas necesidades y demandas de otro.

Algunos meses después de que el análisis comenzara, ella comenzó a transmitirle a su analista su creciente ansiedad acerca de su situación financiera. Aunque ella ganaba un muy buen salario, comparado con varios de sus colegas, estaba teniendo serios problemas para mantener su estilo de vida, principalmente por la mezquindad y la actitud vengativa de su esposo con respecto a dar apoyo financiero para sus tres hijos.

Orgullosa de su habilidad para manejarse de manera independiente, fue con gran dificultad, vergüenza y vacilación, que pidió al analista una pequeña disminución en sus honorarios. Él estuvo de acuerdo, y pronto siguió una segunda solicitud de una disminución sustancial, una solicitud que estaba asociada con la continua ansiedad acerca de su capacidad para hacer frente a su situación financiera. El analista al principio se mostró reacio en cumplir con esta segunda petición y la situación fue examinada durante varias semanas. La Dra. M reaccionó ante la reluctancia de su analista con una mezcla compleja de desesperada insistencia, enojo, incremento en la tensión y ansiedad, así como con un continuado sentido de vergüenza al tener que hacer la petición. Los intentos por analizar esta cuestión llevaron únicamente a un incremento de la tensión y el análisis mostraba signos de ruptura. Finalmente, el analista aceptó y le dijo a su paciente que estaba accediendo a su petición implícita de no pagar más que la cantidad que el seguro médico nacional le reembolsaría, hasta el momento en que ella sintiera que podía pagar más. Él también explicó que, si bien sabía que sólo era consciente de los determinantes económicos de su necesidad y no negaba la importancia de estos factores, sentía que el aspecto psicológico era primordial, aunque por el momento no estaba completamente al tanto de su significado.

Después de esto, el *impasse* desapareció y el trabajo analítico continuó. El despliegue de las cuestiones y sucesos significativos de su infancia revelaron que cuando ella tenía 3 años, su padre, con quien ella aparentemente tenía una relación cercana e idealizada, abandonó a la familia y se mudó a una ciudad lejana. Sus padres se divorciaron y ella se quedó con su madre, a la cual sentía como mentirosa y que se aprovechaba de ella, tanto a lo largo de su infancia como de joven adulta, fallándole repetidamente incumpliendo implícita y explícitamente promesas relativas a sus necesidades emocionales y financieras. Tras la marcha del padre, lo vio en una o dos ocasiones al final de su adolescencia, ya que él no la visitaba y no le enviaba un billete para poder ir con él. Su contacto era estrictamente a través de cartas, las cuales

intercambiaban cada 2 meses. Sin embargo, ella mantuvo su idealización de él, y durante su infancia nunca dejó de anhelar que él se acercara. Y él permaneció como alguien extremadamente importante para ella como una figura sostenedora. Pero con excepción de las respuestas a sus cartas, ella sola sostenía este sentido de relación con él a través de su capacidad de crearla para sí misma, allí donde apenas existió base para semejante creación, lo cual he llamado *fantasía de objeto del self* (Bacal, 1981).

Al cabo de algunas semanas de la aceptación del analista a la petición de la paciente, comenzó también el análisis de su significado. Este análisis no había sido posible si el analista hubiera estado comprometido con un método (el cual podría describirse como frustración óptima) de no proveer sino solo tratar de entender e interpretar. No es posible elaborar por completo aquí el análisis de este incidente de los pagos, el cual se extendió durante meses y continuó de tanto en tanto durante años—como, ciertamente, uno podría haber adivinado por el relato del sueño pre-analítico. Los significados más relevantes, los cuales se enfocaron hacia la transferencia, eran la necesidad que ella tenía de crear una nueva relación de objeto del self con su analista, como la madre y el padre que responderían con una generosidad demostrable; su necesidad de tener pruebas tangible de resultar protegida de quedarse enredada en una relación de confianza con alguien que sólo querrá abusar de ella y dejarla sin todos sus recursos; de su necesidad de que su analista responda al demostrarle que sin lugar a dudas él compartiría su carga con ella y que ella podría en este sentido ejercer cierto control sobre él (el dinero siempre ha sido símbolo de control en su familia). Más profunda que su necesidad de saber que ella no tendría que cargar con todo el peso por sí misma yace la necesidad del niño que hay dentro de ella de no tener que sentir que ha tenido alguien a quien cuidar, específicamente, el analista-madre-niño. A medida que el análisis continuaba, se aliviaba una larga, y algunas veces suicida, depresión. Su inestable autoestima y autoafirmación se fortalecían impresionantemente, su carrera siguió adelante y ella fue capaz de mostrar, por primera vez en su vida, su trabajo talentoso y creativo a los demás, incluyendo al analista.

Por último, el análisis de la petición de la paciente y de la eventual respuesta del analista a esa petición revelaron el que fue quizá su significado más profundo. El analista, al responder a su petición, le proporcionó la primera incontestable experiencia en su vida de alguien que consideraba sus intereses antes que los suyos propios. Más que otra cosa, esto significaba que alguien creía en ella, que valía la pena invertir en ella.

En esta conexión, tomemos en cuenta las recomendaciones de Wolf (1981) para el tratamiento:

Idealmente, el analista por virtud de su empatía y su orientación teórica, puede reconocer las legítimas necesidades del objeto del self que subyacen en las manifestaciones arcaicas y distorsionadas, manifestaciones que él también experimenta frecuentemente con cierta incomodidad. Esto entonces lleva al siguiente paso para alcanzar la resonancia empática. El analista explica e interpreta la secuencia de eventos al paciente. Corrige sus propios malentendidos previos del paciente. Nuevamente, es importante señalar, que la interrupción, como la armoniosa transferencia de objeto del self precedente, no son nuevas experiencias con un nuevo objeto para el paciente. Lo que es nuevo es que el analista no responde como en una situación social ordinaria, sino que responde explicando e interpretando en base a un entendimiento empáticamente informado. Tampoco esta explicación es una satisfacción de una necesidad—ni tampoco de una necesidad del objeto del self, ni de un deseo o necesidad instintiva— a excepción de la necesidad de ser comprendido. Nuevamente al sentirse comprendido, es restaurada la corriente empática entre analista y analizando. (p. 6)

Estoy esencialmente de acuerdo con Wolf excepto, quizá, en dos cosas. La primera es que, mientras que la interrupción no fue una nueva experiencia para este paciente, fueron esencialmente nuevos los medios para su restauración en la regresiva transferencia del objeto del self. La Dr. M necesitaba efectuar un movimiento o cambio en su analista para poder crear una respuesta del objeto del self que fuera significativamente diferente de cualquier cosa que ella haya experimentado previamente. Segundo, mientras que había lo que *podríamos* llamar una gratificación de una necesidad del objeto del self, yo sugeriría que fue la *respuesta* la *que fue óptima* para el paciente y el nivel organizativo de su self—relaciones de objeto del self, en otras palabras, acorde al nivel del desarrollo de su experiencia interna de una respuesta empática en relación con los objetos del self nucleares.

Implícito en esta comprensión del trabajo analítico está el reconocimiento del significado terapéutico de lo que hemos llamado el *aspecto creativo de la transferencia* que está asociado con el objeto del self arcaico, que puede, creo yo, legítimamente ser visto como una “fantasía del objeto del self” o como un “objeto del self transicional”¹¹. El objeto del self transicional puede ser visto como una pre etapa del objeto transicional, en efecto, un objeto del self creado por el paciente, parcialmente fuera de sí mismo (en la fantasía) y parcialmente fuera del sentido de un entorno flexible. Constituye una etapa intrapsíquica necesaria como precondition para la aprehensión del objeto transicional en concreto, como lo es una manta o un oso de felpa. (En el sentido, de que representa “Sé que puedo crear eso dentro de mí.”) El objeto del self de fantasía es creado por el

paciente cuando el ambiente no provee casi nada alrededor del cual él pueda elaborar la respuesta que requiere para su necesidad. La demanda de la Dra. M de una respuesta a una necesidad de la fantasía del objeto del self fue respondida óptimamente, lo cual significa, a este nivel, que fue "gratificada". Más allá de producir una regresión maligna, esto permitió que el análisis continuara y se profundizara.

Aunque el analista no retomó subsecuentemente la cuestión de los pagos, la misma Dra. M lo sacó de vez en cuando. Ella quería pagar los honorarios, pero seguía teniendo problemas con la ansiedad que le despertaba pagar cualquier cosa. Al mismo tiempo, era evidente que estaba probando al analista para ver si él requeriría que ella lo hiciera. Un día, tres años después de que comenzara el análisis, ella relató una "nueva fantasía" con la que sintió que completaba el sueño que había tenido poco antes de entrar en análisis. La fantasía trataba sobre la parte del sueño en donde todo su dinero se caía de su bolso y el amigo de su analista lo recogía y se lo devolvía. Reflexionó en ese momento que ella nunca pagó la cuenta del taxi. Al parecer, nadie había pagado por el taxi, lo cual le hizo pensar que simbolizaba su necesidad de que no le costara nada más de lo que ya tenía. Sentía que nadie cuidaba de ella y remarcó, "no puedes desmoronarte cuando no hay nadie que se haga cargo de ti". En ese momento, el analista aprendió que su ansiedad desintegradora, con la cual ella estaba peleando cuando necesitaba que le bajara el precio de las consultas, no hubiera podido ocurrir a menos que ella sintiera que había un objeto del self potencial que pudiera responder. Ella temía en ese momento que dejaría de existir personalmente, profesionalmente o en cualquier otro sentido. Le recordó al analista la enorme dificultad que sentía en preguntarle si podía verlo durante las próximas vacaciones de verano ya que estaba convencida de que él le diría que ya le había dado demasiado, que era egoísta y que no debería pedir tal cosa. En otra ocasión ella se refirió una vez más a la parte del sueño en donde todo su dinero se caía fuera del bolso y su subsecuente ansiedad sobre el arreglo del pago. La fantasía original que está en la base del sueño parece ser que, si ella le pagaba al analista, él obtendría todo su dinero y ella se quedaría sin nada y si ella no le pagaba, entonces ella sobreviviría y él no tendría nada. La nueva fantasía era que ella podría pagarle algo en cierto momento y que la cantidad variaría de acuerdo con lo que ella pudiera permitirse. Ella experimentó esta fantasía como esperanzadora y aceptó la interpretación del analista que expresaba sus sentimientos de que la cantidad que él tendría y la que ella tendría podría ser regulada. Apenas tres meses después, ella ofreció, sin ansiedad y con cierto orgullo, pagar los honorarios acordes con su situación económica en ese momento.

Kohut ha indicado que algunos pacientes requieren un gesto de lo que él llama "enactment preliminar" sin el cual no sería posible tener más análisis. Mientras que yo

podría esencialmente estar de acuerdo en que ciertos pacientes pueden necesitar esto en una fase preliminar (en este sentido, es útil la noción de una "relación de objeto del self transicional"), sugiero que no debería de pensarse como una etapa a sobrellevar hasta que pudiera comenzar el verdadero trabajo analítico. En cambio, acorde con el nivel de desarrollo de sus experiencias de empatía, más bien debería considerarse algo central para el trabajo analítico con estos pacientes.

Algunas veces, para algunos pacientes, esta necesidad aparece como resultado del progreso realizado, como, hasta cierto punto, en el caso de la Dra. M. Ella le dijo al analista que la experiencia de haber logrado que sus demandas fuesen concedidas, y particularmente gratificado su deseo de una sesión extra durante las vacaciones de verano, le permitió pensar sobre sus limitaciones. Saber que se encontraba en una atmósfera en la cual ella podía hacer cualquier petición combinada con el hecho de que se había vuelto más fuerte, le permitieron considerar no solo lo que pudiera pedir, sino también lo que ella podría o no recibir. Sintió que era importante para ella el lidiar con las limitaciones del analista y creía que su tolerancia le ayudó a ella a poder hacerlo. Estimó su tolerancia como intermedia entre decir que si a una sesión extra y el negarse completamente. Su fantasía inicial era pedirle todas, ya que el analista se encontraba en esa ciudad por vacaciones, pero decidió que él probablemente se negaría.

No creo que el acceso del analista a la petición de su paciente debiera considerarse un "enactment" o un parámetro. Aunque muchos afirmarían que es de hecho esto último, me parece a mí una disculpa innecesaria por parte de los analistas que luchan por alcanzar una intangible flexibilidad en el trabajo analítico, dentro de los límites de sus contratransferencias y de sus teorías. *En cambio, sugeriría que reexamináramos el mencionado "parámetro" como un aspecto necesario de la responsividad óptima del analista para su paciente.*²² Para poder responder la pregunta sobre qué es una respuesta óptima para un paciente en particular en un momento en particular, creo que necesitaríamos considerar con cuidado el aspecto creativo de la transferencia de objeto del self. Necesitamos recordarnos a nosotros mismos que el objeto del self transferencial no es predominantemente una repetición, sino que es principalmente un intento en la creación de un nuevo tipo de relación con el objeto nuclear frustrador. *Objetos del self de fantasía, relación del objeto del self de fantasía, y los ejemplos específicos de esto, que creo que merecen llamarse objetos del self transicionales y relación de objeto del self transicional, son instancias de la transformación de fallas del objeto del self traumáticas (con frecuencia muy tempranas) en aspectos creativos de la transferencia de objeto del self en pacientes seriamente dañados. Mientras la necesidad del analista no representa intencionalmente una parte diferente a la del*

padre significativo (“significancia emocional correctiva”), tiene que considerar qué respuesta será óptima en relación con el nivel actual de la capacidad específica de desarrollo de su paciente para utilizar la comprensión empática de las necesidades de sus objetos del self en una relación humana. Esto sería terapéutico. Si, sin embargo, el analista no desea o siente que no puede responder a la demanda de objeto del self arcaico, no debería añadir vergüenza a su negativa. En efecto, sentirá que la negación constituirá una respuesta óptima para que ese paciente crezca. Sugeriría, no obstante, que hay menos peligro en responder a la propuesta de un paciente regresivo tal cómo él necesita ser tratado, que en rechazarle en base a la tesis no probada de que el paciente desarrollará, si es frustrado, su grado óptimo (de logro).

Mientras que la frustración es parte inevitable de la vida, cuestiono si el analista puede útilmente considerarlo como “óptima” cuando trabaja con sus pacientes. Esto se aplica también a la gratificación. Ninguna, *per se*, son consideradas apropiadas como parte del proceso terapéutico. Son legados de la moralidad psicoanalítica, una intrusión en la situación clínica de una ética psicoanalítica que considera “real” al inconsciente del paciente y el intento consciente de ser la descarga y satisfacción de impulsos instintivos. La respuesta, raramente perfecta, casi siempre falla de alguna manera, puede ser óptima y comprende los legítimos esfuerzos de nuestro trabajo analítico.

¿Qué es lo que el analista hace con aquellos pacientes con los cuales su tipo de respuesta no funciona? Como he sugerido, es importante reconocer que ciertas formas de respuesta que son crucialmente terapéuticas podrían implicar respuestas que un analista, por motivos ideológicos, no puede o no podría proveer. Por ejemplo, la necesaria respuesta al paciente X podría ser retenida por el analista Y ya sea porque él simplemente no responde a un “acting-in” o porque la necesidad del paciente le da dificultades contratransferenciales. Desde esta perspectiva, lo que es designado como frustración óptima podría algunas veces ser una racionalización de la inflexibilidad contratransferencial de parte del analista. Mientras que el terapeuta debe ser él mismo, también necesita ser flexible en cierto grado o él se verá correspondientemente limitado para tratar ciertos pacientes. Kohut entendió su concepto de un ambiente esperable promedio como “la respuesta normal humana” que promueve el análisis y el crecimiento del paciente.¹³ Me gustaría enfatizar que *esto será diferente para cada persona*.

Conclusión y Resumen

Mi tesis es que si nuestra responsividad analítica es óptima (y definiré óptima como relativa y específica a un paciente en particular, lo que no es simplemente una

cuestión de grado como Kohut y Seitz lo veían) entonces nuestros esfuerzos serán recompensados. Las relaciones de objeto del self madurarán y el self se volverá más fuerte y más libre, más flexible y resiliente. Una frustración "óptima" sólo puede ser óptima cuando es óptima para algo que deba ser frustrado. Sería interesante saber lo que esto podría ser. La perspectiva de que la frustración óptima por si sola produce estructuras internas es una hipótesis que necesita ponerse a prueba. Como creo que he mostrado, no podemos asumir que todos los procesos internalizantes ocurren a través de la frustración. En una situación suficientemente buena, por ejemplo, suceden la identificación y la asimilación. Similarmente, la internalización previa del padre/analista como un objeto del self responsivo permite al niño/paciente tolerar la sucesiva e inevitable respuesta poco empática, cuando esta sucede, y aceptar con menos perturbación las limitaciones del objeto del self. Esto es particularmente cierto en el caso de pacientes cuyas relaciones con los objetos del self en la niñez han sido traumáticas.

Podría ser también que las internalizaciones transmutadoras que ocurren sin comprometer las frustraciones transferenciales son aquellas donde el déficit (versus defecto) esta predominantemente presente, tanto el self deficitario como defectuoso lo que se observa simultánea y habitualmente. Esto sería interesante investigarlo en la situación psicoanalítica.

Es mi creencia que las nociones de frustración óptima y gratificación óptima pueden útilmente remplazarse por el concepto de responsividad óptima. La responsividad óptima es un concepto analítico que es distinto del concepto de "parámetro" y de la "experiencia emocional correctiva", que son dispositivos que son esencialmente no analíticos, sino deliberadamente planeados y activamente iniciados por el terapeuta. La *respuesta óptima del analista* es determinada por la posición del paciente en la internalización de, y la capacidad para, la empatía. No es simplemente parte del ambiente (Wolf, 1976) o del "marco" (Pines, 1981). Tampoco es solo una expresión de la alianza o trabajo terapéutico. En cambio, es el trabajo del analista. La interpretación y la relación son sólo los aspectos que integran la responsividad óptima en el tratamiento psicoanalítico.

REFERENCIAS

- Alexander, F. (1956). *Psychoanalysis and Psychotherapy: Developments in Theory, Technique and Training*. New York: Norton.
- Bacal, H. (1979). *Empathic Lag in the Analyst and Its Relation to "Negative Therapeutic Reaction."* Unpublished manuscript.

- Bacal, H. (1981). Notes on some therapeutic challenges in the analysis of severely regressed patients. *Psychoanal. Inq.*, 1: 29-56.
- Balint, M. (1968). *The Basic Fault*. London: Tavistock.
- Balint, M. (1969). Trauma and object relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*, 50: 429-435.
- Basch, M. (1983). Personal communication.
- Bernfeld, S. (1928). *Sisyphos, oder veber die Grenzen der Erziehung*. Vienna: Internationale Vereinigung fuer Psychoanalysis.
- Bertin, C. (1982). *Marie Bonaparte: A Life*. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Brandchaft, B. (1983). The negativism of the negative therapeutic reaction and the psychology of the self. In A. Goldberg, ed., *The Future of Psychoanalysis* (pp. 327-359). New York: International Universities Press.
- Collins English Dictionary*. (1979). London & Glasgow: William Collins.
- Coverdale, C. (1983). Developmental lines in self psychology: Selfobject empathy and interpretation. In L. Hedges, ed., *Listening Perspectives in Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Ferenczi, S. (1933). Confusion of tongues between the child and the adults. *Int. J. Psycho-Anal.*, 30: 225-230.
- Freud, A. (1946). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: International Universities Press.
- Gill, M. (1982). *Transference in the Divergent Analytic Schools*. Paper presented at the annual scientific meeting of The Canadian Psychoanalytic Society, June.
- Khan, M. (1963). The concept of cumulative trauma. In *The Privacy of the Self*. New York: International Universities Press, 1974.
- Kligman, D. (1983). *Psychic Trauma Revisited*. Paper presented to the psychoanalytic extension program, Toronto Psychoanalytic Society and Institute of Psychoanalysis.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1972). Letters of September 12th and September 23rd, 1972. In *The Search for the Self* (Vol. 2, pp. 867-870). New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977a). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977b). Personal communication.
- Kohut, H. (1981). From the transcription of remarks presented by Heinz Kohut at the Conference on Self Psychology, Berkeley, California, October.
- Kohut, H., & Seitz, P. (1963). In H. Kohut, *The Search for the Self* (Vol. 1, 1978, pp. 337-374). New York: International Universities Press.
- Kris, E. (1956). The recovery of childhood memories in psychoanalysis. *Psychoanal. St. Child*, 11: 54-88.

- Lichtenberg, J. (1982a). *An Experiential Conception of What Is Curative in Psychoanalysis*. Unpublished manuscript.
- Lichtenberg, J. (1982b). *Transmuting Internalization and Developmental Change*. Unpublished manuscript.
- Pines, M. (1981). The frame of reference of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31:275-285.
- Rosenfeld, E. (1966). Unpublished address to The British Psycho-Analytical Association.
- Stolorow, R., Brandchaft, B., & Atwood, G. (1983). Intersubjectivity in psychoanalytic treatment, with special reference to archaic states. *Bull. Mennin. Clinic.*, 47:117-128.
- Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 15: 127-159.
- Winnicott, D. W. (1947). Hate in the countertransference. In *Collected Papers* (pp. 194-203). London: Tavistock, 1958.
- Winnicott, D. W. (1951). Transitional objects and transitional phenomena. In *Collected Papers* (pp. 229-242). London: Tavistock, 1958.
- Winnicott, D. W. (1952). Anxiety associated with insecurity. In *Collected Papers* (pp. 97-100). London: Tavistock, 1958.
- Winnicott, D. W. (1967). Personal communication.
- Wolf, E. (1976). Ambience and abstinence. *Annu. Psychoanal.*, 4: 101-115.
- Wolf, E. (1980). On the developmental line of selfobject relations. In A. Goldberg, ed., *Advances in Self Psychology* (pp. 117-130). New York: International Universities Press.
- Wolf, E. (1981). *Empathic Resonance*. Panel discussion to the Conference on Self Psychology, Berkeley, California, October 4.
- Wolfe, B. (1983). Personal communication.

Original recibido con fecha: 5-1-2017

Revisado: 15-2-2017

Aceptado: 28-2-2017

NOTAS:

¹ En una carta datada un año más tarde, Kohut (1972, 23 de septiembre) también señala que “el impulso reprimido del comportamiento del objeto del self es en esencia experimentado por el niño como una *herida narcisista* [y por lo tanto]... la formación estructural es siempre debida a una pérdida del objeto del self pre-estructural, no del impulso reprimido del objeto verdadero...”

² Stolorow, Brandchaft y Atwood (1983) han abordado este problema en términos de estados intersubjetivos disonantes entre el paciente y el analista.

³ Yo entiendo la resistencia aquí como una variedad de bloqueos de comunicación que son defensas no contra los impulsos, sino contra la ansiedad de retraumatización (Wolf, 1981).

⁴ Hay, de hecho, dos autores que más o menos abordan explícitamente esta cuestión (Gill, 1982; Lichtenberg, 1982a, 1982b).

⁵ Después de preparar este trabajo, he tenido la oportunidad de leer un interesante artículo clínico por Charles Coverdale (1983), que trata específicamente con este tema.

⁶ Estoy en deuda con la Dra. Bonnie Wolfe, quien respondió a la presentación inicial de este material con los siguientes comentarios: "Me parece que cuestión importante es si, y cómo, la empatía del analista puede ser transmitida al paciente de tal manera que el paciente pueda experimentarla como *siendo responsiva a él* [cursivas mías]. Algunas veces, el paciente puede discernir la respuesta del analista solo por medio de gestos, tono de voz o expresiones faciales... [e]... intentos que en la comunicación verbal pueden ser experimentadas como no empáticas y no responsivas al estado del paciente... Yo estoy [aquí] también recuerda al lindo ejemplo del Dr. Basch del padre que levanta al bebé y dice, 'A-a-arriba vamos'. En un estado o fase más desarrollado, el paciente puede ser capaz de utilizar (y tolerar) respuestas que sean predominantemente verbales; aunque esta respuesta verbal podría necesitar estar en un nivel más primitivo ("tu sientes que", "duele"). En un nivel más avanzado, se podría encontrar la respuesta en la comunicación recíproca [de la noción de Wolf (1981) de resonancia empática recíproca] de ideas abstractas acerca del funcionamiento psicológico" (Wolfe, 1983).

⁷ Freud aparentemente hizo lo mismo con Marie Bonaparte (Bertin, 1982).

⁸ Compárese con la noción de Wolf (1980) de "la línea del desarrollo de las relaciones de objeto del self".

⁹ Eva Rosenfeld (1966) informó que Melanie Klein le dio una copa de jerez bajo circunstancias similares durante una sesión analítica.

¹⁰ Contrasten esto con la concepción Kleiniana de la escisión como una manera de proteger la parte primordial del objeto parcial de la tendencia del self de atacarlo y destruirlo.

¹¹ Winnicott describió el objeto transicional como la "primera posesión no-yo" (Winnicott, 1951), esto es, algo que es experimentado como parte del mundo (externo) y aun así me pertenece a mí, algo sobre lo cual no se tiene que preguntar, ¿quién lo creó, yo o mi madre?

¹² Estoy agradecido con el Dr. Michael Basch (1983) por numerosos comentarios útiles al leer el borrador de este trabajo. Él me sugiere que debería hacerse una diferenciación entre "transferencia de necesidad" y la "transferencia de solución". "Cuando hay una transferencia de necesidad, un déficit, entonces es convocado el objeto del self transicional para colmarla; cuando, sin embargo, el paciente muestra que está trayendo al ahora intentos inapropiados de resolver un problema en el análisis, entonces estos (intentos), creo yo, deben interpretarse genéticamente, contrastando lo (que sucede en el vínculo) analítico con la situación pasada, en vez de aceptar como evidente que el analista ha cometido un error en su relación con el paciente. Para usar tus términos, la responsividad óptima por parte del analista no está limitada a una u otra posición. La responsividad óptima puede involucrar el funcionamiento del analista como un objeto del self transicional en un momento dado, como un intérprete de la realidad pasada del analista en otro, y como un intérprete de la situación analítica externa en otro momento. Esto, creo yo, está en completo acuerdo con tu argumento... al efecto de que no hay tal cosa como un 'parámetro'".

¹³ Kohut me comunicó esta noción en una conversación en 1978.