



SOBRE LA SIGNIFICACION DEL CAMPO INTERSUBJETIVO EN LA PSICOTERAPIA

Cord Benecke, Jörg Merten y Rainer Krause*

Resumen

En una díada terapéutica diferenciamos dos campos de la intersubjetividad. Por un lado, se halla la intersubjetividad del suceder vincular inmediato entre paciente y terapeuta, sucede que define el comportamiento vincular de la configuración resultante entre ambos en el aquí y ahora. Por otro lado, se puede hablar de intersubjetividad en sentido de un mundo mental compartido por ambos. Según cuál sea el campo vincular, los mismos modos de comportamiento tendrán diferentes significaciones para la relación terapéutica, y aportarán su calidad de manera diversa. Partiendo de datos de estudios transversales y longitudinales de la mímica afectiva, de los contenidos expresados y del vivenciar afectivo interno subjetivo del paciente y del terapeuta, se intenta describir estos campos intersubjetivos. Al comportamiento afectivo no verbal, en especial de los terapeutas, se le atribuye una significación especial para la conformación de campos intersubjetivos beneficiosos. El contexto del contenido idiomático contribuirá a la interpretación funcional de las señales mímicas afectivas. Por ello se diferencia entre la función de las señales interactivas y objetales. Puede mostrarse que en los tratamientos exitosos aparece un movimiento en dirección a la función objetal de las señales mímicas afectivas negativas, lo cual puede ser comprendido como inferencia cognitiva afectiva con respecto del campo intersubjetivo psíquico.

Palabras claves

Mímica afectiva; campo intersubjetivo; vínculo terapéutico.

Summary

Inside a therapeutic dual relationship we differentiate two fields of intersubjectivity. On one side, we found the intersubjectivity of the immediate relationship between patient and therapist, which defines the linking behavior in the here and now configuration. On the other side, we can talk about intersubjectivity with the meaning of a mental world shared by both of them. Depending on the linking field, the same ways of behavior will have different meanings for the therapeutic relationship, and will bring their quality in different forms.

Starting with data obtained from transversal and longitudinal studies, about affective

* Universidad de Sarre. E-Mail: r.krause@mx.uni-saarland.de



ve mimic, expressed matters and the internal subjective and affective feelings of the patient and therapist, we try to describe this intersubjective fields. We give a special meaning to the non verbal/affective behavior, specially of the therapists, in order to achieve benefic intersubjective fields. The idiomatic context will contribute to the functional interpretation of mimic affective signals. That is why we differentiate between interactive signal functions and objectal ones. We can show that in succeeded treatments appears a movement in the direction to the objectal function of the negative mimic affective signals, which can be understood as an affective cognitive inference about the intersubjective psychic field.

Key words

Affective mimic; intersubjective field; therapeutic relationship.

Si nos referimos a la literatura empírica orientada a la investigación de la psicoterapia, observaremos que uno de los resultados más comprobables, es que además de la técnica específica de tratamiento de los trastornos, es importante el vínculo entre el terapeuta y el paciente. Dicho vínculo es también decisivo para la obtención del éxito en el tratamiento. La premisa de que esa cualidad tiene relación con el comportamiento interactivo observable de ambos protagonistas, encuentra consenso (Orlinsky, Grawe & Parks 1994, Rudolf 1991). Con esta opinión compartida se agota la comunión pues, aun dentro de cada línea terapéutica, muchos interrogantes generan controversias. Dos de ellas servirán de introducción en nuestra materia.

1) La relación entre vínculo y técnica

Es muy discutido qué diferencia un buen vínculo en el campo de la psicoterapia de otros buenos vínculos no caracterizados como terapéuticos. Se puede opinar que el vínculo terapéutico no tiene ninguna característica específica diferencial con respecto a otros vínculos cotidianos; lo terapéutico sería la técnica de tratamiento que se monta en cierta medida sobre este vínculo, y que de este modo lo torna sostenible. Quienes mantienen esta concepción se encuentran en primer término dentro de las terapias conductistas, en forma pura en el caso de Fielder (1997), con su plan de tratamiento específico de los trastornos, con un abordaje psicoeducativo que se considera cercano al pedagógico. Lógicamente, el vínculo juega aquí, como en la pedagogía, un rol muy central, pero también se puede decir que el elemento relevante es la identificación con el docente/terapeuta. Dentro del psicoanálisis quienes mantienen esta misma concepción se encuentran en diferentes grupos, por ejemplo los que conceptualizan el vínculo como alianza laboral, que se puede observar como una base inespecífica para la verdadera técnica. Otros grupos sostienen que este concepto es totalmente irrelevante, o quizá perjudicial; dentro de esta concepción de la técnica, generalmente ortodoxa, el vínculo no es tomado como parámetro (Hamilton 1996). Otros investigadores y terapeutas conductistas y psicoanalistas (Grawe 1997, Krause 1997) opinan que el vínculo terapéutico en sí no sólo es inespecífico sino que, más allá de



esto, posee una significación curativa, la cual supera el establecimiento de las bases para la técnica del tratamiento. A menudo es el estilo del paciente lo que determina qué tipo de técnica e intervención es posible y beneficiosa. La psicoterapia interaccional psicoanalítica (Heigl, Evers y Ott, 1993) tendría efecto, por ejemplo, sólo en el marco de un estilo de vínculo que en ámbitos amplios requeriría de técnicas diferentes de la psicoterapia psicoanalítica. En la terapia conductista se obtendrían efectos en el tratamiento de las fobias por exposición al estímulo, sólo con aquellos pacientes que requieren de un vínculo de dependencia (Grawe 1998).

Tal indicación diferencial dentro de un proceso, implica el conocimiento previo de los modelos vinculares dominantes de los pacientes. En el campo psicoanalítico se demostró como valiosa una tipología capaz de diferenciar vínculos según si pueden o no configurar funciones autorreflexivas (Krause 1997; Fonagy, Target, Steele y Steele 1998). De este modo se excluye la psicoterapia interaccional psicoanalítica de aquellos vínculos en los que domina la carencia de esta capacidad interna. Las técnicas entendidas en "respuesta auténtica" "clarificación de afectos" sólo son eficaces en este marco. Ellas deben generar asombro y curiosidad frente a eso "otro" extraño al psiquismo. Estos sentimientos sirven como fundamento para lograr la tolerancia psíquica frente a un tercero distinto, en este caso el terapeuta. La introyección de las funciones de este tercero distinto y beneficioso constituye la base para el desarrollo de procesos autorreflexivos. La mayoría de los pasos del tratamiento en este marco vincular debe verse como una forma de postmaduración, la que requiere ser repetida muchas veces antes de que pueda producir efectos duraderos. Ellos son, por lo tanto, si bien en un sentido inconsciente, psicoeducativos. El tratamiento psicoanalítico de neurosis fundadas en conflictos que han devenido inconscientes, intenta recuperar este mundo representacional ya desarrollado pero perdido a raíz de la defensa. Las respuestas auténticas no serán pues de utilidad para estos casos. Si de todos modos aparecieran, serían generalmente el precipitado de una actuación contratransferencial. Si se le asegurara a un neurótico obsesivo que mediante su comportamiento vincular controlador hace arder de ira a su terapeuta, aumentarían sus sentimientos inconscientes de culpa, sin poder obtenerse ningún discernimiento. En lugar de contener, el terapeuta actuaría dentro del marco del esquema inconsciente. Tampoco deben conceptualizarse e introducirse interpretaciones siguiendo el modelo de esta postmaduración. Una interpretación equívoca no podrá ser nunca correcta aún cuando se la hace veinte veces. Las interpretaciones buenas y correctas, son, por definición, poco frecuentes, debido a que el momento oportuno es breve. La constante repetición sólo conduce a una pérdida de la configuración.

2) Sobre la relación entre el comportamiento vincular y la vivencia

Un segundo y no menos controvertido tema que ya se vislumbró claramente al aludir al primer campo problemático se refiere a la relación de los componentes perceptibles a la vista y al oído (o, si se quiere decir así, de los elementos intervinientes en



un vínculo) con la vivencia interna, la representación consciente, preconsciente e inconsciente del paciente, del terapeuta y además de ambos como seres que se encuentran y se relacionan.

Tal como se describe en los fragmentos anteriores, se considera a la psicoterapia interaccional psicoanalítica desde la perspectiva de una vivencia interna, a saber, planteada como la carencia de autorreflexión. Esta carencia se expresa en la necesidad de llevar a cabo autorregulaciones en el nivel comportamental manifiesto. Inversamente, se parte de la observación de tal tipo de actuar, fundamentada en la carencia de estas capacidades internas. Que este vínculo dominante se describa como una función interna, no es una definición particular. La función alpha de Bion es un concepto que se ocupa de una forma del pensar que en realidad sólo puede tornarse audible y visible a través de la comunicación y la interacción (Krejci, 1999). El modo de pensar esquizoparanoide puede describirse igualmente como un tipo de vínculo audible y visible. ¿Por qué nos remontamos desde la descripción de los modos externos de comportamiento hacia las funciones internas y describimos los mundos psíquicos internos en términos de comportamientos externos? ¿Es este acaso un precipitado de un tipo de vacío horroroso o podemos describir el mundo externo sólo en términos de un mundo interno subordinado porque “el exterior” es para nosotros percibido sólo en relación con “el interior”?

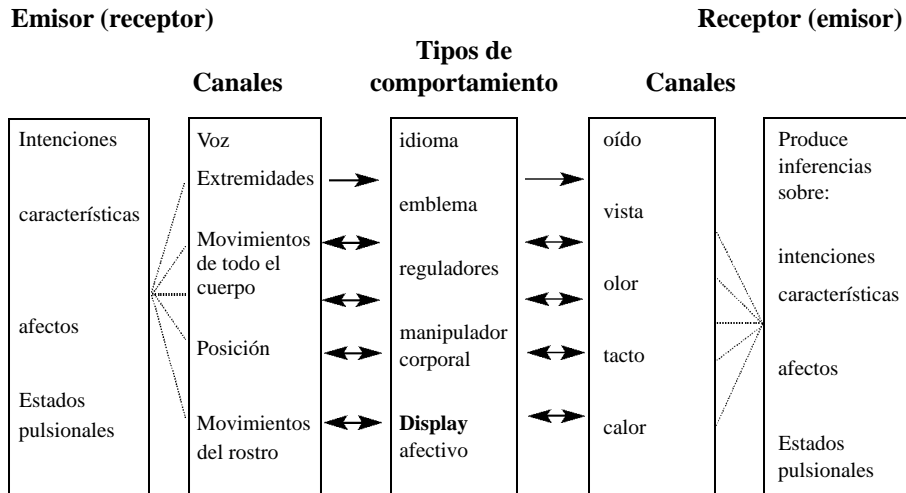
Resultan así una serie de preguntas. ¿Cómo se refleja el vivenciar subjetivo en los modos de comportamiento externos? ¿Qué procesos pasan a ser fundamentales si sacamos conclusiones con respecto al mundo psíquico interno sobre la base de los modos de comportamiento externos y objetivables? ¿Qué significación tiene el contexto de los modos de comportamiento para el proceso de atribución? ¿Qué efecto tiene el comportamiento de una persona sobre el vivenciar del vínculo de su *partenaire* interaccional? ¿Se pueden diferenciar diversos campos de relación con respecto a los modos de comportamiento, de los cuales resultan las funciones diferenciales de igual tipo de comportamientos para la constitución de un vínculo terapéutico? ¿Qué conclusiones resultan de la respuesta a estas preguntas para la técnica de los tratamientos? En los siguientes fragmentos se intentará responder a algunas de estas preguntas.

La función de las señales comunicativas dependientes del campo vincular intersubjetivo

Si no partimos de la idea de que los mundos internos de dos personas podrían comunicarse por medio de la transmisión de pensamientos, debemos remontarnos a los canales de transferencia y, con ellos, a las señales, los estímulos y excitaciones. Con esto aceptamos implícitamente un tipo de psicofísica de las interacciones sociales y de los vínculos. Un modelo de este tipo fue desarrollado por Brunswick (1969).



Gráfico 1: El modelo de las lentes de las interacciones sociales según Brunswick.



El emisor tiene un mundo interno entendido en el sentido de intenciones, rasgos, afectos, estados pulsionales, etc., los cuales se transfieren análogamente a la transmisión de la luz como en una lente, por medio de los diferentes canales de información como la voz, los movimientos corporales, las manos, la posición del cuerpo, la mímica del rostro, etc. Estos se refractan y se tornan así visibles. Para el receptor, estas refracciones son las excitaciones distales que él debe recibir a través de sus aparatos psicofisiológicos y que a su vez debe retransformar y agrupar en intenciones, sentimientos, etc. Estas nuevas refracciones constituyen a su vez, para él, sus estímulos proximales. Sobre esta base se realizan procesos de atribución con respecto del mundo interno del emisor. A ello van a contribuir el conocimiento de su historia individual y la historia de la especie. Estas conclusiones son sensitivas, inconscientes y generalmente no explícitas. La conducta externa del emisor constituye así la excitación distal para la vivencia interna del receptor. El emisor influye de este modo, intencional o no intencionalmente, consciente o inconscientemente, sobre el interior del receptor. Para el receptor, esta excitación distal posee en general, una función de indicador. Es considerada como la expresión del estado interno del emisor. En el marco de este simple esquema psicofísico de la interacción social, se da un tipo de correspondencia uno a uno entre el comportamiento observable y el sentir del emisor en la situación actual. El rostro del paciente podría así expresar su actual estado en la situación terapéutica y ayudar al terapeuta a atribuir dicho estado al interior del paciente para poder así reaccionar interactivamente de un modo empático. Este modo simple de psicofísica interactiva emocional se presenta sin duda si postulamos un mundo representacional interno solamente para uno de estos participantes, disminuyendo



la correspondencia uno a uno considerablemente. Más a menudo sucede, tal como lo han demostrado sobre todo las investigaciones de Merten (1997), que la señal afectiva visible se refiera generalmente al mundo objetal, al mundo representacional interno del emisor. El rostro del paciente expresa un sentimiento, pero éste tiene relación con su mundo objetivo representacional. Inclusive la percepción de sí mismo como objeto trasciende la función indicativa directa. El emisor puede así reírse de sí mismo, llorar o enojarse consigo mismo, rechazarse a sí mismo cuando piensa en sí mismo o habla sobre sí mismo.

En el caso de la introducción de un mundo de representantes internos autorreflexivos, lo observable ya no es solamente un síntoma indicativo del estado del paciente, sino también respecto de su relación con el representante objetal interno, y con ello de un tipo de reflexión básica. El contexto de empleo de las señales determina a qué mundo se refiere y también la relación inmediata en el aquí y ahora o la relación con el mundo interno representacional. Ambas cosas son posibles. La misma lógica debe usarse también para el terapeuta. Según cuál sea el mundo interno correspondiente o atribuido, es de esperarse que puedan jugarse otras vivencias internas de ambos protagonistas. Un rostro que expresa enojo o miedo y que el receptor puede reconocer en relación al mundo interno objetal del emisor, se precipitará de distinto modo en el vivenciar del vínculo actual del emisor y del receptor que una relación interactiva directa de las mismas señales. Las expresiones de la mirada y el comportamiento paraverbal, además de constituir las señales afectivas de un contexto del lenguaje, son una fuente de información importante para el receptor, la que posibilita que así pueda localizar las señales en el correspondiente campo de relación.

Pero cuando un afecto se encuentra ligado al mundo interno representacional inconsciente, no se puede explicitar la relación objetal de la señal afectiva por medio del lenguaje. Esta referencia permanecerá oscura al *partenaire* interactivo, y éste relacionará por ello la señal afectiva con el vínculo actual o también consigo mismo y reaccionará interactivamente del modo correspondiente. De esta forma, los representantes inconscientes asociados a sus afectos se tornarán efectivos y el mundo interno subjetivo del paciente se manifestará en el campo interactivo intersubjetivo, como una vivencia compartida, una constelación vincular real.

Estos procesos de actualización del mundo interno subjetivo del paciente dentro del campo intersubjetivo interactivo del suceder vincular, se presentan también en las psicoterapias. En este caso es el terapeuta el que mediante sus reacciones interactivas, posee una participación importante. En psicoanálisis se discute actualmente acerca del peso de la participación del terapeuta, el aporte de su subjetividad en el vínculo que se desarrolla y las consecuencias técnicas que implica esto para los tratamientos (Thoma 1999, Kernberg 1999, Renik 1999, Paniagua 1999). Renik (1999)



considera que el concepto de contratransferencia es innecesario y que deben comunicarse y discutirse abiertamente las ideas del analista basándose en la influencia de su subjetividad en el proceso terapéutico. Contrariamente a esto Kernberg (1999) y Paniagua (1999) resaltan la función reflexiva profesional del analista, el cual en esta función se encuentra fuera del actual entretrejo del vínculo y que, gracias a la contribución de su saber, llega a una comprensión más profunda y realista sobre el suceso interactivo y las condiciones intrapsíquicas del paciente, y por ello puede intervenir interpretando y produciendo cambios.

Mientras que en las diadas cotidianas a los *partenaires* interactivos de los pacientes generalmente les interesa sobre todo su autorregulación, y de este modo se perpetúa la repetición de la desadaptación de las conductas patológicas en diferentes variaciones, en el proceso terapéutico se trata de quebrar esa repetición. Tomando en consideración los procesos de actualización recién mencionados, se trata entonces de recuperar el mundo interno representacional perdido del paciente y con ello también el campo relacional de la afectividad del mismo. Los componentes repetitivos que suceden en el campo intersubjetivo interactivo entre paciente y terapeuta contribuyen a la búsqueda del campo intersubjetivo mental juntamente con la afectividad concomitante para poder así reflexionar y vivenciar sobre éstos conscientemente.

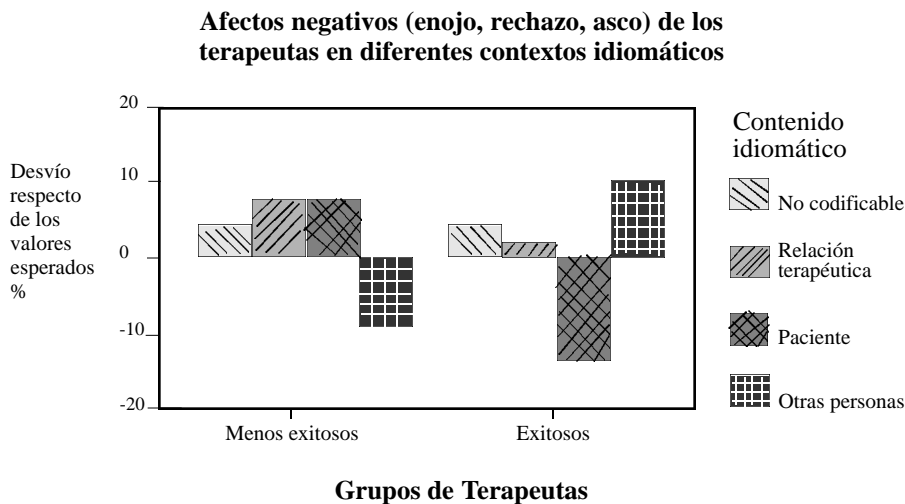
El proceso terapéutico y la constitución del campo intersubjetivo

De las reflexiones recién presentadas se puede deducir que los tratamientos exitosos se diferencian de los menos exitosos según cuáles sean las señales afectivas utilizadas dentro de ese campo contextual. Esto también tiene validez para los afectos del terapeuta, pues el campo relacional de sus reacciones afectivas aporta la posibilidad de que la afectividad permanezca en el campo interactivo y de que además se pueda deducir el mundo representacional inconsciente y con él la nueva localización de sus afectos. Teniendo en cuenta que la expresión afectiva del contexto del contenido idiomático contribuye a la comprensión del campo relacional afectivo, se puede esperar que las señales mímicas de los terapeutas exitosos se muestren en contextos de contenidos diferentes de los de sus colegas menos exitosos.

En el gráfico 2 se puede reconocer el desvío porcentual de la expresión de afectos negativos en el caso de tres terapeutas exitosos y tres menos exitosos con respecto del valor promedio esperado. Los afectos negativos se expresan en las terapias exitosas con menor probabilidad cuando el discurso gira en torno del paciente. Sin embargo, si se trata de comentarios sobre otras personas, estos aparecen con mayor frecuencia. En las terapias menos exitosas sucede a la inversa. Si se trata del paciente y la relación terapéutica, aparecen más a menudo los afectos negativos. Si se trata de hablar sobre otros, se los encuentra pocas veces.



Gráfico 2. Expresión de afectos negativos (enojo, rechazo, asco) de terapeutas exitosos y la de otros menos exitosos en diferentes contextos idiomáticos. Desvío con respecto de los valores esperados (tres terapeutas exitosos y tres menos exitosos, correspondientes a la tercera y doceava sesión).¹



En el gráfico 3 se representan los afectos negativos de los terapeutas que no se muestran dentro de ninguna relación objetal explicitada en el diálogo sobre la relación terapéutica en el transcurso de las primeras cuatro sesiones. Estos afectos negativos pueden ser considerados como interactivos. Se refieren al campo intersubjetivo interactivo y de este modo brindan al mismo tiempo un aporte fundamental a su constitución.

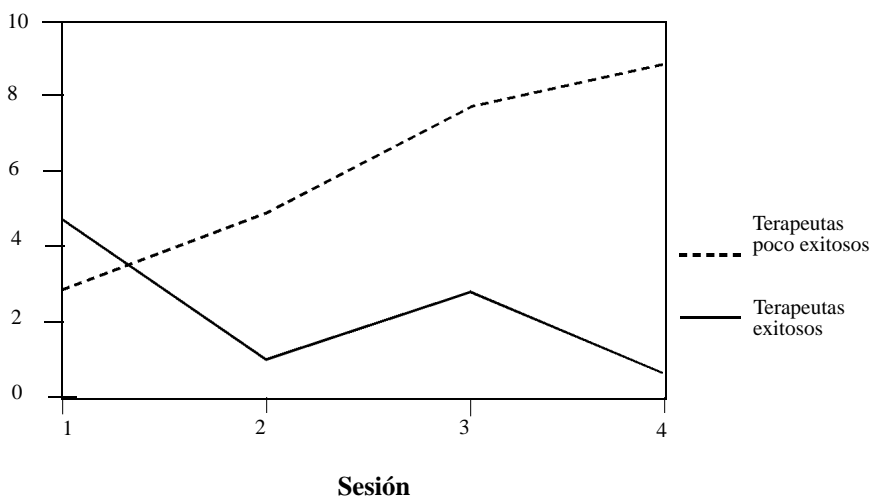
Los terapeutas exitosos muestran al comienzo más afectos interactivos negativos que los menos exitosos. La relación, sin embargo, se invierte rápidamente: en las terapias poco exitosas se elevan las señales afectivas no relacionadas con los objetos representados de los terapeutas. Mientras que en las menos exitosas, estas disminuyen.

¹ Esta investigación se basa en la codificación completa de la mímica así como del contenido idiomático de esas doce primeras sesiones. La mímica fue registrada mediante Emfacs (Friesen y Ekman 1984), el contenido idiomático con una versión modificada del SASB del análisis del contenido. Los seis terapeutas expresan en total 465 expresiones mímicas afectivas en el transcurso de esas doce sesiones. Del análisis discursivo resultaron 6.265 codificaciones. Los dos grupos estaban representados cada uno por: uno cognitivo y uno dinámico con igual distribución de los sexos en las díadas.



Gráfico 3. Frecuencia media de la expresión afectiva interactiva negativa (enojo, asco, rechazo) de los terapeutas en el curso de las primeras cuatro sesiones. Tres terapeutas exitosos y tres menos exitosos.

Frecuencia media de los afectos interactivos negativos de los terapeutas



Si se interpretan tales comprobaciones en el marco psicoanalítico se podría arriesgar la siguiente construcción: al comienzo del tratamiento se produce una actuación contratransferencial, en el sentido de que las señales emocionales interactivas surgen en el vínculo terapéutico y en relación a la persona del paciente, y producen así sus efectos. Si las observamos así, resultan ser sintomáticas para el campo intersubjetivo interactivo. En los tratamientos exitosos se suspende esta parte sintomática de las señales emocionales del terapeuta, y con ello sus efectos dentro del vínculo terapéutico, en el sentido de que en el desarrollo del mismo las señales afectivas se vuelven a ligar a los representantes internos del paciente, con los cuales han estado originariamente en conexión. Con este proceso se encuentra relacionada una forma de discernimiento que implica que la generalización y extensión sobre otros objetos históricos han sido en cierto sentido superadas. A un resultado similar arribaron Hölzer, Pokorny, Kächele y Luborsky (1997). Es cierto que sólo se orientaron por las emociones del paciente y su relación con su mundo objetual representacional, tal como se reproduce en el habla. El terapeuta como mediador no fue tenido en cuenta.

Los resultados presentados hasta aquí se pueden entender del siguiente modo: en los tratamientos exitosos, independientemente de su orientación con respecto a la técni-



ca, tratamiento, es posible interpretar la relación entre el mundo representacional de ambos protagonistas, tal como se expresa a través del lenguaje, y posiblemente en el pensamiento, y los fenómenos afectivos del terapeuta. Esto quiere decir que en los tratamientos exitosos se vuelve patente la relación entre el mundo representacional cognitivo consciente del paciente y las señales afectivas observables del terapeuta: paciente y terapeuta se pueden comunicar sobre este mundo idiomático mental del cual surge una intersubjetividad representacional, y en ella se engloban también los afectos correspondientes. En las formas de tratamiento que evolucionan mal esto no sucede, y las señales afectivas de los terapeutas tampoco resultan clarificables y patentes, sino que operan libremente, o si se quiere, poseen efectos interactivos.

Sin duda también se puede asegurar que en los tratamientos que evolucionan bien las señales afectivas negativas de los terapeutas no han tenido validez para el mundo objetivo de los pacientes al comienzo del tratamiento, sino a lo largo de tramos más amplios y de un modo directamente interactivo y con respecto al vínculo. Esta puede ser la conclusión a la que se arriba sobre la base de las variables contextuales. De tal conclusión se puede derivar que si esto no resulta así, surge una defensa contratransferencial. La comprensión del paciente en sentido de un encuentro implica que los terapeutas se dejan introducir en cierto sentido en el campo vincular episódico interno de los pacientes (compárese Sandler, 1976). Esto no ocurre a menudo, pues si no se parecería a la reproducción del modelo desadaptativo, pero tampoco demasiado esporádicamente pues si no no participaríamos del mundo interno subjetivo del paciente, que se expresa interactivamente mediante su actualización en el campo intersubjetivo.

El campo relacional de los afectos y su efecto diferencial sobre la vivencia emocional subjetiva en el vínculo

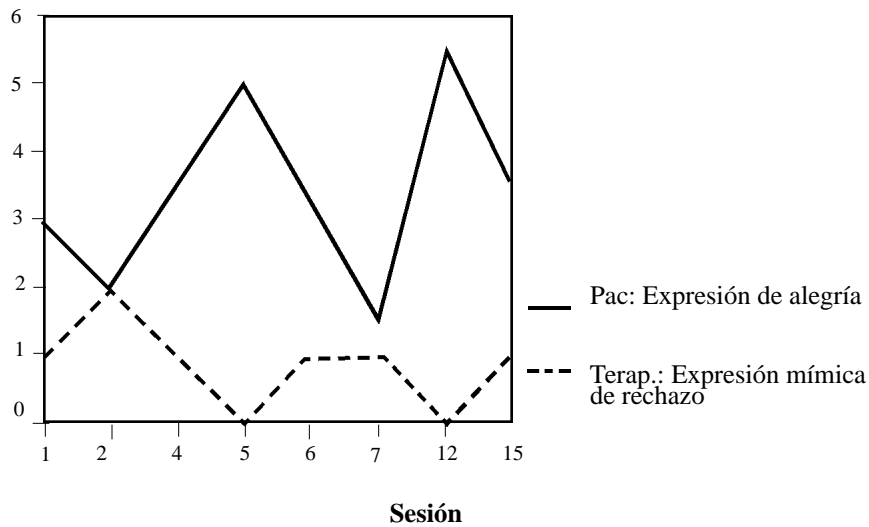
Habíamos supuesto más arriba que las señales afectivas poseen una función totalmente distinta en relación a la calidad vivenciada del vínculo entre paciente y terapeuta según de qué contexto se trate. Expresiones afectivas que son exteriorizadas en el campo interactivo deberían reproducirse de otro modo en el vivenciar subjetivo cuyo campo vincular está transformado por el mundo representacional. A su vez, se diferencia la frecuencia de la mímica expresiva de rechazo del terapeuta según el contexto en el que tenga lugar, junto con la vivencia subjetiva del paciente en las diferentes sesiones.

En el gráfico 4 se reproduce la relación entre la mímica que expresa desprecio por parte del terapeuta y la vivencia de alegría del paciente. Las curvas, que corren en dirección contraria, confluyen en una correlación negativa de -84 . Es por ello que el paciente siente menos alegría si su terapeuta muestra desprecio. Esta relación es muy alta, mayor que la que comúnmente se puede esperar en una persona. Aquí se encuentra entonces un tipo de relación 1:1 entre la señal de una persona y la vivencia interna concordante de su *partenaire* en acto.



Gráfico 4. Relación entre la expresión interactiva de rechazo del terapeuta y la vivencia de alegría por parte del paciente.

Rechazo interactivo del terapeuta y expresión de alegría del paciente



Quien es despreciado no siente alegría. Esta relación es válida además sólo bajo la condición de que en el contexto simultáneo de la expresión mímica de rechazo no se la pueda poner en palabras o no se hable en referencia a un objeto. La frecuencia absoluta de la mímica despreciativa del terapeuta, sin tener en cuenta el contexto idiomático, no refleja ningún tipo de relación con la vivencia del paciente.

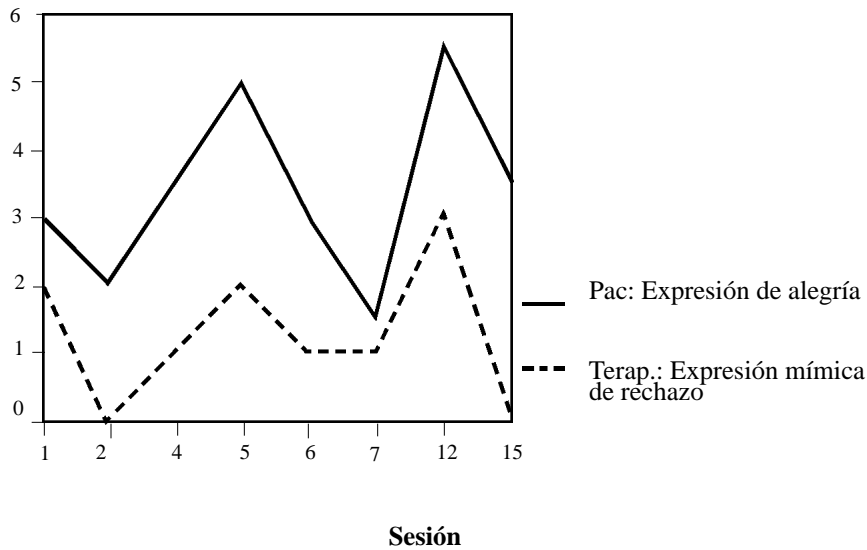
Como muestra el gráfico 5, se invierte la relación entre las señales del terapeuta y la vivencia interna del paciente de un modo radical si la mímica despreciativa aparece en la comunicación referida a otras personas. Nos encontramos con una relación positiva de +69. El paciente se alegra más cuanto más desprecio muestra el terapeuta dentro del contexto idiomático. Generalmente, estas comunicaciones del terapeuta se refieren a la indignidad de los modos de actuar de los objetos descritos por el paciente (de sus *partenaires* históricos). En cuanto a la técnica terapéutica, adquieren un valor por un lado con respecto a las confrontaciones, y por otro lado tienen el valor de interpretaciones de la resistencia contra la percepción de la cualidad de los modos de accionar objetales. El rechazo del terapeuta se refiere aquí entonces al mundo objetal del paciente y esta relación se explicita idiomáticamente. Ambos se comunican



sobre este mundo objetal y la afectividad reinante en él. Por eso es que estas señales afectivas son sacadas del mundo del campo intersubjetivo interactivo directo y localizadas en cambio en el campo intersubjetivo mental. De igual modo, los comportamientos tienen así otra significación según cuál sea el campo relacional con respecto a la relación actual entre paciente y terapeuta.

Gráfico 5. Relación entre la mímica despreciativa del terapeuta referida a un objeto y la vivencia de alegría del paciente.

Rechazo objetal del terapeuta y expresión de alegría del paciente.



Conclusiones para la técnica del tratamiento

1. La observación de los comportamientos afectivos predominantes permite sacar conclusiones con respecto a la calidad del mundo representacional de los pacientes. En el tratamiento recién mencionado, el rechazo fue el afecto directivo en torno al cual se centraban los episodios de pacientes narcisistas, pues si bien se habían modificado las señales asociadas a las representaciones, lo que permanecía igual eran las señales interactivas afectivas observables basadas en los aspectos fundamentales que se habían manifestado a lo largo de todos los vínculos. Se trataba, pues, del rechazo. ¿Qué significación básica tiene esta señal independientemente de la persona en cuestión? Como todos los afectos primarios (miedo, rabia, asco, tristeza, alegría, curiosidad), el rechazo indica una estructura básica, episódica y fija. Habiendo siempre un



sujeto y un objeto, ambos estarán enlazados interactivamente en un encuentro significativo para dicho sujeto. Se trata de la estructura protocognitiva básica de todos los afectos. Lazarus (1991) las ha denominado emociones protocognitivas y basales en sus últimos trabajos sobre el "primary appraisal". Se trata de la apreciación y percepción del mundo objetual por parte del sujeto. Los representantes internos de los afectos provienen de una estructura mínima, episódica, de un sujeto, un objeto y de una interacción altamente significativa entre ambos. Además de ello estos afectos poseen una significación específica que se entiende como un tipo de interacción. En lo que se refiere al ejemplo del rechazo, se presupone una atribución basada en la superioridad de uno de los protagonistas. Esta debe además ser considerada también por el otro, pues en caso contrario, no se puede sostener este tipo de estructura episódica afectiva; si ésta no se presupone, el estado afectivo de uno de los protagonistas puede transformarse en cólera. La cólera significa, en este caso, que la dimensión de superioridad se vuelve a disolver y que se debe luchar para lograr la atribución de status hasta que uno de ambos acepta definir la situación del otro o hasta que se produce una situación totalmente diferente. El campo intersubjetivo de rechazo se caracteriza entonces por depender de una estructura episódica que uno de los protagonistas debe mantener atribuyendo una superioridad duradera al otro en el interior del campo intersubjetivo. Tales estados pueden ser descritos por muchos psicoterapeutas como agresión o rabia. Se trata de un error que implica consecuencias para la técnica del tratamiento. En el caso del enojo, no existe tal rechazo, e, inversamente, el rechazo excluye la expresión abierta de cólera. Esto debe ser acentuado porque permite sacar conclusiones independientemente de la observación de las señales afectivas en el campo relacional con respecto a la vinculación objeto-sujeto y también con respecto a la naturaleza del vínculo objetual tanto dentro de la diada terapéutica como con respecto a las representaciones internas. Esta estructura protocognitiva de los afectos primarios fue descrita por varios autores (Lazarus 1991, Krause 1997, Scherer 1984).

2. El vínculo terapéutico no se constituye exclusivamente sobre la base de la psicofísica de las interacciones sociales. Tampoco tal como lo elabora Brunswick en su modelo. Este vínculo está sobredeterminado, es holístico y está estructurado en una organización. Los parámetros comportamentales conscientes e inconscientes en el interior de los mundos de ambos participantes se forman en una nueva estructura consciente e inconsciente (Baranger, 1993). Algunos teóricos y prácticos deducen de esto que una postura objetivante según la observación analítica no sería necesaria sino además perjudicial. Stolorow (1988) opina que sólo habría una realidad relevante y accesible para el trabajo psicoanalítico. Esta realidad sería altamente subjetiva y puede ser estudiada solamente a través de la introspección y la empatía. La suposición de una realidad objetiva sería solamente un mecanismo de defensa. Los planteos explicativos e interpretativos no serían sin embargo arbitrarios como criterios para los beneficios de estas interpretaciones surgidas de las estructuras vinculares intersubjetivas no objetivables. Podría mencionarse a) la coherencia lógica, b) la completud de



la explicación, c) la belleza estética, d) la consistencia con respecto al saber psicológico aceptado, válido. Mientras que los puntos a, b y c son inadecuados como criterios de validación de una intervención, se vuelve a dejar la realidad exclusivamente subjetiva en manos del saber psicológico. La crítica a este planteo que se basa en la multifactorialidad y en un modo de ver holístico, debe clarificar que esta visión no implica renunciar a la observación de otros y a la autoobservación objetivante. Esta postura, muy defendida por la autopsicología, nos recuerda a actitudes terapéuticas tempranas centradas en el cliente, en las cuales se consideraba fecundo el renunciar al saber terapéutico explícito.

La calidad del vínculo terapéutico se constituye, en parte, por el suceder actual dentro del campo interactivo. Estos son los modos de comportamiento relacionales directos, conformados por la psicofísica interactiva y por el mundo mental compartido. Ambos campos de la intersubjetividad son observables objetivamente, al menos en parte. Existe suficiente material empírico para estudiar la realidad de la psicofísica de la transferencia, pues en numerosos estudios realizados por nuestros grupos de investigación hemos demostrado múltiples veces que, en el nivel del inconsciente actual, aparecen procesos transferenciales psicofísicos que pueden desarrollarse de un modo totalmente inconsciente. Se observa, por ejemplo, que las personas psíquicamente sanas pueden adaptarse al nivel de expresión y de afectos de otras psíquicamente enfermas, lo que a la inversa no es observable. Esta posibilidad de introducirse sin advertirlo en el mundo de sentimientos del otro es, seguramente, el fundamento para la fantasía basal común que caracteriza a esta diáda. Pero hay que partir de la idea de que se trata de un proceso inconsciente. El inconsciente actual del analista se conforma por todas esas cosas que él hace sin darse cuenta; por ejemplo, expresar su rechazo. El no darse cuenta de estos modos de comportamiento posee una función estabilizadora de su mundo subjetivo interno y por ello es en general difícil de observar mediante la introspección, pero no por ello deja de tener una influencia constitutiva sobre la diáda intersubjetiva que se está desarrollando. El comportamiento afectivo del terapeuta es, por un lado, una reacción a los tipos de vínculo ofrecidos por el paciente, y, por otro lado, está influenciado en alta medida, por la subjetividad del terapeuta. Justamente, estos modos de comportamiento deben ser objeto de una observación objetiva. En caso contrario, permanecerán enredados en la intersubjetividad interactiva. Esto es distinto al análisis de la contratransferencia, mientras se limite el concepto de contratransferencia a la fantasía y al mundo objetal interno. Con otras palabras, el autoanálisis continuo en el trabajo con los pacientes tiene que implicar una observación penetrante, perspicaz y beneficiosa con respecto al propio comportamiento. Esta autoobservación objetivante del terapeuta no se debe limitar a su comportamiento en el campo intersubjetivo interactivo, sino que debe incluir la propia postura afectiva en relación con el mundo objetal representacional de los pacientes, ya que esta postura, tal como lo han demostrado nuestros resultados, permite percibir al paciente y con ello la identificación. Esto, sin embargo, no debe enten-



derse como una nueva exigencia superyoica, sino como una invitación benéfica a percibirse y a aceptarse en cuanto a la propia personalidad observable y el comportamiento resultante de ella.

Bibliografía

Baranger, M. (1993), "The mind of the analyst: From listening to Interpretation", International Journal of Psychoanalysis, 74, 15-24.

Benecke, C. (1999), "Mimischer Affektausdruck und Sprachinhalt in Kurzpsychotherapien". Manuskript der Inauguraldissertation. Universität des Saarlandes.

Brunswick, E. (1969), The conceptual framework of psychology. Chicago, University of Chicago Press.

Fiedler, P. (1997), "Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie", en Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 18, 7-40.

Fonagy, P., Target, Steele, H. & Steele, M. (1998), Reflective Functioning Manual, Version 5. For application to adult attachment interviews. Londres, Psychoanalysis Unit, University College.

Friesen W.V. & Ekman P. (1984) EMFACS-7. Unveröffentlichtes Manual.

Grawe, K. (1997), "Moderne Verhaltenstherapie oder allgemeine Psychotherapie", Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 18, 137-160.

Grawe, K. (Manuskript 1998), Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. Beitrag zur Diskussion über "Psychotherapie der Zukunft: Einheit oder Vielfalt?". Wird veröffentlicht in der Zeitschrift "Psychotherapeut" (1999).

Hamilton, V. (1996), The analyst's preconscious. Londres, Analytic Press.

Heigl-Evers, A., Heigl, F.S. & Ott, J. (1993), "Abriss der Psychoanalyse und der analytischen Psychotherapie", en A. Heigl-Evers, F.S. Heigl & Ott (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. Stuttgart: Fischer, 1-284.

Hölzer M, Pokorny D, Kächele H, & Luborsky L (1997), "The Verbalization of Emotions in the Therapeutic Dialogue - A correlate of Therapeutic Outcome?", Psychotherapy Research 7:261-273.

Kernberg O.F. (1999) "Plädoyer für eine, Drei-Personen-Psychologie". Psyche, 53, 9/10, 877-893.



Krause, R. (1997), *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 1. Grundlagen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Krause, R. (1998), *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 2. Modelle*. Stuttgart: Kohlhammer.

Krejci, E. (1999) "Zusammenkommen und Zerfallen. Das Modell des Behälters und die PS-Gehbewegung als Brennpunkt von Bindungstheorie des Geistes", *Forum der Psychoanalyse*, 15.

Lazarus, R. S. (1991), *Emotion and adaption*. Nueva York, Oxford University Press.

Merten, J. (1997), "Facial-affective behavior, mutual gaze and emotional experience in dyadic interactions". *Journal of Nonverbal Behavior*, 21(3), 179-201.

Orlinsky, D. E. Grawe, K. & Parks, B. (1994), "Process and outcome in psychotherapy. Noch einmal", en: A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.), Nueva York: Wiley.

Paniagua C. (1999), "Das Konzept der Intersubjektivität – einige kritische Bemerkungen", *Psyche*, 53, 9/10, 958-971.

Renik O. (1999), "Das Ideal des anonymen Analytikers und das Problem der Selbstenthüllung", *Psyche*, 53, 9/10, 929-957.

Rudolf, G. (1991), *Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien*. Berlin-Heidelberg: Springer.

Sandler J. & Sandler A. M. (1984) "Vergangenheits-Unbewußtes, Gegenwarts-Unbewußtes und die Deutung der Übertragung", *Psyche*, 39, 1985, 800-829.

Sandler J. (1976) "Gegenübertragung und die Bereitschaft zur Rollenübernahme", *Psyche*, 30, 297-305.

Sandler J. & Sandler, A.M. (1983), "The second sensorship in ,the three box model" and some technical implications", *International Journal of Psychoanalysis*, 64, 413-426.

Scherer K.R. (1984) "On the nature and junction of emotion: A component process approach", en K. R. Scherer & P. Ekman (eds.) *Approaches to emotion*. 293-318. Hillsdale: Erlbaum.



Stolorow, R. (1988), "Intersubjectivity, psychoanalytic knowing and reality", Contemporary psychoanalysis, 24, 331-337.

Thomä, H. (1999), "Zur Theorie und Praxis von Übertragung und Gegenübertragung im psychoanalytischen Pluralismus". Psyche, 53, 9/10, 820-872.

Aprobado: 15 de septiembre de 2002