

Tratando de hacer lo (Im)Posible: Estado del Self Terapéutico y Experiencias Relacionales en Psicoanálisis¹

Hélder Chambel²

Tavira, Portugal

Este trabajo es una reflexión sobre mi crecimiento como psicoterapeuta. Comparto mis experiencias relacionales con algunos de mis pacientes, tratando de encontrar una lectura teórica para el funcionamiento de la mente del paciente, la mente del terapeuta y el encuentro de las mentes en la terapia psicoanalítica. Exploro la idea de un estado del Self terapéutico para ayudarme a comprender los orígenes más profundos de mis respuestas y mis actitudes clínicas hacia mis pacientes. Llego a la conclusión de que la transformación en psicoanálisis procede de la experiencia relacional terapéutica, emocional, no de la interpretación racional, y que la esencia de las respuestas clínicas a los pacientes procede de los traumas del psicoterapeuta.

Palabras clave: Terapia Psicoanalítica; Experiencias Relacionales en Psicoanálisis; Múltiples Estados del Self; Estado del Self Terapéutico; Intersubjetividad; Trauma; Disociación; Regulación Emocional.

This paper is a reflection on my growth as a psychotherapist. I share my relational experiences with some of my patients, trying to find a theoretical reading for the functioning of the patient's mind, the therapist's mind, and the meeting of minds in psychoanalytic therapy. I explore the idea of a therapeutic self-state to help me understand the deeper origins of my clinical responses and attitudes toward my patients. I conclude that transformation in psychoanalysis comes from emotional, therapeutic relational experience, not rational interpretation, and that the essence of clinical responses to patients comes from the psychotherapist's traumas.

Key Words: Psychoanalytic Therapy; Relational Experiences in Psychoanalysis; Multiple Self-States; Therapeutic Self-State; Intersubjectivity; Trauma; Dissociation; Emotional Regulation.

English Title: Trying to do the (Im)possible: Therapeutic Self State and Relational Experiences in Psychoanalysis

Cita bibliográfica / Reference citation:

Chambel, H. (2025). Tratando de hacer lo (Im)Posible: Estado del Self Terapéutico y Experiencias Relacionales en Psicoanálisis. *Clínica e Investigación Relacional*, 19 (1): 124-143. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2025.190110

¹ Conferencia pronunciada en el Instituto de Psicoterapia Relacional, Madrid (España) el 10 de Enero de 2025.

² Hélder Chambel es padre de Marta, Joana y Dinis. Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta Psicoanalítico. Ha trabajado como psicoterapeuta en varios organismos del Estado portugués. Colabora con la Universidad Algarve (Ualg) como profesor invitado. Miembro Titular, Supervisor y Formador de *PsiRelacional - Associação de Psicanálise Relacional*, Lisboa. Miembro de la Junta Directiva de *PsiRelacional* y del Consejo Editorial de la Revista *PsiRelacional*. Autor de: *Cara a Cara. La creación del psicoterapeuta* (Madrid: Agora Relacional, 2023, EE8)

Jueves, 10.30h, António se sienta, me mira y grita: "*¿Me puedes explicar qué estamos haciendo aquí? ¿Para qué te pago? Sufro, Hélder, ¿cuántas veces tengo que decirte que sufro? Sufro, joder. ¿Y tú qué haces? Dime, ¿qué haces? Hablas, sólo hablas, lo que haces es nada, lo que haces es eso: nada*". Y sin saber qué decir, triste y frustrado, dije: "*Tal vez António, tal vez no sea suficiente, pero estoy aquí contigo...*" y António dijo: "*Púdrete, Hélder, Púdrete*". Estuvimos en silencio durante 20 minutos, después de los cuales le pregunté. "*¿Por qué vienes aquí António?*" y él responde: "*Por el silencio, es el único lugar en mi vida donde tengo silencio dentro de mí*".

Lunes, 9.30h, llega María y me dice: "*He roto con Francisco, me he enterado que tiene otra mujer...*" y le digo: "*¿qué quieres decir María?*", me quedé asombrado, se trataba de una relación de más de 20 años, 3 hijos pequeños, el tema de la separación nunca se había tratado en terapia, y María: "*se acabó, no quiero ni verle, tenía otra mujer, vi sus encuentros en el móvil*". Silencio, y yo: "*vale, lo entiendo, ¿pero ahora qué María?*". Y María: "*Ahora me apetece follar con un tío, eso es lo que me apetece, follar. ¿Crees que es normal? Sólo quiero follar*" Y yo no sé qué decirle a María, rota, sufriendo, pero lo único que puede decir es que quiere follar.

Miércoles, 11.30h de la mañana, primera cita para un niño de 13 años, institucionalizado, víctima de abusos sexuales por parte de su padre. Al cabo de diez minutos, se levanta, viene hacia mí jugueteando con sus pantalones y me pregunta: "*¿quieres chupármela?*" Y yo, sorprendido y enfadado: "*siéntate, siéntate, André, por favor, siéntate*". Semanas más tarde me enteré de que André había sido víctima de abusos sexuales por parte del jardinero de la institución donde vivía, adonde lo habían enviado para protegerlo de los abusos sexuales de su padre. André me lo contó con la naturalidad de quien cree que es natural sufrir abusos sexuales.

Una chica de 15 años, también abusada sexualmente, me dijo en medio de una sesión: "*Me he quedado sin dinero, Hélder, ¿no quieres follarme por 10 euros?*". No pude decir nada, me quedé en blanco, Raquel debió pensar que me había dado algo malo, y me preguntó: "*¿Estás bien, Hélder? ¿Quieres un poco de agua con azúcar?*". Me recuperé y seguimos hablando de por qué necesitaba el dinero y de otras formas de tener dinero sin vender su cuerpo, ella no lo entendía, tener sexo por dinero le parecía natural.

Un martes de 2016 recibí un mensaje de Isaura. A Isaura le pasó lo siguiente, tenía 8 años, un día su madre salió de casa para ir a trabajar y le dijo: "*No salgas de casa, cuida de tu hermana...*". Isaura no entendía por qué tendría que cuidar a su hermana de 16 años, no hizo caso a lo que le dijo su madre y salió a jugar con sus amigas, volvió al cabo de unas horas y encontró a su hermana muerta, con las muñecas cortadas en una bañera llena de

sangre. En ese mensaje de 2016 me decía: *"Hélder, no voy a venir más a tus citas, en las últimas sesiones te miro y te veo sin cabeza, estás decapitado con la cabeza al lado del sofá, en un charco de sangre, estás bañado en sangre. es demasiado para mí. No voy a hablar más contigo"*. Solo volví a ver a Isaura en 2018, me envió un mensaje en el que me llamaba *"querido hermano"* y me preguntaba si podíamos empezar a vernos de nuevo, me dieron ganas de llorar cuando leí ese mensaje.

El viernes a las 9.30h de la mañana, Carla, de 12 años, me cuenta llorando compulsivamente que su madre va a morir de una enfermedad terminal. Me dijo que ya le había explicado a su hermano de cinco años que su madre se iba a convertir pronto en una estrellita, de esas que brillan en el cielo nocturno, y que eso era para alegrarse, y mientras me lo contaba, sus labios esbozaban una hermosa sonrisa y las lágrimas caían por su rostro. Lloré cuando se fue y me dejó solo en la consulta.

Sábado, 10 de la mañana, António entra en la consulta gritando: *"joder, me quieren matar, hijos de puta, me quieren matar, me van a matar los cabrones"*, y yo con los ojos muy abiertos: *"¿pero ¿quiénes son António?"*. Y António: *"¡No lo sé, dímelo tú, no lo sé, lo único que sé es que me quieren matar! Ayúdame!"* Y yo no sé qué decir, no digo nada, lo que desespera aún más a António. Más tarde supe que cuando António era niño, la madre de António, en medio de violentas discusiones con el padre de António, amenazaba a menudo con suicidarse y matar a su hijo, António.

Miércoles, 10.30h, sesión de supervisión con Rita, ella entra en la consulta, empieza a llorar, dice: *"Hélder, estoy muy mal, he cancelado todas mis sesiones de los dos últimos días... no puedo trabajar"*. Y yo le digo: *"¿Qué pasa Rita?"*. Y Rita me explica: *"Tania se suicidó... el funeral es mañana, no sé qué hacer si voy al funeral o no... por favor ayúdame... me siento tan mal, no sé si podré volver a trabajar..."*. Rita es una buena psicóloga, Tânia era una paciente de la que ya habíamos hablado, teníamos miedo de que se suicidara, intentamos tomar las mejores decisiones en cada momento, pero no pudimos... Durante esta supervisión estábamos muy tristes, pensando en lo que habíamos hecho. Cuando terminó la supervisión, me enfurecí, pateé las puertas del despacho y acabé saliendo a la calle mientras decía, joder, joder, y todo tipo de palabrotas, una detrás de otra, sin ningún sentido.

Compañeros, este es nuestro día a día. Hemos elegido una profesión de inmensa complejidad. Nunca estamos seguros de lo que ocurre entre nosotros y las personas que nos piden ayuda. Lo hacemos lo mejor que podemos, pero por mucho que nos gustaría que fuera de otro modo, nunca sabemos realmente lo que estamos haciendo con cada uno de nuestros pacientes. Sin romantizar ingenuamente, ser terapeuta es un reto

inmenso, elegimos la invención de Freud, elegimos la *profesión imposible*, y eso, conociendo la imposibilidad de lo que hacemos, quién sabe, puede que empecemos a saber algo de lo que hacemos.

Recuerdo mi primera consulta, tenía veintipocos años, estaba en prácticas en un centro de salud, era un martes, las 11 de la mañana, estaba muy ansioso. En mi cabeza bailaban los diagnósticos que había estudiado en mis clases de psicopatología, estructuras de personalidad, neuróticos y psicóticos, límites, depresivos y psicosomáticos, estaba dispuesto a entender cómo la relación con la madre y el padre había desembocado en la psicopatología del adulto que ahora estaría frente a mí.

Me armé de valor y me dirigí a la sala de espera donde me esperaba João, y llamé: "*João Manuel*", y bueno... un hombre de unos 40 años, de casi dos metros de altura, se levantó, dio dos pasos hacia delante, me miró y me preguntó: "*¿Es usted el psicólogo?*". Y yo, con los ojos muy abiertos y mirando hacia arriba, dije: "*Sí, soy...*", sin convicción, y él, mirándome, con cara de aburrimiento ante un psicólogo tan novato, se encogió de hombros y suspiró, no puedo ni describir lo pequeño que me sentí.

Entramos en la consulta, y João me preguntó cuánto tiempo llevaba de psicólogo, no dije que era mi primera consulta, me daba vergüenza, dije que estaba en prácticas, pero que haría lo posible por ayudar. João me preguntó si era de esa ciudad, le expliqué que no, que había venido a hacer las prácticas, y pasamos a hablar de la ciudad de João, me recomendó lugares para visitar y restaurantes donde comer, también hablamos de la ciudad donde yo vivía, que João conocía bien, y estuvimos hablando durante una hora de nuestras ciudades y de otros asuntos triviales como el transporte público y las dificultades para aparcar. Por un momento se me pasó por la cabeza que todo aquello era absurdo y que mi supervisora fliparía cuando le contase lo que había pasado, yo era psicólogo, tenía que hacer algo clínico. Al cabo de una hora me armé de valor y le pregunté: "*Pero João, ¿por qué has pedido cita con un psicólogo?*" João bajó la cabeza y dijo: "*Bueno, no pensé que tendría el coraje de hablar de esto, pero bueno, aquí va, tengo novia, he tenido otras novias y todo ha estado bien, no hay nada malo con mi pene, tengo erección, de verdad, necesito que me creas, tengo erecciones, pero cuando se trata de hacer el amor con mi novia nunca lo hago, mi pene se queda sin fuerza, no entiendo, el médico me recetó pastillas y un psicólogo, por eso estoy aquí... ¿Puedes explicar esto? ¿Sabes lo que me pasa?*" No se lo dije a mi supervisora, por vergüenza, pero lo que le dije a João, en medio de mi sorpresa y confusión, fue: "*No João, no lo sé...*".

Cuando describí la consulta a mi supervisora, se enfadó conmigo. Para su consternación, yo no tenía ni idea de un psicodiagnóstico, no había hecho ninguna anamnesis, no había

iniciado ningún protocolo de evaluación con escalas de ansiedad y depresión, no sabía nada de mecanismos de defensa. Todo lo que sabía era que João podía ser una persona muy agradable, que trabajaba en turnos de noche en una fábrica, que su jefe era muy arrogante, y que a menudo iba a la ciudad donde yo vivía a ver películas en el mismo cine que yo, habíamos visto las mismas películas en los últimos meses, y bueno... Sabía que cuando se trataba de tener relaciones sexuales con su novia, el pene de João tomaba decisiones que iban en contra de sus deseos... Además, le dije, en broma, que me había enterado de los mejores sitios para comer en la ciudad, y eso era algo importante. Pero a ella no le hizo gracia, pensó que yo era poco profesional.

La idea de mi supervisora era reunir suficiente información para poder hacer interpretaciones, me decía: «la curación viene de hacer consciente lo inconsciente, si no tienes información ¿cómo vas a hacer interpretaciones?». Para mi supervisora, yo debía saber lo que había pasado en esa consulta, debía adivinar el inconsciente del paciente, pero yo no sabía, sólo sabía que no lo sabía.

En la universidad me enseñaron que «a una causa le corresponde un efecto», me enseñaron a ser objetivo, me enseñaron que si hago las cosas de una determinada manera obtendré un determinado resultado, y que si el resultado no llega es porque estoy haciendo las cosas mal. Me enseñaron que el mundo era mecánico y predecible. Me enseñaron que la realidad era lineal y que las leyes universales podían descubrirse mediante la verificación empírica. Me dijeron que para observar había que separar el objeto del sujeto y observar sólo con la razón, sin emoción. Me dijeron que la ciencia era «exacta» y que el mundo era una «máquina perfecta» regida por leyes universales. El pensamiento moderno ha permitido un enorme desarrollo en medicina, tecnología y muchas otras áreas. Ha aportado inmensos beneficios a la humanidad, llevándonos a avances sin precedentes en bienestar y salud. La ciencia fue etiquetada con el sello de la credibilidad, de la «verdad». Es el paradigma científico vigente en las escuelas, las universidades, nuestros lugares de trabajo, en todas partes.

Freud, en el espíritu de su época, siempre quiso que el psicoanálisis fuera una ciencia positivista. Aunque constituyera una subjetividad para el sujeto, algo revolucionario para la época, Freud (1913) hablaba de una mente biológica, heredada filogenéticamente, igual en todos nosotros, donde a una causa (inconsciente) corresponde un síntoma (un efecto), y en la clínica hablaba de un observador que no formaba parte de la experiencia observada (1913a). No importaba qué psicoanalista estuviera detrás del diván, las conclusiones serían siempre las mismas. Freud pensaba que nuestras mentes eran todas

iguales. Si controlas las variables que interactúan, sabes lo que va a pasar; para Freud, el inconsciente era una variable controlable, así que es posible predecir lo que va a pasar.

Y así empecé, el Diagnóstico, el Inconsciente, los Mecanismos de Defensa, las Relaciones Objetales, la Transferencia Agresiva y Erótica, las Interpretaciones, la toma de conciencia del inconsciente, una cierta distancia afectiva de los pacientes, y la Interpretación Mutativa de Strachey. Winnicott, Bion y Ferenczi cambiaron un poco mi forma de hacer terapia. Ferenczi (1933) con su teoría del trauma y la acogida, Winnicott (1988) con los peligros de la intrusión y la madre suficientemente buena, Bion (1970) con los misterios de la *rêverie*. Con estos autores, yo desempeñaba una función, para que los pacientes pudieran reanudar el desarrollo allí donde, debido al fracaso del entorno, había quedado en suspenso, y eso era algo diferente.

Esencialmente, en mi forma de pensar, durante muchos años fui un verdadero positivista, a una causa correspondía un efecto, y tenía un método de tratamiento centrado en la toma de conciencia del inconsciente y en la realización de una función. En realidad, siempre me sentí incómodo en este lugar. Principalmente por dos razones: por un lado, me parecía que la lectura intrapsíquica de las relaciones objetales podía tener sentido, pero no bastaba para explicar el funcionamiento de nuestra mente. Por otro lado, mis consultas eran impredecibles y la lectura de que lo que ocurría en terapia era el resultado del mundo intrapsíquico de los pacientes me parecía muy reductora de la inmensa complejidad que encontraba en cada terapia.

Además, me desentendía fácilmente de la necesidad de distancia afectiva y de las rígidas normas técnicas de regularidad y duración de las citas, y varios supervisores me dijeron que me costaba poner límites. También estaba la certeza, la verdad psicoanalítica, que me colocaba en una posición de «dueño de la verdad» en la que el paciente sabía menos de su vida que yo. Esta posición nunca me resultó cómoda, pensaba que no era cierta y que desde el punto de vista clínico no era algo bueno para el paciente; sólo más tarde, con el concepto de mutualidad asimétrica de Lewis Aron (1996), llegué a encontrar una conceptualización teórica y algo de paz en relación con esta cuestión.

De hecho, sabía que no lo sabía, en mi primera consulta con João, sabía que era imposible saber todo lo que había pasado. Todo había sido demasiado complejo desde el momento en que dije "*João Manuel*" y él se levantó y dio dos pasos hacia delante. Había demasiadas variables interactuando. Lo que sentí y cómo reaccioné cuando João me preguntó: "*¿Eres el psicólogo?*", el conjunto de comunicaciones implícitas, la forma en que cada uno de nosotros se relacionaba, la forma en que respondí cuando me preguntó cuánto tiempo hacía que era psicólogo, todo lo que ocurrió determinó lo que pasó después. Sabía que

no era posible describir por completo aquella consulta. No era posible tener una verdad sobre la subjetividad de João.

El pensamiento moderno asume que se pueden controlar las variables que interactúan. La medicina, con razón, funciona según este modelo: si alguna vez me operan del corazón, quiero que sea según este paradigma científico, con un protocolo que se ha probado miles de veces, y quiero que ese protocolo se siga rígidamente. Como todos nuestros corazones funcionan de la misma manera, podemos controlar las variables que interactúan. La psicología quería trabajar sobre el mismo modelo, la idea de diagnosticar el funcionamiento de nuestra mente como diagnosticamos los demás órganos del cuerpo y la idea de un protocolo de intervención basado en el diagnóstico, supone que nuestras mentes funcionan todas de la misma manera, pero no, a diferencia de nuestros ojos, nuestras células o nuestros pulmones, nuestra mente es irrepetible. En el desarrollo de nuestra mente o en una sesión de psicoterapia, no podemos controlar las variables que interactúan. Creo que empecé en nuestra profesión con un error inicial, debido al desconocimiento de algunas áreas del psicoanálisis, como los autores interpersonales, o de otras áreas, como la filosofía o la neurociencia.

Conocer a autores de las teorías de la complejidad como Edgar Morin, profundizar en las teorías contemporáneas del apego, conocer a algunos autores de la neurociencia y leer a autores del psicoanálisis relacional como Robert Stolorow, cambiaron mi perspectiva y mi forma de hacer terapia. Estos conocimientos fundamentaron muchas de las cosas que ya sabía, pero para las que no tenía nombres, y fundamentaron muchas de las cosas que ya hacía con los pacientes. Hoy sé que la psicoterapia es un sistema complejo con innumerables variables en interacción y en permanente transformación. Hoy sé que nuestra mente es un sistema altamente complejo, que es un proceso adaptativo de nuestro organismo a los sistemas en los que se inserta. Hoy sé que en la consulta con João no sabía, ni podía saber.

António Damásio (1994), en un libro con el interesante nombre de «El error de Descartes», nos dice que el modelo positivista de la ciencia no sirve para entender nuestra mente. Puede explicar bien cómo funciona una neurona, o cómo funcionan diferentes partes del cerebro, pero no puede explicar cómo funciona la mente. La mente humana es un sistema complejo que sólo puede entenderse si se estudia en toda su complejidad. Su división en partes (neuronas, áreas, estructuras, etc.), aunque muy útil para muchas cosas, no nos permite comprender el surgimiento de la mente. La mente surge de múltiples variables del cuerpo en interacción con el entorno, surge como un

todo. El Pensamiento Complejo es necesario para estudiar las estructuras de los sistemas y la interacción de estas estructuras con los sistemas de los que surge la mente.

Nuestras mentes no existen aisladas. Una persona puede ser una isla, pero necesita un mar de gente para serlo. Juan Coderch (2013) define un sistema como un conjunto de elementos que se relacionan entre sí de tal manera que cada elemento existe en función de otro. El sistema en su conjunto interactúa con su entorno, y esta interacción lo convierte en un sistema abierto que intercambia energía e información: el ser humano es un sistema abierto. Este sistema interactúa con otros sistemas, con otras mentes, pero también con sistemas sociales, culturales, ecológicos y mucho más amplios, como el planeta y el universo. Los sistemas abiertos son dinámicos; cambian cuando cambian otros sistemas. El nivel de complejidad del mundo y de las mentes exige que estudiemos procesos en movimiento y no procesos estáticos. Nuestra mente es un proceso en movimiento y no estático y cerrado. Cuando estudiamos una mente, tenemos que estudiar un sistema.

Puedo imaginar 8.000 billones de mentes interconectadas, directa e indirectamente, puedo imaginar el intercambio de energía e información entre ellas, puedo imaginar 8.000 billones de mentes conectadas con el entorno, con las ciudades, los países y el universo. Una de esas mentes es la mía. Y puedo imaginar este sistema en continuo movimiento durante 13.000 billones de años, constituyendo una memoria del sistema que forma parte de todos nosotros. Un movimiento en constante transformación, de los cuerpos, los ecosistemas, el universo y nuestras mentes. Es de esta complejidad en constante movimiento de donde proceden nuestra mente y nuestra salud mental. Por ejemplo, es a partir de la memoria de los sistemas, transmitida intergeneracionalmente, que comprendemos legados culturales traumáticos como el racismo o las perspectivas sobre lo femenino.

La entrada de energía e información en este sistema influye en nuestra salud mental. Imaginemos que mañana recibimos la noticia de la NASA de que la luna va a explotar la semana que viene. ¿Cómo sería nuestra salud mental? Es a partir de esta conciencia que sabemos, por ejemplo, que la conciencia del cambio climático es un problema de salud mental, el mundo se vuelve más inseguro y genera inseguridad en nosotros, atribuir la inseguridad de nuestros pacientes en este tema a aspectos internos puede ser retraumatizante, a la manera de Ferenczi (1933), una desmentida traumática.

Cuando recibimos a un paciente, tenemos que estudiar los sistemas en los que se inserta: los aspectos culturales, familiares, económicos, laborales, religiosos y políticos, el lugar donde vive la persona, cómo se gana la vida y en qué condiciones, son todos aspectos

importantes si queremos entender cómo se adapta la persona a los sistemas en los que se inserta. Por ejemplo, no es lo mismo vivir en Madrid siendo un hombre español, blanco y heterosexual, que siendo una mujer extranjera, negra y homosexual. Sólo podemos entender a nuestros pacientes y ser empáticos si comprendemos los esfuerzos que hacen para adaptarse a los sistemas en los que están y si entendemos los sistemas de los que proceden sus mentes.

Debido a la dimensión intersubjetiva de la relación terapéutica, este trabajo puede ser inmensamente complejo. Recuerdo a Malungo, un joven angoleño que vino a vivir a Lisboa cuando tenía 18 años. En un determinado momento de la terapia Malungo me dice que los portugueses son racistas, creo que Malungo tiene razón y se lo digo: *"Sí Malungo, lo entiendo, debe ser muy difícil para ti ser negro y vivir en Portugal, creo que lo entiendo"*. Malungo me contesta: *"No Hélder, tú no entiendes nada, tú no sabes nada de lo que estoy hablando, tú no sabes lo que es ir por la calle y que alguien cruce la calle con miedo de ti, tú no sabes lo que es entrar en una tienda y que el guardia de seguridad te esté mirando todo el rato, tú no sabes..."*

La política puede ser un problema de salud mental. El discurso político que prohíbe reprime o ridiculiza lo que somos es un discurso traumático. Ser quienes somos, cuando somos minoría, puede ser traumático. Cuando el autoritarismo por motivos de género, etnia, color de piel u orientación sexual nos traumatiza, es un problema de salud mental. El silencio de los psicoterapeutas, en la consulta y en el espacio público, puede ser re-traumatizante para nuestros pacientes, una desmentida traumática.

Este cambio en mi forma de pensar, un cambio en el paradigma científico cambió mi forma de hacer mi trabajo clínico. Pasé de estar en un lugar de supuesto conocimiento sobre lo intrapsíquico de los pacientes a estar en un lugar de exploración del otro, siempre desconocido, y de su lugar en el mundo. Dejé de buscar la clave inconsciente de los síntomas para tratar de entender equilibrios y formas de adaptación a sistemas altamente complejos, y empecé a verme a mí mismo, como psicoterapeuta, como una variable más de esos sistemas. Dejé de interesarme por la psicopatología, ya que nuestras mentes son todas diferentes y los sistemas en los que están inmersas también lo son. Volví mi atención a la salud mental. Pensé en la salud mental como un bienestar relativo con nosotros mismos y en nuestra relación con los demás, mientras que el malestar con nosotros mismos o con los demás representa la dificultad que tienen nuestras mentes para adaptarse a los contextos en los que están insertas. Adaptación no significa sobreadaptación, hablo de que cada uno de nosotros encuentre una forma de ser y de vivir en el mundo que le resulte aceptable.

Las formas en que nuestras mentes se adaptan a estos sistemas no son infinitas. Nacemos con infinitas posibilidades de estar en el mundo, pero la relacionalidad humana, en interacción con la biología, hará de nosotros lo que somos. Para nosotros, los psicoterapeutas, es muy importante comprender cómo se forman y transforman nuestras mentes, intentaré decir algunas cosas al respecto.

Es muy difícil definir la mente humana. Como nos recordaba Damásio, nuestra mente es un sistema abierto integrado con otros sistemas. Así que la definición de la palabra mente humana sería más una descripción de un movimiento que de una entidad. La mente humana es un verbo. Consideremos que la mente humana es un proceso cognitivo y afectivo cuya función es regular los flujos de energía e información. Es una experiencia subjetiva de procesamiento de información sobre nosotros mismos, los demás, el mundo y nuestra relación con los demás y el mundo. No nacemos con una mente, nacemos con el potencial biológico de tener una mente (Siegel, 2012).

La formación de nuestra mente comienza en una situación de intimidad intersubjetiva con otra mente. En esta relación temprana existe una relación de contingencia entre los comportamientos del bebé y las respuestas de los cuidadores, la conclusión de la relación de contingencia se registra corporalmente a través de la activación neuronal. Las inferencias resultantes de la experiencia intersubjetiva, las convicciones sobre las posibilidades del ser, constituyen memorias procedimentales inconscientes y configuran respuestas adaptativas a los contextos en los que se inserta nuestra mente (Trevvarthen, 2011; Tronick, 2007).

Por ejemplo, un bebé llora, pide ayuda, el entorno responde, la madre lo coge en brazos e intenta comprender por qué pide ayuda. La conclusión de esta experiencia relacional se registra neuronalmente. Por hipótesis, con un principio organizador de la experiencia que dice: *"cuando me siento mal, puedo pedir ayuda y alguien me ayudará"*. Si el entorno no responde, podemos imaginar lo que se almacena en nosotros: *"cuando me siento mal, no tiene sentido pedir ayuda porque nadie me ayudará"*. Treinta años después, cuando este bebé se convierta en adulto y se sienta mal, este principio organizador se activará en su mente de forma automática, independientemente de su voluntad. A lo largo de nuestra vida, millones de experiencias relacionales como ésta se almacenan en nuestro interior y constituyen nuestro inconsciente relacional, nuestro conocimiento relacional implícito. Cuando un niño es acogido en un entorno seguro, los modelos mentales que construye le permiten ver el mundo como un lugar seguro, verse a sí mismo de forma justa y desarrollar movimientos de interacción social en la reciprocidad. Pero no siempre es así.

Raimundo era un hombre difícil en mis consultas, atacaba a los inmigrantes, menospreciaba a las mujeres, no empatizaba con nadie, parecía desprovisto de cualquier emoción que no fuera la rabia. Un día me habló de su infancia, describiendo muy brevemente cómo su padre le pegaba, auténticas palizas con un cinturón, una violencia inmensa. Le pregunté qué sentía cuando pensaba en ello, y se limitó a decir: *“No siento nada, tengo una personalidad fuerte”*. Escucha, Hélder, tenemos que ser fuertes, el mundo es una jungla”. Y de hecho la experiencia relacional de Raimundo había sido la inseguridad de la selva, no era violento porque tuviera una intención maliciosa, era así porque esa era su experiencia relacional, no podemos ser diferentes de las experiencias relacionales que hemos tenido. Cualquier otro tipo de lenguaje, por ejemplo basado en la empatía y el respeto a la subjetividad del otro, era un lenguaje extranjero para Raimundo. Sólo podemos ser empáticos con alguien si alguien lo ha sido alguna vez con nosotros.

También puede ser importante para nosotros, psicoterapeutas, comprender nuestras emociones, ya que son el motor de las relaciones humanas. Nuestras emociones son innatas, son respuestas adaptativas automáticas del organismo al medio, en nuestro desarrollo necesitan ser reconocidas y validadas en la relación con el otro, el no reconocimiento o no validación genera dificultades en la adaptación, procesos de disociación y desregulación emocional, generando malestar con nosotros mismos y en la relación con el otro (Coderch & Espinosa, 2016; Schore, 2016)

Nuestros contextos de desarrollo nos transmiten, de forma intergeneracional, una manera de vivenciar nuestras emociones; aprendemos a vivir la alegría, el miedo, la rabia y la tristeza de diferentes maneras. Cada vez que estas emociones se activan en las relaciones con los demás, la forma en que se integran o no y se regulan en las relaciones humanas determina cómo vivimos nuestras emociones (Hill, 2015). Por ejemplo, hay familias en las que la tristeza no puede formar parte del espacio relacional, otras en las que la ira no es una emoción aceptable. Extraemos conclusiones sobre cómo debemos vivir nuestras emociones en las relaciones con los demás.

En situaciones de trauma, donde se activan cargas emocionales muy grandes, nuestra mente, para protegerse, ante la ausencia de espacios relacionales donde experimentarlas, disocia los estados emocionales sentidos (Bromberg, 1998). Recuerdo a Dulce, una paciente que me cae muy bien, y os contaré una de sus citas, un martes a las 6 de la tarde. Suena el timbre y abro la puerta con una sonrisa. *“Buenas tardes”*, dice Dulce sin mirarme, extendiendo la mano para saludarla, pero Dulce ya ha pasado, ya ha entrado en la consulta. Cierro la puerta y voy tras ella, ya se ha sentado, me siento e

intento sonreír, pero es inútil, Dulce está furiosa: *"Hijos de puta, son todos unos hijos de puta"* Le pregunto: *"¿Quién Dulce? ¿De quién estás hablando?"* Y Dulce: *"Son todos unos hijos de puta..."*. Hay silencio un rato. Y Dulce: *"Mi jefe, un hijo de puta, me explota, y hace todo lo posible por llevarme a la cama, en vez de pagarme el sueldo a tiempo, André... hijo de puta, me enteré de que tenía otra chica, pero me vengué, el fin de semana me follé a uno de sus amigos... Joder, seguro que me he acostado con la mitad de los hombres de esta ciudad"*. Y se hace el silencio. Dulce continúa: *"Los hombres son todos unos cabrones y tú debes ser igual. Hélder, ¿tienes mujer?"*. Digo que sí, Dulce pregunta cuánto tiempo y digo: *"No estoy seguro, más de 20 años"*. *"¿Y tienes amantes?"*, pregunta Dulce. Le digo que no. Dulce insiste: *"¿Nunca has engañado a tu mujer?"*. Confirmo que no y Dulce me dispara: *"Eres un mentiroso, no me creo nada de eso"*. Y silencio otra vez.

Dulce tiene los ojos cerrados. Me doy cuenta de que empieza a llorar. No sé qué hacer, así que me callo. De repente, Dulce dice: *"¿Te acuerdas de cuando mi padre me violaba?"* Yo digo: *"Sí, me acuerdo de todo lo que me has contado"*. Dulce continúa: *"¿Y te acuerdas de cuando mi madre me pegaba cuando se lo contaba?"* Confirmo que sí, que me acuerdo. Y de repente Dulce salta del sofá y dice: *"Joder Hélder, no puedo estar aquí con estas cosas dentro de mi cabeza, necesito moverme. Me voy. Pagaré la sesión como si hubiera estado aquí toda la hora"*. Estoy desconcertado y no sé qué decir, así que me levanto y le digo: *"¿Quieres irte? Vale, vale... me gustaría que te quedaras, pero... vale, lo entiendo, pero mira, no tienes que pagar la sesión, estuviste aquí cinco minutos..."*. Y nos miramos en silencio, y Dulce dice: *"gracias, estoy demasiado arruinada para discutir el dinero, ¿puedo darte un abrazo e irme?"*. Y yo me confundo aún más y digo *"claro, claro"* y Dulce me abraza, y nos vamos, con los ojos en el suelo, no sé muy bien por qué. Dulce es una mujer muy hermosa. Y le digo: *"¿Te espero la semana que viene?"* y Dulce me dice: *"Sí, la semana que viene empezamos esta puta psicoterapia de verdad. Joder, qué puta vida me ha tocado vivir"*, masculla Dulce mientras nos dirigimos a la puerta, que abro despacio, me giro y capto los ojos de Dulce, Dulce está llorando, le tiendo la mano y ella la coge y la aprieta. *"Buena semana Dulce, gracias por tu esfuerzo, hablar de cosas tan difíciles no es fácil"*. Y otra de las lágrimas de Dulce cae, y Dulce desaparece por las escaleras tan rápido como entró.

En nuestras experiencias relacionales, la combinación de las diferentes emociones activadas, con el registro neuronal de las conclusiones relacionales sobre nosotros mismos, los demás y el mundo que construimos en la relación, puede dar lugar a diferentes estados del self (Bromberg, 1998), desde los más simples, como estar muy enfadado o muy triste, hasta otros mucho más complejos y únicos para cada uno de nosotros. En el caso de Dulce, se disoció un estado del Self profundamente triste,

pensando cosas como «eres una puta inútil y no le gustas a nadie» y sólo después de años de terapia pudo experimentarlo y pensarlo progresivamente en su relación conmigo.

Autores como Freud (1923), Winnicott (1960) o Kohut (1977) han defendido la idea de un Self estructural, verdadero o cohesionado. Autores como Sullivan (1950), Mitchell (1993) o Bromberg (1998) han optado por la idea de la «multiplicidad del Self», es decir, nos dicen que no somos ni verdaderos, ni uno, ni cohesionados, somos múltiples, y dependiendo del contexto y de las relaciones en las que nos encontremos, de las experiencias que estemos viviendo, se activan diferentes partes de nosotros. Nuestro organismo, en base a experiencias previas, activa las partes de nosotros que considera más adaptativas a cada contexto o relación. La salud mental será la capacidad de convivir, en diálogo interno, con las diferentes partes de nosotros, a menudo con sentimientos, pensamientos y valores opuestos. No es fácil y la disociación suele ser la salida más adaptativa.

Esta idea me recuerda a Ana. Ana me llamó para concertar una cita, me dijo que era profesora universitaria, bióloga investigadora. La razón por la que quería concertar una cita era algo que le había ocurrido: Ana había sido invitada a un congreso en el que presentaría el trabajo que realiza en su laboratorio. El moderador de la mesa empezó presentando a Joana: «Profesora Ana Joana», especialista en esto y lo otro, el currículum de Ana es amplísimo, al oír esto, Ana empezó a sentirse extraña, pensó: «¿Están hablando de mí? ¿Es un error? ¿Soy yo esta persona?», y se sintió mareada y se desmayó, su cuerpo se deslizó por la silla y cayó bruscamente al suelo. Ana acabó despertando, y en el hospital, tras varias pruebas, le dijeron que no era «nada especial, algún tipo de malestar».

Lunes, tres de la tarde, Ana está delante de mí, me dice: «me han dicho que es buena idea ir a psicoterapia...». Y le dije: «vale Ana, háblame un poco de ti, ¿quién eres?» y se hizo un silencio extraño, Ana acabó contándome: "sabes, tengo una pesadilla desde pequeña, es una cosa extraña, busco desesperadamente un espejo en mi casa, ¿sabes por qué busco un espejo? Porque mi cara desaparece, se deforma, se vuelve pastosa, se escurre entre mis dedos... busco un espejo, pero nunca puedo ver mi cara, ¿te imaginas lo aterrador que es esto? ¡es horrible!«.

Unas semanas después Ana me cuenta muy tranquila: «Volví al hospital, me desmayé otra vez... fue en el entierro del hijo de mi amiga, era un buen chico, 30 años, arquitecto, con la mujer embarazada... un desastre. Un accidente en la autopista.... Llegué allí, la madre lloraba, la mujer del chico también..., me quedé fuera del tanatorio mirando hacia dentro,

no podía entrar, empecé a marearme, me apoyé en la pared y lo único que recuerdo es que me deslicé por la pared, me desperté en el hospital..."

Unos meses después Ana me cuenta otro episodio: *«Volví al hospital, estaba en una reunión, el director de la facultad me estaba informando de una reducción en nuestro presupuesto, al parecer en mi equipo no publicamos lo suficiente, así que si recortamos en algún sitio será en mi equipo, tendré que echar a dos compañeros, estaba escuchando esto y me sentí mareada, volví a desmayarme, me desperté en la ambulancia, otro día en el hospital...»*

Más tarde, en otra cita, pregunté: *«Ana, ¿qué sientes cuando piensas en lo que le pasó a tu amiga, cuyo hijo murió?»* Y Ana dijo: *"Creo que nunca sabemos lo que nos espera en la vida"». Y yo: «Eso es lo que tú piensas, yo te he preguntado qué sientes". Y Ana: "¿Qué quieres decir con sentir?»*. Le expliqué: *«Sentimos cosas, nos ponemos tristes, contentos, enfadados... ¿tú nunca te pones triste?»*. Y Ana dice: *«No, yo no soy de esas personas, siempre estoy bien, no me gusta la gente triste...»*. Insisto: *«Y dime otra cosa: ¿cómo te sentiste cuando la directora te dijo que tenías que despedir a dos compañeros?»* Y Ana responde tranquilamente: *"Pensé que a veces hay que hacer cosas difíciles..."*. Me sorprende su respuesta: *"Eso pensaste. ¿Qué sentiste?"* Y Ana: *"¿Qué quieres decir con eso?"* Y vuelvo a explicar que *"la gente se pone triste, contenta, enfadada..."*. Y Ana: *«Ah, eso... no...»*. Insisto: *«¿tú nunca te enfadas?»* y Ana: *«No, yo no soy ese tipo de persona, enfadada... por favor... yo siempre estoy bien, no me gusta la gente enfadada»*.

Intento pensar con Ana, le digo: *«Sabes Ana, hay partes de nosotros que están tristes, la gente y la vida muchas veces nos ponen tristes, y hay partes de nosotros que están muy enfadadas, la vida y la gente nos ponen furiosos"»* Y Ana me dice: *"No Hélder, yo no soy ese tipo de persona, yo no soy esa gente. Soy una y armoniosa.»* Y yo le contesté: *"Sí, eres eso Ana, pero eres más, muchas más, también eres triste, enfadada y disarmónica, acostúmbrate a hablar con todas las Anas que eres, o te pasarás la vida buscándote en algún espejo que nunca encontrarás, mientras tu cara se deforma entre tus dedos.»* Y Ana fue muy rápida: *«No me vengas con esas, Helder, ¿en qué libro has leído eso?»*. Y yo, ya más calmado, sonreí ante la media sonrisa de Ana en aquella respuesta agresiva. Me alegré de que expresara su enfado conmigo.

Unas sesiones más tarde, Ana me describió el ambiente de su infancia en casa: a la hora de comer nadie hablaba, sólo veíamos la televisión, y por las noches, en silencio, escuchábamos música clásica. Recordó una expresión de su padre en la que decía que le gustaría vivir en el silencio de las catedrales. Expresar cualquier tipo de emoción no estaba bien visto; su madre y su padre valoraban el silencio y la armonía. Ana no

recordaba haber estado nunca triste o enfadada, ni qué ocurría en su entorno familiar cuando aparecían estas emociones.

La perspectiva de la multiplicidad del Self abre un nuevo campo terapéutico. Cuando el objetivo de la terapia es la expresión, integración y validación de los diferentes estados del Self del paciente, a través de su expresión, o de su experiencia en la relación con el terapeuta, cambian muchas cosas en la forma de hacer terapia. Si definimos la salud mental como la capacidad de convivir en diálogo interno con diferentes partes de nosotros mismos, a menudo con sentimientos, pensamientos y valores opuestos, lo cual no es fácil, nuestro objetivo clínico será ampliar la experiencia subjetiva de nuestros pacientes, es decir, proporcionar una vivencia de la experiencia subjetiva, sin el «ojo de dios» que hace de nuestro estar en el mundo una enfermedad, y sin culpas, con interpretaciones que hacen de nuestro sentir una forma equivocada de sentir.

Hoy en día, esta dimensión de la terapia es una parte importante de mi trabajo, pero el encuentro clínico es mucho más que esto, es inmensamente complejo, todas las dimensiones de la relacionalidad humana están presentes. La psicoterapia es un complejo sistema abierto con innumerables variables en interacción y en permanente transformación. El funcionamiento de mi mente, el funcionamiento de la mente del paciente, el conjunto de informaciones comunicadas implícitamente, la historia de mi vida, la historia de la vida del paciente, lo que ocurre en mi vida y en la vida del paciente... son todas nuevas variables que se introducen continuamente en un sistema en permanente transformación.

Sabemos por el concepto de *neuroplasticidad* (Siegel, 2012) que podemos «encarnar» nuevos principios organizadores de la mente a través de una relación humana en un contexto de intimidad intersubjetiva. El *Inconsciente Relacional* se transforma, es posible crear nuevas formas de mirarnos a nosotros mismos y a la realidad, nuevas expectativas en las relaciones con los demás, es posible transformar nuestro «estar en el mundo». Estos cambios se producen en las experiencias relacionales vividas y no a través de palabras o interpretaciones, por lo que la experiencia relacional que ofrecemos a nuestros pacientes es el principal factor terapéutico. A diferencia de todas las demás relaciones, en la relación con nuestros pacientes tenemos la responsabilidad de relacionarnos de la manera que consideramos mejor para su salud mental.

Hay dimensiones de la relacionalidad humana que sabemos que son terapéuticas. Sabemos que nuestra mente necesita seguridad para desarrollarse (Bowlby, 1988; Schore, 2016), por ejemplo, en el sentido de los procesos de mentalización descritos por Fonagy (2016), por lo que intentamos dar a nuestros pacientes una base segura. La

disponibilidad emocional y el esfuerzo por comprender la experiencia emocional de la otra persona son terapéuticos. La sensibilidad, la autenticidad, la esperanza y la validación de los estados emocionales permiten establecer una conexión emocional en la que el paciente se siente acogido. Una relación basada en estos principios hace que los pacientes se sientan seguros y puedan hablar de sus pensamientos y estados emocionales. La ética relacional es una dimensión importante para establecer una base segura. No una ética del bien y del mal, sino una ética de la responsabilidad humana hacia un hermano o hermana que sufre, como dice Donna Orange (2013), y una ética de la necesidad esencial de reconocer la subjetividad del otro, que siempre es diferente de la mía, como dice Jéssica Benjamin (2012).

Analizar, con el paciente, la forma en que lee la realidad, tanto interna como externa, y experimenta las relaciones con los demás, en la infancia, en el presente y en la relación con el terapeuta, nos permite comprender sus principios organizadores de la experiencia y entender las relaciones primarias en las que se formó, y esto puede ser una parte importante de nuestro trabajo. Sin embargo, las transformaciones esenciales no son el resultado del pensamiento consciente, sino de la experiencia relacional (B.C.P.G., 2018; Ávila Espada, 2013).

Esta experiencia relacional es siempre una articulación de dos inconscientes. La transferencia del paciente está determinada por las aportaciones mutuas del terapeuta y del paciente. El paciente interpreta al psicoterapeuta con sus principios organizadores de la experiencia, y del mismo modo, el psicoterapeuta interpreta al paciente con sus principios organizadores, formando un sistema intersubjetivo co-creado.

Para entender cómo trabajo como psicoterapeuta y dar sentido a la complejidad de la situación terapéutica, he estado pensando en la idea de un «*estado del self terapéutico*» que construimos con el tiempo y que se activa en nosotros cada vez que nos sentamos y miramos a nuestros pacientes a los ojos.

Cuando estamos en terapia estamos en una situación muy concreta, ayudando a alguien que pide ayuda, estamos en una situación de cuidado del otro. Recuerdo que Ávila Espada se preguntaba en una conferencia en el Instituto de Psicoterapia Relacional ¿por qué los psicoterapeutas hemos elegido dedicar nuestra vida a ayudar a los demás? Respondió muy rápidamente: «*porque somos personas traumatizadas*», y estoy de acuerdo, estoy convencido de que todos los buenos psicoanalistas que conozco son personas traumatizadas, que lo saben muy bien, y que conviven con sus traumas en la medida de lo posible mientras ayudan a los demás.

En esta posición de ayuda a los demás, con el tiempo desarrollamos un «estado del Self» del que surgen automáticamente nuestras respuestas al paciente, tanto explícitas como implícitas. Este estado del *Self* proviene de nuestra experiencia vital en una época social y cultural determinada, de nuestro inconsciente relacional, de las teorías psicoanalíticas, de nuestra psicoterapia, de nuestras supervisiones. Pero creo que su raíz central está en nuestros traumas, y en la forma en que nos ayudaron las personas con las que teníamos vínculos afectivos, o en la forma en que nosotros mismos, para sobrevivir, tuvimos que convivir con el sufrimiento y enfrentarnos a la realidad. La respuesta, explícita o implícita, a la pregunta «¿cómo puedo vivir con este sufrimiento?» sólo puede venir de la forma en que nosotros mismos afrontamos nuestro sufrimiento. Estoy convencido de que esto es siempre lo que nos ocurre, es siempre desde el lugar de nuestros traumas desde donde hablamos, cada vez, y cada vez, que nos encontramos cara a cara con cada uno de nuestros pacientes.

Cuando Ana me dijo que a su padre le gustaría vivir en el silencio de las catedrales, recordé un episodio que me ocurrió en Sevilla. Estaba visitando una catedral preciosa, llena de ese silencio que le gustaba al padre de Ana, y de repente me puse muy ansioso, se me aceleró el corazón y empecé a sudar, me sentí muy agitado y busqué inmediatamente la salida, en cuanto salí y oí el ruido de la ciudad me tranquilicé. No me di cuenta de lo que me había pasado. Durante la sesión con Ana, asocié este suceso a una época de mi infancia en la que mi abuela materna estuvo hospitalizada, al principio de mi adolescencia. Nunca entendí muy bien por qué, pero durante el tiempo que estuvo en el hospital, en peligro de muerte, mi madre estableció un silencio catedralicio en nuestra casa, nadie podía ver la televisión y teníamos que hablar en voz muy baja. Era una cosa de una tristeza inmensa, aparte de preocuparme por mi abuela, vivía en una tristeza inmensa en mi casa catedral.

Unas sesiones más tarde, cuando Ana volvió a hablarme de la belleza del silencio de las catedrales, le dije que no me gustaba ese silencio, que me producía mucha ansiedad, que me hacía pensar en la muerte y que tenía miedo a morir, y para mi sorpresa Ana me miró muy seria, bajó la cabeza y empezó a llorar en silencio, era la primera vez que se ponía triste en terapia conmigo, levantó la cabeza con los ojos llenos de lágrimas y me dijo que ella también tenía mucho miedo a morir, que por eso estaba investigando biología, para encontrar una cura a las enfermedades que un día la matarían. A partir de esta sesión, en nuestras consultas, los momentos de experimentar emociones aumentaron significativamente. Fue a partir de mi vulnerabilidad, de mi trauma, que ayudé a Joana, no Freud, no Winnicott, no Mitchell. Era sólo yo y mis traumas. Curiosamente, la paciente era también la terapeuta de la terapeuta, todavía me pongo muy ansioso en el

silencio de las catedrales, pero con Ana me di cuenta de algo en mí mismo de lo que nunca me había dado cuenta. Por eso creo que la psicoterapia, en su esencia, es una mutualidad traumática.

En términos más generales, tal vez mi «*estado del Self terapéutico*» también tenga raíces profundas en mi necesidad de conexión emocional con mi madre, que cuando yo nací estaba de luto por la muerte de su padre, mi abuelo João, y por lo tanto tenía poco espacio mental para acoger a su primer hijo al mismo tiempo que se despedía de su padre, que es tal vez la razón por la que hoy tengo una necesidad permanente de estar conectado emocionalmente con alguien en una relación íntima. Eso es lo que hago en todas mis psicoterapias, hora a hora, día a día.

George Atwood y Robert Stolorow (1979) decían que, en psicoanálisis, toda teoría era una autobiografía del autor de la teoría, y creo que desde esta perspectiva también podemos decir que toda nuestra práctica clínica es autobiográfica. Todas nuestras actitudes clínicas son autobiográficas.

Freud (1937) nos dijo que nuestra profesión era imposible, y lo que he compartido con ustedes es la forma en que este colega vuestro ha intentado hacer posible lo imposible. A mí me será útil, pero en realidad todos tendremos que descubrir con cada uno de nuestros pacientes cómo hacer lo imposible. Con cada uno de tus pacientes, sólo tú y ellos podéis descubrir cómo hacer la profesión imposible un poco más posible.

REFERENCIAS

- Aron, L. (1996). *Meeting of Minds. Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Ávila Espada (2013). La relación, contexto determinante de la transformación. *Temas de Psicoanálisis*. N. 6. Julho de 2013.
- Benjamin, J. (2012). El Tercero. Reconocimiento. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (2): 169-179.
- Bion, W. (1970). *Atencion e Interpretación*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: clinical applications*. Routledge.
- Boston Change Process Study Group (2018). The “something more” than interpretation revisited: sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 693-729
- Bromberg, P. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. The Analytic Press.

- Coderch, J. (2013). El Psicoanálisis Relacional a la luz de la teoría de los sistemas intersubjetivos dinámicos y no lineales. *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (3): 538- 554.
- Coderch, J. & Plaza Espinosa, A. (2016) *Emoción y relaciones humanas. El psicoanálisis relacional como terapêutica social*. Madrid: Ágora Relacional.
- Damásio, A. (1994) *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa. Publicações Europa-América.
- Ferenczi, S. (1933). Confusión de lengua entre los adultos y el niño. *Psicoanálisis IV*. Madrid: Espasa-Calpe. (1984).
- Fonagy, P. (2016). Uso de la Mentalización en el proceso psicoanalítico. *Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 7.
- Freud, S. (1913) *Totem e Tabu*. Ed. Stand. Brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, (1996).
- Freud, S. (1913a). Sobre o início do tratamento. Ed. Stand. Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. XII, p. 161-187.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. *Standard Edition*, Vol. 19, 12 – 59. Hogarth Press.
- Freud, S. (1937). Análise Terminável e Interminável- Ed. Stand. Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1987. Vol. XXIII.
- Hill, D. (2015). Teoría de la regulación del afecto. Editorial Eleftheria.
- Kohut, H. (1977). Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas. Amorrortu Editores.
- Mitchell, S. (1993). Hope and Dread in Psychoanalysis. Basic Books.
- Orange, D. (2013). El desconocido que sufre. Hermenéutica para la práctica clínica cotidiana. Editorial Cuatro Vientos.
- Schore, A. (2016) Affect Regulation and the Origin of the Self. Routledge.
- Siegel, D. J. (1999). The developing mind. Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2012). Guía de Bolsillo de Neurobiología Interpersonal. Eleftheria.
- Stolorow, R. & Atwood, G. (1979). *Faces in a cloud: Subjectivity in personality theory*. Aronson.
- Sullivan, H. (1950). The illusion of personal individuality. *The fusion of psychiatry and social science*. Norton.
- Tronick, E. (2007). Neurobehavioral and Social Emotional Development of Infants and Children. Norton & Company.
- Trevarthen, C. (2011). La Psicobiología Intersubjetiva del Significado Humano: El Aprendizaje de la Cultura Depende del Interés en el Trabajo Práctico Cooperativo y del Cariño por el Gozoso Arte de la Buena Compañía. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1): 17-33.
- Winnicott, D. (1988). *Da Pediatria à Psicanálise. Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago Editora. 2000.

Winnicott, D. (1960). "La distorsión del yo en términos del self verdadero y falso". *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.

Original recibido con fecha: 11/2/2025

Revisado: 28/2/2025

Aceptado: 30/3/2025