



¿Existe una técnica en Psicoanálisis Relacional?

Carlos Rodríguez Sutil¹

Instituto de Psicoterapia Relacional, Madrid

En este trabajo intento distanciarme de forma matizada del psicoanálisis intersubjetivo de Stolorow y colaboradores, en su idea de que no existe un cuerpo distintivo de teoría clínica ni diagnóstico de los que puedan derivar recomendaciones “técnicas” que guíen la práctica. No obstante, la actitud del terapeuta se modifica dependiendo de los estilos propios de relación ante los diferentes estilos relacionales de los pacientes que atiende y esas diferencias requieren – en mi opinión - cierto modo de diagnóstico. Admitiendo que ninguna persona puede ser una pantalla totalmente en blanco, se acepta que la transferencia incluye las reacciones espontáneas y naturales del paciente ante la situación actual, en la que el terapeuta es un objeto real. El terapeuta que funciona en el registro de la responsividad óptima tiene en cuenta tanto los marcadores o señales que el paciente da de lo que espera de las respuestas del terapeuta, así como de las reacciones del paciente a las respuestas percibidas. Recorro, en especial, a las orientaciones de Bjørn Killingmo (1989, 2000) cuando sugiere que la tarea del analista es diferente ante sujetos que padecen una “patología de conflicto”, frente a los que padecen una “patología por déficit”.

Palabras clave: Psicoterapia Relacional, Diagnóstico y técnica, Transferencia, Contratransferencia, Patología por déficit, Patología por conflicto.

In this paper I try to differentiate in a nuanced way my point of view from that one of the intersubjective psychoanalysis represented by Stolorow and collaborators, regarding their opinion that there are no distinctive body of clinical or diagnostics knowledge that could be used to elaborate "technical" recommendations in order to guide our practice. Notwithstanding, therapist's attitude changes depending on his/her relational styles in interaction with the patients' diverse relational styles, and that change is informed – in my opinion - by some kind of diagnostic stance. Admitting the fact that nobody can behave as a totally blank screen, it is generally accepted that the patient's transference includes his/her natural and spontaneous reactions to the current real situation, situation in which the therapist is a real object. The therapist who works from the vantage point of an *optimal responsiveness* takes into account both the signs of what the patient is expecting from him/her, as well as the patient's reactions to the answer received. I have particularly in mind Bjørn Killingmo guidelines (1989, 2000), suggesting that the analyst's task is different depending on the patient suffers mainly from a "conflict" or from a "deficit" pathology.

Key Words: Relational Psychotherapy, Diagnostics and technique, Transference, Countertransference, deficit pathology, conflict pathology

English Title: Is there a Technique in Relational Psychoanalysis?

Cita bibliográfica / Reference citation:

Rodríguez Sutil, C. (2012). ¿Existe una técnica en Psicoanálisis Relacional?. *Clínica e Investigación Relacional*, 6(3): 515-527. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

Somos cuentos de cuentos

contando cuentos. Nada.

José Saramago

INTRODUCCIÓN

Una tesis defendida por los intersubjetivistas del grupo de Stolorow (Orange, Atwood y Stolorow, 1997) es que nuestro enfoque está reñido con las clasificaciones psicopatológicas y con las indicaciones técnicas. Orange (2010) ha afirmado recientemente que si utilizamos etiquetas diagnósticas cedemos a la tentación del reduccionismo esencialista que desatiende la complejidad de los parecidos de familia, por lo que deberíamos evitar esa y otras preconcepciones en nuestro trabajo clínico. Tener en cuenta que nuestra visión es producto de la perspectiva desde la que observamos puede facilitar nuestra actitud para aprender del paciente; de hecho la terapia avanza gracias a cambios en la perspectiva que surgen del diálogo. Debemos considerar nuestro trabajo como una tarea ética, la búsqueda de una vida decente para el paciente que sufre y para nuestro sufrimiento como acompañantes. Desde su perspectiva, no existe un cuerpo distintivo de teoría clínica ni recomendaciones “técnicas” que puedan ser derivadas de la teoría intersubjetiva. Cada tratamiento incluye a un analista con un determinado punto de vista y un paciente con unas características determinadas propias que entrarán en una interacción intersubjetiva peculiar y espontánea y, en principio, no previsible. El psicoanálisis busca iluminar los fenómenos que surgen en un campo psicológico específico, es una ciencia de lo intersubjetivo. Recurriendo a Aristóteles, afirman que la práctica psicoanalítica más tiene que ver con una *phrónesis*, un razonamiento práctico que siempre comprende lo universal y lo individual, y no tanto una *techné*, una técnica orientada a la producción, pues no hay un conocimiento previo sobre los medios correctos para lograr cualquier fin. Igualmente, el concepto de “técnica” incluye la idea de reglas correctas de actuación, que inducen a la obediencia, lo que reduce la influencia de la subjetividad individual.

Parte de esta crítica nos recuerda algunos de los argumentos utilizados por Heidegger (1987) en los llamados *Seminarios Zollikon*², que impartió entre 1959 a 1969, de manera un tanto dispersa, ante un auditorio de psiquiatras. Esta es la ocasión en la que Heidegger más se ha ocupado del psicoanálisis, así como de psicoterapia, en general, y de psiquiatría. Entre otras cosas, juzga que la metapsicología es inaceptable porque, en primer lugar, transfiere la teoría kantiana de la objetividad al estudio del hombre y, en segundo lugar, somete dicho estudio al paradigma de las ciencias naturales. Debido al primer movimiento Freud produce una objetivación inaceptable de la historicidad humana, tomando al hombre simplemente como algo *a la vista o presente*³. Por el segundo movimiento, Freud naturaliza al hombre como si fuera un proceso causal. El psicoanálisis no da la historia del ser humano

concreto sino una cadena de causas naturales. En esos seminarios Heidegger insiste en que el conocimiento producido por las ciencias naturales, en nuestro tiempo, no conduce a un futuro mejor ni, menos todavía, a la liberación del hombre sino, más bien, a su autodestrucción sin límites.

Los hallazgos de Freud, que Heidegger reconoce – como son los mecanismos de proyección, introyección, identificación, regresión y represión – deben ser *reinterpretados a la luz de una analítica existencial y se corresponden con una ontología regional*. Concede así gran importancia al descubrimiento de que los seres humanos enferman debido a relaciones traumáticas con otros seres humanos. Estos acontecimientos traumáticos deben ser tratados como casos del “ser con los otros” existencialmente interpretados, no como efectos en el sujeto de su modo de relacionarse con los objetos. También considera muy relevante el descubrimiento freudiano de que los trastornos psíquicos pueden ser curados a través de la relación de los pacientes con otros seres humanos – los terapeutas - pero como un modo particular de estar con los otros, no a partir de conceptos como el de “transferencia”.

Para la nueva práctica de la medicina debe ser creada una nueva antropología, la *antropología científica daseinanalítica*, el científico guiado por estas nuevas ideas observará e interpretará las formas humanas concretas de ser como manifestaciones de la estructura subyacente del *Dasein*, y no para elaborar “suposiciones” (metafísicas o metapsicológicas) sobre entidades ocultas que explicaran de manera causal estos mismos fenómenos, como si fueran acontecimientos naturales. Debe ser una ciencia descriptiva, no constructiva ni hipotética. Puesto que la vida del individuo es esencialmente un fenómeno histórico, y el tiempo existencial es circular, la comprensión deberá describir un movimiento también circular.

No voy a entrar ahora en la distancia que separa conceptualmente al psicoanálisis “intersubjetivo”, que encarnan estos autores, del “relacional” al que yo me adscribo pero, por lo que se verá en el resto de este trabajo, quizá la diferencia será un matiz de mayor radicalidad en Stolorow y colaboradores. Entiendo que la elaboración y propuesta de una técnica analítica relacional se enfrenta a dos obstáculos. El primero tiene que ver, en consonancia con lo dicho hasta ahora, con que cada situación analítica es personal, de dos personas y, por tanto, no totalmente generalizable. Pero algún conocimiento general acumulado hay en nuestro hacer es decir, esa sabiduría de la *phrónesis* de algún modo nos debe permitir la elaboración de reglas que, sin tomarlas como normas de obligado cumplimiento, sirvan para orientar la práctica futura. En otro caso, me pregunto, qué sentido tendría mantener la supervisión terapéutica de los compañeros. Admitiendo, lo que no es poco, que los compañeros veteranos fuéramos más “sabios”, qué apoyo tendría la inferencia de que esa sabiduría sirva para juzgar y orientar, de manera no dogmática, una interacción terapéutica en la que no nos hallamos presentes. E igualmente supongo que esa experiencia acumulada algo tiene que ver también con la diferenciación de tipos de personalidad. Aunque me siento inclinado a aceptar que la psicoterapia psicoanalítica debe asentarse en una analítica existencial, opino que el hombre no es solo persona sino que el

enfoque de ciencia natural, de técnica, nunca puede estar ausente de nuestra labor. Nuestra ciencia, en cuanto práctica, nunca será *nomotética* en exclusividad, pero un enfoque *idiográfico* puro corre también el riesgo de perderse en el detalle efímero. Sólo somos capaces de comprender mediante categorías, aunque nuestra ciencia sea comprensiva y no deba confundirse con una técnica cuantitativa posiblemente siempre estará a caballo entre lo humano y lo natural.

El segundo obstáculo es más de corte moral. Si intento ofrecer un inventario, aunque sea somero, de los diferentes contextos que se crean con diferentes tipos de pacientes, desde una perspectiva relacional, dejaría mis rasgos personales totalmente expuestos, mitad ejercicio de exhibición narcisista, mitad confesión y quizá confesión culposa. Este autodescubrimiento público es probablemente el motivo de que no se haya avanzado mucho en la elaboración de la contratransferencia hasta la llegada del enfoque relacional.

LA MATRIZ RELACIONAL EN PSICOTERAPIA

Una de las ocasiones privilegiadas en las que el grupo interno se pone de manifiesto es en el vínculo transferencial, no como algo que antes estuviera oculto – ya decía Freud que en la vida cotidiana se producen “transferencias”- sino como muestra del estilo relacional de la persona. Desde la tradición psicoanalítica, por *transferencia* se entiende el proceso mediante el cual se actualizan los deseos, principalmente inconscientes – pero también los sentimientos y los modos de relación - sobre los objetos actuales (repetición de prototipos infantiles), en especial dentro de la relación analítica pero no exclusivamente. Por otra parte, por *contratransferencia* se entiende la experiencia subjetiva y las reacciones, principalmente inconscientes, que surgen en el analista a partir de su implicación en la terapia con un paciente concreto. De forma más amplia, en la actualidad se puede afirmar que el dúo “transferencia-contratransferencia” se integra en el conjunto de fenómenos que componen la relación entre paciente y terapeuta. Se destacan en especial los aspectos no verbales en el manejo de la interacción, reduciendo así el rol de la interpretación como instrumento casi exclusivo de la psicoterapia psicoanalítica.

Para llegar a la concepción actual sobre la relación terapéutica se ha debido recorrer un largo camino. La versión de que la transferencia es un producto exclusivo del paciente ante la presencia de un analista neutral, que actúa como espejo o pantalla, fue la oficial hasta los trabajos de Merton Gill (1982) que subrayaron la imposibilidad de un terapeuta totalmente neutral y situaron la transferencia y la resistencia en el contexto de la relación interpersonal. A partir de entonces el significado del término cambió, de ser considerado una mera proyección a la idea de que las reacciones del paciente pueden apoyarse en deducciones acertadas a partir de indicios que el analista no puede evitar producir. La transferencia incluye las reacciones espontáneas y naturales del paciente ante la situación actual, en la que el terapeuta es un objeto real. Ninguna persona puede ser una pantalla totalmente en blanco.

Paula Heimann (1950) se sorprendió al descubrir que muchos candidatos a psicoanalistas se sentían culpables cuando tomaban conciencia de que experimentaban algún tipo de sentimiento hacia sus pacientes. Lo habitual era pretender controlar toda respuesta emocional y mostrarse “despegados” (*detached*). Heimann recuerda que Sándor Ferenczi (1932)– autor que por entonces no se solía citar - afirmaba que a veces el terapeuta debe expresar sus sentimientos de manera abierta. Heimann resaltó la importancia de la contratransferencia como instrumento para comprender al paciente, pero la tomaba como una creación exclusiva del paciente, una parte de su personalidad..

Si desde los orígenes del psicoanálisis se identificó la contratransferencia como un impedimento en el proceso del tratamiento, Freud (1912) también identificó en el analista un mecanismo positivo y facilitador, el *instrumento analítico*, como modelo para la sintonización empática (Cf. Lasky, 2002). El analista debe orientar hacia lo inconsciente emisor del sujeto su propio inconsciente mediante la *atención flotante*, como órgano receptor, sirviéndose así de su inconsciente *como de un instrumento*. Por otra parte, no ha de tolerar en sí resistencia ninguna, puntos ciegos que aparten de su conciencia lo que haya descubierto, para lo cual Freud recomienda, siguiendo a Stekel, que el analista debe someterse a un análisis previo. Este *instrumento analítico* puede tomarse, con ciertas modificaciones, como antecedente del método de la *observación participante*, tomado de las ciencias sociales – en concreto de la antropología cultural – y que Harry S. Sullivan introdujo en el psicoanálisis interpersonal norteamericano de los años cincuenta.

El psicoanálisis relacional actual integra los fenómenos antes dispersos de transferencia y contratransferencia en un “campo” co-construido como es la relación entre terapeuta y paciente. El acento se pone, si utilizamos las palabras de Stephen Mitchell (1988) en la *matriz interaccional* que se construye, tanto con la transferencia como con la contratransferencia, y en la capacidad mutativa de la interacción analítica, por encima de la interpretación. La transferencia no simplemente se completa con la contratransferencia, sino que la situación analítica es una construcción común de analista y paciente. El enfoque relacional se enmarca en un intento por superar la dualidad clásica sujeto-objeto (interior-exterior), también de la descripción del comportamiento como una secuencia de acción y reacción o de agente y paciente. En el campo común co-construido por paciente y terapeuta, se pueden mostrar los estilos básicos adquiridos históricamente por cada uno de ellos, pero dentro de una realidad nueva que es la interacción terapéutica en el aquí y ahora. La transferencia no tiene que ver tanto con la regresión, el desplazamiento o cualquier forma de distorsión, sino con la asimilación de la relación analítica a las estructuras del mundo subjetivo del paciente. Una forma más de organizar la experiencia y crear significado.

La práctica relacional está indagando sobre los aspectos curativos del propio desvelamiento del terapeuta, no solo de lo que se consideraría sentimientos contratransferenciales, sino también de su naturaleza y raíz en la historia personal y la forma de ser del terapeuta. Desde la actual psicología del self, en lugar del *principio de abstinencia* – una de las normas regias del psicoanálisis freudiano - se prefiere hablar de

responsividad óptima (Bacal y Herzog, 2003). El terapeuta que funciona en el registro de la responsividad óptima tiene en cuenta tanto los marcadores o señales que el paciente da de lo que espera de las respuestas del terapeuta, así como de las reacciones del paciente a las respuestas percibidas. Estas señales, presentes desde los primeros contactos, dan información muy valiosa sobre las necesidades de objeto sí-mismo que no han sido satisfechas por los cuidadores anteriores. La relación terapéutica se constituye como una segunda oportunidad para el desarrollo emocional, dentro del proceso analítico, que se ofrece, según comenta Ávila (2005), como una relación desconfirmadora de lo patógeno, con las características de un vínculo fundante complementario.

En este registro encontramos asimismo el concepto del *enactment* (p. ej. Hirsch, 1998; Maroda, 1998). “*Enactment*” es una conjunción intersubjetiva en forma de puesta en escena entre los dos partícipes del vínculo, basada frecuentemente en la sintonía comunicacional a nivel local, que puede incluir patrones de experiencia derivados de procesos antes categorizados de transferencia-contratransferencia. Es una escena breve y de intensa carga emocional, en la que ambos actúan, y que *a posteriori* adquiere un valor y sentido funcional al vínculo terapéutico y al proceso de cambio, sobre todo en la medida en que es reconocido y explorado por ambos en la mutualidad de experiencia que ha implicado.

Con J. Sandler (1976) se empieza a considerar el *enactment* como un hecho inevitable en el trabajo clínico, necesario para la creación de una relación de vínculo, sin por ello perder la neutralidad analítica. Si el paciente propone un rol y el analista no lo actúa, se corta un proceso de forma prematura, lo que es también una actuación de represión, restricción o prohibición del analista. Así pues, haga lo que haga el analista, siempre actúa, actuación que está apoyada en sus propias relaciones internas. Se cuestiona así la idea de un analista que interpreta una realidad en el paciente, desde fuera. Bien al contrario, el analista es siempre alguien que participa, actúa y luego intenta explicar algo de lo que ha ocurrido entre los dos. Al recuperarse el intercambio de siempre, lo sucedido debe ser comprendido como una puesta en acto de una escena intersubjetiva.

Creo no equivocarme si observo en el *enactment* un factor importante de autodesvelamiento. Uno de los asuntos más debatidos desde el psicoanálisis relacional es la posibilidad de mostrar o desvelar la propia contratransferencia (*self-disclosure*) ante el paciente (Cf. Renik, 1995; Meissner, 2002). Muchos terapeutas de orientación analítica aceptarán hoy en día que cuando se ha cometido un error importante, por ejemplo decir algo que con toda evidencia puede ser vivido por el paciente como un insulto o menosprecio, el terapeuta debe reconocerlo. El siguiente paso que consistiría en explicar al paciente con más detalle las razones históricas y hasta ese momento en su gran parte inconscientes, que llevaron al terapeuta a cometer el citado error, puede tener su lugar en un momento determinado de la terapia y ante un paciente que haya alcanzado un alto nivel de integración. A veces este tipo de aproximaciones son las más indicadas para favorecer el proceso de separación al final de una terapia. Por otra parte, aunque el enfoque relacional sea crítico con la extremada asimetría con que algunos han entendido el análisis ortodoxo,

debe quedar bien establecido que la relación terapéutica nunca podrá llegar a ser totalmente simétrica.

DIFERENTES ENFOQUES TERAPÉUTICOS

Clasifico las personalidades partiendo, por un lado, de las posiciones evolutivas – los *núcleos* (esquizoide, confusional, depresivo) - y, por otro, del área pulsional (agresividad, sexualidad) donde se presenten la mayoría de los conflictos del individuo, siempre en el plano interpersonal: sexualidad, agresión o indiferenciación (Rodríguez Sutil, 1991, 1995, 1998, 2002). Los tres niveles en que, según Kernberg (1975, 1984, 1992), se organizan las diferentes personalidades, se aplican a este esquema sólo de una manera relativa o aproximada. A mi entender, los sujetos con una organización neurótica de la personalidad son los que se agrupan en la posición o núcleo depresivo, además de la personalidad fóbica, en parte. Los prototipos de organización límite son el confuso y el explosivo-bloqueado. Finalmente, aunque si seguimos la lógica de los tres niveles habría que calificar a los del núcleo esquizoide como “límite bajo”, frente a lo que parece sugerir Kernberg, es raro que vivan situaciones de desequilibrio extremo. Son como los depresivos, a su manera, bastante estables. Hace tiempo llegué a la conclusión de que el concepto de “límite” es una dimensión de gravedad. Así, he tenido ocasión de observar casos de personalidad histriónica grave que habían sido diagnosticados como “límites” y, en cierto modo a la inversa, explosivo-bloqueados valorados como obsesivos (p. Rígida).

Sopeseamos las palabras de Brandchaft y Stolorow (1984) – de las que se deduce una recomendación técnica – en el sentido de que un paciente que presenta una organización primitiva, tratado según las recomendaciones de Kernberg, desplegará con rapidez todas las características que este autor adscribe a las personalidades de organización límite. Por otra parte, cuando al mismo paciente se le trata siguiendo los consejos de Kohut, pronto manifestará las características que éste atribuye al trastorno narcisista de la personalidad. Ante la confusión diagnóstica extrema que se adueña de la práctica clínica, no debe sorprender que las recomendaciones técnicas para situarse frente al paciente narcisista, dicho de forma genérica, se desplieguen en un amplio abanico. Kohut (1971, 1984) propone una buena sintonización empática, mientras que Kernberg (1975, 1992) sugiere confrontar al paciente con sus defensas y reacciones emocionales de envidia y odio.

Cada vez me parece más evidente, dándole la razón a Kohut, que el mejor modo de aproximarse al encuentro terapéutico es el de la sintonización empática, y no exclusivamente con pacientes narcisistas y límites. Una vez logrado un clima favorable, la confrontación con las defensas -con la consiguiente “desestructuración” que provoca- así como el uso de la interpretación, estarán más presentes en el trabajo con las personalidades de organización neurótica. Los pacientes de organización límite – explosivo-bloqueados y otros - que se presentan ya de por sí más o menos desestructurados y con alto nivel de ansiedad – narcisistas de piel fina -, requerirán un uso más constante de la empatía, junto con clarificación y confrontación. En conclusión, los estados límite se

construyen en un contexto intersubjetivo, como intersubjetiva es la misma relación terapeuta-paciente. El tratamiento de las personalidades narcisistas, como afirma Joan Coderch (2006), es una tarea que se resuelve “más allá de la interpretación” o, para ser más exactos, “más allá del contenido semántico de la interpretación” (p. 235).

No me parece que el trabajo con pacientes de corte más neurótico se presente más sencillo al terapeuta. Por ejemplo, cuando sentimos urgencia por dar una solución rápida al problema planteado por el paciente o la paciente, puede que hayamos caído de forma desapercibida en las redes seductoras de la personalidad histriónica. La actitud terapéutica ante el histérico es especialmente complicada, pues se requiere una acogida afable pero un mantenimiento firme de la distancia, es decir, de la neutralidad. A menudo el rencor hacia terceras personas que se han comportado de manera incorrecta o injusta con el sujeto puede indicar la presencia de una personalidad obsesiva.

A diferencia de Balint y de Winnicott, Fairbairn (1957) no considera que el objetivo de la terapia exija provocar una regresión en el paciente, quizá porque se enfrentó a más pacientes difíciles o en estado de regresión que sus colegas. Los pacientes más estables son los de organización neurótica, y si se pretende facilitar algún cambio profundo, es lógico que se pase por cierta forma de desorganización, desestructuración o regresión a modos de funcionamiento más tempranos. Eso no es posible con las personalidades de la posición esquizoide, pues si acaso se lograra -cosa improbable- el único lugar al que podrían “regresar” es a la psicosis. Las organizaciones límite, en cambio, se presentan ya con un algo nivel de desorganización. Los pacientes de organización límite suelen requerir una aproximación del terapeuta como orientador, que le ayude a aclarar las dinámicas de los sentimientos propios y su conocimiento sobre las reacciones emocionales de los que le rodean. Puede que sintamos deseos de compensar situaciones de abandono excediéndonos en nuestra actitud acogedora hacia personalidades fóbricas. La necesidad de aceptación total, que el fóbrico comparte con otras personalidades confusionales (explosivo-bloqueado, límite) (Rodríguez Sutil, 2002, 2005), puede despertar nuestro deseo de hipercompensar su fragilidad, desempeñando un papel inadecuado de ideal del yo, es decir, un modelo ideal que todo lo resuelve sin problemas aparentes. Esta tendencia se puede volver extrema cuando el sujeto muestra importantes rasgos de sumisión y dependencia, que nos ofrece la paradoja irresoluble: “tú debes ser independiente”.

Algunos pacientes obsesivos, con un cumplimiento formal de las instrucciones pero, a menudo, con poca implicación real en la tarea, puede llevar a cierta exasperación al terapeuta, cuando no al aburrimiento o a la somnolencia. Otro riesgo que amenaza la terapia con el paciente obsesivo es entrar en una discusión racionalizadora. Por último, sujetos predominantemente agresivos o esquizoides pueden despertar actitudes agresivas o defensivas en el terapeuta, el esquizoide lo que suele provocar es una sensación de extrañeza y distancia que se antoja insalvable. No responder a la agresión con la defensa o el contraataque, sino analizando las razones o confrontando con las actitudes, puede permitir que el paciente reflexione en lugar de actuar. Como último referente ante el paciente maltratador, recurro al consejo winnicottiano de que el terapeuta se ofrece para

ser usado, pero no abusado (Winnicott, 1969).

En este punto creo clarificador recurrir a la distinción entre patología de conflicto y patología de déficit que propuso Killingmo (1989). La tarea del analista en la patología de conflicto, propia de las neurosis – y de las personalidades neuróticas –, supone apoyar al yo en la aventura de enfrentarse con afectos e impulsos arcaicos, con representaciones objetales internalizadas que son con frecuencia proyectadas en el analista. El trabajo consiste en descubrir significados ocultos. Sin embargo, ante la patología por déficit el analista no intenta que el paciente descubra significados ocultos sino que experimente el significado mismo: “No se trata de encontrar algo más sino de sentir que algo existe”. Se debe intentar:

- 1) corregir y separar las representaciones sí-mismo-objeto distorsionadas o difusas, y
- 2) producir la estructuración de aspectos de las relaciones objetales que todavía no se han alcanzado en la evolución previa.

En este segundo nivel, las intervenciones del terapeuta no deben tener una naturaleza tanto interpretativa como afirmativa (p.ej. “lo que usted siente es correcto”, “eso le debió causar a usted una gran perturbación”), que Killingmo (1995, 2000) conecta con la labor de contención (Bion) o de sostenimiento (Winnicott). Comenta Coderch (2011, p. 123) que aunque en unos pacientes predomine más la patología por déficit o por conflicto, todos padecen alguna forma de déficit estructurales en su *self*. Al hablar de patología por conflicto intrapsíquico ya no se discurre, sigue diciendo, sobre la lucha entre pulsiones y defensas sino sobre la oposición entre distintas motivaciones o configuraciones relacionales. Por lo demás, el déficit es un hecho de observación fenomenológica en la clínica, mientras que el conflicto intrapsíquico del modelo clásico es una inferencia basada en la supuesta universalidad del complejo de Edipo.

Fonagy (1991, 2001; Fonagy y Target, 1996) describe el proceso diádico que lleva al desarrollo de la capacidad de mentalización en el niño. Para que el niño sea capaz de reflexionar sobre sus propios estados mentales, de jugar con sus pensamientos y moverse con confianza entre las percepciones de sus propios pensamientos, de la realidad exterior y de los pensamientos de los demás, debe tener la experiencia de un adulto que piense sobre su pensamiento – que imagine sus pensamientos y que los refleje hacia él de vuelta en una forma mejor elaborada. De manera análoga, el psicoanálisis, donde el psicoanalista piensa y habla sobre el pensamiento del paciente, puede servir para reparar defectos globales o focales en la capacidad de mentalización del paciente.

Cuando carece de mentalización – dice Fonagy – el paciente analítico enfrentado a la tarea de la autorreflexión, tiende a experimentar sinsentido, caos y terror innominado, puesto que el sentimiento y emociones, propios y ajenos, sólo pueden ser representados en un nivel primario, y no se puede reflexionar o pensar sobre ellos. La representación de las propias ideas y deseos puede formar el núcleo de una identidad coherente y madura, por tanto, la mentalización sirve para incrementar la capacidad de individuación. Si el paciente utiliza la capacidad de mentalización del terapeuta para mantener su propia

identidad, la dependencia hacia el terapeuta puede ser absoluta, con un vínculo adherente hacia el mismo. Ahora bien, considero que cierta forma de dependencia, normalmente no tan extrema, es inevitable en todo proceso terapéutico exitoso, pues el paciente requiere siempre de la capacidad de mentalización del terapeuta. Ahora bien, para la buena marcha de ese proceso también es necesario que se cumpla la inversa, es decir, que el terapeuta pueda aprovechar la capacidad de mentalización del paciente.

Winnicott, en dos brillantes artículos – *Odio en la Contratransferencia* (1947) y *La Agresión en relación con el desarrollo emocional* (1950) – considera que la agresividad y el odio del analista son inevitables. Que el terapeuta manifieste su odio, sobre todo en momentos avanzados de la terapia, sirve para marcar los límites – tan necesarios en el desarrollo como en la terapia – facilitar el crecimiento y la separación posterior.

Antes de terminar me gustaría destacar la importancia del diagnóstico de la personalidad –salvando el riesgo de cosificación que implica– como elemento imprescindible para un buen enfoque terapéutico, pero que nunca debe tomarse como una realidad monolítica (Ávila, Rodríguez-Sutil y Herrero, 1997). Somos cuentos de cuentos, es decir, abarcamos historias y mecanismos diferentes que pueden activarse en momentos inesperados. Cada constelación relacional que se produce en una nueva situación terapéutica requerirá una buena dosis de actitud creativa, tanto en uno como en otro miembro de la dupla terapéutica.

Como consejo práctico general, me parece que una de las observaciones más perspicaces se deben a Joan Coderch, expresada en forma negativa:

No hacer nada para esconder la propia realidad, cosa que ya hemos visto que es imposible: No hacer nada para presentar una imagen anónima y opaca: No hacer nada para evitar el trato natural y sencillo que surge espontáneamente, y no hacer nada para sustituirlo por la actitud fría y reservada de la “distancia analítica”. No hacer nada para ocultar los deseos de ayudar que el analista siente hacia el paciente. No hacer nada para enfatizar, por todos los medios, que el analista es absolutamente “neutral” (...) Y no hacer nada para disimular lo profundamente implicado que, tanto a nivel afectivo como cognitivo, se encuentra todo analista en el curso de un proceso analítico que merezca tal nombre. (2011, pp. 178-9)

REFERENCIAS

- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 2, 195-220.
- Ávila Espada, A., Rodríguez Sutil, C y Herrero Sánchez, J.R. (1997) Evaluación de la Personalidad Patológica. Nuevas Perspectivas. En A. Cordero (comp.) *Evaluación Psicológica en el año 2000*. Madrid: TEA.
- Bacal, H.A. y Herzog, B. (2003). Specificity theory and optimal responsiveness. An Outline.

Psychoanalytic Psychology, 20, 4, 635-648.

Brandchaft, B. & Stolorow, R. D. (1984), The borderline concept: Pathological character or iatrogenic myth? En *Empathy II*, ed. J. Lichtenberg, M. Bornstein, & D. Silver. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, pp. 333-357.

Coderch, J. (2006). *Pluralidad y Diálogo en Psicoanálisis*. Barcelona: Herder.

Coderch, J. (2011). *La Práctica de la Psicoterapia Relacional*. Madrid: Ágora Relacional.

Fairbairn, W.R.D. (1957). Psychoanalysis and Mental Health. En *'From Instinct to Self'. Selected Papers of W.R.D. Fairbairn*. David E. Scharf & Ellinor Fairbairn Birtles (1994) (eds.) N.J.: Jason Aronson (vol. I, caps. 3). (Freud, the psychoanalytical method and mental health. *British Journal of Medical Psychology*, 30, 2, 53-61.

Ferenczi, S. (1932). *Diario Clínico*. Buenos Aires: Amorrortu.

Fonagy, P. (1991). Thinking about Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.

Fonagy, P. (2001 a). The Psychoanalysis of Violence. *Paper presented to the Dallas Society for Psychoanalytic Psychotherapy March 15, 2001*.

Fonagy, P. y Target, M. (1996). Playing with reality I. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-33.

Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *Obras Completas*. Tomo XII (107-119). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1985.

Gill, M.M. (1982). *The Analysis of Transference. Vol. 1: Theory and Technique*. New York: Int. Univ. Press.

Heidegger, M. (1987). *Zollikon Seminars. Protocols-Conversations-Letters*. M. Boss (ed.). R. Askay & F. Mayr (trs.). Northwestern University Press: Evanston, IL, 2001.

Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.

Hirsch, I. (1998). The Concept of Enactment and Theoretical Convergence. *Psychoanal Quaterly*, 67, 78-101.

Kernberg, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Paidós, 1997.

Kernberg, O. (1984). *Trastornos Graves de la Personalidad: Estrategias psicoterapeutas*. México: El Manual Moderno, 1987

Kernberg, O. (1992). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós, 1994.

Kernberg, O. (1996). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. En J.F. Clarkin y M.F. Lenzenweger (comps.). *Major Theories of Personality Disorders*. Nueva York: Guilford.

Killingmo, B. (1989). Conflict and Deficit: implications for technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 65-79.

Killingmo, B. (1995). Affirmation in Psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76,

503-518.

Killingmo, B. (1999). Revisión de la denominada “Regla de Abstinencia”. *Intersubjetivo*, 1,1, 65-78.

Killingmo, B. (2000). Una perspectiva de escucha psicoanalítica en un tiempo de pluralismo. *Intersubjetivo*, 2, 1, 5-22.

Kohut, H. (1971). *Análisis del Self*. Buenos Aires: Amorrortu.

Kohut, H. (1984), *How Does Analysis Cure?* Ed. A. Goldberg & P. E. Stepansky. Chicago: University of Chicago Press.

Lasky, R. (2002). Countertransference and the Analytic Instrument. *Psychoanalytic Psychology*, 19, 1, 65-94.

Maroda, K. J. (1998). Enactment. *Psychoanalytic Psychology*, 15, 517-535

Meissner, W. W. (2002), The problem of self-disclosure in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 3, 827-867.

Mitchell, S. (1988). *Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración*. Mexico: Siglo XXI editores.

Orange, D.M. (2010). *Thinking for Clinicians. Philosophical Resources for Contemporary Psychoanalysis and the Humanistic Psychotherapies*. Nueva York: Routledge.

Orange, D.M., Atwood, G.E. y Stolorow, R.D. (1997). *Working intersubjectivity: Contextualism in psychoanalytic practice*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Renik, O. (1995). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self- disclosure. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 466-495.

Rodríguez Sutil, C. (1991). Diagnóstico de los Prototipos de la Personalidad y de sus Trastornos. *Clínica y Análisis Grupal*, 13, 1, 66-87.

Rodríguez Sutil, C. (1995). Clasificación y diagnóstico de la personalidad. *Clínica y Salud*, 6, 161-173.

Rodríguez Sutil, C. (1998). Agresividad y evolución de la personalidad. Un enfoque dinámico-vincular. *Clínica y Análisis Grupal*, 20, 3, 381-399.

Rodríguez Sutil, C. (2002). *Psicopatología Psicoanalítica. Un Enfoque Vincular*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Rodríguez Sutil, C. (2005). El concepto de “carácter” en psicoanálisis. Sobre una patología sin síntomas. *Intersubjetivo*, 7, 1, 5-27.

Sandler, J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3, 43-47

Strachey, J. (1934). The Nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, 275-93.

Winnicott, D.W. (1947). El Odio en la Contratransferencia. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós, 1999.

Winnicott, D.W. (1950). La Agresión en relación con el desarrollo emocional. En *Escritos de*

Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona: Paidós, 1999.

Winnicott, D.W. (1969). El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones. Capítulo 6 de *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa, 1972.

Original recibido con fecha:22-2-2012 Revisado:19-10-2012 Aceptado para publicación: 24-10-2012

NOTAS

¹ Carlos Rodríguez Sutil es Doctor en Psicología, Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Presidente del Instituto de Psicoterapia Relacional. Autor de numerosas obras, entre ellas: *El cuerpo y la mente. Un ensayo de antropología Wittgensteiniana* (Madrid: Biblioteca Nueva); *Introducción a la obra de R. Fairbairn. Los orígenes del psicoanálisis relacional* (Madrid: Ágora Relacional).

² Heidegger, 1987. Zollikon es una localidad suiza donde habitaba Medard Boss, psiquiatra suizo que se puso en contacto con Heidegger en la posguerra y publicó varios trabajos sobre análisis existencial.

³ *Vorhanden*. Como una realidad efectiva, o *Wirklichkeit*.