



Del Cognitivismo al Psicoanálisis Relacional: Una perspectiva desde mi práctica como psicoterapeuta¹

Sandra Ginés Castellet²

Abpsi, Barcelona

En el presente trabajo pretendo reflejar el recorrido realizado en mi praxis, partiendo de un inicio como psicoterapeuta dentro del marco cognitivo-conductual, y mi posterior búsqueda de respuestas a los interrogantes derivados de ello en el psicoanálisis relacional. Trato de mostrar la integración de los dos marcos en mi ejercicio a través de dos casos clínicos, así como mi identificación con el modelo relacional como psicoterapeuta. El primer caso nos conduce por los distintos puntos de conexión de este proceso entre los dos marcos, mediante el empleo de los conocimientos adquiridos en un seminario dirigido a la introducción al psicoanálisis relacional llevado a cabo en la ACPP. Por otro lado, el segundo caso, desvela mi particular descubrimiento del lugar real que siempre ha ocupado el vínculo afectivo en mis tratamientos, así como la ruptura de los límites del marco cognitivo-conductual en mi práctica clínica.

Palabras clave: Cognitivismo, psicoanálisis relacional, integración, vínculo afectivo, Joan Coderch.

In this piece, I intend to describe the journey I have gone through in my professional practice: from my first steps as a psychotherapist within the Cognitive Behavioural framework to my discovery of Relational Psychoanalysis, which provided answers for my questions. I will also try to show the integration of both frameworks in my practice by means of two clinical cases, as well as the way I identify with Relational Psychoanalysis in my professional capacity as a Psychotherapist. The first case will guide the reader through all the different points of connection in this transition between both frameworks, by applying all the knowledge acquired in a seminar I attended at the ACPP (The Catalan Association for Psychoanalytic Psychotherapy) in my first approach to Relational Psychotherapy. On the other hand, the second case reveals my personal discovery of the real position that the affective bond has always taken in all my treatments. It also shows how I have broken the boundaries of the Cognitive Behavioural framework in my clinical practice.

Key Words: Cognitivism, relational psychoanalysis, integration, affective bond, Joan Coderch.

English Title: From Cognitivism to Relational Psychoanalysis: A perspective from my practice as a psychotherapist.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Ginés Castellet, S. (2014). Del cognitivismo al psicoanálisis relacional: Una perspectiva desde mi práctica como psicoterapeuta. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (2): 404-424. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

Del Cognitismo al Psicoanálisis Relacional: Una perspectiva desde mi práctica como psicoterapeuta

1. Introducción

Soy psicóloga y trabajo como psicoterapeuta en consulta privada, el trabajo desempeñado lo he realizado desde el marco teórico cognitivo-conductual. Tanto mi formación como mi trayectoria se vienen desarrollando desde esta perspectiva de intervención.

Mi objetivo en este trabajo es el de compartir con vosotros la transformación de mi práctica en el marco teórico cognitivo conductual en un trabajo que se dimensiona al nutrirse del psicoanálisis relacional. Y, acerca de dicha transformación, reflexionar sobre el significado de mi paso por un seminario, orientado desde la perspectiva del psicoanálisis relacional, impartido en la Asociación Catalana de Psicoterapia Psicoanalista (ACPP), el pasado curso, y mi anclaje en esta modalidad psicoterapéutica a través de un nuevo aprendizaje de intervención para mí.

2) Motivos que me han llevado al Psicoanálisis Relacional

2.1) Experiencia vivida en el seminario de la ACPP

De forma casi casual y recomendada por una colega asistí el pasado año al seminario “La relación terapéutica como agente curativo” dirigido por Joan Coderch. El enunciado recogía, en pocas palabras, lo que podía dar respuesta a las necesidades de mi encuadre de trabajo y significó un punto de inflexión en mi trayectoria como psicoterapeuta.

En dicho seminario me sentí muy bien acogida, teniendo en cuenta que mis orígenes teóricos eran completamente distintos a los de los demás asistentes. El seminario transcurrió un ambiente simpático y agradable, en el que reinaban el respeto y la libertad necesaria para poder participar desde mi inexperiencia en el psicoanálisis relacional. El director del seminario creaba un clima igualitario, espontáneo y divertido que facilitaba la intervención de todos. Decía que si no lo pasábamos bien no aprenderíamos.

A través de las distintas lecturas y de los debates que se daban entre los profesionales, cabe decir todos ellos psicoanalistas o psicoterapeutas relacionales, desearía destacar los siguientes puntos como aspectos relevantes para tener en cuenta en mi labor como psicoterapeuta:

- a) Se nutre de la experiencia clínica y del diálogo con otras ciencias, especialmente la neurociencia, la antropología y la biología. Por tanto está abierto a alimentarse de

conocimientos más allá de sí mismo. Este punto de partida dice mucho de la capacidad del psicoanálisis relacional para comprender la pluralidad de las diversas disciplinas científicas y la necesidad del diálogo con ellas, como una actitud indispensable a la hora de entender al ser humano, estableciendo un horizonte despejado, llano, expansivo, dentro del necesario rigor, para lograr una mayor competencia en su desempeño.

Por ejemplo, el uso de la neurociencia permite visualizar a través de las técnicas de radio/imagen, el funcionamiento cerebral de los procesos psicológicos, aportando una información más objetiva que avala los fundamentos en donde asentar las distintas teorías.

b) La importancia acordada a la teoría del apego en el contexto terapéutico. Trasladar al tratamiento la forma en que hemos aprendido a interactuar, convirtiendo esta interacción en premisa central de trabajo posibilita, dentro de la intervención cognitiva conductual, ampliar la perspectiva de trabajo, lo que permite atender a muchas más personas, al tiempo que queda acotado el lugar del terapeuta en unos parámetros flexibles en las distintas formas de interacción con el paciente.

c) El interés centrado en la experiencia subjetiva, que permite ir más allá de los síntomas o problemas, lo cual posibilita comprender al *sujeto* que hay detrás de ellos, garantizando así un mayor y mejor ajuste del tratamiento a la persona.

d) La importancia de los sentimientos del terapeuta hacia el paciente en la relación terapéutica. Tuvo un efecto revelador para mí que, al compartir material clínico con todos los componentes del seminario, había un sentimiento común: la forma en cómo todos los componentes se implicaban en el caso denotaba afecto por el paciente. Esta actitud me llevó a comprender la importancia que ello tiene para establecer una óptima sintonía paciente-terapeuta y la trascendencia que ello suponía para la configuración del vínculo terapéutico.

El sentimiento del psicoterapeuta hacia el paciente, en el modelo relacional, no solo se contempla si no que tiene su lugar y su sentido dentro del contexto terapéutico. Quiero dar a conocer que el hecho de validar la importancia de que el terapeuta acompañe al paciente en su sufrimiento ha significado un gran alivio para mí, proporcionándome mayor tranquilidad y seguridad acerca del papel que deseo desempeñar. Dentro del marco cognitivo-conductual los sentimientos que se despiertan en el psicoterapeuta hacia el paciente no tienen un sitio definido, encontrar en el psicoanálisis relacional un lugar desde el cual comprender y posibilitar un espacio para ellos me ha facilitado una mejor interacción con el paciente, por un lado, y un sentimiento de más coherencia

entre la persona y el profesional que hay en mí, por otro.

La aplicación de estos cuatro puntos ha supuesto la posibilidad de complementar algunos de los vacíos existentes en el marco teórico utilizado hasta entonces. Este enfoque me ha permitido ampliar el sentido de la psicoterapia y, al mismo tiempo, incrementar la oferta a las necesidades del paciente.

Por todos los motivos expuestos siento la necesidad de construir un nuevo lugar como psicoterapeuta donde encontrar más respuestas a los interrogantes que han ido apareciendo en mi crecimiento como profesional.

Ha sido un hallazgo poder integrar estos conocimientos y el proceso de elaboración para tal objetivo está siendo muy enriquecedor para mí. Algunos de los puntos elaborados del mencionado proceso quedan reflejados en el correspondiente caso clínico del siguiente apartado y son:

- El análisis de la sintomatología y la comprensión del sujeto.
- Trabajar el vínculo con y sin técnicas cognitivas-conductuales: sostener el malestar más allá de las técnicas.
- El acompañamiento en el dolor y la promoción de la búsqueda de cambios: el valor de la palabra del paciente y los pactos estratégicos.

2.2). Caso clínico:

A continuación ilustraré, el caso clínico *Run Panty run, jump Lola jump* en el que presentaré los distintos puntos de mi experiencia en *El paso de una intervención cognitiva a un trabajo relacional*:

Panty es el apodo de Lola cuando era jugadora profesional, pongamos por caso, que jugaba de defensa en un equipo de 1ª división de fútbol femenino.

a). Datos Básicos

Lola es la pequeña de cinco hermanos, tiene actualmente 31 años, de familia humilde ubicada en un barrio de Valencia. Consigue huir de la precariedad económica y dificultades familiares al ser fichada por un equipo de deporte de alto rendimiento.

A partir de los 18 años su carrera profesional en el deporte le permite vivir experiencias muy intensas y excitantes. Con esta nueva identidad, decide darlo todo por y para su equipo, el deporte se transforma en su mundo, su profesión y su vida.

Explica que en su casa sentía miedo, el padre de carácter rudo y explosivo abusaba continuamente del alcohol y de forma frecuente desaparecía del hogar, recuerda cuando ella le decía “papa no te vayas”. Ella muestra rechazo hacia su padre porque éste le ha causado

mucho sufrimiento.

Comenta que la madre desacreditaba continuamente a su padre. Describe a su madre como a una persona luchadora “es quien ha sacado la familia adelante” para la cual siente gran admiración y amor aunque reconoce que ésta la ha sobreprotegido demasiado “siempre me decía, al salir de casa: cuidado que no te hagan daño”. Debido al perfeccionismo de la madre, ésta no le permitía que se ocupara de las tareas domésticas, con el argumento de que no las hacía adecuadamente. Piensa que a causa de ello le ha costado mucho hacer cosas por sí misma. Siente gran inseguridad y miedo.

Se trasladó a Barcelona a vivir por motivos profesionales al ser fichada por un equipo de la ciudad condal. Comenta que aprovechó esta oportunidad para romper la dependencia con su madre.

Mantiene una relación de pareja estable en Barcelona desde hace un tiempo y dice no tener amistades, que nadie la llama.

Comenta que ella siempre ha formado parte de algo más, de su equipo, y que había valores como el compañerismo y sacrificio, ahora no encuentra nada de todo esto en su vida.

b). Motivo de la Demanda

Solicita ayuda tras su retirada del deporte. Expresa estar perdida y desorientada, no sabe hacia dónde ir con su vida. Comenta que se siente desechada y ello ha despertado sus miedos al abandono, está enfurecida. Caen en un gran vacío existencial en el que se siente atrapada. Nada tiene sentido para ella y no encuentra su lugar en el mundo.

Se define como una persona pesimista, con falta de afecto, muy rígida, comenta: “necesito de mis rutinas, si algo cambia lo paso mal, me enfado y me hace rabiar”. Reconoce su dificultad para afrontar lo que ella considera adversidades.

Comenta, dentro de sus primeras visitas, que no le gusta su vida, pero que está paralizada ante cualquier cambio. Se siente con los ánimos muy bajos, con ansiedad, irritable y comenta “estoy amarga”; dice tener crisis de angustia. Constantemente está en alerta, manifiesta “soy un nervio”. Siente mucho miedo en general, habla de su miedo al abandono y a estar sola, y de aspectos específicos: miedo a los ascensores, a dormir sola, a ser agredida y a los pájaros, entre otros.

El trabajo que tiene no le agrada. Se trata de un trabajo de administrativa, permanece encerrada en cuatro paredes ante un ordenador muchas horas y reconoce pasar la jornada laboral distrayéndose en internet porque su trabajo le aburre, le suponen un coste muy elevado, a nivel emocional, ocho horas al día de quietud física.

Se siente insegura con su pareja, no sabe si está con él porque tiene miedo a estar sola o porque realmente siente amor por él. Es un hombre muy pasivo y eso le desespera, pero, por otro lado, es muy afectuoso y estable y este aspecto de él le da mucha seguridad.

Ella quisiera tener aquí, en Barcelona, un círculo de amistades con las que poder salir y pasarlo bien pero no toma ninguna iniciativa al respecto.

Su enfado la convierte en una persona instalada en la queja, con mucho miedo al rechazo, cree que pone a prueba a cualquier persona cercana que trata de ayudarla.

En esta caída al vacío se ponen en evidencia todas sus dificultades, hasta ahora sostenidas por la red del mundo deportivo. Se siente estafada y abandonada. Dice “estar fuera de juego”.

Expresa abiertamente que quiere, a través del tratamiento, conseguir cambiar todos estos aspectos de su vida que le disgustan y poder sentirse sin miedo y tranquila para poder entrar en “movimiento”.

c). Intervención

Durante dos años y medio realicé con Lola un trabajo desde la perspectiva cognitiva-conductual en la que se utilizan técnicas tales como:

- Desensibilización sistemática: para extinguir los miedos específicos, miedo a los ascensores, a dormir sola, a ser agredida y a los pájaros, entre otros.
- Reestructuración cognitiva: para modificar la forma de interpretar los acontecimientos que le generaban malestar, desazón en el trabajo, la pérdida de su lugar en el mundo del deporte, las dudas en la relación sentimental, las amistades, la relación con los distintos miembros de su familia...
- Entrenamiento en habilidades sociales: para aprender a relacionarse mejor con las personas.
- Resolución de problemas: para establecer estrategias de cambio y encontrar soluciones concretas a problemas cotidianos.

Para tal cometido necesito tener una buena apreciación del grado de malestar que le supone cada aspecto y adaptar así las técnicas según sus posibilidades pactando con Lola los objetivos.

d). Evolución

La evolución de su sintomatología es positiva, desaparecen la gran mayoría de fobias específicas, mejora su estado de ánimo, empieza a relacionarse mejor, estableciendo un pequeño círculo de amistades y deja atrás las dudas sobre su relación sentimental.

Su postura como paciente hasta este momento es, bajo mi impresión, de excesiva complacencia, participa de las sesiones, aplica las pautas pactadas en ellas y se muestra

volcada en interés y deseo hacia el tratamiento y en su propia mejoría.

Es en este momento que, cuando su estado mejora, salen a flote los sentimientos, de forma más acentuada, de vacío y aumenta su enfado, dice “nada tiene sentido, lo mejor de mi vida ya lo he vivido, nada volverá a ser igual”.

Su actitud en relación al tratamiento cambia. Lola empieza a mostrar esa parte suya que la hace entrar en la parálisis, que boicoteaba cualquier posibilidad de cambio, comenta “Sandra, dime tú, tú eres la loquera, tú dirás”. Empieza a desacreditar las sesiones de psicoterapia, las pautas, las indicaciones..., manifiesta “Es más de lo mismo, no sé porque vengo aquí, es una pérdida de tiempo y de dinero” hasta el punto de replantearse seguir el tratamiento.

Observo cómo aparece en el rostro de Lola el pánico, el miedo de no saber qué hacer ante tales sentimientos, sin recursos concretos para sostener el dolor.

e) Integración del modelo relacional con la técnica cognitivo-conductual en mi práctica clínica

Lola muestra lo necesario que es para ella acudir al tratamiento, aunque siente que ya no se lleva nada. Comparte conmigo el desconcierto que le genera la sensación de irse vacía y lo importante que sigue siendo, aún así, continuar asistiendo a las sesiones; expresa “no puedo dejar de venir, es el único lugar donde me siento comprendida”. De nuevo dice sentirse atrapada y ello la lleva a increparme.

El dolor que siente la lleva a tener una actitud agresiva con el consiguiente riesgo de apartar a todas las personas a las que quiere.

El sufrimiento no le permite ver su evolución y, en cambio, se centra en todo aquello que aún no ha conseguido, ella dice: “Sigo estancada en los mismos puntos y sigo sin poder cambiar este trabajo asqueroso”.

e1) El análisis de la sintomatología y la comprensión del sujeto

En este punto comprendo lo que Lola me muestra, a la persona que hay detrás de todos esos síntomas iniciales. Encuentro necesario dar prioridad al valor de su palabra. Mi experiencia me lleva a pensar que ha tenido que ser de esta manera y no de otra. Darle el tiempo necesario a Lola para poder mostrarse tal y como ella necesita mostrarse para ser capaz de darse a conocer.

Compruebo de qué manera los síntomas han sostenido a Lola y ahora, despojada de ellos, se siente perdida, sin identidad. Su sintomatología hablaba de ella, sentía miedo, sus fobias expresaban el temor a ser agredida, su inseguridad de no disponer de los recursos necesarios para protegerse, de su dolor.

A través del recorrido juntas por las técnicas cognitivo-conductuales para reducir la

sintomatología, se establece la confianza y seguridad necesarias para desprenderse de ellas y encontrarse a sí misma junto a mí. A Lola le ha hecho falta creer que puede ser ella misma, confiar que hay aspectos en ella que pueden cambiar, y en este punto nos hemos encontrado, más allá de las técnicas.

Se nos abre el camino a través de la necesidad de construir una nueva forma para que Lola pueda sujetarse a la vida. Yo necesito comprender el significado de su discurso y recorro al lenguaje del deporte, donde ella ha creado su identidad, estableciendo el paralelismo entre el fútbol y el tratamiento, para que pueda entender el significado de este último y encontrar, así, un punto de partida común hacia la construcción del significado de su propia vida.

e2) Trabajar el vínculo con y sin técnicas cognitivas-conductuales: sostener el malestar más allá de las técnicas

En este momento del tratamiento y escuchando lo que Lola manifiesta, veo necesario proteger la relación terapeuta-paciente en el tratamiento, y trazo una hoja de ruta distinta a la establecida hasta entonces. Considero adecuado incorporar la figura de un psicólogo deportivo, con un papel similar al de un 2º entrenador, con la finalidad de:

- encontrar en él una nueva figura de identificación, rompiendo el espejo paciente-terapeuta,
- a la vez, con esta identificación, ayudarla a despedirse de la etapa deportiva desde el reconocimiento del otro,
- darle un papel muy claro a esta nueva figura: resolver algunas dificultades concretas (por ejemplo, encontrar un nuevo trabajo, a poder ser, relacionado con el mundo del deporte...),
- ayudarla a aprender la manera de establecer un vínculo más adaptativo con personas del género masculino.

Debo, así, concentrar mi labor en acompañarla en su sufrimiento (Lola habla de la soledad que siente ante su malestar) y ayudarla a establecer los parámetros de contención ante el dolor. Se ponen de manifiesto, en las sesiones, sus dificultades a la hora de relacionarse consigo misma y con las personas de su entorno.

En este segundo tiempo del tratamiento, como si de un terreno de juego se tratara, empezamos a trabajar, cada uno con su función, cada cual con su rol.

La adaptación a estas nuevas coordenadas de intervención es un reto para las tres partes (paciente-terapeuta-psicólogo deportivo). Lola muestra una alta tensión, salen a flote miedos latentes al rechazo y abandono, pide ser sujeta, expresa: “tengo miedo de que los dos me echéis” siente el miedo a perder el vínculo conmigo.

Lola sigue actuando ante la vida como lo hacía en el terreno de juego y hace lo que siempre le dijeron que hiciera: *defender*. Era una jugadora que compensaba con su condición física, agresividad y entrega su dificultad en interpretar el juego.

Sentada en *el banquillo* de la vida esperando a recibir las indicaciones necesarias para saltar al mundo, ella siente tanto miedo que se paraliza, y desconfía de todo. En su *posición de defensa* lucha a través de su agresividad poniendo a prueba sesión tras sesión el vínculo establecido, obstaculizando y rechazando todas mis indicaciones *como si fueran balones que van a portería*.

Aunque en un inicio acepta, de buen grado, la incorporación del psicólogo deportivo trata, posteriormente, de desacreditar a esta nueva figura buscando mi complicidad para ello. Sin embargo, acepta que yo apruebe continuamente todas las intervenciones del mismo, ayudándola a que se establezca dentro de ella la clara intención de darse una oportunidad a través de esta nueva fórmula de tratamiento. Se abre aquí una oportunidad para que Lola valide en su vida la figura masculina.

En mi trabajo en este caso he encontrado un apoyo fundamental en el modelo relacional, y he llegado a una nueva concepción del papel del terapeuta y, como tal, puedo ofrecerle a Lola un nuevo lugar.

En el seminario impartido por Joan Coderch, los conocimientos adquiridos, a través de las diversas intervenciones y las bibliografías proporcionadas por él mismo, pude encontrar la seguridad necesaria para este caso que ahora nos ocupa (y para otros).

Me siento respaldada en la expresión de afecto y en autorizarme a establecer los límites necesarios para una interacción sana. Con el paso del tiempo y sosteniendo, con amor, la tensión creada Lola va disminuyendo las resistencias y encuentra de nuevo un lugar seguro donde reposar y vuelve a dar crédito a mis intervenciones.

e3) El acompañamiento en el dolor y la promoción de la búsqueda de cambios: el valor de la palabra del paciente y los pactos estratégicos.

A través de su palabra establecemos los puntos necesarios para que Lola pueda apoyarse otra vez y hallar en ella misma la confianza para volver al movimiento. Se encuentra en la heteroregulación una forma nueva para descubrir el equilibrio entre las propuestas para el cambio, con estrategias concretas, y un lugar para sus verdaderos sentimientos, iniciando el camino para hacia la autorregulación.

Actualmente Lola consigue mantener una relación estable con el psicólogo deportivo, gradualmente aumenta la confianza y consigue, en las sesiones con él, pequeños cambios importantes. Ha logrado incorporar una nueva figura generadora de cambio con mayor rapidez y eso, para mí, pone de relieve su evolución.

El paso por los distintos lugares que ofrece la triangulación con el psicólogo deportivo es

de estimable valor. Ello ha posibilitado hacer más soportable su dolor: un espacio donde poder sostener sus sentimientos de vacío y soledad con el *1er entrenador* y un lugar donde seguir aprendiendo los recursos para poder *moverse* y actuar en el terreno de juego con el *2º entrenador*. Todo ello a través de distintas miradas desde un mismo lugar y con un mensaje común para Lola: el de la aceptación y reconocimiento desde el afecto y los límites.

Lola está conociendo una forma distinta de vincularse que permite, lentamente, reconocerse de forma positiva. Encontrar otras formas de relación donde poder expresarse posibilita una mejor integración de sus interrogantes y su padecimiento.

Y empieza, pausadamente, a hacer pequeños movimientos en su vida cotidiana.

Queda *terreno para recorrer*, pero Lola vuelve a reír a ratos, salta más a menudo *del banquillo al terreno de juego*, y así es como lo hace en la vida...*jump Lola Jump!*

2. Más allá de las técnicas. Mi particular descubrimiento del vínculo afectivo

2.1. Técnicas y vínculo terapéutico

La teoría del cognitivismo plantea, principalmente, una metodología a través de las técnicas y eso hace que sea, mayoritariamente, una intervención de tipo generalista, válida para todos. Especifico brevemente algunas de las disposiciones de dicho marco.

- a) Para cada trastorno o problema existe un repertorio de estrategias integradas en el tratamiento, a fin de combatir la sintomatología asociada y, al mismo tiempo, establecer pautas concretas para cada síntoma o situación.
- b) Proporciona recursos, de forma potente, para reducir notablemente el sufrimiento de muchas personas y se supone idóneo para gran número de casos. Un aspecto distintivo de este marco, es por ejemplo, el hecho de posibilitar la regulación de un trabajo más cognitivo o más conductual, ajustando las estrategias en función de la capacidad de insight de la persona.

Sin embargo, el cognitivismo, no se ajusta a otras realidades. En él se trabaja de forma prioritaria el trastorno y de forma indirecta el *sujeto*. Hay un gran vacío en el trabajo con la experiencia subjetiva. No obstante, he podido observar que, detrás de la aplicación de las técnicas, se forja un nexo de interacción entre paciente-terapeuta de una fuerza terapéutica extraordinaria.

En psicología cognitiva, hasta no hace mucho, se hablaba de la relación entre terapeuta y paciente contemplada como un ingrediente necesario para la evolución positiva de la terapia, pero no destacando en importancia respecto a las técnicas. Cierto es que ha ido tomando terreno en esta disciplina, e incluso, en algunos artículos se habla de dicha relación como un

componente central de la psicoterapia pero bajo mi criterio, dista mucho aún del lugar protagonista que debería ocupar.

Aquí podemos referirnos, principalmente, a la *alianza terapéutica*, basada en el acuerdo entre paciente y terapeuta en las tareas, en las metas y en el vínculo positivo. Se entiende con este concepto –dentro de la técnica cognitivista- una asociación entre terapeuta y cliente, en la que el terapeuta tiene una función de alentar y promover del uso de estrategias para que el cliente asuma el riesgo que implica el cambio. Por lo tanto, el objetivo, es el de promover el uso de las técnicas para su evolución.

Las dificultades llegan cuando no se obtienen los resultados deseados a través de la normativa técnica que acabo de exponer. He visto que el transformar la alianza terapéutica en vínculo terapéutico amplía el campo de trabajo: paciente y terapeuta quedan sujetos en la labor de configurar, a través de la interacción, una distinta forma de comprender y sentir.

Mi descubrimiento es que el vínculo afectivo es el que da lugar a la experiencia terapéutica. El vínculo terapéutico se apoya en la relación afectiva. Utilizaré indistintamente ambos términos.

El lazo afectivo surgido del contexto terapéutico convoca al terapeuta a una figura que proporcione aceptación y protección en la cual el paciente pueda anclarse para disponer de la seguridad necesaria que le permita descubrir una nueva forma de relación.

Tras pasado el tiempo de las técnicas se proyecta un espacio de reflexión que da lugar central al vínculo terapéutico. Éste queda suspendido en una holgura donde se comparte todo aquello a lo que se le da y no se le da nombre. El medio por donde transitan ambas subjetividades, la del paciente y la del terapeuta, estableciendo un enlace emocional que ofrece al sujeto la oportunidad de reconocerse en otro lugar y posición.

2.2. Caso clínico

El siguiente caso lleva el título de Las tardes del viernes con Teresa y en él trato de reflejar el preciso momento en que yo tomo consciencia de la relevancia que ocupa el vínculo afectivo en mi práctica clínica y el proceso que me lleva a tal conclusión.

a). Introducción

Teresa es una mujer que sufre duelo crónico. Es una persona difícil de conocer, ella me ha permitido ir haciéndolo a través del recorrido terapéutico que, un buen día, decidió que hiciéramos juntas. Recibo a una Teresa rota que me muestra sus fragmentos, con el deseo de entender. Noto su fragilidad y desorientación. A partir de aquí, la sensación, es que juntas vamos hilvanando la historia de vida que configura parte de su esencia.

Ella viene recomendada por una colega mía que trabaja de enfermera en el centro de atención primaria del pueblo donde vive. En dicho centro recibe tratamiento farmacológico a

través del psiquiatra, psicológico específico para el tratamiento del duelo y seguimiento de la medicación con el médico de cabecera. Me comenta que busca ayuda psicológica privada porque la psicóloga que la atiende en la seguridad social no le gusta, cree que no le aporta nada y dice que comprueba continuamente en su reloj el tiempo transcurrido de visita.

La pérdida que ha tenido Teresa es de un gran shock emocional. Las características de la pérdida en sí son impactantes por la carga de violencia con que se ha dado y por el grado de imprevisión que tiene. El suceso se da en una discusión por un aparcamiento donde se hallaba su marido mientras esperaba a Teresa. Un hombre emprende una fuerte discusión con Llorenç (marido de Teresa) y éste es agredido con tal violencia que el impacto produce su muerte. Ella llega a mi consulta en un gran estado de alteración, desesperación y desconsuelo.

Desde el inicio hay en Teresa una disrupción importante en su funcionamiento que se ha ido manteniendo a este nivel a través del tiempo. Ella presenta un conjunto de reacciones físicas, emocionales y sociales que, a pesar de su oscilación en el grado de intensidad, persisten en el tiempo y después de 4 años de tratamiento.

b). Motivo de demanda

Teresa, en un inicio, centra su interés en recibir ayuda en terapia para superar el miedo que tiene a ser agredida, ya sea por la misma persona que atacó de muerte a su marido o por cualquier otra persona. También dice que es miedo a no sabe muy bien a qué, una presencia, a veces nota el olor de su marido, su colonia, su olor corporal; manifiesta sentir miedo a que la presencia sea violenta, pues él tuvo una muerte violenta, temor a que su marido esté enfadado; miedo a estar en la casa que construyeron juntos. Es un miedo que no la deja estar tranquila. Estos temores la llevan a estar recluida en casa. Lo cierra todo, sale al jardín y se queda allí nerviosa, alterada y sin saber qué hacer fuera.

Esto le ocurre cuando está sola, si hay alguien con ella no le ocurre. Dice que ella siempre había sido miedosa, y siempre había tenido miedo a la oscuridad, incluso ahora ya de mayor.

Ella expresa su sentimiento de desolación respecto a lo sucedido. Siente mucha culpa porque insistió aquel día a su marido para dejar el coche allí un momento. Para mí es conmovedor ver el sufrimiento que expresa. Explica los hechos entre lágrimas a pesar de que intenta no llorar.

A los pocos meses de tratamiento la demanda se va ampliando, ha podido elaborar las preocupaciones que tiene: falta de concentración y memoria, el cambio que puede significar la pérdida del padre para sus hijos, el estado de salud de su madre, los gastos mensuales, las obras del pueblo, ha pasado medio año y no ha conseguido aún ir a buscar las cenizas al tanatorio (hecho éste que le produce gran preocupación), no sale de casa, todo lo hace a través de internet, siente mucha inseguridad, dice que no puede volver al trabajo y no tiene

ganas de nada, expresa “el futuro que me espera”...

Reconoce que todo se le olvida, que no acaba nada, todo lo deja a medias. Manifiesta pasarlo mal, sobre todo con el tema de los documentos y papeles, papeles sin ningún orden. Siente que no sirve para nada y que todo está enmarañado.

Él viajaba mucho por el trabajo y ella aún espera a que llegue con su coche, comenta que dormía en su ausencia pero le costaba, siempre esperaba su vuelta. Tiene las cosas tal cual Llorenç las dejó.

c). Datos relevantes de su historia

Teresa tiene 50 años, después de 30 años juntos muere su marido, comenta “toda una vida”. Tiene dos hijos fruto de su matrimonio con Llorenç que aún conviven con ella.

Su trabajo estaba relacionado con la atención a las personas. Siempre le apasionó, empezó de muy jovencita y desde entonces ha desarrollado el mismo trabajo. Desde la muerte de su marido está de baja laboral y no sabe si algún día podrá volver a trabajar. Tenían una situación económica acomodada.

Ella es la pequeña de una familia adinerada. En su historia ha habido muchas pérdidas de seres queridos cercanos y eso, comenta ella, le ha dejado huella.

Los padres se separaron, comenta que la madre no afrontaba nada, se fue para irse con otro hombre. Ella dice haber estado mucho tiempo enfadada con su madre, no entendía cómo había podido hacerlo. Reconoce que tardó mucho tiempo en perdonarla. Expresa que su madre era muy egoísta e infantil. Al inicio del tratamiento la madre está en una residencia y sufre una demencia.

Describe al padre como una bella persona, tranquilo y expresa que él asumió la separación como pudo, hace ya muchos años que falleció.

Comenta que a ellos les cuidó sobretodo su tía (hermana de la madre) y su abuela. En la actualidad tiene el apoyo de su tía, aunque dice que está ya algo mayor.

d). El papel de Llorenç

Parece ser que había una relación de marcada dependencia de Teresa con su marido. Manifiesta de forma muy clara sus dificultades para desenvolverse en todo lo que él asumía: documentos, gastos, declaración de la renta... Comenta que ella no hacía más que dedicarse a su trabajo, y un poco de limpieza en casa, él se encargaba del resto: reparaciones, economía, comprar, cocinar... Dice que él sabía cómo llevar a sus hijos, en cambio ella siente que nunca ha sabido poner límites y ahora no sabe cómo hacerlo.

Expresa “echo de menos compartir con él todo lo que me sucede, ahora me viene todo a mí y yo no tengo a quien explicarlo”.

e). Intervención

El tipo de intervención que practico con Teresa es desde el marco teórico cognitivo-conductual. Hago una valoración de la sintomatología que presenta, a nivel somático, cognitivo y conductual. Analizo las distintas variables que están interfiriendo en el caso: características personales de ella y los distintos factores que pueden comportar un duelo patológico.

A partir de estos datos hago un diseño de la estrategia a seguir:

- Capacidad de reorganización después de la pérdida.
- Habilidades de comunicación asertiva, para las habilidades sociales, para la elaboración del duelo y para mejorar la interacción con los hijos.
- Desensibilización sistemática para los miedos a quedarse sola.
- Reestructuración cognitiva para trabajar los sentimientos de ineficacia, pensamientos pesimistas y elaboración del duelo.
- Habilidad de solución de problemas, para los sentimientos de ineficacia, las habilidades sociales y la elaboración del duelo.
- Trabajo de la gestión de las emociones (pautas de terapia estratégica breve).
- Psicoeducación para conocer e identificar el proceso de duelo normal.

f). Evolución del proceso

A lo largo de estos años Teresa evoluciona positivamente con recaídas importantes cada vez que hay algún acontecimiento relacionado con el suceso. Cuando hay hechos de intenso estrés para Teresa, ésta manifiesta tener “alucinaciones auditivas y visuales” aunque reconoce que ya no están relacionadas con su marido, ya no siente su presencia ni siente miedo a ésta. Se muestra muy irritable, despistada y sobrepasada. Cuando desaparece el elemento estresante esta sintomatología también desaparece.

Sigue permaneciendo recluida en casa la mayoría del tiempo pero ha conseguido asistir a una actividad semanal en un centro cívico. También realiza salidas, de forma muy puntual, al pueblo donde tiene una segunda residencia pero va siempre acompañada. Los viernes viene a visita conmigo.

Ha mejorado su comunicación aunque su estilo es de tendencia agresiva, ha aprendido a defender sus necesidades pero aún mantiene la queja hacia sus hijos. No encuentra la forma de ser capaz de pedir ayuda, tanto a nivel logístico en casa como a nivel económico. Este aspecto se ha abordado de distintas formas en nuestro diálogo pero no consigue modificarlo

y en ocasiones no aplica lo pactado en nuestras sesiones.

Teresa habla muy poco de la relación con su marido. Las pocas veces que lo hace pone ejemplos concretos donde resalta el gran sentido del humor que él tenía, dice que él era muy irónico. No me explica conflictos, ni problemas en concreto, ni anécdotas. Si lo hace es de forma muy superficial y cuando inicia el relato se emociona y lo corta. No quiere llorar, nunca quiere que yo le ofrezca un pañuelo.

Explica que ella era una persona muy divertida, siempre estaba de broma, organizaba muchas cosas y era muy creativa. En el trabajo era la alegría y con las personas que atendía era muy afectuosa, dice que sabía llegar al corazón.

Sí que me habla y, con mucha rabia, del agresor. Dice que “aquel quinqui me lo ha roto todo”, “el asesino está libre”. Son emociones y pensamientos recurrentes en ella. Se despierta de madrugada y ya no puede dejar de pensar en ello. Este aspecto se agudiza a partir del momento en que ve al agresor en los juzgados.

Se mueve entre la tristeza y la rabia pero, únicamente, se permite expresar ésta última en la sesión. La tristeza que yo percibo en ella en el momento en que iniciamos el diálogo queda oculta tras las manifestaciones de rabia y Teresa no habla de ella. Verbaliza deseos de venganza y se recrea visualizando causar gran dolor a la familia del agresor.

La expresión de estos deseos yo los siento como estremecedores. Creo que la posibilidad de que ella pueda expresar deseos de venganza y, por lo tanto de rabia, es favorecedor para ella.

Al inicio del tratamiento el lenguaje corporal de Teresa es de desconfianza, de miedo, me mira de forma ladeada, como escondiendo una parte de ella. Parece que necesita tiempo para comprobar si soy merecedora de mostrarse a mí, de dejarme ver. Entiendo su mensaje como “cuidado conmigo porque puedes hacerme daño”.

Las primeras sesiones se centran en la contención de su experiencia emocional y trato de proveer un espacio seguro, donde ella pueda sentirse confiada para poder mostrarse. Para tal fin priorizo una escucha activa y un diálogo socrático con el que voy conociendo el ritmo que ella necesita.

Paulatinamente, su lenguaje corporal va cambiando, me mira más a menudo de frente, y todo el cuerpo ha ido girando hasta mostrarse. Así me ha ido permitiendo que yo tomara parte más activa en las sesiones.

Planteamos pequeños objetivos del día a día, que responden a preocupaciones de Teresa, algunos los alcanza y otros no. Cuando lo consigue, Teresa viene contenta consigo misma y cuando no lo consigue analizamos lo que ha ocurrido y, si es necesario, volvemos al espacio de seguridad con contención. Teresa empieza a moverse y consigue ir resolviendo muchos asuntos que la preocupan y que no sabía solucionar, como por ejemplo el tema de las cenizas.

Progresivamente se descubre a sí misma, sus capacidades y posibilidades y va creciendo su

confianza en ella.

Se dan situaciones complicadas y difíciles en las que se requiere un nivel de intervención más directivo por mi parte (como, por ejemplo, iniciar una “guerra judicial” con un vecino, o evitar resolver situaciones que la pueden perjudicar). Teresa ha accedido a ello y ha permitido un límite claro por mi parte, con una postura firme por un lado y, por otro lado, respetuosa hacia sus propias decisiones.

Desde el momento en que se dicta sentencia firme (decisión judicial decepcionante para ella) Teresa ha empezado a manifestar de forma abierta su negativa a diferentes consignas que yo propongo. Su respuesta, pocas veces de forma directa, es que no tiene tiempo para hacer más de lo que ya hace. Allí en su casa, con sus cosas, es su refugio.

Yo, como terapeuta, hace tiempo que quedo lejos del programa que diseñé con la terapia cognitiva-conductual. Algunas técnicas han ido bien, otras no y otras no las he llegado a plantear.

Conozco otros tipos de técnicas provenientes de otros marcos teóricos para el trabajo del duelo como es “la silla vacía” y el psicodrama pero nunca las he puesto en práctica. Mi instinto siempre me ha llamado a la prudencia con Teresa, la sensación de que si aprieto demasiado puede romperse más. Ella, a través de su resistencia a según qué indicaciones mías, me hace saber de su fragilidad y yo me adapto a su ritmo, al espacio al que me permite acceder, ofreciéndole mi escucha y mi silencio, cuando ella así lo requiere. Ella no quiere llorar, no quiere hacer vida social, no tiene ganas de “aguantar a nadie” dice.

Cuando yo adopto una postura de más escucha activa ella se entusiasma en compartir conmigo sus preocupaciones, dudas, proyectos, ideas y me pide, en ocasiones, mi parecer.

Me hace saber el valor que tiene para ella venir a visitarse cada viernes. Nunca ha querido cambiar el día de la semana, siempre el viernes. Mi impresión es que éste puede haber sido un punto de partida desde el cual ella ha podido continuar estructurándose y construyendo el viernes como un punto de anclaje.

Los viernes que compartimos poco a poco se han impregnado de más sonrisas, bromas y anécdotas. Ella aprovecha este día que acude a la ciudad para ir con su hija de paseo y de tiendas. Ya consigue pasar todo el día fuera de casa.

g). Reflexiones y dudas

En este período de tiempo, al no lograr grandes cambios en Teresa, yo entro en el dilema sobre si es ético seguir atendiéndola, me formulo la pregunta de ¿hasta cuándo?. Esta duda viene de la mano del marco teórico desde el cual trabajo, el cual está orientado a resultados visibles en cuanto a cognición y conducta y, en consecuencia, del estado emocional.

Temo no aportar suficiente, hay poca intervención terapéutica por mi parte, ¿cuál es mi trabajo?. Por otro lado es el lugar que ella me otorga y yo hasta ahora lo he aceptado, pero

reconozco que, con el paso del tiempo, cada vez con mayor incomodidad. No por ella sino por mí, dudo de si es ético mantener el tratamiento.

Pienso en mi ideal, mi deseo para ella es que pueda encontrar algo similar en su propio hábitat, con las personas que ella quiera y escoja, a alguien de su entorno más cercano, o alguien nuevo en quien depositar lo que deposita en mí a través del tratamiento. Me preocupa estar ocupando un lugar de sustitución que derive en una relación de dependencia que implique más una limitación que no una posibilidad de crecimiento.

El título del seminario al que asisto “la relación terapéutica como agente curativo” me permite reflexionar de qué manera se le ha dado a esta relación un papel secundario dentro del marco teórico que utilizo, el cual da más importancia al análisis, a la estrategia, a las técnicas, a las herramientas... Me satisface descubrir que hay muchos profesionales dentro de dicho marco teórico que están trabajando para que el vínculo terapéutico tenga un papel más destacable dentro de esta línea de intervención.

Teresa me dijo no hace mucho: “me va bien venir porque te explico cosas, en casa estoy sola, bueno hablo con Sancho (el gato) y Madonna (la cotorra) pero no me responden”.

En este punto expongo este caso en el seminario con Joan Coderch y allí me ayudan a comprender la importancia de seguir atendiendo a Teresa. Me doy permiso para dejar de insistir en buscar más cambios en ella, y en su lugar ofrecer el espacio que ella me pide.

Imagino en mi mente la imagen de ella cuando, al principio, trataba de ordenar todos los papeles, toda la documentación. Todo eran papeles, muchas cartas por abrir, papeles trasapelados, papeles de los que no entendía su contenido... Ella me explicaba que lo tenía todo sobre una mesa e iba haciendo montoncitos: la luz, el agua, el gas... pienso si debe ser así internamente, con este caos. Ella me ha ido proporcionando la información en “cuentagotas”, y de forma muy desordenada y vamos haciendo montoncitos.

He necesitado romper con las limitaciones del marco cognitivo-conductual, puesto que no hay unos resultados claros y concretos, para poder seguir ofreciendo a Teresa el lugar donde ella me emplaza. Me siento depositaria de lo que ella trae a la terapia. Un lugar donde poder ser y estar.

Es un caso complejo y difícil, por los acontecimientos en sí y por la estructura de personalidad de Teresa. Se pone en evidencia de qué forma los hechos sucedidos han camuflado las dificultades internas que Teresa ya vivía. Estos hechos han pasado ahora a un segundo plano y, aunque aún están muy presentes, va saliendo “a flote”, paulatinamente, una Teresa menos miedosa, más segura de sí misma y ante la vida.

Gracias a Teresa y a otros pacientes que he tenido el placer de conocer, he podido ir situando la importancia que tiene el vínculo terapéutico dentro del tratamiento y en qué medida “per se” nos hace ser terapéuticos. Sé que he crecido y me he enriquecido mucho mediante nuestros intercambios de los viernes y le estoy muy agradecida.

3) Diferencias y similitudes entre la Terapia Cognitiva y el Psicoanálisis Relacional

Adentrándome en el estudio del psicoanálisis relacional he ido encontrando, dentro de mi corta experiencia en el tema, similitudes y diferencias entre los dos marcos.

Es por ello que se ha despertado en mi el interés de hilvanar, por un lado, buscando trazar los puntos de conexión, y por otro lado marcar, hallando las diferencias que me permitan enriquecer y ampliar los dos marcos de trabajo, tratando de dar lugar a una sintonía entre ambos.

Todo ello partiendo de la premisa de comprender la psicología como una ciencia viva y abierta y en consecuencia entendiendo así también las distintas disciplinas que la estudian.

Paso a presentar aquellos aspectos que he destacan, para mí, en relevancia:

3.1. Similitudes y puntos de conexión:

a) *Mentalización y reestructuración cognitiva:* ambas tratan de ayudar a la persona a entender sus procesos y estados como propios y distintos a los de los demás.

Desde la teoría cognitivo-conductual se entiende que las cogniciones implican operaciones (sentir, pensar, emocionarse, ...) que expresan la forma de explorar, descubrir y comprender la realidad, están organizadas en esquemas mentales que constituyen la red desde la cual actuamos y nos relacionamos.

La técnica de la reestructuración cognitiva modifica estos esquemas mentales, a través del diálogo socrático y con ejercicios concretos que se pueden realizar de forma más o menos directiva, para que la persona aprenda a interpretar la vida de manera más sana, ajustando su realidad interna a la realidad externa y permitiendo con ello un grado de malestar adaptativo.

El punto de convergencia con la mentalización se encuentra principalmente cuando se trabaja en la diferenciación entre las operaciones propias respecto a las operaciones de los demás. Ayudando a la persona a establecer la separación/diferenciación de lo que piensa y siente respecto al exterior.

Desde el psicoanálisis relacional se habla de la mentalización como la capacidad de poder experimentar la diferencia de los estados mentales propios en la interacción y posibilitar así la formación de la experiencia subjetiva. Mentalizar es pensar en los propios pensamientos y sentimientos y en los de los otros. Se trata de mentalizar los sentimientos y afectivizar los pensamientos.

b) *Pensamientos patológicos y pensamientos erróneos:*

Ambas disciplinas trabajan con los pensamientos erróneos, que son aquellas operaciones que interpretan de forma desajustada la realidad externa o interna (la de uno mismo) causando con ello un malestar significativo que impide una reacción o conducta adaptativa.

Si hablamos en términos de homeóstasis, estos pensamientos, son elementos distorsionadores que dificultan al organismo encontrar el equilibrio necesario para una adaptación sana, aspecto neurálgico para la salud psicológica de la persona.

c) La figura del terapeuta:

El terapeuta se enmarca en una figura activa, interventora y positiva, creadora de un clima de seguridad y aceptación. La empatía es uno de los elementos esenciales que debe ofrecer el terapeuta en ambas teorías, éste no debe mostrarse como “experto absoluto” ante el paciente si no establecer un ambiente de co-trabajo con responsabilidades compartidas.

3.2. Diferencias:

a) El peso en la razón del cognitivismo y el peso en la emoción en el psicoanálisis relacional:

Dentro de la psicología cognitiva se incide principalmente en la intervención de los aspectos más racionales y operativos, tales como los pensamientos y la conducta, teniendo en cuenta la emoción como parte del proceso y su consecuente transformación como fruto del trabajo de los dos aspectos anteriores.

El psicoanálisis relacional considera que la persona que acude a pedir ayuda sufre trastornos emocionales y, por tanto, concentra su intervención a en los aspectos emocionales de la persona, que se manifiestan en la misma relación que establece con el terapeuta, para incurrir en el entramado de los distintos procesos que conforman la experiencia subjetiva.

Cada forma de obrar permite ofrecer a la persona un trabajo de distinta profundidad. Ofrecer ambos enfoques facilita un mejor ajuste del tratamiento según las necesidades del paciente y amplía las posibilidades de un mayor encaje con el paciente a la hora de establecer y forjar el vínculo terapéutico.

b) La relevancia de las técnicas en el cognitivismo versus el vínculo terapéutico como eje central en el psicoanálisis relacional.

Tal y como ya he ido desarrollando a lo largo del presente texto, tanto a través de la parte teórica como a través de los casos prácticos, estos dos puntos son, a mi parecer, lo más potentes de las dos disciplinas. La complementariedad de ambas formas de intervención dan mayor garantía de acierto en el trabajo terapéutico: posibilitando afinar de forma más precisa a las necesidades intrínsecas de cada paciente.

c) *El análisis de la sintomatología en el cognitivismo y el conocimiento de la experiencia subjetiva en el psicoanálisis relacional.*

La persona viene por su sufrimiento y quiere encontrar la forma de sentirse mejor consigo mismo y con el mundo. El malestar se puede manifestar de distintas formas y según como éste se exprese considero necesario un tipo de intervención distinta, sobretodo en su inicio.

A medida que el paso del tiempo de elaboración en el tratamiento se va sucediendo, es preciso encontrar con el paciente la forma de clarificar los beneficios y desventajas que conllevan trabajar con cada una de las partes (la sintomatología y la experiencia subjetiva), para que, conjuntamente se establezca una línea de intervención consensuada, procurando así la máxima participación de éste en las decisiones de su propio proceso.

Creo necesario equiparar ambas formas de intervención para poder desarrollar una relación terapéutica que permita un cambio profundo, de estructura, aunque, como ya he comentado en diversas ocasiones, es importante el valor que tiene la demanda del paciente y considero indicado ajustarlo a las capacidades y posibilidades que el sujeto va mostrando y respetar su voluntad y deseo en la demanda que tiene.

A través de este trabajo puedo comprobar que ciertamente resulta un valor añadido el hecho de adoptar una postura abierta, tolerante y respetuosa con el trabajo de las distintas disciplinas, integrando en la medida de lo posible los saberes que proporcionan las mismas. Ello nos permite crecer y mejorar nuestro trabajo. Encontrar esos puntos convergentes y los complementarios que nos permiten llegar a nuestro fin: tratar a la persona que sufre y viene para ser ayudada.

En estos momentos me siento como psicoterapeuta en un espacio intermedio entre el cognitivismo y la psicoterapia relacional. Mi propósito es seguir formándome en la teoría y práctica relacional, a través de textos y seminarios, para, finalmente, encontrar mi propio camino.

REFERENCIAS

- Beck, A.T., et al. (2012). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao. Ed.: Desclée de Brouwer.
- Coburn, W.J. (2000). The Organizing Forces of Contemporary Psychoanalysis: Reflections on Nonlinear Dynamic Systems Theory. *Psychoanalytic Psychology*, 17:750-770 [Recuperado en: <http://www.pep-web.org>]
- Coderch, J. (2012). Identidad, Contexto y Mentalización. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (2): 218-234. [ISSN 1988-2939] [Recuperat a: www.ceir.org.es]

- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional: El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Madrid: Ed. Agora Relacional.
- Gumley, A. i Schwannauer, M. (2008). *Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico: Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y prevención de recaídas*. Barcelona. Ed. Desclée de Brouwer.
- Wallin D.J. (2012) *El Apego en Psicoterapia*. Bilbao. Ed. Desclée de Brouwer.

Original recibido con fecha: 10-5-2014 Revisado: 30-5-2014 Aceptado para publicación: 28-6-2014

NOTAS

¹ Este trabajo es una versión ampliada de la comunicación que presenté en la 1ª Conferencia Ibérica de Psicoanálisis Relacional III JORNADAS DE PSICOANÁLISIS RELACIONAL / 5ª REUNIÓN ANUAL DE IARPP-ESPAÑA, Cáceres 9 y 10 de mayo de 2014.

² Psicóloga Especialista en Psicoterapia acreditada por la European Federation of Psychologists Associations (EFPA). Cofundadora y codirectora de Ades Gabinet Psicològic (1997-1999) y fundadora y directora de Abpsi Atenció Psicològica (1999 hasta la actualidad, centro autorizado como Centro Sanitario desde 2011 por la Generalitat de Catalunya). En ambos centros ejerce como psicóloga clínica y psicoterapeuta infanto-juvenil y adultos, individual, de grupo y de pareja.