

## Clásicos del pensamiento relacional

**Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo (7) 2: 195 – 220.***

### Reseña de

**Antonio Alejandro Tinajas Puertas**

*Nota del comentarista:* Este trabajo se puede interpretar como en una auténtica “declaración de motivos” del autor espléndidamente fundamentada y documentada. Es un texto muy consistente, concienzudo y condensado, y es por ello que resulta muy difícil de reseñar al consistir tal trabajo en resumir razonablemente un texto extrayendo lo fundamental del mismo. Aquí todo parece fundamental y el lector tiene que disculpar la transcripción literal de párrafos enteros dado que de otro modo se corre el peligro de falsear el pensamiento del autor.

### Reflexiones iniciales

El presente trabajo trata de profundizar en el estudio y comprensión del cambio estructural de la personalidad del paciente a lo largo del proceso terapéutico y que es el resultado del adecuado manejo de los fenómenos especiales que tienen lugar en la “relación especial” que es la psicoterapia.

### Vínculo, Transferencia y “Relación implícita compartida”

Vista secuencialmente, desde los niveles más complejos hasta los elementales, los niveles de análisis del cambio estructural podrían ser:

Cambio estructural>Cambio funcional>Cambio terapéutico (en el marco de un tratamiento)>Cambio como consecuencia de la actividad de procesos>Procesos que se dan o se explican en un vínculo concreto>Vínculo que remite a series de vínculos>Vínculo como crisol de patrones relacionales, cognitivos y emocionales complejos>Transferencia de patrones a través de vínculos de propiedades semejantes>Vínculos organizadores>Protovínculos

El vínculo describe la construcción básica en la formación de la subjetividad, y es el concepto fundante de lo intersubjetivo. Desde su base biológica, tendencia filogenética a la vinculación, hasta su consideración como estructura psíquica que permite la organización de la subjetividad en la articulación de lo intersubjetivo como ámbito de efectuación y lo intrasubjetivo como ámbito de representación.

Libido da paso a Vínculo como articulador de la estructura de la subjetividad, el vínculo constituye la manera particular con que cada sujeto se relaciona con otro creando una estructura particular para cada situación vincular; las relaciones intersubjetivas se establecen a partir de necesidades evolutivas en las que ya median principios organizadores inconscientes, que pueden expresarse como fantasías inconsciente, reguladora de su percepción y de la ansiedad acompañante. El “primer vínculo” comienza a integrarse (o reconocerse) en el complejo sistema de comunicación madre-bebé que está ya presente en las fases avanzadas del embarazo, momento a partir del cual no cesará de complejizarse y diferenciarse.

A la luz de estas precisiones el autor pasa a revisar críticamente conceptos centrales en la teoría y técnica psicoanalíticas, tales como el concepto de *transferencia* denotando el papel central que en la teoría freudiana llegó a alcanzar (desde la transferencia como resistencia hasta la necesidad de la instauración en la cura de la “neurosis de transferencia”), o el concepto de “neutralidad” como horizonte ético, o la inevitable asimetría de la situación analítica (asimetría fundada en la diferente regulación de las necesidades del paciente y del analista y en los diferentes planos del deseo de uno y de otro). En esta lectura, analista y paciente aparecen como “entes flotantes” que se influyen sin entrar en relación. El autor toma partido y defiende que es desde Heiman (1950) y después Sandler (1976) que sabemos que analista y paciente se determinan recíprocamente, tanto a nivel de procesos que operan en y fuera de la conciencia y cualquier aproximación para explicar la mutua influencia requiere la consideración de todos los planos de comunicación presentes. Podemos pasar a considerar al paciente como un intérprete de la experiencia del analista utilizando este último el conocimiento que le brinda su percepción del paciente, la experiencia que vive con él es una oportunidad de comunicación, de conocer el mundo subjetivo del otro a través de los procesos de identificación proyectiva.

Reconocer que se da una influencia mutua no implica que la influencia sea igual, simétrica (Lewis Aron, 1996). Toda relación humana que merezca ese nombre implica esa bidireccionalidad y regulación que se constata desde la observación de los estados precoces del desarrollo (por ejemplo, entre otros investigadores del desarrollo Beebe y Lachmann (1984,1994)).

Sin embargo el autor defiende que tal y como se formulan genéricamente en psicoanálisis los conceptos de transferencia y contratransferencia se apunta a una concepción que niega la bidireccionalidad en los términos expresados anteriormente, serían fenómenos que suceden en “mentes aisladas”. Con Aron entiende que es crucial la perspectiva del analista sobre sí mismo, como participante que es de la relación, la actitud del paciente hacia el analista y también la consideración del paciente sobre la actitud del analista hacia el paciente. Hasta donde el analista usa (consciente y no conscientemente) la experiencia de sí mismo con el otro, se articula con el uso del analista como objeto que el paciente requiere para restaurar los déficits o fallas ambientales (Winnicott) o las heridas narcisistas el self (Kohut). Las necesidades narcisistas de cada uno, paciente y analista determinan las opciones de complejidad y los riesgos de este proceso. Los procesos de reconocimiento y destrucción que están en el eje de la construcción de la matriz relacional sobre la que se edifica el sí mismo, abren el juego de la terceridad (Ogden 1989; Benjamín, 1988, 1995, 2004)... Así resulta pobre el poder descriptivo y explicativo del proceso y del cambio terapéutico en términos de transferencia y contratransferencia.

Así las cosas, los investigadores del Grupo de Boston (D.N. Stern et al, 1998; Boston Group, 2002, 2003) centran su atención sobre el denominado **conocimiento relacional implícito**, conocimiento que tiene la oportunidad de expresarse en cada nuevo vínculo y que, aunque no esté representado simbólicamente, tampoco está reprimido o filtrado por las defensas. Está, actúa, tenemos algún nivel de experiencia de él pero no podemos formularlo como conocimiento declarativo hasta *a posteriori*. Examinando la secuencia pasado-presente-posterior hallamos la constelación de significaciones del vínculo. Se trata de la **relación implícita compartida**, conocimiento implícito *compartido* sobre una relación que se ha construido desde el vínculo, y que puede reproducir o resonar otras relaciones, más probablemente aquellas que han dejado una huella por su pregnancia conflictiva o estructurante. Este es el nivel en el que se transfiere. Reproducción o reconocimiento, pero de una relación que se está dando realmente ahora. Transferencia como reconocimiento en la experiencia del vínculo actual del vínculo pretérito. Pasado y presente se solapan, se deslizan uno sobre otro en una experiencia compartida, co-construida por ambos participantes, paciente y analista.

La cuestión central es que este fenómeno es inevitable. No es posible preservar al sistema emocional del analista de su contacto con los sentimientos del paciente (Stecheler, 1996; Clyman, 1991). Se denomina **relación implícita compartida** a los conocimientos implícitos estables entre analista y analizando, sus sensaciones mutuas y lo que captan el uno del otro. En esta relación pueden tener lugar *momentos de encuentro*, un ámbito que trasciende pero no invalida los límites

de la relación profesional, y que pueden estar libres de connotaciones transferenciales o contratransferenciales... Son encuentros intersubjetivos, que incluyen una secuencia afectiva unida al acto, que son posible dada la base segura de la relación (Bowlby, 1973, 1989) y que volverán a ocurrir confirmando la posibilidad de una confrontación segura y confiada con el mundo.

### Proceso terapéutico

¿Qué hace posible que tenga lugar el cambio en el marco de la relación terapéutica?

Podemos argumentar que los procesos que conducen al cambio no son lo mismo que la experiencia del cambio. Si bien quizás lo que más se recuerde de una relación sea la atmósfera afectiva en la que se ha desarrollado, esto no presupone necesariamente que el trabajo interpretativo no haga su labor poniendo las piedras angulares allí donde ha de reposar el edificio de la subjetividad.

Los modelos teóricos sobre el proceso de cambio son siempre insatisfactorios pero, a pesar de la imprecisa descripción de los procesos, la articulación de las ideas de Winnicott sobre “segunda oportunidad para el desarrollo” y “nuevo comienzo” que vienen desde Ferenczi y Balint, integran la metáfora que nos permite inferir la teoría del proceso terapéutico y que resulta bien cercana a la realidad clínica.. Se abre entonces la visión del proceso terapéutico como espacio transicional que favorece el desarrollo y en el que el analista está disponible como objeto transicional del paciente. Una zona de experiencia intermedia entre la realidad exterior (las relaciones interpersonales) y la realidad interna (el mundo interno) que se despliega como una *ilusión* creada por el paciente. Este es tal vez el valor funcional de los “**momentos de encuentro**” pero sobre todo de los “**momentos ahora**”.

Es aceptado ya que en los tratamientos de orientación psicoanalítica se construyen y se reorganizan al menos dos tipos de conocimiento, dos tipos de representaciones y dos tipos de memoria. Uno es *explícito* (declarativo) y el otro *implícito* (procedimental).

El conocimiento explícito se correspondería con el consciente o preconscious (representado de forma icónica o verbal), y el supuesto es que en el mismo la interpretación incidirá cambiando la comprensión consciente de la organización intrapsíquica del paciente.

En cambio, el conocimiento procedimental que se pone en juego en las relaciones opera fuera de la atención focal y la experiencia verbal consciente. Integra afectos, cognición y patrones relacionales, puede ser inconsciente y corresponderse con lo *sabido no pensado* (Bollas, 1987) o el *pasado inconsciente* (Sandler y Fonagy, 1997), aunque puede ser representado simbólicamente en una etapa posterior. Lo que se transferiría no sería tanto “el contenido de conflictos” como el patrón relacional.

El conocimiento implícito no se convierte en inconsciente debido a la represión, por ello el proceso de traducir a la conciencia el conocimiento reprimido es muy distinto al de traducir a la conciencia el conocimiento implícito. Requiere concepciones teóricas diferentes y procedimientos clínicos distintos.

Retomando el estudio de la relación entre momentos de encuentro y proceso de cambio estableceríamos los primeros como una precondition para el segundo, momento de encuentro que surge en una secuencia de los denominados *momentos actuales* que se van transformando por la convergencia de ciertas condiciones no previsible hasta converger en un *momento ahora* cargado afectivamente. Si “atrapamos” este momento ahora, por ejemplo respondiendo de una forma personal, específica y auténtica (por parte de paciente y analista) puede convertirse en un *momento de encuentro*. Y ahí radificaría su potencialidad transformadora, haber aprovechado la posibilidad de capturar el instante que nos “atravesaba a los dos”.

Momentos de encuentro nos son conocidos en el entorno natural de las relaciones parento-filiales en los primeros años, o en las situaciones intersubjetivas de borramiento de los límites del sí

mismo, como sucede en la experiencia amorosa. En el proceso terapéutico es un suceder en el dominio de la *relación implícita compartida*, y es este el punto crucial que antecede al cambio, porque el contexto intersubjetivo se altera, cambiando así el conocimiento relacional implícito en la relación terapeuta-paciente. El proceso cognitivo de la interpretación va dándose en un nivel distinto, más probablemente después que antes de la sintonía afectiva del momento ahora y el solapamiento intersubjetivo de emociones y representaciones.

Como sucede en la experiencia de cualquier relación humana continuada, encuentros y desencuentros son parte de un ritmo inevitable, donde puede ser tan excepcional entenderse genuinamente como improbable encontrarse. La evolución natural de toda interacción tendería bien al desencuentro o a la alienación del vínculo, y sólo pueden mantenerse las opciones de encuentro en una tensión en la que esté comprometida la angustia de la co-creación y quedemos comprometidos con la recuperación del espacio de juego compartido en el vínculo.

### Las dificultades de la clínica: Anna O. o el cambio donde no había esperanza versus la menos afortunada “repulsiva Dora”

Comunicar la experiencia que tenemos en la relación de trabajo con nuestros pacientes adquiere frecuentemente una gran dificultad. En tal “relación de trabajo” operamos con una sutil mezcla, a veces indiferenciada, de los aspectos en los que estamos implicados de una manera profunda en nuestra propia subjetividad con aquellos otros en los que estamos usando unos conocimientos y poniendo en práctica unos saberes técnicos y una capacidad de maniobra con los problemas clínicos que nos presentan los pacientes. Trazar diferencias sutiles entre unos y otros niveles puede ser operativo para describir los procesos, aproximarnos mejor a la descripción a aquellos en los que estamos implicados, pero no da cuenta de la complejidad de dichos procesos, ni de nuestra implicación en ellos.

El autor recurre en esta oportunidad (incorporándose a la lista de quienes antes que él ya lo han hecho) a los casos clásicos –*objetos de conveniencia*– de Anna O. y Dora para ilustrar conceptos teórico-clínicos o relativos a la técnica de tratamiento, en esta ocasión, nuestro autor persigue subrayar las diferencias de enfoque tanto clínico como humano que los terapeutas (J. Breuer y S. Freud) de las pacientes (ambas de características histéricas de acuerdo al uso diagnóstico de la época) desplegaron.

Breuer acogió el caso desde su posición de médico especial (y diríamos estrictamente) dedicado a procurar la cura del sufrimiento de sus pacientes. Entraba en un contacto profundo y delicado en conocimientos, esfuerzo y técnica, así como de su tiempo personal para atender las necesidades clínicas de su paciente. Estableció con Anna una relación de auténtica dedicación que incluía acompañarla en momentos de crisis, explicar con ella todos los posibles significados de los elementos verbales que aparecía en los sueños y en la vigilia, aplicaba directamente los tratamientos físicos e incluso en los momentos de afectación más extrema se ocupaba de darle el alimento. El autor propone que Anna se benefició mucho más de la profunda implicación y amplia dedicación que le prestó Breuer que de la comprensión o control de los procesos mentales que se desplegaban en sus síntomas (que incluía el esfuerzo de comprensión y discusión con Freud de los mismos). No de menor importancia es la genuina valoración por Breuer de las capacidades de Anna como mujer fuerte y capaz, dotada de una fina intuición, inteligencia y creatividad. Esta valoración de su paciente le hacía depositaria de una favorable expectativa de curación por parte de su terapeuta.

La investigación fiable al respecto sugiere que llegó un momento en que Breuer se vió desbordado por la clínica del caso, y que su capacidad como persona y como terapeuta para seguir trabajando con él quedó agotada. Breuer obviamente no quedó satisfecho con su intervención global en el caso y sólo más tarde accedió a que se publicara el informe por la presión que el joven Freud hizo y al quien convenía en el hilo expositivo de sus nuevas teorías explicativas de la histeria. Después de la seria crisis que llevó a su terapeuta a abandonar su caso, Berta deja el sanatorio y emprende una trayectoria vital en la que la encontraremos haciendo una vida normalmente saludable en Frankfurt y hasta su muerte en 1936 Berta desplegó un extenso, dedicado y admirable trabajo reconocido por numerosas figuras de la época (por ejemplo, Martin Buber) lo que le ha dado un lugar relevante, quizás central en la historia del movimiento del trabajo social en el mundo.

La intervención de Breuer es crucial al sostenerla como persona, atender a sus

necesidades y darle los cuidados necesarios, contener sus crisis y sostener su identidad en conflicto, transmitiéndole esperanza en el despliegue de sus propias capacidades para salir adelante.

La historia de Freud y Dora transcurrió de una manera diferente. Si avanzar en el conocimiento psicoanalítico es un compromiso con la verdad para Freud Dora fue sólo una oportunidad de desarrollar, poner a prueba e ilustrar su teoría de las neurosis y en particular del tratamiento de la histeria y que fue incapaz de comprender todos los matices del sufrimiento de Dora.. E incluso si los comprendió, optó prejuiciosamente por aliarse con las conveniencias perversas de la familia Bauer, dando prioridad a sus propias necesidades como científico que quiere ante todo ilustrar y desarrollar sus teorías, en lugar de atender a las necesidades de su paciente.

Dora no era del agrado de Freud, no se interesó humanamente por ella, no concibió ninguna esperanza en su capacidad, no se prestó para ser usado como objeto por ella, sin embargo ese pequeños resquicios en los que Freud reconoció a Dora y le dio alguna experiencia afirmativa deben estar relacionados con la ganancia de autonomía que permitió a Dora primero interrumpir un tratamiento, que no la ayudaba y después no la impidió volver a pedir ayuda a Freud, sufriendo de nuevo el rechazo y la incompreensión.

Sin poder afirmar que el desencuentro y la incompreensión de Freud con Ida sea responsable de la dura vida que a Ida le tocó vivir, Freud trató el caso de Dora en una época en que la necesidad que Freud tenía de ilustrar y desarrollar su teoría de la histeria y del mismo psicoanálisis prevalecía sobre las exigencias de la clínica.

Estas situaciones de adversidad y desencuentro tal vez sean la experiencia más común que han compartido y compartimos todos los terapeutas.

Puede ser tarea de los exégetas e historiadores freudianos clarificar las razones de esta distancia entre las premisas teóricas y técnicas y la forma de conducirse en la práctica. Freud, de hecho, fue una prueba matizada del énfasis que ya había puesto Sándor Ferenczi en adaptarse a las necesidades de los pacientes que atendía, y que continuó con los desarrollos de Franz Alexander, Michael Balint, Donald Winnicott (primero con los niños, sus madres y adolescentes y delincuentes deprivados) y Heinz Kohut (en el camino que va desde su comprensión de Miss F. a su relato sobre Mr. Z). Es esencialmente en estos dos autores donde se encontrará, mucho más adelante, una articulación entre teoría, técnica y clínica que es diferente de la sustentada por Freud.

### Una alternativa: La teoría de la especificidad y su propuesta técnica, la **responsividad óptima**

La consideración de todos los planos presentes en la relación terapéutica requiere una formulación teórica sobre generalidad o especificidad de los procesos que intervienen en ella. Bacal y Herzog (2003, p. 639) proponen una teoría de la especificidad articulada con el concepto técnico de **responsividad óptima** (Bacal, 1998). Parten de la hipótesis de que las características específicas de una constelación terapéutica determinada será siempre y esencialmente determinante de cualquier experiencia terapéutica útil y constituye las capacidades y limitaciones para la relación terapéutica que aportan dos personas implicadas en el contexto terapéutico. Lo conciben como un **proceso de ajuste óptimo** donde puede tener lugar la **relación de objeto sí-mismo** que requiere el proceso de reconstrucción en sus dimensiones *fantasmáticas* y *experienciales*.

El potencial para la interacción terapéutica óptima depende de las características específicas de cada miembro de la díada, no existiendo pues un método ni técnica singular que sea adecuada a todos los casos, se propone cultivar la máxima flexibilidad de las dos partes para conseguir un ajuste óptimo. Por poco riguroso que nos parezca, los buenos terapeutas saben intuitivamente lo que es terapéutico y lo que no en un caso y situación determinada.

El vínculo terapéutico se configura como relación de objeto sí-mismo, definido por Kohut como un fenómeno intrapsíquico derivado de la experiencia positiva con los cuidadores, y necesario para lograr la cohesión del sí mismo (Kohut y Wolf, 1978). Cada vez que el terapeuta responde de una manera que es sentida por el paciente como una respuesta adecuada a su necesidad de objeto del self, el analista provee potencialmente la experiencia de objeto sí mismo.

El terapeuta que funciona en el registro de la responsividad óptima monitoriza intuitivamente tanto los marcadores o señales que el paciente da de lo que espera de las

respuestas del terapeuta, como las reacciones del paciente a las respuestas percibidas. Estas señales, presentes desde los primeros contactos, en el llamado “nivel local”, dan información muy valiosa sobre las necesidades de objeto sí-mismo que no han sido satisfechos por los cuidadores anteriores. Los conceptos de **fantasía de objeto sí-mismo** y la **fantasía de la relación de objeto sí-mismo** (Bacal, 1981,1985,1990,1994,1998) nos permiten entender el sentido que el paciente tiene de la responsividad de objeto sí-mismo del terapeuta, un vínculo nuevo, sobre el que el paciente no tiene experiencia directa. Inferir estas fantasías es crucial para evocar respuestas terapéuticas útiles. Será la experiencia real que el paciente adquiere a través de la respuesta del analista la que le permita transformar los componentes ilusorios de sus fantasías en experiencia de objeto sí-mismo vivida (Lenoff, 1998).

El terapeuta instalado en la responsividad óptima acepta como foco observar su función como “otro significativo” que responde al paciente. Todo lo que haga (y no haga) el terapeuta (incluyendo todos los planos de comunicación y experiencia intersubjetiva) será vivido como su “respuesta” a las necesidades del paciente. En este caso la meta no es la perfección, sino lo adecuado a un paciente dado en una situación dada, lo útil para abrir caminos sin cerrar otras posibilidades. Para que sea posible el cambio terapéutico la responsividad ha de ser recíproca.

La responsividad del analista se construye mediante su toma de conciencia de que el proceso terapéutico comprende la operación de un sistema relacional complejo, único y recíproco, para cada día analista-paciente.

El autor ilustra las ideas expuestas hasta el momento a través de un caso, Felipe, tomado de la clínica. En este caso queda patente cómo en un momento ahora en el que nada aparece, *como texto*, de la historia personal del terapeuta permite sin embargo la emergencia convergente de la emoción y de la acción en una sintonía de escenas pasadas y presentes, del paciente con su padre, del terapeuta con sus figuras, y de ambos con el dolor vivido por las ausencias. Ilustra igualmente cómo la elaboración posterior consolida el cambio terapéutico.

### Allí donde fracasamos se abre la posibilidad de encuentro (o la quiebra de la omnipotencia terapéutica)

Como terapeutas, el encuentro con el otro es un *riesgo*, en función de nuestra inmadurez yoica o nuestro narcisismo patológico. Caminamos entre las oportunidades estructurantes de la comunicación empática intersubjetiva y la *derrota* de los senderos de la colusión perversa, donde el uso del objeto que es propio del vínculo terapéutico se subvierte. La mutualidad que requiere el encuentro terapéutico, como se ha subrayado en otros trabajos, no niega la diferencia, no es una abolición de los límites, sino una apertura respetuosa con el otro, arriesgada en el auto-cuestionamiento, protegiendo al otro de nuestra vertiente de objetos voraces, aceptando la falta. Permitimos que nos use como objetos sí-mismos, espacio potencial de su desarrollo, y renunciamos a la reciprocidad en la intensidad de ese uso. Cedemos al otro en la experiencia de mutualidad y renunciamos al goce del encuentro recíproco.

Esa imagen de la función terapéutica como función materna, desde el sostenimiento, se complementa con la función paterna, que limita pero acompaña; y en ambos casos con la renuncia a la plena reciprocidad mutua.

### Reflexiones finales

La relación que puede tener lugar en el vínculo terapéutico brinda la calidad de relación objeto sí-mismo necesaria a un paciente determinado, lo que facilita que la experiencia de objeto sí-mismo sea correctora. Mediante la comprensión que el terapeuta logra de la fantasía de objeto sí-mismo que le deposita el paciente, y de su despliegue en la relación, puede llegar a dar respuestas óptimas, para un determinado paciente.

Proponemos un terapeuta centrado en el paciente, cuya especificidad determina lo que es necesario y adecuado al vínculo. Es, por tanto, una posición exigente, que nos obliga a re-examinar la adecuación de nuestra teoría y nuestra técnica caso a caso, donde periclitán la universalidad de las teorías, donde ningún método puede considerarse correcto por naturaleza, donde la adhesión a una técnica estándar carece de sentido.

Simplemente no estamos hablando de psicoanálisis, pero las piedras que sostienen nuestra inestable posición son legítimamente psicoanalíticas: lo inconsciente, que entendemos opera en

diferentes niveles; el vínculo, que consideramos la estructura fundante de la subjetividad: la relación implícita compartida que puede efectuarse en la escena terapéutica; la sintonía afectiva y el encuentro, preludio de la integración de nuevos significados, y nuestra aportación al proceso terapéutico, definida como responsividad óptima posible, donde puede emerger el único sujeto posible, el social.

### Comentario personal:

¡Ahí es nada! ¡magnífico e inquietante artículo del Dr. Avila Espada!

*Magnífico* porque es de esos textos que piden no una, sino una tras otra re-lectura debido a la densidad de los contenidos y a la fuerte coherencia de las líneas de fuerza que lo sostienen teóricamente.

Quizás, desde mi punto de vista, esta última sea una de sus mayores virtudes, más allá del análisis de contenido del texto se observa la fineza de la coherencia en la argumentación teórica de un trabajo serio, de las ideas de su autor, que proclama la necesidad de que el terapeuta se arriesgue a *dejar* sus teorías (y por supuesto también sus teorías de la técnica) si quiere llegar al encuentro con su paciente.

Y tal vez sea esta enseñanza paradójica una que a mí me convenga especialmente conservar: sólo es posible el encuentro con la persona que está detrás del paciente si la persona que es el terapeuta se atreve a despojarse de la teoría que necesita para ser un buen terapeuta.

Pero también, entre líneas, implícitamente, a la sombra de la fuerte apoyatura teórica del artículo, se destila que el Dr. Avila Espada subraya también que sólo uno puede llegar a ser un buen terapeuta (o un terapeuta suficientemente bueno) si su formación teórica y técnica le capacitan como tal. Sí, desde luego que para *perder* luego tal armazón saliendo al encuentro con el paciente, pero apoyatura precisa para no perderse en el fácil devenir del sentido común.

Amén de lo dicho, no es frecuente encontrar artículos en la literatura psicoanalítica que definan tan clara y valientemente fenómenos intersubjetivos, procesos y experiencias afectivas, por otro lado muy difíciles de poner en palabras, pero que una vez logrado -como el Dr. Avila Espada lo consigue brillantemente- tales palabras implican además de un pronunciamiento neto, una apuesta de futuro en un saber muchas veces sometido al poder institucional (y el autor se sabe en el punto de mira), es decir, una apuesta arriesgada, valiente, en línea con la afirmación del autor de que el compromiso del psicoanálisis/ista es un compromiso con la verdad.

*Inquietante* lo es y mucho porque como Lacan diría, personalmente me sitúa delante de *la falta*, es decir, de *mi falta*. Y tal como lo entiendo en este contexto *la falta* es *el ser*, el *terapeuta bueno* de Sacha Nach (que quizás sea lo mismo que el buen terapeuta) debe ser inconscientemente *-inconscientemente-* bueno (o responder *intuitivamente* con *responsividad óptima*, afirma el Dr. Avila). Y yo no sé si lo soy, o suficientemente, y eso me inquieta. Se podría pensar que son los pacientes, o ex-pacientes de uno y cómo les ha ido en terapia y en la vida lo que tranquilizaría o no la conciencia, pero nuevamente el Dr. Avila nos remueve en nuestra acomodación moral cuando nos dice que quizás nunca podamos afirmar nada definitivo, como cuando tratamos (y deseamos) ver en la rica vida de Anna la huella de su relación con Breuer.

En fin, un trabajo exquisito y muy recomendable.

Quizás sólo una objeción: no comparto la opinión del autor cuando afirma que aquí no se habla de psicoanálisis. Desde mi punto de vista participar de esta opinión sería tanto como otorgar el estatuto de consistentes a los motivos que en su día declaró la API para la expulsión de Jacques Lacan -por ejemplo y ya que ha sido mencionado- de tal organización.

Dado que más allá de los elementos políticos el fondo de este asunto es una cuestión de gran importancia dentro de la misma sesión analítica (y aquí retomamos los planteamientos *relacionales* del Dr. Avila) traigo a colación, haciéndolas mías, las palabras de Catherine Kolko porque quizás nos ayuden a pensar en algo que, a mi parecer, es sustancial en este tema:

*“La proposición del 9 de octubre sobre el pase, planteada por Lacan en su escuela, viene a romper con la posición de alumno instituida por Freud, en la que al analizante no se le asigna más el venir a confirmar la teoría, es decir confirmar que Freud es el padre.*

*Es instituyendo la idea de un testimonio junto a otros analistas que será posible para el analista volverse autor, - y el Dr. Avila es autor- no de una nueva teoría, sino de un significativo amo nuevo, vía por la que podrá testimoniar que, de alguna manera, ha reinventado el*

psicoanálisis.

“... Que los analistas de Escuela no hayan osado ser otra cosa que alumnos, plantea ciertas cuestiones. Pero, planteado así por Lacan, reinventar el psicoanálisis ya no es más una tentativa heroica, en el sentido que le da Freud en su Moisés: “El héroe es aquél que se opone a su padre y termina por vencerlo.” (C. Kolko, “Los ausentes de la memoria. Figuras de lo impensado”, pag. 36).

Porque uno puede comulgar más o menos con la lectura lacaniana de Freud, o con su particular técnica, puede ser Lacan santo de nuestra devoción o no, pero a mí no me cabe duda de que este segundo *enfant terrible* ciertamente hablaba de Psicoanálisis.

En fin, que en esto no estoy de acuerdo con el Dr. Avila-Espada, no sólo eso, sino que a diferencia de él corro el riesgo de ser irrespetuoso y cada vez más intransigente con aquellos que (afortunadamente cada vez en menor número) haciendo un alarde de autosuficiencia, engreimiento igualmente intransigente pero supuestamente avalado por una posición de poder, se erigen en defensores únicos de la verdad, en portadores de La Palabra.

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Tinajas, A.A. (2008). Reseña del trabajo de A. Ávila (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Clínica e Investigación Relacional*, 2 (1): 246-253. [ISSN 1988-2939]

[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen21Mayo2008/tabid/355/language/es-ES/Default.aspx>]