

El “algo más” que la interpretación revisitado: desorden y cocreatividad en el encuentro psicoanalítico

The “something more” than interpretation revisited: sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter

Boston Change Process Study Group

Artículo original traducido y publicado con autorización: Boston Change Process Study Group (2018). The “something more” than interpretation revisited: sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 693-729. <https://doi.org/10.1177/00030651050530030401>

Traducción: Marta González Baz
Revisión: Nuria Esteve Díaz

Las características del pensamiento de sistemas dinámicos pueden iluminar niveles del proceso psicoanalítico insuficientemente reconocidos. Un aspecto central de los modelos dinámicos es que los cambios en los sistemas complejos son impredecibles y emergen más allá de la interacción de elementos. El examen del micro-primer plano momento a momento, o a nivel local, de las sesiones psicoanalíticas condujo a la conclusión de que la indeterminación y la sorpresa son propiedades inherentes a los sistemas intersubjetivos. Esta indeterminación, o desorden, comprende varios aspectos interrelacionados del diálogo: intencionalidad “difusa”, impredecibilidad, improvisación, variación y redundancia. Las transcripciones de grabaciones sonoras de dos sesiones analíticas ilustran cómo estos rasgos desordenados generan elementos impredecibles y potencialmente creativos que contribuyen al cambio psicoterapéutico.

Al aplicar la teoría de sistemas dinámicos al proceso psicoanalítico, hemos llegado a la idea de que la interacción terapéutica psicoanalítica es un proceso inherentemente desordenado (Boston Change Process Study Group, 2002; en adelante BCPSG). Este desorden surge de la indeterminación intrínseca del proceso cocreativo entre dos mentes. El desorden se refiere aquí a las cualidades indeterminadas, desordenadas o aproximadas del intercambio de significado entre paciente y analista. Este artículo es un intento de elaborar y explorar esta idea de indeterminación, así como sus implicaciones para el proceso del psicoanálisis. También basamos esta concepción del desorden del proceso terapéutico momento a momento en los rasgos que se observan en una sesión analítica transcrita.

Intentaremos describir el proceso del psicoanálisis en lo que hemos denominado nivel local (BCPSG, 2002). El nivel local es el intercambio segundo a segundo entre paciente y terapeuta, consistente en movimientos relacionales compuestos por sucesos no verbales y verbales, tales como frases habladas, silencios, gestos y cambios en la postura o el tema. Cada movimiento relacional a nivel local se considera que revela una intención de crear,

alterar, o afinar la naturaleza inmediata de la relación terapéutica. Cualquier intercambio tendrá un nivel local.

Este abordaje permite un foco en lo que pensamos que se ha reconocido escasamente que sucede en el proceso terapéutico. Muchos pensadores recientes han explorado las dimensiones interactivas del proceso psicoanalítico (ver, p ej. Benjamin, 1995; Hoffman, 1998; Mitchell, 1997; Ogden, 1997). Sin embargo, la mayoría de pensadores relacionales se han interesado por la búsqueda más amplia de significado psicodinámico y no se han centrado sistemáticamente en el nivel momento a momento (pero ver Beebe y Lachman, 2002). Examinar el proceso a nivel local puede considerarse una lente convergente para ver el proceso psicoanalítico, un nivel adicional de análisis que no reemplaza las descripciones psicodinámicas tradicionales más a nivel macro.

Los nuevos enfoques conceptuales y descriptivos a menudo requieren nueva terminología que capte las ideas que son específicas de ellos. Cuando comenzamos a desarrollar nuestras ideas de la dimensión momento a momento del tratamiento psicoanalítico quedó claro que la mayoría del vocabulario psicoanalítico establecido tenía unos fuertes lazos con el inconsciente dinámico y la teoría tripartita de la mente. Usar este vocabulario para referirnos a nuestra perspectiva en cierto modo diferente de las diversidades de los procesos inconscientes, a menudo se demostró confuso más que clarificador. Por tanto, nos pareció necesario introducir nuevos términos en nuestra discusión.

Aunque nuestros hallazgos pueden tener implicaciones para las cuestiones psicoanalíticas tales como el alcance del inconsciente dinámico, la relación entre la imprecisión observada a nivel local y su manejo técnico, y la relación entre lo que consideramos como material espontáneo cocreado y material dinámico intrapsíquico del pasado, dichas implicaciones exceden nuestro alcance aquí. Por el momento, centraremos la atención en nuestro enfoque y en las descripciones que provienen de él.

A pesar de las connotaciones negativas de la palabra *desorden*, consideramos el desorden como generalizado, ineludible e inherente en el nivel momento a momento de toda interacción diádica. En lugar de ver este desorden como problemático, lo consideramos crucial para la generación de nuevas posibilidades para el cambio psicoterapéutico. Aunque el desorden del intercambio de significado introduce en la interacción una incertidumbre sustancial, creando lo que generalmente se consideran errores o contratiempos, paradójicamente introduce nuevas posibilidades para aumentar la coherencia del proceso interactivo entre analista y paciente. El desorden es potencialmente creativo.

Si bien los modelos de sistemas dinámicos, que incluyen el rasgo de desorden de una u otra forma, han contribuido a descubrir nuevos insights en muchas áreas de la ciencia (ver Thelen y Smith, 1994; Prigogine, 1997; Edelman, 1992; Freeman, 1995, 1999), algunos teóricos han considerado cómo estos modelos pueden aplicarse a procesos relacionales en la psicoterapia (ver Beebe y Lachmann, 2002; Stolorow, 1997). Al explorar las implicaciones de la investigación evolutiva para las terapias psicoanalíticas, hemos tomado aspectos de las perspectivas de psicoanálisis diádica, relacional e intersubjetiva y los hemos integrado en una perspectiva del proceso terapéutico de sistemas dinámicos con base evolutiva. Los modelos de sistemas dinámicos son especialmente adecuados para manejar sistemas complejos con muchas variables interdependientes. Dichos sistemas tienen propiedades autoorganizativas, resultando en cambios discontinuos, no

lineales, en la organización que son en su gran mayoría impredecibles. Estos cambios dan lugar a la emergencia no anticipada de propiedades que no existían antes.

Este marco de sistemas dinámicos tiene diversas características. En primer lugar, el motor dinámico de la terapia reside en las propiedades autoorganizativas de analista y paciente juntos como díada. En segundo lugar, tanto analista como paciente aportan tendencias individuales e inputs moldeados por los otros. Estas variables pueden ser opuestas unas veces y otras ser congruentes o complementarias. En tercer lugar, la trayectoria que emergerá de la interacción de los dos miembros de la díada es impredecible e incluye propiedades emergentes que surgen de la interacción de muchas variables. En cuarto lugar, la trayectoria emergente será sensible a las condiciones iniciales de la relación y estará limitada por ellas, incluyendo las historias relacionales que ambos participantes traen. Este marco de trabajo incluye un fuerte papel tanto de la organización como de la limitación que operan dentro del sistema.

Además de un marco de sistemas dinámicos, la investigación evolutiva ha apuntado a la importancia de formas de memoria no conscientes, implícitas, procedimentales. Recientemente hemos llamado la atención sobre la importancia de dichas formas implícitas de representación en el campo relacional y las hemos denominado conocimientos relacionales implícitos. Este término se refiere a las representaciones del modo en que los individuos se relacionan entre sí y que quedan fuera de la atención focal y de la experiencia verbal consciente (Lyons-Ruth, 1999; Stern y col., 1998; Tronick y col., 1998).

No rechazamos el concepto de inconsciente dinámico. En cambio, pensamos en términos de un rango de fenómenos inconscientes. Tradicionalmente, el inconsciente dinámico, construido como verbal o simbólico, y como inconsciente sólo debido a la represión, es en psicoanálisis el único fenómeno inconsciente considerado “psicodinámico”, el locus de todas las representaciones afectivamente importantes. Sin embargo, también hay un conocimiento implícito que es no consciente, no tiene etiqueta verbal ni simbólica y no requiere represión para permanecer inconsciente (Stern y col., 1998). Puesto que el nivel implícito representa la acción interpersonal encaminada a un objetivo, con sus fuertes valencias afectivas y elementos conflictuales, este nivel también es rico en significado psicodinámico, sin formar parte necesariamente del inconsciente dinámico (Lyons-Ruth, 1999). Sin embargo, desentrañar más las contribuciones de lo no consciente implícito y del inconsciente reprimido excede el alcance de este artículo. Nuestra tarea aquí es llamar la atención sobre la existencia del nivel implícito.

Nosotros encontramos que enmarcar la contribución del pasado al presente en términos de conocimiento relacional implícito ofrece varias ventajas. Ofrece una descripción de la relación pasado-presente consistente con el conocimiento evolutivo y neurocientífico actual (ver Lyons-Ruth, 1999; Schore, 1994; Westen y Gabbard, 2002a, b). La neurociencia cognitiva ha demostrado repetidamente la existencia y el funcionamiento separable de dos formas de memoria, comúnmente llamadas memoria implícita y explícita, o procedimental y semántica. La investigación evolutiva ha descrito la capacidad preverbal del infante para representar y anticipar patrones de interacción con otros antes de que estén funcionando formas de memoria simbólica o explícita y mucho antes de que pueda ser formulada cualquier descripción simbólica de la estructura de la interacción.

Aunque la teoría psicoanalítica previa ha tendido a equiparar formas no verbales de representación con el funcionamiento preverbal de la infancia, la neurociencia actual deja claro que las formas implícitas de representación son fundamentales para el funcionamiento adulto complejo así como para el funcionamiento infantil (ver p. ej. Jacoby y Dallas, 1981; Schachter y Moscovitch, 1984). Además, el aprendizaje complejo nuevo tiene lugar en la vida adulta mediante mecanismos implícitos. Este nuevo aprendizaje no está mediado por la traducción de conocimiento implícito en forma simbólica o consciente, aun cuando pueda haber palabras o imágenes implicadas como parte del aprendizaje que es implícitamente representado. En realidad, muchas formas de conocimiento implícito tienen que ver con cómo hacer cosas con palabras. Puesto que las formas implícitas de memoria no están inicialmente codificadas en palabras, la forma verbal no es el modo en que funciona normalmente la mente.

Además, el concepto de conocimiento relacional implícito sostiene una visión del inconsciente dinámico (reprimido) y del procesamiento no consciente como crucial para la vida afectiva y relacional, al tiempo que nos libera de un modelo del inconsciente dinámico como el camino único o necesario para entender el campo intrapsíquico. También nos libera de la expectativa de que el cambio requiera necesariamente comprensión verbal en el sentido de hacer consciente lo inconsciente. Aunque la mayoría de las teorías relacionales explican el cambio como resultado de la comprensión verbal compartida de las transacciones paciente-analista lograda una vez que las interacciones críticas han tenido lugar, nuestro modelo propone que los procesos implícitos afectivamente ricos pueden ocasionar el cambio en las capacidades interactivas en el momento (ver Stern, 2004). En algunos casos, estos cambios pueden no requerir que los que interactúan reflexionen explícitamente sobre lo que ha ocurrido.

Concebimos el conocimiento relacional implícito como un campo de memoria relacional que está constantemente en el proceso dinámico de ser reorganizado con cada nuevo encuentro relacional. Aunque cualquiera de los dos participantes terapéuticos tenga numerosas capacidades intersubjetivas, incluyendo capacidades para interpretar las intenciones relacionales y los estados mentales del otro, la capacidad para crear conocimiento relacional implícito compartido no reside únicamente en ninguno de ambos actuando por su cuenta. En cambio, según avanza la relación terapéutica, el conocimiento implícito compartido y las intenciones compartidas emergen poco a poco a partir de las propuestas relacionales cocreativas que cada uno ofrece al otro. El sistema diádico dinámico tiene capacidades emergentes para crear formas nuevas e impredecibles de conocimiento implícito compartido en los interactuantes como nuevos modos de estar juntos y ser cocreados en el tratamiento.

En resumen, hacemos las siguientes suposiciones. La mayoría de las experiencias vitales afectivamente significativas que son relevantes en psicoterapia son representadas en el campo de conocimiento implícito no consciente. Esto incluye también muchas manifestaciones de transferencia. Por tanto, mucho de lo que sucede a nivel local es significativo psicodinámicamente, aunque no necesariamente reprimido. El hecho de que el inconsciente dinámicamente reprimido también pueda ser una influencia activa a nivel local no es nuestro foco. Simplemente estamos llamando la atención sobre un nivel de procesamiento diferente.

Al elaborar este modelo de sistemas dinámicos de la emergencia de nuevas formas de conocimiento relacional implícito, nos hemos venido a centrar en la actividad momento a momento de paciente y analista. En un trabajo anterior, comenzamos tratando de resolver momentos memorables que fueron “iluminadores” para ambos participantes (Stern y col., 1998).

En un trabajo posterior, ampliamos nuestro foco para incluir los momentos cotidianos más silenciosos de implicación entre los dos participantes terapéuticos en el nivel local de las interacciones momento a momento (BCPSG, 2002). En este nivel local quedó claro que el cambio se producía de modo similar tanto en los momentos pequeños, aparente poco importantes, como en los momentos “esclarecedores” de cambio terapéutico más apreciable. Puesto que creemos que el nivel local es un lugar importante de acción terapéutica, pensamos que aclarar los procesos y fenómenos, incluyendo el desorden, que suceden en este nivel iluminará facetas adicionales de lo que en realidad sucede en un tratamiento psicoanalítico.

Comparado con la atención dedicada a la metateoría, la que se ha dispensado al nivel momento a momento del proceso terapéutico ha sido escasa. Creemos que este nivel de actividad terapéutica tiene su propia complejidad, estructura y organización. Es en este nivel momento a momento que los procedimientos relacionales implícitos se ponen en acto y evolucionan. Sin embargo, nuestro foco en el nivel local no pretende implicar que el trasfondo y la metateoría del marco psicoanalítico no sean también relevantes. De hecho, el trabajo futuro necesitará centrarse en integrar el nivel local con el nivel de significados y narrativas psicodinámicos más amplios.

Desorden y cocreatividad: intrínsecos al proceso terapéutico

Una visión del proceso terapéutico como desordenado en el nivel local es una observación central de este artículo. Tiene consecuencias de largo alcance. El desorden amplía las posibilidades y la variabilidad inherentes en la díada psicoanalítica. Y la cocreación es el proceso por el que el desorden se capitaliza para generar orden o una dirección compartida en la interacción.

El analista suele entrar en el proceso terapéutico sólo con una noción general y bastante abstracta de dónde puede observar el progreso del paciente en relación con la resolución de conflictos, la ampliación de áreas de funcionamiento efectivo, la reducción de la angustia o la expresión flexible de afecto. De forma similar, el paciente comienza sólo con ideas muy generales de dónde terminará. Ni analista ni paciente pueden saber con detalle qué necesitarán hacer juntos para alcanzar sus objetivos. En realidad, tanto analista como paciente pueden sólo tratar de resolver el dilema inmediato de qué hacer para dar el siguiente paso en el proceso interactivo. Este agarre, por supuesto es el punto en el que entrarán en juego toda la formación dinámica y la humanidad del analista. Aquí es donde será se hará operativo el que el analista capte alguna dirección curativa, una selección de qué “reconocer” en las palabras y acciones del paciente. Pero esta indeterminación del “cómo” de la terapia es ineludible, independientemente de la posición terapéutica, y emerge necesariamente del hecho irreducible de que tanto paciente como analista son fuentes de agencia y subjetividad independientes y al mismo tiempo están continuamente influyéndose el uno al otro.

El desorden de un sistema diádico terapéutico emerge en parte de un rasgo central de la interacción terapéutica al que nos referiremos como *intencionalidad difusa*. Cuando cualquiera de las dos agencias creativas e independientes interactúan, un problema central con el que se encuentran es que mientras que las acciones son observables, sus intenciones o significados deben ser inferidos. Afirmaríamos, junto con Freeman (1995, 1999) y en línea con los estudios infantiles actuales (Meltzoff, 1995; Carpenter, Nagell y Tomasello, 1998), que este proceso de inferir intenciones mediante el análisis de las acciones es central para la forma en que el cerebro funciona, y para cómo entendemos a los otros. Estas inferencias acerca de las intenciones del otro son los materiales brutos a partir de los que se elaboran parcialmente los nuevos movimientos relacionales que uno hace.

El inferir la intención, o la dirección motivacional, es un tema crítico que abordan dos personas siempre que interactúan, pero se erige especialmente importante en un tratamiento psicoanalítico debido al foco primario en las direcciones motivacionales. Cuando usamos aquí el término *intención*, lo usamos tanto en un sentido ajustado (¿Qué está intentando hacer el otro ahora con ese comentario?) como más amplio (¿Cuáles son los significados u objetivos más amplios que contribuyen al acto o al comentario?). Sin embargo, la relación entre la acción observada, generalmente una acción verbal en el marco analítico, y la intención inferida es necesariamente vaga. El análisis y la traducción de la acción a intención o significado a menudo requiere reiteración y redundancia en las secuencias interactivas, de modo que las potenciales “lecturas” alternativas puedan ser evaluadas y descartadas. Esta inferencia y este proceso de evaluación están ocurriendo todo el tiempo, principalmente a un nivel implícito fuera de la conciencia.

Desorden e intencionalidad

La continua indefinición en el proceso de inferir intención u orientación hacia un objetivo en la actividad del otro presta un inevitable desorden al proceso interactivo. Cada participante no sólo está avanzando acciones e infiriendo intenciones; estas acciones e inferencias de intención tienen en sí mismas un efecto en el moldeamiento de las acciones e intenciones del otro cuando emergen.

Este desorden en captar las intenciones es una fuente de desorden correspondiente en el proceso interactivo como tal. El desorden es inherente a la naturaleza de la subjetividad humana. Con el tiempo, a partir de un proceso de negociación, las intenciones de cada uno pueden llegar a “reconocerse” por el otro a un nivel implícito.

Este continuo proceso de intencionalidad difusa implica una gran cantidad de variabilidad y redundancia en el corazón del proceso terapéutico. Es necesario permitir a ambos participantes que hallen respuestas adecuadas para el otro que conduzcan a la emergencia de una dirección conjunta en el tratamiento. El proceso de reconocimiento en el núcleo de nuestra visión del cambio terapéutico hace hincapié en el desorden, con su variabilidad, impredecibilidad y redundancia, para lograr momentos especiales de encuentro que contribuyan a la emergencia de una nueva dirección compartida para la diada. Hemos discutido este proceso de reconocimiento implícito en un trabajo anterior (Stern y col., 1998; Tronick y col., 1998; BCPSG, 2002) y volveremos a él con más detalle en los apartados finales de este artículo.

Desorden y cocreatividad

Puesto que hallamos que el desorden es intrínseco a la relación momento a momento, necesitábamos intentar resolver cómo podría contribuir a la generación de cambio. Es aquí donde entra en juego el concepto de cocreatividad. Pensamos en la cocreación como un proceso autoorganizado de dos mentes actuando juntas que se aprovecha del desorden inherente de la interacción para crear algo psicológicamente nuevo. Lo que se crea no existía antes y no podía ser predicho del todo por ningún participante. Las numerosas fuentes de confusión y sorpresa de cualquier interacción crean el potencial para que emerjan elementos impredecibles en la díada y para que estos sean elaborados. Los sistemas dinámicos no lineales tal como se observan en la interacción diádica reensamblan por su naturaleza acontecimientos mentales y personales de modos que no son predecibles y que emergen espontáneamente como una función de la interacción. Por tanto, los procesos interactivos hacen saltos no lineales o cambios cualitativos. Por esta razón, nuevas intenciones o nuevos sentimientos y significados son algunos de los productos creativos de interés en un sistema diádico no lineal. Aunque los significados, los sentimientos y las intenciones no se consideran generalmente como productos creados que surgen inesperadamente de un proceso diádico, se podría decir que son los productos más importantes y complejos que emergen a partir de la interacción humana.

Usamos el término *cocreatividad* en lugar de coconstrucción por varias razones. Este último tiene connotaciones inconsistentes con un modelo de sistemas dinámico. La palabra *construcción* implica un proceso dirigido en el que elementos preformados se unen según un plan preestablecido. Por el contrario, con la cocreatividad no hay instrucciones para el ensamblaje. En cambio, los propios elementos que se ensamblan se forman durante el proceso del intercambio.

Es fácil pasar por alto esta creatividad en el corazón del microproceso de la interacción terapéutica. En ocasiones puede incluso parecer que no está pasando nada importante. Sin embargo, en el nivel subjetivo existe una experiencia sostenida de incertidumbre e impredecibilidad mientras terapeuta y paciente intentan aprehender y alinear juntos las intenciones e iniciativas emergentes al servicio de una dirección compartida sostenida en la interacción. Entre paréntesis, cabe mencionar que no todas las direcciones que puedan cocrearse serán curativas o constructivas para el paciente. Pero es una cuestión de técnica y de cómo se concibe la eficacia terapéutica, temas que exceden nuestro alcance aquí.

Cocreatividad y desorden en una sesión analítica

Ilustraremos estos rasgos de los sistemas relacionales y su papel esencial a la hora de generar cambio terapéutico fijándonos muy atentamente en el proceso línea a línea de una sesión analítica dirigida por uno de nosotros. La transcripción completa aparece más adelante como apéndice. Puesto que el conocimiento relacional implícito a menudo se ha malentendido como referido totalmente a los aspectos no verbales de la interacción, nos parece importante ilustrar que estos rasgos de desorden de la comunicación no se limitan al campo no verbal, sino que son evidentes en el nivel procedimental implícito, o proceso, del propio intercambio verbal. Lo que una transcripción exclusivamente verbal no puede captar es que muchos niveles de comunicación, tanto verbales como no verbales, tienen lugar simultáneamente en cualquier intercambio entre dos personas. La coherencia de estas comunicaciones dentro de cada nivel y entre todos ellos es crucial para su impacto en el compañero terapéutico.

A pesar de la naturaleza rica, desde un punto de vista psicodinámico de los temas presentados por el paciente en estos extractos y nuestra creencia de que el nivel local está conectado con el nivel de significados psicodinámicos, no discutiremos estas dinámicas. Si bien cualquier interacción terapéutica podría conducir por sí misma a una discusión de la psicodinámica, también una organización en el nivel local, independientemente de la técnica analítica adoptada. La negociación de la intención y la dirección parecerá bastante diferente con diferentes técnicas, pero dicha negociación siempre estará presente. Y la realidad de los rasgos que describimos no es aparente a menos que uno observe muy atentamente este nivel momento a momento. De hecho, se pierde en el nivel narrativo. Por tanto, demostraremos a qué nos referimos cuando hablamos de desorden en el proceso cocreativo en tanto ocurre en el nivel local, movimiento relacional a movimiento relacional. Ilustraremos el proceso de intencionalidad difusa, con su necesidad asociada de variabilidad y redundancia. También comentaremos cómo estos rasgos de desorden son intrínsecos a la creación de significado compartido.

Por resumir la historia del caso, la paciente había acudido a análisis cuatro años antes por pensamientos recurrentes de suicidio como único modo de afirmarse tras una historia de abuso sexual familiar. La sesión del lunes que describiremos siguió a una sesión extra el viernes anterior, propuesta por el analista tras haber percibido un aumento de la angustia en la paciente durante la última sesión agendada. En la sesión extra, el analista sugirió que la paciente podía haberse sentido obligada a venir, pero la paciente se había mostrado en desacuerdo.

En la sesión del lunes, la paciente contó dos sueños que había tenido desde la sesión extra. Juntos, paciente y analista usaron estos sueños para adentrarse en un territorio nuevo para ambos. En el primer sueño, que había tenido lugar el viernes por la noche, la paciente estaba en una reunión de terapia grupal que le recordó un grupo de abuso sexual al que había acudido en realidad. Ese grupo la había perturbado porque, al enfatizar su victimización, la había hecho sentir peor, no mejor. El segundo sueño había tenido lugar la noche anterior, el domingo, y contenía material en cierto modo humorístico en el que las imperfecciones del analista lo hacían parecer más humano y normalmente falible, no alguien con un control total sobre su propia vida. Aquí la paciente sentía que el analista, al contrario de lo que le pareció en sus apreciaciones previas, era mucho más parecido a ella. Al día siguiente, la paciente empezó la sesión sentándose en lugar de tumbarse y dijo que, inusualmente, sentía que tenía una agenda propia. De hecho, más adelante en la sesión comenzaron a hablar por primera vez sobre la terminación de un modo que a ambos les pareció realista y razonable.

¿Cómo llegaron a este nuevo territorio habiendo partido de un punto de angustia? Obviamente la respuesta reside en la historia completa de analista y paciente y en sus encuentros previos, y no se puede atribuir únicamente al intercambio actual. Sin embargo, nos limitaremos a un examen línea a línea de la transcripción en lugar de intentar tener la explicación del analista y aclarar en retrospectiva su proceso interno. Nuestros conceptos se utilizarán para subrayar aspectos del proceso de cambio que tiene lugar en el nivel local de la interacción y que darán lugar a los cambios más visibles, de macronivel, experimentados por esta diada analítica.

La cocreación de intenciones en el proceso terapéutico

En el primer extracto nos centraremos en el proceso cocreativo y la intencionalidad difusa en la interacción terapéutica. Utilizaremos un ejemplo del principio de la sesión analítica en el que el par había estado hablando del primer sueño sobre la inquietante sesión de terapia grupal. El sábado por la mañana la paciente pensó en llamar por teléfono al analista para decirle que se sentía diferente con él de como se había sentido en la terapia grupal. Sin embargo, decidió que podía esperar hasta la siguiente sesión para decírselo. Más adelante, describe el segundo sueño (relativo a las imperfecciones del analista y el sentimiento de la paciente de ser más como él) como un contraste con ese primer sueño. Como puede verse, el analista no se queda con lo que ella dice sobre el sueño del domingo por la noche, sino que la redirige a la idea de llamarlo tras el sueño sobre la terapia grupal.

Primer extracto: ¿de qué sueño vamos a hablar y por qué?

Paciente: Así que hay dos completamente diferentes... el sueño que tuve anoche me hizo sentir realmente conectada con Vd. y, sabe, me hizo sentir... no sé, creo que más cerca de Vd. el que me dijera que no es perfecto.

(Ha presentado dos sueños con alguna discusión y análisis, pero en este punto ella pasa al segundo. ¿Por qué? Si bien puede haber tenido muchas razones para elegir eso – defensa, proximidad en el tiempo, etc.) este es un ejemplo de la indeterminación en la comunicación respecto a la dirección que la persona pretende tomar, a lo que nos referimos como intencionalidad difusa. ¿Había algo más que saber sobre el primer sueño? No lo sabemos, puesto que de lo que ella habla, el sentimiento de proximidad en el segundo sueño, es a donde ella nos ha llevado. E incluso dentro de la elección que ha hecho, introduce incertidumbres menores, diciendo cosas como “no sé, creo...”. Estas imprecisiones podrían ser resistencias, mostrar una reticencia a implicarse en el tema, o sugerir una cuestión real sobre lo que estaba diciendo. En cualquier caso, se suman a la intencionalidad difusa, o indeterminación, al inferir dónde quiere ir la paciente).

Analista: Ajá.

(Esto puede “significar” adelante, pero de muchas maneras diferentes: porque estoy intentando estar con Vd.; porque no he entendido bien y necesito escuchar más; porque aún no tengo nada que decir; porque ni siquiera sé dónde se dirige; porque necesito más tiempo, tal vez el otro sueño sea más importante. Cualquiera de estas intenciones y tal vez todas ellas podrían estar operativas, constituyendo una mezcla difusa. Ella capta la idea general debido a la convención y a su historia pasada de trabajo juntos. La confusión se halla presente pero aquí no es muy extensa ni importante).

Paciente: Mmm

(Parece estar diciendo “No estoy segura de dónde estoy yendo con esto, tampoco. O si sé dónde, no estoy segura de que vaya a ir allí. Está empezando a parecer que necesito alguna ayuda”. El analista ofrece esa ayuda en la siguiente intervención).

Analista: En realidad pensó en llamarme el sábado por este otro sueño.

(Aquí tenemos la primera sorpresa, un ejemplo de la impredecibilidad en el desorden. El analista ejerce su propia iniciativa y cambia la conversación al otro sueño. De hecho, ni siquiera al sueño, sino a lo que ella pensó hacer *después* del sueño. ¿Por qué? Parece haber alterado radicalmente la dirección de las cosas. ¿Sabía por qué en el momento de

hacerlo? La expresión *en realidad* llama la atención. O bien es una petición de aclaración de si realmente pensó en llamarlo, o una afirmación de su propia sorpresa de que lo hiciera. O podría estar relacionada con su preocupación por haberla forzado a aceptar una sesión extra. En cualquier caso, sus intenciones probablemente sean múltiples, y aún no estén bien formadas. Le salió bien, pero eso no significa que él supiera qué estaba haciendo en el momento. El cambio del analista, su abandono del segundo sueño, el del domingo por la noche, también es sorprendente porque el segundo sueño parece contener material transferencial más potente).

Paciente: ¡Sí!

(Ella elabora parte del desorden centrándose sólo en una parte de la falta de claridad. Sí, realmente pensó en llamarlo).

Analista: Lo que hubiera sido, eh, y la razón por la que estaba pensando eso, ese tipo de conexión muy real, ¿qué era?

(Él aquí está esforzándose por encontrar su camino. Hace numerosas incursiones incompletas para encontrar y expresar su intención, un ejemplo de redundancia dentro de su pensamiento. Al hacerlo, termina con la frase *conexión real*, haciéndose eco de las palabras que la paciente había usado en su primera afirmación sobre el segundo sueño: “realmente conectada”. Estaba recontextualizando la frase. Podía considerarse que estaba empezando a tender una pequeña tentativa de puente entre los dos sueños, o podía estar hablando sobre la realidad de la conexión entre ellos dos. Esta intención sigue siendo difusa. Pero la frase *conexión real* empieza a ser una noción enriquecida cocreada que más tarde ayudará a organizar la sesión. El enriquecimiento de esta noción es un producto conjunto del desorden y de los intentos por encontrar una dirección conjunta y un punto de encuentro en la comprensión compartida).

Paciente: ¿A qué se refiere, a la llamada?

Analista: Sí, a la llamada.

(Intercambian intentos de reducir la incertidumbre y descubrir/crear intenciones menos difusas. Aquí también vemos redundancia y variaciones utilizadas para bloquear clarificaciones que resultan familiares]).

Paciente: Bueno, porque lo había visto el viernes y sentí que había como un hilo de conciencia que se había colado en el sueño.

(Ella también percibe vagamente cierta relación entre los dos sueños. Sus intenciones difusas están empezando a converger. El desorden entre ellos respecto de qué sueño hablar y el cambio entre ambos sueños ha hecho que la relación entre los sueños emerja como tema. Sin embargo, esta no era la intención original ni de la paciente ni del analista. Emergió a partir de sus intentos colaborativos de esclarecer parte de la indeterminación).

Analista: Sí.

Paciente: ... es lo que no entiendo muy bien... quiero decir creo...

(Está avanzando a trompicones).

Analista: La presión está ahí, ¿verdad? Aquí entramos en el tema de la coerción, ser obligado a hacer algo. Y en este sueño realmente está siendo presionada para decir algo más. Y creo que me pregunto cómo, eh, conectaba esto con el hecho de que tuviéramos una sesión extra el viernes.

(Interrumpe. ¿Está sintiendo él también una presión, pero con una intencionalidad diferente que aún no está clara? Aquí entra la improvisación cuando él va de la idea de presión a la de coerción. Ahora tienen que elaborar las intenciones difusas que compondrán y aclararán esta noción. Aparentemente, él ha tenido en mente la coerción de la sesión extra, lo que ha contribuido a la sensación de presión de él, pero no necesariamente a la de ella. Él está testando para ver si aquí hay una coincidencia de intenciones).

Paciente: Lo que me parece es que... el sueño estaba más conectado con la idea de yo sintiendo que tengo que estar a la altura, venir con el material adecuado...

(Dice que el encaje con su idea de la coerción no era bueno. El analista tenía razón en parte y en parte no. Para la paciente, la conexión con la sesión extra era menos importante y no la recogió. Lo que es más importante en este momento es que ella está aclarando a qué se refiere la presión: concretamente a “venir con el material adecuado”. La emergencia de esta precisión crucial por su parte se vio facilitada por la malinterpretación del analista, otra cosecha del desorden. Nótese de nuevo las variaciones repetidas necesarias para avanzar a una mayor claridad mutua).

Analista: Ajá.

(Al haber sido puesto de nuevo en el camino de ella, él está observando y favoreciendo este despliegue inesperado).

Paciente: ... que el sentimiento de [ser] obligada a venir aquí. En cierto modo ahí hay una diferencia de alguna manera desde esa forma de hacer un vínculo con...

(Está reafinando la precisión y avanzando poco a poco. El nivel de desorden parece haber aumentado momentáneamente de nuevo. Ella está sola, con otro, y a partir de este desorden están cocreando algo nuevo y algo con más claridad).

Analista: Sí, ajá.

(La está animando a continuar para encontrar su camino, el de ambos).

Paciente: ... sentirme obligada a venir aquí el viernes, lo que no sentí, al menos conscientemente. Porque lo que yo estaba sintiendo tenía más que ver con que [el grupo] me preguntara, era como que tenía que estar más enferma de lo que me sentía. Y creo que eso es muchas veces una parte de lo que es mi actitud cuando vengo aquí, que hay una parte enferma de mi mente a la que tengo que acceder...

Analista: Ajá.

Progresivamente, a partir del desorden, paciente y analista han cocreado islas de acoplamiento intencional y dirección compartida. Mediante el mismo proceso, el de usar la cocreatividad del desorden, estas islas se unen para crear espacios más amplios de conocimiento implícito compartido. De esta forma el par analítico avanza poco a poco

desde el sentimiento de la paciente de que tenía que estar más enferma de lo que estaba, el sentimiento que emergía del sueño de la terapia grupal. Esta es una estación de paso hacia su mayor sentimiento de ser sujeto agente, que se observó más claramente al día siguiente, cuando empezó la sesión sentándose.

Por resumir nuestra comprensión de este conjunto de transacciones en el nivel de proceso implícito, la paciente ha articulado recientemente su reconocimiento de la necesidad de afirmar su sentimiento de agencia. Decide no llamar a su analista el sábado por la mañana. Luego trae dos sueños en los que está conectada con otra persona: en el primero, mediante su self, enfermo y abusado sexualmente, y en el otro mediante su self competente e igual al analista. En el diálogo que sigue, paciente y analista discuten los sueños y las asociaciones que la paciente hace con ellos desde el punto de vista del significado simbólico. Además, no obstante, están en el nivel local trabajando simultáneamente en el desarrollo del sentimiento de agencia de la paciente mediante las interacciones implícitas momento a momento que denominamos cocreatividad. (La contribución del analista a esta tarea es darle a la paciente la oportunidad de aclarar cuál es su propia experiencia, no meramente aceptar su dirección, una ilustración de la técnica en el andamiaje del sentimiento de agencia de la paciente). En un proceso desordenado de intentar encontrar un acoplamiento del uno con el otro, negocian direcciones intencionales compartidas y significados de nivel local. Aunque puede considerarse que esto simplemente facilita el desarrollo del sentimiento de agencia de la paciente, nuestra opinión es que dicha facilitación forma parte del proceso cocreativo que dio lugar a los cambios en su sentimiento de agencia.

A partir de esta actividad, emergen un significado simbólico y una intencionalidad más complejos. Estos significados más complejos incluyen el que la paciente esté conectada con otra persona mediante un sentido positivo del self, de igualdad, al mismo tiempo que se da cuenta de que experimenta un self enfadado, impotente –“la parte enferma de mi mente”- que sigue esforzándose por manejar. Las intenciones que emergen incluyen los comienzos de su propia agenda y la confianza para afirmarla.

¿Cómo opera la naturaleza desordenada, cocreativa del proceso a nivel local en este segmento para contribuir al cambio? Es en la competición implícita de avance y retroceso, en la que paciente y analista revisan a cada paso cuánto pueden contribuir y responder a la emergencia de una nueva dirección compartida, donde se cocrea un nuevo significado compartido (esto, en lugar del cambio en el significado simbólico guiando el camino a través de la comprensión compartida de los sueños y las asociaciones de la paciente). Mientras paciente y analista buscan encajar entre sí, al mismo tiempo que referencian sus propias agendas, están cocreando una intención compartida. Esta nueva intención reorganiza y contextualiza cada una de las viejas agendas en el proceso de su emergencia (para datos relacionados sobre la recontextualización de la experiencia perceptual previa por la nueva experiencia, ver Freeman, 1995).

Debería apuntarse, sin embargo, que el problema de llegar a una dirección compartida es más complejo que simplemente decodificar las comunicaciones ambiguas del otro. La naturaleza profundamente relacional de la mente humana (Briner, 1990; Dilthey, 1976; Husserl, 1930; Lakoff y Johnson, 1999; Modell, 2003; Feldman y Kalmar, 1996; Stern, 1985; Vygotsky, 1934) significa que una intención o dirección motivacional no es simplemente una cosa en la mente de una persona que se transmite a otra. En cambio, las intenciones conjuntas o las direcciones para los próximos pasos en la relación son cocreados, negociados entre los participantes sobre una base de momento a momento. Lo

que generalmente consideramos como únicamente dentro de la persona no es interno y fijo, sino que es continuamente cocreado en interacción con otro. Cada participante está avanzando acciones e infiriendo intenciones, lo cual tiene un efecto en moldear las acciones e intenciones del otro según emergen. No sólo la comunicación de intención por cada participante es ambigua, sino que esas comunicaciones están constantemente cambiando y ajustándose según la retroalimentación del compañero y las posibilidades percibidas por cada uno de encontrar una dirección compartida para sus intercambios. La expresión de una intención relacional, por tanto, no es un simple acto unipersonal, sino una propiedad emergente de la propia interacción. Finalmente, la complejidad mental y el sentimiento de agencia de cada participante introduce inevitablemente elementos impredecibles e improvisados en cómo funcionará cualquier dirección conjunta. Esta negociación conjunta y la cocreación de intención o dirección puede considerarse la esencia de la interacción terapéutica.

Procesos desordenados, impredecibilidad y variabilidad

Hemos apuntado que la cocreatividad es el resultado de un proceso impredecible, improvisador y que esa intencionalidad desordenada depende de la variabilidad y la redundancia. No pretendemos insinuar que todo lo que sucede en una sesión sea impredecible. Más bien, enfatizamos que el interjuego de dos subjetividades arroja inevitablemente fenómenos impredecibles y sorprendentes en el nivel local.

Fijémonos de nuevo en el material clínico a la luz de estas múltiples fuentes de nuevos elementos en la interacción. La paciente ha estado hablando sobre el segundo sueño, en el cual el analista parecía más como ella. En este segmento hay dos amplios silencios, uno de ochenta y tres segundos y otro de sesenta y ocho. Lo que es notable en relación con nuestro foco aquí es que el resultado de cada uno es impredecible, variable. Uno no puede saber cuánto durará cada uno, quién le pondrá fin, o qué sucederá después.

Segundo extracto: ¿Cómo sabemos a dónde nos dirigimos?

Paciente: En el sueño, me hizo sentir más fuerte.

Analista: ¡Sí!

(Él secunda su idea).

Paciente: Me hizo sentir más... igual a usted... [pausa de 83 segundos].

Analista: ¿Es algo que pasa últimamente?

(¿Hay algo en la idea de que ella sea una igual que les hace hacer una pausa a ambos? ¿O es el reconocimiento por parte del analista de que es el momento de que la paciente tome la iniciativa el que establece el momento para la pausa?).

Paciente: Eeehh... creo que en cierto modo... mi sentimiento está empezando a cambiar sobre... sobre eso. Yo no diría que... no creo que sea algo firme [risitas]... mmm... una de las cosas en las que pensaba el sábado cuando pensaba en llamarlo era que yo, yo estaba convencida en mi mente de que podría llamarlo y que podría hablarle de mi sueño y estaría bien. Así que en cierto modo eso me hizo sentir como que no tenía que hacerlo.

(Está diciendo que ahora reconoce que tenía el sentimiento de agencia y no tenía que demostrarlo).

Analista: Ajá.

(Ella cambia de un modo que el analista no podría haber predicho para centrarse en lo que pensó sobre una llamada en sábado).

Paciente: Ya sabe, no tenía que demostrar nada así que... así que no lo hice.

Analista: Ajá.

Paciente: Ya sabe, fue suficiente, fue suficiente reconocirme a mí misma que sabía que podía descolgar el teléfono y hablarle sobre ello y que podía ser interesante, pero también podía [breve risita] hablarle de ello hoy.

Analista: Ajá.

Paciente: Y me refiero a que hay algo en el hecho de que lo vea de ese modo, el que vea que estaba bien llamarlo, que me hace sentir que somos más iguales...

Analista: Ajá.

Paciente: ...que desiguales.

A: Ajá [pausa de 68 segundos].

Paciente: en el sueño, eh, el sueño de anoche, sentía que... eh... no sé cómo decir exactamente quéera, la palabra aceptación me sigue viniendo a...

(Ella ha roto el silencio con la nueva idea de aceptación. Si bien se relaciona con la idea de conexión, introduce una variación).

Analista: Ajá.

Paciente: ... la cabeza. Era como si me estuviera sintiendo aceptada... tal como soy, y...

(Repite la idea de aceptación, después de que el analista asienta diciendo ajá, en una segunda iniciativa que subraya su interés por avanzar en esta dirección).

Cuando la paciente introduce la idea de aceptación, ha tenido lugar un cambio en el campo intersubjetivo que podía no haberse predicho como un resultado del silencio. Uno puede ver que ahí no hay estructura narrativa consistente en el nivel local, y no hay modo de decir qué habría seguido a cualquiera de los movimientos relacionales. Ni el analista más perspicaz puede saber qué dirá el paciente en la siguiente frase. Aun cuando el tema esté claro, la forma exacta que este tomará es impredecible. Sin embargo, la forma exacta de lo que el analista dice creará el contexto y por tanto influirá en lo que sucede después. Este importante rasgo de lo que realmente sucede en el proceso terapéutico no se revela mediante un foco en los significados dinámicos inconscientes.

Para tener en cuenta esta impredecibilidad, uno sólo necesita intentar considerar que lo que *pasó* no es lo que *tenía que* pasar. Muchas cosas *podrían* haber pasado. En cualquier

momento, guiado por el significado que el momento tuvo para cada uno, paciente o analista podían haber hecho un movimiento relacional diferente que hubiera modificado el camino de su flujo interactivo. La presencia de cocreatividad e intencionalidad difusa en la interacción terapéutica significa que cualquier movimiento relacional determinado podría haber sido diferente. Hay muchas vías igualmente válidas y eficaces para la diada, muchas de las cuales podrían llegar más o menos al mismo destino. En biología y psicología evolutiva, esta equivalencia de vías diversas e idiosincrásicas se denomina principio de equifinalidad.

La redundancia de los procesos desordenados

A pesar de esta impredecibilidad en la vía precisa a tomar en la interacción terapéutica, analista y paciente transmiten significados, desarrollan conocimiento implícito de cómo estar juntos, negocian direcciones mutuas, y se sienten conectados entre sí. Al ser la transmisión y la inferencia de intenciones un proceso tan confuso, impredecible y variable, ¿cómo llega un individuo a saber qué significado se ha expresado? Nos parece que la clave de este acertijo reside en la recurrencia y redundancia que caracteriza a las interacciones. Por decirlo con más contundencia, hará falta pasar una enorme cantidad de tiempo en el tratamiento en repeticiones, variaciones sobre un tema, reelaboraciones, de modo que las intenciones se infieran de manera óptima y puedan emerger direcciones colaborativas.

Hemos apuntado que el desorden, que es intrínseco a la intencionalidad, es tanto variable como redundante. Este proceso iterativo caracteriza el intercambio momento a momento y la negociación de significado. Vemos esto de nuevo casi al final del primer extracto, donde paciente y analista discuten de qué sueño están hablando. En este momento la paciente está hablando de la “parte enferma” de su mente de la que se había sentido presionada a hablar.

Tercer extracto: necesitamos hacer esto de muchas formas diferentes

Paciente: ... sentirme obligada a venir aquí el viernes, algo que no sentí, al menos conscientemente. Porque lo que estaba sintiendo tenía más que ver con que [el grupo de terapia] me preguntara, era como que tenía que estar más enferma de lo que me sentía. Y creo que eso es muchas veces parte de lo que es mi mentalidad cuando vengo aquí, que hay una parte enferma de mi mente a la que tengo que acceder...

Analista: Ajá.

Paciente: ... para estar hablando de lo adecuado. Ya sabe, hay algo patológico en mi cabeza que tengo que poder...

(Ella repite la sensación de tener que hablar de la parte enferma de su mente).

Analista: Sí, y eso es algo que siente aquí a veces.

(Él se muestra de acuerdo empáticamente con ella acerca de la experiencia entre ellos).

Paciente: sí.

(Ella dice, sí, lo está captando).

Analista: Así que el sueño tiene también que ver con venir aquí, la presión de dejar al descubierto esa parte enferma de su cerebro.

(Fortaleciendo y aclarando mediante el intercambio su propia mente en cuanto a qué se había referido con presión, la paciente ha ayudado al analista a captar la idea de que la presión tiene que ver con hablar de su parte enferma, no con sentirse obligada a la cita del viernes. Que él lo haya captado, ha fortalecido la sensación de ella de que su iniciativa puede permitirle hacerse entender).

Paciente: Lo que realmente me confunde es que cuando estaba en el grupo con [el terapeuta] lo que me resultaba tan imposible era sentirme convencida de que mi experiencia era en cierto modo... comparable a la de las otras personas del grupo.

(Ella repite la sensación de sentirse presionada por la “parte enferma de su mente”, esta vez diciendo que se sentía diferente de los otros miembros del grupo, que estaban más inclinados a centrarse en su victimización y que parecían sentirse más dañados por sus experiencias de abuso).

Analista: Sí.

Paciente: Y no podía sentir que... en primer lugar no entendía por qué nadie querría que yo pensara así. ¿Qué bien me hace pensar eso?

Analista: Ajá.

Paciente: No sé. Me sentía confusa. Sabe, cuando vine a verlo a Vd., lo que quería que me dijera era que estaba más enferma de lo que creía y que me venía muy bien estar aquí.

(Ahora ella dirige su atención al modo en que ella y el analista hablaron de la “parte enferma” de ella en sus primeras sesiones: para estar conectado, uno debe estar enfermo. Por tanto, ella tenía que exagerar su “enfermedad”, una manifestación anterior de la sensación de presión. Ella se está refiriendo indirectamente a su sensación de que en aquellas primeras sesiones el analista también la había ayudado a permanecer centrada en las partes positivas de su experiencia del self).

Analista: Ajá.

Paciente: Y entonces, con aquel grupo y con [la directora del grupo] era como ah, sí, estás muy enferma [se ríe por lo bajo]. Tienes contigo esta cosa realmente horrible. ¡Y yo estoy pensando que realmente no es tan malo! Es como dos experiencias muy opuestas.

(Ahora ella vuelve a cambiar el foco a su experiencia en el grupo, regresando en efecto al tema del primer sueño, sentirse presionada).

Analista: Ajá.

Paciente: [pausa prolongada] Y creo que sigue habiendo ahí un tema para mí en mi percepción de mí misma, sobre si quiero estar enferma o no. Quiero decir que no puedo, no he descubierto lo bastante cómo hacer que esa cicatriz encaje en mi imagen de mí misma. [Otra larga pausa] Y debido a eso, cada vez que vengo aquí siento como si tuviera

que venir con esa herida, que esa enorme herida sea lo más visible. Si realmente me estoy sintiendo en contacto con cómo es mi vida ahora [es decir, sin esa sensación de herida enorme] entonces no sé qué decirle, no hay nada de qué hablar. Ya sabe, entonces me preguntará por qué estoy aquí.

(No está segura, pero cada vez está más claro que están hablando de la medida en que su “percepción de sí misma” contiene sólo su parte enferma. Desde el principio de este extracto, los dos han estado dando vueltas alrededor de su sentimiento de presión para centrarse en la parte “enferma” y han ampliado el tema. Ella se pregunta si pueden estar conectados sin que ella esté enferma. En unos minutos, han cambiado a hablar más del segundo sueño y de que ella se sienta “más fuerte” y “más igual”).

¿Cómo llegaron en este breve intercambio a “ponerse de acuerdo” sobre cuál era su intención compartida? No se articuló explícitamente. La clave para este logro conjunto reside en las recurrencias en las afirmaciones de paciente y analista. Estas recurrencias no son redundantes en el sentido de ser innecesarias o aburridas. Lo cíclico del turno de palabra recurrente de la pareja es crucial para el modo en que cocrean una intención relacional compartida. Es un proceso explorador de pasos lentos e incrementales hacia la cocreación de un significado y una dirección compartidos.

Hay varias razones por las que esta redundancia de movimientos relacionales es necesaria. Las conductas objetivas que conforman los movimientos relacionales al tomar cada uno su turno sólo pueden transmitir parcialmente la aprehensión emergente que hace cada participante de la dirección conjunta. Las conductas no mapean la intención de un modo uno a uno. El mapeo es desordenado. También vemos en esta viñeta cómo la misma intención puede ser transmitida de formas muy diversas.

Además de la variabilidad inherente de los procesos expresivos y receptivos, aquí podemos ver que con mucha frecuencia las intenciones no están plenamente formadas y por tanto a menudo se expresan de forma tentativa. La comprensión por parte del receptor de la intención emergente es igualmente parcial y dubitativa. Por tanto, entre los participantes se comunican preguntas implícitas en formas del tipo “quiero hablar sobre X, pero ¿y Vd.? ¿Y podemos hablar de ello, teniendo en cuenta cómo estamos juntos? ¿Y qué forma tomará la intención cuando empecemos a articularla juntos?” Esta expresión de una intención relacional no es simplemente un sí o un no. Por el contrario, demanda una serie de respuestas de la otra persona mientras ambos continúan negociando y formando la intención. A su vez, cada respuesta no es simplemente un sí o no directos, porque también demanda una respuesta (“Sí, yo sí, pero ¿Vd. quiere realmente?”, o “No estoy seguro de entender lo que Vd. quiere”, o “¿Es el tipo de cosa que Vd. tenía en mente?”). La primera persona necesita responder de nuevo, y así sucesivamente de forma recurrente. A partir de la recurrencia en el intercambio, emerge la intención compartida. Esta visión de un proceso desordenado, redundante, cocreativo nos ofrece un modo de modelar más específicamente cómo son creadas las intenciones relacionales por los sistemas diádicos. Cuando el analista “captó” a qué se refería la paciente por presión, ella también se aclaró más sobre ella misma y continuó diciendo cómo se sentía de forma diferente con el analista a como se había sentido con el grupo. El cambio en el analista catalizó un cambio en la paciente. Que ella fuera capaz de facilitar la comprensión del analista aumentó su propia sensación de competencia comunicativa, un sentido alterado del self.

La redundancia supera la variabilidad inherente de la expresión y recepción de un intento relacional. Es un proceso gradual que no sólo aclara la percepción de cada individuo de la intención emergente de la otra persona, sino que también cataliza la creación y consolidación de la propia intención de cada participante. Cuando la recurrencia es exitosa, emerge una intención o dirección de interacción cocreada compartida. Aunque consideramos al individuo como una fuente de actividad primaria, organización y dirección intencional, las direcciones emergentes del individuo son continuamente seleccionadas, reensambladas, recontextualizadas y redirigidas por el contexto relacional. Funcionalmente hablando, entonces, la unidad relacional es el crisol en el que las intenciones “individuales” se forjan como parte de la participación en una dirección conjunta con otra persona. Paradójicamente, el único modo de llegar a ser uno mismo es mediante la participación en direcciones intencionales compartidas con otros.

Desorden, cocreatividad y el pasado

Aunque hablamos de las intenciones como cocreadas, no queremos decir que sean creadas de nuevo. La creación de nuevo niega el pasado y el transporte del pasado a las posibilidades relacionales disponibles para cada individuo. La influencia del pasado en el presente ha sido enmarcada de varias maneras. Por ejemplo, en la teoría temprana, el pasado se observaba a través de la lente de las representaciones o significados formados en el momento de los propios acontecimientos. En un conjunto de tendencias más contemporáneas, el pasado se considera como una construcción narrativa del paciente que está sujeta a cambio como una función de la terapia (Schafer, 1992). En nuestra opinión, también, la organización derivada del pasado, si bien influye en el presente, también está siendo actualizada continuamente. Nuestra conceptualización parte del enfoque narrativo en la mayoría de los otros aspectos, sin embargo. El enfoque narrativo opera en el nivel explícito de la conciencia, el diálogo reflexivo y las posiciones cambian según tienen lugar mediante el diálogo en la sesión terapéutica. Por el contrario, no conceptualizamos la actualización del pasado como operando principalmente mediante los procesos narrativos explícitos. En cambio, de acuerdo con los modelos actuales de función cerebral (ver, p. ej. Freeman, 1995; Edelman, 1992), consideramos que el conocimiento relacional implícito es automática o implícitamente actualizado en cierto modo con cada encuentro relacional, en lugar de pensar que opera principalmente mediante intercambios narrativos explícitos. Cada vez que en el tratamiento se accede a un aspecto de modelos antiguos internalizados, esas organizaciones pasadas son sutilmente reorganizadas por el contexto presente de la interacción entre paciente y terapeuta. En nuestra opinión, la acumulación de muchos cambios pequeños en el conocimiento relacional implícito en este nuevo contexto, estas organizaciones que cambian sutilmente, influyen en la conducta fuera de la situación de tratamiento. El proceso de recontextualización y reorganización que tiene lugar en el nivel local es sutil y se produce en pequeños cambios que no serían fácilmente visibles hasta que se han acumulado en el tratamiento.

El proceso creativo que delineamos en el nivel de la interacción primaria momento a momento no invalida la influencia del pasado en la interacción presente; en cambio, el pasado configura el momento presente mediante las limitaciones contenidas en los conocimientos relacionales implícitos que ambos participantes aportan al encuentro (es decir, transferencia y contratransferencia). Como hemos apuntado antes, estos conocimientos incluyen expectativas derivadas de los pasados individuales de los dos participantes y expectativas derivadas de su historia conjunta de encuentros del uno con el otro. Así, el análisis cocreado de un flujo altamente variable de conductas en

intenciones relacionales mutuamente compartidas se contextualiza –y, en parte, se hace posible– por los conocimientos relacionales implícitos de la diada ya creados, conocimientos que a su vez se basan en el pasado de cada participante fuera de la diada.

Este conocimiento relacional implícito incluye conocimiento implícito de cómo analista y paciente han estado juntos en el pasado y de sus objetivos implícitos y explícitos, tanto a corto como a largo plazo. Lo que sigue ilustra cómo su historia conjunta puede verse en el material.

Analista: ¿hay algo que haya pasado últimamente?

Paciente: eh... creo que en cierta medida... mi sentimiento está empezando a cambiar acerca de... acerca de eso. No diría que... no creo que sea algo firme. [risitas]... mmmm... una de las cosas en las que pensaba el sábado cuando pensaba en llamarlo era que yo, yo estaba convencida en mi mente de que podía llamarlo y podía hablarle de ese sueño [sobre la sesión grupal perturbadora] y estaría bien. Así que en cierto modo eso me hizo sentir como si no tuviera que hacerlo.

(A pesar de las confirmaciones reiteradas, llamar entre sesiones era algo que ella sentía que no debía hacer, y sólo había hecho en una ocasión).

Analista: Ajá.

Paciente: Ya sabe, no tenía que demostrar nada, así que... así que no lo hice.

Analista: Ajá.

Paciente: Ya sabe, fue suficiente, fue suficiente con reconocermé a mí misma que sabía que podía coger el teléfono y llamarlo para hablar de ello y podría ser interesante, pero también podría [breve risita] hablarle de ello hoy.

Aparte de que el hecho de telefonar entre sesiones tuviera un significado mutuo para esta paciente y su analista, la risita de la paciente también comunicaba un conocimiento compartido, por ejemplo, del modo en que ambos solían usar el humor, a menudo este humor de tipo levemente autodespreciativo, para aliviar la tensión. Cuando ella se reía así, ambos sabían implícitamente que él entendería que ella estaba intentando aliviar la tensión. Esta conciencia compartida afecta a las intervenciones analíticas, sean para interpretar el alejamiento del afecto negativo, o para apreciar la actividad autorreguladora de la paciente con el objetivo de continuar explorando en la sesión temas que supongan un desafío. Otro ejemplo de este tipo de conocimiento implícito compartido es el modo en que los “ajá” del analista son entendidos por ambos como “sí, continúe”.

Sin embargo, aun cuando consideramos que cada individuo tiene un pasado y que aporta al nuevo encuentro un conjunto de modos potenciales de relacionarse, vemos que la situación diádica domina los acontecimientos pasados. En nuestra opinión, el modo en que el pasado de los dos participantes influye en sus interacciones es el modo en que las expresiones transferenciales y contratransferenciales se presentan en este modelo. Es la interacción presente de los participantes la que recontextualiza las manifestaciones transferenciales del pasado. La dirección diádica actual seleccionará continuamente del pasado de cada persona aquellos elementos que se utilizarán para fabricar una construcción conjunta en la diada. Y esos elementos serán rápidamente recombinados en nuevos elementos, conjuntamente creados, del proceso entre ambas partes. Los elementos

creativos de la terapia a menudo eclipsarán a los elementos estáticos que dependen del pasado, en la medida en que las dos partes comiencen a construir una dirección conjunta. Creemos que el centro de gravedad reside en la interacción entre ambas partes, no en el pasado individual de cada persona. De acuerdo con las perspectivas actuales sobre la memoria, creemos que el momento presente contextualiza lo que se recordará, pero también transforma ese recuerdo cuando se recontextualiza a la luz de la interacción presente (Freeman, 1995; Edelman, 1992).

La cocreatividad y la necesidad de un proceso de reconocimiento

Se plantean algunas cuestiones obvias sobre un sistema diádico tan desordenado y variable. ¿Cómo se llega a un acuerdo adecuado para avanzar? ¿Cuál es la puntuación del intercambio relacional? ¿Cómo se dan cuenta paciente y terapeuta de cuándo se han unido con éxito en una dirección intencional? ¿Cómo es que ciertas iniciativas relacionales entre paciente y analista se seleccionan para ser repetidas, seguidas y elaboradas, y otras no? Aquí nos sirvió como guía el trabajo de Sander sobre el proceso de reconocimiento (1980, 1997; ver también Weiss, 1947; Lyons-Ruth, 2000). Él ha examinado repetidamente el problema de abordar la direccionalidad en el crecimiento y el desarrollo humanos y considera que la organización biológica y la psicológica se dirigen a una coherencia de organización adaptativa cada vez mayor.

Por *proceso de reconocimiento* nos referimos a que ambas partes perciban que ha tenido lugar un acoplamiento específico en sus respuestas mutuas a favor de avanzar hacia objetivos compartidos. Sander ha señalado que la característica esencial de estos momentos es que existe un reconocimiento específico de la realidad subjetiva del otro, o dirección intencional, en distintos niveles simultáneamente. Cada participante capta y ratifica una versión similar de “lo que está pasando ahora, entre nosotros”, ofreciendo una respuesta específicamente acoplada a la iniciativa del otro (Stern y col., 1998).

La idea de Sander del proceso de reconocimiento en el nivel de la autoconciencia puede ampliarse para abarcar este tipo de encaje específico en un nivel implícito, inarticulado, sin implicación de conocimiento ni conciencia. Por ejemplo, en el clásico análisis de Sander fotograma a fotograma de una película sobre un padre y un infante, el infante se duerme en los brazos del padre en el momento que se produce un acoplamiento determinado entre las acciones del padre y los procesos de sueño autoorganizados del infante. El reconocimiento implícito que sobreviene con un acoplamiento determinado sirve a la misma función para paciente y analista. Cuando se logra el acoplamiento de intenciones, emerge un estado de intersubjetividad coherente compartido, junto con una sensación de dirección compartida. El proceso de reconocimiento es la comprensión conjunta de este estado diádico.

Este reconocimiento del acople de la iniciativa de una persona se transmite con más frecuencia mediante un movimiento sensible por parte del otro, un movimiento que cuando tiene éxito se construye sobre el movimiento anterior de un modo que profundiza el diálogo al servicio de los objetivos colaborativos. Ambos participantes perciben el acoplamiento de sus acciones al potencial relacional del otro y por tanto al logro potencial de modos más complejos y más colaborativos de estar juntos. El proceso de reconocimiento es, en este sentido, el elemento direccional del proceso evolutivo y clínico; es cómo tanteamos nuestro camino en los encuentros relacionales espontáneos.

El acoplamiento suficiente se define más fácilmente en términos de lo que sucede a continuación. ¿Ha permitido un cambio en la dirección, un cambio en la coherencia que se percibe, una vitalización? Esta definición funcional plantea el problema de criterios intrínsecos y extrínsecos para saber cuándo se logra el acoplamiento. Los criterios reales de acoplamiento suficiente son tan fluctuantes, tan relativos a los sucesos del pasado, que es un punto en continuo movimiento.

En la transcripción se observan dos ilustraciones de cómo se ratifican el acoplamiento y el reconocimiento. El primero viene hacia el final de la primera sesión de la semana, después de que la paciente hable de la ansiedad que siente respecto al sentimiento de aceptación.

Paciente: era como que me estaba sintiendo aceptada... tal como soy y... hay algo respecto a los sentimientos que acompañan a eso que me hace sentir miedo, y empiezo a sentir miedo de ser herida, cuando noto que estoy bajando la guardia, o algo; y ya sabe, una de las cosas que me perturban es que me despertaré con ese sentimiento de ser aceptada y entonces, en cuanto me dé cuenta del hecho de que es un sueño, empiece a tener miedo del sentimiento. Es como que no quiero sentir eso con Vd.

Analista: Ajá... algo da miedo.

Paciente: Sí.

Analista: Sí.

Cuando los dos dicen “sí” y “sí”, observamos el reconocimiento compartido de su estado compartido.

Otro ejemplo del proceso de reconocimiento puede observarse al comienzo de la segunda sesión de la semana, tras la sesión que se ha citado. Comenzó de forma muy diferente, con la paciente queriendo sentarse en lugar de tumbarse en el diván. Por primera vez, empezó a hablar mientras se incorporaba en el diván y miraba al analista.

Paciente: Hoy no quiero tumbarme.

Analista: ¡Bueno, eso es un cambio! ¿Me puede hablar de lo que está pasando?

Paciente: No estoy muy segura, pero de alguna manera siento que me doy más cuenta de lo que quiero para mí misma. Es como que tengo mi propia agenda.

Poco después de esto, se tumba y continuó hablando sobre este sentimiento de estar en un estado nuevo con su analista.

Paciente: Hoy parece que hay aquí mucha más conexión... porque parece que le estoy confiando algo... de un modo voluntario. Es como, ya sabe, que tengo el control de lo que hablamos, de un modo que no suelo sentir. Es como que hoy tengo una agenda.

Analista: [irónicamente] ¿Otros días es difícil tener agendas?

Paciente: ¡Sí!

Entonces los dos estallan en carcajadas, actuando una sensación de acoplamiento de iniciativas compartido. Este reconocimiento compartido del acoplamiento es el periodo, o a veces el punto de exclamación, que marca la creación de una nueva intención conjunta que contextualice la interacción. Cuando este reconocimiento tiene lugar, puede empezar una nueva fase de la exploración. De hecho, lo hizo más adelante en la sesión cuando por primera vez ambos empezaron a hablar de forma realista de la terminación.

El proceso desordenado del nivel local y otras perspectivas del proceso psicoanalítico

Por supuesto, el material clínico presentado puede ser considerado desde muchas perspectivas. Nuestro objetivo al observar aquí el material era examinar el nivel local de interacción, donde el foco recae en el proceso de negociar una intención compartida. Otras teorías, en las que el foco está en el nivel narrativo, pueden encontrar en él el despliegue de una narrativa existente, o una fantasía inconsciente sobre la ambición, o conflictos sobre la agresión, o el intercambio que contribuye a la emergencia de un sentido del self. Pueden centrarse en el significado transferencial de estos temas en desarrollo en la relación terapéutica. Pueden entender la intensificación del afecto en el proceso analítico en términos de un temor subyacente de agresión que la asociación libre ha revelado. Entonces pueden identificar el insight como el mecanismo mediante el cual se resuelve el conflicto y el temor disminuye. Además, el analista que haya integrado estas numerosas lecturas alternativas de posibles direcciones intencionales para la interacción paciente-analista puede tener más posibilidades de ayudar al paciente. Sin embargo, sentimos que la apertura del analista al desorden del proceso terapéutico y la necesidad de unir direcciones con el paciente mediante un proceso de diálogo y negociación es necesaria para la emergencia exitosa de una dirección compartida y, por tanto, para un análisis exitoso. El nivel local del diálogo paciente-analista es la matriz crucial para este proceso de cocreación y reconocimiento.

También podríamos considerar vías alternativas desde el punto de vista de la actividad del analista. El analista pudo haber elegido dar prioridad a la asociación libre y no haber interrumpido el proceso de asociación libre con su comentario sobre los pensamientos de la paciente acerca de telefonarlo. De forma similar, pudo haber analizado la desviación defensiva de la paciente de la asociación libre en las dos pausas considerablemente largas, tal vez preguntándole qué pasó en el momento en que se quedó en silencio. Alternativamente, pudo haber elegido volver al sueño para analizar los temas transferenciales tales como los conflictos en torno a anhelos dependientes, sexualidad y agresión. O pudo haber elegido elaborar su fantasía de estar “muy enferma” como una vía al afecto intenso en relación con una representación de sí misma como sexual y como agresiva, mala y dañada. Finalmente, pero no exclusivamente, pudo haber trabajado en el desplazamiento para explorar las reacciones transferenciales, mediante un foco en la terapia grupal y su directora. Todos estos enfoques pueden orientar el trabajo del analista. Sea cual sea el enfoque que se tome, es inevitable que el analista esté interactuando simultáneamente con el paciente en el micronivel. Y cualquier enfoque tendrá implicaciones en este nivel. Eso no puede ignorarse en ninguna perspectiva sobre el tratamiento, sea de la orientación que sea. Ha cambiado nuestra sensibilidad clínica.

Resumen y conclusión

Hemos explorado el desorden que es una propiedad inherente del diálogo intersubjetivo bipersonal en el nivel local. Nos parece que es un aspecto enormemente interesante y productivo de un modelo de sistemas dinámicos del tratamiento psicoanalítico. Es también un elemento esencial del proceso cocreativo que conduce a una mayor coherencia intersubjetiva. Consideramos el desorden no como errores o contratiempos en el diálogo, sino más bien como un generador de elementos potencialmente creativos que pueden alterar la dirección de la evolución de la diada de modos inesperados y previamente inimaginables.

¿De dónde provienen los elementos novedosos en el proceso analítico que lo convierten en un viaje tan sorprendentemente específico? Uno podría decir que el desorden es para una psicología bipersonal lo que la asociación libre es para una psicología unipersonal. Cada uno de ellos añade los detalles específicos inesperados. Crean los descubrimientos sorpresa que impulsan a la diada a su unicidad. Sin embargo, también hay una diferencia importante. Se supone que las asociaciones libres conducen y provienen de redes de significados preexistentes.

El desorden, por el contrario, no forma parte de ninguna organización establecida, aun cuando también esté influido por el pasado.

El desorden, al igual que la asociación libre u otros acontecimientos no anticipados “emergentes”, puede utilizarse creativamente sólo cuando se enmarca en un sistema terapéutico bien establecido o dentro de una diada que funcione bien. Sin la dirección y las limitaciones de esos sistemas diádicos, los elementos improvisadores pueden virar al caos.

Hemos demostrado con transcripciones del sonido de dos sesiones analíticas varios ejemplos de desorden y sus rasgos asociados, y hemos sugerido cómo estos rasgos pueden hacer avanzar el proceso cocreativo de la psicoterapia. Esta perspectiva contribuye a la emergencia de una teoría relacional del psicoanálisis basada en un modelo de sistemas dinámicos y ofrece descripciones de cómo esos procesos diádicos desordenados funcionan para crear el cambio psicoanalítico.

Apéndice: transcripción de la sesión

Día 1: lunes

Paciente: Así que hay dos completamente diferentes... el sueño que tuve anoche me hizo sentir realmente conectada con Vd. y, sabe, me hizo sentir... no sé, creo que más cerca de Vd. el que me dijera que no es perfecto.

Analista: Ajá

Paciente: Mmm

Analista: En realidad pensó en llamarme el sábado por este otro sueño.

Paciente: ¡Sí!

Analista: Lo que hubiera sido, eh, y la razón por la que estaba pensando eso, ese tipo de conexión muy real, ¿qué era?

Paciente: ¿A qué se refiere, a la llamada?

Analista: Sí, a la llamada.

Paciente: Bueno, porque lo había visto el viernes y sentí que había como un hilo de conciencia que se había colado en el sueño.

Analista: Sí.

Paciente: Me pareció como confuso que... no sé cómo decir esto exactamente. Es como echar algo en cara o algo. Estar soñando con [el terapeuta grupal] y sentir ese tipo de presión...

A: Sí.

Paciente: ... es lo que no entiendo muy bien... quiero decir, creo...

Analista: La presión está ahí, ¿verdad? Aquí entramos en el tema de la coerción, ser obligado a hacer algo. Y en este sueño realmente está siendo presionada para decir algo más. Y creo que me pregunto cómo, eh, conectaba esto con el hecho de que tuviéramos una sesión extra el viernes.

Paciente: Lo que me parece es que... el sueño estaba más conectado con la idea de yo sintiendo que tengo que estar a la altura, venir con el material adecuado...

Analista: ajá.

Paciente: ... que el sentimiento de [ser] obligada a venir aquí. En cierto modo ahí hay una diferencia de algún tipo ahí desde esa forma de hacer un vínculo con ...

Analista: sí, ajá.

Paciente: ... sentirme obligada a venir aquí el viernes, lo que no sentí, al menos conscientemente. Porque lo que yo estaba sintiendo tenía más que ver con que [el grupo] me preguntara, era como que tenía que estar más enferma de lo que me sentía. Y creo que eso es muchas veces una parte de lo que es mi actitud cuando vengo aquí, que hay una parte enferma de mi mente a la que tengo que acceder...

Analista: Ajá.

Paciente: ... para estar hablando de lo adecuado. Ya sabe, hay algo patológico en mi cabeza que tengo que poder...

Analista: Sí, y eso es algo que siente aquí a veces.

Paciente: Sí.

Analista: Así que el sueño tiene también que ver con venir aquí, la presión de dejar al descubierto esa parte enferma de su cerebro.

Paciente: Lo que realmente me confunde es que cuando estaba en el grupo con [el terapeuta] lo que me resultaba tan imposible era sentirme convencida de que mi experiencia era en cierto modo... comparable a la de las otras personas del grupo.

Analista: Sí.

Paciente: Y no podía sentir que... en primer lugar no entendía por qué nadie querría que yo pensara así. ¿Qué bien me hace pensar eso?

Analista: Ajá.

Paciente: No sé. Me sentía confusa. Sabe, cuando vine a verlo a Vd., lo quería que me dijera era que estaba más enferma de lo que creía y que me venía muy bien estar aquí.

Analista: ajá.

Paciente: Y entonces, con aquel grupo y con [la directora del grupo] era como ah, sí, estás muy enferma [se ríe por lo bajo]. Tienes contigo esta cosa realmente horrible. ¡Y yo estoy pensando que realmente no es tan malo! Es como dos experiencias muy opuestas.

Analista: Ajá.

Paciente: [Pausa prolongada] Y creo que sigue habiendo ahí un tema para mí en mi percepción de mí misma, sobre si quiero estar enferma o no. Quiero decir que no puedo, no he descubierto lo bastante cómo hacer que esa cicatriz encaje en mi imagen de mí misma. [Otra larga pausa] Y debido a eso, cada vez que vengo aquí siento como si tuviera que venir con esa herida, que esa enorme herida sea lo más visible. Si realmente me estoy sintiendo en contacto con cómo es mi vida ahora [es decir, sin esa sensación de herida enorme] entonces no sé qué decirle, no hay nada de qué hablar. Ya sabe, entonces me preguntará por qué estoy aquí.

Analista: Ajá. ¿Si no viene con la herida abierta?

Paciente: Ajá. Sí, si no me presento en el estado adecuado de estar dañada, entonces no voy a ser... tomada en serio, o algo, es como que no estoy en el papel adecuado...

Analista: Y eso pasa en el sueño del viernes por la noche, que siente que estoy como intentando conseguir que se sitúe en este papel adecuado de una persona dañada. Y es también así en el segundo sueño, eso y el tema es cómo de dañada está. Por una parte, está presionada para estar más dañada y por otra se le dice que no está tan mal, algo así.

Paciente: Sí, me refiero al problema.

Analista: Ese es el tema, no está segura de cuánto.

Paciente: Bueno, mi sentimiento en el sueño de anoche era que la razón por la que se me permitía ver a sus hijos y a su esposa era porque estaba bien.

Analista: Ajá.

Paciente: Que en cierto modo estaba bien, que Vd. estaba intentando convencerme de que... creo que de que era como todo el mundo [es decir, normal].

[Se eliminan varias líneas de la transcripción].

Paciente: Uno de los libros que cogí mientras estaba en la Feria del Libro era... la verdad es que fui allí a por algo concreto y lo encontré enseguida, así que cometí el error de empezar a dar una vuelta por ahí. Y encontré este libro totalmente por accidente, que se llama, mmm, “Cómo hacerse pedazos sin desmoronarse” [How to go to pieces without falling apart].

Analista: Mmm.

P: Mmm. Está escrito por un psiquiatra de Nueva York que también es budista. Y estaba hojeándolo mientras lo esperaba a Vd. Citaba a un discípulo de Freud, Sandor Ferencz, o como se llame.

Analista: Ajá.

Paciente: Y Ferencz decía que la cura no es la asociación libre en sí. Es que si uno *puede* asociar libremente, está curado. [Risitas]

Analista: Ajá.

Paciente: Y pensé, ya sabe, me pareció llamativo como algo relevante para lo que Vd. y yo hemos estado hablando.

Analista: sí, ajá, ¿a qué concretamente de lo que hemos hablado?

Paciente: Bueno, a que ya sabe, mi problema parece ser que sigo controlando mucho lo que me doy cuenta que pienso.

Analista: Ajá.

[Se eliminan varias líneas de transcripción. Un poco después en la sesión vuelven a la conversación cuestiones sobre el primer sueño].

Paciente: [Hablar con la terapeuta grupal] me hace sentir demasiado vulnerable, y me hace sentir algo que no siento que me pueda permitir sentir. Ya sabe, preferiría... preferiría centrarme, no sé, en la parte de mí que se siente fuerte, que estar en contacto con la parte de mí que sentía que iba a ser apuñalada hasta morir [una referencia a alguno de los juegos sexuales que tuvieron lugar en su abuso sexual familiar]. Me hace pensar que nunca podría, no podría haber tolerado hacer terapia con ella o con alguien como ella porque eso realmente me haría desmoronarme, y es como si me estuviera desintegrando de tal forma que nunca pudiera reconstruirme. Sería, también, como si no tuviera ninguna confianza en mí misma, al contrario de como ha sido mi relación con Vd. Vd. y yo sabemos que hay una parte de mí que es fuerte... no sé dónde lleva nada de todo esto, pero...

Analista: Bueno, dónde, yo, quiero decir creo que estaba pensando, ¿siente que en el segundo sueño, esto, Vd. es, cómo de fuerte es frente a mí? Yo... me dijo cómo de fuertes estoy criando a estos niños y sin embargo... le digo que, ya sabe.

Paciente: En el sueño me hizo sentir más fuerte...

Analista: ¡Sí!

Paciente: Me hizo sentir más... igual a... [pausa de 83 segundos].

Analista: ¿Es algo que pasa últimamente?

Paciente: Eeehh... creo que en cierto modo... mi sentimiento está empezando a cambiar sobre... sobre eso. Yo no diría que... no creo que sea algo firme [risitas]... mmm... una de las cosas en las que pensaba el sábado cuando pensaba en llamarlo era que yo, yo estaba convencida en mi mente de que podría llamarlo y que podría hablarle de mi sueño y estaría bien. Así que en cierto modo eso me hizo sentir como que no tenía que hacerlo.

Analista: Ajá.

Paciente: Ya sabe, no tenía que demostrar nada así que... así que no lo hice.

Analista: Ajá.

Paciente: Ya sabe, fue suficiente, fue suficiente reconocirme a mí misma que sabía que podía descolgar el teléfono y hablarle sobre ello y que podía ser interesante, pero también podía [breve risita] hablarle de ello hoy.

Analista: Ajá.

Paciente: Y me refiero a que hay algo en el hecho de que lo vea de ese modo, el que vea que estaba bien llamarlo, que me ha sentir que somos más iguales...

Analista: Ajá.

Paciente: ...que desiguales.

A: Ajá [pausa de 68 segundos].

Paciente: en el sueño, eh, el sueño de anoche, sentía que... eh... no sé cómo decir exactamente que era, la palabra aceptación me sigue viniendo a...

Analista: Ajá.

Paciente: Era como que me estaba sintiendo aceptada... tal como soy y... hay algo respecto a los sentimientos que acompañan a eso que me hace sentir miedo, y empiezo a sentir miedo de ser herida, cuando noto que estoy bajando la guardia, o algo; y ya sabe, una de las cosas que me perturban es que me despertaré con ese sentimiento de ser aceptada y entonces, en cuanto me dé cuenta del hecho de que es un sueño, empezaré a tener miedo del sentimiento. Es como que no quiero sentir eso con Vd.

Analista: Ajá... algo da miedo.

Paciente: Sí.

Analista: Sí.

Paciente: Y no sé si es porque sé que tengo que hablarle del sueño [risitas] y estoy, ya sabe, asustada de su reacción cuando se lo cuente, o que tengo miedo de la realidad de intentar que la relación sea así, o tal vez es lo mismo. No sé.

[La sesión terminó con paciente y analista explorando más cosas que asustaban a la paciente en torno a sentirse “aceptada”].

Día 2: Martes

[El día siguiente comenzó de forma extraordinariamente distinta, puesto que la paciente quiso sentarse en lugar de tumbarse en el diván. Este día, y por primera vez, empezó a hablar mientras se incorporaba en el diván y mirando al analista].

Paciente: Hoy de algún modo no quiero tumbarme.

Analista: ¡Bueno, eso es un cambio! ¿Me puede hablar de lo que está pasando?

Paciente: No estoy muy segura, pero de alguna manera siento que me doy más cuenta de lo que quiero para mí misma. Es como que tengo mi propia agenda.

[Poco después de esto, se tumba y continuó hablando sobre este sentimiento de estar en un estado nuevo con su analista].

Paciente: hoy parece que hay aquí mucha más conexión... porque parece que le estoy confiando algo... de un modo voluntario. Es como, ya sabe, que tengo el control de lo que hablamos, de un modo que no suelo sentir. Es como que hoy tengo una agenda.

Analista: [irónicamente] ¿Otros días es difícil tener agendas?

Paciente: ¡sí!

[Los dos estallan en carcajadas].

Referencias

- Beebe, B. y Lachmann, F. (2002). *Infant Research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, Estados Unidos: Analytic Press.
- Benjamin, J. (1995). *Like subjects, love objects*. New Haven, Estados Unidos: Yale University Press.
- Boston Change Process Study Group (2002). Report III: Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 1051–1062.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Carpenter, M., Nagell, K. y Tomasello, M. (1998). Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 18 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Vol. 63.
- Dilthey, W. (1976). *Selected writings*, ed. H.P. Rickman. Londres, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Edelman, G.M. (1992). *Bright air, brilliant fire: on the matter of the mind*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Feldman, C.F. y Kalmar, D. (1996). Autobiography and fiction as modes of thought. En D. Olson y N. Torrance (Eds.): *Modes of thought: explorations in culture and cognition* (pp. 106–122). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Freeman, W. (1995). *Societies of brains*. Hillsdale, Estados Unidos: Erlbaum.
- Freeman, W. (1999). *How brains make up their minds*. Londres, Reino Unido: Weidenfeld & Johnson.

- Hoffman, I.Z. (1998). *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process: a dialectical constructivist view*. Hillsdale, Estados Unidos: Analytic Press.
- Husserl, E. (1930). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy. Second book: Studies in the phenomenology of constitution*. Dordrecht, Holanda: Kluwer Academic Publishers, 1989.
- Jacoby, L.L. y Dallas, M. (1981). On the relationship between autobiographical memory and perceptual learning. *Journal of Experimental Psychology: General* 110, 300–324.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576–617.
- Lyons-Ruth, K. (2000). “I sense that you sense that I sense . . .”: Sander’s recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal*, 21, 85–98.
- Meltzoff, A. (1995). Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by 18-month-old children. *Developmental Psychology*, 31, 838–850.
- Mitchell, S. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, Estados Unidos: Analytic Press.
- Modell, A. (2003). *Imagination and the meaningful brain*. Cambridge, Estados Unidos: MIT Press.
- Ogden, T. (1997). *Reverie and interpretation*. Northvale, Estados Unidos: Aronson.
- Prigogine, I. (1997). *The end of certainty: Time, chaos, and the new laws of nature*. Nueva York, Estados Unidos: Free Press.
- Sander, L. (1980). Investigation of the infant and its caregiving environment as a biological system. En S. Greenspan y G. Pollock (Eds.) *The course of life: Vol. 1. Infancy and early childhood* (pp. 177-201). Washington, Estados Unidos: NIMH.
- Sander, L. (1997). Paradox and resolution: From the beginning. En S. Greenspan, S. Wieder y J. Osofsky (Eds.) *Handbook of child and adolescent psychiatry: Vol. 1. Infants and preschoolers: Development and syndromes* (pp. 153-160). Nueva York, Estados Unidos: Wiley.
- Schachter, D.L. y Moscovitch, M. (1984). Infants, amnesia and dissociable memory systems. En M. Moscovitch (Ed.) *Infant Memory* (pp. 173–216). Nueva York, Estados Unidos: Plenum.
- Schafer, R. (1992). *Retelling a life*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origins of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, Estados Unidos: Erlbaum.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Stern, D.N. (2004). The present moment in psychotherapy and everyday life. Nueva York, Estados Unidos: Norton.
- Stern, D.N. Sander, L.W., Nahum, J.P., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Bruschiweiler-Stern, N. y Tronick, E.Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the some- thing more than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 908–921.
- Stolorow, R. (1997). Dynamic, dyadic, intersubjective systems: An evolving paradigm for psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 14, 337– 346.
- Thelen, E. y Smith, L. (1994). *A dynamic systems approach to the development of cognition and action*. Cambridge, Estados Unidos: MIT Press.

- Tronick, E. (1998). Interventions that effect change in psychotherapy: A model based on infant research. *Infant Mental Health Journal*, 19, 277–353.
- Tronick, E., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L.W. y Stern, D. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19, 290–299.
- Vygotsky, L.S. (1934). *Thought and language*. Cambridge, Estados Unidos: MIT Press, 1962.
- Weiss, P. (1947). The problem of specificity in growth and development. *Yale Journal of Biology & Medicine*, 19, 234–278.
- Westen, D. y Gabbard, G. (2002a). Developments in cognitive neuro- science: I. Conflict, compromise, and connectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 53–98.
- Westen, D. y Gabbard, G. (2002b). Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 99–134.