



## Deconstruyendo el Mito del Analista Neutral: Una Alternativa desde la Teoría de los Sistemas Intersubjetivos<sup>1</sup>

Robert D. Stolorow, Ph.D.<sup>2</sup> y George E. Atwood, Ph.D.<sup>3</sup>

Se ofrece una crítica de cuatro conceptos de neutralidad que han ocupado un lugar prominente en la literatura psicoanalítica: Neutralidad como (1) abstinencia, (2) anonimato, (3) equidistancia y (4) empatía. Se ha debatido que, una vez que la situación psicoanalítica se ha reconocido como un sistema intersubjetivo de influencia mutua, el concepto de neutralidad se revela como una ilusión. Por lo tanto, las interpretaciones son siempre sugerencias, la transferencia siempre está contaminada, y los analistas nunca son objetivos. Una alternativa a la neutralidad se encuentra en la postura de investigación basada en la indagación empático-introspectiva. Este modo de investigación se distingue claramente de la propuesta de la conducta auto-expresiva por parte de los analistas, y esta distinción se ilustra con una viñeta clínica.

**Palabras clave:** Neutralidad, Abstinencia, Anonimato, Equidistancia, Empatía, Técnica Psicoanalítica, Teoría de los Sistemas Intersubjetivos.

A critique is offered of four conceptions of neutrality that have been prominent in the psychoanalytic literature: neutrality as (1) abstinence, (2) anonymity, (3) equidistance, and (4) empathy. It is argued that once the psychoanalytic situation is recognized as an intersubjective system of reciprocal mutual influence, the concept of neutrality is revealed to be an illusion. Hence, interpretations are always suggestions, transference is always contaminated, and analysts are never objective. An alternative to neutrality is found in the investigatory stance of empathic- introspective inquiry. This mode of inquiry is sharply distinguished from the prescribing of self-expressive behavior on the part of analysts, and the distinction is illustrated with a clinical vignette.

**Key Words:** Neutrality, Abstinence, Anonymity, Equidistance, Empathy, Psychoanalytic Technique, Intersubjective Systems Theory.

**English Title:** Deconstructing The Myth Of The Neutral Analyst: An Alternative From Intersubjective Systems Theory

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

Stolorow, R.D. y Atwood, G.A. (2013). Deconstruyendo el mito del analista neutral: Una alternativa desde la Teoría de los Sistemas Intersubjetivos. *Clinica e Investigación Relacional*, 7 (1): 60-74. [Original de 1997] [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es) ]

Una serie de críticas a la idea de la neutralidad analítica han aparecido diseminadas a través de nuestros escritos sobre la situación psicoanalítica vista como un sistema intersubjetivo. En este artículo reunimos estas críticas y las ampliamos, haciendo especial hincapié en los aspectos ilusorios y defensivos de la doctrina de la neutralidad, así como en sus intrincados fundamentos mitológicos. Además proponemos, e ilustramos clínicamente, una postura analítica alternativa derivada de la teoría de sistemas intersubjetivos. Empezamos primero con una crítica de las cuatro concepciones de la neutralidad que se han destacado en la literatura psicoanalítica. Dos fueron propuestas por Freud, la tercera por su hija, Anna, y la última por Kohut.

Creemos que el mito del analista neutral, con raíces que se remontan a través de cien años de historia psicoanalítica, sigue funcionando como un principio profundamente arraigado, moldeando poderosamente la percepción del analista sobre el encuentro analítico y oscureciendo la naturaleza intersubjetiva del proceso analítico. Proponemos que este mito conserva una influencia significativa a pesar del hecho de que numerosas críticas y alternativas al concepto de neutralidad aparecen en la literatura psicoanalítica (Ehrenberg, 1992; Raphling, 1995; Renik, 1996; Singer, 1977), que las perspectivas del modelo relacional (Mitchell, 1988) y constructivista (Hoffman, 1991) ya están influyendo en la práctica analítica, y que únicamente el más rígido entre los analistas afirmaría que se comporta de la manera que describimos. En incontables discusiones con colegas, estudiantes y supervisados, hemos encontrado que analistas y terapeutas son especialmente propensos a hacer afirmaciones de neutralidad cuando las atribuciones transferenciales de sus pacientes amenazan características esenciales de su sentido del Self (véase Thomson, 1991). Además, hemos encontrado que incluso analistas y terapeutas relacionales a menudo defienden la neutralidad como un venerado, aunque inalcanzable ideal, en donde las desviaciones evocan vergüenza o desvergüenza reactiva. Es por estas razones que consideramos que se justifica la crítica deconstructiva de este ideal. El analista neutral puede ser un hombre de paja en la práctica, pero creemos que el ideal sigue ejerciendo una poderosa influencia.

1. *La neutralidad como la abstinencia.* A menudo, la neutralidad se equipara con el dictamen de Freud (1915) de que "el tratamiento debe llevarse a cabo en la abstinencia" (p. 165), por lo general interpretado en el sentido de que el analista no debe ofrecer a los pacientes satisfacciones instintivas. Este requerimiento técnico derivó del supuesto teórico de que las constelaciones principales a las que el psicoanálisis se refiere, son productos derivados de pulsiones instintivas reprimidas. La gratificación, según esta tesis, interfiere con los objetivos de llevar los deseos instintivos reprimidos a la conciencia, rastreando sus orígenes genéticos, y en última instancia, logrando su renuncia y sublimación.

Pero, ¿en qué sentido puede decirse que esta postura de abstinencia es neutral? Sin duda, no desde el punto de vista del analista que lo practica, porque para él o ella, la abstinencia es la expresión del sistema de creencias profundamente arraigadas (algunos dicen que el sistema moral) a la que él/ella se adhiere en la realización de su trabajo analítico, un sistema que incluye supuestos básicos acerca de la naturaleza humana, la motivación, la madurez, la salud y la enfermedad psicológica.

Además, cuando uno asume una posición desde la perspectiva del paciente, es evidente que la abstinencia - la frustración decidida de los deseos y necesidades del paciente – nunca podría ser experimentada por el paciente como una posición neutral. La abstinencia mantenida por parte del analista decisivamente sesga el diálogo terapéutico, provocando hostilidad y conflictos tempestuosos que son más un artefacto de la posición del analista, que una manifestación genuina de la psicopatología primaria del paciente (Kohut, 1977; Wolf, 1976). Como Stone (1961) y Gill (1984) han señalado, las llamadas neurosis de transferencia regresiva, considerada por muchos como una condición *sine qua non* del proceso analítico, en realidad pueden ser reacciones iatrogénicas a la aplicación indiscriminada del principio de abstinencia. Por lo tanto, una actitud de abstinencia no sólo puede fracasar para facilitar el proceso analítico, sino que puede ser perjudicial para él.

2. *La neutralidad como anonimato.* Estrechamente vinculada a la regla de la abstinencia, y también considerada por muchos como un componente esencial de la neutralidad analítica, es una recomendación de Freud (1912) acorde con su teoría topográfica, de que el analista "debe ser opaco a sus pacientes y, como un espejo, no debería mostrar nada más que lo que se muestra a él" (p. 118). Como Gill (1984) ha señalado, el supuesto de que el analista puede permanecer en el anonimato niega la naturaleza esencialmente interactiva del proceso analítico. Todo lo que los analistas hacen o dicen – sobre todo las interpretaciones que ofrecen - son productos de su organización psicológica, revelando a sus pacientes aspectos centrales de su personalidad. Estas impresiones, a su vez, son decisivas en la co-determinación del desarrollo de la transferencia. Al igual que la regla de la abstinencia, la creencia equivocada de que los analistas pueden mantener su propia personalidad fuera del diálogo analítico, produce en sí artefactos transferenciales que pueden ser contra-terapéuticos.

3. *La neutralidad como equidistancia.* Una tercera concepción de neutralidad que se invoca, por ejemplo por Kernberg (Panel, 1987), es el enunciado de Anna Freud (1936) de que el analista "toma su posición en un punto equidistante del ello, el yo y el superyó" (p. 28), una posición que ella declara como una de "objetividad clara" y de "ausencia de sesgo" (pp. 28-29). Dejando de lado las considerables dificultades involucradas en el intento de medir las distancias entre uno mismo y las instituciones mentales hipotéticas, deseamos hacer hincapié en que este concepto de neutralidad, al igual que el principio de abstinencia, está enraizado en un sistema teórico de creencias cargado de valores – el modelo tripartito de la mente - y por lo tanto no es imparcial o neutral en absoluto. Las interpretaciones que se ofrecen desde este punto metafórico de la equidistancia, animan al paciente a adoptar las creencias del analista sobre la estructura de la mente y, en esa medida, son sugerencias.

4. *La neutralidad como empatía.* El mito del analista neutral se ha mantenido dentro de la psicología psicoanalítica del self. Reaccionando contra la ecuación de la neutralidad con abstinencia no responsiva, Kohut (1977) define la neutralidad analítica "como la capacidad de respuesta que se espera, como promedio, de las personas que han dedicado su vida a ayudar a los demás con el uso de insights obtenidos a través de la inmersión empática en su vida interior" (p. 252). Mientras que nosotros encontramos acertada esta caracterización de

un aspecto de la posición analítica, no podemos estar de acuerdo en que describe lo neutral. Al igual que los principios de la abstinencia y la equidistancia, está enraizado en un sistema de creencias teóricas, en aquel que pone el acento en el papel de la respuesta emocional para facilitar el desarrollo del sentido de sí mismo. Además, como Kohut (1980) reconoció, "una situación en la que una persona se ha comprometido por períodos prolongados para extender su 'intención empática' hacia otro" (p. 487) sin duda no es experimentado por el paciente como una situación neutral, debido al cumplimiento de sus profundos anhelos de ser comprendido.

Kohut (1980), sin embargo, sostuvo que la empatía "es, en esencia, neutral y objetiva" (p. 483), y Wolf (1983) ha sugerido que la definición de Kohut de empatía "implica una actitud de objetividad con respecto a la subjetividad del paciente" (p. 675). Esperar que un analista pueda ser neutral u objetivo con respecto a la subjetividad del paciente, y de ese modo contemplar la experiencia del paciente con ojos puros e inocentes, equivale a exigir que el analista destierre su propia organización psicológica fuera del sistema analítico. En nuestra opinión, esta es una hazaña imposible, especialmente cuando las expresiones más poderosas de la subjetividad del paciente se dirigen hacia el analista - difícilmente una parte desinteresada. Lo que los analistas pueden, y deben, alcanzar en sus esfuerzos auto-reflexivos, es concienciarse de sus propios principios organizacionales - incluyendo aquellos consagrados en sus teorías - y de cómo estos principios están, inconscientemente, dando forma a su comprensión analítica e interpretaciones.

Las cuatro variantes del mito del analista neutral están estrechamente relacionadas con una serie de otros mitos interrelacionados que han influido en la configuración de la posición analítica tradicional.

### **El Mito de la Interpretación sin Sugestión**

Siguiendo las distinciones de Freud (1919) entre "el oro puro del análisis" y "el cobre de la sugestión directa" (p. 168), se ha afirmado tradicionalmente que lo que distingue al psicoanálisis de otras formas de psicoterapia es su confianza en la interpretación, especialmente en la interpretación de transferencia, como opuesta a la sugestión. La dicotomía entre la interpretación y la sugestión está estrechamente vinculada con las diversas nociones de neutralidad comentadas anteriormente, ya que el analista neutral, desde una posición de abstinencia, anonimato, equidistancia, o de empatía, se presume que es capaz de ofrecer interpretaciones puras, sin sugestión.

Como Gill (1984) señaló, "cada vez que el analista interviene, éste puede ser percibido como si sugiriera al paciente una dirección para que éste la siga" (p. 171). Sugerimos que esta obviedad vicia la clara distinción entre la interpretación de la transferencia y la sugestión. La idea común de que la interpretación simplemente eleva a la conciencia lo que está oculto en el paciente es un remanente de la teoría topográfica de Freud y del modelo arqueológico para el proceso analítico (Freud, 1913). Este modelo no tiene en cuenta la contribución de la organización psicológica del analista en la elaboración

de las interpretaciones. Cada interpretación transferencial - de hecho, el concepto de transferencia en sí - tiene sus raíces en el marco teórico que orienta al analista en el reordenamiento de los datos clínicos. Invariablemente, la lealtad del analista a su marco de referencia tiene sus raíces en sentidas creencias y valores personales (Atwood y Stolorow, 1993; Lichtenberg, 1983). Por lo tanto, cada vez que el analista ofrece una interpretación que va más allá de lo que el paciente es consciente, invita al paciente a ver las cosas, siquiera ligeramente, desde la propia perspectiva del analista, enraizada en su teoría. En esta medida, las interpretaciones son sugerencias, y es crítico para el análisis investigar si el paciente cree que debe adoptar el punto de vista del analista para mantener el vínculo terapéutico.

### **El Mito de la Transferencia No Contaminada.**

Una razón común para la defensa de la neutralidad en sus diversos disfraces es la idea de que las intervenciones no interpretativas, tales como gratificaciones o sugerencias, "contaminarían" la transferencia, haciéndola imposible de analizar (Panel, 1987). El supuesto subyacente, es que la transferencia puede existir en una forma "no contaminada" por la actividad de un analista neutral. Esta suposición se deriva de la conceptualización tradicional de la transferencia, en la cual el paciente "desplaza emociones pertenecientes a una representación inconsciente de un objeto reprimido a una representación mental de un objeto del mundo externo" (Nunberg, 1951, p. 1). Uno de nosotros (Stolorow y Lachmann, 1984/1985) ha criticado este concepto de transferencia como desplazamiento:

El concepto de transferencia como desplazamiento ha perpetuado la idea de que la experiencia del paciente en la relación analítica es únicamente producto del pasado del paciente y que la psicopatología no ha sido [co]determinada por la actividad (o no actividad) del analista. Este punto de vista es coherente con la metáfora arqueológica de Freud. Pero rechazar la contribución del analista a la transferencia, implica ciertas trampas. Supongamos que un arqueólogo, sin saberlo, deja caer un reloj de pulsera en una excavación. Si se asume que cualquier cosa encontrada en la excavación debe haber estado allí antes, lamentablemente se alcanzarían algunas conclusiones injustificadas (p. 24).

Estamos totalmente de acuerdo con la afirmación de Gill (1984) de que "la idea de que la transferencia se puede desarrollar sin contaminación es una ilusión" (p. 175). Cuando la transferencia se concibe no como desplazamiento (o regresión, proyección o distorsión), sino como una expresión de la actividad inconsciente organizadora (Stolorow y Lachmann, 1984/1985), entonces se hace evidente que la transferencia está co-determinada por contribuciones del analista y por las estructuras de significado mediante las que son asimiladas por el paciente<sup>4</sup>. La transferencia, en otras palabras, está siempre evocada por alguna cualidad o actividad del analista que se presta a ser interpretada por el paciente de acuerdo a algún principio organizador preformado durante el desarrollo.

La contribución de la transferencia del paciente a la producción de la contratransferencia del analista, ha encontrado su lugar dentro de la teoría clínica

psicoanalítica. Estamos sugiriendo que la contratransferencia (conceptualizada ampliamente como una manifestación de la actividad organizadora del analista) tiene un impacto decisivo en la conformación de la transferencia. Transferencia y contratransferencia en conjunto forman un sistema intersubjetivo de influencia mutua recíproca (Stolorow, Brandchaft y Atwood, 1987). Analistas neutrales, interpretaciones puras, transferencias no contaminadas - ninguna de estas entidades mitológicas puede existir dentro de dicho sistema.

### El Mito de la Objetividad

El concepto de neutralidad analítica apoya la imagen del analista como un científico naturalista que hace observaciones objetivas sobre los mecanismos mentales del paciente, especialmente de las transferencias del paciente. Los analistas que abarcan tal epistemología objetivista, interpretan desde una plataforma mitológica con la visión del ojo de Dios<sup>5</sup> de cual es la verdadera realidad que la transferencia del paciente distorsiona. Por otra parte, volviendo a la doctrina de la percepción inmaculada, algunos analistas afirman hacer contacto empático directo con la realidad psíquica del paciente, mientras penetran en el mundo subjetivo del paciente a través de una introspección vicaria. En cualquier caso, el supuesto es que los analistas pueden hacer observaciones, sea de la realidad objetiva o de la realidad psíquica, que no están inconscientemente conformadas por sus propios principios de organización personales. Este mito de la objetividad niega la indivisibilidad esencial entre el observador y lo observado en el psicoanálisis, así como la naturaleza co-construida de la verdad analítica.

Desde un punto de vista intersubjetivo, perspectivista o constructivista, las percepciones del analista no son intrínsecamente más verdaderas que las del propio paciente. Además, el analista no puede conocer directamente la realidad psíquica del paciente; el analista puede aproximarse a la realidad psíquica del paciente únicamente a través del alcance particular de su propio punto de vista (Hoffman, 1991; Orange, 1995; Stolorow y Atwood, 1992). La implicación aquí no es que los analistas deben abstenerse de utilizar las ideas teóricas que guían la ordenación de los datos clínicos, sino que los analistas deben reconocer el impacto de los marcos de referencia que les orientan tanto en la delimitación de su alcance en el mundo subjetivo de los pacientes como en la co-determinación del curso del proceso analítico.

Un ejemplo particularmente molesto del mito de la objetividad es el analista que declara al paciente como analizable o no analizable sobre la base de una evaluación "objetiva" de la estructura de la personalidad y la psicopatología del paciente. Nosotros sostenemos que la analizabilidad no es una propiedad sólo del paciente, sino del sistema paciente - analista.

Lo que se debe evaluar es el funcionamiento del sistema, la bondad o inadecuación del ajuste entre el paciente concreto y el analista concreto.

## El Mito de la Mente Aislada

Una epistemología objetivista concibe la mente en forma aislada, radicalmente separada de una realidad externa, a la cual bien aprehende con precisión o la distorsiona. La imagen de la mente que está mirando al mundo externo es en realidad una imagen heroica o mito heroico, ya que retrata la esencia íntima de una persona que existe en un estado que está desconectado de todo lo que sostiene la vida. Este mito, tan penetrante en la cultura de las sociedades industriales occidentales, lo hemos (Stolorow y Atwood, 1992) denominado el mito de la mente aislada (p. 7). Se presenta en muchas formas y variantes. Uno puede discernir su presencia en los cuentos sobre personas invencibles que superan grandes adversidades a través de actos heroicos solitarios, también en las obras filosóficas que giran en torno a una concepción de un sujeto aislado, monádico, y en las doctrinas psicológicas y psicoanalíticas que se centran exclusivamente en los procesos que ocurren en la persona individual, incluyendo por ejemplo, la visión de Freud de la mente como una máquina impersonal procesadora de energías pulsionales, el yo autónomo auto-regulable de la psicología del yo y el self prístino de Kohut con su diseño interior pre-programado. También se ha argumentado que la imagen cosificada dominante de la mente aislada, en sus diferentes apariencias, es una forma de grandiosidad defensiva: sirve para desautorizar la vulnerabilidad inherente a la conciencia de que toda experiencia humana está incrustada en sistemas relacionales constitutivos. Todas estas imágenes de la mente aislada del impacto constitutivo de un entorno inescapable, parafraseando a Kundera (1984), podríamos denominarlo "la insoportable arraigabilidad del ser".

El ideal del analista neutral y objetivo, impenetrable y erudito, es tan sólo una imagen, ya que desconoce el impacto profundamente personal del compromiso emocional entre el/la analista y sus pacientes y niega todas las formas en las que el analista, y su organización psicológica propia, están profundamente implicados en todos los fenómenos que observa y busca de tratar. Con el fin de prescindir de la invencibilidad defensiva y la omnisciencia de la postura neutral, los analistas deben estar preparados para asumir los profundos sentimientos de vulnerabilidad e incertidumbre ansiosa que son inevitables acompañamientos durante la inmersión en un proceso de análisis profundo.

Funciones defensivas similares a los que hemos estado discutiendo, jugaron un papel destacado en la construcción de la teoría de Freud. En nuestro (Atwood y Stolorow, 1993) estudio psico-biográfico de los orígenes personales y psicológicos de la metapsicología de Freud, encontramos que Freud se protegió de hacerse consciente del profundo impacto emocional de una serie de decepciones dolorosas tempranas y traiciones por parte de su madre, atribuyendo su sufrimiento a una maldad interna propia omnipotente -es decir, su deseo incestuoso y hostilidad asesina- una translocación defensiva que encontró su camino en sus principales relaciones adultas, incluyendo la que tuvo con Fliess y con su propia esposa, así como en sus formulaciones de casos clínicos. Esta solución defensiva, una forma de grandiosidad defensiva, Freud también la importó a su teoría del desarrollo psicosexual y patogénesis, una teoría en la cual los patógenos primarios se creían eran unas unidades instintivas rebeldes ubicadas profundamente en el interior de la psique. En esta visión

teórica, las imágenes idealizadas de los padres, especialmente de la madre, fueron preservadas, permitiendo a Freud (1933) en una declaración extraordinaria, caracterizar la relación entre una madre y su hijo como "del todo la más perfecta, la más libre de ambivalencia entre todas las relaciones humanas" (p. 133), y aplicar el mito de Edipo en una manera que descuida completamente el papel central del impulso filicida del padre a la hora de fijar el curso trágico de los acontecimientos posteriores. Creemos que este mismo principio defensivo, forma la opinión fatídica de Freud sobre la situación psicoanalítica, en donde el cordón sanitario<sup>6</sup> con el que él envuelve a los padres también envuelve al analista presuntamente neutral; por lo cual las experiencias de transferencia del paciente podrían verse como que solamente se derivan de mecanismos intrapsíquicos dentro la mente aislada del paciente, en lugar de ser co-determinados por el impacto de la posición y las actividades del analista.

### **Una Alternativa: Investigación Empática-Introspectiva**

Si la noción de neutralidad analítica es comprendida como una ilusión defensiva grandiosa que debe ser abandonada y su duelo elaborado, ¿con que debería sustituirse? ¿Cual es una postura alternativa apropiada para la situación analítica reconocida como un sistema diádico intersubjetivo de influencia mutua recíproca, en la que las actividades de organización de ambos participantes realizan continuas contribuciones co-determinantes? Nosotros (Stolorow, Brandchaft y Atwood, 1987) hemos caracterizado a esta postura como la de una investigación empático-introspectiva. En esa investigación se pretende iluminar los principios que organizan inconscientemente la experiencia del paciente (empatía), los principios que organizan inconscientemente la experiencia del analista (introspección), y el oscilante campo psicológico creado por la interacción entre ambas (intersubjetividad). Una investigación de este tipo, requiere la reflexión continua del analista sobre la participación inevitable de su propia subjetividad personal y sobre los supuestos teóricos en la investigación en curso. A diferencia de la postura de neutralidad, la postura de investigación empático-introspectiva no trata de apartar, minimizar o desconocer el impacto de la organización psicológica del analista en la experiencia del paciente. En su lugar, reconoce este impacto como algo inherente a la naturaleza profundamente intersubjetiva del diálogo analítico y busca constantemente analizarlo.

Somos muy conscientes de que la postura de investigación empático-introspectiva, al igual que la postura de neutralidad, pueden servir a una variedad de propósitos psicológicos para el analista. Estos deben ser foco del curso de las auto-reflexiones del analista. (Ver Atwood y Stolorow [1993, pp 189-190] para una discusión de algunos orígenes personales y subjetivos de nuestro punto de vista). También queremos hacer hincapié en que no hay nada en la orientación de la investigación empático-introspectiva que abogue por la negación o la ofuscación de la asimetría de la relación paciente-analista. Los significados de esta asimetría se deben investigar, no tapar. Tampoco esta postura prescribe algún tipo de respuesta emocional, *enactment* participativo, o disposición no interpretativa por parte del analista. Por ejemplo, si bien reconoce que el analista está constantemente revelando



involuntariamente su organización psicológica al paciente (Renik, 1995), esta metodología de indagación empático-introspectiva no prescribe que el analista deba hacer auto-revelación deliberada. En cambio, obliga al analista a tomar decisiones específicas acerca de las auto-revelaciones, basadas en su mejor comprensión, sobre los posibles significados de tales revelaciones para el paciente y el analista, y en su evaluación (a los que ha llegado con diversos grados de aportaciones colaborativas del paciente) de si esos significados interactivos pueden facilitar u obstaculizar el proceso analítico, es decir, el desarrollo, la exploración, la iluminación y la transformación del mundo subjetivo del paciente. Vamos a ilustrar la investigación empático-introspectiva con una viñeta clínica que describe la iluminación y la resolución de un impasse terapéutico severo.

### El Caso de Sarah y su Analista

Sarah, una fisioterapeuta, soltera, de 27 años, comenzó tratamiento psicoanalítico debido a sus experiencias recurrentes de sentirse como una niña pequeña, vulnerable, perdida en un mundo amenazante de adultos poderosos<sup>7</sup>. En la actualidad, Sarah era una profesional exitosa, muy respetada, y con muchos supervisados y pacientes discapacitados que dependían de su capacidad como experta. Sin embargo, subjetivamente, ella estaba cada vez más propensa a sentimientos de extrema intimidación, como si fuera una niña pequeña, débil e inadecuada, lanzada de repente a desempeñar papeles adultos de gran responsabilidad y poder.

Un patrón de negligencia y de explotación emocional, había sido característico a lo largo de su historia vital<sup>8</sup>. Durante sus primeros años, hubo una negligencia masiva por parte de sus padres, depresivos y alcohólicos, quienes se apoyaban en ella para que les cuidara. La única forma de experiencia de conexión consistente con sus padres era a través de ser “nutriente” para ellos, y gran parte de los aspectos del desarrollo de su self se organizaron alrededor de la figura de cuidadora. Este papel, específicamente, le prohibía demostrar alguna necesidad directa de cuidado de su madre o padre; demostrar tal necesidad creaba resentimiento en los padres que reaccionaban presionándola para que “creciera” o mediante el rechazo por ser una “carga” para ellos. Los recuerdos más tempranos de la paciente son ilustrativos de este patrón, e incluyen momentos de llanto incontrolado cuando estaba en la cuna y donde su madre respondía mediante gritos de que se callara y lanzándole violentamente el biberón dentro de la cuna.

Entre las múltiples consecuencias de la situación temprana de Sarah, se encuentra un estilo interpersonal de dar a los otros sin pedir nada directamente para ella. Este estilo no solo influyó en su elección profesional en el área de la discapacidad, sino también en la elección de sus relaciones íntimas. Su historia era de una serie de romances en los cuales ella jugaba un papel “nutriente” con los hombres que le daban a ella, poco o nada. Ella reaccionaba siempre, a las cualidades deprivantes de estas relaciones, con abatimiento y tristeza, pero veía a estos sentimientos como signos de que algo estaba mal con ella, en lugar de reflexionar en cómo estaba siendo maltratada.

Los primeros meses del análisis de Sarah se desarrollaron pasivamente. Mientras ella relataba la historia de su vida con todos sus tristes detalles, el analista se percató de la rapidez con que ella parecía abrirse a las diferentes áreas de su experiencia, pero no anticipó la tormenta transferencial que pronto se presentaría. Hubo un sueño que simbolizaba el proceso que estaba ocurriendo, en donde la paciente viajaba al pueblo donde había crecido, se aproximaba a una gran casa y entraba. Pasó de habitación en habitación y finalmente llegó a un pequeño armario en donde se encontraba un niño cubierto de suciedad, cortes y moratones, acurrucado contra la pared. En la discusión del sueño, ella y su analista, comprendieron las imágenes como una representación del sentirse a sí misma como un niño profundamente herido<sup>9</sup>.

El impasse cristalizó cuando el analista le comunicó a Sarah una interrupción del trabajo terapéutico durante seis semanas, lo que ocurriría en el próximo verano. Reconociendo que esa larga separación podría ser excepcionalmente difícil para ella, el analista explicó que estaría a tan sólo una llamada telefónica de distancia. Ella, por unos días, no mostró ninguna reacción especial ante el anuncio, pero luego informó de un sueño sobre un animal viejo sarnoso que se había quedado tendido sobre su espalda en la selva. Cuando su analista sugirió que tal vez el sueño estaba relacionado con sus planes para el verano, se mostró visiblemente asustada, diciendo vacilante que tal vez ella estaba experimentando un abandono inminente. En este punto, el analista reiteró sus garantías de que él podría permanecer en contacto con ella por teléfono y le recordó que todavía tenían varios meses para decidir cómo iban a manejar la separación. Para su sorpresa, Sarah reaccionó ante su promesa tranquilizadora, aún con mayor enojo y alejándose de él físicamente. Cuando se le preguntó lo que había sentido, ella dijo que no podía soportar estar en la habitación por un momento más y que quería volver a casa. Su analista pidió que se quedara y le relatara más acerca de lo que ella estaba sintiendo. Nuevamente ella respondió con miedo y ahora era incapaz de hablar. La sesión continuó esencialmente en un silencio tenso hasta que la hora había llegado a su fin, momento en que Sarah se precipitó hacia la puerta.

La paciente empezó ahora a llegar tarde a sus sesiones, informó de grandes dificultades para retenerse a sí misma del impulso a huir una vez que había llegado, y que, por otra parte, tenía poco que decir. El analista redobló sus esfuerzos por comprender el significado de la inminente separación y continuó buscando la manera de mejorar su efecto perturbador. Con cada uno de estos esfuerzos para atenuar el efecto de su partida, Sarah se sentía más asustada e incapaz de comunicarle sus sentimientos a él. Ella entonces le relató unas pesadillas recurrentes en las que llegaba a su edificio para una sesión, pero de alguna manera su oficina había desaparecido y ella no lograba encontrarlo. A medida que la situación empeoraba, el analista empezó a sentirse cada vez más impotente, a veces consumido por una ansiedad vicaria. Sarah observó la creciente angustia de su analista, lo cual se sumó a sus crecientes dificultades, porque ahora sentía que se había convertido en una carga dolorosa para él.

Durante las vacaciones la paciente se negó a tener contacto frecuente de ningún tipo y rechazó las llamadas de su analista con lo que él experimentó como una fría hostilidad.

Finalmente, ella le envió una carta diciéndole que la había tratado con brutal insensibilidad, que ella se sentía completamente traicionada por él y que por lo tanto cesaba el tratamiento. Sarah volvió después de varias semanas, y continuó sus sesiones. El impasse, sin embargo, persistió a través de una serie de episodios y fue sólo muy lentamente aclarado en los siguientes dieciocho meses. Dichos episodios tenían en común una crisis en torno a una separación física que interrumpía el trabajo. En cada ocasión, Sarah reaccionaba a los intentos de su analista por comprender y aliviar su dolor ensimismándose, mientras que el tratamiento se mantenía durante ese intervalo sólo sobre la base más precaria.

Los esfuerzos del analista por encontrar una salida y sugerir a Sarah maneras de superar el dolor que causaban las inevitables interrupciones ocasionales, eran percibidos por Sarah como exigencias implícitas de que ella debía sentirse mejor y no asustada. Esto reproducía escenas de la infancia en la que sus padres esperaban que soportara condiciones muy difíciles y que se comportara como la chica adulta que ellos necesitaban que fuera. Una verdad fundamental en la vida de Sarah, fue que a ella nunca se le había permitido ser una niña, y con su analista estaba experimentando de nuevo la misma situación desastrosa. El problema central era que ella sentía que su analista no podía entender ni aceptar la tristeza y la desesperación paralizante que sus salidas generaban. Sus esfuerzos bienintencionados de organizar contactos para ayudarla sólo dramatizaba esta falta de entendimiento. Ella también había estado experimentando sus esfuerzos por reducir su angustia como un rechazo del niño traumatizado que ella sentía ser. La experiencia de la traumatización había sido originariamente repudiada como consecuencia de repetidos sucesos en los que le hacían creer que la expresión de sus necesidades amenazaba los lazos con sus personas más allegadas. El peligro específico asociado con la aparición de su largamente reprimido anhelo infantil de comprensión y cariño, era que iba a ser rechazada por imponer una carga tan repugnante a cualquiera a su alrededor. Este peligro había parecido materializarse cuando el analista le informó por primera vez de sus planes de verano.

Durante todo el periodo de impasse, el analista era consciente del intenso sufrimiento de Sarah, pero no comprendía plenamente la naturaleza de este sufrimiento como la desesperación sin límites de un niño pequeño. En cambio, tendía a ver las dificultades como situaciones concretas que perturbaban su relación en la actualidad, y él se sentía responsable de su dolor.

Los cambios en la auto-comprensión del analista que contribuyeron a la resolución del impasse surgieron en gran parte de su análisis personal, que se estaba produciendo en paralelo con el tratamiento de Sarah. El analista era una persona que también había experimentado un trauma infantil similar. Había crecido en una familia profundamente afectada por la muerte repentina de su madre cuando tenía ocho años de edad. Ella había sido el centro emocional de la vida familiar, y su pérdida había sido completamente devastadora para todos los miembros de la familia. Durante su niñez el analista había respondido a este trastorno, en parte, mediante la formación de una identificación con su madre mientras que asumía aspectos nutrientes del rol de madre en relación con su padre y los hermanos en duelo. Su propio sentido de desolación interior estaba oculto en este

proceso. El resultado fue que gran parte de su estilo de relacionarse con los demás comenzó a centrarse en temas de cuidar y rescatar, que servían para protegerse de los sentimientos de impotencia y soledad devastadora. Su incapacidad para rescatar a Sarah mientras ella se hundía en un espiral de desesperación había desafiado una parte central de su forma de mantener su equilibrio emocional.

Como resultado de un intenso trabajo analítico, el analista comenzó a experimentar de manera inmediata su propio trauma infantil, con todos sus sentimientos concomitantes. La integración gradual de dicho dolor, previamente repudiado, se produjo en el vínculo con el analista, que proporcionaba un ambiente contenedor, de sostenimiento, el cual había perdido en el contexto de la destrozada familia de su juventud. Un tema central en su análisis fue de hecho el reconocimiento de cómo había sido herido, no sólo por la pérdida de su madre, sino también por la falta de disponibilidad emocional en la que su padre y otros miembros de la familia habían caído tras su muerte. Como esta integración se llevó a cabo poco a poco, la percepción de su paciente también empezó a cambiar. Ahora llegó a reconocer, mucho más claramente de lo que había sido posible antes, el sentido en el que Sarah se sentía una niña traumatizada, el hecho de que era un rasgo distintivo y duradero de su propia experiencia. Entendió también que dentro de esta experiencia temprana se había secuestrado una profunda e indescriptible desesperación y soledad, sentimientos que una y otra vez se habían desencadenado en la transferencia. Él comprendió específicamente porque todos sus esfuerzos para aliviar el dolor de Sarah durante sus separaciones habían fracasado: las separaciones eran simplemente imposibles de manejar para ella, y había necesitado de él una respuesta que mostrara su comprensión y la aceptación de este hecho.

Con la creciente aceptación del analista y la tolerancia de las emociones extremas y catastróficas de su propia infancia, devino capaz de tolerar y contener los extremos sentimientos homólogos de su paciente. A medida que se alejaba de los intentos de aminorar su sufrimiento y en su lugar se centró en investigar y transmitir su comprensión de lo que sentía, Sarah comenzó lentamente a relajarse en su presencia. El cambio de campo intersubjetivo hizo luego posible que le relatara una fantasía de deseo sobre lo que más anhelaba profundamente de él, una fantasía que previamente habría sido demasiado terrorífica para ella revelar. Era que ella podría ser abrazada de una manera protectora por los brazos de su analista y caer poco a poco en un sueño tranquilo. Esta imagen concretaba un vínculo anhelado que fue en este punto cristalizándose entre ellos, un vínculo de sostenimiento y contención dentro del cual la paciente puede experimentar aceptación segura de su dolor y anhelos y descubrir así la posibilidad de su propia completud emocional.

El caso de Sarah y su analista ilustra como la investigación empático-introspectiva puede transformar una situación de estancamiento terapéutico en una fuente de nuevas interpretaciones analíticas para ambos participantes. La superposición entre la actividad defensiva inconsciente del paciente y del analista había estado oponiéndose al proceso de investigación analítica. La conjunción fue finalmente captada, no como una manifestación de la transferencia y la contratransferencia considerada de forma aislada, sino como una propiedad de un sistema más amplio de transferencia-contratransferencia de influencia

recíproca. El analista fue capaz de trabajar en su propio análisis a través de su repudio defensivo de los sentimientos infantiles de dolor, lo que le permitió entrar en contacto con los estados traumáticos arcaicos secuestrados dentro de su paciente. Él decidió no revelar nada a ella de lo que había descubierto acerca de cómo el repudio de su propio dolor había interferido con su capacidad para comprender el suyo, porque creía que iba a haber experimentado la revelación como una réplica directa de las expectativas de sus padres de que hiciera caso omiso de su propia angustia y se dedicara a cuidar la de ellos. Así, aunque el dominio de la investigación empático-introspectiva abarcó todo el campo intersubjetivo creado por la interacción entre los mundos subjetivos del paciente y analista, los nuevos conocimientos generados por esta investigación no condujeron a la auto-revelación por parte del analista.

Nuestra alternativa al mito de la neutralidad es un modo de indagación coherente con una perspectiva de los sistemas intersubjetivos del proceso analítico. Esta indagación no contiene una receta para la auto-expresión del analista.

## REFERENCIAS

- Atwood, G. E. & Stolorow, R. D. (1984). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Atwood, G. E. & Stolorow, R. D. (1993). *Faces in a Cloud: Intersubjectivity in Personality Theory*. Second Edition. Northvale, NJ: Aronson.
- Atwood, G. E. & Stolorow, R. D. & Trop, J. (1989). Impasses in psychoanalytic therapy: a royal road. *Contemp. Psychoanal.*, 25:554-573.
- Ehrenberg, D. B. (1992). *The Intimate Edge: Extending the Reach of Psychoanalytic Interaction*. New York/London: Norton.
- Freud, A. (1936). The Ego and the Mechanisms of Defense: *The Writings of Anna Freud*, Vol. 2. New York: Int. Univ. Press, 1966.
- Freud, S. (1912). Recommendations to physicians practising psycho-analysis. S.E., 12.
- Freud, S. (1913). The claims of psycho-analysis to scientific interest. S.E., 13.
- Freud, S. (1915). Observations on transference-love. (Further recommendations on the technique of psycho-analysis III.) S.E., 12.
- Freud, S. (1919). Lines of advance in psycho-analytic therapy. S.E., 17.
- Freud, S. (1933). New introductory lectures on psycho-analysis. S.E., 22.
- Gill, M. M. (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: a revision. *Int. J. Psychoanal.*, 11:161-179.
- Hoffman, I. Z. (1991). Discussion: toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. (Discussion of papers by L. Aron, A. Modell, and J. Greenberg.) *Psychoanal. Dialogues*, 1:74-105.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: Int. Univ. Press.
- Kohut, H. (1980). Reflections on advances in self psychology. In *Advances in Self Psychology*, ed. A.

- Goldberg. New York: Int. Univ. Press, pp. 473-544.
- Kundera, M. (1984). *The Unbearable Lightness of Being*. New York: Harper & Row.
- Lichtenberg, J. D. (1983). The influence of values and value judgments on the psychoanalytic encounter. *Psychoanal. Inquiry*, 3:647-664.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Cambridge, MA/London: Harvard Univ. Press.
- Nunberg, H. (1951). Transference and reality. *Int. J. Psychoanal.*, 32:1-9.
- Orange, D. M. (1995). *Emotional Understanding: Studies in Psychoanalytic Epistemology*. New York/London: Guilford.
- Panel (1987). Conversion of psychotherapy to psychoanalysis. C. Fisher, Reporter. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 35:713-726.
- Raphling, D. L. (1995). Interpretation and expectation: the anxiety of influence. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 43:95-111.
- Renik, O. (1995). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self- disclosure. *Psychoanal. Q.*, 64:466-495.
- Renik, O. (1996). The perils of neutrality. *Psychoanal. Q.*, 65:495-517.
- Singer, E. (1977). The fiction of analytic anonymity. In *The Human Dimension in Psychoanalytic Practice*, ed. K. A. Frank. New York: Grune & Stratton, pp. 181- 192.
- Stolorow, R. D. & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, NJ/London: Analytic Press.
- Stolorow, R. D. & Atwood, G. E., Brandchaft, B. & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Hillsdale, NJ/London: Analytic Press.
- Stolorow, R. D. & Atwood, G. E. & Lachmann, F. M. (1984/1985). Transference: the future of an illusion. *Annual Psychoanal.*, 12/13:19-37.
- Stone, L. (1961). *The Psychoanalytic Situation: An Examination of Its Development and Essential Nature*. New York: Int. Univ. Press.
- Thomson, P. (1991). Countertransference. In *The Intersubjective Perspective*, ed. R. D. Stolorow, G. E. Atwood & B. Brandchaft. Northvale, NJ/London: Aronson, 1994, pp. 127-143.
- Wolf, E. S. (1976). Ambience and abstinence. *Annual Psychoanal.*, 4:101-115.
- Wolf, E. S. (1983). Aspects of neutrality. *Psychoanal. Inquiry*, 3:675-689.

Original recibido con fecha: 15-11-2012 Revisado: 9-1-2013 Aceptado para publicación: 22-2-2013

## NOTAS

<sup>1</sup> Publicado originalmente como: Stolorow, R. D. & Atwood, G.E. (1997). Deconstructing The Myth Of The Neutral Analyst: An Alternative From Intersubjective Systems Theory. *Psychoanal. Q.*, 66:431-449. Partes de este artículo fueron presentados en el Panel sobre *Neutralidad y abstinencia*, de la reunión de la *Asociación Psicoanalítica Americana*, Nueva York, 13 a 17 diciembre, 1995. Traducido al castellano por Helena Trebbau, revisado por Alejandro Ávila. Publicado con autorización del autor para este dossier.

<sup>2</sup> Robert D. Stolorow es Doctor en Psicología Clínica (Harvard) y en Filosofía (California). Premios APA (Div.39, 1995), Haskell Norman (2011) y Hans Loewald (2012). Fundador del *Instituto de Psicoanálisis Contemporáneo* (Los Ángeles) y del *Instituto para el Estudio Psicoanalítico de la Subjetividad* (New York). Miembro de Honor del *Instituto de Psicoterapia Relacional* (Madrid). Entre sus publicaciones destacan 11 libros y numerosísimos artículos. Promotor con George Atwood, Donna Orange y Bernard Brandchaft de la perspectiva intersubjetiva en psicoanálisis. Dirección de Contacto: 244 Wilshire Blvd., #624 Santa Monica, CA 90403, USA. E-mail: [robertdstolorow@gmail.com](mailto:robertdstolorow@gmail.com)

<sup>3</sup> George E. Atwood es Doctor en Psicología Clínica, miembro fundador del *Instituto para el Estudio Psicoanalítico de la Subjetividad* y es también profesor de Psicología en la Universidad de Rutgers. Promotor con Robert D. Stolorow, Donna Orange y Bernard Brandchaft de la perspectiva intersubjetiva en psicoanálisis. Contacto: 20 Haver Farm Road. Clinton, NJ 08809 E-mail: [ufoatw01@earthlink.net](mailto:ufoatw01@earthlink.net)

<sup>4</sup> N. de T. Es decir que otorga sentido a las contribuciones del analista

<sup>5</sup> Debemos esta oportuna frase a la Dra. Donna Orange.

<sup>6</sup> Estamos en deuda con el Dr. Bernard Brandchaft por esta feliz metáfora

<sup>7</sup> El tratamiento de Sarah fue escrito por primera vez por Atwood, Stolorow y Trop (1989). El material clínico lo usamos de nuevo aquí con permiso de *Contemporary Psychoanalysis*.

<sup>8</sup> Somos conscientes de que cuando hablamos de la historia personal de un paciente desde la perspectiva psicoanalítica, podemos hablar únicamente de historia subjetiva - es decir, de experiencias vividas, no de hechos objetivos.

<sup>9</sup> Ver Atwood y Stolorow (1984, pp. 97-117) para la discusión sobre la utilidad psicoanalítica de los temas manifiestos de los sueños.