

Entrevista a Daniel Stern

She Interviews Daniel Stern

Emilce Dio Bleichmar
Universidad Pontificia Comillas

Daniel Stern es profesor honorario de Psicología de la Universidad de Ginebra, profesor adjunto del departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cornell y conferenciante del Centro de Docencia e Investigación del Psicoanálisis de la Universidad de Columbia. Doctor Honoris Causa por las Universidades de Copenhague y Alborg (Dinamarca); Palermo y Padua (Italia); y Mons Hinault (Bélgica). Miembro del Boston Change Process Study Group (BCPSG).

Buenos días, Dr. Stern. Como habíamos programado, voy a hacerle una serie de preguntas sobre su obra que serán publicadas en la revista *Clínica y Salud* del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

— **En cuanto a su descripción de los diferentes sentidos del Self temprano, ¿qué progreso supone en relación con los conceptos freudianos clásicos o con la teoría de Margaret Mahler acerca del periodo de no diferenciación y confusión entre el yo y el no-yo?**

— DS: Bueno, digámoslo así: la diferencia real es muy simple y es que, desde que Mahler escribió su libro, se ha acumulado mucha información sobre bebés y sobre lo que hacen, cómo interactúan con sus madres. Esta información proviene de la observación directa de los bebés, que ella no hizo y que nos lleva a pensar que es como yo dije, no como ella lo formuló. No me gustaría llamarlo progreso, es una perspectiva distinta sobre el bebé y creo que es más acorde con todo lo que ahora sabemos sobre los bebés. En los últimos años solía reunirme de forma regular con Margaret Mahler y discutíamos sobre cosas, y en realidad ella llegó a la misma forma de pensar, quería cambiar el nombre del autismo normal a “despertar”, y dijimos es genial, hazlo, y escríbelo para que la gente lo vea. Lo escribió en un lugar, pero no se difundió así que mi respuesta a su

pregunta es: si por progreso se refiere a qué parece ser más coherente con todo lo que hemos aprendido sobre el bebé, entonces pienso que ese es el progreso. El punto de vista que yo sostenía en el libro está muy documentado y el libro está en español y hace que el punto de vista mahleriano no resulte muy convincente, comparado con cómo lo veo yo. Ahora, pienso que a veces hay un malentendido, porque entiendo que Vd. pueda ver el autismo en distintas etapas y simbiosis y todo eso, pero eso no es probablemente el modo en que el niño lo vive, y uno de los problemas que siempre he tenido con el punto de vista de Mahler, que se refleja en la diferencia con el mío es que siento que ella y la teoría psicoanalítica en general, la clásica, tradicional, ha sido muy patomórfica y adultomórfica y esta perspectiva psicoanalítica encaja... encaja muy bien con la noción tan determinante de fijación-regresión. Una vez que uno acepta la fijación-regresión como uno de los mecanismos más importantes de enfermar, entonces tiene que encontrar algún tipo de semejanza con esa patología en el desarrollo temprano y eso es realmente lo que ella hizo. Es realmente un salto teórico, no tiene nada que ver con datos ni con la observación, por eso no creo que sea una descripción tan buena como la que yo he intentado mostrar.

— EDB: Ese es el punto crucial, lo que permitiría pensarlo como un progreso.

— **Vd. habla de una nueva base de datos a partir de la cual se desarrollaría una teoría evolutiva. Desde la publicación de *El mundo interpersonal del infante*, ¿en qué medida considera que estos datos se han incorporado a las teorías de desarrollo más aceptadas y/o al psicoanálisis)?**

— DS: Creo que muchos de los datos nuevos han sido incorporados por la psicología evolutiva y la neurociencia evolutiva y no creo que se hayan incor-

porado bien al psicoanálisis. Creo que el psicoanálisis ha sido muy lento, con excepciones, por supuesto, siempre hay psicoanalistas que los han incorporado totalmente. De hecho, siempre es interesante cómo mucha de la gente evolutiva, como yo mismo, somos psicoanalistas y estamos trabajando realmente a partir de esa base aun cuando no estemos de acuerdo con ella, es una base muy útil, pero el psicoanálisis ha sido muy lento en aceptar gran parte de esto, pero no hay nada nuevo allí. Es sorprendente cuando piensas lo lento que ha sido para aceptar incluso el apego; el primer artículo de Bowlby se publicó en 1946 y en el *International Journal of Psychoanalysis* no apareció hasta mucho después. Y hasta décadas después el psicoanálisis no estuvo abierto a él, de modo que no sé qué más decir al respecto, pero la gente evolutiva que no es psicoanalista ha incorporado este dato, lo buscan y se encargan de él.

— **¿Cuál es su opinión sobre los patrones de apego (seguro, evitativo, ambivalente) como los únicos indicadores de la calidad de la relación entre padres e hijos?**

— DS: Los patrones de apego no son en absoluto los únicos indicadores de la calidad de la relación, pero son los únicos que hasta ahora han demostrado ser predictivos, en un sentido estadístico, cuando se observa a una población amplia. No hay ninguna otra cosa en la infancia temprana, digamos durante el primer año de vida, que le diga cómo estará este niño cuando llegue a la edad escolar o sea un adolescente y todo eso. Mientras que el patrón de apego sí lo hace, así que no quiero decir que sea el mejor indicador de la calidad en absoluto, no sé si lo es y no estoy seguro de que lo sea, pero sé que es el único predictor que tenemos, lo cual es triste, pero así es.

— EDB: ¿Cree que podríamos distinguir en el concepto apego diferentes aspectos que podamos observar que no sólo se relacionen con el vínculo, por ejemplo la ansiedad o la regulación de la ansiedad, pero no queda claro cómo tomar estas dimensiones como indicadores?

— DS: Bien, cambiemos la palabra, no usemos la palabra indicador, usemos la palabra predictor. Si usamos la palabra predictor, entonces los patrones de apego son lo único. En cuanto a indicador de la

calidad, entonces creo que podríamos añadir todo tipo de cosas y no creo que las categorías de apego sean muy adecuadas para hablar de la calidad. Para ello creo que son mejores cosas clínicamente orientadas. También creo que la teoría del apego o su descripción tiene un gran problema con respecto a indicar algo acerca de la relación y es que evitan hablar de la fuerza del apego, de modo que la catexis del compromiso no es algo que manejen. De hecho, no la manejan a propósito, así que a nosotros, con una orientación más clínica, nos resulta muy difícil hablar de la calidad de la relación si no podemos hablar de la cantidad del apego. Así que creo que yo cambiaría un poco la pregunta o haría dos preguntas.

— EDB: No obstante, en la actualidad la teoría del apego es una de las más difundidas.

— DS: Lo sé, y creo que se abusa mucho de ella. También creo que hay una especie de –lo digo con amabilidad– mafia del apego, personas que hacen todo el trabajo del apego, donde lo confunden con la sensibilidad, con el compromiso, con la catexis, con todo lo demás y así empieza a perder su significado y estoy de acuerdo con Vd. en eso. Pero es comprensible en el sentido de que es mensurable y eso es muy importante en estos días.

— **¿Podría darnos un ejemplo de estrategia para hallar un origen narrativo a los problemas relacionales tempranos?**

— DS: Creo que tengo que decir que no. Para mí es muy misterioso cómo se narrativizan estos patrones que se ponen en acto de forma no verbal, y no sé cómo responder a eso. Las narrativas tienen mucha libertad y realmente no tienen que ver con la experiencia directa en el sentido usual, con lo que quiere decir que no van tras lo que realmente sucedió, van tras una especie de interpretación coherente de lo que sucedió, de modo que hay mucha libertad con respecto a de dónde provienen.

— **En *El mundo interpersonal del infante*, Vd. enfatiza que una nueva perspectiva teórica del niño orienta las intervenciones clínicas y educativas, y que una generación corrige los déficits de la anterior pero introduce otras limitaciones. En su opinión, en la psicoterapia, ¿el foco en la relación podría haber pasado por alto la importan-**

cia de la dimensión sexual del complejo de Edipo?

— DS: Me centraré en la última frase, en la de su opinión, creo que se puede haber pasado por alto, y en cierta medida se hace, la importancia de las dimensiones sexuales. Creo que una de las principales razones para esto es que toda la idea de focalizar en otros aspectos de la relación ha sido para escapar del excesivo dominio de la dimensión sexual del complejo de Edipo. Los trastornos de la relación de los que hemos hablado no parecen tener mucho que ver con el complejo de Edipo y la mayor parte de la investigación ha sido con bebés de menos de un mes o hasta los 18 meses y el complejo de Edipo, a menos que queramos hablar de un complejo de Edipo primario o protocomplejo en formación y no estoy seguro de si eso es realmente de ayuda. De modo que hay muy buenas razones para pasar por alto el complejo de Edipo y gran parte de esto opera en la infancia temprana.

— ¿Cuáles serían las diferencias entre la terapia unificada padres-hijos que Vd. propone en *La Constelación Maternal* y la orientación sistémica de la terapia familiar y el tratamiento de familias llevado a cabo por terapeutas de orientación dinámica?

DS: Bueno, no creo que sea diferente porque están incluidas en esta última, lo que creo que he intentado decir es que para ser capaz de hacer terapia de grupo con una familia joven y un bebé pequeño, uno necesita conocer al dedillo todos los enfoques y no puede utilizar sólo uno, esencialmente tiene que ser capaz de usar cualquiera de ellos en ocasiones diferentes e incluso en la misma sesión o a lo largo de las sesiones, porque se mueve muy rápidamente y porque ninguno de los enfoques capta totalmente lo que está sucediendo. Así que mi opinión es que lo ideal es que los terapeutas de niños pequeños deberían estar formados en familia y en psicoanálisis.

— EDB: ¿Y con niños en edad escolar?

— DS: ¿En edad escolar? Bueno, eso puede ser muy distinto. Entonces creo que de lo que estoy hablando ya no es tan pertinente, que la terapia unificada padres-hijos no se aplica realmente a esos niños. Entonces creo que debería o hacer una terapia

de familia o hacer más bien una psicoterapia dinámica individual, pero yo veo a la madre, el padre, el bebé, y me refiero al bebé en su primer año más o menos, o hasta los 18 meses o los dos años, como una población distinta del niño en edad escolar, que pide un tipo de tratamiento diferente mucho más móvil en el sentido de que uno tiene que ser capaz de moverse entre estos diferentes puntos de vista. De modo que tal vez la perspectiva totalmente unificada no sea buena porque en realidad no deja de ser un conglomerado. Son necesarias todas, se necesitan todas las perspectivas.

— *La constelación maternal como un conjunto de ansiedades específicas de las madres, ¿puede aplicarse sólo/principalmente a un periodo al comienzo del crecimiento o podríamos incluirla como un foco de trabajo en todos los casos de mujeres con hijos?*

— DS: Una vez más, déjeme detenerme en una palabra, en la constelación maternal no hablo de ansiedades específicas, hablo de temores específicos, lo cual es muy importante porque ahora estoy hablando de algo que es universal, no el producto de una neurosis ni de un conflicto. Así que temor es la palabra adecuada, creo que es muy fuerte, especialmente con el primer bebé durante semanas tras el nacimiento, luego disminuye lentamente, de modo que es menor después de que la madre ve que todo va bien y que puede manejarlo y que el bebé está bien. Mi sentimiento es que nunca desaparece del todo, que de algún modo se mueve al territorio de lo preconsciente o lo inconsciente y que es muy fácil volver a desencadenarlo de modo que se vuelva de nuevo consciente y activo. Cuando vivía en Nueva York, había un anuncio en la radio y la televisión pública, a las diez en punto de la noche, y esta voz, que daba un poco de miedo, decía son las diez de la noche ¿sabe Vd. dónde están sus hijos? Y yo pienso que, ya sabe, siete millones de madres en Nueva York tenían una reactivación de sus temores de conservación maternales. En ese sentido, nunca desaparecen.

— EDB: Sí, claro, creo que todas las madres se sienten representadas y comprendidas a partir de su texto *La Constelación Maternal*.

— DS: Y cuando su hijo, ya sabe, se pone enfer-

mo o tiene problemas, etc., esto vuelve, en cierto modo. De forma diferente, de modo que pienso que es específico en cuanto a su fuerza y lo omnipresente que se halla en la vida de las madres, pero lo básico no desaparece.

— Dados los fundamentos de la teoría de las representaciones relacionales intrapsíquicas, ¿podríamos considerar que el núcleo principal de la psicopatología de infantes/adolescentes son los trastornos de los vínculos padres-hijos?

— DS: Yo diría que sí, diría que estoy de acuerdo con eso, pero entonces no sé si es acertado decir que son el núcleo principal, creo que son, para muchos niños, el núcleo principal y para otros, a lo mejor un poco menos que principal y hay otras cosas que pueden ser lo principal, pero siempre estarán allí. Me refiero a los orígenes y la relación padres-hijos.

— EDB: Lo que estamos viendo ahora es que, cada vez más, los padres consultan pidiendo ayuda para ellos.

— DS: Esto es cuando los niños están en clase.

— EDB: Sí, o durante la primera infancia.

— DS: Sí, yo a veces [...] incluso también con los recién nacidos, aunque hay mucha gente básicamente normal que viene porque tiene preocupaciones con sus hijos.

— ¿Podría elaborar un poco más lo que Vd. plantea acerca del padre en *La Constelación Maternal* (p. 178): “Si se necesita que el marido desempeñe también este rol (lo que sólo puede hacer muy inadecuadamente) puede estar más “maternalizado” durante esta fase. Las consecuencias de este desarrollo para el ajuste futuro de la pareja son vitales”

— Bien, vayamos por partes. Cuando digo que sólo puedo hacerlo muy inadecuadamente, me refiero a desempeñar el rol. Sé que hay mucha política y sentimiento acerca de esto, pero creo que en su mayor parte, la mayoría de padres jóvenes no son tan buenos haciendo esto como lo son las madres, y están menos motivados a hacerlo de un modo tan feroz como lo están las madres. Creo que entre los padres más progresistas, que creen mucho más en la igualdad entre la madre y el padre y en la parentalidad, como en todo, que ellos hacen que su vida sea

más dura porque la mayoría de los padres no pueden hacer lo que las madres quieren que hagan y es muy divertido; déjeme hablarle del resultado de un estudio en el que participé. La mujer que lo llevó a cargo era una estudiante de postgrado, una feminista, que creía que debería ser igualitario, al 50%, como punto de vista teórico. Dividió a los padres y madres en dos categorías a las que denominó tradicional —en la que el padre iba a trabajar y la madre se quedaba en casa y cuidaba realmente de todo— y otra a la que he olvidado cómo llamó, contemporánea, moderna, lo que sea, en la que intentaban hacerlo todo al 50%, y lo que las madres decían, cuando las entrevistó, decían, “bueno, lo más maravilloso de que haga e intente hacer todo al 50% no es realmente que yo necesitare su ayuda, podría hacerlo sola o con otra persona. Lo que realmente me parece más valioso es que cuando vuelva al trabajo, ahora sé que realmente puede cuidar al bebé y yo puedo descansar. Así que eso hace mi vuelta a mi profesión mucho más fácil y eso se lo agradezco realmente”. Nadie esperaba que dijeran eso, pero eso era lo que decían. Y esto, los modernos.

— Su idea de que la terapia unificada padres-hijos responde a las demandas de una nueva población clínica, ¿podría contemplarse también desde una perspectiva inversa, es decir, que la teoría clínica propuesta genere una nueva población de consulta clínica, tal como estamos observando?

— DS: Bueno, esto se responde por sí solo. Sí, sí, sí, totalmente, y necesitan tener una formación diferente, y aprender, lo que resulta muy difícil para gente que ya está formada analíticamente, tener que aprender a observar la conducta sin interpretarla. He pasado muchas horas intentando enseñar a los psicoanalistas y a los jóvenes en formación cómo observar, y es asombroso cómo ser alguien bien formado psicoanalíticamente es un impedimento para la observación pura. Así que eso es algo que tiene que hacerse y que la mayoría de la gente no sabe cómo hacer. Esa sería una parte muy importante de la formación, también creo que necesitan saber más acerca de la psicología evolutiva. Siempre me sorprende lo poco que los psicoanalistas de niños e incluso los psiquiatras infantiles saben sobre la psicología evo-

lutiva; están mejorando algo, pero no gran cosa. Así que pienso que necesitamos formarlos mejor.

— EDB: No hay duda.

— **El analista debe ser capaz de sentir la ansiedad, la confusión y el dolor psíquico que el paciente siente y de comunicar esos sentimientos de modo que se conviertan en una experiencia analítica compartida. La teoría y el método que plantea en *The Present Moment* nos ofrecen instrumentos para el comprender el intercambio momento a momento. ¿Considera que un tratamiento sólo puede tener lugar en términos de conocimiento relacional implícito o que la interpretación también puede desempeñar un papel importante? ¿Cuáles son las ventajas y las limitaciones de usar el conocimiento relacional implícito y las interpretaciones como herramientas para el cambio terapéutico?**

— DS: Sí, creo que la interpretación puede desempeñar un papel importante, pero creo que normalmente ocupa un lugar secundario comparado con construir y crear una relación interpersonal.

— EDB: ¿Un segundo momento, tras un primer momento de fuerte vínculo, o secundario en cuanto a importancia?

— DS: ¿La interpretación?

— EDB: Sí, la interpretación.

— DS: Sí, creo que puede ser muy, muy útil. No hay nada realmente nuevo en esto, excepto enfati-

zarlo y darle otro nombre, porque el psicoanálisis tradicional siempre ha hablado del hecho de que la cura proviene de la vivencia de la interacción transferencia-contratransferencia. Estaría totalmente de acuerdo con eso, excepto que yo no lo llamaría transferencia-contratransferencia, hablaría en términos de relaciones intersubjetivas entre personas, una pequeña parte de las cuales es transferencia y contratransferencia, pero hay una gran parte que no lo es; que son otro tipo de relaciones, así que mientras que hagamos esa distinción, no creo que haya problema. Creo que sería estúpido usar sólo el conocimiento relacional implícito. Creo que es una pregunta muy complicada porque habría que plantearla caso por caso.

— EDB: Seguro. Es para tener una idea general, por ejemplo si su idea es que en cualquier tratamiento podemos tener una primera fase dedicada a crear una relación y luego usar la interpretación en una segunda fase, por ejemplo. Algo como eso, para que la gente entienda su idea de la importancia del conocimiento relacional implícito.

— DS: Sí, pero también añadiría que podría usar el conocimiento relacional implícito y luego, acto seguido, si paciente y terapeuta han compartido de algún modo la misma experiencia, podría seguir una interpretación en la misma sesión, de modo que no tiene que ser por sesiones.

— EDB: Dr. Stern, muchas gracias por darnos unas opiniones tan vívidas y abiertas.