

Los peligros de la neutralidad

Owen Renik*

El concepto de la neutralidad analítica es comentado respecto a su utilidad como guía técnica. La participación de los juicios personales y los afectos del analista en el trabajo clínico se discuten en relación a los diferentes conceptos de cómo se lleva a cabo el aprendizaje dentro del análisis. También se considera el problema de cómo realmente se protege al paciente de ser explotado por el analista. Un caso clínico se utiliza como base para la discusión.

Como analistas clínicos queremos ayudar a nuestros pacientes a que se sientan mejor y queremos que se sientan libres en el análisis de elegir sus propias formas de sentirse mejor. Pero estos dos aspectos de nuestro objetivo terapéutico están en conflicto potencial: por un lado tratamos de influenciar a nuestros pacientes, por otro lado tratamos de no forzarlos. Desde Freud en adelante, los analistas han luchado con esta tensión familiar discutiéndolo bajo una variedad de temas relacionados –originalmente como el problema de la sugestión en el análisis clínico y más recientemente como el tema de lo que constituye en una colaboración intersubjetiva, la destreza del analista y su autoridad adecuada.

Obviamente el conflicto entre ayudar a otra persona e interferir con su autodeterminación no es único en el psicoanálisis clínico. Los padres lo sienten al decidir cómo transmitir los valores y los consejos a sus hijos; los médicos lo enfrentan cuando hacen recomendaciones respecto a las medidas del tratamiento que implican efectos secundarios, riesgos y desenlaces inciertos; también les sucede a los amigos. Los psicoanalistas han estudiado el problema de la influencia más explícitamente que otras personas que cuidan, pero nosotros no hemos tenido más éxito al tratar este tema.

* Doctor en Medicina. 244 Myrtle St. San Francisco, CA 94109.
Publicado en el Psychoanalytic Quarterly, Vol. 65, 1996, N° 3, páginas 495-517.

Para minimizar la influencia personal no adecuada por parte del analista necesitamos una metodología clínica que nos de cuenta de la influencia personal del analista que se encuentra en el centro de la técnica. No importan los esfuerzos propios del analista, sus observaciones, sus formulaciones e intervenciones, que siempre están determinadas significativamente por factores idiosincráticos que permanecen fuera de la conciencia. Un analista es irreductiblemente subjetivo en su encuadre clínico; y la forma de mitigar la influencia restrictiva de esta condición es establecer principios de la técnica que se dirijan a ello, es decir que reconozcan que *la naturaleza y la total participación de la psicología individual de un analista en el trabajo analítico no puede en un determinado momento ser conocido por el propio analista.*

El concepto de *neutralidad analítica* quiere decir establecer un principio. Nadie piensa que la neutralidad sea una cosa simple de lograr en una situación clínica. Sin embargo, al tratar de *alcanzar* la neutralidad el analista espera minimizar la extensión en que sus juicios subjetivos necesariamente impiden la autonomía del paciente. Poland (1984) por ejemplo afirma “La neutralidad es... un principio utilizado para circunscribir el aspecto interpersonal del proceso de transferencia de las intrusiones excéntricas de las fuerzas intrapsíquicas del analista” (página 285).

En mi opinión, el concepto de neutralidad analítica está bien intencionado, pero no cumple la tarea para la que se le formula: no nos presenta un objetivo adecuado al que apuntar en el análisis clínico. Creo que nos hemos aferrado al concepto de neutralidad analítica y continuamos tratando en vano de obtener versiones útiles del mismo, porque nos damos cuenta de la importancia del problema de la influencia inadecuada a la que el concepto de neutralidad se aplica. Originalmente, el concepto de neutralidad daba a los analistas la certeza de que eran diferentes de los terapeutas que operaban sobre la base de la franca sugestión; pero creo que hemos llegado a un punto de poder ver que la certeza era lograda al precio de una cierta autodecepción. El concepto de neutralidad analítica se ha convertido en una carga en tanto nos alienta a perpetuar ciertas ilusiones limitantes acerca del rol del analista en el proceso psicoanalítico. Propongo criticar el concepto de neutralidad analítica de tres maneras:

- 1) No tiene en cuenta la manera en que el aprendizaje se lleva a cabo en el análisis y por lo tanto no describe la relación ideal entre los juicios de un analista y los conflictos de un paciente.
- 2) Sugiere una visión equivocada del rol de las emociones del analista en la técnica analítica.

- 3) Forma parte de una concepción errónea del dominio de la técnica analítica y por lo tanto contribuye a un malentendido sobre lo que impide a los analistas explotar a sus pacientes.

Ya se ha argumentado muchas veces (ver Greenberg, 1991; Hoffmann, 1996; Renik, 1995; Singer, 1977; Estolorov, 1990) que la neutralidad para el analista es imposible. Enfocaré mi discusión en por qué la neutralidad para el analista no sería útil –aun si fuera posible–, por qué buscar la neutralidad como ideal técnico es contraproducente.

Los conflictos del paciente y los juicios del analista

La lógica de la neutralidad analítica como salvaguardia contra la imposición de las visiones idiosincráticas del analista es que, hasta cierto punto, las intervenciones del analista pueden permanecer imparciales respecto a los conflictos de un paciente que está tratando de resolver y la subjetividad del analista se expresará de manera de impedir al menos la libertad de elección del paciente. Así es la conocida recomendación de Ana Freud de la equidistancia del ello, el yo y el superyo. No es necesario decir cuáles son los juicios del analista acerca de los conflictos del paciente y cómo es esto de tomar una posición u otra, lo cual es tan subjetivo como los juicios que cualquier analista pueda hacer. Por lo tanto un analista actual en sus esfuerzos de ser neutral evitará una posición positivamente ingenua. En la práctica el esfuerzo de ser neutral lleva a que lo mejor que puede hacer el analista es evitar opiniones acerca de resoluciones preferidas de los conflictos con los cuales el paciente parece estar manejándose; el analista intenta identificar y analizar las ideas que el paciente pueda tener y el analista está a favor de una parte o de la otra del conflicto, permaneciendo así alerta para cualquier cosa que haya hecho, tal vez, inconscientemente para evocar esta idea en el paciente.

Actualmente una cantidad de investigadores han notado dificultades que surgen al tratar de ser neutral como una manera de evitar la influencia personal por parte del analista. Por ejemplo, Raphling (1995) señala que “Una línea de interpretación que finalmente favorece un lado del conflicto, a expensas del otro, refleja la evaluación del analista acerca de la inutilidad de los compromisos del paciente, intentando así una resolución del conflicto” (página 97). Si nosotros estamos de acuerdo con la observación de Raphling –y yo creo que la mayoría de nosotros lo estamos– vemos que tan pronto como el analista contribuye interpretativamente a la autoinvestigación del paciente, el analista se separa de una posición neutral. En otras palabras, la única forma para que el analista sea neutral es que: ¡el analista sea inactivo! Esto parecería no tener

sentido entonces, aspirar a la neutralidad como objetivo técnico. Sin embargo, Raphling no sugiere que abandonemos el concepto de neutralidad analítica y repensemos nuestra concepción de una posición analítica ideal. Por el contrario, él solamente observa que el logro del ideal de la neutralidad no es posible. En esto Raphling hace eco de Shapiro (1984) quien comentó una década antes que “Las personas que son terapeutas, a veces, y aún a menudo están lejos... de la neutralidad perfecta; Freud también lo hizo, pero esto es humano” (página 281).

Raphling y Shapiro como muchos otros clínicos que han observado antes y después estos problemas, informan que existen grietas en el concepto tradicional de la neutralidad analítica pero no recomiendan que lo dejemos de lado. Cuanto más le prestamos atención, sin embargo, más grandes se hacen estas grietas. Los analistas eficientes y conscientes luchan para conceptualizar su conducta analítica real como neutral. Poland (1984), por ejemplo, describe una paciente que quería venir a sus sesiones analíticas pero no podía conseguir que cuidaran a su niño y entonces ella encerraba a su hijo de cinco años en un pequeño cuarto solo, durante dos horas.

No tomar partido en esta resolución de conflicto particular –dice Poland– sería un ejemplo de “pseudo neutralidad”. Kris (1993) enfatiza qué importante es en muchos tratamientos oponer el superyo cruel del paciente, no estando de acuerdo en forma vigorosa con la autocrítica irracional del paciente. Reconociendo que está exactamente contradiciendo la afirmación de Ana Freud respecto a la equidistancia, Kris denomina su posición como de “neutralidad funcional”. Hoffer (1985) tiene dificultades similares en reconciliar el concepto de neutralidad con sus observaciones clínicas y sugiere que nosotros debemos añadir la realidad externa al ello, al yo y al superyo como un cuarto punto de la brújula que usamos para encontrar una posición equidistante. “El concepto de neutralidad respecto a los conflictos específicos” dice Hoffer “es por lo tanto también ampliar para incluir a) el conflicto interpersonal dentro de la relación psicoanalítica y b) el conflicto dentro del analista (página 793).

Cuanto más observamos en forma honesta y estrecha la forma como realmente analizamos nos resulta más difícil elaborar el concepto de neutralidad analítica para mantenerlo: cuatro puntos de los cuales permanecer equidistante en lugar de tres; la neutralidad con respecto a los conflictos del analista y los conflictos en la relación así como los conflictos del paciente; no simplemente la neutralidad, sino la neutralidad genuina, la pseudo neutralidad y la neutralidad funcional. Parecería que para comprender lo que nosotros sabemos de nuestro trabajo tenemos que manejar la

neutralidad como un concepto cada vez más molesto y de complejidad cuestionable. ¿Acaso nuestras maquinaciones teóricas comienzan a asemejarse a aquellas de la astronomía ptolemaica en sus últimas etapas? ¿No sería más simple, más claro y más útil clínicamente que nosotros conceptualicemos al analista como que trabaja mejor siendo *no neutral*?

Yo no creo que la neutralidad sea un ideal hacia el cual sea útil que el analista trate de alcanzar, un ideal que sea deseable, aún si sólo se puede aproximar debido a la falibilidad humana. Cuando nosotros miramos lo que hacemos realmente y *qué es lo que funciona*, nosotros vemos que el concepto de neutralidad realmente no describe la actitud de un clínico analítico efectivo. De hecho, la neutralidad describe una actitud que interfiere con un análisis productivo. Hay momentos cuando un analista puede y debe hacer juicios respecto a la mejor resolución del conflicto de un paciente –cuando la comunicación de estos juicios constituye la contribución crucial al trabajo analítico–; y hay otros momentos cuando un analista no debería pensar, y menos aún, comunicar juicios acerca del conflicto del paciente. Por lo tanto, el concepto de neutralidad analítica que dirige al analista a que nunca *se ponga de un lado o del otro respecto al conflicto del paciente* está fundamentalmente mal concebido y no ayuda. *Ciertamente, nosotros queremos una teoría de la técnica analítica clínica que proteja la autonomía del paciente, pero tenemos que considerar que, tal vez, el concepto de neutralidad analítica en último término no nos ayuda respecto a esto.*

Analistas que han pensado estos problemas, como Poland, Kris, Hoffer, están tratando de calificar el concepto de neutralidad analítica de varias formas para mitigar los malos efectos de mantenerlo como ideal técnico. Estos malos efectos incluyen *disuadir al analista de hacer comunicaciones explícitas que ayuden respecto a su juicio del conflicto de un paciente* y de esta manera alentar al analista hacia *una renegación hipócrita cuando él comunica implícitamente los juicios acerca de los conflictos del paciente*. Sería mucho mejor, creo, discutir cándidamente cuándo y cómo un analista hace o no hace y comunica juicios acerca de las resoluciones de un conflicto. Entonces, en lugar de aferrarse a la ficción de la neutralidad podemos dirigir nuestros esfuerzos hacia formas de desarrollo que eviten la utilización de influencias restrictivas sobre el paciente por medio de un analista necesariamente no neutral.

El ejemplo clínico

Diana, una cardióloga de alrededor de 30 años comenzó su análisis para encontrar ayuda para su depresión crónica. A pesar de que le fue bien en su residencia y en su beca, se daba cuenta de su falta de autoconfianza que la inhibía. Ella dejó de lado oportunidades de progreso porque tenía miedo de fracasar, en particular, evitaba situaciones en las cuales ella tenía que colaborar estrechamente. Era muy pesimista acerca de poder llevarse bien con sus colegas. A veces se enfurecía o, más a menudo, se replegaba enojada cuando algo no le gustaba. Diana sentía en general que no era una persona que la quisieran o que fuera simpática y se preocupaba porque nadie quería ser amigo de ella.

Mucho de la autocondenación de Diana tenía que ver con su sentimiento de culpa de que ella era y había sido siempre envidiosa y hostil y esto tenía que ver con el resentimiento hacia su hermana dos años mayor que ella. Cuando tenía seis años, a la hermana se le diagnosticó una diabetes juvenil, que fue muy difícil de controlar. Ella se convirtió en el punto nodal de la preocupación ansiosa de los padres de Diana, desde que Diana lo recuerda. En la escuela la hermana de Diana era una estudiante mediocre, que aumentaba la preocupación de los padres en tanto que ambos eran profesores universitarios. Diana, a quien siempre le había ido bastante bien académicamente, se sintió dejada de lado. Sus padres raramente la alababan por sus buenas notas, en tanto estaban muy preocupados por el bajo rendimiento de su hermana.

Cuando Diana trajo esta historia yo le comenté que en tanto yo entendía que la situación había sido muy difícil para ella, no me resultaba claro por qué su reacción principal había sido envidia y resentimiento hacia su hermana, dada la naturaleza desgraciada de la atención que su hermana había recibido y el doloroso problema que había sido el momento en que ella lo recibía. Diana me explicó cómo ella recordaba desear que su hermana muriera y sintiéndose horrible después. Durante varias semanas ella elaboró su visión culpable de esta rivalidad entre hermanas. Sin desacreditar la sinceridad de sus sentimientos, yo me continué preguntando acerca de la importancia de esta hermana como objeto de resentimiento. Yo le pregunté si sus padres habían reconocido que su preocupación por la hermana de Diana había dejado a Diana dejada de lado. ¿La habían notado preocupada? ¿La habían tratado de ayudar?

Esta línea de investigación que yo elegí para continuar reflejó el hecho de que me preguntaba si la hostilidad de Diana hacia su hermana y su culpa respecto a ella no sería una función defensiva importante para no sentir el experimentar una grave crítica hacia sus padres acompañada de sentimientos terribles. Claramente yo me sentía escéptico

acerca del énfasis que Diana le daba a su envidia, hostilidad y culpa hacia su hermana. Yo fui explícito con Diana acerca de mis juicios y de la hipótesis que me hacían surgir.

Diana vio el sentido de mi perspectiva y lo consideró, pero tenía sentimientos contradictorios acerca de esto. Ella estaba preocupada de que podría estar pintando una imagen distorsionada de acontecimientos a los cuales yo respondía. En esta conexión un recuerdo terrible apareció en su mente. Cuando la hermana tenía 12 años y Diana 10 las niñas quedaron solas sin una *babysitter* mientras los padres hacían un viaje de negocios durante la noche a una ciudad que quedaba a una hora de avión. Esa tarde la hermana de Diana comenzó a quejarse que no se sentía bien y de pronto se quedó como medio en el limbo, no comunicándose. Alarmada Diana llamó a sus padres al hotel pero habían salido. Trató de contactarse con unos vecinos. Desgraciadamente era un sábado de noche y no había nadie en la casa. Su hermana se puso de una blancura mortecina y empezó a transpirar. Sus ojos se cerraron y Diana no la podía despertar. Desesperada Diana llamó al 911, los paramédicos que respondieron a la llamada y los doctores en el hospital al cual su hermana fue llevada le dijeron a Diana que su hermana se había salvado de morir aparentemente como resultado de un error que ella misma había cometido al darse su inyección de insulina. Esa noche fue traumática para Diana. Desde entonces se torturó recordando cómo su hermana aparecía tirada en el piso y el pensamiento de que tal vez ella, Diana, lo había hecho suceder todo porque quería que su hermana se muriera. ¿Cómo no se había dado cuenta de la naturaleza de la dificultad de su hermana dándole jugo de naranja y azúcar?

Le pregunté a Diana por qué se culpaba ella de irresponsabilidad en lugar de culpar a sus padres. Le dije que me parecía que ella había manejado la situación lo mejor posible para una niña de 10 años, mientras que la mayoría de la gente pensaría cómo haber dejado solas a dos niñas tan pequeñas, una con una seria condición médica al cuidado de otra niña y sin poder contactarse en caso de emergencia con los padres. Diana había asociado este incidente de la niñez como una ilustración dramática de su hostilidad y culpa hacia su hermana; pero para mí confirmaba cómo el culparse Diana a sí misma surgía de su lucha para evitar enfrentar las percepciones persistentes y muy perturbadoras respecto a sus padres.

Diana tenía sentimientos fuertes y muy mezclados en relación a mis intervenciones. Ella se sentía aliviada por un lado y podía darse cuenta que su autoimagen la podría levantar de su depresión con la cual había vivido durante tanto tiempo. Al mismo tiempo se daba cuenta de una ansiedad terrible, difícil de definir, un sentimiento de

temor en su estómago. Cuando le pedí que lo asociara ella informó en forma renuente que yo parecía estar asombrado de la forma en que sus padres la trataban a ella. Ella se preocupaba de que yo me estuviera comprometiendo demasiado. Otra vez ella trajo su preocupación por haberme mostrado un camino equivocado.

Yo reconocí que era debido a la imagen que me mostraba Diana sobre estos acontecimientos a los que yo respondía y lo que ella respondía respecto a lo que hacían sus padres, a mí, me parecía irresponsable. Si continuábamos con esto, entonces podíamos esperar encontrarlo; sin embargo en este momento me pareció que ella estaba tratando de evitar esta visión bastante definida pero muy perturbadora. De acuerdo a lo que sabíamos hasta ese momento yo me sentía azorado, ¿por qué es que ella se preocupaba por ello?

Diana comenzó a sollozar en forma incontrolable. Eventualmente pudo tratar de saber o intentar saber cuáles eran sus sentimientos. Ella creía que yo la entendía y se sentía muy conmovida, pero al mismo tiempo triste. Había algo por lo que yo aparecía preocupado primariamente que tenía que ver con su bienestar y con tratar de ayudarla – aún cuando ella cuestionaba mi juicio–. Esto la hacía sentir bien; la hacía sentir terrible también. Ahora sus asociaciones se dirigieron a su madre y a su recuerdo –que antes no había mencionado previamente– de lo que era siempre volver a la casa, que era un apartamento vacío, porque los dos padres siempre enseñaban hasta tarde en la noche, todos los días, y su hermana comenzó a quedarse con amigos todo el tiempo cuando empezó a concurrir al liceo. Ella comenzó a describir el sentimiento que ella siempre había tenido de la distancia de su madre. Yo me sentí emocionalmente comprometido. Obviamente que yo me preocupaba por ella. Ella nunca había sentido esto por parte de sus padres y odiaba tener que enfrentarlo. ¿Qué podía hacer ella ahora? Su padre estaba muerto y su madre estaba en un hogar de ancianos.

Un año después, Diana discutiendo sus problemas sexuales que tenía con su novio, decía que él no estaba muy interesado y comparaba su actitud distante con la de su madre. Diana encontró la relación con este hombre maravillosa en muchas formas. Tenían muchas cosas en común y disfrutaban de hacer cosas juntos. No me resultaba claro hasta dónde Diana creaba lo que ella experimentaba como desinterés por parte de su novio. ¿Era en parte como respuesta a sus propias inhibiciones? ¿Si él tenía un problema cómo Diana activamente trataba de resolverlo?, y así sucesivamente, seguí investigando en estas líneas.

Diana se sintió criticada y traicionada por mí. Yo había sido tan comprensivo respecto a su sentimiento de privación por la madre. ¿Por qué yo hacía esto con su novio? ¿Yo era machista? ¿Me identificaba con él? Yo le dije que no lo quería hacer aunque obviamente era siempre posible de alguna forma que yo no me diera cuenta de esto; pero lo que me pareció importante y se lo dije es que ella se sentía atacada cuando claramente mi intención –aun si se equivocaba– era ayudarla a ver si ella podía elaborar e incluir el placer sexual dentro de una relación a la que ella valoraba tanto. Mientras discutíamos la reacción de Diana a mi investigación, ella identificó una molestia en su reconocimiento preciso de que yo la estaba alentando a explorar la posibilidad de una mayor actividad sexual. Eventualmente lo que apareció fue su ansiedad adolescente acerca de la apreciación de su padre de su feminidad emergente. Ahora Diana volvía a ver la imagen de su madre como distante y la modificó un poco. Era verdad que su madre era reservada y que sus padres eran capaces de un tipo de egoísmo o de estar centrados en sí mismos que lastimaba a sus hijos, pero Diana también se dio cuenta que su culpa acerca de la competitividad con su madre le hacía a Diana subestimar el interés de su padre por ella y sobrestimar el distanciamiento de su madre.

A través de mis intervenciones que llevaron a una investigación útil de Diana respecto a ser sexualmente activa y atractiva a los hombres, mis preguntas probaron estar fuera de lugar con respecto al futuro de su relación con su novio. Lo que sucedió es que él eventualmente le confesó a Diana su gran pesar por nunca haber encontrado a las mujeres sexualmente excitantes y que había decidido hacer pública su vida homosexual, hasta ahora escondida durante años.

Tomando partido: aprender en análisis

Intento presentar este informe como una descripción del análisis clínico cotidiano. Mis reflexiones técnicas reflejan mi propio estilo, desde luego, pero yo creo que tienen que ver con la forma en que trabajan muchos analistas. ¿En qué consiste la actividad analítica? ¿Cómo contribuí realmente a la investigación en que Diana y yo tomamos parte? Si miramos mis intervenciones yo creo que es claro que todo el tiempo que yo me comunicaba hacía juicios evaluatorios respecto al manejo de Diana de su conflicto psicológico. Frecuentemente mis juicios le señalaban una dirección u otra –en otras palabras yo tomé partido, de la forma en que lo discute Rahlings–. En varios momentos le dije a Diana que su culpa hacia su hermana parecía no tener razón, que ella parecía ser menos crítica hacia sus padres de lo que ellos merecían, que ella era menos sexualmente activa de lo que sus posibilidades le permitían, de que sus objeciones hacia mí eran sospechosas, etc. Uno no podría decir para nada que yo permanecí neutral en relación a los conflictos de Diana, y yo creo que mis comentarios fueron como los que hacen muchos de mis colegas bajo las mismas circunstancias. Creo que estuve muy de acuerdo, por ejemplo, con el énfasis de Kris sobre la necesidad de que el analista contradiga lo que parece ser la autocondenación irracional por parte del paciente.

Al final el problema es respecto a cómo se produce el aprendizaje en el análisis clínico, de qué es lo que permite que se desarrolle la autoconciencia en el paciente. El concepto técnico de neutralidad es un obstáculo de una actual concepción ampliamente desacreditada del proceso psicoanalítico, que se basa sobre la noción de que en análisis un paciente proyecta su psicología en una pantalla lo más en blanco posible. Una vez proyectada la psicología del paciente puede ser vista y examinada por el analista, distante *de* los conflictos del paciente y por lo tanto relativamente objetivo, siendo socio de las capacidades del paciente para la autorreflexión. De esta forma el analista trata de ser neutral para permitir que las proyecciones del paciente, ocurran y sean vistas con una contaminación mínima. Podría ayudar subestimar que esta concepción del proceso analítico es implícitamente una teoría del aprendizaje. ¿Si la dejamos de lado cuál es nuestra nueva teoría del aprendizaje?

Mi propia impresión es que el aprendizaje tiene lugar en el análisis clínico, así como en cualquier otro lugar, en forma dialéctica. Un analista puede presentarle a un paciente una perspectiva y como consecuencia algunas de las perspectivas existentes del paciente, las que son fundamentales para los problemas del paciente, se desafían. Por así decirlo, analista y paciente encuentran su camino hacia encuentros cruciales entre tesis y

antítesis. Luego las resuelven a través del proceso de negociación (Pizer, 1992). A veces la yuxtaposición de las tesis y antítesis toman la forma de una confrontación, cuando la consideración de una nueva perspectiva está en contra de las motivaciones del paciente para mantener una antigua; pero hay otras ocasiones cuando el paciente tiene la experiencia de simplemente dársele una nueva información o presentársele con un punto de vista suplementario más que contradictorio. Es mejor, creo, para que estas negociaciones se vuelvan material de investigación consciente y explícita. Inevitablemente, sin embargo, ellas continúan y a menudo permanecen fuera de la conciencia de los participantes. Yo he seleccionado mis viñetas del análisis de Diana para mostrar varios intercambios dialécticos importantes de los cuales yo me di cuenta, algunas confrontaciones de sentimientos, otros no. ¡Lo que sin duda pasó por fuera de mi conciencia desgraciadamente no lo puedo informar!

Estoy de acuerdo con Weiss (1993) que en un análisis clínico exitoso el paciente no confirma las creencias patogénicas centrales. Sin embargo, no creo como Weiss, que el paciente a propósito construya exámenes para que el analista los pase de manera general. Más a menudo, el aprendizaje tiene lugar a través de una serie de experiencias inadvertidas, correctivas, emocionales, en la cual ambos, el paciente y el analista, van como tropezando sobre la base de sus motivaciones inconscientes. Cuando es posible, estas experiencias son retrospectivamente analizadas por analista y paciente –el examen en sí mismo desde luego–, constituyendo en parte una nueva puesta en acto de los deseos inconscientes de ambos (Ver Renik, 1993).

El punto que quiero enfatizar es que la neutralidad por parte del analista no facilita un proceso de aprendizaje dialéctico. Es la capacidad del analista de aprehender la esencia de las luchas del paciente y comprometerse con el paciente, con ellas, lo que contribuye a una investigación analítica clínica exitosa. El silencio, la renuencia a hacer un juicio, o el rechazo a ponerse de parte del punto de vista del paciente, pueden constituir intervenciones analíticas importantes y útiles. Cuando eso sucede, sin embargo, es porque comunican valores y juicios específicos, no porque representen la neutralidad. Al contrario, la verdadera neutralidad, hasta donde pueda alcanzarse, saca al analista del campo. Para que el proceso de aprendizaje pueda desarrollarse en forma dialéctica se necesita la participación personalmente motivada del analista.

Por ejemplo, ¿cómo formé yo la hipótesis que le presenté a Diana de que su envidia a su hermana encubría resentimiento y desesperanza ocasionada por las percepciones críticas de sus padres? Mi hipótesis era que el desenlace de una serie compleja de

juicios por parte mía, que surgían de mis identificaciones con Diana, con sus padres y con su hermana –identificaciones que eran determinadas por mi propia niñez y mis experiencias con mis padres, mi historia particular de satisfacciones y privaciones, penas y preocupaciones–. Yo quería para Diana lo que quería para mis hijas, lo que quería para mí como niño. Yo estaba azorado, poniéndome de parte de Diana acerca de qué sería lo que me azoraría a mí, que me ha azorado de parte mía y de parte de las personas que he amado durante toda mi vida. Fue esta contribución sin pasiones, idiosincrática, de parte mía, interactuando con la de Diana que constituyó el desarrollo de la investigación analítica. Si un analista va a contribuir a la autoinvestigación del paciente, el analista debe caminar sobre lo que Ehrenberg (1992) denomina de forma feliz como “borde íntimo”: la necesidad del compromiso emocional por parte del analista significa que la integridad del analista, para el cual el mito de la neutralidad no puede sustituir, guiará toda la diferencia.

Me parece que aprender en análisis es un proceso activo que va mucho más allá que la introspección guiada por el paciente. Lo que el paciente quiere –y en el mejor de los casos logra– del analista es una diferente perspectiva de la propia del paciente. Se espera que la perspectiva del analista sea una particularmente sabia, pero que no puede y no necesitaría ser asumida. Finalmente, la experiencia del analista y la autoridad apropiada no descansan sobre la premisa de que el punto de vista del analista acerca de los conflictos del paciente es necesariamente *más válida* que la propia del paciente, sino más bien el hecho de que el analista puede proporcionar una perspectiva *alternativa*, una nueva forma de construir la realidad, que el paciente puede utilizar –y no– de acuerdo al mérito que el paciente le encuentre. Desde mi punto de vista lo importante de hecho no es ni si las ideas del analista son correctas en un sentido absoluto, sino si estimulan un proceso de aprendizaje del cual el paciente se beneficia finalmente (ver Renik, 1994). De esta forma, por ejemplo, mi investigación acerca de si Diana estaría contribuyendo al desinterés sexual de su novio, llevó a una secuencia muy fecunda de acontecimientos analíticos, a pesar del hecho de que el desinterés sexual del novio resultó ser causado por factores independientes de Diana.

Nuestros pacientes se benefician al saber que nosotros pensamos acerca de los problemas que son de la mayor importancia para ellos –a menudo cómo vemos la forma en que se manejan con sus conflictos–. La única forma para un analista de ser realmente exitoso permaneciendo neutral es que el analista haga poco, más allá de prestar un oído comprensivo. Si un analista que contribuye activamente a la autoinvestigación del

paciente cree que es neutral, es solamente renegando de sus juicios personales que determina sus formulaciones e intervenciones; y la consecuencia de tal renegación es que el analista implícitamente reclama una comprensión desinteresada y por lo tanto, sin advertirlo, asume una autoridad no merecida que compromete el respeto por la autonomía del paciente.

Es mi impresión que hemos tratado en gran parte de evitar reconocer que dar juicios personales respecto a la forma que un paciente maneja su lucha crucial por la vida yace en el centro de la actividad clínica del analista. El concepto de neutralidad analítica ha jugado un rol crucial en nuestra evitación. Cuando la teoría preferida de un analista acerca de la psicopatología no enfatiza el conflicto, otros principios teóricos correspondientes al concepto de neutralidad se utilizan similarmente para explicar la influencia sugestiva personal. Los psicoanalistas del *self* conceptualizan lo que hacen en términos de respuesta empática; los analistas del control del dominio se consideran ellos mismos como siguiendo el plan del paciente, tratando de pasar los exámenes del paciente; muchos analistas kleinianos y del grupo del medio británico ven su tarea como la articulación de las identificaciones proyectivas del paciente; de acuerdo con Schwaber (1992); McLaughlin (1981) y otros, el analista se dirige al paciente más que a la realidad psíquica del propio psicoanalista. Estas varias formulaciones son esencialmente versiones de la neutralidad analítica en el sentido que mantienen la noción de que la actividad analítica del analista no consiste esencialmente en comunicar sus vicios personales: el reclamo se hace de que al paciente no se le dan los puntos de vista idiosincráticos propios del analista sino más bien que el analista encuentra los puntos de vista del paciente. De esta forma la intención del analista de influenciar al paciente queda “amortajada” para utilizar el término feliz de Friedman (1985).

Los afectos del analista

Además de la imparcialidad con respecto al conflicto, la neutralidad se utiliza en el lenguaje común para mostrar la ausencia de sentimientos definidos. Ser neutral puede significar estar emocionalmente no comprometido. Actualmente este segundo sentido de los que Strachey tradujo como neutralidad está transmitido más fuertemente en el original alemán por la palabra de Freud “*indifferenz*” –literalmente indiferencia– (Hoffer, 1985). Todos nos damos cuenta de una línea de pensamiento –desde Freud, cuando aseguró al Hombre de las Ratas de que lo tenía en alta estima, a través de los conceptos de Zetzel y de Greenson de alianza, a las recomendaciones de Stone, que los analistas fueran humanos en la situación de tratamiento– que permite el establecimiento de una relación cordial entre analista y paciente. Es muy importante sin embargo notar que las expresiones de calidez por parte del analista, aunque puedan resultar aceptables, se entienden como *extra analíticas*. En tanto el trabajo analítico en sí mismo, Freud, claramente mantuvo el concepto de neutralidad como una prohibición hacia el desapego emocional total y fue suscrito como tal por el Grupo de Viena (Ver Stepansky, 1988). El concepto de neutralidad continúa al presentar el distanciamiento emocional como el ideal técnico, hasta el presente.

Hoy el analista neutral trata de mantener un estado de base de ecuanimidad afectiva. Las desviaciones de esta base (por ejemplo, el analista se vuelve irritado, excitado, aburrido, triste) se esperan, se anotan y se vuelven material para el trabajo de autoanálisis del cual se logra información útil del interjuego de la transferencia y contratransferencia; pero la finalidad es recapturar el estado de base antes de actuar. Idealmente la información valiosa que se obtiene en el curso de las desviaciones de la neutralidad se consideran y se utilizan otra vez por el analista neutral.

Sin embargo, como psicoanalistas nosotros seríamos los últimos en equiparar la conciencia de afecto ingenua con el compromiso afectivo. Es precisamente cuando un analista menos se da cuenta de que aparece emocionado que puede dirigir sus sentimientos sin darse cuenta. De cualquier forma, nosotros necesitamos preguntarnos si podemos lograr la neutralidad afectiva de nuestro trabajo, aún si lo pudiéramos hacer.

Yo fui definitivamente no afectivamente neutral en mi análisis con Diana. Los juicios a los que llegué y las intervenciones que procedieron de ellos se fueron formando por una cantidad de emociones que experimenté. Además de comunicarle a Diana mis juicios personales acerca de sus conflictos, intenté también comunicar lo que yo sentía en asociación con mis juicios. No se le escapó a la observación de Diana, por ejemplo,

que yo estaba azorado por parte de ella, de la forma que ella informaba que sus padres la trataban; ella reconoció que yo estaba contento con la posibilidad de que ella se satisficiera sexualmente.

Mi impresión es que este segundo aspecto afectivo de mi no neutralidad también contribuyó más que impidió el trabajo analítico con Diana. Mi compromiso emocional no me impidió desarrollar ideas que Diana encontró útiles –que no nos debería sorprender en tanto que hay muchos ejemplos que testifican el hecho de que nosotros los humanos pensamos mejor al tener sentimientos de variada cualidad e intensidad–. El bioquímico Kekulé se sintió muy influido por el sueño de las serpientes que devoraban sus colas y que le revelaron a él la estructura anular de la molécula de benceno. Einstein dijo que sus descubrimientos más importantes generalmente le venían a él inicialmente bajo la forma de sensaciones quinesísticas placenteras. Actualmente las ciencias neurológicas contemporáneas (Damasio, 1994; Edelman, 1993) indican que la dicotomía tradicional entre afecto y cognición es obsoleta. Ahora nosotros sabemos que el sistema límbico y otros centros del sistema nervioso central, los centros de la emoción así llamados, participan en forma importante en la resolución de los problemas racionales. Finalmente me parece que tenemos muy poca razón en considerar la neutralidad afectiva como una condición que facilite el pensamiento analítico productivo.

Tampoco hay razón para asumir que cuando un analista comunica su compromiso afectivo al paciente se crea necesariamente un obstáculo para la investigación analítica. Por el contrario, esto no es lo que sucede de hecho. Por ejemplo, la percepción precisa de Diana de que yo estaba azorado inició una secuencia muy útil de acontecimientos analíticos. Ella cuestionó mis motivos y confiabilidad, lo cual le trajo angustias al saber que yo me preocupaba por ella y no me molestaba mostrarlo, y eventualmente una confrontación con recuerdos dolorosos del distanciamiento de sus padres. Más tarde su incomodidad con mi interés enérgico en su satisfacción sexual (una variante del mismo tema) otra vez produjo un análisis de la transferencia productivo –esta vez respecto a los conflictos edípicos de Diana–. Mi no neutralidad emocional comunicada a Diana se convirtió en algo muy importante. Nosotros nos debemos preguntar, como algunos lo han sugerido (Ver Spezzano, 1993) si el intercambio afectivo no es realmente el centro del encuentro analítico.

La autonomía del paciente. El dominio de la teoría analítica

Mi punto de vista es que la autonomía del paciente resulta mejor si las intervenciones del analista se ofrecen directamente por lo que son: juicios personales, a menudo con la forma de una teoría, pero que siempre se forman en el contexto del compromiso emocional del analista. De esta manera la sobrevaluación irracional de la destreza del analista y de la autoridad no ganada por parte del analista no son alentados. Cada vez más los analistas contemporáneos han estado explorando el problema de la candidez personal y la autenticidad en relación a las afirmaciones epistemológicas que subyacen a la técnica (Ver Bader, 1995; Ehrenberg, 1992). Ha habido muchas discusiones recientemente acerca de cómo reconceptualizar la autoapertura del analista y cómo desarrollar una teoría del proceso terapéutico desde una perspectiva intersubjetiva (Ver Natterson y Friedman, 1995; Renik, 1995). El concepto de neutralidad analítica lleva a la dirección opuesta de todos estos esfuerzos alentándonos a creer que las intervenciones del analista deberían estar libres, lo más posible, de juicios y sentimientos personales.

El concepto particular de neutralidad analítica ejemplifica una concepción más general y yo creo que errónea del dominio de la teoría de la técnica analítica. Una teoría de la técnica puede ayudarnos a influenciar a nuestros pacientes más sutilmente y menos restringidamente, pero no nos puede ayudar a hacer que esta influencia sea menos personal –es decir, menos una expresión de los puntos de vista idiosincráticos del analista–. Una teoría de la técnica puede ayudarnos a establecer condiciones clínicas en las cuales los juicios personales del analista que constantemente hace y comunica sean examinados continuamente y mínimamente tomados como si fuera un dogma por ambos miembros de la pareja analítica; pero no nos puede ayudar a determinar cuál es el contexto o cuál debería ser el contexto de los juicios del analista, o cuándo el analista debería o no comunicar o hacer estos juicios. Una teoría de la técnica puede tomar en cuenta la subjetividad del analista pero no puede eliminar la subjetividad del analista ni influenciar al paciente. Lipton (1957) reconoce que un analista en la situación clínica constantemente hace decisiones acerca de cómo actuar que son inherentemente personales y no estandarizados por medio de la teoría (de si decir hola a los pacientes, dejarlos utilizar el teléfono, etc.) y Lipton señaló las consecuencias destructivas de tratar de expandir nuestra teoría de la técnica para dirigir tales decisiones. Sin embargo, Lipton creyó que los rasgos idiosincráticos de la actividad del analista pueden separarse de, quedar fuera de y analizados por el uso de una teoría impersonal de la técnica. Lipton no tuvo en cuenta nuestra necesidad de tener en cuenta nuestra teoría de lo que

es necesariamente personal de los aspectos necesariamente personales no estandarizados de la técnica analítica en sí misma.

Ciertamente creo que hay problemas acerca de los cuales no es útil que un analista forme o exprese juicios, pero cuáles son estos problemas en sí mismos es también un problema de juicio personal. Cada analista decidirá de manera diferente y nuestra teoría de la técnica no nos puede ayudar con la decisión. Por ejemplo hubo un punto después que Diana se hubo satisfecho de que había hecho todo lo razonablemente posible para mejorar su todavía vida sexual problemática con su novio, antes de que él le dijera de su actividad homosexual, cuando Diana se preguntó a sí misma de si romper con el novio. Yo le hice y le comuniqué a Diana el juicio de que ella razonablemente podía esperar más placer sexual del que tenía pero no hice un juicio acerca de lo que ella tenía que hacer respecto a esta relación –no solo porque no creía que sabía qué era lo posible sexualmente entre Diana y su novio sino porque creo que personas diferentes arreglan diferentes tipos de vida para ellos mismos y el sexo no tiene la misma importancia para todos–. Mi posición –que creo que muchos analistas compartirían– no deriva de un concepto de neutralidad o de otro principio técnico; sino que reflejan mi punto de vista personal de la forma en que el mundo se mueve, basado en mi propia experiencia.

Al mismo tiempo la teoría psicoanalítica puede dar forma a los juicios personales de los psicoanalistas. Por ejemplo, en 1905 Freud escribió:

“Uno tiene que mirar más allá de la enfermedad del paciente y hacer una estimación de su personalidad global... no hay que olvidar que hay gente normal así como no normales que no sirven para nada en la vida y está la tentación de adscribir a sus enfermedades todo lo que los incapacita ... (página 263)”.

Durante más o menos 50 años los analistas aplicaron la condena de Freud hacia aquellos pacientes con rasgos de carácter como la deshonestidad, el egoísmo, la irresponsabilidad –pacientes que ahora brevemente serían grandes narcisistas–. Fue la gran contribución de Kohut conceptualizar estos pacientes como sufriendo de perturbaciones en el amor a sí mismos. Sus características poco atractivas se volvieron síntomas para ser estudiados con el mismo interés y compasión como cualquier otro síntoma, más que faltas a las que debía moralizarse abiertamente o en forma encubierta en el análisis. La concepción de Kohut del narcisismo fue una contribución a la teoría psicoanalítica de la psicopatología no de la teoría psicoanalítica de la técnica. Kohut adelantó una teoría de la técnica psicoanalítica también, pero aún los analistas que rechazan la teoría de Kohut de la técnica han sido influenciados en su trabajo clínico por

las ideas acerca del narcisismo y sus vicisitudes debido al impacto sobre sus juicios morales personales.

Los peligros de la neutralidad

Tengo la impresión que nuestra renuencia a abandonar el concepto de neutralidad analítica de una vez por todas está motivado por dos preocupaciones principales. La primera es que si reconocemos que no somos neutrales –que abogamos por nuestras visiones de vida particulares, que nos comprometemos apasionadamente– comprometemos nuestro reclamo de que estamos ofreciendo una terapia basada científicamente. Nosotros tememos que la no neutralidad nos haga esencialmente consejeros, aún curas seculares. Bueno, yo creo que como analistas abogamos por nuestros pensamientos personales como lo ilustran las viñetas que presenté del análisis de Diana.

Abogando por nuestras creencias personales, el analista no necesariamente reclama autoridad por estas creencias, así como el cura lo hace; ni tampoco el analista abogando por estas creencias personales se adhiere a la atribución de autoridad por parte del paciente a las creencias del analista. Yo no estoy de acuerdo con Hoffman (1996) cuando sugiere que como analistas deberíamos aceptar y utilizar una posición de “autoridad moral” que es en la que los pacientes nos colocan. Por el contrario, yo creo que estamos mejor si reconocemos que la no neutralidad está en el centro de nuestro método clínico precisamente porque al hacerlo nos alienta a declinar la autoridad a la cual no tenemos derecho –a ofrecer nuestras lecturas subjetivas en una investigación con el espíritu abierto y cuestionar cualquier tendencia que sea tomada como dogma–. Irónicamente la ciencia psicoanalítica está más comprometida y nosotros nos volvemos más religiosos en nuestro enfoque cuando pretendemos a nosotros mismos y a nuestros pacientes que podemos permanecer neutrales y que nuestras intervenciones describen una verdad revelada.

Por algún tiempo las discusiones sobre el psicoanálisis como narrativa, la intersubjetividad del encuentro psicoanalítico y temas relacionados han reflejado sobre la apreciación cada vez más explícita de la naturaleza altamente personal del trabajo individual de cada analista. Qué aceptación de nuestra no neutralidad subyace es que *la intención dirigida efectivamente del analista hacia la influencia personal es inexplicable de nuestro método clínico*. Si no estudiamos el psicoanálisis clínico como una dialéctica entre dos participantes no neutrales, yo creo que nos estamos engañando.

Al estudiar la dialéctica entre dos participantes no neutrales rigurosa y sistemáticamente, nosotros creamos del psicoanálisis una ciencia y del psicoanálisis clínico una terapia basada científicamente.

Una segunda preocupación mayor creo es que si nosotros aceptamos la no neutralidad de la técnica analítica abrimos el camino a “todo vale” en el psicoanálisis clínico y facilitamos la explotación de los pacientes por los analistas. Mientras que tenemos toda la razón para estar preocupados por la explotación de los pacientes la técnica no es preventiva. No es nuestra teoría de la técnica la que nos lleva a refrenarnos y a tener sexo con nuestros pacientes, por ejemplo, así como es por las razones basadas en la teoría que los pediatras tampoco tengan sexo con sus pacientes o que los padres no tengan sexo con sus hijos. Es porque la gente responsable no quiere actuar egoístamente sobre las esperanzas y temores de aquellos que dependen. Las normas éticas que establecemos en nuestras comunidades profesionales bastante independientemente de nuestras teorías de la técnica son para proteger a nuestros pacientes. Después de todo un analista que tiene que mantenerse controlado dependiendo sobre el principio de que el sexo con los pacientes ensucia la transferencia o estropea la neutralidad analítica está en un campo muy tembloroso. Yo diría que el abuso más común de los pacientes actualmente toma la forma de una relación terapéuticamente no productiva que sirve a las necesidades financieras del analista –y a veces a una necesidad sutil y no reconocida sexualmente–. Obviamente este tipo de abuso es fácilmente racionalizado a través de la concepción de la técnica neutral.

Dejar de lado la idea que un analista es efectivo porque puede ser más objetivo que el paciente acerca de los problemas de éste nos priva de reclamar por nuestra experiencia o por nuestra responsabilidad ética. El trabajo del analista no es *ser correcto*; sino *ser útil*. Nuestra experiencia no se encuentra en saber cómo ser más correctos que nuestros pacientes sino en saber cómo comprometernos con nuestros pacientes de manera que puedan aprender acerca de ellos mismos. Esta es una tarea muy difícil y complicada acerca de la cual estamos aprendiendo progresivamente, más desde que Freud escribió “Estudios sobre la Histeria” y el bienestar de nuestros pacientes está mejor protegido si nosotros no tomamos el punto de vista acerca del proceso analítico clínico en el cual el analista es idealizado como un participante relativamente neutral.

¿Si no hay neutralidad, entonces qué? ¿Cómo caracterizaremos nuestra participación óptima de los juicios personales del analista así como sus sentimientos en el trabajo del análisis clínico? Dirigirnos a esta pregunta es la tarea que está frente a nosotros. Nuestra

confianza en la medida que la ciencia psicoanalítica crezca podrá permitirnos transmitir sus límites. Así como nuestra identidad como psicoanalistas clínicos se vuelve más cierta, podemos cómodamente reconocer nuestras cosas en común con otros terapeutas. Estos desarrollos me parece que hacen posible y necesario dejar de lado la idea de neutralidad y encontrar formas más útiles de conceptualizar la influencia que ayuda por parte del analista.

Traducción: Juan Ma. Pereira

**Descriptores: NEUTRALIDAD / CONTRATRANSFERENCIA /
APRENDIZAJE / MATERIAL CLÍNICO**

Referencias

- BADER, MJ. (1995). Authenticity and the psychology of choice in the analyst. *Psychoanal. Q*, 64: 282-305.
- DAMASIO, A. (1994). *Descartes' Error*. New York: Grosset/Putnam. EDELMAN, G. (1993). *Bright Air, Brilliant Fire*. New York: Harper.
- EHRENBERG, DB. (1992). *The Intimate Edge. Extending the Reach of Psychoanalytic Interaction*. New York: Norton.
- FREUD, S. (1905). On psychoterapy. *S.E.*, 7.
- FRIEDMAN, L. (1985). Potentially shrouded: how the newer theories work. *Psychoanal. Q.*, 54: 379-414.
- GREENBERG, J. (1991). Countertransference and reality. *Psychoanal. Dialogues*, 1:52-73.
- HOFFER, A. (1985). Toward a definition of psychoanalytic neutrality. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 33:771-795.
- HOFFMAN, IZ. (1996). The intimate and ironic authority of the psychoanalyst's presence. *Psychoanal. Q.*, 65: 102-136.

KRIS, AO. (1993). Support and psychic structural change. En *Psychic Structure and Psychic Change. Essays in Honor of Robert S. Wallerstein, M.D.* ed. M. J. Horowitz, O. F. Kernberg & E. M. Weinshel. Madison, CT: Int. Univ. Press, pp. 95-116.

LIPTON, SD. (1977). The advantages of Freud's technique as shown in his analysis of the Rat Man. *Int. J. Psychoanal.*, 58: 255-273.

McLAUGHLIN, JM. (1981). Transference, psychic reality, and countertransference. *Psychoanal. Q.*, 50: 639-664.

NATTERSON JM; FRIEDMAN RJ. (1995). *A Primer of Clinical Intersubjectivity.* Northvale, NJ: Aronson.

PIZER, SA. (1992). The negotiation of paradox in the analytic process. *Psychoanal. Dialogues*, 2: 215-240.

POLAND, WS. (1984). On the analyst's neutrality. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 32: 283-299

RAPHLING, DL. (1995). Interpretation and expectation: the anxiety of influence. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 43: 95-111.

RENIK, O. (1993). Countertransference enactment and the psychoanalytic process. En *Psychic Structure and Psychic Change. Essays in Honor of Robert S. Wallerstein, M.D.* ed. M. J. Horowitz, O. F. Kernberg & E. M. Weinshel. Madison, CT: Int. Univ. Press, pp. 137-160.

_____ (1994). Publication of clinical facts. *Int. J. Psychoanal.*, 75: 1245-1250.

_____ (1995). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. *Psychoanal. Q.*, 64. 466-495.

SCHWABER, EA. (1992). Countertransference: the analyst's retreat from the patient's vantage point. *Int. J. Psychoanal.*, 73: 349-361.

SHAPIRO, T. (1984). On neutrality. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 32: 269-282.

SINGER, E. (1977). The fiction of analytic anonymity. En *The Human Dimension in Psychoanalytic Practice.* Ed. K. A. Frank. New York: Grune & Stratton, pp. 191-192.

SPEZZANO, C. (1993). *Affect in Psychoanalysis. A Clinical Synthesis.* Hillsdale, NJ/London: Analytic Press.

STEPANSKY, PE, Editor (1988). *The Memoirs of Margaret S. Mahler.* New York: Free Press.

STOLOROW, RD. (1990). Converting psychoterapy to psychoanalysis: a critique of the underlying assumptions. *Psychoanal. Inquiry*, 10: 119-129.

WEISS, J. (1993). *How Psychoterapy Works. Process and Technique*. New York/London: Guilford.