

El cuerpo y la dimensión no-verbal en el psicoanálisis relacional¹

André Sassenfeld J.²

Santiago de Chile, Chile

Este trabajo revisa aspectos centrales del giro corporal en el psicoanálisis relacional. Analiza la concepción de la acción en el pensamiento psicoanalítico clásico y describe diversos contextos que contribuyen a darle forma a la experiencia contemporánea del cuerpo. Introduce los conceptos de la subjetividad y la intersubjetividad encarnadas, y examina los elementos básicos de la concepción relacional de la emergencia y el desarrollo de la subjetividad en los primeros años de vida. Más allá, discute algunos aspectos de la incorporación explícita del cuerpo en la práctica analítica relacional. Para concluir, el autor resume brevemente algunos mitos que los teóricos relacionales perciben en el psicoanálisis clásico y algunos supuestos fundamentales de la concepción relacional del cuerpo y la dimensión no-verbal.

Palabras clave: cuerpo; dimensión no-verbal; psicoanálisis relacional

This paper reviews central aspects of the body turn in relational psychoanalysis. It analyzes the conception of action in classical psychoanalytic thought and describes several contexts that contribute to giving shape to contemporary experience of the body. It introduces the concepts of embodied subjectivity and intersubjectivity, and examines basic elements of the relational conception of the emergence and development of subjectivity in the first years of life. It further discusses some aspects of the explicit incorporation of the body in relational analytic practice. To conclude, the author summarizes briefly some myths relational theoreticians perceive in classical psychoanalysis and some fundamental assumptions of the relational conception of the body and the nonverbal dimension.

Key Words: body; nonverbal dimension; relational psychoanalysis

English Title: The body and the non-verbal dimension in relational psychoanalysis

Cita bibliográfica / Reference citation:

Sassenfeld J., A. (2021). El cuerpo y la dimensión no-verbal en el psicoanálisis relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 15 (1): 58-116. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2021.150105

¹ Este trabajo está basado en parte en los contenidos del webinar "Cuerpo y dimensión no-verbal en la práctica clínica relacional" dictado en 2020 por el autor desde el Centro de Terapia Relacional (CETERE) en Santiago, Chile.

² Psicólogo clínico en práctica privada; ha sido parte del directorio internacional de IARPP y fue presidente de IARPP-Chile; actualmente forma parte del directorio del Centro de Terapia Relacional en Santiago, Chile. Contacto: asassenfeld@gmail.com / www.andre.sassenfeld.cl

A lo largo de más de cien años han existido diversas discusiones respecto del lugar que el cuerpo y la dimensión no-verbal ocupan, pueden ocupar y deben ocupar en el psicoanálisis. Los conceptos freudianos originales de la pulsión y las zonas erógenas (1905) y el ello (1923), junto a la relevancia que Freud concedió a ciertos aspectos biológicos (1915a) y a la teoría darwiniana de la evolución, formaron el punto de partida. Con posterioridad, desde el trabajo pionero de la aplicación del psicoanálisis a la práctica de la medicina por parte de Georg Groddeck (1978 [1916-1917]) y las innovaciones técnicas en el trabajo de Sándor Ferenczi (1928, 1994), pasando por las exploraciones de Wilhelm Reich (1949 [1933]) en torno al análisis del carácter y de Paul Schilder (1935) en torno a los conceptos de imagen corporal y esquema corporal, llegando hasta el surgimiento de la medicina psicosomática de orientación psicoanalítica en el trabajo de Franz Alexander (1950) -por solo mencionar algunos hitos importantes que tratan el cuerpo de modo explícito como temática específica-, un gran número de teóricos analíticos se ha ocupado de desarrollar concepciones psicoanalíticas del cuerpo y la dimensión no-verbal durante la historia del movimiento psicoanalítico. Me parece que en todas las tradiciones teóricas del psicoanálisis ha habido analistas que han escrito sobre el cuerpo y la corporalidad en al menos alguna de sus distintas y numerosas facetas.

En ese contexto, sin embargo, cabe señalar que las significativas contribuciones de teóricos como Ferenczi, Reich y otros pueden ser entendidas como una reacción al menos en parte crítica frente a una creciente percepción de un énfasis psicoanalítico especialmente clínico cada vez más racional e intelectual (p. ej., Ferenczi & Rank, 1924; también, Shapiro, 1996). En la teoría freudiana y con posterioridad en la teoría kleiniana abundan las referencias al cuerpo sea en cuanto a sus zonas erógenas (oralidad, analidad, etc.) o en cuanto a diferentes partes del cuerpo materno y paterno (pechos, penes, etc.), pero en la práctica analítica tradicional con adultos el cuerpo vivo y concreto comenzó a retroceder cada vez más a un segundo plano. Por un lado, el *setting* freudiano se empieza a institucionalizar como aspecto definitorio de lo que puede ser considerado psicoanálisis por mucho que el mismo Freud (1912) lo visualizó como recomendación¹ y no como norma. Como es sabido, el *setting* freudiano implica la ausencia de contacto visual entre paciente y analista, y la existencia de una distancia física relevante entre ambos. Tal como señala Sue Shapiro (1996), el analista “no tenía cuerpo excepto un rostro que debía dejarse sin expresión evidente” (p. 307) y se hablaba *sobre* el cuerpo del paciente sin que este fuera alentado a experimentar sus sensaciones corporales de forma directa. De hecho, el *setting* clásico excluye el movimiento y la acción como algo legítimo en el marco de una sesión terapéutica -la quietud con frecuencia es visualizada como signo de madurez (Shapiro, 1996). Además, en el *setting* clásico el terapeuta está en buena medida privado de la

expresión corporal-afectiva del paciente como fuente de información y está enfocado predominantemente en las verbalizaciones de este².

Por otro lado, también la introducción de las actitudes de neutralidad, abstinencia y anonimato a la hora de definir la postura general del psicoanalista en la década de 1910 a través de los escritos técnicos de Freud (1912, 1913, 1914, 1915b) afectó de forma duradera el lugar del cuerpo concreto en la práctica clínica. Parte del contexto histórico de estas formulaciones freudianas involucra los cuerpos de paciente y analista de manera muy directa: por ejemplo, Freud se refiere a la actitud de abstinencia en el marco de su artículo sobre el amor de transferencia de 1915(b). Según algunos comentaristas, Freud se vio en la necesidad de articular las actitudes del psicoterapeuta de este modo restrictivo debido a la existencia de numerosas transgresiones sexuales al encuadre psicoanalítico en los primeros años de la práctica del psicoanálisis. Así, las nociones clínicas de neutralidad, abstinencia y anonimato vienen a representar el intento de contener una incontinencia de impulsos eróticos con la finalidad de proteger a los pacientes y al mismo tiempo al psicoanálisis como tal. Consecuencia de estas circunstancias históricas ha sido, a mi parecer, la frecuente identificación directa del cuerpo con el cuerpo erótico por parte de muchos teóricos analíticos tradicionales -como si la sexualidad fuese la única o al menos la principal experiencia que el ser humano tiene de su cuerpo. Tal como indica Shapiro (1996), la perspectiva psicoanalítica clásica “pretende que limitemos severamente nuestra comprensión de la experiencia corporal a la sexualidad, la agresión y en menor medida al hambre y la sed [...]” (p. 298).

Frente al trasfondo esbozado, este trabajo constituye un intento de retomar mis reflexiones sobre una temática respecto de la cual expresé mis ideas por primera vez hace casi quince años (Sassenfeld, 2007a). Aquí, deseo volver a dedicar atención en términos amplios al lugar que han comenzado a ocupar el cuerpo y la dimensión no-verbal en el psicoanálisis relacional incorporando ideas propias y de otros teóricos que han surgido después del mencionado artículo. Para poder llevar a cabo esta tarea resulta indispensable añadir un conjunto de observaciones respecto de la relación del psicoanálisis clásico con el cuerpo. Describiré en este sentido algunas ideas sobre el lugar histórico de la acción en el psicoanálisis ya que la acción es una dimensión central de la corporalidad a la que Freud hace alusión explícita. A continuación, en función de lo que en otro lugar he llamado el giro contextual del psicoanálisis contemporáneo (Sassenfeld, 2018a, 2019), ubicaré la corporalidad en varios contextos socioculturales con el fin de dejar en evidencia que en la actualidad resulta imposible reducir lo corporal al cuerpo erótico o bien limitarse a enfocar teórica y/o clínicamente esa dimensión de la experiencia corporal. Hecho esto, revisaré los conceptos de la subjetividad encarnada, de la intersubjetividad encarnada y del desarrollo

de la subjetividad encarnada en el marco de la intersubjetividad encarnada. Por último, detallaré algunos aspectos clínicos de la incorporación consciente y deliberada del cuerpo y la dimensión no-verbal en la práctica psicoterapéutica de orientación analítica relacional.

El lugar de la acción (y la inter-acción) en el psicoanálisis

El psicoanálisis freudiano, como heredero de una larga tradición europea judeocristiana y con posterioridad además cartesiana, está marcado en profundidad por la dicotomía dualista entre cuerpo y mente, entre lo que Descartes llamó *res extensa* y *res cogitans*. El cuerpo se encuentra por un lado y la mente por otro, separados con claridad, y la esencia del ser humano reside en la mente, en un alma que con la pérdida creciente de las creencias religiosas pasa a ser esa cosa pensante que declara en palabras de Descartes, "Pienso luego soy" (*cogito ergo sum*). Más allá, tal como Freud (1930) desarrolla en especial en "El malestar en la cultura", un supuesto psicoanalítico basal es que las pulsiones están ligadas al cuerpo y que requieren ser controladas o, en el mejor de los casos, sublimadas; de no ser así, se vuelven imposibles la convivencia y la civilización humanas como tales. Así, el psicoanálisis freudiano se ha encontrado históricamente en una paradoja inextricable: mientras que por un lado contribuyó a denunciar las consecuencias negativas de la represión sexual y la hipocresía sexual arraigadas en la cultura sobre la salud mental, por otro lado planteó la importancia de que las pulsiones no se expresaran con plena libertad y sin control porque ello amenazaría con desbaratar nuestra civilización. La renuncia voluntaria de Freud a su propia sexualidad (Roudinesco, 2014), seguramente determinada por diversas variables entrelazadas, no deja de ser una muestra interesante de sus convicciones teóricas predominantes.

En el contexto esbozado quizás no sorprenda que para Freud la acción -léase la conducta, el comportamiento motriz concreto- al menos desde un punto de vista clínico queda estrechamente vinculada con el cuerpo y las pulsiones y, por ende, como algo necesitado de cierto control. En su conocido diccionario de psicoanálisis, Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis (1967) clarifican el uso que Freud concedió al término alemán *agieren* o actuar, que debe ser visualizado como un término técnico dado que no es la palabra habitual en el idioma alemán para hacer referencia al actuar o comportarse en términos más generales. Señalan:

Según Freud, hecho en virtud del cual el sujeto, dominado por sus deseos y fantasías inconscientes, los vive en el presente con un sentimiento de actualidad, tanto más cuanto que desconoce su origen y su carácter repetitivo. [...] *Agieren* se asocia casi

siempre a *erinnern* (recordar), oponiéndose ambos términos como dos formas de hacer retornar el pasado en el presente. (p. 10, cursivas del original)

En "Recordar, repetir y elaborar", Freud (1914) indica que a menudo el paciente *actúa* en vez de recordar. Reproduce así lo olvidado y reprimido "no como recuerdo, sino como acto, lo *repite*, naturalmente sin saber que lo repite" (p. 89, cursiva del original). Añade que el terapeuta debe contar con que el paciente "se entrega a la compulsión a la repetición, que ahora reemplaza el impulso a recordar, no solo en la relación [transferencial] personal con el médico, sino también en todas las demás actividades y relaciones simultáneas de su vida [...]" (p. 90). Asevera que mientras más intensa sea la resistencia del paciente, más ampliamente el actuar surge en lugar del proceso de recordar, siendo el actuar entendido de modo basal como repetición.

Las cosas se complican aún más a la hora de examinar el concepto tradicional del *Ausagieren*, que no fue utilizado por el mismo Freud de manera particular sino por analistas posteriores. Tal como muestran Laplanche y Pontalis (1967), más bien su término *agieren* que acabamos de revisar fue traducido al inglés como *acting out*. Este último término es empleado por diferentes teóricos de formas diversas y con significados muchas veces poco precisos; Laplanche y Pontalis intentan delimitar su significado al definirlo como término utilizado en psicoanálisis para "designar acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto- o heteroagresiva" (pp. 5-6). En congruencia con lo que ya hemos afirmado respecto del término freudiano *agieren*, la aparición del *acting out* durante el proceso analítico se entiende como señal de la emergencia de lo reprimido y, para varios teóricos analíticos que han contribuido a la elaboración de este concepto, del "intento de ruptura de la relación analítica" (p. 6). Demás está decir que el uso de este término a lo largo del tiempo empezó a estar ligado cada vez más a connotaciones peyorativas y, asimismo, a ciertos tipos de pacientes considerados más graves que los pacientes neuróticos, a veces llamados pacientes actuadores.

Ya el primer término, *agieren*, carga conceptualmente la acción como algo opuesto a los procesos psíquicos, con una firme base en el dualismo cuerpo-mente. O se actúa o se piensa y recuerda -como si al pensar o recordar nuestro cuerpo no se encontrara en determinada postura, no estuviéramos respirando de cierta forma, etc., como si recordar tendido en el diván de un analista no implicara el cuerpo. Más allá, la acción se vincula con la compulsión a la repetición -actuar es repetir el pasado- y, en esa medida, con la inconsciencia y/o la evitación de una consciencia capaz de recordar. Es decir, la acción se

vincula con lo que no es deseable en el transcurso de un tratamiento psicoanalítico, en efecto con una fuerza que se opone al esfuerzo terapéutico (el mencionado intento de fracturar la relación con el psicoterapeuta y su función subordinada a la resistencia). El término *acting out* más encima carga adicionalmente la acción con la impulsividad e incluso con la agresividad respecto de uno mismo o respecto de otros. Además, la historia del concepto del *acting out* añade significaciones de algo negativo al actuar y de una asociación con tipos graves de psicopatología. Por cierto, es posible argumentar que el psicoanálisis clásico solo remite a cierto tipo de acciones que son entendidas de modo específico en el marco clínico; no obstante, aunque en principio puedo concordar con tal apreciación, esta no deshace la circunstancia de que el psicoanálisis tradicional ha tendido a sobrevalorar los procesos psíquicos y verbales y los ha contrapuesto al actuar. Después de todo, hablamos de la cura por la palabra, aunque tal denominación tiende a pasar por alto que el uso del diván es una intervención corporal. No creo equivocarme al aseverar que el actuar ha tendido a quedar ubicado en un lugar antagónico y cargado de connotaciones negativas.

La ya mencionada necesidad de proteger a los pacientes y al psicoanálisis mismo de las transgresiones sexuales al encuadre analítico quizás contribuya a dar cuenta de las reacciones predominantemente negativas respecto de las innovaciones técnicas de Ferenczi por parte de los analistas apegados a la ortodoxia freudiana. Muchos de sus experimentos técnicos implicaron de una u otra forma la participación de la acción y de la conducta concreta (p. ej., la técnica activa). Tal aversión de la mayoría de los analistas tradicionales desembocó entre otras cosas en la *prohibición del contacto físico* de la que nos informa Didier Anzieu (1985), considerada necesaria para el desarrollo del tratamiento analítico desde la perspectiva del concepto de abstinencia. Tanto el actuar como el tocar pasaron a pertenecer a la lista analítica de lo no deseable e incluso prohibido. Por otro lado, cabe agregar que temáticas como la conducta y el aprendizaje comenzaron a ser asociadas al auge del conductismo en la psicología académica norteamericana y, con ello, tendieron a estar ausentes en el discurso psicoanalítico. El psicoanálisis se dedicaba a la investigación de lo inconsciente y las temáticas mencionadas se encontraban fuera de ese foco. Recién a partir de las contribuciones de Heinz Hartmann (1939)³ y otros a la articulación de la psicología psicoanalítica del yo desde fines de la década de 1930 en Estados Unidos la motricidad y el aprendizaje ligados a la adaptación a la realidad exterior encontraron cierta legitimidad psicoanalítica por mucho que de todos modos permanecerían en el segundo plano del interés de los psicoanalistas.

Si ya la acción se mantuvo en un lugar problemático en el psicoanálisis freudiano, sus dificultades con el ámbito de la inter-acción han sido tal vez aún más complejas. Al concebir al analista como un observador neutral modelado de acuerdo a un cirujano

aséptico emocionalmente frío y carente de compasión (Freud, 1912) y a una pantalla en blanco que se limita a reflejar lo que se le presenta, en plena concordancia con la profunda identificación de Freud con la figura de un científico natural (Greenberg, 1991; Sassenfeld, 2019; Sulloway, 1992 [1979]), la concepción descriptiva de la situación analítica como situación fundamentalmente caracterizada por continuas interacciones entre paciente y terapeuta nunca podría haber sido suscrita por Freud. La noción de la interacción entre dos (o más) personas no solo involucra asumir que (al menos) dos cuerpos inter-actúan, sino que además trae consigo el reconocimiento de la participación inevitable y directa de la subjetividad personal del analista en el trato con todos sus pacientes. Tal reconocimiento hubiese posicionado al psicoanálisis fuera del campo de las ciencias naturales y Freud no estaba dispuesto a que su obra sufriese ese destino por lo que luchó por establecer el estatus científico del psicoanálisis⁴. Así, en el psicoanálisis clásico con su sistemático énfasis intrapsíquico el concepto de interacción nunca encontró un lugar legítimo. Tal como sostiene Jay Greenberg (1996), Freud “intentó algo que es imposible: trató de desterrar el actuar en términos generales” (p. 201), lo que se tradujo en que durante mucho tiempo imperó una fuerte tendencia a intentar excluir la acción y el cuerpo de un proceso que se entendía como proceso verbal en su esencia (Bass, 2003; Shapiro, 1996). En palabras de Paul Wachtel (2014): la “conducta del paciente, las acciones reales que él o ella realiza en el mundo y el impacto de esas acciones sobre los demás en el mundo relacional del paciente han tendido a ser una preocupación secundaria” (p. 39, cursiva del original), con frecuencia considerada superficial.

Stephen Mitchell (1997) resumió tres razones debido a las cuales el psicoanálisis freudiano no concedió legitimidad a la idea de que entre paciente y psicoterapeuta se produce una interacción y, por extensión, no desarrolló una concepción psicoanalítica diferente de la acción. Primero, tal como recién mencioné, Mitchell plantea que el esfuerzo de Freud por validar el psicoanálisis como ciencia lo obligó a visualizar al analista como observador neutral desinvolucrado que “retrata la vida psíquica en términos de fuerzas, energías, mecanismos y el dominio del determinismo causal” (Atwood & Stolorow, 2014 [1984], p. 26) -esto es, en los términos impersonales usados por la ciencia natural de la época de Freud. Segundo, Mitchell cree que la base interactiva del psicoanálisis clínico debió ser negada con la finalidad de distanciarlo de forma clara respecto del tratamiento hipnótico con su uso de la autoridad del hipnotista para influenciar al paciente. Mitchell considera que Freud buscó con ello resguardar la autonomía del paciente; sin embargo, me parece que también estamos frente a una especie de intento por dissociar la historia de origen del psicoanálisis en el uso de la hipnosis o al menos de instalar una distancia definitoria respecto de las características principales del tratamiento hipnótico. Por último,

Mitchell nos recuerda lo que ya he dicho con anterioridad respecto de la necesidad de proteger a los pacientes y al psicoanálisis de las transgresiones "interactivas" al encuadre psicoanalítico.

Theodore Jacobs (1986) fue uno de los primeros analistas freudianos en contribuir a la reflexión psicoanalítica renovada sobre la acción y la interacción a través de su articulación inicial del concepto clínico del *enactment*. Sin embargo, no se detuvo a cuestionar y repensar las ideas freudianas históricas sobre la acción como tales. Esa tarea sí fue abordada algunos años después por el teórico relacional Owen Renik (1993), quien afirma lo que sigue:

De acuerdo con ese modelo [desarrollado por Freud], las motivaciones son conceptualizadas como impulsos que pueden tomar una de dos vías bastante separadas: la eferente, que conduce a la actividad motriz, o la aferente, que lleva a la formación de fantasías a través de la estimulación del aparato sensorial desde adentro. A partir de esta conceptualización se sigue que el pensamiento y el comportamiento motor son alternativas mutuamente excluyentes: en la medida en la que uno actúa, uno no va a pensar, y viceversa. De aquí la noción de que el "acting out" de un paciente debe bloquearse de modo que sus motivaciones se vuelvan disponibles para el análisis bajo la forma de fantasías; y de aquí la noción de que un analista debiera volverse consciente de su contratransferencia *imaginando* cómo se podría comportar en la situación clínica y no *observando* cómo efectivamente se ha estado comportando. Hasta donde sé, nunca se ha producido una corroboración empírica de esta conceptualización protoneurológica temprana de Freud. (p. 412, cursivas del original). (p. 10, cursivas del original)

Siguiendo a Renik, no solo no se ha producido una corroboración de la contraposición acción-pensamiento que encontramos en el trabajo de Freud, sino que además a la consciencia de nuestra participación contratransferencial en la situación analítica siempre precede la escenificación de la contratransferencia por medio de las acciones del analista. Solo podemos tomar consciencia de algo que ya hemos estado *haciendo*. Puede también notarse que en el trabajo de Renik la primacía de la inter-acción por sobre la posibilidad de consciencia viene acompañada del reconocimiento de la implicación inevitable de lo que Renik llama la *subjetividad irreductible del analista* (véanse, también, Holzhey-Kunz, 2002 y Jaenicke, 2011).

Teóricos relacionales recientes han reflexionado sobre algunas posibles determinantes personales de Freud a la hora de concebir la acción y la interacción tal como hizo. En una interesante interpretación, Shapiro (1996), por ejemplo, escribe:

[El cuerpo] estaba bajo tanto presión por ser 'civilizado'. Estaba corseteado. El analista no tenía cuerpo excepto por un rostro que debía mantenerse sin expresión evidente. Con este fin Freud empleó el diván. Se hablaba sobre el cuerpo del paciente y este se interpretaba, rara vez se esperaba del paciente o se lo alentaba a experimentar más plenamente sensaciones somáticas. [...] Por cierto, no se suponía que los pacientes debían prestar atención al cuerpo del analista -o, si lo hacían, ello no era objeto de discusión. Presumo que Freud luchó durante gran parte de su carrera por no estar en su cuerpo, por no sentir dolor. Ciertamente no hace referencia a su propia experiencia corporal en la consulta. El impacto de veinte años de cáncer y dolor sobre el carácter de Freud, sobre la forma de conducir su trabajo, sobre sus teorías y sobre la experiencia de sus pacientes permanece poco explorado [...] (p. 307)

En otras palabras, Shapiro se pregunta acerca de la relación entre la grave y prolongada enfermedad corporal de Freud, una posible y comprensible consiguiente necesidad de disociarse respecto de su propio cuerpo, y ciertos aspectos de sus ideas teóricas y clínicas.

Robert Stolorow y George Atwood (1992), por su parte, han afirmado que lo que llaman el *mito de la mente aislada*, para ellos una característica definitoria del psicoanálisis clásico, puede entenderse como una defensa racionalizada en términos teóricos frente al tremendo estado de vulnerabilidad en la que el inextricable arraigamiento de la mente individual en los vínculos afectivos nos coloca. El conocido profundo énfasis del psicoanálisis clásico sobre lo intrapsíquico derivaría de este mito basal, que ya se expresa en el originario y mitologizado auto-análisis de Freud: una mente aislada que se analiza a sí misma sin necesidad de un otro⁵. Al enfocarse en lo que ocurre en el interior de una mente aislada de los vínculos que posibilitan su emergencia y perduración en el tiempo, se vuelve factible disminuir la angustia vinculada con nuestro insoslayable estado de dependencia respecto de los demás. Ya en 1979, Atwood y Stolorow plantearon la duradera presencia de la subjetividad y experiencia personal de los teóricos analíticos en sus intereses y acentos teóricos y, en el caso de Freud, destacan la necesidad inconsciente de proteger una imagen positiva idealizada de su figura materna. Parte del mecanismo para lograr este acometido fue entender la agresión humana no como reacción a las vicisitudes de los vínculos afectivos, sino como fuerza que proviene del interior del individuo desde su cuerpo entendido como cuerpo pulsional. En efecto, Freud argumentó "que todos los fenómenos psíquicos se originan con la actividad de estímulos endógenos [que] impactan la mente desde dentro del cuerpo del organismo"⁶ (Greenberg, 1991, p. 99). Para Atwood y Stolorow, Freud buscó resolver su conflicto cargando al niño con la maldad y agresión exculpando al adulto. Este mecanismo está muy cercano a lo que Ferenczi (1985 [1932],

1949 [1933]) describió como *identificación con el agresor*, un proceso defensivo por parte del niño frente al trauma relacional.

A partir de la década de 1980, tal como veremos en lo que sigue, con el surgimiento del psicoanálisis relacional las cosas empezaron a cambiar radicalmente. Aunque aún en 1996 Shapiro insistió en que las críticas de los teóricos analíticos tradicionales a las teorías psicoanalíticas relacionales "se han focalizado en la ausencia del cuerpo en estas construcciones de la experiencia" (p. 297), no debe pasarse por alto que ya Mitchell (1988) había realizado un conjunto importante de observaciones sobre el lugar del cuerpo en el psicoanálisis relacional. Shapiro subraya que las críticas mencionadas parecían en alguna medida válidas porque los teóricos relacionales se habían alejado claramente de la teoría pulsional y en consecuencia de lo que Shapiro considera la *aparente* fundamentación de la teoría pulsional en la experiencia corporal. (Como si una teoría de las pulsiones fuera la única o principal manera de arraigar la teorización psicoanalítica en la corporalidad; véanse Aron, 1998a y Greenberg, 1991.) Sin embargo, en 1998 Lewis Aron y Frances Sommer Anderson editaron un volumen titulado *Perspectivas relacionales sobre el cuerpo*, que buscó reunir trabajos que dejaran en evidencia que los teóricos relacionales tenían un significativo interés en comprender el cuerpo y la dimensión no-verbal desde puntos de vista relacionales y no pulsionales. Aron y Sommer aseveraron en su prefacio a este volumen que se han vuelto necesarios conocimientos acerca de cómo el cuerpo y la corporalidad construyen y son co-construidas en el seno de lo que Mitchell (1988) llamó una *matriz relacional* -término que en la actualidad se usa de manera casi intercambiable con los conceptos de sistema intersubjetivo, campo relacional, matriz intersubjetiva, matriz interactiva y otros (Sassenfeld, 2019). Con ello, se explicita el quiebre con la concepción de un cuerpo pulsional: "Lo que pasa por atención al cuerpo en la teoría clásica es en realidad una teoría pseudobiológica que parece equiparar el cuerpo con los instintos y su representación psíquica -las pulsiones" (Shapiro, 1996, p. 298).

Merton Gill (1994), quien se acercó a las aproximaciones relacionales al psicoanálisis en sus últimos años de vida, aclaró de modo útil que un psicoanálisis hermenéutico -como el psicoanálisis relacional (Sassenfeld, 2016, 2018a, 2019)- está interesado más en el *cuerpo en términos de sus significados para el sujeto* que en el cuerpo como tal -suponiendo que el ser humano pudiera ser capaz de tener acceso a un supuesto "cuerpo como tal", que parece hacer referencia a un cuerpo objetivo u objetivable y medible como aquel que encontramos en la investigación biológica, bioquímica, etc. Esta distinción efectivamente posibilita basar y desarrollar la teorización y la clínica psicoanalíticas del cuerpo al margen de la adscripción a una teoría pulsional. Este es, entonces, el cuerpo de interés para los teóricos relacionales: un *cuerpo relacional* (Sassenfeld, 2007a) o un *cuerpo interactivo* (Geissler, 2007)

dado por la experiencia corporal subjetiva e intersubjetiva y sus diversos significados conscientes e inconscientes posibles así como a la vez su intrínseca e inevitable inserción en una multiplicidad de contextos relacionales pasados y presentes. Este es el cuerpo respecto del cual Daniel Stern (cit. en Geissler, 2001a) señaló, "Ha llegado el momento de volver a introducir el cuerpo en el psicoanálisis", y respecto del cual Beatrice Beebe y Frank Lachmann (2005) afirman que es el objeto de estudio de todas sus investigaciones en la medida en la que también percepción, cognición y afecto son siempre e invariablemente experiencias corporales.

Para concluir esta primera sección, quiero hacer mención de tres circunstancias fundamentales que han vuelto cada vez más necesario que los teóricos psicoanalíticos relacionales dediquen esfuerzos a la comprensión conceptual y clínica del cuerpo y la dimensión no-verbal de la experiencia humana: (1) la profunda influencia de la teoría del apego, la investigación de infantes y las neurociencias afectivas y sociales han dejado en evidencia lo que podríamos llamar en alusión a la idea de Stolorow y Atwood descrita con anterioridad el *mito de la acción aislada* que deriva de una mente aislada -la acción no cumple primariamente la función de descarga de energía pulsional, sino que expresa funciones comunicativas, afectivas y relacionales en la interacción con otros; (2) a partir de las hondas raíces del movimiento relacional en el psicoanálisis interpersonal de Harry Stack Sullivan, Erich Fromm, Karen Horney y otros, los teóricos relacionales se encuentran insertos de entrada en un paradigma basal de interacción e influencia mutua verbal y no-verbal -p. ej., la interpretación se entiende como acto relacional (Mitchell, 1997; Stolorow, 1994) y al revés existen acciones interpretativas (Ogden, 1994); y (3) cambios importantes en el *setting* psicoanalítico -gran parte de los psicoterapeutas analíticos están trabajando cara-a-cara (Orange, 2011; Sassenfeld, 2019) y con una frecuencia de una o dos sesiones semanales (Coderch, 2012; Sassenfeld, 2019) porque las condiciones socioeconómicas han hecho casi imposible que nuestros pacientes puedan pagar un psicoanálisis de alta frecuencia- han implicado que los cuerpos de paciente y terapeuta estén expuestos de modo continuo a la percepción directa e inmediata del otro. En las próximas secciones revisaré algunos de los conceptos centrales respecto del cuerpo y la dimensión no-verbal que se han ido articulando en el psicoanálisis relacional, deteniéndome antes en una serie de contextos que envuelven y afectan nuestra experiencia corporal subjetiva e intersubjetiva.

El giro contextual del psicoanálisis contemporáneo en relación con el cuerpo

El giro contextual del psicoanálisis contemporáneo hace referencia a la creciente consideración en las teorías analíticas relacionales de contextos que trascienden aquellos contextos que habitualmente son tenidos en cuenta en la práctica clínica: en especial, las experiencias infantiles y sus diversas consecuencias así como la relación con el analista (Sassenfeld, 2018a, 2019). En cuanto contextualismo (Atwood & Stolorow, 2014 [1984]; Orange, Atwood & Stolorow, 1997; Wachtel, 2014), siguiendo los pasos históricos dados por los teóricos analíticos interpersonales, el psicoanálisis relacional se ha abierto a asumir la relevancia fundamental de variables históricas, sociales, culturales, económicas, políticas y otras a la hora de dar determinada forma a la subjetividad individual. Sin duda, la significativa influencia del pensamiento postmoderno, las teorías feministas, las teorías de género y otras aproximaciones ha contribuido de modo importante a ello. Puesto que la contextualización es un principio hermenéutico básico que facilita la comprensión, todos estos contextos envolventes que aportan de una u otra manera y en uno u otro grado a generar nuestra experiencia subjetiva e intersubjetiva del cuerpo propio y ajeno nos ayudan a profundizar el entendimiento teórico y clínico del cuerpo y la dimensión no-verbal en el marco del psicoanálisis relacional. A continuación, examinaré de modo breve un conjunto inter-relacionado de estos contextos, sin pretender en ningún caso ser exhaustivo y sin un orden particular, con la finalidad de visibilizar las capas de significado que están presentes consciente e inconscientemente cuando nuestros pacientes y nosotros mismos experimentamos el cuerpo y hablamos sobre nuestra experiencia corporal.

(1) *Identidad, género y orientación sexual.* Hemos pasado de un mundo moderno en el cual la identidad, el género y la orientación sexual en relación con el cuerpo biológico se tendieron a vivenciar de forma binaria y dicotómica -se era hombre o se era mujer, si se tenía un cuerpo masculino uno se sentía hombre y si se tenía un cuerpo femenino uno se sentía mujer, y experimentaba el deseo sexual correspondiente- a un mundo postmoderno en el cual esta imposición binaria se ha ido difuminando cada vez más y ha sido reemplazada por una "fluidez" que desafía toda categorización. Tal fluidez incluso ha pasado a concretarse en la posibilidad de transformaciones radicales del propio cuerpo, como ocurre en el cambio quirúrgico de sexo. Ya en 1997, Mitchell había advertido la perplejidad de la mayor parte de los psicoterapeutas frente a esta creciente complejización de las temáticas de identidad, género y orientación sexual en el mundo contemporáneo, complejización que no ha hecho más que aumentar en las décadas posteriores a su señalamiento. Cuerpos asexuados y sin deseo, resistencias a identificarse con un cierto género, enamorarse de una persona al margen de si tiene un cuerpo de hombre o de mujer

-todas estas y muchas otras experiencias se han convertido en realidades que enfrentamos de manera cotidiana en la práctica clínica.

(2) *Autoestima*. Resulta evidente que la relación con el propio cuerpo y su apariencia, marcada por lo común por la manera en la que otros se han relacionado y se han expresado respecto de nuestro cuerpo a lo largo de nuestro desarrollo, influencia profundamente nuestra autoestima y con ello nuestra sensación más general de bienestar. Ciertas partes y ciertas características de nuestro cuerpo pueden destacar de manera positiva o negativa generando sentimientos puntuales o crónicos respecto de nosotros mismos en términos de nuestro cuerpo. En una cultura que nos bombardea de modo continuo a través de los medios de comunicación con determinados ideales de belleza y atractivo físico difíciles de alcanzar para la mayoría de las personas -en parte porque se trata de construcciones en cierta medida ficticias apoyadas por la manipulación computacional de imágenes-, la autoestima vinculada con el propio cuerpo tiende a resentirse, a veces a tal grado que se requiere ayuda psicoterapéutica.

(3) *Seguridad básica*. Desde el punto de vista del desarrollo, la seguridad es en primer lugar una experiencia corporal intersubjetiva entre infante y cuidador primario sea como experiencia de cobijo y protección sea como experiencia de un alentador "Tú puedes" realista por parte del cuidador que transmite seguridad en sí mismo al niño. En el ámbito de las psicoterapias corporales, Alexander Lowen (1972) formuló el concepto de *enraizamiento*, que hace referencia a la relación de nuestro cuerpo con el piso entendido a la vez concreta y simbólicamente como la realidad. Puesto que nuestra primera realidad es la relación materna, esta marca nuestra vinculación con la realidad de manera duradera. Más allá, la experiencia de seguridad básica respecto de uno mismo y respecto de nuestra relación con el mundo está basada en este sentido en la experiencia temprana del propio cuerpo en relación con otro cuerpo y, con posterioridad, con otros cuerpos y con la dimensión física del espacio en el cual nos desenvolvemos.

(4) *Exploración del mundo*. Relacionado de cerca con el punto anterior, el cuerpo está ligado a la forma en la que exploramos el mundo, con cuanta libertad o con cuanta restricción, en la medida en la que explorar el mundo es basal aunque no exclusivamente una experiencia corporal inseparable de la motricidad. John Bowlby (1988) planteó como complementarios los sistemas motivacionales de apego y de exploración; cuando buscamos apego, cesa la exploración del mundo y viceversa (véase, también, Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 1992, 1996, 2011). De nuevo, nuestra historia temprana afecta de manera profunda el grado de libertad o temor que sentimos a la hora de conocer a los demás y nuestro entorno físico. Un apego inseguro o desorganizado impide al niño explorar

su mundo con tranquilidad ya que cuenta de una forma que no es suficientemente buena con la base segura relacional representada por la figura de apego de la que Bowlby habló en repetidas oportunidades.

(5) *Vergüenza*. El afecto de la vergüenza se ha transformado en una temática clínica fundamental para los psicoterapeutas relacionales y se entiende en términos de los sistemas intersubjetivos en el seno de los cuales emerge (Orange, 2005). Desde el trabajo de Heinz Kohut (1977) la vergüenza comenzó a ocupar el escenario clínico por encima del tradicional afecto de la culpa. Kohut describió este cambio en términos de un cambio histórico en el tipo predominante de psicopatología característico de la época post-freudiana -el reemplazo de lo que llama el *hombre culpable* por el *hombre trágico*, cuya conflictiva central no gira en torno a acciones por las cuales sentirse culpable sino en torno al valor que tiene como persona. Tal como indican Martin Altmeyer y Helmut Thomä (2006), “el problema psíquico principal de nuestra época ya no es la sexualidad, sino la identidad” (p. 25). Demás está decir que la vergüenza es una de las emociones que mayor visibilidad tiene en términos de la expresión del cuerpo y que, por otro lado, la sensación de vergüenza en relación con el propio cuerpo o respecto de partes o características de este es una experiencia frecuente en muchos pacientes y en nosotros mismos.

(6) *Afectividad*. Al menos desde la importante contribución de Charles Darwin (1872) en adelante existe claridad respecto de que la expresión corporal (expresión facial, postura, gestos, patrones de respiración, etc.) forma parte de toda experiencia emocional (Sassenfeld, 2012a, 2018b) y, asimismo, que toda emoción cuenta con un patrón específico y distintivo de expresión corporal. En otras palabras, todos los afectos son fenómenos corporizados en términos expresivos, vivenciales y neurobiológicos (Panksepp & Biven, 2012). Dado que el psicoanálisis relacional asume la primacía motivacional de los afectos (Sassenfeld, 2012a, 2018a, 2019; Stolorow, 2002), no puede más que estar interesado en la dimensión no-verbal o sensoriomotriz de la afectividad ya que esta es la forma principal de seguirle la pista a la experiencia emocional del paciente y a los cambios que esta va sufriendo durante una sesión analítica. Así, cuerpo y afectividad son indisolubles: experimentar un afecto es experimentar el cuerpo y experimentar el cuerpo es siempre a la vez experimentar algún estado afectivo.

(7) *Sexualidad*. Algunos críticos del psicoanálisis relacional han argumentado que este ha dejado a un lado el interés psicoanalítico tradicional en la sexualidad, argumento a veces fundamentado en el abandono de la teoría pulsional freudiana. Tal como mostré en la sección previa, en el marco del psicoanálisis clásico el concepto de la pulsión sexual ha sido el arraigamiento principal de la teoría psicoanalítica en la corporalidad. La crítica

mencionada es equívoca en la medida en la que presupone que la importancia que el psicoanálisis atribuye a la sexualidad depende necesariamente del concepto de pulsión. Greenberg (1991) ha clarificado lo erróneo de este supuesto y dejado en evidencia que los teóricos analíticos relacionales siguen sumamente interesados en la experiencia de la sexualidad en cuanto experiencia corporal subjetiva y/o intersubjetiva. Solo que se han alejado de la idea de que la pulsión sexual es la motivación casi exclusiva de la vida psíquica y han ampliado su concepción de la motivación humana para incluir una diversidad de sistemas motivacionales que, por supuesto, incluyen la sexualidad (Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 1992, 1996, 2011; Sassenfeld, 2012b, 2019). Su concepción del cuerpo abarca el cuerpo erótico, pero en ningún caso es reducible a este.

(8) *Juego*. A partir de la temprana infancia, la experiencia subjetiva e intersubjetiva de jugar cuenta con una importante dimensión corporal e inter-corporal. El jugar, fuente de un placer por lo general no sexual ligado al agenciamiento personal y el contacto alegre con otros, tiende a implicar la movilidad del cuerpo, sea como movilidad libre o como movilidad reglada (tal como ocurre en ciertos juegos y deportes que cuentan con normas consensuadas). Entre los precursores del psicoanálisis relacional es probablemente Donald Winnicott (1971) quien destacó en ese sentido el llamado gesto espontáneo y más allá las experiencias de vitalidad, espontaneidad y autenticidad vinculadas con la capacidad de jugar. Como pediatra y agudo observador de la interacción entre infantes y cuidadores primarios, Winnicott tenía plena consciencia de la centralidad de la dimensión corporal y no-verbal en el intercambio emocional temprano. Sus conocidos conceptos de *holding* y *handling* son clara expresión de ello en cuanto ambas funciones maternas remiten al contacto físico de la figura materna con el niño, por mucho que sobre todo el concepto de *holding* adicionalmente hace alusión a un aspecto simbólico del sostener.

(9) *Alimentación*. Probablemente resulta difícil hoy en día encontrar a algún psicoterapeuta que no tenga pacientes con algún tipo de problemática ligada a la alimentación y su directa relación con el cuerpo y nuestra relación con este. Desde el sobrepeso y la obesidad, pasando por los trastornos alimentarios como tales, hasta los innumerables tipos de dietas y los estilos de vida que incorporan libertades y prohibiciones particulares en torno a la alimentación (p. ej., veganismo, higienismo, etc.), la ingesta de determinados alimentos se ha convertido en un problema de salud pública en muchos países y por otro lado se ha transformado para algunas personas en portadora de elementos percibidos como significativos relacionados con la propia identidad. La oferta incansable de productos suplementarios que enfocan el realce de la salud física, como suplementos vitamínicos y otros, forma parte de nuestra cotidianidad y de la publicidad a la que estamos expuestos.

Las diferentes propuestas alimentarias para una vida saludable se enfrentan de modo constante a las ofertas de comida chatarra y alimentos altos en azúcares.

(10) *Imagen*. Existe un cierto acuerdo respecto de que hace décadas nos encontramos en una cultura del narcisismo (Lasch, 1979), que entre otras cosas abarca una importante dimensión relacionada con la primacía de la propia *imagen*. La primacía de la imagen incluye nuestro cuerpo y se expresa en múltiples instancias como la publicidad, las fotografías que adornan nuestras cuentas de redes sociales y de comunicación virtual, el lugar que el gimnasio y el espejo ocupan en la vida de muchas personas, el uso consciente de la vestimenta, los tatuajes y *piercings*, el *body building* o la creciente masificación de las cirugías estéticas y bariátricas. Existe en la actualidad una multiplicidad de posibilidades para dar determinada forma a nuestra imagen corporal, una búsqueda que a ratos puede generar bienestar y satisfacción pero que, tal vez la mayor parte del tiempo, da lugar a sentimientos más o menos intensos de insatisfacción, frustración, desesperanza o malestar. En este contexto, con frecuencia el propio cuerpo se objetualiza y pasa a ser un objeto utilizado en términos narcisistas. Donde prima la imagen del cuerpo, se tienden a disociar las necesidades y los ritmos corporales más orgánicos. Recurriendo al concepto del falso self formulado por Winnicott, Susie Orbach (1995) articula el concepto del *falso cuerpo* apuntando a la fachada corporal que presentamos al mundo, a menudo disociada del "verdadero cuerpo".

(11) *Ciclo vital*. Es un hecho innegable que el cuerpo humano atraviesa procesos de desarrollo y crecimiento que lo llevan desde ser un conjunto de células en el útero materno hasta la vejez y finalmente la muerte -siempre y cuando su posibilidad de estar vivo no se vea interferida antes. La cultura del narcisismo mencionada en el punto anterior es también una cultura que ha tendido a transformar en tabúes culturales la enfermedad, la vejez y la muerte (Becker, 1973), experiencias percibidas por lo común como amenazas al propio narcisismo. El relato "El retrato de Dorian Grey", publicado por Oscar Wilde en 1890, es una significativa ilustración de lo dicho. Nuestra cultura tiende a idealizar el cuerpo joven y sus capacidades y a desvalorizar el cuerpo que va envejeciendo creando una falta de aceptación de lo que distintas etapas del ciclo vital implican en términos de nuestro cuerpo. Por otro lado, el envejecimiento efectivamente muchas veces trae consigo desgastes y condiciones corporales que requieren un abordaje médico. De ahí proviene la presencia cada vez más frecuente de la imagen de un individuo que día a día ingiere una diversidad de medicamentos.

(12) *Enfermedades*. Nuestro cuerpo tiene la posibilidad de enfermarse y cuenta, entre otras cosas, con un sistema inmune dedicado a monitorear la presencia de agentes externos al

organismo vinculados con la generación de estados que se salen de su normalidad. Cuando no logra combatir lo que ocurre por sus propios medios, necesita ayuda adicional de parte de la medicina. Desde la prevalencia de las enfermedades psicosomáticas (incluyendo condiciones como la fibromialgia), pasando por los temores realistas a contraer un virus como el COVID-19, hasta las fantasías abiertamente hipocondríacas, el cuerpo enfermo o enfermo en potencia se hace presente en la práctica clínica individual o también a escala colectiva e incluso mundial. Con frecuencia, el cuerpo enfermo trae consigo la experiencia subjetiva de ciertas limitaciones y de necesidad de cuidados por parte de otros, a veces abrazada, a veces conflictuada. Como sea, el cuerpo enfermo siempre se ve acompañado de un correlato psicológico y emocional, que en ocasiones está marcado por la resistencia a depender de ciertos fármacos. No es infrecuente que esta última vivencia forme parte de numerosos diagnósticos psiquiátricos.

(13) *Cuerpo propio y cuerpo ajeno.* Nuestra época ha vuelto reales posibilidades en torno al cuerpo respecto de las cuales con anterioridad ni siquiera era posible soñar. Hoy es factible trasplantar uno o varios órganos de un cuerpo a otro en el esfuerzo por prolongar la vida, arrojando la interrogante psicológica del tipo de experiencias que tal procedimiento puede generar. Aunque sea anecdótico, las películas han jugado más de una vez con la idea de que el receptor de un órgano recibe junto al órgano un impacto psíquico vinculado con quien donó ese órgano. Más allá, en la actualidad el cuerpo biológico humano está cada vez más abierto a la posibilidad de recibir órganos de otras especies animales y, además, órganos impresos con impresoras 3D y prótesis mecánicas y robóticas. Nuestro cuerpo puede así alojar materia biológica ajena a él y apoyarse en materia física con la finalidad de recuperar al menos en parte sus funcionalidades cuando estas por alguna razón se han visto limitadas o perdidas. En particular la donación de órganos, por supuesto, arrastra preguntas ligadas a la muerte y con ello a veces interrogantes religiosas.

(14) *Salud.* Así como existe el cuerpo enfermo, también existe el cuerpo sano y saludable. En parte ligado con el contexto de la alimentación discutido en el punto nueve y el contexto de la imagen del cuerpo discutido en el punto diez, el cuerpo saludable a la vez constituye un fenómeno en sí mismo. Pasa con frecuencia por la ejercitación física sistemática del cuerpo (deportes, gimnasio, pilates, etc.) y se extiende hacia la consideración de un cuerpo espiritual en el sentido de la práctica de disciplinas como el yoga, el tai chi, las prácticas meditativas, el reiki, etc. El cuerpo saludable tiende a estar vinculado con la idea de un equilibrio entre el cuerpo y otros aspectos de la experiencia humana, como la afectividad y el pensamiento. Heredamos de los romanos la conocida sentencia, *mens sana in corpore*

sano, que apunta hacia la necesidad del equilibrio mencionado a la hora de generar bienestar.

(15) *Inconsciente*. Ya los conceptos freudianos de la pulsión y el ello vincularon estrechamente el cuerpo con lo inconsciente en las primeras décadas de existencia del psicoanálisis. En el psicoanálisis relacional, influenciado entre otras cosas en profundidad por la traumatología psicológica y la neurobiología del trauma contemporáneas, el cuerpo está relacionado de cerca con las experiencias traumáticas disociadas y en ese sentido inconscientes. Sabemos que muchas veces ciertos síntomas corporales que pueden parecer extraños e incomprensibles en el contexto presente pueden adquirir pleno sentido al retrotraerse a experiencias traumáticas históricas que no han podido ser procesadas y asimiladas. Tal como señala Bessel van der Kolk (2014), una de las autoridades mundiales en la investigación del trauma, el cuerpo lleva la cuenta. En las víctimas de traumatizaciones que no pertenecen al desarrollo temprano, como las víctimas de guerra o de catástrofes naturales, puede observarse con mucha claridad que la experiencia traumática afecta de manera inmediata la corporalidad. Por lo común, no solo se manifiesta en síntomas corporales como sensaciones físicas o emociones intensas, sino al mismo tiempo en perturbaciones del dormir, soñar, alimentarse, etc.

(16) *Yo y self*. Desde la declaración freudiana de que el yo es antes que nada un yo corporal (Freud, 1923), en el psicoanálisis la corporalidad no solo se ha vinculado con lo inconsciente, sino también con el yo en sus aspectos conscientes e inconscientes. Siguiendo a Freud, son en especial las sensaciones de la superficie de la piel las que se relacionan con la experiencia del yo. Para Reich (1949 [1933]), el yo está definido corporalmente por la musculatura voluntaria entendiéndose el carácter en términos somáticos como coraza muscular crónica. En las teorías psicoanalíticas relacionales, incluyendo el trabajo de Winnicott y Kohut, hemos pasado a considerar que el self -esto es, la experiencia de mismidad- está siempre arraigado en la experiencia del propio cuerpo vivo. Por lo tanto, más allá de lo inconsciente, nuestra consciencia también está ligada de modo estrecho con la corporalidad. Quienes han explorado en las últimas décadas el *mindfulness* en el marco del psicoanálisis relacional han ido incorporando la idea proveniente del origen del *mindfulness* en las prácticas meditativas orientales de que la ampliación de la capacidad de atención y de la consciencia comienza por la concientización del propio cuerpo.

(17) *Instituciones*. Fue Michel Foucault (1963) quien en numerosos escritos llamó la atención sobre la forma en la que diferentes instituciones sociales y su concretización en determinados edificios con determinadas características arquitectónicas afectan la corporalidad de las personas (p. ej., colegios, cárceles, clínicas, etc.). Aquí, quisiera ampliar

el acento foucaultiano específico sobre las instituciones para abarcar además todos los lugares en los que vivimos (y atendemos) y nos movemos cotidianamente. Al asumir que espacialidad y corporalidad son estructuras inextricables de la experiencia humana (Sassenfeld, 2016), es indispensable asumir que las condiciones espaciales posibilitan y a la vez limitan nuestras formas de vida y por ende de experiencia corporal subjetiva e intersubjetiva. Pensando en los psicoterapeutas, puede afirmarse que la libertad para organizar la propia sala de atención tiende a ir de la mano de la sensación de comodidad y bienestar corporales. Mientras más restringida se encuentra tal libertad, menos “en casa” tiende a sentirse nuestro cuerpo.

(18) *Virtualidad*. La creciente virtualización de la comunicación humana ha afectado de modo profundo nuestra experiencia subjetiva e intersubjetiva del cuerpo propio y del cuerpo ajeno. De entrada, la virtualización va de la mano de la primacía de una imagen del cuerpo por sobre la presencia directa del cuerpo vivo (véase el punto 10 discutido con anterioridad). Desde la *selfie* publicada en redes sociales y aplicaciones como Tinder, que permiten mostrar a otros la imagen de nuestro cuerpo que deseamos, hasta la telepsicoterapia que solo permite relacionarse con el cuerpo del paciente tal como se representa en la pantalla que tenemos frente a nosotros, el cuerpo virtual sin duda ha llegado para quedarse como una posibilidad contemporánea de la inter-corporalidad. A ello se suman otras experiencias nuevas, como aquellas de realidades virtuales 3D utilizadas entre otras cosas en juegos de computador.

(19) *Negocio*. El cuerpo se ha convertido en un negocio tanto legal como ilegal. En muchas partes del mundo, la prostitución o el arriendo de vientres son actividades legales y permiten ganar dinero, tal como también ocurre por ejemplo con el impresionante volumen de pornografía que es consumida a través de internet y otros medios. Por otra parte, la trata de blancas y otras actividades ilegales ofrecen el cuerpo de una persona en contra de su voluntad a quien está dispuesto a pagar por pasar tiempo con este y concretar ciertos deseos eróticos y de otro tipo. El cuerpo se convierte en fuente de ingresos monetarios al pasar a ser un objeto que puede utilizarse como oferta en un mercado, un bien que puede ser consumido como tantos otros. La magnitud de este tipo de negocios en realidad es tal, que puede hablarse sin mayores dificultades de verdaderas industrias. Varios de los contextos descritos en puntos anteriores también son industrias, como la alimentación, el ejercicio físico, las cirugías bariátricas y estéticas, etc.

(20) *Arte*. En el mundo contemporáneo, para muchos artistas el cuerpo se ha transformado en una de las principales vías de expresión estética. El cuerpo del artista ya no solo es un vehículo para crear arte, sino que muchas veces participa directamente de una obra

artística (*performances, flash mob, etc.*). Más allá, disciplinas como las diversas formas de danza, la actuación, el canto, etc. -de modo aislado o en combinación- pueden ser visualizadas como manifestaciones del cuerpo artístico y estético. A menudo en estas disciplinas el cuerpo físico es llevado a extremos que se asemejan a los deportes de alto rendimiento, mostrándonos lo que el cuerpo humano es capaz de hacer cuando alguien se dedica de manera disciplinada al entrenamiento de determinadas actividades corporales. El cuerpo artístico por lo general se pone en escena con el fin de impactar la percepción que de él tienen otros cuerpos, sea para shockearlos sea para proporcionarles deleite estético.

Sin duda, existen numerosos contextos teóricos, clínicos, culturales, sociales e históricos en relación con el cuerpo que no encontraron entrada en mi resumida lista, que tal como advertí no tiene ninguna pretensión de exhaustividad. Desde el punto de vista clínico, todos los psicoterapeutas estamos familiarizados con la relevancia de contextos adicionales, como la violencia física y el abuso sexual (que pueden incluirse en el punto quince dedicado a lo inconsciente y el trauma). Esta lista solo busca conscientizarnos respecto de los tipos de contextos de significado que envuelven la corporalidad y en los cuales nuestros pacientes y nosotros mismos vivimos insertos de modo directo y/o indirecto. Todos ellos contribuyen a conferir forma a la experiencia subjetiva e intersubjetiva del cuerpo en el mundo actual. Muchos de los contextos detallados ponen al descubierto lo que Orbach (2009) denomina la *tiranía del culto al cuerpo*, que en mi opinión puede entenderse más específicamente como tiranía del culto a la imagen del cuerpo. Más allá de ello, me parece que la lista presentada deja en evidencia el lugar central pero al mismo tiempo conflictuado que el cuerpo ocupa en el mundo contemporáneo. En consecuencia, apenas puede encontrarse algún paciente -o algún psicoterapeuta- para el cual la corporalidad es una dimensión de la propia experiencia que no está cargada de complejas y muchas veces problemáticas connotaciones y significaciones. A continuación, en las próximas secciones, pasaré a delinear los conceptos fundamentales que el psicoanálisis relacional ha ido formulando respecto del cuerpo y la dimensión no-verbal.

La subjetividad encarnada

Lo que he llamado el giro fenomenológico del psicoanálisis contemporáneo (Sassenfeld, 2018a, 2019; véase, además, Jordán, 2008) ha conducido por un lado a un definido alejamiento respecto de las abstracciones metapsicológicas freudianas (Atwood & Stolorow, 1993 [1979]; Atwood & Stolorow, 2014 [1984]; Stolorow, Atwood & Orange, 2002) y, por otro lado, a la consiguiente necesidad de articular teorías cercanas a la experiencia (Kohut, 1977). La descripción psicoanalítica conceptual habitual de la persona

o del individuo ha pasado en este sentido del uso de la noción metapsicológica intrapsíquica estructural del yo que forma parte de la segunda tópica freudiana hacia términos más vivenciales, psicológicos y contextuales como self, sujeto y subjetividad (Mitchell, 1993; Sassenfeld, 2012b, 2019; Teicholz, 1999). En especial en las décadas de 1960 y 1970 tanto Winnicott en Londres como Kohut en Chicago emplearon el término self en su intento de mantenerse cerca de la experiencia subjetiva inmediata que el paciente tiene de sí mismo, los demás y el mundo. Así, el concepto psicoanalítico del self -exceptuando su uso por parte de Heinz Hartmann en el marco de la psicología del yo como representación psíquica- remite a la experiencia de mismidad y no como el concepto del yo a una estructura dentro del aparato psíquico. El concepto del self es en consecuencia congruente con el giro fenomenológico del psicoanálisis al referirse de modo directo a la experiencia subjetiva (véanse, por ejemplo, Mertens, 2012; Sassenfeld, 2012b, 2016; y Zahavi, 2005, 2019).

Poco después de las contribuciones fundamentales de Winnicott y Kohut recién mencionadas la creciente influencia del pensamiento postmoderno y otras corrientes filosóficas y de investigación aportó adicionalmente con términos como sujeto y subjetividad, que son de amplio uso en el discurso de la filosofía postmoderna, las teorías de género, las teorías feministas y también en la fenomenología y la hermenéutica filosófica⁷ (Holzhey-Kunz, 2002; Mertens, 2012; Sassenfeld, 2016; Zahavi, 2005; Zima, 2010). Mientras que el concepto de sujeto para muchos sigue implicando una especie de "agencia psíquica central" -un "hacedor" de acciones, un "pensador" de pensamientos, etc.- que puede ser considerada indispensable o relativa a la hora de dar cuenta de la experiencia humana, el concepto de subjetividad es percibido como más des-centrado y enfatiza lo que diferentes teóricos relacionales llaman multiplicidad psíquica (p. ej., Bromberg, 2006, 2011). Dicho sea de paso que estas diferencias entre los conceptos de sujeto y subjetividad han generado diversas discusiones entre los teóricos analíticos relacionales, en especial en torno a la responsabilidad que le cabe a una persona sobre sus actos (Frie & Coburn, 2011; Ringstrom, 2010). Ringstrom señala por medio de una expresión un tanto humorística hacia la complejidad que una postura radicalmente contextual y des-centrada caracterizada por la idea de que " el contexto me obligó a hacerlo" introduce en la convivencia humana y en el trabajo psicoanalítico. En este artículo, los matices de significado señalados no se encuentran dentro de mi foco de atención y emplearé los diferentes términos mencionados de manera (casi) intercambiable para hacer referencia al hecho psicológico de que los seres humanos se *experimentan* a sí mismos y *experimentan* a los demás y el mundo que los rodea y lo hacen además de determinada forma única a cada sujeto específico -algo a lo que Karl Mertens (2012) se refiere como el *campo de nuestra experiencia primaria*.

Entonces, frente a este condensado trasfondo, ¿qué significa ser un sujeto? Se trata de una pregunta altamente compleja y necesaria en la teorización psicoanalítica contemporánea que sin lugar a dudas cuenta con un sinfín de posibles respuestas, en particular en la hermenéutica del sujeto que sufre esbozada por el psicoanálisis⁸ (Holzhey-Kunz, 2002; Orange, 2011; Sassenfeld, 2016). Para mis fines en el contexto de este trabajo resulta útil y al mismo tiempo suficiente la definición que Donna Orange (1995) ofrece: *ser un sujeto significa ser un organizador activo, consciente e inconscientemente, de la propia experiencia*. En otras palabras, ser un sujeto equivale a la circunstancia de que el individuo participa de modo activo a la hora de conferirle determinadas formas a su experiencia de sí mismo, los demás y el mundo; no es un receptáculo pasivo de lo que ocurre y de lo que le ocurre, sino que más bien interactúa en base a su propia subjetividad específica con lo que ocurre y con lo que le ocurre. Ciertas predisposiciones biológicas -p. ej., puedo ver porque tengo ojos- así como las experiencias previas del sujeto sesgan a la vez posibilitando y delimitando la manera en la que un sujeto particular organiza con y sin consciencia su forma característica de estar en el mundo y experimentarlo. Tal como mostró el filósofo hermenéutico Hans-Georg Gadamer (1960), el ser del ser humano está definido por el *prejuicio*, esto es, por la existencia de sesgos. *La subjetividad es en este sentido definible como un conjunto de sesgos perceptuales, afectivos, corporales, vivenciales, etc.* Este es, para algunos, efectivamente uno de los descubrimientos o incluso *el* descubrimiento central del psicoanálisis: desde un punto de vista clínico, la llamada transferencia, que no es más ni menos que una de las manifestaciones más claras de que el paciente es un sujeto en la medida en la que su modo característico de percibir la situación presente está teñido por su pasado permitiendo ciertas experiencias subjetivas e intersubjetivas y excluyendo otras.

Existen varias influencias dignas de mención que han llevado al psicoanálisis relacional a asumir que la subjetividad es siempre ya una subjetividad encarnada o corporizada⁹. Primero, podemos aducir la influencia profunda de la filosofía fenomenológica, en el contexto de este trabajo en especial de la fenomenología de la percepción de Maurice Merleau-Ponty (1945) a la que haré referencia de forma repetida en lo que sigue. En su obra principal que articula entre otras cosas la noción de un *sujeto corporal*, Merleau-Ponty asevera que el cuerpo “es mi punto de vista sobre el mundo [...]” (p. 81), dejando en evidencia su idea básica de que el cuerpo vivo al ser *prejuicio* -al ser punto de vista- *es subjetividad*. “La consciencia no es en primer lugar un asunto de ‘Pienso que’, sino de ‘Soy capaz de’” (p. 159), continúa, debiéndose comprender el concepto de consciencia aquí como designación general para la subjetividad. En otras palabras, Merleau-Ponty traslada el primario “Pienso luego soy” cartesiano a una definición ontológica del ser del ser humano en su “Puedo”, “Soy capaz de”, entendido a partir de la

motricidad que constituye el comportamiento concreto. Criticando el dualismo mente-cuerpo, señala: "Pero no me encuentro frente a mi cuerpo, estoy en él o más bien soy mi cuerpo" (p. 173). Así, la fenomenología aporta al psicoanálisis relacional la concepción de un sujeto que solo es y puede ser sujeto en cuanto es cuerpo y, al mismo tiempo, de un cuerpo humano que en cuanto cuerpo es siempre ya subjetividad que ocupa un lugar en el espacio y en el mundo. Ser un cuerpo significa para Merleau-Ponty "estar ligado a un cierto mundo; nuestro cuerpo no se encuentra primariamente *en* el espacio: es del espacio" (p. 171, cursiva del original).

Ahora bien, desde que Martin Heidegger (1927) publicara *Ser y tiempo* la filosofía fenomenológica asume que la corporalidad del sujeto es co-originaria con su afectividad. En otras palabras, así como ser un sujeto se define fenomenológicamente como ser un cuerpo, por otro lado ser un sujeto también se define al mismo tiempo como encontrarse siempre ya en determinada *disposición afectiva (Befindlichkeit)*, término con el cual Heidegger designa la dimensión de la afectividad intrínseca a toda experiencia (Sassenfeld, 2016; Stolorow, 2011). Así, el sujeto que el psicoanálisis relacional concibe es un sujeto a la vez corporal y afectivo; por lo tanto, el cuerpo que los teóricos analíticos relacionales colocan en su centro de atención es un cuerpo afectivo más que un cuerpo pulsional. Buscando mantener la cercanía a la experiencia subjetiva del paciente y del psicoterapeuta, se inclinan en este sentido por destacar que la experiencia que tenemos de nuestro cuerpo es siempre ya una experiencia afectiva. En efecto, desde el punto de vista teórico el psicoanálisis relacional supone la primacía motivacional de la afectividad (Sassenfeld, 2012a, 2012b, 2018a, 2018b, 2019; Stolorow, 2002) y desde el punto de vista clínico considera que el terapeuta necesita estar continuamente siguiéndole la pista a la experiencia emocional del paciente (Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 1992, 1996; Sassenfeld, 2012b).

Una segunda influencia que ha conducido a muchos teóricos analíticos relacionales a apoyarse en la noción de una subjetividad encarnada proviene de la teoría e investigación del apego. En términos amplios, puede asumirse que el psicoanálisis relacional ha reemplazado la teoría freudiana del desarrollo psicosexual por una concepción del desarrollo más abarcadora basada en la teoría del apego y la investigación de infantes centrando su perspectiva sobre el desarrollo en la emergencia y la organización gradual y progresiva de la subjetividad en el contexto de las vicisitudes de los vínculos afectivos tempranos (Sassenfeld, 2019; véanse, también, Dornes, 2006, y Poscheschnik & Traxl, 2016). Es decir, el psicoanálisis relacional deja atrás las ideas freudianas respecto de la progresión evolutiva por varias etapas sucesivas ligadas de modo específico con determinadas partes del cuerpo sexual-pulsional y busca comprender el desarrollo en

términos de un sujeto o self que adquiere forma y estructura a través de las interacciones infante-cuidador. A Daniel Stern (2000 [1985]) debemos una importante e influyente articulación conceptual del desarrollo temprano de la subjetividad de acuerdo a ese principio general. Los teóricos relacionales no descuidan la sexualidad como dimensión del desarrollo psíquico del niño, sino que asumen más bien que se trata de *una* dimensión de la subjetividad entre varias y, además, hace un esfuerzo significativo por visualizar la sexualidad en el contexto del desarrollo de la identidad de género (p. ej., Benjamin, 1988, 1995).

La teoría del apego es, entre otras cosas, una teoría de la regulación de la distancia física -vale decir, corporal- entre el niño pequeño y el cuidador y, con ello, una teoría de lo que Merleau-Ponty (1945) llama la *inter*-corporalidad. Todas las conductas de apego definidas por Bowlby (llanto, aferramiento, seguimiento, etc.) implican por parte del infante la búsqueda de una disminución de la distancia física respecto del cuidador. A ello se suma que la experiencia de separación, uno de los objetos de estudio principales de los investigadores del apego (Bowlby, 1975), es siempre en algún grado una experiencia corporal de distancia física tanto a lo largo del desarrollo temprano como a lo largo de todo el ciclo vital. Más allá, la metodología fundamental para determinar el patrón de apego de un niño pequeño es la conocida *situación extraña* ideada por la cercana colaboradora de Bowlby Mary Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Esta utiliza de modo primario la observación detallada del comportamiento motriz y no-verbal del niño en torno a la separación y la posterior reunión con la figura de apego con la finalidad de establecer la existencia de determinado patrón de apego. En este sentido, la teoría del apego supone que en el comportamiento motriz del niño es observable el impacto de las experiencias de apego seguras o inseguras y traumáticas partiendo alrededor del año o año y medio de edad del niño, una idea a la que volveremos en esta misma sección. No resulta demasiado difícil comprender por qué la influencia de la teoría del apego ha contribuido a la concepción relacional de un sujeto encarnado. El comportamiento de apego estructurado de acuerdo a un cierto patrón es siempre ya un sesgo interactivo subjetivo basado en las experiencias previas del infante.

La influencia del campo de la investigación de infantes, área que se ha desplegado desde la década de 1970 convirtiéndose en una parte fundamental de la psicología del desarrollo en general, comparte ciertos aspectos con la influencia recién revisada de la investigación del apego. Algunos investigadores de infantes han sido o son a la vez psicoanalistas o investigadores cercanos al psicoanálisis (Louis Sander, Daniel Stern, Beatrice Beebe, Edward Tronick, etc.) y han podido poner al descubierto directamente la relevancia que sus hallazgos pueden tener para el psicoanálisis, esfuerzos que también han

generado oposición por parte de analistas más ortodoxos que defienden la irrelevancia de la investigación de infantes para el psicoanálisis (véase la discusión paradigmática entre Daniel Stern y André Green recogida por Sandler, Sandler & Davies, 2000). Como sea, la mayor parte de los teóricos relacionales, partiendo tempranamente por Joseph Lichtenberg (1983), ha recibido con entusiasmo y atención lo que la investigación de infantes puede contribuir a la teoría y práctica psicoanalíticas. Al estudiar niños que aún no han adquirido la capacidad de hablar en términos verbales, la investigación de infantes se las ha tenido que ingeniar para generar situaciones y experimentos creativos con el fin de poner al descubierto lo que Martin Dornes (1993) ha llamado el *infante competente*. En otras palabras, el trabajo de los investigadores de infantes ha modificado por completo la imagen psicoanalítica tradicional del infante:

En su mayor parte se dibujó [del infante] la imagen de un ser pasivo, indiferenciado y víctima de sus pulsiones, que en una lucha larga y dramática tiene que manejar los terrores de este tiempo de indefensión y dependencia. Aunque esta perspectiva tiene su legitimidad, es unilateral y pasa *una* parte de la experiencia infantil por su totalidad. Por ende, es adecuado volver a mirar al infante. El resultado de este cambio de perspectiva es una visión transformada del primer año y medio de vida con consecuencias considerables para la teoría psicoanalítica. El infante aparece ahora como activo, diferenciado y capaz de relación, como ser con capacidad y sentimientos que trascienden lo que el psicoanálisis hasta hace poco consideró posible e importante. (p. 21, cursiva del original)

Retomaré este punto en una sección posterior. Por ahora, valga destacar que la investigación de infantes muestra que el infante es capaz de interactuar y de vincularse desde su nacimiento -incluso desde el útero (Piontelli, 1992)- y con ello no solo ha transformado la imagen psicoanalítica del infante, sino que además colocó las capacidades motrices y no-verbales del infante en el primer plano de su experiencia interactiva temprana. Es decir, la investigación de infantes dejó en evidencia que la subjetividad temprana es en buena medida de naturaleza sensoriomotriz y que, más allá, está inserta en un *proto-diálogo* (Bateson, 1975; Trevarthen, 1999) inter-corporal que tiene lugar entre el niño pequeño y sus cuidadores (véase la próxima sección). En ese marco, junto a la teoría del apego la investigación de infantes introduce la centralidad de los continuos procesos conscientes e inconscientes de regulación afectiva -incluyendo la auto-regulación y la regulación mutua o interactiva- que transcurren en el seno del diálogo no-verbal entre infante y cuidador. Así, entiende una dimensión basal de la regulación afectiva en términos corporales y no-verbales, lo que implica concebir también el origen de los procesos defensivos tempranos en términos corporales y no-verbales (Sassenfeld, 2007b, 2008a,

2018b). En la historia del psicoanálisis, esta idea ya había sido planteada por Reich (1949 [1933]) en sus formulaciones sobre el aspecto defensivo del carácter como coraza muscular. En consecuencia, de manera similar a lo que mencioné con anterioridad respecto de la filosofía fenomenológica, también la influencia de la teoría del apego y la investigación de infantes destaca un cuerpo afectivo como dimensión básica de la subjetividad.

En cuarto lugar, tal como ha ocurrido en la mayoría de las aproximaciones psicoterapéuticas, el psicoanálisis relacional ha recibido una significativa influencia por parte de las neurociencias sociales y afectivas (Schoore, 1994, 2003a, 2003b, 2012, 2019a, 2019b; Solms, 2015; Solms & Turnbull, 2002). Esta influencia ha ayudado a los teóricos relacionales a comprender la dimensión objetiva -esto es, medible- de la corporalidad. Ha proporcionado progresivamente información relevante respecto de la neurobiología del desarrollo temprano y del trauma relacional y la disociación traumática así como respecto de las bases neurobiológicas de la afectividad en estructuras y sistemas cerebrales de origen filogenético. Más allá, la concepción neurocientífica contemporánea del cerebro como órgano biosocial y de la maduración cerebral dependiente de la experiencia han arraigado la neurobiología en el despliegue de los vínculos afectivos en los que participa el niño y después el adulto. Por otro lado, las neurociencias sociales han puesto al descubierto que el cerebro humano cuenta con varios sistemas neurobiológicos dedicados al procesamiento de información socioemocional, siendo uno de ellos el sistema de las neuronas espejo. Tal procesamiento ocurre en su mayor parte en una modalidad denominada *implícita*, término que hace referencia a procesos que son no conscientes, no-simbólicos y no-verbales (véase más adelante; también, Sassenfeld, 2013a, 2014a, 2018b). Siguiendo a Allan Schoore (2012), la capa originaria de la subjetividad es un self implícito y, por ende, las bases de la subjetividad son corporales y no-verbales (véase la próxima sección).

Por último, desde la práctica analítica misma en las últimas décadas una serie de fenómenos clínicos capturaron la atención de los teóricos relacionales. Desde la llamada contratransferencia somática (Sassenfeld, 2015), pasando por el *impasse* (Safran & Muran, 2000; Stolorow & Atwood, 1992) y el *enactment* (Bromberg, 2006, 2011; Katz, 2014; Sassenfeld, 2010, 2012b; Stern, 2010), y llegando hasta los momentos de encuentro (BCPSG, 2010), el cuerpo y la inter-acción entre paciente y psicoterapeuta han ocupado un primer plano en la teorización relacional. Con anterioridad, en este mismo artículo he señalado esta circunstancia. A ello ha contribuido sin duda la centralidad que el psicoanálisis relacional concede al trauma relacional y la disociación traumática en sus concepciones ya que trauma y disociación tienden a visibilizar la corporalidad de diversas maneras en el trabajo analítico (síntomas corporales y/o perceptuales, procesos

regulatorios y defensivos que se centran el cuerpo, etc.). Así, la influencia combinada de la filosofía fenomenológica, la teoría del apego, la investigación de infantes, las neurociencias sociales y afectivas, y el estudio de ciertos fenómenos clínicos ha aportado de modo significativo a que el psicoanálisis relacional haya ido articulando una concepción de la subjetividad encarnada. Ahora bien, frente a este trasfondo, ¿cómo es que el sujeto corporizado participa activamente, aunque sea de modo inconsciente, en conferirle determinadas formas a sus propias experiencias?

Algunos críticos de la perspectiva psicoanalítica relacional han afirmado que las teorías relacionales desdibujan o derechamente omiten la existencia de estructuras psicológicas "internas" reduciendo la experiencia subjetiva a una propiedad emergente de determinados contextos intersubjetivos. Tal como he mostrado en otro lugar (Sassenfeld, 2019), se trata de una importante equivocación: en efecto, diferentes teóricos analíticos de orientación relacional han formulado una diversidad de conceptos que dan cuenta de estructuras psíquicas individuales -contextualizar su existencia en términos intersubjetivos en ningún caso equivale a anularlas o negarlas (Stolorow, Atwood & Orange, 2006). La lista de conceptos utilizados por autores relacionales al menos incluye los siguientes: objetos internos, relaciones objetales internalizadas, modelos operativos internos, estructuras de la subjetividad, principios organizadores de la experiencia, convicciones emocionales, conclusiones emocionales, expectativas relacionales implícitas, conocimiento relacional implícito, estados del self y otros más³⁰. Ciertamente, no se trata de estructuras fijas que el sujeto se limita a imponer a sus experiencias de sí mismo y los demás al margen de las características y comportamientos efectivos de aquellas personas con las cuales este interactúa en un momento dado. De modo inevitable existirá en una cierta situación algo que se "preste" a ser organizado en términos subjetivos tal como el sujeto lo organiza. En ese sentido, la perspectiva relacional respecto de las estructuras de la subjetividad siempre las contextualiza en sistemas intersubjetivos asumiendo que la experiencia subjetiva es siempre resultado de una compleja interacción entre variables propias de la situación presente y variables ligadas a la organización de la subjetividad del sujeto.

Las estructuras que organizan la experiencia subjetiva e intersubjetiva presente son un reflejo del pasado relacional del sujeto. Entre los teóricos relacionales existe consenso respecto de que tales estructuras tienen su origen en las interacciones tempranas del infante con sus cuidadores (véase entre muchos otros, por ejemplo, Beebe & Lachmann, 1994, 2002, 2014) y que son construidas por medio de procesos complejos de internalización de experiencias interactivas repetidas. Para muchos teóricos relacionales, estas estructuras son inconscientes pero no en el sentido dinámico; esto es, no son excluidas defensivamente de la consciencia. Más bien, son no conscientes y tienden a

operar de modo automatizado siendo su funcionamiento por lo común pre-reflexivo (Stolorow & Atwood, 1992) o implícito (Sassenfeld, 2013a, 2014b). En síntesis, se trata de “patrones amplios en el seno de los cuales la experiencia repetidamente adopta forma, principios organizadores pre-reflexivos que se manifiestan como temáticas recurrentes en el flujo de la vida subjetiva [...]” (Atwood & Stolorow, 1997, p. 520). Lo que diferencia desde este punto de vista la salud psíquica de la psicopatología es el grado de rigidez e inflexibilidad con el cual las estructuras de la subjetividad se imponen a la hora de conferirle determinada forma a la experiencia del sujeto por sobre la percepción de novedad. En la salud psíquica, se cuenta con un relativo equilibrio entre la *asimilación* de novedad interactiva que continúa enriqueciendo las estructuras de la subjetividad y la *acomodación* de novedad interactiva a las estructuras subjetivas ya existentes que desdibuja el elemento novedoso que una interacción puede tener. En la psicopatología, en general predomina la acomodación por sobre la asimilación, manteniéndose con ello una organización problemática de la subjetividad en la que experiencias similares se repiten una y otra vez en ausencia de la posibilidad de que las estructuras subjetivas se diversifiquen y enriquezcan.

Frente a este trasfondo, si el sujeto es un sujeto corporizado, por necesidad las estructuras que conforman la subjetividad tienen que ser a su vez corporizadas. Recurriendo entre otras cosas al trabajo de Merleau-Ponty (1945), desde hace algunos años he descrito en este sentido los aspectos sensoriomotrices inherentes a todo principio organizador de la experiencia (Sassenfeld, 2013b, 2014b, 2016, 2018b, 2019; véase, también, ya Sassenfeld, 2008b). Merleau-Ponty formuló su concepto del *hábito*, una capa de la corporalidad del sujeto vinculada en particular con su historia de experiencias sensoriomotrices en contextos intersubjetivos formativos. Los hábitos subyacen a la forma particular en la que el sujeto experimenta su corporalidad en el presente y contribuyen de modo significativo a determinar esa forma específica -en efecto, corresponden en el pensamiento fenomenológico sobre el sujeto corporal a lo que aquí hemos estado llamando estructuras de la subjetividad. Retomando conceptos utilizados con anterioridad, los hábitos son subjetividad en la medida en la que son prejuicios sensoriomotrices en nuestra experiencia del mundo a los que George Downing (2006) ha hecho referencia como *convicciones motrices* (véase Geissler, 2001b). En palabras del mismo Merleau-Ponty (1945): “mi cuerpo encuentra en un entorno familiar su orientación y su camino entre los objetos sin que yo tenga que tener estos presentes de forma explícita” (p. 429). Afirma que mi cuerpo tiene su mundo o que comprende su mundo sin tener que hacer uso de mi función “simbólica” u “objetivante”. [Es] el cuerpo el que “capta” y “entiende” el movimiento. La adquisición de un hábito es, en efecto, la comprensión de un significado, pero es la

comprensión motriz de un significado motriz. [El] proceso de comprender un significado es realizado por el cuerpo. (pp. 162-177)

Y, aclarando que un hábito no es ni una forma de conocimiento en el sentido tradicional ni una acción involuntaria sino un "cuerpo implícito o sedimentado de conocimiento" (p. 277), indica que mi cuerpo "asegura a través de mis hábitos mi inserción en el mundo humano [...]" (p. 342) y que los hábitos "tejen alrededor de este un entorno humano" (p. 381).

Así, Merleau-Ponty se adelantó sorprendentemente por décadas con bastante especificidad a lo que algunos teóricos analíticos relacionales han denominado *conocimiento relacional implícito* (BCPSG, 2010; Lyons-Ruth, 1998; Stern, 2004), en especial al entretejer el conocimiento corporal con sus funciones de permitirle al sujeto desarrollar modalidades de pertenencia al mundo humano. Karlen Lyons-Ruth (1998) asevera que las representaciones implícitas involucradas en el conocimiento relacional implícito son *procedurales*, esto es, representaciones basadas en cómo proceder, en cómo llevar a cabo ciertas acciones (p. ej., andar en bicicleta). "Más importante para nosotros que andar en bicicleta, sin embargo, es el dominio de saber hacer cosas con otros. Gran parte de este tipo de conocimiento también es procedural [...]" (p. 284), como llamar la atención de alguien, abrazar a otra persona o reaccionar de determinada manera cuando alguien llora. Se trata, por ende, de un conjunto de representaciones acerca de cómo participar en términos sensoriomotrices en ciertos tipos de inter-acciones con otros. Daniel Stern (2004) afirma que el conocimiento relacional implícito del sujeto abarca en los primeros años de vida -y, en consecuencia, desde ese momento en adelante- el dominio de lo que esperamos de los demás, de cómo tratamos a los demás, de cómo nos sentimos en relación con los otros y de cómo sabemos estar con ellos - un dominio que, al ser implícito, es en su mayor parte no consciente y no-verbal. Hablemos de hábitos, conocimiento relacional implícito o aspectos sensoriomotrices de los principios organizadores de la experiencia, lo discutido deja en evidencia que las estructuras de la subjetividad tienen que ser entendidas siempre ya como estructuras que son al mismo tiempo psíquicas y corporales no-verbales¹¹.

El sujeto que hemos estado describiendo es un sujeto corporizado. Para concluir esta sección deseo aún añadir algunos comentarios sobre la dimensión corporal y no-verbal de las organizaciones problemáticas de la subjetividad. Señalé antes que en la salud psíquica las estructuras de la subjetividad tienden a funcionar con un relativo equilibrio entre asimilación de novedad interactiva en las estructuras de la subjetividad y acomodación de novedad interactiva a las estructuras subjetivas existentes, mientras que en la psicopatología este equilibrio no existe y se ve reemplazado por una tendencia

generalmente inflexible y rígida hacia el claro predominio de la acomodación por sobre la asimilación. Si el sujeto es un sujeto encarnado, esta diferencia tiene que estar presente también en la dimensión corporal y no-verbal del sujeto. A mi parecer este es, en efecto, el caso. Sea en el tipo de libertad de movimientos que podemos observar en los diferentes patrones de apego sea en la forma característica de la gestualidad o la mirada de un paciente adulto, los aspectos sensoriomotrices de los principios organizadores de la subjetividad actuarán siempre que el sujeto organiza su experiencia subjetiva -vale decir, siempre. La mayoría de los psicoterapeutas percibe estos aspectos en cada uno de sus pacientes, pero no siempre están habituados a prestar atención sistemática a ellos y a interpretarlos en el marco de las ideas que he presentado en esta sección. Más allá, si el sujeto es un sujeto corporizado, también el cambio psíquico tiene que contar con aspectos sensoriomotrices. No siempre nos percatamos de esta dimensión de los procesos analíticos de transformación; pero al volvernos conscientes de ella es habitual observar que así como nuestros pacientes logran flexibilizar de modo gradual las estructuras de su subjetividad en términos psíquicos, lo mismo ocurre en términos corporales y no-verbales. La aparición de nuevas posibilidades de experiencia afectiva y relacional implica el surgimiento de nuevas formas inter-corporales de estar con otros (Sassenfeld, 2018b).

La intersubjetividad encarnada y el desarrollo del sujeto corporal

Las mismas influencias mencionadas en la sección anterior como variables fundamentales en el surgimiento de la concepción de una subjetividad encarnada en el psicoanálisis relacional (fenomenología, teoría del apego, investigación de infantes, etc.) han dado lugar a la complementaria e indesligable concepción de una intersubjetividad encarnada. Desde la perspectiva desarrollada en este trabajo, el mito de la mente aislada trae consigo el *mito del cuerpo aislado*, idea en torno a la cual Orbach (2004) parafrasea a Winnicott aseverando, “No existe tal cosa como un cuerpo”. Aron (1998a) lo formuló de la siguiente manera: nuestro self es, antes que nada, un “cuerpo-tal-como-es-experimentado-siendo-manipulado[handled]-y-sostenido-por-otro-self, en otras palabras, nuestro self es un self-corporal-intersubjetivo” (p. xx). Así, desde el punto de vista psicoanalítico relacional, el concepto de una subjetividad corporizada carece de sentido sin el concepto de una intersubjetividad corporizada. Dado que las teorías analíticas relacionales destacan de manera sistemática los contextos intersubjetivos que posibilitan la emergencia, organización y transformación de la experiencia subjetiva (Sassenfeld, 2012b, 2016, 2018a, 2018b, 2019), el sujeto corporal tiene que ser visualizado siempre como sujeto que emerge, mantiene y potencialmente transforma su organización en determinados sistemas

intersubjetivos encarnados. Partiendo en 2007, planteé que el pensamiento analítico relacional necesitaba un marco teórico centrado en un *cuerpo relacional*, noción que en ese momento entendí como una concepción teórica y clínica amplia en el centro de la cual se encuentra la experiencia corporal en el contexto de vínculos afectivos tanto en la comprensión del desarrollo temprano como en la comprensión del funcionamiento adulto problemático y no problemático y del proceso analítico.

También estas ideas fueron anticipadas por Merleau-Ponty (1945), quien afirma que “puedo volverle la espalda [al otro], pero no puedo dejar de estar situado en relación con él” (p. 421).

En la medida en la que tengo funciones sensoriales, un campo visual, auditivo y táctil, ya me encuentro en comunicación con otros en cuanto sujetos psico-físicos similares. En cuanto mi mirada cae sobre un cuerpo que se encuentra en el proceso de actuar los objetos que rodean el cuerpo adquieren una nueva capa de significación: ya no son simplemente lo que yo mismo pudiera hacer con ellos, son lo que este otro patrón de comportamiento hará con ellos. En torno a un cuerpo percibido se genera un remolino al cual mi mundo es atraído y por así decir tragado [...] Alguien más hace uso de mis objetos familiares. ¿Pero quién puede ser? Digo que es alguien más, un segundo self, y sé esto en primer lugar porque ese cuerpo vivo tiene la misma estructura que el mío. (pp. 411-412)

Adelantándose al concepto relacional de un sistema intersubjetivo, insistió en que “existe entre este cuerpo fenoménico y el del otro tal como lo veo desde afuera una vinculación interna, que provoca que el otro aparezca como la completación de un sistema” (p. 410). De hecho, así “como las partes de mi cuerpo juntas conforman un sistema, mi cuerpo y el del otro son una totalidad, dos caras de uno y el mismo fenómeno [...]” (p. 412). En consecuencia, podemos asumir que Merleau-Ponty no solo se adelantó al concepto de un sistema intersubjetivo, sino que además entendió tal sistema intersubjetivo como sistema relacional corporizado.

En mi versión actual, la concepción de un cuerpo relacional engloba tres conceptos íntimamente vinculados que buscan concretizar la idea de una intersubjetividad corporizada. En primer lugar, hace algunos años introduje la noción de un *sistema intersubjetivo encarnado* (Sassenfeld, 2012c, 2012d, 2013b, 2014b, 2016, 2018a, 2018b, 2019). Robert Stolorow, Bernard Brandchaft y George Atwood (1987) definieron un sistema intersubjetivo -para ellos, la unidad básica de estudio del psicoanálisis- como un sistema humano compuesto de mundos subjetivos con organizaciones distintas que interactúan. Es decir, en un sistema intersubjetivo entran en intercambios afectivos y psicológicos tanto

consciente como inconscientemente (al menos) dos sujetos cuya experiencia subjetiva adquiere una forma específica en función de la interacción inextricable entre sus respectivas estructuras individuales características de la subjetividad y la experiencia interactiva que se comienza a construir entre ellos. Al subrayar que la subjetividad del sujeto es una subjetividad corporizada, debe asumirse que todo sistema intersubjetivo tiene que concebirse como sistema intersubjetivo encarnado. En ese sentido, un sistema intersubjetivo está conformado por (al menos) dos sujetos corporales cuya interacción cuenta siempre ya con una dimensión sensoriomotriz y no-verbal. Como sabemos, la dimensión no-verbal de toda interacción humana tiende a transcurrir al margen de la consciencia de quienes interactúan de modo que en los intercambios entre paciente y psicoterapeuta la interacción no-verbal tiende a formar parte del *inconsciente relacional* (Gerson, 2004; Zeddies, 2000) o *bi-personal* (Lyons-Ruth, 1999) que co-construyen. Conceptos que remiten a un territorio similar al concepto de un sistema intersubjetivo, como las nociones de una matriz relacional (Mitchell, 1988), una matriz interactiva (Greenberg, 1995) o un campo interpersonal (Stern, 1997, 2010, 2015), pueden ser caracterizados de la misma manera: matriz relacional encarnada, matriz interactiva encarnada o campo interpersonal encarnado.

En el seno de un sistema intersubjetivo encarnado transcurren continuamente procesos interactivos; de hecho, no existe un estado a-interactivo. Parafraseando un conocido axioma de la teoría de la comunicación, en un sistema intersubjetivo no es posible no interactuar -una circunstancia que, en la primera sección de este artículo, ya dejamos al descubierto al discutir las ideas de Renik (1993) sobre la primacía clínica de la escenificación de la contratransferencia. A través de los procesos de interacción infante-cuidador o paciente-terapeuta se producen de modo incesante procesos conscientes e inconscientes de *influencia mutua encarnada* (Sassenfeld, 2012c, 2012d, 2013b, 2014b, 2016, 2018b, 2019), el segundo concepto en una concepción analítica del cuerpo relacional. De nuevo, la mayor parte de estos procesos de influenciación mutua en un sistema intersubjetivo corporizado tienen lugar de modo no consciente para los participantes por medio de la expresividad del cuerpo: mirada, gestos, posturas, micro-movimientos, patrones respiratorios, etc. Ahora bien, esto no significa de ningún modo que estemos estableciendo una dicotomía entre lo verbal y lo no-verbal en la medida en la que también las palabras dirigidas deliberadamente a influenciar al otro cuentan con una compleja dimensión no-verbal simultánea que incluye el tono de voz, el volumen de la voz, las pausas o la prosodia, parámetros comunicativos que tienden a manifestarse fuera de la consciencia (BCPSG, 2010). Tanto la imposibilidad de una psicoterapia como el cambio analítico son el resultado

de esta influencia mutua inter-corporal entre dos sujetos encarnados cuya interacción ocurre en el seno de un sistema intersubjetivo corporizado.

El tercer concepto necesario en una concepción del cuerpo relacional es que la interacción y la influencia mutua encarnada se sostienen en continuos procesos de lo que he denominado una *lectura corporal implícita recíproca* (Sassenfeld, 2008b, 2012c, 2012d, 2013b, 2013c, 2014b, 2016, 2018b, 2019). Esta noción expresa que nuestra experiencia consciente de la interacción con otros está siempre apuntalada por una constante percepción e interpretación de las señales no-verbales que emanan de nuestro interlocutor y por la consiguiente coordinación de las propias señales no-verbales con estas. Una vez más, este proceso en su mayor parte pertenece a la dimensión no consciente. Cada vez más, esta idea ha ido cristalizando por ejemplo en el concepto de la *mentalización implícita* de Peter Fonagy y algunos de sus colaboradores (Bateman & Fonagy, 2012). Mi propio concepto, en efecto, buscó destacar que la mentalización no puede entenderse como una lectura de mentes, tal como Fonagy propuso en algún momento en los primeros años del desarrollo de la teoría de la mentalización, sino que "leer la mente" del otro es siempre leer su corporalidad -lo único que nos es directamente accesible a la hora de sacar conclusiones explícitas y por lo general implícitas respecto del estado psíquico del otro. Para Anthony Bateman y Peter Fonagy (2012), la mentalización implícita remite al "sistema encarnado, visceral, no mediado" (p. 26) de comprensión de los demás, que opera por lo común de forma automática y muy rápida -una idea que está en sintonía con lo que hemos estado discutiendo. Por otro lado, mi concepto pone de relieve la definida naturaleza relacional y recíproca de la lectura de señales no-verbales, mientras que el concepto de mentalización enfatiza a mi parecer más bien un proceso psíquico que transcurre en la subjetividad de una persona.

También a estas ideas se adelantó Merleau-Ponty (1945) cuando asevera:

El sentido de los gestos no es algo dado, sino algo comprendido, esto es, algo recapturado mediante un acto del observador. Toda la dificultad es concebir con claridad este acto sin confundirlo con una operación cognitiva. La comunicación o la comprensión de los gestos ocurre a través de la reciprocidad de mis intenciones y los gestos del otro, de mis gestos e intenciones que son reconocibles en el comportamiento de otras personas. Es como si las intenciones de la otra persona vivieran en mi cuerpo y mis intenciones en el cuerpo de esta. [...] Me implico en las cosas con mi cuerpo, las cosas co-existen conmigo en cuanto sujeto corporizado. [...] De la misma manera, entiendo los gestos de otros no por medio de un acto de interpretación intelectual [...] (pp. 215-216)

Entonces, la concepción psicoanalítica de un cuerpo relacional abarca los conceptos de un sistema intersubjetivo encarnado, de una influencia mutua encarnada y -con independencia de cómo se haga referencia a ellos (lectura corporal implícita recíproca, mentalización implícita, procesamiento implícito de información socioemocional, etc.)- de procesos continuos de percepción e interpretación de las complejas señales no-verbales que nuestros interlocutores utilizan con y en general sin consciencia para comunicar sus intenciones, afectos, deseos, etc. La ya mencionada significativa y profunda influencia de la teoría del apego y la investigación de infantes sobre el psicoanálisis relacional ha contribuido en gran medida a la articulación de una concepción del cuerpo relacional como aquella que he bosquejado en lo que antecede. Por lo tanto, lo que queda de esta sección está dedicado a seguirle la pista a los elementos principales de una concepción psicoanalítica relacional de la emergencia del sujeto corporal en el sistema intersubjetivo corporizado constituido por infante y cuidador en el desarrollo temprano.

La virtual totalidad de la investigación de infantes emplea un marco conceptual definido en sus bases por la noción de *sistemas diádicos* caracterizados por lo común adicionalmente como sistemas diádicos no-lineales dinámicos (BCPSG, 2010; Beebe & Lachmann, 1994, 2002, 2003, 2014; Seligman, 2005, 2018), esto es, sistemas relacionales complejos. En otras palabras, la investigación de infantes concibe el desarrollo temprano de la subjetividad -el crecimiento de la mente relacional (Bromberg, 2011)- como fenómeno y proceso que solo puede comprenderse en profundidad cuando se visualiza como fenómeno y proceso que tiene lugar en el seno de un sistema intersubjetivo encarnado. En consecuencia, los investigadores de infantes no estudian la emergencia y el desarrollo de la subjetividad del infante como tal, sino más bien *la emergencia y el desarrollo de la subjetividad del infante en su incesante interacción recíproca con otra(s) subjetividad(es) en el contexto de determinados sistemas relacionales*. Ahora bien, sabemos en la actualidad debido a la influencia de las neurociencias y otras áreas de investigación que en los primeros años de vida el infante solo cuenta con lo que en la sección previa describimos como el sistema implícito de procesamiento (lectura corporal implícita) y almacenamiento (memoria implícita y procedural) de información (véanse, por ejemplo, Cozolino, 2014 [2006]; Rustin, 2013; Sassenfeld, 2013a, 2014a; Schore, 1994, 2003a, 2003b, 2012, 2019a, 2019b; y Solms & Turnbull, 2002). Así, percibe, procesa y almacena experiencias afectivas e intersubjetivas de manera no consciente, no-verbal y no simbólica hasta al menos los dos años de edad. En ese sentido, la investigación de infantes, al estudiar la emergencia y el desarrollo del sujeto implícito, investiga principalmente el desarrollo de la mente inconsciente (Schore, 2019a).

Beatrice Beebe, Phyllis Cohen y Frank Lachmann (2016) sintetizan el paradigma conceptual basal de la investigación de infantes de este modo:

La comunicación cara-a-cara en los primeros meses de vida establece la trayectoria para patrones de vinculación e intimidad a lo largo del ciclo vital. [Se trata de un] *lenguaje de un diálogo de acción* no-verbal. [...] Contrario a una creencia popular, los infantes son inherentemente sociales desde el nacimiento. La experiencia social temprana se organiza en un marco interactivo [...] Las habilidades perceptuales de los infantes aseguran esta capacidad para buscar, percibir e interactuar con parejas sociales desde el nacimiento [...] Desde el nacimiento, los infantes son capaces de coordinar sus conductas con aquellas de su pareja [...] Por lo tanto, todas las interacciones transcurren en un proceso de ajustes recíprocos bi-direccionales en el cual cada uno se coordina con el otro. Lo que emerge es un proceso diádico que no puede ser descrito sobre la base de uno u otro por sí solo. (pp. 2-12, cursiva del original)

Desde este punto de vista, aunque por supuesto el adulto sí cuenta con un sistema explícito de procesamiento y almacenamiento de información que contribuye a su comportamiento y experiencia, la interacción temprana en su mayor medida transcurre en el dominio implícito no-verbal al margen de la consciencia explícita verbal y simbólica (Stern, 2004). Así, los investigadores de infantes no pueden más que estar enfocados en estudiar y comprender el amplio espectro de fenómenos subjetivos e intersubjetivos que surgen en la inter-corporalidad entre infante y cuidador. Su foco primario está colocado en los intercambios comunicativos y regulatorios afectivos tempranos que siempre están mediados por expresiones corporales y no-verbales por parte de quienes participan en tales intercambios.

No es posible en este contexto revisar con mayor detalle el trabajo de los principales investigadores de infantes que han influenciado profundamente a los teóricos analíticos relacionales (véanse, por ejemplo, Beebe, Knoblauch, Rustin & Sorter, 2005; Lecannelier, 2006; y Stern, 2000 [1985]). Solo quiero mencionar que han sido de especial significación los estudios de Andrew Meltzoff (1990) sobre la denominada *imitación neo-natal* realizados desde fines de la década de 1970, que demostraron la existencia de complejas habilidades perceptuales e interactivas en el infante recién nacido y además de la necesidad del otro en la construcción del propio self; los estudios de Joseph Campos (Campos & Stenberg, 1981) partiendo en la década de 1980 sobre el proceso del *referenciamiento social*, que pusieron al descubierto la necesidad que el infante tiene y el uso que hace de las señales no-verbales del adulto a la hora de tomar decisiones en situaciones ambiguas o percibidas como potencialmente amenazantes; y las investigaciones de Edward Tronick (2007) con el

llamado paradigma experimental del *rostro inexpresivo* desde mediados de la década de 1970, que dejaron en evidencia la relevancia de los procesos de reparación relacional frente a una interrupción intersubjetiva con claras implicancias para la comprensión del trauma relacional. A estos investigadores se suman, por cierto, los esfuerzos de psicoanalistas que han también investigado las interacciones tempranas con la metodología de la investigación de infantes, como Louis Sander, Robert Emde, Daniel Stern, Beatrice Beebe, Karlen Lyons-Ruth y otros.

Para comprender la emergencia y el desarrollo de la subjetividad corporizada me referiré a cinco hitos fundamentales que los investigadores de infantes y del apego han estudiado y conceptualizado, y que diferentes teóricos psicoanalíticos han adoptado y/o transformado. En primer lugar, hoy podemos asumir que al menos a partir del segundo mes de vida -aunque sabemos que el sistema implícito está operativo ya durante los últimos meses de gestación- el infante dispone de una capacidad representacional pre-simbólica rudimentaria (Beebe et al., 2005; Beebe & Lachmann, 1994, 2002, 2014; Dornes, 1993, 2006). Siguiendo a Beebe y Lachmann, el infante comienza a formar *expectativas implícitas* en torno a contingencias o relaciones entre estímulos o eventos, expectativas cuya existencia se asume debido a que el quiebre de una expectativa tiende a generar afectos negativos. El niño pequeño forma expectativas respecto de estímulos o eventos del mundo inanimado, pero por sobre todo empieza a construir *expectativas relacionales implícitas*, que remiten a un intento precoz por volver predecible y anticipable la forma que adoptan ciertas interacciones. Beebe y Lachmann han mostrado que apenas el infante genera tales expectativas, estas pasan a organizar su foco atencional, guiar la inferencia implícita de las intenciones de los demás, guiar la realización de las propias acciones, regular su involucramiento interpersonal y generar significados pre-simbólicos. En cuanto según las ideas presentadas en la sección anterior la subjetividad es sesgo o prejuicio, la presencia de expectativas implícitas tempranas debe ser considerada como actividad subjetiva -los inicios de las primeras estructuras de la subjetividad- del infante que se va complejizando y estructuralizando en la medida en la que se van acumulando más experiencias intersubjetivas. Por supuesto, el tipo de significados que las expectativas descritas generan es sensoriomotriz y no-verbal. Beebe y Lachmann (2014) hace algunos años documentaron que el reconocimiento de las expectativas relacionales implícitas del infante a los cuatro meses de edad permite predecir el estilo de apego que el niño desarrollará y que podrá ser evaluado aproximadamente desde el año de edad. Vale decir, ya a los cuatro meses empieza a existir una cierta estabilidad en la organización inicial de la subjetividad que se percibe en la continuidad que Beebe y Lachmann dejan al descubierto en la experiencia relacional del infante.

En segundo lugar, Daniel Stern (2000 [1985]) conceptualizó lo que llamó la *revolución mental de los nueve meses*. Se trata de una verdadera revolución psicológica debido a que el infante pasa a poder atravesar experiencias que nos permiten suponer que ha comenzado a existir la capacidad de entender con claridad -en términos implícitos pre-simbólicos- que los demás tienen una subjetividad separada y diferente de la propia. Stern incluye entre tales experiencias lo que denomina *intersubjetividad* -poder experimentar el encuentro entre dos mentes distintas-, la *interafectividad* -poder compartir con un otro un estado emocional-, la *atención conjunta* -poder prestar atención con un otro a una tercera cosa como un juguete- y el *referenciamiento social* -poder percibir que el otro tiene un estado emocional separado que puede ser distinto del propio y que puede ayudar al niño a tomar ciertas decisiones. El fenómeno relacional de la atención conjunta ilustra muy bien la revolución psíquica respecto de la que escribe Stern: el niño, en vez de mirar el dedo índice del cuidador cuando este lo usa para señalar, empieza a mirar en la dirección hacia la cual el dedo señala. Es decir, el infante pasa a entender en términos implícitos que al dedeo índice subyace una intención, un estado subjetivo que no es observable sino solo inferible -en términos implícitos en la experiencia del infante- a partir de una expresión corporal. Así, la revolución mental de los nueve meses visibiliza con mucha agudeza los procesos de lectura corporal implícita o mentalización implícita a los que hice alusión en la sección antecedente, aunque estos ya han estado operando a lo largo de los primeros nueve meses de vida pero de un modo distinto. Para Stern, así como para Jessica Benjamin (1995), la revolución psicológica detallada sienta las bases para la capacidad de reconocimiento del otro en cuanto sujeto. Por ende, la forma particular en la que una diada temprana específica atraviesa esta etapa del desarrollo tendrá consecuencias de largo alcance.

Un tercer hito esencial en el desarrollo de la subjetividad ocurre entre el año y el año y medio de edad del niño. En ese momento, podríamos decir que se produce la estructuración psíquica quizás más fundamental de todas: el *establecimiento estable de un determinado patrón de apego*, que equivale al *establecimiento estable de un modelo operativo interno* (Bowlby, 1969) con sus correlatos corporales y no-verbales observables en la evaluación del apego en la situación extraña. A mi parecer, este acontecimiento tan central pero a la vez circunscrito en el desarrollo socioemocional del niño puede tal vez englobarse como un aspecto de gran relevancia en la idea más general de que ya a la edad mencionada el niño pequeño ha establecido un primer repertorio de conocimiento relacional implícito que aún puede enriquecerse o bien rigidizarse. Dicho de otra manera, el niño a esta edad ya se ha adaptado a la forma afectiva y relacional de funcionar de los sistemas intersubjetivos en los cuales vive inserto a través de ciertos hábitos y convicciones

motrices. Desde una perspectiva neurocientífica contemporánea, logramos comprender por qué este particular momento del desarrollo de la subjetividad tiene la significación que le estamos atribuyendo: es un momento en el cual el cerebro infantil fortalece conexiones neuronales que ha tendido a ocupar repetidamente y, al revés, desecha conexiones neuronales que no son de uso recurrente (Cozolino, 2014 [2006]; Schore, 1994, 2003a, 2003b, 2012, 2019a, 2019b). Con ello, el cerebro del niño quedará sesgado de ahí en adelante para bien o para mal, lo que se traduce en sesgos perceptuales, afectivos, experienciales, conductuales e interactivos más flexibles o más inflexibles -en suma, se traduce en formación estructurante de subjetividad y principios que la organizan de modo relativamente estable.

En cuarto lugar, diferentes teóricos analíticos han hecho referencia a un proceso difícil de ubicar de manera puntual en un momento determinado del desarrollo temprano, pero que en algún sentido pareciera abarcar los distintos hitos recién revisados. Desde ese punto de vista, estos teóricos intentan conceptualizar la capa basal de la subjetividad cuya emergencia y estructuración se produce durante los primeros dos años de vida. Basándose en una perspectiva neuropsicoanalítica, Schore (2011) habla de un *self implícito* o también de un *sistema implícito del self* de base corporal no-verbal, mientras que desde una perspectiva similar Jaak Panksepp y George Northoff (2009) hacen referencia a un *self relacional implícito* cuya base es corporal y afectiva. Para Stephen Porges (2004), el sistema implícito del self se caracteriza entre otras cosas por su función de *neurocepción*, función ligada a un continuo monitoreo no consciente del entorno en términos de su seguridad o peligrosidad -en consecuencia, se trata de una función vinculada estrechamente con los sistemas motivacionales de apego y exploración. Mauro Mancía (2006), por su parte, escribe acerca de un *núcleo no reprimido del self*. Con independencia del término que nos acomode más, estamos buscando dar cuenta de un conjunto de estructuras psicocorporales que proporcionan al infante y después a lo largo de todo el ciclo vital también al adulto un sentido de mismidad e identidad en un nivel afectivo y no-verbal que por lo común permanece fuera de la consciencia explícita sin dejar nunca de determinar nuestra experiencia de nosotros mismos, los demás y el mundo de modo permanente. (Para una versión neurobiológica interesante de la construcción y relevancia del self implícito, véase Damasio, 2000, 2010.)

Frente a este trasfondo, cabe la pregunta acerca de qué constituye específicamente el núcleo no reprimido del self, que como ya sabemos es de naturaleza afectiva, corporal y no-verbal. Schore (1994, 2003a, 2003b, 2011, 2012, 2019a, 2019b) ha sido quien ha hecho esfuerzos por responder esta interrogante con la mayor sistematicidad posible. Para él, *el self implícito se constituye a través de la internalización estructurante de los patrones*

habituales de regulación afectiva entre infante y cuidador. En otras palabras, las experiencias regulatorias implícitas intersubjetivas que el infante atraviesa en sus primeros años de vida son registradas en la memoria implícita, procedural y emocional dando forma al sistema implícito del self que centraliza las convicciones emocionales-motrices o principios organizadores corporizados de la experiencia. En esencia, el núcleo mismo de nuestra mismidad e identidad está conformado por configuraciones relacionales self-otro (Mitchell, 1988) que son siempre ya configuraciones encarnadas. En lo más profundo, somos lo que somos capaces de hacer con cómo nos sentimos, lo que a su vez depende en gran medida de lo que otros han hecho con cómo nos sentimos a lo largo de nuestro desarrollo temprano. Los patrones internalizados de regulación afectiva abarcan tanto estrategias auto-regulatorias autónomas de manejo de los propios afectos como estrategias de regulación interactiva o mutua que implican a un otro. El segundo aspecto encontró su lugar en el psicoanálisis relacional por medio de conceptos como el *otro auto-regulador* de Daniel Stern (2000 [1985]) o el *selfobjeto* de Kohut (1977). Desde la perspectiva que he estado esbozando, los procesos defensivos deben siempre ser entendidos como procesos de regulación emocional; por lo tanto, en general son de origen muy temprano y tienen una dimensión corporal no-verbal fundamental (Sassenfeld, 2008a, 2018b).

Beebe y Lachmann (1994, 2002, 2014) han planteado que existen tres principios sobresalientes de internalización de experiencias interactivas y de organización de la subjetividad en el desarrollo temprano. El principio de la *coordinación o regulaciones en curso* guarda relación con la internalización de experiencias intersubjetivas repetidas de formas funcionales de estar con el otro, ser con el otro y hacer con el otro. Se trata básicamente de las tareas prácticas y emocionales que adoptan formas habituales y coordinadas de llevarse a cabo (alimentación, juego, etc.). El principio de *disrupción y reparación* se vincula con las fallas de la coordinación relacional entre infante y cuidador que generan afectos negativos. Engloba la internalización de experiencias intersubjetivas en las que la reparación interactiva permite a la díada pasar de un afecto negativo a un afecto positivo, y de experiencias en las que el niño en ausencia de reparación se ve en la necesidad de auto-regular su afecto negativo. El tercer principio remite a los *momentos afectivos elevados* tanto positivos como negativos. Gira en torno a la internalización de experiencias positivas intensas (p. ej., un momento intenso de juego) y de experiencias negativas intensas (p. ej., experiencias traumatizantes). En resumen, siguiendo a Beebe y Lachmann el niño internaliza los tres tipos de experiencias que hemos descrito y estas experiencias internalizadas -todas ellas experiencias relacionales intensamente sensoriomotrices y emocionales- dan lugar a la creciente organización de la subjetividad con sus sesgos motrices, afectivos, psíquicos e interactivos característicos. Esbozan

horizontes de la experiencia (Stolorow, Atwood & Orange, 2002) que delimitan lo que el niño y después el adulto asumen de modo consciente e inconsciente posible de experimentar. Por supuesto, la internalización de experiencias traumáticas en cualquiera de las modalidades descritas tiende a generar organizaciones problemáticas de la subjetividad.

Por último, con el surgimiento del lenguaje ingresa el procesamiento y almacenamiento explícito, más consciente o conscientizable, en la experiencia del niño. Aparte de memorias sensoriomotrices y emocionales, ahora el niño puede registrar ciertas experiencias de modo simbólico en imágenes y palabras. Por sobre la base del sistema implícito del self se comienza a construir un *self explícito* que tiene la capacidad de desarrollar una memoria episódica, una narrativa autobiográfica y una mentalización explícita. No obstante, el self explícito nunca reemplazará el self implícito; más bien, coexistirán durante todo el ciclo vital pudiendo estar más alineados en la salud psíquica y más disociados en la psicopatología. Los orígenes de la psicopatología pueden ser buscados en una estructuración problemática del self implícito que tiende a estar marcada por el trauma relacional, una circunstancia que equivale a la existencia de procesos de regulación afectiva que de una u otra manera serán problemáticos. Por lo común, si el self implícito está perturbado, también lo estará el self explícito, donde clínicamente es posible encontrarnos con una memoria episódica, una narrativa autobiográfica y una mentalización explícita que manifestarán algún tipo de alteración. En esta sección he intentado examinar los elementos principales de la concepción analítica relacional de la emergencia y el desarrollo de la subjetividad encarnada en el seno de una intersubjetividad encarnada. En la sección final dedicaré atención a algunas ideas acerca de cómo el marco conceptual bosquejado en este trabajo puede plasmarse en la práctica clínica.

Algunas reflexiones sobre la dimensión corporal y no-verbal en la práctica analítica relacional

Todas las ideas que he revisado en este trabajo no pueden más que tener ciertas implicancias para la práctica clínica. Si el sujeto es un sujeto corporal y si la intersubjetividad es inter-corporalidad y si los sistemas intersubjetivos son sistemas intersubjetivos corporizados, nuestra comprensión del paciente, de lo que le ocurre y de la situación psicoterapéutica no pueden más que transformarse en alguna medida. Aron (1998b) asevera en términos generales:

la situación psicoanalítica supone dos individuos que en conjunto procesan, experimentan y reflexionan sobre fenómenos psicosomáticos. En consecuencia, mientras que con anterioridad he teorizado sobre un encuentro de mentes (Aron, 1996),

aquí describo el interjuego mutuo de cuerpo-mente y mente-cuerpo (Grotstein, 1997), una especie de retorno de una *psicología de dos personas* a la idea original de Rickman acerca de una psicología de dos cuerpos (cit. en Balint, 1950, p. 123). (cursiva del original, p. 3)

Así, si la reflexividad mentalizadora puede considerarse como un aspecto central de lo que ocurre en toda psicoterapia exitosa, con Jon Sletvold (2014) podemos definir la reflexividad clínica que se genera entre paciente y psicoterapeuta como una *reflexividad encarnada*. Es encarnada en cuanto actividad intersubjetiva entre paciente y terapeuta y, además, su objeto es un sujeto encarnado -y, en ocasiones, la interacción entre los dos sujetos encarnados que conforman la situación analítica- en términos de su desarrollo en determinados sistemas intersubjetivos corporizados (historia relacional encarnada), de su organización y funcionamiento en el presente (formas habituales de la experiencia subjetiva y principios organizadores corporizados de la experiencia que le confieren esas formas particulares) y de sus eventuales posibilidades encarnadas de cambio. En el sistema relacional analítico exploramos, buscamos comprender y apuntamos a transformar o reorganizar la subjetividad corporizada.

Por supuesto, en el psicoanálisis relacional damos por sentada la irreductible subjetividad del analista (Renik, 1993) y la primacía de la subjetividad del analista (Jaenicke, 2011), que aquí se convierten en la irreductible subjetividad encarnada del analista y la primacía de su subjetividad corporizada. Es decir, en el sistema intersubjetivo clínico la subjetividad del psicoterapeuta participa de manera plena, continua e inevitable tanto en el plano consciente como en el plano inconsciente y, en especial, cabe destacar que una dimensión fundamental de esa subjetividad es sensoriomotriz, corporal e inter-corporal. El cambio analítico depende en buena medida de los procesos de influencia mutua corporizada que transcurren entre paciente y terapeuta en el sistema intersubjetivo que constituyen (BCPSG, 2010). Desde este punto de vista, la presencia de la subjetividad encarnada del psicoterapeuta contribuye de modo importante a conferirle determinada forma a la experiencia subjetiva del paciente (y viceversa). Además, los teóricos relacionales piensan que el límite entre lo consciente y lo inconsciente, en cuanto fenómeno psicológico, en un grado relevante es influenciado por el sistema intersubjetivo en el cual una persona se encuentra (Stolorow & Atwood, 1992). Por lo tanto, la subjetividad del terapeuta afecta aquello que a un paciente le es consciente y le es inconsciente. Al mismo tiempo, los horizontes de la experiencia mencionados en la sección previa no solo son trazados por los principios organizadores de la experiencia del paciente, sino que también al menos en parte son generados por la interacción consciente e inconsciente en la situación analítica. Así, el sistema relacional psicoterapéutico co-

determina lo que un paciente dado percibe con y sin consciencia como posible en términos corporales, afectivos, cognitivos e interactivos. Con ello, la restauración del self (Kohut, 1977), la reparación del self (Schoore, 2003b) o la reorganización o transformación de la subjetividad (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987) que el proceso analítico posibilita es en buena medida una propiedad emergente del sistema intersubjetivo co-constituido por paciente y terapeuta.

David Wallin (2007) hace varios años introdujo una significativa manera de conceptualizar la presencia del cuerpo en la situación terapéutica señalando que la corporalidad se manifiesta de tres formas diferentes. Primero, los cuerpos de paciente y psicoterapeuta aparecen en conjunto en la conformación de un *enactment*. Tal como definió en un trabajo anterior (Sassenfeld, 2010, 2012b), en el caso de una escenificación se trata de una *inter-acción entre paciente y analista que porta significados inconscientes disociados de ambos* -es una verdadera *interpersonalización de la disociación* (Stern, 2010). En el *enactment*, el cuerpo hace aparición en acciones mutuas que expresan afectos y estados disociados del self y cuya significación para ambos es inicialmente inconsciente. Segundo, la corporalidad puede manifestarse por medio de lo que Wallin denomina *evocación*, en cuyo caso aspectos de la experiencia del paciente que tienden a estar disociados se hacen presentes en la experiencia corporal del terapeuta. Wallin opta por no llamar a este fenómeno, tal como ocurre en el psicoanálisis kleiniano, identificación proyectiva sino que escoge un término más amplio que puede abarcar concepciones alternativas del fenómeno involucrado, como lo que otros teóricos han llamado resonancia somática o también contratransferencia somática¹². Tercero, la corporalidad puede presentarse mediante lo que Wallin describe como *corporización*, que remite de modo directo a la existencia de síntomas físicos, enfermedades y sensaciones corporales que son visualizados como reflejos de la relación cuerpo-afecto-mente en el paciente. Por cierto, aunque Wallin no parece tomarlo en consideración, la evocación pudiera llegar a surgir en la experiencia corporal del paciente y la corporización en la experiencia del psicoterapeuta en el campo relacional de influencia mutua corporizada que crean en conjunto.

En el contexto esbozado, ¿para qué incorporar de manera más explícita la dimensión corporal y no-verbal en el trabajo analítico? ¿Cuáles serían las metas clínicas de hacerlo? Aunque concibe el proceso de modo distinto al psicoanálisis clásico, el psicoanálisis relacional continúa asumiendo que una meta transversal del proceso psicoterapéutico es hacer consciente lo inconsciente. En una sección precedente indiqué que la corporalidad puede asociarse entre otras cosas de diferentes formas con lo inconsciente. Así, al enfocar la dimensión corporal y no-verbal en nuestro quehacer clínico estamos contribuyendo a volver conscientes aspectos inconscientes -algunos no

conscientes y pre-reflexivos, otros disociados- de la experiencia del paciente. En este sentido, una meta más específica dentro de una meta general como hacer consciente lo inconsciente es integrar aspectos traumáticamente disociados de la experiencia en la organización consciente de la subjetividad ya que, tal como también mencioné con anterioridad, la corporalidad tiene una asociación directa con el trauma relacional. Por otro lado, dado que muchos pacientes se encuentran en alguna medida desconectados de su realidad corporal y sensoriomotriz, abordar la corporalidad aporta a fomentar el contacto del paciente con necesidades y ritmos orgánicos así como con la dimensión de la afectividad más en general. Con Winnicott (1954), podríamos describir este proceso como promover la integración psique-soma y favorecer el alojamiento de la mente en el cuerpo. En un sentido abarcador, entonces, una meta de la incorporación de la dimensión corporal y no-verbal en el trabajo analítico es facilitar que el paciente pueda apropiarse de aspectos de su propia experiencia que no ha vivido hasta ese momento como pertenecientes a su propia subjetividad. Con ello, podemos aportar de manera significativa a la meta clínica de ampliar las posibilidades de experiencia corporal, afectiva e intersubjetiva del paciente, meta definida por Stolorow, Atwood y Orange (2002) como característica del psicoanálisis de orientación relacional.

Ahora bien, como ocurre con cualquier foco que se introduzca en el proceso terapéutico, resulta necesario hacer algunos comentarios respecto del encuadre analítico en su relación con la incorporación de la corporalidad en el diálogo analítico. Las aclaraciones que el psicoterapeuta ofrece al paciente en el encuadre proporcionan un marco de referencia que contribuye a dirigir la atención del paciente hacia ciertos fenómenos y a permitirle entender la relevancia y el sentido de hacerlo. Desde ese punto de vista, un terapeuta relacional que desee incluir en su trabajo clínico la corporalidad se encuentra en la posición de necesitar explicar y clarificar algunos puntos particulares en su encuadre. En primer lugar, considero que es indispensable proveer al paciente de una breve explicación acerca de la importancia de prestar atención a su experiencia corporal y no-verbal y acerca de algunas razones para hacerlo. Entre tales razones pueden aducirse por ejemplo la idea de que nuestra corporalidad constituye una puerta de entrada a nuestra experiencia consciente e inconsciente y/o la idea de que la atención que prestamos a nuestra corporalidad con frecuencia posibilita el contacto con ciertas emociones y sentimientos. Más allá, me parece útil describir a qué uno se refiere específicamente al decir "corporalidad"; en mi propio encuadre tiendo a decir que incluyo (al menos) síntomas corporales y enfermedades, dolores y sensaciones físicas, temáticas ligadas al dormir, la alimentación y la sexualidad, así como sensaciones que a menudo son vagas, difíciles de verbalizar y que pueden estar entremezcladas con afectos. Enfatizo que todos estos

fenómenos pueden ser experimentados durante una sesión terapéutica o entre sesiones; en ambos casos, destaco su relevancia para el trabajo psicoterapéutico.

En segundo lugar, pienso que el encuadre debe explicitar la importancia de la verbalización de la corporalidad durante cada sesión terapéutica, verbalización que engloba cuatro grandes posibilidades: el paciente verbaliza su propia corporalidad, el paciente verbaliza algo respecto de su percepción e interpretación de la corporalidad del psicoterapeuta, el psicoterapeuta verbaliza algo respecto de su percepción e interpretación de la corporalidad del paciente y el terapeuta verbaliza su propia corporalidad. En otras palabras, tanto paciente como terapeuta pueden auto-verbalizar sus experiencias corporales y pueden hetero-verbalizar aspectos de las experiencias corporales respectivas del otro. Por supuesto, tales indicaciones como parte del encuadre analítico implican para el psicoterapeuta adoptar una actitud de apertura no defensiva, que puede requerir de una regulación afectiva flexible, frente a las posibles hetero-verbalizaciones del paciente; estas deben ser exploradas analíticamente como cualquier otra manifestación significativa en la experiencia que el paciente tiene de la figura del terapeuta y del espacio psicoterapéutico. Por último, dependiendo de si el analista dispone de un diván u otras posibilidades físicas de estructurar la sesión terapéutica (p. ej., más de una silla o sillón, etc.), puede hacer falta aclarar si la psicoterapia se llevará a cabo en un setting físico fijo o si por ejemplo el paciente cuenta con la libertad de escoger en qué modalidad inter-corporal realizar la sesión (tenderse, cara-a-cara, etc.). Esta práctica parece estar cada vez más difundida entre los psicoterapeutas analíticos de diferentes orientaciones teóricas.

La verbalización de la corporalidad trae consigo la temática de la compleja relación entre las palabras y la experiencia directa y afectiva del cuerpo, relación que como he mencionado antes ha sido debatida en la historia del psicoanálisis (intelecto verbal versus cuerpo emocional, razón versus experiencia, Karl Abraham versus Otto Rank y Sandor Ferenczi, Berlin versus Viena y Budapest). Tal como señalé en una sección previa, los teóricos psicoanalíticos relacionales han deconstruido la dicotomización entre palabra y acción asumiendo que hablar es actuar y actuar transmite significados. Además, sabemos que la relación entre las palabras y la experiencia corporal y afectiva puede estar determinada por la disociación. En ese caso, la verbalización puede no hacer justicia a la experiencia corporal y afectiva cumpliendo funciones defensivas. Desde el punto de vista clínico, en el caso ideal al menos las palabras del psicoterapeuta logran vincular procesos mentales con procesos corporales y emocionales. Dicho de otro modo, el terapeuta debiera apuntar a tocar con sus palabras y, por otro lado, a hablar en contacto consigo mismo. Con frecuencia, ambas cosas tienden a coincidir. Lo dicho también puede formularse de otra forma: existe la posibilidad de hablar *sobre* la corporalidad y existe la posibilidad de hablar

desde la corporalidad. Sin embargo, desde mi perspectiva sería una equivocación creer que siempre conviene hablar desde la corporalidad; a menudo, hablar sobre la corporalidad contribuye a regular afectos y sensaciones corporales demasiado intensas debido a lo cual también hay momentos en los cuales palabras que ayudan a distanciarse temporalmente de lo que ocurre en el propio cuerpo tienen pleno sentido. Paciente y terapeuta pueden tener diferentes necesidades en distintos momentos de una sesión particular o del proceso analítico en general.

También viene al caso hacer alusión a algunas precauciones clínicas básicas a la hora de incorporar explícitamente la corporalidad en el trabajo psicoterapéutico. Nunca debe olvidarse que muchas veces cuando verbalizamos algún aspecto de la corporalidad del paciente estamos visibilizando y conscientizando algo que al paciente no le es consciente y que a menudo puede estar cargado de diversos sentimientos y conflictos. En la historia relacional de no pocos pacientes la referencia verbal crítica o negativa a partes, características o actitudes corporales del paciente por parte de figuras relevantes en términos emocionales ha sido una experiencia significativa. En consecuencia, al verbalizar la corporalidad del paciente el terapeuta necesita estar atento a las reacciones conscientes e inconscientes del paciente respecto de lo dicho. Puede surgir por ejemplo una reacción emocional de vergüenza, que requiere ser abordada debido a que, en el caso utilizado como ejemplo, la aparición de vergüenza en la experiencia del paciente tiene posibles implicancias desde el punto de vista de la dinámica intersubjetiva en el sistema relacional analítico. Vinculado con esto no puede perderse de vista que colocar la corporalidad en el primer plano de la atención terapéutica puede -y, en realidad, tiende a- conducir a la emergencia de afectos y experiencias traumáticas tempranas. En ese sentido, es responsabilidad del psicoterapeuta mantener las experiencias corporales y afectivas emergentes dentro de lo que Daniel Siegel (2012 [1999]) denomina la *ventana de tolerancia* o la *ventana regulatoria*, evitando una potencial retraumatización en la situación analítica. El concepto de la ventana regulatoria expresa que el paciente precisa de ayuda para mantener su experiencia corporal y emocional entre los extremos de la inundación traumatizante de afectos intolerables (disregulación con hiperactivación) y la disociación defensiva de estos (desconexión con hipoactivación). Solo la elaboración de lo traumático dentro de la ventana de tolerancia afectiva posibilita su eventual integración.

Para empezar a concluir esta última sección merece la pena agregar algunos comentarios adicionales respecto de la dimensión corporal y no-verbal en la práctica clínica relacional. En nuestra cultura contemporánea con su énfasis en la imagen y con ello en la imagen corporal (discutido en la segunda sección) es habitual la asociación entre las referencias a la corporalidad y la vergüenza. Ello puede ocurrir debido a ciertas experiencias

particulares en la historia de trauma relacional del paciente, pero en alguna medida tiende a estar presente en la experiencia de todas las personas. Desde esa perspectiva, a nuestros pacientes les puede ser de ayuda que sus terapeutas por así decir prediquen con el ejemplo. Cuando el psicoterapeuta puede en ocasiones verbalizar aspectos de su propia corporalidad, para muchos pacientes empieza a introducirse la posibilidad de que incluir el cuerpo experimentado en el diálogo terapéutico es algo que puede darse con cierta naturalidad pudiendo generar una disminución de la vergüenza y la imitación constructiva del terapeuta. Por otro lado, aunque como hemos visto a lo largo de este artículo los teóricos relacionales destacan la dimensión traumática de la corporalidad, esa circunstancia no puede hacernos olvidar que el cuerpo es también siempre un cuerpo erótico y sexual. Tal como mostré en la primera sección, según algunos el origen de los conceptos psicoanalíticos clásicos de neutralidad, abstinencia y anonimato puede buscarse en los esfuerzos de Freud por impedir el surgimiento de transgresiones sexuales al encuadre analítico. Así, por mucho que en el psicoanálisis relacional numerosas ideas y prácticas psicoanalíticas tradicionales han sido revisadas, abandonadas o transformadas, la asociación entre el cuerpo y la sexualidad sigue y seguirá existiendo y los psicoterapeutas deben tenerlo en cuenta en su labor cotidiana.

Al intentar concretizar su concepto de mentalización para el trabajo analítico, Peter Fonagy, György Gergely, Elliot Jurist y Mary Target (2002) acuñaron la noción de *afectividad mentalizada*. En otras palabras, mentalizar la afectividad del paciente puede entenderse al mismo tiempo como meta, proceso y resultado de una psicoterapia exitosa. El amplio planteamiento desplegado en este trabajo nos permite asumir los siguientes dos puntos. Por un lado, es tarea del analista facilitar también la mentalización de la corporalidad, una *corporalidad mentalizada*, como aspecto fundamental de las metas, procesos y resultados que hacen posible reorganizar analíticamente la subjetividad del paciente. A la inversa, tampoco podemos perder de vista que la actividad de mentalizar es en sí misma una actividad encarnada a la que Evelyn Rappoport (2015) hace referencia como *mentalization encarnada*. Por otro lado, mentalizar la corporalidad implica siempre la vivencia corporal y no-verbal directa de las sensaciones y afectos que emergen a la consciencia del paciente (Maroda, 1999). A los terapeutas relacionales ello no debiera sorprender: se trata de una idea que representa una continuación del énfasis histórico de Ferenczi sobre la necesidad de que el paciente *experimente* el proceso analítico y, en este, a sí mismo y al terapeuta de manera emocional, corporal y reparatoria. La comprensión analítica que posibilita la reorganización y transformación de la subjetividad y de la intersubjetividad es siempre comprensión emocional (Orange, 1995) y, frente al trasfondo del recorrido realizado en este trabajo, *comprensión corporal y no-verbal*.

Reflexiones finales

En este trabajo he buscado desplegar los elementos centrales de lo que en otro lugar he llamado el giro corporal del psicoanálisis relacional (Sassenfeld, 2018a, 2019). Con esa finalidad, analicé la concepción de la acción en el pensamiento psicoanalítico freudiano y, a continuación, explicité una diversidad de contextos históricos, sociales y culturales que envuelven la experiencia contemporánea del cuerpo. Introduje y examiné los conceptos de la subjetividad y de la intersubjetividad encarnadas detallando en el proceso los tres conceptos inter-relacionados de un sistema intersubjetivo corporizado, una influencia mutua encarnada y la lectura corporal implícita recíproca. Además, presté atención a algunas ideas respecto del desarrollo del sujeto corporal en el seno de una intersubjetividad corporizada y respecto de la capa implícita más profunda del sujeto corporal. Por último, hice referencia a un sintético conjunto de aspectos clínicos ligados a la incorporación explícita de la dimensión corporal y no-verbal en el trabajo clínico. En el camino recorrido, han ido quedando en evidencia algunos supuestos en los que se apoya el pensamiento relacional acerca de la corporalidad y algunos mitos que los teóricos relacionales perciben en el pensamiento psicoanalítico clásico. Para concluir este artículo, intentaré resumir brevemente algunos de estos supuestos y mitos.

Para Stolorow y Atwood (1992), el denominado mito de la mente aislada es constitutivo del psicoanálisis clásico con su enfático acento colocado en psicodinámicas intrapsíquicas entendidas en términos con claras tendencias mecanicistas, reificadoras y abstractas que giran en torno al funcionamiento de un *aparato* psíquico. Al llamarlo el mito de la *mente* aislada, desde el punto de vista desarrollado en este trabajo con o sin intención Stolorow y Atwood ponen de relieve el foco psicoanalítico tradicional prioritario en lo "mental", que se basa en el dualismo cuerpo-mente y que tal como tuvimos oportunidad de revisar en la primera sección dejó al cuerpo y la acción en un lugar connotado como secundario a lo mental y a grandes rasgos considerado de modo negativo. Ahora bien, si la "mente" es una mente encarnada, la contraparte complementaria del mito de la mente aislada es el mito del cuerpo aislado, retratado como separado de su inmersión continua e inevitable en la inter-corporalidad que existe siempre ya entre sujetos corporizados. En total, en un intento de asomarnos más allá del dualismo cuerpo-mente y del mito heroico del sujeto moderno autónomo que han imperado en la cultura judeocristiana desde hace muchos siglos, tal vez tendríamos que hablar más bien de la concepción fundamental de *una subjetividad encarnada que emerge, se organiza, se sostiene y potencialmente se transforma en intersubjetividades encarnadas*. Tal como he querido mostrar a lo largo de este artículo, esta idea ha recibido la influencia de varias áreas de investigación y, a la vez,

puede ser entendida como resultado de la desmitologización que han generado diversos teóricos psicoanalíticos relacionales.

Lo que estoy llamando el mito del cuerpo aislado implica un mito adicional, el mito de la acción aislada. Cuando en el psicoanálisis clásico el cuerpo se entiende en aislamiento, sus acciones y conductas motrices pasan a concebirse como comportamientos dirigidos a "objetos", que en términos psicoanalíticos tradicionales son objetos de la pulsión que proviene del interior del aparato psíquico y no otras personas que nos rodean de una u otra forma desde nuestro nacimiento en adelante. Las acciones en este sentido apuntan a la satisfacción de pulsiones endógenas y no cumplen en primer lugar funciones relacionales de contacto, comunicación y diferenciación respecto de otros seres humanos. Así, el mito de la acción aislada está inserto en la concepción tradicional del cuerpo como cuerpo pulsional. El psicoanálisis relacional, al modificar su concepción del cuerpo hacia la noción de un cuerpo intersubjetivo, visualiza lo que ocurre en la dimensión corporal y no-verbal primariamente como interacción más que como acciones aisladas y por ende asume que las acciones del sujeto se vinculan antes que nada con el relacionamiento y la coordinación del sujeto con otro(s) sujeto(s). El mito de la acción aislada, junto a la concepción del cuerpo como cuerpo pulsional, se convierten por consiguiente en la *primacía de la acción y la interacción en el marco de un cuerpo relacional y afectivo*. Se trata de una primacía en la medida en la que la organización inicial del sujeto corporal en los primeros años de vida es de modo predominante una organización sensoriomotriz (hábitos, principios organizadores corporizados de la experiencia, conocimiento relacional implícito, etc.) y, recogiendo las ideas mencionadas de Renik, en la medida en la que las acciones no-verbales por lo general inconscientes preceden a nuestras posibilidades de experiencia consciente de nuestra corporalidad y de la corporalidad del otro.

Por terminar, al margen del ideal psicoanalítico clásico de la neutralidad, abstinencia y anonimato del analista introducido por Freud en la década de 1910, en el psicoanálisis relacional se asume de entrada la imposibilidad de eliminar o poner efectivamente entre paréntesis la subjetividad del terapeuta. Todo lo que un psicoterapeuta percibe, hace, siente, interpreta y comprende es al mismo tiempo posibilitado y limitado por la organización particular de su subjetividad, tal como nos recuerda la hermenéutica filosófica. Entonces, si el sujeto es un sujeto corporizado, podemos especificar que la irreductible subjetividad del analista (Renik, 1993) equivale en realidad a la *irreductible subjetividad encarnada del analista* y la primacía más general de la subjetividad (Jaenicke, 2011) equivale en realidad a la *primacía de la subjetividad encarnada*. El analista es un *analista encarnado* (Sletvold, 2014) y el paciente es un paciente encarnado, con Orange (2011) un desconocido encarnado que sufre. Esta circunstancia, que se

desprende todo cuanto he vertido en estas páginas, pasa a formar la base sobre la cual continuar construyendo el pensamiento psicoanalítico teórico y clínico de orientación relacional. Espero haber logrado ofrecer un panorama abarcador de cómo el psicoanálisis relacional concibe la dimensión corporal y no-verbal tanto en su conceptualización como en la práctica analítica.

REFERENCIAS

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New York: Psychology Press.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. New York: W. W. Norton.
- Altmeyer, M. & Thomä, H. (2006). Einführung: Psychoanalyse und Intersubjektivität. En M. Altmeyer & H. Thomä (Eds.), *Die vernetzte Seele: Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse* (pp. 7-31). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Anzieu, D. (1985). *El yo-piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Aron, L. (1998a). Introduction: The body in drive and relational models. En L. Aron & F. Sommer (Eds.), *Relational Perspectives on the Body* (pp. xix-xxviii). New Jersey: The Analytic Press.
- Aron, L. (1998b). The clinical body and the reflexive mind. En L. Aron & F. Sommer (Eds.), *Relational Perspectives on the Body* (pp. 3-37). New Jersey: The Analytic Press.
- Aron, L. & Sommer, F. (Eds.) (1998). *Relational Perspectives on the Body*. New Jersey: The Analytic Press.
- Atwood, G. & Stolorow, R. (1993 [1979]). *Faces in a Cloud: Intersubjectivity in Personality Theory*. New Jersey: Jason Aronson.
- Atwood, G. & Stolorow, R. (1997). Defects in the self: Liberating concept or imprisoning metaphor? *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 517-522.
- Atwood, G. & Stolorow, R. (2014 [1984]). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology and Contextualism* (2. Ed.). New York: Routledge.
- Bass, A. (2003). "E" enactments in psychoanalysis: Another medium, another message. *Psychoanalytic Dialogues*, 13 (5), 657-675.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bateson, M. (1975). Mother-infant interaction exchanges: The epigenesis of conversational interaction. En D. Aaronson & R. Rieber (Eds.), *Developmental Psycholinguistics and Communication Disorders: Annals of the New York Academy of Sciences* (pp. 101-113). New York: New York Academy of Sciences.
- Becker, E. (1973). *The Denial of Death*. New York: Free Press.

- Beebe, B., Cohen, P. & Lachmann, F. (2016). *The Mother-Infant Interaction Picture Book: Origins of Attachment*. New York: W. W. Norton.
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J. & Sorter, D. (2005). *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*. New York: Other Press.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. En L. Aron & A. Harris (Eds.), *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (pp. 205-252). New Jersey: The Analytic Press.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2002). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener: Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderung führen*. Stuttgart: Klee-Cotta.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2003). The relational turn in psychoanalysis: A dyadic systems view from infant research. *Contemporary Psychoanalysis*, 39 (3), 379-409.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2005). Afterword. En L. Aron & A. Harris (Eds.), *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2) (pp. 247-252). New Jersey: The Analytic Press.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2014). *The Origins of Attachment: Infant Research and Adult Treatment*. New York: Routledge.
- Benjamin, J. (1988). *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism, and the Problem of Domination*. New York: Pantheon.
- Benjamin, J. (1995). *Like Subjects, Love Objects: Essays on Recognition and Sexual Difference*. New Haven: Yale University Press.
- Bentzen, M. (2006). Formen der Erfahrung: Neurowissenschaften, Entwicklungspsychologie und somatische Charakterbildung. En G. Marlock & H. Weiss (Eds.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (pp. 304-328). Stuttgart: Schattauer.
- Boston Change Process Study Group (BCPSG) (2010). *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*. New York: W. W. Norton.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1975). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Bromberg, P. (2006). *Awakening the Dreamer: Clinical Journeys*. New Jersey: The Analytic Press.
- Bromberg, P. (2011). *The Shadow of the Tsunami and the Growth of the Relational Mind*. New York: Routledge.
- Campos, J. & Stenberg, C. (1981). Perception, appraisal, and emotion: The onset of social referencing. En M. Lamb & I. Sherrod (Eds.), *Infant Social Cognition: Empirical and Theoretical Considerations* (pp. 273-314). New Jersey: Elrbaum.
- Coderch, J. (2012). Psicoanálisis relacional de frecuencia semanal y larga duración (PRSLD): Bases teóricas y clínicas. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3), 468-514.
- Cornell, W. (2003). Entering the gestural field: The body in relation. *Energy & Character*, 32, 45-55.
- Cozolino, L. (2014 [2006]). *The Neuroscience of Human Relationships* (2. Ed.). New York: W. W. Norton.

- Damasio, A. (2000). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. New York: Mariner Books.
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Ediciones Destino.
- Darwin, C. (1872). *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Madrid: Alianza.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling: Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Dornes, M. (2006). *Die Seele des Kindes: Entstehung und Entwicklung*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Downing, G. (2006). Frühkindlicher Austausch und dessen Beziehung zum Körper. En G. Marlock & H. Weiss (Eds.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (pp. 333-350). Stuttgart: Schattauer.
- Ferenczi, S. (1928). The elasticity of psychoanalytic technique. En S. Ferenczi, *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis* (pp. 87-101). London: Karnac Books.
- Ferenczi, S. (1985 [1932]). *Sin simpatía no hay curación: El diario clínico de 1932* (Ed. J. Dupont). Buenos Aires: Amorrortu.
- Ferenczi, S. (1949 [1933]). Confusion of the tongues between the adults and the child -The language of tenderness and passion. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 225-230.
- Ferenczi, S. (1994). *Problemas y métodos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Ferenczi, S. & Rank, O. (1924). *Entwicklungsziele der Psychoanalyse: Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Foucault, M. (1963). *Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blickes*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1905). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Freud, S. (1912). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. En S. Freud, *Schriften zur Behandlungstechnik* (pp. 169-180). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1913). Zur Einleitung der Behandlung (Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I). En S. Freud, *Schriften zur Behandlungstechnik* (pp. 181-203). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1914). Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten (Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II). En S. Freud, *Schriften zur Behandlungstechnik* (pp. 85-95). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1915a). Pulsiones y destinos de pulsión. En S. Freud, *Obras Completas* (XIV) (pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915b). Bemerkungen zur Übertragungsliebe (Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse III). En S. Freud, *Schriften zur Behandlungstechnik* (pp. 217-230). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En S. Freud, *Obras Completas* (XIX) (pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En S. Freud, *Obras Completas* (XXI) (pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu.
- Frie, R. & Coburn, W. (Eds.) (2011). *Persons in Context: The Challenge of Individuality in Theory and Practice*. New York: Routledge.
- Gadamer, H.-G. (1960). *Wahrheit und Methode: Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik* (Gesammelte Werke I). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Geissler, P. (2001a). Vorwort des Herausgebers. En P. Geissler (Ed.), *Psychoanalyse und Körper* (pp. 9-19). Giessen: Edition Psychosozial.
- Geissler, P. (2001b). Das Konzept der "Körperregression" von George Downing. En P. Geissler (Ed.), *Psychoanalyse und Körper* (pp. 139-174). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Geissler, P. (2007). Der "interaktionelle Körper" in der analytischen Körperpsychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 15 (2), 78-84.
- Gerson, S. (2004). The relational unconscious: A core element of intersubjectivity, thirdness, and clinical process. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73, 63-98.
- Gill, M. (1994). *Psychoanalysis in Transition: A Personal View*. New Jersey: The Analytic Press.
- Greenberg, J. (1991). *Oedipus and Beyond: A Clinical Theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Greenberg, J. (1995). Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *Psychoanalytic Quarterly*, 64 (1), 1-22.
- Greenberg, J. (1996). Psychoanalytic words and psychoanalytic acts: A brief history. *Contemporary Psychoanalysis*, 32, 195-214.
- Groddeck, G. (1978 [1916-1917]). *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos*. Buenos Aires: Paidós.
- Hartmann, H. (1939). *La psicología del yo y el problema de la adaptación*. México: Editorial Pax.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Heller, M. (2012). *Body Psychotherapy: History, Concepts, and Methods*. New York: W. W. Norton.
- Holzhey-Kunz, A. (2002). *Das Subjekt in der Kur: Über die Bedingungen psychoanalytischer Psychotherapie*. Viena: Passagen.
- Jacobs, T. (1986). On countertransference enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34 (2), 289-307.
- Jaenicke, C. (2011). *Change in Psychoanalysis: An Analyst's Reflections on the Therapeutic Relationship*. New York: Routledge.
- Jordán, J. F. (2008). Intersubjetividad: El giro fenomenológico en el psicoanálisis. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 25 (1), 6-16.
- Katz, G. (2014). *The Play Within the Play: The Enacted Dimension of Psychoanalytic Process*. New York: Routledge.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. Chicago: Chicago University Press.

- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Lasch, C. (1979). *La cultura del narcisismo*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad: Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Lichtenberg, J. (1983). *Psychoanalysis and Infant Research*. New York: Routledge.
- Lichtenberg, J., Lachmann, F. & Fosshage, J. (1992). *Self and Motivational Systems: Toward a Theory of Psychoanalytic Technique*. New York: Routledge.
- Lichtenberg, J., Lachmann, F. & Fosshage, J. (1996). *The Clinical Exchange: Techniques Derived From Self and Motivational Systems*. New York: Routledge.
- Lichtenberg, J., Lachmann, F. & Fosshage, J. (2011). *Psychoanalysis and Motivational Systems: A New Look*. New York: Routledge.
- Lowen, A. (1972). *La depresión y el cuerpo: La base biológica de la fe y la realidad*. Madrid: Alianza.
- Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 282-289.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. En L. Aron & A. Harris (Eds.), *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2) (pp. 311-349). New Jersey: The Analytic Press.
- Mancia, M. (2006). Implicit memory and early unrepressed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 83-103.
- Maroda, K. (1999). Show some emotion: Completing the cycle of affective communication. En L. Aron & A. Harris (Eds.), *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2) (pp. 121-143). New Jersey: The Analytic Press.
- Meltzoff, A. (1990). Foundations for developing a concept of self: The role of imitation in relating self to other and the value of social mirroring, social modeling, and self practice in infancy. En D. Cicchetti & M. Beeghly (Eds.), *The Self in Transition: Infancy to Childhood* (pp. 139-164). Chicago: University of Chicago Press.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Mertens, K. (2012). The subject and the self. En S. Luft & S. Overgaard (Eds.), *The Routledge Companion to Phenomenology* (pp. 168-179). New York: Routledge.
- Mitchell, S. (1988). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. México: Siglo XXI.
- Mitchell, S. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. (1997). *Psychoanalyse als Dialog: Einfluss und Autonomie in der analytischen Beziehung*. Giessen: Psychosozial Verlag.
- Ogden, T. (1994). The concept of interpretive action. *Psychoanalytic Quarterly*, 63 (2), 219-245.

- Orange, D. (1995). *Emotionales Verständnis und Intersubjektivität: Beiträge zu einer psychoanalytischen Epistemologie*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Orange, D. (2005). ¿Vergüenza de quién? Mundos de humillación y sistemas de restauración. *Aperturas Psicoanalíticas*, 20.
- Orange, D. (2011). *The Suffering Stranger: Hermeneutics for Everyday Clinical Practice*. New York: Routledge.
- Orange, D., Atwood, G. & Stolorow, R. (1997). *Intersubjektivität in der Psychoanalyse: Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Orbach, S. (1995). Countertransference and the false body. *Winnicott Studies*, 10.
- Orbach, S. (2004). The body in clinical practice, part one: There's no such thing as a body. En K. White, *Touch: Attachment and the Body* (pp. 17-34). London: Karnac Books.
- Orbach, S. (2009). *La tiranía del culto al cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Panksepp, J. & Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York: W. W. Norton.
- Panksepp, J. & Northoff, G. (2009). The trans-species core SELF: The emergence of active cultural and neuro-ecological agents through self-related processing within subcortical-cortical midline networks. *Consciousness and Cognition*, 18, 193-215.
- Piontelli, A. (1992). *From Foetus to Child: An Observational and Psychoanalytic Study*. New York: Routledge.
- Porges, S. (2004). Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety. *Zero to Three*, 19-24.
- Poscheschnik, G. & Traxl, B. (Eds.) (2016). *Handbuch Psychoanalytische Entwicklungswissenschaft*. Giessen: Psychosozial Verlag.
- Rappoport, E. (2015). Dynamic linking of psyche and soma: Somatic Experiencing and embodied mentalization. En J. Bresler & K. Starr (Eds.), *Relational Psychoanalysis and Psychotherapy Integration: An Evolving Synergy* (pp. 136-157). New York: Routledge.
- Reich, W. (1949 [1933]). *Análisis del carácter*. Buenos Aires: Paidós.
- Renik, O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. En S. Mitchell & L. Aron (Eds.), *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition* (pp. 407-424). New Jersey: The Analytic Press.
- Ringstrom, P. (2010). Reply to commentaries. *Psychoanalytic Dialogues*, 20 (2), 236-250.
- Roudinesco, E. (2014). *Freud en su tiempo y en el nuestro*. Barcelona: Debate.
- Rustin, J. (2013). *Infant Research and Neuroscience at Work in Psychotherapy: Expanding the Clinical Repertoire*. New York: W. W. Norton.
- Safran, J. (2012). *Psychoanalysis and Psychoanalytic Therapies*. Washington: American Psychological Association.

- Safran, J. & Muran, C. (2000). *La alianza terapéutica: Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sandler, J., Sandler, A.-M., Sandler & Davies, R. (Eds.) (2000). *Clinical and Observational Psychoanalytic Research: Roots of a Controversy*. New York: Routledge.
- Sassenfeld, A. (2007a). Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 3 (2), 177-188.
- Sassenfeld, A. (2007b). Dos patrones de la regulación afectiva en la interacción temprana y en la interacción psicoterapéutica. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 3 (3), 300-309.
- Sassenfeld, A. (2008a). Interacción no-verbal temprana y defensas no-verbales relacionales implícitas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 4 (3), 331-338.
- Sassenfeld, A. (2008b). Lenguaje corporal e intencionalidad relacional. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 4 (1), 83-92.
- Sassenfeld, A. (2010). *Enactments: Una perspectiva relacional sobre vínculo, acción e inconsciente*. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1), 142-181.
- Sassenfeld, A. (2012a). Esbozo de una visión contemporánea de los afectos. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 8 (2), 174-191.
- Sassenfeld, A. (2012b). *Principios clínicos de la psicoterapia relacional*. Santiago de Chile: Ediciones SODEPSI.
- Sassenfeld, A. (2012c). Sistemas intersubjetivos encarnados: De la sugestión a la influencia mutua. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 8 (3), 310-321.
- Sassenfeld, A. (2012d). Gegenseitige Beeinflussung und Suggestion aus der Sicht einer verkörperten Intersubjektivitätstheorie. *Psychoanalyse und Körper*, 11 (2), 9-30.
- Sassenfeld, A. (2013a). Die implizite Domäne: Annäherungen an ihre Definition. En P. Geissler & A. Sassenfeld (Eds.), *Jenseits von Sprache und Denken: Implizite Dimensionen im psychotherapeutischen Geschehen* (pp. 57-133). Giessen: Psychosozial Verlag.
- Sassenfeld, A. (2013b). Verkörperte Intersubjektivität und sensomotorische Aspekte von Organisationsprinzipien der Subjektivität. *Psychoanalyse and Körper*, 22 (1), 11-42.
- Sassenfeld, A. (2013c). Implizites reziprokes Körperlesen. En P. Geissler & G. Heisterkamp, *Einführung in die analytische Körperpsychotherapie* (pp. 103-107). Giessen: Psychosozial Verlag.
- Sassenfeld, A. (2014a). El concepto de lo implícito en la teoría del apego, la investigación de infantes y el psicoanálisis contemporáneo. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 10 (2), 176-197.
- Sassenfeld, A. (2014b). La intersubjetividad corporizada y aspectos sensoriomotrices de los principios organizadores de la subjetividad. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (2), 425-457.
- Sassenfeld, A. (2015). *Intersubjetividad y psicología jungiana: Recorridos entre psicología analítica y psicoanálisis relacional*. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Psicología Analítica.
- Sassenfeld, A. (2016). *El espacio hermenéutico: Comprensión y espacialidad en la psicoterapia analítica intersubjetiva*. Santiago de Chile: Ediciones SODEPSI.

- Sassenfeld, A. (2018a). Los giros del psicoanálisis contemporáneo. *Clínica e Investigación Relacional*, 12 (2), 268-317.
- Sassenfeld, A. (2018b). *Estar con otros: Cuerpo, afectividad y vínculo en psicoterapia relacional*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Sassenfeld, A. (2019). *Los giros del psicoanálisis contemporáneo: Una introducción al psicoanálisis relacional*. Santiago de Chile: RIL Editorial.
- Schilder, P. (1935). *Image and Appearance of the Human Body: Studies in the Constructive Energies of the Human Psyche*. New York: Routledge.
- Schore, A. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. New York: Psychology Press.
- Schore, A. (2003a). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York: W. W. Norton.
- Schore, A. (2003b). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: W. W. Norton.
- Schore, A. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21 (1), 75-100.
- Schore, A. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York: W. W. Norton.
- Schore, A. (2019a). *The Development of the Unconscious Mind*. New York: W. W. Norton.
- Schore, A. (2019b). *Right Brain Psychotherapy*. New York: W. W. Norton.
- Seligman, S. (2005). Dynamic systems theories as a metaframework for psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 15 (2), 285-319.
- Seligman, S. (2018). *Relationships in Development: Infancy, Intersubjectivity, and Attachment*. New York: Routledge.
- Siegel, D. (2012 [1999]). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are* (2. Ed.). New York: The Guilford Press.
- Sletvold, J. (2014). *The Embodied Analyst: From Freud and Reich to Relationality*. New York: Routledge.
- Solms, M. (2015). *The Feeling Brain: Selected Papers on Neuropsychoanalysis*. New York: Routledge.
- Solms, M. & Turnbull, O. (2002). *The Brain and the Inner World: An Introduction to the Neuroscience of Subjective Experience*. London: Karnac.
- Stern, D. B. (1997). *Unformulated Experience: From Dissociation to Imagination in Psychoanalysis*. New York: Psychology Press.
- Stern, D. B. (2010). *Partners in Thought: Working With Unformulated Experience, Dissociation, and Enactment*. New York: Routledge.
- Stern, D. B. (2015). *Relational Freedom: Emergent Properties of the Interpersonal Field*. New York: Routledge.
- Stern, D. N. (2000 [1985]). *The Interpersonal World of the Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology* (2. Ed.). New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: W. W. Norton.

- Stolorow, R. (1994). The nature and therapeutic action of psychoanalytic interpretation. En R. Stolorow, G. Atwood & B. Brandchaft (Eds.), *The Intersubjective Perspective* (pp. 43-55). New York: Jason Aronson.
- Stolorow, R. (2002). From drive to affectivity: Contextualizing psychological life. *Psychoanalytic Inquiry*, 22 (5), 678-685.
- Stolorow, R. (2011). *World, Affectivity, Trauma: Heidegger and Post-Cartesian Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Stolorow, R. & Atwood, G. (1992). *Los contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Madrid: Herder.
- Stolorow, R., Atwood, G. & Orange, D. (2002). *Worlds of Experience: Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R., Atwood, G. & Orange, D. (2006). Contextualizing is not nullifying: Reply to Mills (2005). *Psychoanalytic Psychology*, 23, 184-188.
- Stolorow, R., Brandchaft, B. & Atwood, G. (1987). *Psychoanalytische Behandlung: Ein intersubjektiver Ansatz*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Sulloway, F. (1992 [1979]). *Freud, Biologist of the Mind: Beyond the Psychoanalytic Legend*. Cambridge: Harvard University Press.
- Teicholz, J. (1999). *Kohut, Loewald, and the Postmoderns: A Comparative Study of Self and Relationship*. New York: Routledge.
- Trevarthen, C. (1999). Musicality and the Intrinsic Motive Pulse: Evidence from human psychobiology and infant communication. *Musicae Scientiae, Special Issue: Rhythm, Musical Narrative, and the Origins of Human Communication*, 157-213.
- Tronick, E. (2007). *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*. New York: W. W. Norton.
- van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Penguin.
- Wachtel, P. (2014). *Cyclical Psychodynamics and the Contextual Self: The Inner World, the Intimate World, and the World of Culture and Society*. New York: Routledge.
- Wallin, D. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Winnicott, D. (1954). Mind and its relation to the psyche-soma. *British Journal of Medical Psychology*, 27, 201-209.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and Reality*. New York: Routledge.
- Zahavi, D. (2005). *Subjectivity and Selfhood: Investigating the First-Person Perspective*. Cambridge: MIT Press.
- Zahavi, D. (2019). Self. En G. Stanghellini, M. Broome, A. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (pp. 299-305). Oxford: Oxford University Press.

Zeddies, T. (2000). Within, outside, and in between: The relational unconscious. *Psychoanalytic Psychology*, 17 (3), 467-487.

Zima, P. (2010). *Theorie des Subjekts* (3. Ed.). Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.

Original recibido con fecha: 23/5/2020

Revisado: 20/03/2021

Aceptado: 30/03/2021

NOTAS:

¹ En una carta a Ferenczi que alababa el trabajo de este sobre la elasticidad de la técnica analítica publicado en 1928, Freud afirmó: "Las 'Recomendaciones sobre técnica' que escribí hace tiempo eran, en esencia, de naturaleza negativa. Consideré que lo más importante era enfatizar lo que uno *no* debiera hacer y señalar las tentaciones en direcciones contrarias al análisis. Casi todo lo positivo que uno *debiera* hacer lo he dejado al 'tacto'. [...] El resultado fue que los analistas dóciles no percibieron la elasticidad de las reglas que yo había establecido y se sometieron a estas como si se tratara de tabúes" (cit. en Jones, 1955, p. 241, cursivas del original).

² Cabe señalar que el "setting clásico" que se institucionalizó en la formación psicoanalítica ni siquiera es idéntico a aquel utilizado por Freud, sino una especie de exageración de este, sobre todo en cuanto a la disposición física del asiento del analista respecto del diván sobre el cual se recuesta el paciente. William Cornell (2003) escribe: La disposición de la consulta de Freud tiene que haber evocado una intimidad física inusual, en especial dentro de la época y la cultura de la Viena de fin de siglo. Aunque la silla de Freud estaba posicionada en un ángulo recto al paciente, el apoyo de brazo de la silla estaba directamente junto a la parte trasera del diván, colocando el hombro de Freud a sólo centímetros de la cabeza del paciente. El paciente debe haber sentido la voz de Freud resonando desde atrás, con una especie de cercanía que por lo común asociamos con el ser sostenido. Los dos deben haber estado lo suficientemente cerca como para que cualquier residuo del humo de cigarro de Freud que impregnaba su ropa llegara hasta los orificios nasales de su paciente. Con facilidad podría haberse girado un poco, sea en momentos de ensoñación o con intención consciente, para mirar el cuerpo del paciente. [...] A pesar de la preferencia explícita de Freud por el contenido mental en el psicoanálisis, ni Freud ni sus pacientes alguna vez podrían haberse escapado por completo de la presencia del cuerpo dentro de la hora analítica. Incluso cuando alejaba su mirada de su paciente, sumergido en sus procesos asociativos, la mirada de Freud habría recaído sobre cientos de representaciones antiguas del cuerpo humano que llenaban toda superficie y rincón disponible (Engelman, 1976). En la consulta de Freud había imágenes, artefactos, la presencia de la forma humana, por todas partes" (p. 46). Basta con visitar el Freud Museum en Londres u observar fotografías de la consulta de Freud para poder confirmar lo descrito por Cornell.

³ El clásico texto de Hartmann *La psicología del yo y el problema de la adaptación* fue publicado en alemán en 1939, pero recién fue publicado en inglés en 1958 y por ende tuvo su mayor influencia en torno a esa fecha.

⁴ Este es, sin duda, un relato simplificado. Omite, por ejemplo, la tremenda complejidad de significados de la palabra en alemán *Wissenschaft*, traducida en general simplemente como ciencia (véase Sassenfeld, 2019). No obstante, este relato es aceptado por varios historiadores del psicoanálisis, como por ejemplo Frank Sulloway (1992 [1979]).

⁵ Para algunos, se trata de una experiencia mitologizada porque la relación de amistad con Wilhelm Fliess puede ser visualizada como contexto relacional del desde ese punto de vista mal llamado auto-análisis.

⁶ La presencia del cuerpo en cuanto cuerpo pulsional es endémica al pensamiento freudiano. Siguiendo a Greenberg (1991), "Freud creía que los estímulos somáticos tienen un estatus especial en la psicología humana. Estos estímulos -experimentados como ansias o impulsos- surgen dentro del cuerpo como resultado de procesos fisiológicos y operan como los motivadores primarios de la mente, la cual emerge para hacer posible su satisfacción. [...] Freud construyó el psicoanálisis sobre el supuesto de que en último análisis el cuerpo moviliza la mente" (pp. 99-100).

⁷ “El análisis de la subjetividad puede ser considerado el foco compartido de las distintas aproximaciones fenomenológicas. [Todas] las variaciones de la fenomenología pueden ser consideradas teorías de la subjetividad en un sentido amplio” (Mertens, 2012, p. 168).

⁸ A mi parecer, el psicoanálisis no ha contado históricamente con una teoría explícita sistemática de la subjetividad ni cuenta hoy en día con ella. (Tal vez el psicoanálisis francés ha formulado una, pero no estoy suficientemente familiarizado con sus desarrollos.) El psicoanálisis clásico, incluyendo la psicología del yo, dispone de una teoría del aparato psíquico que algunos a lo largo de las últimas décadas han querido interpretar como una teoría de la subjetividad, pero en mi opinión ese esfuerzo desconoce que el término *subjetividad* no ha sido articulado conceptualmente para dar cuenta de un aparato psíquico. Tempranamente, George Atwood y Robert Stolorow (1993 [1979]) reconocieron la necesidad de que el psicoanálisis formulara una teoría de la subjetividad misma, que en sus intentos se fue transformando desde una fenomenología psicoanalítica, pasando por una teoría de la intersubjetividad, hasta llegar a una teoría de los sistemas intersubjetivos. Su trabajo a lo largo de más de cuatro décadas es quizás lo más cercano a una teoría psicoanalítica de la subjetividad con lo que contamos.

⁹ Recordemos que siguiendo a Jeremy Safran (2012) el inicio de la interrogación sistemática respecto de los supuestos filosóficos del psicoanálisis en un entorno dominado por el racionalismo técnico propio de la medicina norteamericana debe considerarse uno de los motivos fundamentales ligados al surgimiento del psicoanálisis relacional. Desde un punto de vista filosófico, el uso de los términos *encarnada* o *corporizada* para referirse a la subjetividad no es inocente; todo término trae consigo implicancias de significado que pueden permanecer inconscientes. Al hacer uso del término *encarnada* estamos desde ya insertos desde la perspectiva de la historia del significado del término en la tradición judeocristiana occidental; que la subjetividad sea encarnada evoca la idea religiosa de que existe un alma que habita un cuerpo durante la vida humana y que después deja ese cuerpo. Al hacer uso del término *corporizada* estamos de una u otra manera aún insertos en el dualismo cuerpo-mente; al añadir al concepto de subjetividad que esta es corporizada, es como si dejáramos abierta la puerta a la posibilidad de que la subjetividad pudiera de algún modo ser des-corporizada. Como sea, estos términos -que por lo común son empleados como traducciones del inglés *embodied*- han comenzado a ser utilizados con frecuencia en el discurso psicoanalítico contemporáneo, al igual que en muchas otras disciplinas (p. ej., las ciencias cognitivas, las neurociencias sociales, etc.), razón por la cual los mantendré en lo que sigue.

¹⁰ Por supuesto, entre todos estos conceptos existen diferencias y matices conceptuales que no nos pueden ocupar aquí. No obstante, todos apuntan a dar cuenta de la existencia de estructuras en la subjetividad.

¹¹ Me han preguntado en algunas ocasiones qué relación tiene lo revisado con la perspectiva psicocorporal caracteroológica reichiana y neo-reichiana, que ocupa un lugar relevante en el campo de la psicoterapia corporal (véase Heller, 2012). Sin poder entrar en este contexto en mayores detalles, me parece que la dimensión muscular de la coraza caracteroológica puede entenderse como un hábito en sentido merleau-pontiano al operar como prejuicio en la experiencia que el sujeto tiene de sí mismo, de los demás y del mundo. En consecuencia, las diferentes estructuras de carácter descritas por los teóricos de orientación reichiana (esquizoide, oral, narcisista, masoquista, etc.) corresponden a organizaciones psicocorporales de la experiencia con un principio organizador central. Ahora bien, al menos en Reich y Lowen, insertos plenamente en el mito de la mente aislada, tiende a predominar una visión de que la estructura de carácter del paciente se impone en la transferencia sin conceder un lugar relevante a aquello que despierta esa transferencia particular en el presente. Remito adicionalmente al trabajo de Marianne Bentzen (2006) y Jon Sletvold (2014).

¹² El concepto de la identificación proyectiva en su variante bioniana-comunicativa que kleiniana-intrapsíquica es usado por algunos teóricos relacionales (p. ej., Schore) y rechazado por otros debido a su arraigo original en la teoría pulsional (p. ej., Stolorow y Atwood).