

SERVICIOS DE DIFUSIÓN Y PUBLICIDAD DE PSIQUIATRIA.COM

e-Publicidad

su publicidad la puede ver mucha gente ¡anúnciese!

psiquiatría.com

artículos

puntuación: **8.8/10** (10 votos) [votar](#) leído 1741 veces**La psicoterapia psicoanalítica relacional: Conceptos fundamentales y perspectivas.**

FUENTE: INTERPSIQUIS. -1; (2009)

Alejandro Ávila Espada.

Universidad Complutense de Madrid

PALABRAS CLAVE: Psicoanálisis Relacional, Psicoterapia.

[\[otros artículos\]](#) [\[17/2/2009\]](#)**Resumen**

Las personas están incluidas desde su origen en una "matriz relacional", pasada y presente, que dirige y modula el desarrollo de su personalidad. Los seres humanos nacen y viven en relación, desde la trama de sus interacciones precoces (pre, peri y postnatales) su historia de vida personal es inseparable de los contextos sociales, culturales y familiares en los que están incluidos. Desde esta premisa, la psicoterapia psicoanalítica relacional es una perspectiva contemporánea desarrollada por clínicos con interés genuino en no descuidar la atención clínica a las necesidades de los pacientes, sin sacrificarlas a la investigación, las teorías y sus "ortodoxias". La subjetividad del analista, a través de su implicación personal juega un papel principal en el tratamiento, que se despliega mediante procesos de mutualidad y reconocimiento que no niegan ni la diferencia de los roles ni su asimetría funcional, ni por supuesto cuestiona la ética esencial del encuentro con el otro: ceder al otro, para reconocerlo en plena calidad empática. Esta perspectiva reconoce que paciente y analista pertenecen a un contexto social que les determina, y acepta el cuestionamiento de los significados sociales e ideológicos de la intervención psicoterapéutica. En este trabajo se examinan detenidamente las principales tendencias que convergen esta perspectiva desde la mitad del siglo XX (Firbairn, Sullivan, Kohut, Winnicott, Pichon-Rivière), hasta su integración en uno de las áreas de innovación más vigorosas en la psicoterapia actual, a partir de la labor integradora de Stephen A. Mitchell. Finalmente se describen las principales características teóricas y técnicas que aporta este enfoque para el trabajo clínico.

Cuestiones conceptuales a modo de introducción

En este trabajo se presentan los conceptos y propuestas teóricas y técnicas que fundamentan el enfoque contemporáneo conocido como Psicoterapia Psicoanalítica Relacional. Iniciaremos esta exposición con algunas precisiones conceptuales:

- Con el término "Relacional" nos referimos a poner especial atención sobre el impacto que las relaciones humanas tienen en la génesis y dinámica de la actividad mental, configurada como una psicología bi-personal, en la que el impacto del observador sobre lo observado es continuo e inevitable. Se configura un campo o sistema relacional amplio en el que los fenómenos psicológicos cristalizan y emergen, en el cual la experiencia es continua y mutuamente compartida y se organiza de forma recíproca, aunque no se pueda conocer directamente la experiencia del otro ni establecer cual es más verdadera, ambas lo son, por contradictorias que parezcan.

- La "Psicoterapia Relacional" es el tratamiento psicológico que usa el poderoso impacto de la relación terapéutica para lograr el cambio psicológico. Bajo este término pueden coexistir una amplia variedad de matices y enfoques particulares, sin exclusiones ni dogmatismos, aunque haya el riesgo de inclusiones oportunistas.

- "Psicoanálisis Relacional" refiere a un conjunto de desarrollos teóricos, técnicos y clínicos que vienen contribuyendo a la evolución de la psicoterapia psicoanalítica hacia una forma de psicoterapia que explica y opera la dinámica intrapsíquica en su ámbito natural de origen y evolución: la intersubjetividad, o la amplia trama de relaciones que constituyen y en la que se despliega la subjetividad (Velasco, en prensa). El objeto del psicoanálisis (relacional) es la transformación de los principios organizadores inconscientes o modelos operativos internos que tiene el paciente y que rigen su actividad y la experiencia de sí mismo y de los otros, por otros más adaptativos y flexibles. Estos modelos se originan y desarrollan en el campo intersubjetivo del paciente con sus figuras de apego y cuidado infantil, y se actualizan y transforman en sus relaciones actuales y en la relación terapeuta-paciente. Hay consenso en reconocer a S. A. Mitchell como exponente más destacado de la articulación del psicoanálisis relacional, tanto por la importancia de su obra como por su intención de integrar los diferentes puntos de vista psicoanalíticos que pueden incluirse dentro del término relacional (principalmente la teoría de las relaciones objetales, el psicoanálisis interpersonal y la psicología del self).

- "Psicoterapia Psicoanalítica Relacional" es la faceta clínica del Psicoanálisis contemporáneo que modifica la técnica clásica incluyendo al terapeuta como participe determinante, usando como método principal la observación profunda de la dinámica intersubjetiva bidireccional que tiene lugar en el encuentro y la conversación clínica; escoge sus focos con el objetivo global de lograr cambios estructurales en los patrones organizadores inconscientes de ambos participantes, ampliando la calidad y funcionalidad de sus respectivas matrices relacionales. Implica una epistemología bi-personal que asume la intensa influencia de la conducta y personalidad de ambos (el llamado paciente y el llamado terapeuta, determinándose recíprocamente, desplegando

ambos sus modelos de "estar con", tanto dentro como fuera de la sesión.

En la aproximación psicoanalítica contemporánea constatamos la articulación dialéctica de dos tradiciones teóricas principales: 1) la que pone el foco en la dinámica intrapsíquica, concebida como representaciones mentales y fantasías del sujeto de las pulsiones; y 2) la que detecta y da relevancia decisiva a la influencia del ambiente relacional en la constitución de la subjetividad. Freud es punto de partida de ambas líneas de pensamiento y harán falta rupturas y sucesivas generaciones para que el psicoanálisis devenga sensible a procesar el impacto de numerosas influencias: la teoría de las relaciones objetales (Fairbairn); la tradición culturalista e interpersonal (Sullivan); las líneas de pensamiento independientes que ya trazó Ferenczi y que renacerá en Balint o Winnicott; todo ello seguido de otras oleadas, la ruptura de Kohut con su primera época de rígido freudismo y su propuesta sobre el Self y el narcisismo; también el psicoanálisis leído como Psicología Social (Pichon Rivière) o las más recientes incursiones críticas construccionistas que incorporan las perspectivas del lenguaje y el género (de Loewald a Benjamin), todo convergerá en Stephen A. Mitchell, el aglutinador del pensamiento relacional, un pensamiento que no tapaná, siendo así un modelo de autor que abre nuevas perspectivas sin negar las ricas influencias que las construyeron. A modo de resumen, las figuras 1 y 2 muestra las trayectorias y los nuevos conocimientos que van constituyendo este giro relacional del psicoanálisis, y las diferentes perspectivas que lo integran.



Figura.1

The table lists six lines of thought that converge in the relational tradition of psychoanalysis. Each row includes a proposal and its key authors.

Propuestas y desarrollos	Autores clave
Teoría de las Relaciones Objetales	R.D. Fairbairn
Culturalistas e Interpersonales	H.S. Sullivan
Independientes	S. Ferenczi / D. W. Winnicott ...
Pensamiento vincular relacional	E. Pichon-Rivière / W. Baranger
Psicología del Self / Tª Intersubjetiva	H. Kohut / R.D. Stolorow
Constructivismo Social	I. Hoffmann / J. Benjamin
Σ = PSICOANÁLISIS RELACIONAL	S.A. Mitchell

Figura.2

Elementos constitutivos de la perspectiva relacional en psicoterapia psicoanalítica

Entre las premisas que definen la perspectiva relacional en psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica están las siguientes:

- Las personas están incluidas desde su origen en una "matriz relacional", pasada y presente, que dirige y modula el desarrollo de su personalidad. Los seres humanos nacen y viven en relación, desde la trama de sus interacciones precoces (pre, peri y postnatales) su historia de vida personal es inseparable de los contextos sociales, culturales y familiares en los que están incluidos.
- La subjetividad es la resultante de la matriz relacional o trama vincular integrada por la historia de experiencias de las relaciones significativas a través de los contextos vividos. La experiencia psíquica y los procesos mentales pasan a ser considerados el producto de la influencia recíproca entre el sujeto y los otros en el contexto intersubjetivo bidireccional (formados en la intercomunicación de mundos de experiencia recíprocamente interactuantes), articulados en principios organizadores inconscientes, tramas interfantasmáticas intersubjetivas, y no como mero resultante de la actividad inconsciente derivada de los conflictos pulsiones-defensas.
- Lo intrapsíquico y lo interpersonal se determinan recíprocamente, pero se asume que lo intrapsíquico se constituye mediante la internalización de experiencias interpersonales. Estas experiencias interpersonales internalizadas están mediatizadas biológicamente, y se articulan en una subjetividad que es inevitablemente intra, inter y trans-subjetiva.
- La trama psíquica se teje sobre los conocimientos relaciones implícitos que derivan de la matriz de relaciones precoces, incluyendo progresivamente nodos conflictivos derivados de escenarios deprivadores o que exigen una sobreadaptación compensatoria de déficits. Estos conocimientos relacionales implícitos se articulan como patrones organizadores inconscientes (redes neurales específicas) que se repetirán ante escenarios de relación que contribuyan a activarlos. Dichos "conflictos" se recrean inconscientemente en la historia del sujeto a través de sus relaciones y en las relaciones actuales, y la relación terapéutica brinda una oportunidad de acceder a su experiencia y a la posible modificación de los mismos.
- La actividad psíquica no es un derivado de las transformaciones de las denominadas pulsiones (sexual y agresiva) sino contenidos de experiencia de relación susceptibles de ser pensados y representados, que surgen del despliegue de las necesidades humanas fundamentales (entre ellas el apego y el reconocimiento) y de las dificultades de su articulación y desarrollo. La intersubjetividad en el mutuo reconocimiento es un aspecto intrínseco del desarrollo del self, tal como ha sido descrito en un apartado anterior. Un proceso en el que el narcisismo juega un papel determinante.
- El "objeto de estudio" clínico es el campo intersubjetivo. Y para acceder a él se utiliza el método "empático-introspectivo" que definió Kohut. Se investigan los principios que organizan la experiencia del paciente (a través de la empatía), los principios que organizan la experiencia del terapeuta (a través de la introspección) y el campo intersubjetivo creado entre ambos (lo vincular), que a la vez los incluye. Todos los diferentes planos y niveles de la comunicación (verbal, para-verbal, no verbal, empático) están presentes en el despliegue de las subjetividades y en su constante desarrollo.
- Pasamos de la prioridad en la comprensión de la biografía y síntomas del sujeto en términos de conflictos evolutivos, a la indagación de la experiencia que vive en sus relaciones actuales, incluido el encuentro clínico, donde seremos observadores participantes (construyendo y organizando continuamente lo que estamos observando) y estaremos presentes con nuestra propia subjetividad, aproximándonos a una comprensión "good-enough" del otro.
- La observación e investigación del proceso terapéutico nos conduce a fenómenos nuclearmente relacionales en su esencia y manifestación: alianza terapéutica, transferencia, contra-transferencia, resistencia, impasse, respuesta de rol.... Frente a la clásica concepción neutral y asimétrica de la posición del terapeuta, que atraviesa todos los conceptos mencionados, la perspectiva relacional lo concibe como transforma en una respetuosa exploración de una realidad conjunta, dando lugar a significados mutuos que terapeuta y paciente como diada terapéutica han construido, sin borrar por eso las diferencias. Junto al clásico estudio de las depositaciones y proyecciones del paciente sobre el terapeuta, que este percibiría como transferencia, la perspectiva relacional aporta el estudio de la influencia constructiva del paciente sobre el terapeuta, en un modelo de influencia recíproca.
- La subjetividad del analista, a través de su implicación personal juega un papel principal en el tratamiento, que se despliega mediante procesos de mutualidad y reconocimiento que no niegan ni la diferencia de los roles ni su asimetría funcional, ni por supuesto cuestiona la ética esencial del encuentro con el otro: ceder al otro, para reconocerlo en plena calidad empática. La Mutualidad es un proceso dinámico en el cual paciente y terapeuta están mutuamente regulados o mutuamente influidos cada uno con el otro, consciente e inconscientemente. Esta regulación mutua, origina sentimientos, pensamientos, y acciones.
- La mayor y mejor conciencia social del valor de la subjetividad frente a la alienación propiciada por la evolución de la sociedad tecnológica ha contribuido a reconocer la naturaleza relacional de la individualidad, tal como se plasma abundantemente en la cultura, la literatura, el arte, donde aparecen nuevas formas de relación y sobre todo la primacía de los valores del encuentro personal sobre los peligros del vaciamiento de objetos del self, tras el disfraz social tecnológico pseudo-comunicativo en que nos podemos quedar atrapados.
- Estas macro-tendencias sociales cuestionan un psicoanálisis convencional, que sigue orientado a profundizar en una individualidad aislada de su contexto. Atender a las necesidades actuales contextualizadas del sujeto (que también pueden ser re-edición de las pasadas) exige una orientación activa e implicada del psicoanalista con dichas necesidades, y no solo con las fantasías y deseos profundos del paciente aislado, que habrá de afrontar un crecimiento en solitario.

Pensando la práctica desde la experiencia de relación

Hace ya una década, desde el primer trabajo público del Grupo de Investigación de la Técnica Analítica (GRITA) (Aburto, Ávila et al, 1999) proponíamos una práctica analítica en la que las endebles fronteras entre psicoanálisis y psicoterapia, si es que podían establecerse en una situación particular, no derivaban de proposiciones teóricas sino del alcance que tenía la intervención en el encuentro con cada caso.

Defendíamos una práctica clínica analítica donde tenía cabida la contención, el sostenimiento y la gestión, la intervención expresiva, la narcisización cuando es necesaria, y consecuente e inevitablemente el impacto de nuestra presencia en el paciente, y del paciente en nosotros, en lo que denominamos la utilización activa y selecta de la contratransferencia.

Se trata de una labor que pertenece al encuentro entre dos personas, psicoterapeuta psicoanalítico y sujeto que demanda ayuda, un espacio de encuentro donde ambos descubren, aprenden y cambian en una relación global que incluye lo normal y lo patológico. Un encuentro que posibilita un espacio potencial para el desarrollo e integración del sí mismo en una relación íntima y exclusiva. Un mutuo intercambio enriquecedor para ambos, pero forzosamente asimétrico en favor de generar creatividad y crecimiento en el mundo interno del sujeto-paciente y su expresión intersubjetiva. Un espacio "a disposición del paciente" donde el psicoterapeuta facilita un entorno emocional favorable para la integración, y donde sus variadas necesidades evolutivas o de afirmación del sí mismo no son siempre frustradas. Crear y vivir este espacio nos hizo posible abrirnos a una experiencia diferente de la clínica y de la teoría, y cuestionarnos hasta dónde la teoría y la técnica necesitaban ser repensadas, y a la vez cómo responder a las demandas de la experiencia cotidiana con nuestros pacientes y colegas.

Estas cuestiones se fueron articulando en estas décadas, sin por ello cerrar o resolver su poder interrogador. Entre las reflexiones producidas están las siguientes:

* No encontramos la diferencia conceptual, ni técnica, más allá de lo anecdótico, entre Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica, y hemos asumido la definición que suelen usar H. Thomä y H. Kächele (1989) de Psicoanálisis como "una psicoterapia focal de duración indefinida y de foco cambiante", un foco que situamos en la experiencia del encuentro, en toda su complejidad. Si los principios organizadores inconscientes que son el objeto de conocimiento del psicoanálisis, se originan, desarrollan y transforman en contextos intersubjetivos, tanto el objeto de intervención clínica en psicoanálisis como el método de la cura se sitúan – ambos – en la relación paciente terapeuta. No hay analista observador sino partícipe que vive en sí y con el otro los procesos del paciente; la calidad y profundidad de los procesos activados en el tratamiento dependerá de la disponibilidad de ambos para explorar los momentos de sintonía y desencuentro vividos en el análisis, no de parámetros de frecuencia de sesiones o de la garantía que ofrezca una supuesta actitud neutral.

* No necesitamos una metapsicología (pulsional) para continuar siendo psicoanalíticos. La metapsicología freudiana ha atravesado varios intentos de superación. Uno de ellos procedente de la Psicología del Yo, que añadió a los ya tradicionales puntos de vista tópico, económico y dinámico, el genético-estructural. También el pensamiento Kleiniano añadió nuevos puntos de vista: el posicional, el dramático y el espacial. Y el pensamiento lacaniano fuerza una nueva lectura con su tríada conceptual real-simbólico-imaginario. Desde las teorías vincular e Intersubjetiva aparece la necesidad de una cuarta tópica, que puede suponer una auténtica reformulación de las teorías clásicas, un nuevo eje para pensar la clínica. Esta cuarta tópica que es intersubjetiva en su concepción y en su lenguaje se ofrece como revulsivo para seguir pensando. Propone la interacción o el interjuego del aparato psíquico del sujeto y del otro semejante en la cultura, en su realidad externa material, en su realidad temporo-espacial, también determinantes. El Aparato Psíquico dejaría de ser concebido como cerrado e individual, pasando a ser un sistema abierto en interacción, un "aparato psíquico extenso" como lo ha denominado Merea (1998).

En esta nueva concepción de aparato psíquico el punto de vista tópico vendría definido por el vínculo con el otro. El punto de vista dinámico vendría definido por el contexto intersubjetivo de yoes heterónimos o multiplicidades del self. La heteronimia hace referencia a un yo que se manifiesta en una unidad imaginaria que es lo que llamamos personalidad. La condición heterónima permite al yo no sólo un despliegue defensivo determinado ante el sufrimiento psíquico sino también el despliegue de la creatividad como baluarte del progreso y no sólo de la repetición (Merea, 1998; Davies, 2007; Wachtel, 2008). Así pues, desde el punto de vista dinámico, se incluye el conflicto intrayoico (yo escindido constitutivamente); el conflicto con los otros (interpersonal) así como el conflicto transcultural que atraviesa al anterior. El punto de vista económico contempla la ligazón afectiva con el objeto (relaciones de amor-odio en las relaciones afectivas complejas).

* La psicopatogénesis requiere también su cuestionamiento. El concepto de salud psíquica superó su reducción a criterios sociales y adaptativos desde las propuestas de Winnicott. La Salud psicológica pasó a ser concebida como una clase de estructuración óptima o "La habilidad que tiene la persona saludable para lograr un balance óptimo entre el mantenimiento de su organización psicológica, por un lado, y su apertura por otro a nuevas formas de experiencia" (Stolorow y Atwood, 1994, p.27). Es decir que sus estructuras psicológicas están lo suficientemente consolidadas para que puedan asimilar un amplio rango de experiencias del Self y Otros, manteniendo su estabilidad e integridad. Pero a la vez son estructuras lo suficientemente flexibles para acomodarse a nuevas configuraciones de experiencia del Self y los Otros, de manera que la organización de la vida subjetiva pueda continuar su expansión en toda su complejidad y amplitud. Diferentes psicopatologías reflejan dos tipos de fracaso en lograr este "balance óptimo". Es el territorio en el que hace ya dos décadas Killingmo (1989) clarificó nuestra comprensión acerca de que:

o Hay trastornos psicológicos que reflejan la consolidación de estructuras patológicas que operan rígidamente para restringir el campo subjetivo de la persona (patologías de la rigidez de las defensas), y que podemos identificar como el ámbito de la patología del conflicto.

o Hay trastornos psicológicos que reflejan déficits por la insuficiencia o el fracaso de la estructuración evolutiva a la hora de consolidar el mundo subjetivo (Stolorow y Lachmann, 1980), organizaciones psicológicas proclives, según Kohut, a la autofragmentación, requiriendo la inmersión en objetos y vínculos arcaicos del self, que necesita ser sostenido en su precaria cohesión. Es lo que Killingmo denominó patología del déficit.

* Partiendo de esta distinción entre patología del déficit y patología del conflicto, la perspectiva intersubjetiva ha formalizado nuevos modelos, tanto para el origen del trastorno como para las hipótesis de cambio, situando el origen del trastorno en mundos intersubjetivos tempranos. El conflicto intrapsíquico emerge de contextos intersubjetivos en los que estados afectivos centrales para el niño, no han podido ser integrados por falta de una respuesta empática de su entorno, de manera que son disociados para que no entren en conflicto con los vínculos que resultan imprescindibles, y congruentemente la situación terapéutica aporta la riqueza de un interjuego entre los mundos diferentemente organizados del paciente y el terapeuta. Las disociaciones defensivas de los afectos reaparecen en el tratamiento en forma de resistencias cuando el paciente teme que el terapeuta no esté bien conectado. Cuando se salvan estas resistencias, se manifiestan los anhelos evolutivos, que tienen opción a ser alcanzados.

* La revisión de las teorías de la memoria ha aportado un mejor conocimiento de las propiedades y función de la memoria de procedimiento (Coderch, 2007), soporte de la influencia cambiante del pasado en el presente, lo que tiene consecuencias importantes para la comprensión de la transferencia y para la propia dinámica del cambio, que no dependerá tanto de la reordenación de significados, como de la nueva experiencia de relación continuada que contribuirá a hacerlo posible. Esto ha

implicado diversas revisiones del concepto de transferencia, que ya no es vista como una repetición del pasado al servicio de la resistencia, sino como la manera en que el analizado organiza la experiencia de relación que está teniendo en el encuentro analítico, que usa como un vector evolutivo-constructivo. Los patrones organizadores inconscientes se expresan mediante la memoria de procedimiento, mientras que las construcciones conscientes están ordenadas por la memoria declarativa. Transferencia y contratransferencia constituyen entonces un campo intersubjetivo, un sistema de influencia mutua recíproca. No sólo el paciente requiere al terapeuta como Objeto del self (Kohut, 1977), también el terapeuta requiere al paciente en este sentido, aunque generalmente de forma menos arcaica. En consecuencia, un foco básico del tratamiento es el análisis de la influencia de la actividad del terapeuta sobre el paciente. Paralelamente, todos los fenómenos clínicos se observan desde esta perspectiva intersubjetiva: alianza de trabajo, reacción terapéutica negativa, resistencia, "puestas en escena", etc.

* ¿Qué cambios técnicos implican estos conceptos? Hemos de partir de aceptar la caída de los mitos clásicos sobre el proceso analítico y el papel del analista, configurados en base a las ideas de neutralidad y abstinencia (Stolorow, y Atwood, 1997; Stolorow, 1994d; Stolorow, 1990). Más allá de la cultura de la privación y frustración como ideal analítico, más allá de la imposible neutralidad (solo observable en la desconexión paciente-analista), constatamos que la aplicación rígida e indiscriminada de la regla de abstinencia no sólo no garantiza la pretendida neutralidad, sino que puede resultar iatrogénica. La metáfora del analista pantalla que como un espejo no se deja ver y tan solo refleja al propio paciente, es una utopía pues el analista está sujeto a sus propios principios organizadores inconscientes y resulta inevitable que sus aspectos personales se muestren a través de su actitud y de sus interpretaciones. Lo que ha de hacer, por tanto, el analista es evaluar el impacto que tienen sus principios organizadores inconscientes (incluyendo sus principios teóricos) en su comprensión analítica y en sus interpretaciones. Desde una lectura intersubjetiva, la terapia psicoanalítica se concibe como "Un procedimiento a través del cual el paciente adquiere conocimiento reflexivo de su actividad estructurante inconsciente (...) El tratamiento psicoanalítico ha evolucionado del análisis de los síntomas al análisis del carácter (...) el objetivo de hacer consciente lo inconsciente se ha ampliado hasta su aplicación a las estructuras invariantes de significado que organizan pre-reflexivamente la conducta y experiencia del paciente (y del analista)" (Stolorow y Atwood, 1994, p.26)

El cambio estructural que se espera produzca el proceso analítico opera en diferentes niveles, tanto al nivel de completar déficits evolutivos, como de elaboración y resolución de conflictos de naturaleza pulsional o traumática. A medida que aumenta la calidad estructural del cambio por medio del proceso terapéutico, ambos, paciente y terapeuta, desarrollan un saber procedimental sobre cómo pueden estar juntos. Este saber procedimental sólo puede adquirirse si el terapeuta se encuentra en libertad de ensayar con el paciente una amplia gama de intervenciones, respecto de las cuales observa la reacción del paciente. Es necesario que tengamos precauciones en la enseñanza de la técnica para no favorecer en el terapeuta una "espontaneidad a la ligera". Pero también es verdad, que uno de los principales instrumentos técnicos ante el paciente es el uso de nuestra propia subjetividad integrada en el conocimiento profesional. En la técnica clásica, el respeto al mito de la neutralidad, y el miedo a la actuación coartaban mucho la participación del terapeuta. Pretendíamos ser un observador neutral y cuasi-científico de los fenómenos psíquicos, y no percibíamos la determinación de nuestra impronta (freudiana, kleiniana, lacanianiana, kohutiana...) y su lenguaje. Tampoco el enorme potencial creativo de la experiencia compartida. Nuestro principal reto es pasar de la teoría de la técnica clásica, a una teoría de la técnica centrada sobre la exploración del vínculo paciente-analista.

* La tarea terapéutica tiene una estructura relacional. Paciente y terapeuta se encuentran trabajando simultáneamente en los niveles afectivo, cognitivo y actuado para deconstruir lo viejo, al tiempo que van construyendo modos de generar significación y de estar juntos, más integrados, flexibles y promisorios. Esta concepción del proceso terapéutico como una simultánea deconstrucción de las estructuras de control desadaptativas junto a una creciente articulación de otras estructuras más competentes, ofrece una conceptualización más general de los diversos niveles de procesamiento que se amalgaman en una nueva organización emergente, en un momento dado del cambio terapéutico. Un cambio en el nivel de la representación no solamente implica que haya cognición o insight sino también modificaciones en el modo de estar con los otros y esto debe afectar igualmente a la relación paciente-analista. Los momentos de reorganización deben contener un tipo nuevo de consenso intersubjetivo que permita una apertura hacia nuevas iniciativas y acciones interpersonales.

Esto nos conduce a diferenciar dos estrategias:

o Cuando predominan las estructuras patológicas (el ámbito denominado de la patología del conflicto) el proceso de elaboración puede ser concebido como un proceso gradual de transformación estructural, en el que la clarificación interpretativa repetida de la naturaleza, orígenes y propósitos de las configuraciones del Self y los Otros, entre los cuales es asimilado el analista, junto con la yuxtaposición repetida de estos patrones con experiencias con el analista, en tanto que "nuevo objeto" al cual ha de acomodarse, todo ello establece un nuevo conocimiento reflexivo, y al mismo tiempo induce a la síntesis de modos alternativos de experimentar el Self y el mundo objetal.

o Cuando se trata del predominio de estructuras deficitarias, se requiere una concepción diferente del proceso de elaboración. Aquí se trata de desarrollar, hacer crecer la estructura psicológica en lo que carece o es inestable como consecuencia de fallas e interferencias evolutivas. En este caso al paciente se le permite que establezca un vínculo de Objeto del Self arcaico con el analista, el cual sirve para reinstaurar procesos evolutivos que se habían detenido o destruido en su fase natural de desarrollo.

El "potencial de cambio" del tratamiento psicoanalítico requiere también considerar a la díada analítica. La analizabilidad no es una propiedad sola del paciente, sino del sistema analista-paciente, que podemos formular en términos de la "bondad de ajuste" entre en lo que el paciente necesita, ser mejor comprendido, y lo que el analista es capaz de comprender (Emde, 1988), trasladando la técnica su foco a las rupturas de alianza y a los impasse, como momentos clave para la reorganización de la experiencia.

Otra cuestión a debate es el papel relativo del "insight cognitivo" y de la "sintonía afectiva" en el proceso de cambio. Cada vez se acumula más evidencia que pone el énfasis en el poder mutativo de la "nueva experiencia relacional con el analista" (Kohut, 1984), en detrimento de la confianza depositada históricamente en la interpretación. Es posible que el efecto terapéutico de la interpretación resida fundamentalmente en el significado específico que tiene para el paciente la experiencia de ser entendido: El

valor terapéutico del contenido de la interpretación quedaría así relativizado, lo que viene siendo propuesto desde hace décadas, y ha sido a la vez objeto de investigación (Boston Change Processes Study Group; Stern et al, 1998).

El proceso terapéutico se resume entonces en una alternancia continua entre la dimensión evolutiva y repetitiva de la transferencia y contratransferencia, proceso inherentemente intersubjetivo, vincular, formado por un campo psicológico constantemente cambiante y creado por el interjuego entre los mundos subjetivos diferentemente organizados del paciente y del analista. Cuando el paciente funciona dentro de la dimensión evolutiva busca en el terapeuta la provisión de aquellas experiencias que le faltaron en su desarrollo temprano (legitimación de la experiencia, discriminación self y objeto, etc.). Cuando funciona en la dimensión repetitiva, teme la reaparición de situaciones conflictivas de su pasado. Estas dos dimensiones se alternan continuamente e inevitablemente pasando de estar en primer plano a ser el telón de fondo, tanto en la transferencia del paciente como en la contratransferencia del terapeuta.

* ¿Hay reciprocidad en la relación paciente-terapeuta?. Más que esperar reciprocidad, ha de analizarse la influencia continua y dialéctica entre la actividad del paciente y la del terapeuta. Así por ejemplo, si el paciente funciona bajo la modalidad repetitiva de la transferencia, la estrategia estaría centrada en la introspección del analista para detectar fallos en la sintonía respecto del paciente que provoquen en él un comportamiento resistencial. Igualmente, este estado puede ser debido a una buena sintonía del terapeuta que evoque la emergencia de anhelos arcaicos disociados y el temor a una consiguiente retraumatización.

La propuesta relacional hace énfasis en la Mutualidad, no en la reciprocidad. La psicoterapia siempre será un proceso de influencia mutua y también, inevitablemente asimétrica, por la diferenciación de roles derivada de la especial responsabilidad y autoridad del terapeuta. La mutualidad es una dimensión dialéctica continua y discontinua, afirmación paradójica en apariencia, como las que nos ha enseñado a aceptar la indagación sobre el pensamiento complejo (Cf. Morin, 1990). Es continua porque atraviesa todos los aspectos de la psicoterapia. Y es discontinua porque está presente en algunos niveles y ausente en otros. De todos los niveles o tipos de modelos hemos desarrollado principalmente dos: La "mutualidad de regulación", evidenciada en las investigaciones recientes sobre el vínculo temprano madre-bebé, de gran aplicabilidad a la situación terapéutica; y la "mutualidad de reconocimiento", un fenómeno decisivo para la clínica que puede estar ausente durante grandes periodos de tiempo y que constituye un ideal terapéutico bajo el enfoque intersubjetivo: la actividad de ambos participantes, paciente y terapeuta, a partir de la cual emerge una reciprocidad en el reconocimiento de la subjetividad del uno al otro, y configura la relación terapéutica como un ámbito de cesión.

Reflexiones finales

La perspectiva relacional, a través del análisis de lo vincular (intra, inter y transubjetivo) en la matriz relacional, viene aportando un nuevo horizonte para la clínica psicoanalítica, que, más allá de su filiación conceptual, ha generado una ilusión para el trabajo clínico con el paciente, sin menosprecio de nuestra implicación y agencia en el proceso de cambio, del que somos co-partícipes. Al tiempo, aporta las bases para pensar una renovación conceptual de la teoría y de los métodos de la técnica, sin dejarnos atrapar en mitos que pueden alienar el proceso, privarle de su significado transformador. La aportación de esta perspectiva para una nueva comprensión de los fenómenos clínicos es incuestionable. Se acepten o no en su totalidad estas propuestas, todas las escuelas psicoanalíticas se tienen que enfrentar a la continua presencia del factor intersubjetivo, con la naturaleza vincular de los fenómenos clínicos, que no son sólo una propiedad del psiquismo aislado del paciente, sino fenómenos de un sistema más amplio: paciente-terapeuta.

Nuestra tradición vincular, fundamento de nuestra inquietud por la transformación de nuestra teoría y nuestra práctica, nos ha llevado a este diálogo, en el que hemos reflexionado sobre las propuestas teóricas y técnicas que nos permiten entender nuestra práctica clínica. La teoría del vínculo, desde Pichon Rivière, el pensamiento Winnicottiano, la psicopatología vincular desarrollada en gran medida en nuestro propio contexto intelectual, la psicología de dos personas de Arnold Modell, el psicoanálisis relacional de Stephen Mitchell, o el pensamiento intersubjetivo de Robert Stolorow, George Atwood y Donna Orange, son todas ellas aproximaciones que, en gran medida, convergen en una preocupación común: Aprender de la experiencia de nosotros mismos con y de nuestros pacientes, manteniendo viva la ilusión del cambio.

Como conclusión, y apertura a fuentes complementarias sobre esta perspectiva, el lector interesado puede explorar los contenidos y recursos que ofrece IARPP (Asociación Internacional para el Psicoanálisis y la Psicoterapia Relacional) en: www.iarpp.org/html/index.cfm y sobre todo los desarrollos de su sección española (IARRP-España) capítulo local de IARPP, que aglutina al pensamiento relacional en el contexto hispanoparlante, una entidad abierta a quienes piensan y trabajan la clínica desde dichos planteamientos y en las diferentes lenguas de nuestro entorno cultural, castellano, catalán, gallego y portugués, manteniendo un portal web de contenidos dedicado a la psicoterapia y al psicoanálisis relacional (www.psicoterapiarelacional.es/) y editando una revista electrónica de psicoterapia, de acceso libre en la web: www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/CEIRPortada/

Referencias

- Aburto, M., Ávila-Espada, A. et al. (Colectivo GRITA). (1999). La subjetividad en la técnica analítica. *Intersubjetivo*, 1(1), 7-55.
- Aburto, M., Ávila-Espada, A. et al. (Colectivo Grita) (2007). La terceridad y el cambio según el psicoanálisis relacional. Breve vocabulario. *INTERPSIQUIS*. 2007
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds. Mutualidad in psychoanalysis*. New York: The Analytic Press.
- Ávila-Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 7 (2): 195-220.
- Ávila-Espada, A. et al. (Colectivo GRITA). (2002). Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un psicoanálisis relacional. *Intersubjetivo*, 4(2), 155-192.
- Ávila-Espada, A., Aburto, M., Rodríguez-Sutil, C., Vivar, P., Espinosa, S. y García-Valdecasas, S. (2007). Construyendo una historia grupal del pensamiento relacional en España: Un relato de nuestra contratransferencia con el Psicoanálisis. *Clínica e Investigación Relacional*, 1 (1): 128-149. [[www.psicoterapiarelacional.es/portal/CeIRREVISTAOnline/N%C3%](http://www.psicoterapiarelacional.es/portal/CeIRREVISTAOnline/N%C3%BA)
- Bacal, H.A. (Ed.) (1998). *Optimal responsiveness: How therapists heal their patients*, Northvale, NJ: Jason Aronson. [Comentario

- Krakov, A. (2000). El mundo vincular y la clínica psicoanalítica. *Aperturas Psicoanalíticas. Hacia modelos integradores. Revista de Psicoanálisis*. Noviembre 2000, nº 6
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del Yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos I*. México: Siglo XXI, 1977.
- Levenson, E. (1972). *The fallacy of Understanding: An inquiry into the changing structure of psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Levenson, E. (1983). *The ambiguity of change: An inquiry into the nature of psychoanalytic reality*. New York: Basic Books.
- Liberman, A. y Abello, A. (comps.) (2008). *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*. Madrid: Psimática.
- Lichtemberg, J. D. (1989). *Psychoanalysis and motivation*, Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J.D., Lachmann, F.L. y Fosshage, J.F. (2002). *A Spirit of Inquiry: Communication in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Little, M. I. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32: 32-40. [GRITA ha elaborado una traducción castellana de este trabajo: La contratransferencia y la respuesta del paciente. Documento de trabajo nº 4, Madrid, 1997]
- Little, M. I. (1957). R. The analyst's total response to his patient's needs. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38: 240-254. [GRITA ha elaborado una traducción castellana de este trabajo: R. La respuesta total del analista a las necesidades de su paciente. Documento de trabajo nº 5, Madrid, 1997]
- Little, M. I. (1990) *Relato de mi análisis con Winnicott*, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995.
- Loewald, H. (1970). Psychoanalytic theory and the psychoanalytic process. En *Papers on Psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale University Press, 1980, pp. 277-301.
- Loewald, H. (1977). Reflections on the psychoanalytic process and its therapeutic potential. En *Papers on Psychoanalysis*. New Haven, CT: Yale University Press, 1980, pp. 372-383.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organizations. *Psychoanalytic Inquiry: A topical journal for Mental Health Professionals*, 19 (4), pp. 576-617. [versión castellana: El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actualada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional. *Aperturas Psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis*, Abril 2000, nº 4].
- Maroda, K.J. (1999). *Seduction, surrender and transformation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Merea, C. (1998). *Metapsicología: De la Tercera Tópica freudiana al aparato Psíquico extenso o cuarta tópica*. En *La extensión del psicoanálisis*. Paidós: Buenos Aires, 1994.
- Migone, P. y Liotti, G. (1998). Psychoanalysis and Cognitive-Evolutionary Psychology: an Attempt at Integration, *International Journal of Psychoanalysis*, 79:1071-1095. RESEÑA DE Díaz Benjumea, M.D. (2003). *Aperturas psicoanalíticas. Hacia modelos integradores*. 2003, nº 15. (www.aperturas.org/15jimenezmigone.html)
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Cambridge, MA/London: Harvard Univ. Press. [v. castellana: *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. México: Siglo XXI] [véase también la revisión de Nora Levinton. *Aperturas psicoanalíticas*. Núm. 4
- Mitchell, S.A. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Mitchell, S.A. y Aron, L. (eds.) (1999). *Relational Psychoanalysis. The emergence of a tradition*. Hillsdale, NJ/London. The Analytic Press. 514 pp.
- Mitchell, S.A. y Black, M.J. (2004). *Más allá de Freud: Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Barcelona: Herder. [Original de 1995].
- Modell, A.H. (1984). *El psicoanálisis en un contexto nuevo*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa, 2001.
- Morrison, A.P. (1997). *La cultura de la vergüenza. Anatomía de un sentimiento ambiguo*. Barcelona: Paidós. [Original de 1996].
- Pichon Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Riera, R. (2001). *Transformaciones en mi práctica psicoanalítica: Un trayecto personal con el soporte de la teoría intersubjetiva y de la psicología del self*. *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 8. www.aperturas.org, (www.aperturas.org/8riera.html)
- Riera, R. (2002). La fascinación del psicoanálisis clásico por las fuerzas oscuras. *Intersubjetivo*, 4 (2).
- Rizzolatti, G. (2006). *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona: Paidós.
- Rodríguez Sutil, C. (2002). *Psicopatología psicoanalítica. Un enfoque vincular*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Sandler, J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. *Int. R. Psycho-Anal.*, 3:43-47
- Sandler, J.M. y Sandler, A.M. (1978). On the development of object relationships and affects. *International Journal of Psychoanalysis*, 59: 285-296.
- Siegel, D.J. (2007). *La mente en desarrollo: Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para desarrollar nuestro ser*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Siegel, D.J. y M. Hartzell (2005). *Ser padres conscientes. Un mejor conocimiento y comprensión de nosotros mismos, contribuye a un desarrollo integral y sano de nuestros hijos*. Vitoria: La llave. [Original de 2003].
- Stern, D. (1985). *The interpersonal World of the Infant*. Nueva York: Basic Books. [Traducción española: *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós, 1991]
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweilerstern, N. and Tronick, E. Z. (1998). Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 79:903-921 (BCPSG I)
- Stolorow, R. D. & Atwood, G.E. (1979) *Faces in a Cloud: Subjectivity in Personality Theory* Hillsdale, N.J.: Analytic Press. [(1993). *Faces in a Cloud: Intersubjectivity in Personality Theory*. Second Edition. Northvale, NJ: Aronson]. [v. italiana: *Volte nelle nuvole* Roma: Borla]
- Stolorow, R. D. y Atwood, G.E. (2004). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder. [Original Contexts of Being: *The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. 1992]
- Stolorow, R. D., Atwood, G.E. & Brandchaft, B. (Eds.) (1994). *The Intersubjective Perspective*. Northvale, NJ/London: Jason Aronson, Inc. 220 pp.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B. & Atwood, G.E. (1987). *Psychoanalytic Treatment. An Intersubjective Approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. 1987. Pp. 187 pp.

- Sullivan, H.S. (1963). Estudios Clínicos de Psiquiatría. Buenos Aires: Ed. Psique [Original de 1940]
- Sullivan, H.S. (1964). La teoría interpersonal de la Psiquiatría, Buenos Aires: Horme. [Original de 1953]
- Thomä, H. y Kächele, H. (1985) Lehrbuch der Psychoanalytischen Therapie, Berlin, Springer-Verlag. (Versión castellana: Teoría y Práctica del Psicoanálisis. 2 Vols, Barcelona, Herder, 1989)
- Tronick, E. Z. (ed.) (1998). Interactions that effect change in psychotherapy: a model based on infant research . Infant Ment. Health J. [special issue] 19 (3), Fall. (BCPSG II)
- Wachtel, P.L. (2008). Relational Theory and the Practice of Psychotherapy. New York: The Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1958) Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis. London: Tavistock. [Versión castellana: Escritos de pediatría y psicoanálisis, Barcelona: Paidós, 1998]
- Winnicott, D.W. (1951). Realidad y juego. Barcelona: Editorial Gedisa, 1979
- Winnicott, D.W. (1965) The Maturational Process and the Facilitating Environment. London: Hogarth. [versión castellana: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador Barcelona: Paidós, 1992].

Notas

Trabajo incluido en el SIMPOSIO INTERPSIQUIS 2009, 10º Congreso Virtual de Psiquiatría: "LA PERSPECTIVA RELACIONAL EN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA" Coordina: Prof. Dr. Alejandro Ávila Espada - nº de referencia [1683325549]
Catedrático de Psicoterapia, Universidad Complutense, Madrid. Presidente de IARPP-España (Sección Española de la International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy) y del Instituto de Psicoterapia Relacional (Madrid, España).
Principales publicaciones: Introducción a los tratamientos psicodinámicos (Madrid: UNED, 2004); Investigación en Psicoterapia: la contribución psicoanalítica (Barcelona: Paidós, 1998); Manual de Técnicas de Psicoterapia (Madrid: Siglo XXI Editores, 1994). E-mail: avilaespada@telefonica.net
Winnicott fue uno de los pioneros en defender esta idea.

[\[Home \]](#) [\[Acerca de \]](#) [\[Mapa \]](#) [\[Contacto \]](#)



[cerrar](#)