

El mito de la asociación libre y el potencial de la relación analítica*



Irwin Z. Hoffman

55 E. Washington Street. Suite 1217, Chicago, IL 60602, USA – izhoffman@aol.com

RESUMEN

El autor pone en discusión el punto de vista tradicional y todavía predominante acerca de la 'asociación libre' considerando que ésta conlleva tres formas de negación (también formulados en término de sus correspondientes mitos): 1) el rol agente del paciente 2) la influencia interpersonal del paciente y del analista; y 3) la parte de responsabilidad del paciente en la co-construcción de la relación analítica. Esta responsabilidad incluye un cierto nivel de consideración de las necesidades del psicoanalista. Algunas veces, en este aspecto, el buen criterio del paciente puede reflejarse en algo que es automáticamente reducido, de manera equivocada, a una forma de 'resistencia'. Naturalmente, poner el énfasis en la responsabilidad del paciente debe tener como contrapartida, el esfuerzo de aportarle una atmósfera especialmente segura que le permita transmitir sentimientos y acti-

ABSTRACT

The author challenges the traditional and still prevalent view of 'free association', arguing that it entails three forms of denial (also formulated in terms of corresponding myths): 1) denial of the patient free agency; 2) denial of the patient's and the analyst's interpersonal influence; and 3) denial of the patient's share of responsibility for co-constructing the analytic relationship. That responsibility includes some degree of consideration of the analyst's needs. Sometimes, the patient's good judgment to that end may be reflected in what is automatically and mistakenly reduced to a form of 'resistance'. Attention to the patient's responsibility must be balanced against the effort to provide a uniquely safe environment for the patient's revealing of shame and anxiety-ridden feelings and

* The myths of free association and the potentials of the analytic relationship publicado en *International Journal of Psychoanalysis* 2006; 87: 43-61. Traducción: Beatriz Godoy. Supervisada por Adela L. de Duarte y Alicia Casullo.

tudes libres de vergüenza y ansiedad. Pero, idealmente, la acción terapéutica del psicoanálisis implica favorecer, a través de la experiencia vivida, la interacción dialéctica entre la autoexpresión, por un lado, y el cuidado del compromiso relacional por el otro. El reconocimiento del rol agente del paciente no implica la exploración de figuras coercitivas pertenecientes al pasado, por lo contrario esta exploración resulta mucho más profunda. Al mismo tiempo abre la posibilidad de un reconocimiento explícito, a través del desafío, las críticas o las afirmaciones, de las contribuciones del paciente al trabajo analítico.

attitudes. But the therapeutic action of psychoanalysis, ideally, includes the cultivation, through lived experience, of the dialectical interplay of self-expression on the one hand, and caring relational engagement, on the other. Recognition of the patient's free agency does not preclude exploration of constraining structures laid down in the past. On the contrary, it deepens such exploration. At the same time, it opens the door to the possibility of explicit recognition, via challenge, criticism, or affirmation, of the patient's contributions to the analytic work.

El mito de la asociación libre y el potencial de la relación analítica

Voy a presentar ciertos pensamientos críticos sobre la 'asociación libre' y la 'atención parejamente flotante' desde un punto de vista relacional-constructivista' (Mitchell and Aron, 1999). La orientación que genera mi crítica vincula una combinación de ideas que muchos teóricos de orientación relacional probablemente comparten, e ideas o puntos enfatizados que son más bien propios y que he desarrollado con el nombre de 'constructivismo dialéctico' (Hoffman 1998b). No intentaré aquí diferenciar sistemáticamente las perspectivas relacionales comunes y las dialéctico-constructivistas más idiosincrásicas, aún cuando algunos de los rasgos distintivos de estas últimas pueden hacerse manifiestos.

La asociación libre es aún una de las vacas sagradas de la tradición psicoanalítica; es un concepto que si uno se entremete en él pone en riesgo su identidad psicoanalítica. ¿Puede uno decirse a sí mismo que es psicoanalista si no 'cree en' la asociación libre? Kris afirma: "En mi opinión, el punto central en psicoanálisis es el compromiso con el método de la asociación libre" (1996, p.7). En forma similar, respecto a la definitiva importancia del concepto, Bollas plantea, en una posición que él considera estrechamente vinculada a la de Freud: "Se puede afirmar que el psicoanálisis tiene lugar si dos funciones son vinculadas –la asociación libre del analizando y la atención parejamente flotante del psicoanalista. Pienso a estas funciones como el *par Freudiano*" (2002, p.93, en bastardilla en el original).

Y sin embargo, quizás aún más que cualquier otro concepto psicoanalítico nuclear, en la medida en que uno cambia la óptica en relación con la experiencia del paciente, desde la perspectiva de una persona a la de dos personas, o aún a un paradigma que intente integrar ambas, o de una posición positivista a una posición epistemológica crítico-constructivista, la noción de asociación libre debe ser redefinida, y su aplicación pragmática, operacional, como método, debe ser pensada nuevamente.

Deseo llamar la atención sobre un conjunto de tres características e implicaciones fundamentales de la asociación libre que –desde una perspectiva relacional constructivista– constituyen una serie de mitos que creo imponen varias clases de negación. Quiero identificar estos mitos y estas formas de negación, y sugerir algunas maneras alternativas de pensar acerca del proceso. Al hacerlo, implícita o explícitamente, trataré la idea complementaria de la atención parejamente flotante. Las tres formas de negación (y mito) son:

1. la negación del rol agente del paciente [patient's agency] (es decir, el mito de que el paciente no es un agente libre);
2. la negación de la influencia interpersonal del paciente y del analista (es decir, el mito de que el paciente y el analista no son ampliamente afectados por las actitudes y acciones interpersonales del otro); y
3. la negación de la responsabilidad compartida del paciente en la co-construcción de la relación analítica (es decir, el mito de que el paciente no comparte con el analista la responsabilidad respecto de la calidad de la relación analítica).

Dado que esta última incorpora a cada una de las otras, y porque creo que ésta incluye el argumento más controvertido, la mayor parte de este ensayo se centrará en ella, antes que en las otras formas de negación y mito.

1. La negación del rol agente del paciente [patient's agency]

Interesados en proveer una ruta más directa hacia el proceso inconsciente del paciente, se afirma que la asociación libre asegura la suspensión de la elección consciente y, por lo tanto, del juicio del paciente. Como dice Kris, “la palabra ‘libre’ connota ausencia de dirección consciente” (1996, p.9). En lugar de *decidir* acerca de qué hablar, se alienta al paciente a que diga todo ‘lo que viene a su mente’. Se supone que lo que ‘llega a la mente’ *no* es ‘elegido’ sino que aparece como pensamiento espontáneo, del que

el paciente es testigo pasivo e informa, como el pasajero en el tren, que mira por la ventanilla e informa sobre lo que ve, en la muy conocida analogía de Freud (1913, p. 135).

El problema con esta posición es que niega el grado en el cual el paciente como un agente podría estar implicado en lo que él o ella 'encuentra' que ha 'llegado a su mente'. Después de todo, a diferencia del simple 'ocurrir', como el clima, o hasta, quizás, un sueño, los pensamientos del paciente podrían emerger como una función del paciente que activamente los piensa. El pensamiento puede ser una 'acción' voluntaria, no menos que el movimiento de un brazo o de una pierna. Como mínimo, en el emerger de 'asociaciones', hay un sutil interjuego en la experiencia del paciente, entre ser agencia activa de pensamiento y su receptividad pasiva. Además, la posición supone que el movimiento del pensamiento es lineal, que en la mente del paciente, en un momento dado, sólo está presente una idea. Pero ¿qué sucede si esto no es verdad? ¿Qué sucede si, subjetivamente al menos, él o la paciente sienten que varias cosas se presentan en su mente, *simultáneamente*, varias cosas de las que él o ella *podrían* hablar, de modo que *tan sólo eligiendo* les sería posible hacerlo? Si este es el caso, algún juicio será necesario para hacer esa elección. Si la interdicción contra la elección activa es lo suficientemente fuerte, los pacientes –en efecto– estarán estimulados a *negar* el sentido en el que ellos mismos se sintieron agentes participantes en el proceso. En consecuencia, los criterios con los que toman decisiones en relación a qué decir y cómo hacerlo son, probablemente, menos reconocidos y mucho menos, explorados.

Si en la asociación libre se niega el rol agente del paciente [*patient's agency*], hay, además, otra consecuencia importante. Se exagera la división de roles entre paciente y analista y el clima se inclina hacia el predominio de la autoridad del analista, más de lo que podría serlo del otro modo. Se le pide al paciente que suspenda el discernimiento intelectual consciente, mientras que el analista, momento a momento, se establece como la voz de la sabiduría. Creo que esto sucede aún si se considera que la sabiduría del analista emerge de su *inconsciente* sincronizado con la experiencia inconsciente del paciente (pretendidamente, el gran logro del 'par Freudiano'), ya que el analista, a pesar de la sincronización, *termina* alegando el conocimiento consciente de la verdad sobre la vida interior del paciente. Pienso que emerge un clima diferente –*más* igualitario aunque aún, decididamente asimétrico– si se considera *más* al paciente como alguien que, en el proceso de comunicación, tiene un propósito determinado al hacer uso del discernimiento y la imaginación; y si se considera *más* al ana-

lista como alguien cuyas contribuciones interpretativas también tienen significado asociativo e inconscientemente auto-expresivo.¹

Comprendo que promover la colaboración del paciente cuando se reflexiona sobre el significado de sus asociaciones y sobre los puntos de posible resistencia tiene el potencial de favorecer, en cierto sentido, su rol agente del proceso [*patient's agency*]. Tal alianza de trabajo la subrayan los psicólogos del yo (por ejemplo Gray, 1994; Busch, 1999). En mi opinión, sin embargo, este aspecto de la participación del paciente no es suficiente para compensar el predominio del analista, que resulta tanto de la negación del rol agente del paciente [*patient's agency*], como de la negación del juicio del paciente en el acto mismo de la asociación libre.

Es importante reconocer que no son dicotómicos la agencia consciente y los procesos inconscientes tanto del analista como del paciente. Como bien se expresa en un diálogo esclarecedor entre Altman (2002 a y 2002 b) y Stern (2002), la agencia reflexiva y la experiencia no formulada pueden trabajar sinérgicamente, cada aspecto informando y enriqueciendo al otro mediante acciones verbales y no verbales. Altman escribe: "que aunque la experiencia inconsciente nos recorre, también buscamos un sentido de agencia en relación a estas experiencias. Somos responsables de lo que se desarrolla dentro del proceso analítico, aun en el momento en que nos sentimos llevados por él" (2002a, p.511). Altman se refiere acá principalmente a los analistas, pero es seguro que lo mismo se aplica legítimamente a los pacientes.

La idea de 'elección inconsciente' es problemática. Como he sugerido en otro lugar (Hoffman, 1998 b, págs. xvii-xviii n), ni el lenguaje de la acción voluntaria, ni el lenguaje de la causalidad mecanicista parecen apropiados para describir este aspecto de la agencia humana. Ambos lenguajes deben ser considerados *metafóricos* cuando se aplican en este ámbito, y cada uno de ellos omite la dimensión que el otro captura. Más aún, no se puede ignorar el elemento de misterio que acompaña a toda idea de libre voluntad en tanto connota lo que Rank llama 'causa primaria' (1945, págs. 44-5; ver también Hoffman, 2000, págs.828-9). En el diálogo mencionado arriba, Altman (2000a, 2000b) y Stern (2002), confrontan el aspecto del misterio como relacionado al interjuego de la experiencia verbal y no verbal.

¹ Recientemente he considerado dos informes de casos psicoanalíticos contemporáneos, uno de Peter Fonagy y otro de Joseph Newirth, en los cuales el analista, en mi opinión, no ofrece al paciente reconocimiento como agente colaborador, responsable, ni como co-contribuyente en el proceso. Por el contrario, el analista, en ambos casos, sistemáticamente mantiene a la analizanda, según se pretende, en su lugar de asociaciones supuestamente reveladoras, las cuales son objeto del exclusivo juicio interpretativo del analista y proporcionan las bases para su ejercicio del poder, para su implacable dominación en la situación psicoanalítica (ver Fonagy et. al., 2004; Hoffman, 2005).

* N. de E. El artículo *La señorita A* de Fonagy y otros, 2004, figura en este volumen.

Aquello que elegimos decir y hacer tiene su origen en algo dentro de nosotros mismos, algo que se encuentra más allá de lo que podemos conocer plenamente. Stern nos dice que:

El trasfondo de un pensamiento, la red de significados no expresados y no articulados que sostiene cualquier reflexión explícita, no puede llevarse al dominio de lo verbal, porque es justamente la naturaleza no verbal del trasfondo lo que hace posible un primer plano verbal explícitamente articulado (2002, pág. 522).

Así como el contexto de la comprensión verbal siempre incluye experiencia no verbal, no formulada, también el contexto de la elección consciente siempre incluye un mar de sentimientos y predilecciones involuntarios. No olvidemos, sin embargo, que un determinismo lineal estricto ya no es 'satisfactorio' intelectualmente por el hecho de que simplemente elude la cuestión de los orígenes. Yo elijo ubicar lo 'inexplicable' en el fenómeno de la libertad humana, ya que su existencia parece ser apremiante pragmática, moral y fenomenológicamente, y ya que buena parte de nuestro pensamiento, a los efectos prácticos, lo da claramente por supuesto.

En la literatura hay antecedentes del reconocimiento del rol agente del paciente [*patient's agency*], aunque son relativamente raros y, en general, no han recibido el énfasis que merecen, ni se han apreciado plenamente sus implicaciones lógicas. Rank sobresale como alguien cuyo pensamiento estaba organizado, en alto grado, alrededor del lugar de la voluntad en la experiencia humana. Mitchell (1988) lucha contra la tensión entre el determinismo Freudiano tradicional y la libre voluntad, a menudo implícita, en la manera en que se formulan el proceso y los objetivos del psicoanálisis. Él reseña el trabajo de Farber, Schafer y Shapiro, quienes se ocupan de este tema más explícitamente que la mayoría de los teóricos. Mitchell subraya la importancia de integrar los roles dados a la realidad interna y externa con el rol de la voluntad libre del individuo:

Tanto Nietzsche como Rank sugieren que los procesos que subyacen a los *patterns* que estructuran una vida humana se comparan de manera más útil con la creación de una obra de arte y la metáfora artística posibilita una visión más equilibrada y compleja. (pág. 255)

El *self* no es producto de motivos y causas; está, también, la voluntad creativa del individuo. El trabajo clínico que no tiene en cuen-

ta esto se convierte en un ejercicio intelectual de explicación y racionalización, más que en uno proveedor de lo necesario para incrementar la responsabilidad en nuestras propias elecciones pasadas y presentes, tanto en las elecciones hechas con claridad y deliberadamente como en las elecciones empañadas por el autoengaño y la distracción. (pág. 257)

Como veremos, Mitchel, pese a enfatizar la importancia general de la voluntad libre, al referirse a la asociación libre se alinea, en alguna medida, a la visión tradicional del rol del/la paciente en cuanto contribuyente en el proceso analítico, considerando su responsabilidad como significativamente reducida en comparación con la del analista.

2. Negación de la influencia interpersonal del paciente y del analista

Tradicionalmente se dijo que la asociación libre surgía desde el interior del paciente, con poca o ninguna influencia real proveniente del analista. El diván mismo, y la ausencia de contacto visual, según se afirma, incrementaban la no influencia de la participación real del analista en lo que venía a la mente del paciente.

Presuntamente, sin embargo, esta visión del método fue dejada de lado hace mucho tiempo. Más de medio siglo ha pasado desde que Macalpine (1950) llamó la atención a la comunidad analítica por no reconocer que el silencio relativo del analista no creaba simplemente un espacio para el surgimiento espontáneo de asociaciones que, por así decirlo, serían un 'cultivo puro' del proceso inconsciente del paciente. En cambio, ella decía que los analistas debían reconocer, ante sí mismos y entre sí, si es que no lo hacían frente a sus pacientes, que sistemáticamente los estaban privando de una relación de objeto, privación tendiente a inducir la regresión, y con ella, a estados afectivos asociados específicamente con la frustración y la pérdida del objeto; por cierto, una poderosa 'sugestión'.

Macalpine habló solamente de la estructura básica del *setting* ritualizado, tal como estaba organizado entonces, no de las *contribuciones* más *personales* del analista. Le correspondió a Racker, también en la década del 50, identificar ese aspecto de las reacciones del analista y su influencia en el curso de las asociaciones del paciente. Racker escribió: "Nos hemos dado cuenta cada día más que el paciente *actúa algo a través del asociar*", y "Estamos [...] prestando más atención hacia los roles que el paciente desea que el analista acepte y juegue, de acuerdo a las imagos que representa para el paciente". (1968, pág.56).

Hay pocos teóricos, de existir alguno, que no reconozcan este aspecto de la asociación libre, al que Kris llama 'significado de la acción como opuesto al 'significado léxico' (1996, p.72-4). Sin embargo, para algunos es una posibilidad secundaria que emerge rara vez, mientras que para otros es un rasgo predominante del proceso, y un rasgo muy importante, tal vez el más importante, en términos de proveer una base a la acción terapéutica. La diferencia entre las dos perspectivas puede verse en el peso que cada una de ellas da, ya sea al fluir de las asociaciones del paciente, ya al fluir de la interacción, como fuentes generadoras de oportunidades de nuevos niveles de conciencia e integración. Cuando el énfasis se pone en la asociación libre en sí misma, como sucede en la obra de los teóricos de la psicología del Yo, como Gray (1994) y Busch (1999), los aspectos disociados del *self* del paciente, de una u otra forma encuentran su camino en el flujo de los pensamientos del paciente, dentro de la secuencia de ideas que pueden emerger cuando el paciente se siente suficientemente seguro; es por esto que, lo que había sido ajeno y prohibido puede ser permitido en la conciencia, aunque lo sea en forma desfigurada, y puede ser comunicado y aceptado. Por el contrario, cuando el énfasis está en la interacción, múltiples aspectos del *self* se distribuyen entre el analista y el paciente. Se considera que la experiencia de cada uno encarna aspectos de la totalidad de la vida mental del paciente. Varias 'partes' de la psique del paciente son proyectadas de modo que pueden ser representadas más plenamente en la experiencia contratransferencial del analista que en la experiencia del paciente. Estas 'partes', encarnadas en lo que Racker llama 'identificaciones complementarias', pueden incluir aspectos 'malos' del *self* del paciente y de su mundo de objetos internos, en el sentido de que son condenados por el Superyó del paciente, o por estar en conflicto con algo del sistema de valores del analista o del sistema cultural, y aspectos 'buenos' porque podrían reflejar virtudes que se correspondieran con las cualidades del yo ideal [*ego-ideal*] del paciente. De hecho, las capacidades de reflexión, de discernimiento y de *insight* del paciente podrían ser proyectadas, de tal modo que le corresponde al analista pensar dos veces antes de aceptar despreocupadamente y de actuar irreflexivamente la voz de la sabiduría (Racker, 1968, págs. 27-8). Por supuesto, el reconocimiento del analista de *enactment* y la reflexión sobre este es mucho *menos probable* cuando la disociación de la función analítica y su adjudicación al analista en el proceso, están virtualmente institucionalizados. Pero, en la temprana versión del paradigma relacional que Racker defendía en la década del 50, sostenía que el analista puede fomentar la reintegración en el paciente, de esas partes proyectadas en su persona, princi-

palmente, a través de la interpretación de los *enactments* transferenciales -contratransferenciales.² El énfasis en tal interacción transforma radicalmente el significado de la 'asociación libre' y de su lugar en el trabajo analítico, en tándem con la transformación del significado de la 'atención parejamente flotante'. Racker escribió:

La asociación libre, desde este punto de vista, implica un *proceso patológico*, y no debe ser considerado como un proceso curativo. Este último consiste en la reintegración de [...] partes del yo a través de [...] la interpretación. [...] (L)la conciencia del hecho de que tal comunicación de material por parte del paciente implica entregar una parte de su personalidad constituye, creo, una de las bases sobre la cual muchos de los analistas de hoy interpretan con mucha mayor frecuencia, devolviendo de este modo al paciente lo que éste ha colocado en el analista, y que en realidad le pertenece. (p. 37, mi bastardilla)

Consideraría a esta particular afirmación como un exceso de corrección de parte de Racker, ya que no tiene en cuenta los *tiempos* en los que predominan el interés del paciente en comunicar y ser comprendido, y el interés del analista en comprender, en otras palabras, algo así como la transferencia positiva inobjetable, complementada por una contratransferencia positiva inobjetable. Una visión más equilibrada tendría en cuenta que *a veces* éste es el rasgo más saliente de la interacción, siempre que reconociera, al mismo tiempo, la frecuencia de aparición con la que se destaca este proceso proyectivo que Racker describe.

Obsérvese que esto pasó *hace mucho* tiempo, que hace alrededor de cincuenta años que surgieron, en la literatura psicoanalítica, las radicales contribuciones de Macalpine y Racker. Estas ideas no dan *comienzo* a la teoría relacional contemporánea, aunque han sido ciertamente recogidas y desarrolladas aún más por el movimiento relacional. Un avance importante, más allá de Racker, ha sido abrazar más plenamente la condición de inevitable y deseable de este fluir de *enactment*, que puede *preceder* a la reflexión e interpretación explícitas y que contiene en su interior estas complejas aleaciones de repetición y experiencia nueva, incluyendo, a veces, su interjuego altamente paradójico (Ehrenberg, 1992; Ghent, 1992;

² El punto de vista de Racker se desarrolló dentro de un marco kleiniano e indudablemente contribuyó a la evolución, en esa tradición, de conceptos relacionados tales como la identificación proyectiva y el *splitting*. Sus ideas, no obstante, han también influido notablemente sobre el desarrollo del paradigma relacional (Hoffman, 1998 b, ver especialmente capítulo 4).

Mitchell, 1993; Renik, 1993; Davies, 1996, 1999; Stern, 1997; Benjamín, 1998; Hoffman, 1998 b; Pizer, 1998; Bromberg, 2001). La visión constructivista enfatiza una actitud más amistosa hacia las fases de *desconocimiento* de los múltiples aspectos del significado de *la propia* participación, alternando y aún mezclándose con fases de exploración colaboradora de las diversas posibilidades que están incrustadas en el interjuego de la transferencia y la contratransferencia.

Un segundo avance, que emerge principalmente del movimiento relacional y se construye sobre el concepto de identificación complementaria de Racker, ha sido el reconocimiento de variantes 'normales' de disociación y multiplicidad que afectan la interacción (por ej. Davies, 1996; Bromberg, 2001; Mitchell, 1993; Stern, 1997). Este desarrollo teórico ha añadido mucha complejidad y sofisticación a nuestra comprensión del rol de los *enactments* en el proceso. Pienso, sin embargo que, aún antes de llegar a estos desarrollos contemporáneos, vale la pena destacar que la resistencia a las modificaciones relativamente tempranas del concepto original de asociación libre, ha sido y continúa siendo formidable, y que sus implicaciones han sido absorbidas sólo lenta e inconsistentemente.

A este respecto difiero con Henry Smith (2004), cuya reciente crítica a la asociación libre y a la atención parejamente flotante está relacionada con la mía, en la medida en que argumenta que gran parte de la diferencia entre teóricos relacionales y teóricos neoclásicos es, al menos, exagerada, de no ser claramente mítica. Smith ha preguntado retóricamente: "¿hay alguien en esta era que consideraría cualquier fenómeno psicológico separado del contexto en el que aparece?" (2001, pág.497). En realidad creo que los informes sobre la muerte de este modo de pensar son sumamente exagerados.

De hecho, cifrar las esperanzas en la asociación libre como camino hacia el inconsciente del paciente, no contaminado por la influencia externa 'objetivamente' evaluada, solo persiste en formas remarcablemente puras. Esto no quiere decir que no se puedan encontrar perspectivas de la asociación libre más integradoras de principios relacionales –aún en la literatura no relacional–. Smith (2001), de hecho, trae a nuestra atención algunos convincentes ejemplos de esa forma de pensar, y da crédito a autores tales como Arlow, Isakower, Gardener y Jacobs. Pero, por otro lado, la sugerencia de que hay teóricos contemporáneos que consideran a la asociación libre desde una perspectiva *no contextual* es, apenas, una cuestión insustancial! Kris, cuyo punto de vista es en realidad desafiado bastante vigorosamente por el mismo Smith (2004), escribió lo siguiente, en 1996, en una edición actualizada de su texto sobre el tema:

(M) más temprano o más tarde, en la mayoría de los análisis el paciente vive la relación como 'injusta', en el sentido de que el paciente debe revelar todo pero esperar que no retorne del mismo modo, debe amar sin ser correspondido. La aclaración y la interpretación de estas reacciones transferenciales las hará más fácilmente asimilables por el paciente –con el correspondiente progreso en la libertad de asociación– *si el paciente puede reconocer la realidad de las intenciones y obligaciones del analista*. Vale decir, el analista responde sólo cuando tiene algo útil para decir. No debe ceder a las tentaciones de responder al amor o al odio *de ninguna manera* excepto para favorecer la asociación libre. (Pág. 26, mi bastardilla).

Pienso que es digno de atención que esta visión de la asociación libre no refleja ninguno de los puntos de vista de Macalpine ni de Racker. Por cierto, Kris no cita ni a Macalpine ni a Racker, ni aún con el propósito de diferenciarse de ellos. Kris ve la experiencia de privación del paciente como *disarmónica* con 'la *realidad* de las intenciones y obligaciones del analista', en tanto que Macalpine la vería como una reacción ante *la intención real* del analista de privar al paciente de una relación de objeto. Kris considera posible que el analista mantenga la actitud analítica prescripta, solícita y objetiva, sin tener en cuenta lo que el paciente pueda aportar en forma de influencia, mientras que Racker esperaría que las respuestas al 'amor y odio' fueran muy prevalentes y creasen motivos para la acción, difícilmente limitados al propósito de "promover la asociación libre".

Adherir a una visión de la asociación libre como relativamente no contaminada por la influencia del analista no está restringida a los que proceden de una tradición neoclásica o de la psicología del yo. Considérese la siguiente formulación de Bollas, quien ha sido a veces identificado con un punto de vista intersubjetivo (véase Gerhardt y Sweetnam, 2001). Elogiando a la asociación libre, afirma, en un pequeño libro que tiene ese título, publicado en 2002: "(E)el analista se queda con la fe Freudiana: una creencia de que *si uno se libera de uno mismo (y de todas las teorías propias)* y se entrega a las propias experiencias emocionales, entonces, finalmente, el pensamiento inconsciente del paciente se le revelará" (p.37, mi bastardilla).

En la misma concepción unipersonal [*one-person*], en un todo de acuerdo con lo que Stolorow y Atwood (1992) refieren como 'el mito de la mente aislada', Bollas afirma:

No pasa mucho tiempo sin que el analizando comience a apreciar el pensamiento asociativo. Después de todo, el material usado por el analista habrá llegado, en este aspecto, *totalmente*, desde el paciente. La fuente de verdad, tal como se presenta, habrá derivado del proceso de pensamiento del analizando (2002, p. 54, mi bastardilla).

Para Bollas, la presencia no intrusiva del analista provee una clase muy especial de medio ambiente nutriente que “sostiene vigorosamente la libertad de la mente y la relación de objeto interno del analizando” (2001, p. 95).

Sin embargo, esta demanda es, precisamente, a la que se opuso Macalpine en 1950, argumentando que la posición Freudiana estándar *no* creaba simplemente las condiciones para la autoexpresión espontánea a través de la asociación libre, sino que, en su lugar instalaba una forma de privación con poderosa influencia sobre la experiencia del paciente. Lo que es más, desde un punto de vista relacional-constructivista, el error al que se prestan los puntos de vista de Kris y Bollas es a un excesivo sentimiento de confianza de los analistas de que pueden *conocer* sus intenciones así como lo que están realizando. Lo que aquí se niega es, primero, la fundamental e irreducible ambigüedad de la conducta del analista, como también la fundamental ambigüedad de las comunicaciones del paciente y en consecuencia la responsabilidad de ambas por las innumerables interpretaciones plausibles (de las cuales, la de Macalpine es una); y segundo, el probable sesgo en la comprensión del analista de sí mismo y del paciente, hasta un punto en que *el analista no puede descubrir rápidamente*, de acuerdo con las influencias culturales y subculturales, las tendencias caracterológicas y las presiones de la contratransferencia.

3. La negación de la parte de responsabilidad del paciente en la co-construcción de la relación analítica

Un sutil cambio en la distribución de responsabilidad

El concepto de ‘asociación libre’ alienta al paciente a hablar de lo que se le ocurre sin censura. El objetivo es reducir las inhibiciones de todo tipo, inclusive las que podrían derivar de la preocupación por el impacto de lo que se dice sobre el analista. Como yo lo entiendo, éste es el principal empujón a la interpretación de la defensa de Gray y Busch, en tanto ésta interfiere con el libre surgir de los deseos y actitudes repudiados del paciente. Sin embargo, propongo que todo este enfoque se basa, primordialmente,

en una visión del analista como instrumentalidad técnica antes que como persona. El supuesto es que los analistas pueden, efectivamente, retirarse del campo, como plantea Bollas, quitarse de encima [a ellos mismos]; pueden cultivar una posición de tal desapego que no sólo sus convicciones teóricas tendrán poco efecto significativo sobre su comprensión, sino que, además, tendrán escasa influencia sobre la experiencia del analista las provocaciones de los pacientes que se limiten a ‘palabras’ –sin mencionar sus contribuciones más sutiles–

Mientras más pensamos al analista como persona involucrada en la relación, más razón hay para modificar nuestra perspectiva sobre la responsabilidad del paciente. Quiero detenerme aquí para enfatizar que el dar más peso al compromiso personal del analista no niega el poder de la situación analítica de mitigar o atenuar esa involucración y por consiguiente reducir la vulnerabilidad narcisista del analista más allá de lo que podría ser posible en una situación social común. Tenemos que trabajar mucho para no caricaturizar las posiciones de cada uno. Al mismo tiempo, haríamos bien en no corregir excesivamente la polarización recurriendo a la *comprensión* de las diferencias. Incluso una diferencia consistente en el *énfasis* mantenida por centenares, quizás miles de horas, durante muchos años, equivale a una diferencia enorme en términos de las clases de experiencias que se promueven y de las probables bases de la acción terapéutica. De hecho argumentaría que una diferencia de paradigma, asociada, por ejemplo, a una diferencia en la epistemología subyacente que gobierna a la práctica, equivale, ni más ni menos, a una diferencia sistemática en el *énfasis*.

Dentro del movimiento relacional, en el que hay un *énfasis* mayor en la condición de ‘ser persona’ del analista, el trabajo analítico asume el carácter de una lucha por construir una cualidad de relación promotora de cambio. Ese proyecto incluye, pero no se limita a promover el *insight* acerca de las fuentes y expresiones de la compulsión a repetir viejos *patterns*.

Aún en un paradigma más tradicional, no es, por supuesto, sólo el ‘*insight*’ la fuente de cambio y de elaboración, sino, por el contrario, el análisis de la transferencia, que, como lo expresa Loewald, supone “el cincelado continuo de las distorsiones de la transferencia” (1960, pág. 225). De acuerdo con Loewald, lo que pone en juego la nueva relación de objeto es, en gran manera, la interpretación del analista de las percepciones distorsionadas del paciente. En el paradigma relacional, sin embargo, el analista tiene que luchar más para desenredarse él mismo y al paciente de las varias formas de *enactments* transferenciales-contratransferenciales en los cuales el analista es un co-contribuyente. De acuerdo con el analista relacional, es nece-

sario que reflexione sobre su propia participación; reconozca sus posibles contribuciones a los *enactment*; incluya en el trabajo interpretativo la referencia a estas contribuciones, especialmente en el análisis de la transferencia; que se interese en las interpretaciones plausibles del paciente, conscientes e inconscientes; y luche con el paciente para co-construir nuevas formas de ser y relacionarse que compitan con, y finalmente desplacen a la compulsión a repetir viejos *patterns* de expresión de necesidades y deseos así como de las defensas que contra ellos presente el paciente.

El analista relacional, además de valorar el rol de los *enactment*, en tanto afectan a las asociaciones del paciente, comprende plenamente que las asociaciones tienen significado en el contexto de la participación del analista. Sin embargo, creo que el movimiento relacional, en su mayor parte, no ha cuestionado explícitamente la regla fundamental como tal. Permanece la condición de que el rol del paciente es intentar decir todo lo que llega a su mente, preferiblemente sin 'censura', sin juzgar, e idealmente, sin preocuparse por la vulnerabilidad humana del analista. La asociación libre se complementa, en mayor grado, con el desarrollo de un tipo de interacción libre, que incluye los *enactments* transferenciales-contratransferenciales como formas de expresión que se vuelven en objetos de reflexión crítica y que finalmente proporcionan caminos para la acción terapéutica. Pero aquí tampoco se pone especial énfasis sobre la responsabilidad *del paciente* respecto del tipo de interacción que promueve. Mitchell, en una de sus últimas publicaciones, escribió:

Le pedimos al analizando que ame y odie *irresponsablemente*, permitiendo que los sentimientos surjan sin pre-selección consciente ni preocupación sobre sus implicaciones y utilidad. Le pedimos al analista que ame y odie *responsablemente*, permitiendo que surjan los sentimientos, pero *nunca* sin tomar en cuenta sus consecuencias para el proceso analítico, del cual *él es el guardián*. (2000, pág.132, mi bastardilla)

Creo que esta formulación de la asimetría, incuestionablemente necesaria, es demasiado dicotómica. Esto es consecuencia lógica del énfasis puesto en incrementar la participación personal del analista en el proceso, participación que tiene un cambio sutil a partir de nuestra visión del rol del paciente y de nuestra comprensión de su responsabilidad. Unido al reconocimiento del rol agente del paciente [*patient's agency*] para elegir sobre qué hablar y cómo hacerlo, ¿por qué no *podría* pedirse al paciente que ejerza *algún* mayor grado de discernimiento para considerar el impacto de sus palabras

y de otros aspectos de su conducta en el analista? Los principios implícitos que gobiernan las elecciones conscientes e inconscientes del paciente al contribuir a la co-construcción de la relación analítica, la manera en la que el juicio es ejercido, son, con regularidad, objetos de reflexión y exploración crítica. Uno espera establecer un clima que aliente una mezcla de construcciones de la interacción: que sean, por un lado 1) habituales / caracterológicas, (2) regresivas / subyacentes, y (3) imaginativas / nuevas; y, por el otro, una reflexión crítica sobre el proceso constructivo en sí mismo. El *insight* está encastrado en una relación multifacética, la *totalidad* de la cual ofrece un tipo complejo de experiencia correctiva (Hoffman, en prensa).

En relación con lo que antes se pensaba, se considera cada vez mayor la responsabilidad del analista en la contribución a la calidad de la relación analítica, a través de formas que van más allá de la escucha empática y la interpretación. Aún Loewald, en aquello que Cooper identifica como su alejamiento más radical de la tradición analítica –luego de presentar un amplio espectro de tipos de actividad de cuidado vinculadas con una buena *parentalidad*, donde incluye diversos modos de compromiso psicológicos y físicos, verbales y no verbales– regresa a la situación analítica y afirma: “En el análisis, si es que va a ser un proceso que lleve a cambios estructurales, deben tener lugar interacciones de naturaleza similar.” (Loewald, 1960, págs.229-30, citado en Cooper, 1988, pág.25).

Por lo tanto, tenemos recorrido un largo camino en la apreciación de la complejidad y de los potenciales del rol *del analista* para hacer posible algún tipo de experiencia correctiva, pero aún no hemos dado el paso adicional de asignar *al paciente* un mayor grado de responsabilidad para que contribuya a la calidad de la relación. Y, por supuesto, mientras más pensemos en el paciente, literalmente como si fuera un niño, y cuanto menor sea el niño imaginado –cuanto más cerca de la infancia se halle– es menos probable que consideremos al paciente como alguien que comparte la responsabilidad de la forma y el curso de la relación analítica. En el trasfondo, el factor decisivo es la idea del ‘par Freudiano’, el apareamiento de un paciente quien, al ‘asociar libremente’, no es realmente un agente responsable, con un analista quien, al participar con ‘atención parejamente flotante’, no es realmente una persona.

Aunque poco desarrollados, en la literatura psicoanalítica hay antecedentes que se ocupan de la responsabilidad del paciente respecto de la calidad de la relación analítica. Existe una corriente de literatura que reconoce específicamente los efectos terapéuticos del paciente sobre el analista. La reseña de Aron (1996, págs.129-138) de esta ‘línea subversiva de

pensamiento' (p.131) –está orientada a un aspecto más amplio del tema que me interesa: el carácter de agencia responsable del paciente, en tanto éste afecta al proceso– apunta a las contribuciones de Ferenczi, Groddeck, Jung, Winnicott, y Tower. Dentro de la tradición interpersonal, Aron se refiere a Thompson, Tauber, Fromm, Singer, Searles, Levenson, y Wolstein; y, dentro de la psicología del self, a Bacal y a Stolorow. Al comentar sobre el lugar y el quid de esta perspectiva, Aron escribe:

La línea de pensamiento que he rastreado no ha recibido nunca la aprobación de la corriente dominante en la comunidad psicoanalítica. Siempre ha encontrado una respuesta que admite que esta mutualidad entre el analista y el analizando puede ocurrir a veces, y puede ser poderosa cuando sucede, pero, por empezar, esto no debería ocurrir con demasiada frecuencia si el analista está suficientemente bien analizado. Después de todo, sigue el argumento obvio, se supone que el análisis es para beneficio del paciente, antes que para el del analista. Cuán poco ético y poco profesional es colocar las necesidades del analista por delante de las del paciente.

La tradición que deriva de Groddeck y Ferenczi, a través de Fromm, Searles, Winnicott, Levenson, y Wolstein da vuelta totalmente este argumento, lo pone patas para arriba. Paradójicamente, su legado sugiere que el paciente puede muy bien necesitar poner las necesidades del analista primero, al menos en algunos aspectos. A menos que los pacientes puedan sentir que han afectado a sus analistas, los han movilizad, cambiado, desconcertado, enojado, herido, curado, que los conocen de cierta forma profunda, ellos mismos no pueden ser capaces de beneficiarse con sus análisis. (1996, págs.135-6)

Desde la reseña de Aron, se han agregado otras contribuciones a esta dimensión del proceso. Slavin y Kriegman (1998), por ejemplo, coincidiendo con la sugerencia de Aron, proponen que el analista puede tener que cambiar para que el paciente se beneficie. Davies ofrece un planteo especialmente elocuente acerca del potencial del paciente para afectar al analista y de la contención mutua que es a veces necesaria:

Como pareja psicoanalítica de este viaje sumamente personal y peligroso, juntos, paciente y analista, llegan a darse cuenta, no sin inquietud y terror, que con frecuencia dependen uno del otro, a fin de dar un paso seguro por estas dificultosas transformaciones. Debemos

por consiguiente negociar las formas cada vez más efectivas y confiables de enfrentarnos a los conflictos y de sobrevivir a los encuentros peligrosos. Cada negociación exitosa hace que el paciente se vuelva menos temeroso de lo nuevo. Sin embargo, el analista también crece en su seguridad y deviene capaz de confiar en el desarrollo de las habilidades analíticas del paciente. Creo que aquí el analista se convierte en un explorador más entusiasta, dispuesto a correr riesgos más grandes, a enfrentar peligros más intensos para enriquecer y dar vigor a la calidad de todo el viaje. Llega a entender, por vía de una comunicación inconsciente sutilmente afinada, que el paciente ha sido capaz de proporcionarle ciertas funciones críticas contenedoras, y por lo tanto ser capaz de irrumpir, comprometidamente, por los más profundos y recónditos lugares de sus propias zonas desconocidas e irracionales. (1999, pág.204)

Desafiando las posiciones tradicionales de la asociación libre, sugiero que reconozcamos el progreso del paciente como agencia en la situación analítica, que incluye la función de éste como 'terapeuta de su analista', aunque no se restrinja a ésta. (Searles, 1975). Yo querría ir más lejos de lo que en general se aventura, aun en la tradición del pensamiento 'subversivo' que Aron reseña y que ha continuado desarrollando especialmente en la literatura relacional, y considerar el valor de la contribución del paciente al proceso, a veces reconocido explícitamente por el analista, reconocimiento que puede transmitir tanto valoración como crítica constructiva. Y aún, al focalizar en la responsabilidad del paciente, continúo alentando un cambio significativo en el *énfasis*, y no en un desmantelamiento al por mayor de la sabiduría que sobre el proceso tienen las posiciones tradicionales. Creo que es tentador alejarse del desafío de tan sutiles modificaciones y de la complejidad de las cuestiones que reflejan, y reducir lo que se propone a una posición extrema que querría destruir los principios de larga data que gobiernan la práctica psicoanalítica, pero sería como arrojar al bebé con el agua del baño.

Otra vez, comenzamos con un incremento en el reconocimiento y el apoyo a la participación personal del analista en el proceso. Ese incremento ni siquiera pone en cuestión la asimetría fundamental de la situación analítica en cuanto al grado en que están continuamente expuestos las vidas interiores y los intereses y problemas personales de analista y paciente. El analista permanece en una posición más protegida, la que, junto con otros factores, aumenta su habilidad para activar un aspecto del *self* [al que Schafer (1983) se refiere como el 'segundo self' analítico (p.291)] que es *consistentemente* más capaz que el self social común del analista de subordinar el inte-

rés propio a la atención de la experiencia de otra persona. Si la vulnerabilidad narcisista del analista está menos en juego que lo que puede estar bajo circunstancias sociales comunes, la libertad que el paciente tiene para expresarse se torna mucho mayor que la que puede tener fuera de la situación analítica. Además, no hay duda de que esto está de acuerdo con el propósito del psicoanálisis que espera que aún los aspectos más destructivos de la transferencia sean puestos en juego dentro del contexto de la relación analítica. Reconocer la responsabilidad compartida del paciente en la co-construcción de la calidad de esta relación no intenta bloquear ese aspecto crucial del proceso. Con todo, a medida que se incrementa el compromiso personal del analista, la libertad del paciente para decir todo lo que pase por su mente sin tener en cuenta *para nada* los sentimientos del analista, también tiene que ser ponderada. Aunque sea problemático sugerir cualquier restricción relativa al objetivo de crear un entorno seguro para el surgimiento de las actitudes y sentimientos 'inaceptables', sin embargo, debe reconocerse que hay límites que se requiere que el analista tolere sin objetar, límites que indudablemente variarán de acuerdo al analista, o incluso de su estado de ánimo, en un momento determinado. Además, aún con respecto a moderar las formas de expresión de la transferencia, nosotros queremos estimular el pensamiento crítico que puede, en el largo plazo, contribuir a que se produzcan cambios en las formas de ser y de relacionarse del paciente. El objetivo del acuerdo no es sólo mitigar el pleno impacto de los deseos y actitudes del paciente, en parte debido a la asimetría de la exposición y vulnerabilidad personal, sino también crear un tipo de disponibilidad óptima para el ensayo de un tipo de relación, que tiene la potencialidad de generalizarse a otras relaciones. Esa disponibilidad óptima provee al paciente de oportunidades, atenuadas y sin embargo cruciales, de disponer de nuevos niveles de integración de múltiples polaridades saludables: de auto-expresión y de responsividad [*responsiveness*] a otros; de interés en sí mismo y generosidad; de ser cuidado y cuidar; finalmente, de ser amado y de amar.

En este trabajo he vinculado, primordialmente, el ejercicio del rol agente del paciente [*patient's agency*] con el de la reserva analítica que, con frecuencia, es el blanco de la interpretación de la 'resistencia'. Sin embargo esta conexión es engañosa porque en esas comunicaciones audaces que abiertamente expresan los pensamientos menos 'aceptables', que se alinean más cerca de lo que se puede interpretar como un simple 'decir lo que viene a la mente', también se refleja el rol agente del paciente [*patient's agency*]. Son elecciones que el paciente está haciendo, que pueden tener el potencial de empujar hacia adelante el proceso, y que pueden reflejar con-

siderable creatividad, sabiduría y coraje. Aunque abiertamente desafiantes tales comunicaciones pueden contener una considerable limitación, puesto que no llegan a grados de provocación que impidan su buen uso analítico. Reserva y expresividad no son por supuesto mutuamente excluyentes; más, coexisten en diversas relaciones figura-fondo en cada comunicación (cf. Mitchell, 2000, págs. 125-46). Coincidiendo con la discusión de la paradoja de Ghent (1992), a menudo los pacientes estiran los límites de tal forma que llevan a ambos participantes a un espacio en el que algo necesita ser negociado, y se debe comprender que se está al borde de un *enactment* destructivo, o al borde de la exploración de potenciales de salud no descubiertos aún en la relación. Además, cierto tipo de sabiduría inconsciente puede estar trabajando en el paciente para llevarlo a ese espacio con el analista, donde finalmente, algo puede tener mejores posibilidades de ser trabajado (Altman, 2002 b).

Ilustraciones clínicas

Para ilustrar lo dicho acercaré tres casos descritos en trabajos ya publicados y algunas viñetas adicionales. La paciente que llamo Diane, en el capítulo 8 de *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process*, comienza una sesión en la sala de espera diciendo: 'Estoy aquí por una razón y sólo por una razón, conseguir Valium® [diazepam]. Si no me puede ayudar para que lo consiga, me voy ahora' (Hoffman, 1998 b, p. 209). Ken, en el capítulo 9, al finalizar la primera consulta en mi consultorio, (nos habíamos estado reuniendo en la universidad), ubicado en un piso alto, que puede desencadenar la fobia a la altura y el vértigo del paciente, dice: 'No me estoy cayendo a pedazos, pero ¿podría por favor caminar conmigo hasta el ascensor?' Manny, introducido en el capítulo 10 del libro y discutido más ampliamente en un ensayo posterior (Hoffman, 2000), quien tenía 86 años en el momento de producirse estos hechos, se presenta en la puerta de mi casa el día en el que regreso del hospital después de una cirugía por un triple bypass. Quiere entregar un cheque para pagar las sesiones que aún adeudaba de las semanas que precedieron a la cirugía (págs. 825-6).

Otro paciente, después de una serie de sesiones en las que el clima es cálido y de colaboración, de pronto se muestra sumamente hostil. No importa lo que yo diga, él dice, con desprecio: 'Si usted lo dice' o 'Supongo que usted sabe' o 'Lo que usted diga, Hoffman' o '¡Seguro, así debe ser, señor! Usted es el jefe'. Antes esto había ocurrido unas pocas veces durante un período de años, pero difícilmente esta es su manera típica de rela-

cionarse. Una joven mujer me mira fijamente al finalizar una sesión, insistiendo en que yo debería estar lo suficientemente sintonizado con ella como para saber lo que significa su comunicación no verbal. Se muestra muy inflexible en este aspecto y bastante enojada los últimos diez minutos de la sesión. Media hora más tarde llama para disculparse y decir que, al reflexionar decidió que lo que ella exigía no era razonable, y ofrece algunas ideas acerca del por qué se mostró tan obstinada. Una paciente de una supervisada es regularmente despreciativa con la terapeuta, sistemáticamente ignora todo el esfuerzo que ésta ha hecho para ayudarla y todas las formas evidentes en las que realmente la ha ayudado. Un día, en el final de una sesión, ya en el momento de irse, la paciente dice: 'Sabe, usted realmente es una extraordinaria buena amiga. Se merece un trato mucho mejor que el que le doy.'

Lo que en todos los ejemplos quiero expresar es que estos pacientes son agentes libres, tanto como cualquiera de nosotros, estemos o no en el rol de pacientes, y son responsables, para bien o para mal, de sus acciones. Las cosas que ellos hacen no son un mero fluir mecánico de lo que llega a su mente como resultado de su dinámica intrapsíquica, separada de su discernimiento y de su capacidad de elegir. Los pacientes no están *simplemente* desplegando sus 'condiciones' o sus 'dinámicas', dejándolas afuera de ellos para que sus analistas operen sobre ellas y las 'traten'. Antes bien, en el contexto de la influencia de factores internos y externos, están eligiendo modos de actuar que plasmarán las relaciones con sus analistas en sentidos peculiares. La co-construcción de esas relaciones es inherente a la expectativa de la acción terapéutica, y nosotros, los analistas, no somos las únicas personas en el consultorio con 'experticia' y responsabilidad relevante para esas expectativas.

Contrastar con otros servicios médicos podría ayudar a clarificar mi posición. Supongamos que un paciente necesita operarse. Aunque el paciente sea cirujano, nada de su 'experticia' es relevante al proceder real, ya que éste se realiza mientras el paciente está bajo anestesia. Es el cirujano que opera quien hace el trabajo. Pero el *know-how* en la construcción de relaciones que el paciente trae consigo cuando *inicia* la terapia o el análisis es relevante a lo largo del proceso en que éste se lleva a cabo. Loewald propone que la mente del paciente está presente, desde el comienzo, como colaboradora 'en el estudio', en la distribución de responsabilidad en el trabajo psicoanalítico; esta visión anticipa nuestra concepción contemporánea de colaboración, mucho más amplia y más compleja, de lo que la noción de 'colaboración' puede significar:

Los procesos y estructuras mentales que estudiamos en nuestros pacientes son esencialmente los mismos que los nuestros y del mismo orden de realidad (realidad psíquica), así como del mismo orden que los procesos y estructuras por medio de los cuales los estudiamos. Nuestro estándar de objetividad tradicional implica que hacer de algo un objeto de investigación significa someterlo a procedimientos, en última instancia mentales, que son en principio extrínsecos y superordenados a los procesos inherentes en el objeto [...] (L) la investigación psicoanalítica [...] se basa en la premisa de que tanto el analizando como el analista son ambos participantes y que el analizando, también es capaz de usar una medida de objetividad tanto hacia sí mismo como hacia el analista. El analizando debe haber desarrollado, al menos hasta cierto punto, un 'yo observador' a fin de que la investigación analítica despegue. (1970, pág. 279)

Creo que con demasiada frecuencia estamos tan atentos a lo que el paciente *hace* para crear dificultades y a lo que nosotros *hacemos* para superarlas que perdemos la posible sabiduría creativa de las contribuciones de nuestros pacientes, tanto en construir diversos tipos de *enactment*, como en ayudarse a desenredarse a sí mismos y a sus analistas de ellos. Diane, exigiendo el diazepam, se llevó y me llevó a lo profundo de ese espacio en el que parecíamos estar estancados, en una lucha desesperanzada por el poder, pero luego fue *ella* quien empezó a murmurar, cuando yo me adelantaba al teléfono y esperaba hablar con su internista: '¡Esto es loco! Yo misma podría hacerlo', y fui yo, para bien o para mal, quien hizo la llamada (Hoffman, 1998 b, pág.211). Siguió una muy provechosa exploración del significado de todo el episodio, incluyendo reflexiones sobre a quién del pasado de la paciente cada uno de nosotros podría haber representado. ¿No podría verse a Diane como la principal arquitecta de este escenario completo, altamente evocativo, esclarecedor y promotor de relaciones? Del mismo modo, al pedirme que lo acompañe hasta el ascensor, Ken parece estar invitando a un *enactment* de una violación ilícita de los límites que repite un aspecto destructivo de las relaciones con sus padres. Pero al mismo tiempo, parece estar buscando algo nuevo. Como escribí respecto a nuestra caminata 'extra-analítica':

en el mismo momento en que trasgredo, me doy cuenta, implícitamente, que el paciente y yo estamos tratando de construir una transgresión *no catastrófica*, una violación de las reglas *no incestuosa*, *no*

suicida, no homicida. Estamos tratando de diferenciar este acto ilícito, traspasar el marco de la puerta, de tirarse por la ventana del piso 21, de ser sumergido en un incestuoso abismo con la madre, de matar a la madre, de matar al padre, de ser matado por el padre, de que la madre se mate [como realmente lo hizo]. En estos escenarios el paciente puede estar en el rol de la figura parental o en el rol del niño, colocando al analista en una posición complementaria (pág.234).

Hay, por lo tanto, una sabiduría creativa en la iniciativa del paciente, que lleva consigo potenciales para la experiencia correctiva y para la reflexión analítica posterior, como la que surge en la hora siguiente (p. 235-8). En el tercer ejemplo, la visita de Manny a mi casa se convierte ulteriormente en la ocasión para una crítica advertencia telefónica de mi parte, a la que sigue un muy emocional intercambio de e-mails, que incluyeron el que me llamase falso, y mi protesta ante la severidad de sus 'ataques' (Hoffman, 2000, págs. 826-32). Al reiniciar las sesiones, lo que de por sí refleja una elección de parte de Manny, que no debería darse por supuesta, toda la secuencia se convierte en la base de un trabajo analítico extraordinariamente rico, en el cual, entre muchas otras cosas, Manny considera su identificación con su madre invasora, aun cuando él y yo reconozcamos cuán diferente es él de ella, y en qué medida mi respuesta crítica podría no haber considerado la intención generosa y afectuosa de su acción (p.833-5). Además, mucho de lo logrado aquí, está inspirado y modelado por las contribuciones de Manny, en dos sentidos, el de la expansión de la comprensión analítica y el del crecimiento dentro de la relación analítica.

La implicación clínica de lo que estoy diciendo es que esto legitima un amplio rango de respuestas que deberían ser excluidas si cada cosa que el paciente dice o hace es vista como 'ya determinada' (en concordancia con la negación del rol agente del paciente [*patient's agency*]) y si el analista no está lo suficientemente presente como persona real (en concordancia con la negación de la influencia interpersonal de analista y paciente) para desafiar al paciente a tener comprensión de sí mismo a nivel personal. En el paradigma que estoy enfatizando, si un paciente de pronto se torna hostil, está dentro del reino de lo posible que, después del décimo y sarcástico: 'Lo que usted diga, doctor', y después de una serie de intentos de interpretar y comprender, el analista podría decir, 'Sabe, usted está siendo terriblemente rudo, quiero comprender de qué se trata todo esto, pero no creo merecer ser tratado así, quiero que usted encuentre otra forma de expresar lo que está sintiendo. En realidad, querría que me hablase *más*

acerca de lo que siente, y más directamente.' Cuando un paciente que se ha comportado con desprecio luego expresa remordimiento (como la mujer que se disculpó después de una sesión o la mujer que reconoció que la analista había sido una buena amiga), es razonable que el analista diga algo así: 'Sabe, le agradezco esto. Sus ataques han sido algo duro de recibir. Es generoso de su parte disculparse. Realmente quiero saber en qué lo he defraudado y no quiero que deje de transmitirme esos sentimientos, pero realmente significa mucho para mí saber que usted también aprecia el valor de nuestra relación y de lo que he tratado de ofrecerle.'

Recuérdese que, en el paradigma tradicional (y creo que esto abarca al paradigma *relacional* tradicional), es poco común pero siempre razonable, que un paciente se disculpe por estas cosas, y mucho menos común que el analista exprese aprecio, puesto que el analista está siempre por encima de 'necesitarlo'. La disculpa *automáticamente* se transforma en otra expresión 'neurótica' de la excesiva preocupación del paciente por cómo se siente el analista. La realidad, por supuesto, podría ser la gama completa de combinaciones de una preocupación demandante y una 'excesiva' inquietud 'neurótica'. Mi posición es que se trata de una negociación entre dos personas en la que cada parte puede, en determinados momentos, ser *legítimamente* criticada o valorada por la otra, o autocriticarse o, en alguna medida, sentir orgullo por la forma en que le ha parecido influir en la interacción inmediata y en la relación como un todo. Este enfoque, además, no interfiere para nada en la exploración del significado de la experiencia y del comportamiento del paciente, en tanto refleja la influencia del pasado y de diversas estructuras psicológicas internas. Por el contrario, profundiza esa exploración. Sin embargo, desalienta totalmente la *reducción* del significado de aquellos factores históricos aprisionados al punto de excluir una vez más el rol agente del paciente [*patient's agency*], su responsabilidad y el potencial asociado para reconocer cierta culpa o cierto mérito en el curso actual de la relación analítica.

Conclusión

Permítaseme decir que creo que, en general, no tenemos que ir tan lejos en términos de lo que esperamos de nuestros pacientes. Pienso que hay aquí una brecha entre lo que *realmente* esperamos y lo que *admitimos* que esperamos. En otras palabras, quizás por lo general damos por sentado la capacidad que va teniendo el paciente de intuir algunos de los ingredientes que la relación requiere. Para concluir, quiero aquí retomar mi crítica al énfasis

tradicional de negar la posibilidad de una 'actitud de reserva' responsable cultivada en la relación, que es considerada casi siempre como una 'resistencia' irracional que requiere ser interpretada. No quiero decir que el paciente, debido a factores transferenciales, no pueda a menudo equivocarse en la dirección de una mayor inhibición y constricción que la necesaria. Pienso que esto es probablemente muy común. Pero es demasiado parcial decir que éste es el único tipo de exceso a considerar. Pienso que con frecuencia estamos silenciosamente agradecidos a los pacientes por darnos la oportunidad de interpretar sus 'inhibiciones', en lugar de confrontarnos de inmediato con *cada* pensamiento que se les ocurre y que están tentados de expresar (cf. Hoffman, 1998b, p.147). Si un paciente es gráficamente minucioso y explícito respecto de una fantasía erótica, en una manera que parece tener la clara intención de ser sexualmente estimulante, el analista podría cuestionar, interpretar y confrontar, de manera tal de hacer, al menos, una sugerencia implícita para que el paciente trate de encontrar una forma para transmitir esos pensamientos que sea más reflexiva y más en armonía con los objetivos analíticos. A veces se les pide a ambos participantes que ejerciten el 'arte de atenuar los planteos [*understatement*], un punto que discutí (Hoffman, 1998a) en conexión con una ilustración poética de ese tipo de diálogo engañoso en un caso presentado por Davies (1998), que involucraba el manejo de la transferencia y la contratransferencia erótica. Nadie pensaría dos veces acerca de decirle a un paciente que ha comenzado a desvestirse que se deje las ropas puestas. La idea de que las palabras pertenecen a una categoría de 'acción' completamente diferente, protegidas por la sacrosanta regla de la 'asociación libre', niega el enorme poder que ellas tienen en la construcción de la experiencia humana. En lugar de ocuparnos tan selectivamente de la posible 'resistencia', cada vez que notamos que nuestros pacientes se limitan en lo que deciden contarnos, tendríamos que considerar darles crédito, a veces, por su ingenio para contribuir imaginativa y sensiblemente a una relación analítica óptima. Entonces podríamos encontrar más oportunidades para afirmar a nuestros pacientes como seres humanos sociales responsables antes que focalizarnos en sus censuras e inhibiciones, supuestamente neuróticas, las que se tornan aparentemente innecesarias por nuestras propias ilusiones de santa trascendencia y tolerancia interpersonal.

Palabras clave: rol agente del paciente, alianza, co-construcción, constructivismo dialéctico, asociación libre, influencia interpersonal, mutualidad, reconocimiento, resistencia, responsabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altman N (2002a). Where is the action in the 'talking cure'? *Contemp Psychoanal* 38:499-513.
- (2002b). Reply to Stern. *Contemp Psychoanal* 38:527-9.
- Aron L (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. 292 p.
- Benjamin J (1998). *Shadow of the other: Intersubjectivity and gender in psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale UP. 128 p.
- Bollas C (2001). Freudian intersubjectivity: Commentary on paper by Julie Gerhardt and Annie Sweetnam. *Psychoanal Dialog* 11:93-106.
- (2002). *Free association*. Cambridge, UK: Icon. 80 p.
- Bromberg PM (2001). *Standing in the spaces: Clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. 376 p.
- Busch F (1999). *Rethinking clinical technique*. Northvale, NJ: Aronson. 218 p.
- Cooper A (1988). Our changing views of the therapeutic action of psychoanalysis: Comparing Strachey and Loewald. *Psychoanal Q* 57:15-27.
- Davies JM (1996). Linking the 'pre-analytic' with the postclassical: Integration, dissociation, and the multiplicity of unconscious process. *Contemp Psychoanal* 32:553-76.
- (1998). Between the disclosure and foreclosure of erotic transference-countertransference: Can psychoanalysis find a place for adult sexuality? *Psychoanal Dialog* 8:747-66.
- (1999). Getting cold feet, defining 'safe-enough' borders: Dissociation, multiplicity, and integration in the analyst's experience. *Psychoanal Q*. 68:184-208.
- Ehrenberg DB (1992). *The intimate edge. Extending the reach of psychoanalytic interaction*. New York, NY: Norton. 210 p.
- Fonagy P, Denis P, Hoffman IZ (2004). Miss A (with commentaries). *Int. J. Psychoanal* 85:807-22.
- Freud S (1913) *On beginning the treatment*. SE 12, p. 121-44
- Gerhardt J, Sweetnam A (2031). The intersubjective turn in psychoanalysis: A comparison of contemporary theorists-Part 2: Christopher Baas. *Psychoanal Dialog* 11:43-92.
- Ghent E (1992). Paradox and process. *Psychoanal Dialog* 2:135-59.
- Gray P (1994). *The ego and analysis of defense*. Northvale, NJ: Aronson. 254 p.
- Hoffman IZ (1998a). Poetic transformations of erotic experience. Commentary on paper by Jody Messier Davies. *Psychoanal Dialog* 8:791-804.
- (1998b). *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process. A dialectical, constructivist view*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. 310 p.
- IZ (2000). At death's door: Therapists and patients as agents. *Psychoanal Dialog* 10. 823-46.
- (2005). Standard psychoanalytic dominance and creation of interludes of equalization of power in the psychoanalytic situation: A discussion of case presentation by Joseph Newirth. *Psychoanal Inq* 25:328-41.
- (in press). Forging difference out of similarity The multiplicity of corrective experience. *Psychoanal Q*.
- Kris AO (1996). *Free association: Method and process*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. 144 p.

- Loewald H (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. In: *Papers on psychoanalysis*. p. 221-56. New Haven, CT. Yale UP. 1980.434 p.
- (1970). Psychoanalytic theory and the psychoanalytic process. in: *Papers on psychoanalysis*. p. 277-301 New Haven. CT: Yale UP, 1980 434 p.
- Macalpine I (1950). The development of the transference. *Psychoanal Q* 19:501-39.
- Mitchell SA (1988). *Relational concepts in psychoanalysis. An integration* Cambridge. MA: Harvard UP. 340 p.
- (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York, NY: Basic Books. 285 p.
- (2000). *Relationality.. From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. 173 p.
- Mitchell SA, Aron L, editors (1999). *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition*. Hillsdale. NJ: Analytic Press 496 p.
- Pizer S (1998) *Building bridges: The negotiation of paradox in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. 248 p.
- Racker H (1968). *Transference and countertransference*. New York. NY: International UP 203 p.
- Rank O (1945). *Will therapy and truth and reality*. Taft J, translator. New York. NY: Knopf. 305 p.
- Renik O (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanal Q* 62:553-71.
- Schafer R (1983). *The analytic attitude*. New York, NY: Basic Books. 316 p.
- Searles HF (1975). The patient as therapist to his analyst. In: Giovacchini PL. editor. *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy*. Vol. II: *Countertransferences*. p. 95-151. New York, NY: Aronson.
- Slavin MO, Kriegman O (1998). Why the analyst needs to change: Toward a theory of conflict, negotiation, and mutual influence in the therapeutic process. *Psychoanal Dialog*8:247-84.
- Smith HF (2001). Obstacles to integration; Another look at why we talk past each other. *Psychoanal Psychol* 18:485-514.
- (2004). The analyst's fantasy of the ideal patient. *Psychoanal Q* 73:627-58.
- Stem DB (1997). *Unformulated experience: From dissociation to imagination in psychoanalysis*. Hillsdale. NJ Analytic Press. 293 p.
- (2002). Language and the nonverbal as a unity: Discussion of 'Where is the action in the 'talking cure''?' *Contemp Psychoanal* 38:515-26.
- Stolorow R, Atwood G (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. 160 p.