



ACCIÓN TERAPÉUTICA Y CAMBIO. NUEVOS CONCEPTOS EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA PARA EL SIGLO XXI¹

Luis Raimundo Guerra Cid²

IPSA-Levante, IARPP

En el presente artículo se hace un análisis de determinados recursos técnicos que se han puesto en liza a lo largo del presente Siglo XXI en algunas escuelas de psicoterapia psicoanalítica. Todos ellos están engarzados en un mismo presupuesto: la acción terapéutica está intrínsecamente ligada a la actitud terapéutica. Para ello comenzaremos con una revisión de algunos conceptos de Western y Gabbard en cuanto a la internalización, poniéndolas en relación con otros recursos teóricos y técnicos. Posteriormente haremos una discusión de otros conceptos que están en boga en la práctica psicoterapéutica como *enactment*, *autorrevelación (selfdisclosure)*, *responsividad óptima*, *momentos de encuentro o conocimiento relacional implícito*. Todos estos recursos pasan por una actitud activa del terapeuta, participando constantemente con diversos recursos y consciente de la influencia que produce en la matriz relacional que constituye el encuadre terapéutico.

Este trabajo pretende, por tanto, poner en relación conceptos del actual psicoanálisis relacional, preconizados por S. Mitchell, con otros de diferentes escuelas psicoanalíticas como el *intersubjetivismo*, la *psicología del self* o la *psicoterapia dialyctica*. En cuanto a esta última, y a través de un trabajo de psicoanálisis comparado, mostraremos algunas de nuestras conclusiones constituyentes del inicio de un enfoque dialyctico-relacional con aplicaciones clínicas particulares.

Palabras clave: Acción terapéutica, actitud del terapeuta, enactment, selfdisclosure, psicoanálisis relacional, psicoterapia dialyctico-relacional

This paper make an analysis of determined technical resources that have been competing along the present XXI century in some schools of psychoanalytical psychotherapy. They are all set under the same assumption: the therapeutic action is intrinsically bound to the therapeutic attitude. For instance we will start with the revision of come concepts of Western and Gabbard in terms of the internalization, relating them with other theoretical and technical resources. Subsequently we will discuss other concepts which are in vogue in the psychotherapeutic praxis as *enacment*, *self-disclosure*, *optimal responsiveness*, *moments of meeting*, *implicit relational knowing*. All these resources take place thanks to the therapist's active attitude, constant participation with diverse resources and being conscious of the influence that is produced in the relational matrix that constitutes the therapeutic frame.

This work intends, therefore, to relate the present concepts of relational psychoanalysis, advocated by S. Mitchell, with others of different psychoanalytical schools such as intersubjectivity, self psychology or dialytic psychotherapy. In case of the very last one and through the psychoanalytic work compared, we will show some of our conclusions resulting from the dialytic-relational approach with particular clinical applications.

Key Words: Therapeutic action, therapist's attitude, enactment, Selfdisclosure, relational psychoanalilys, dialytic-relational psychotherapy

English Title: THERAPEUTIC ACTION AND CHANGE. NEW CONCEPTS IN PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY FOR THE XXI CENTURY

Cita bibliográfica / Reference citation:

Guerra Cid, L.R. (2012). Acción terapéutica y cambio. Nuevos conceptos en Psicoterapia Psicoanalítica para el Siglo XXI. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3): 528-547. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

“¿Es la resistencia del paciente quien provoca el fracaso, o se trata más bien de que nuestra comodidad se resiste a adaptarse a las particularidades de la persona, en el plano de la aplicación del método?”.
(S. Ferenczi, 1931, p. 111)

“Todo comportamiento y todo acto del habla del terapeuta ha de tender exclusivamente a crear en el paciente disposiciones favorables a su evolución, cambio y reestructuración, no al crédito del terapeuta ni de su poder de persuasión.”
(L. Cencillo, 2008, p. 13)”

1. La actitud es acción.

La idea central que pretendo transmitir en este artículo es que sólo nos es posible avanzar en nuestra acción como terapeutas a través de nuestra actitud como terapeutas. A lo largo de la historia del psicoanálisis se ha tenido subordinada esta variable en detrimento de otras de más importancia como la técnica, como si la actitud del terapeuta y todo lo que puede desenvolver en el setting careciera de ella. Tradicionalmente lo básico de la actitud del terapeuta era aquello comprendido entre la abstinencia y la neutralidad. Ambos preceptos tal y como señalan diversos autores (Cencillo, 1977; Gabbard, 2002; Coderch, 2010) no están del todo claros que Freud los siguiera siempre y a “rajatabla”. Como he apuntado (Guerra Cid, 2011), quizás cuando el austríaco escribe sus artículos técnicos entre 1912 y 1914 esas normas eran más bien para los discípulos de Freud porque éste estimara que les eran necesarios.

Históricamente se le ha dado importancia prioritaria a la abstinencia, neutralidad y anonimato del terapeuta como el eje básico de la actitud del terapeuta y como aliado técnico. Sin embargo corrientes actuales del psicoanálisis, pendientes también de cómo el paciente recibe esto del terapeuta, son críticas con tal postura, puesto que creen más enriquecedora la perspectiva de un analista más activo, empático y dialogante.

Para una reflexión pormenorizada al respecto tenemos dos investigaciones relativamente recientes acerca del proceso de cambio en psicoterapia que son citadas en uno de los trabajos más relevantes hasta la fecha sobre el cambio psíquico *“Al cambio psíquico se accede por la relación”* (Ávila Espada, 2005). Estas investigaciones son la del Boston Change Process Study Group -BCPSG³- (1998) por un lado y la de Curtis et al (2004) por otro. Comenzando por la segunda, en ella se entrevista a 75 psicoanalistas sobre su análisis didáctico y responden a la pregunta de qué fue para ellos lo mejor de su terapeuta. El dato más positivo que reseñaron fue que el analista estaba dispuesto a compartir ideas, experiencias y sentimientos. Que se mostraba emocionalmente disponible y validaba experiencias.

Por su parte en la investigación del BCPSG (1998) se decía que las dos claves de las que informaban los pacientes eran las claves interpretativas y los momentos especiales de conexión auténtica en contacto con el terapeuta, algo que en la actualidad denominamos *momentos de encuentro* (moments of meeting).

La actitud del terapeuta entronca con el contexto en el que se disponga la relación terapéutica algo que se conoce como la “atmósfera analítica” y que vino preconizado entre otros por Ferenczi y uno de sus más brillantes seguidores, M. Balint. Esto a su vez concurre en una dinámica, por un lado, de mutualidad aunque inevitablemente asimétrica puesto que ambos roles están dispuestos de forma diferente. Uno es paciente porque está pendiente de la resolución de sus conflictos mientras que el otro en un principio dirige. Esta mutualidad va más allá de la primigenia idea de Ferenczi ya que la vemos más en la línea de L. Aron convertida en corresponsabilidad e interacción mutua.

2. Acción terapéutica a través de la internalización del terapeuta.

Uno de los primeros aspectos interesantes de variación en la acción del terapeuta viene dado en virtud de una actitud terapéutica más activa. Para explicar esto más detenidamente me gustaría centrarme en tres geniales aspectos que Western y Gabbard (2003) enunciaron y que tienen que ver con la acción terapéutica desde una perspectiva contemporánea cuyo denominador común es la internalización. Para entender estos tres aspectos debemos tomar como base el concepto de “Experiencia emocional correctiva”. Dichos aspectos son: la internalización de la función del terapeuta, de sus actitudes afectivas y de las estrategias para la autorreflexión.

- **Internalización de la función del terapeuta:** Western y Gabbard. (2003, p. 833) señalan que el paciente, a menudo, realiza una función de autocalma a través de experiencias repetidas de haber sido tranquilizado por su terapeuta. En opinión de los autores esto se puede hacer tanto de un modo consciente procedimental como posteriormente y, probablemente, como fruto de la repetición de una manera inconsciente y procedimental.

En mi opinión para que esto se produzca no sólo es importante la experiencia del paciente de un terapeuta dedicado a él, que con determinadas habilidades sea capaz de tranquilizarle conteniendo su ansiedad, sino también hacer que el paciente internalice desde un momento “prudencial” del tratamiento, es decir, adecuado para que esto pueda ser asimilado en el paciente, la comunicación por parte del terapeuta de los rudimentos nucleares y fundamentales de su carácter y patrones relacionales. Es importante, entonces, que el paciente tenga en mente los procesos que el terapeuta ha puesto en marcha, “que sea su propio terapeuta”, para que pueda autocalmarse, proceso que se realiza sobre todo a través de la reflexión de que componentes de su personalidad se están moviendo cuando determinadas circunstancias le provocan ansiedad. En una suerte de juego que puede resultar, a priori, algo macabro creo que en ocasiones el psicoterapeuta debe de tener cierta fantasía de muerte (de su propia muerte). Es decir, pensar: “Sí me quedara poco de vida qué le diría a este paciente como fundamental de su proceso”. Esta cuestión tiene que ver con que el paciente sea partícipe activo del proceso o, al menos, de las partes más importantes de éste, sabiendo qué es lo básico de su padecer, algunas nociones nucleares de los orígenes de su sufrimiento y algo que es cada vez más importante en su mejora y tratamiento: sus inercias.

Todo ello desde la óptica de la manera eficaz en cómo el terapeuta logra tranquilizarlo.

- **Internalización de las actitudes afectivas del terapeuta:** los autores señalan la importancia de que el paciente internalice al terapeuta como agente con actitudes afectivas para suavizar su superyó cruel. Esto no sólo es realizable por la vía verbal sino que también es posible llevarse a cabo a través de vías no verbales y paraverbales. Este concepto fue preconizado por el psicoanalista español Luis Cencillo cuando en uno de los múltiples componentes posibles para que se desarrolle la transferencia habló de la “*tolerancia superyoica*” (1977, p. 244). Dicha Tolerancia es un factor de la relación terapéutica sumamente necesario, incluso para que se de una genuina transferencia, para que el paciente deposite sin temor los pensamientos, afectos, fijaciones, apetencias arbitrarias y recuerdos que le angustian. Sólo será posible una translaboración de los materiales psíquicos y de los comportamientos a través de este ejercicio de tolerancia (L. Cencillo, 1977, 1998).

Pero no pretendo en ningún momento adscribirme a la idea de que sólo a través del cambio estructural (por ejemplo y en este caso de suavización superyoica) se llega al cambio psíquico, sino que muy de acuerdo con lo que Joan Coderch expone, considero que el cambio psíquico no se produce por un mero cambio estructural (en la dinámica yo-ello-superyó): “No son las estructuras las que dan lugar a las funciones psíquicas, sino estas últimas las que dan lugar a la formación de estructuras al estabilizarse hasta cierto punto” (J. Coderch 2012, p.187). En el ejemplo concreto que estamos tratando, cuando citamos el trabajo de “suavizar” el Superyó tanto en Cencillo como en Western y Gabbard, lo importante de dicha tesis es que se logra a través de una interacción diferente producida en la díada paciente-terapeuta.

Hay que recordar que en todos estos procesos de identificación-internalización del terapeuta y sobre todo de sus funciones existe como condición previa y *sine qua non* una actitud del terapeuta que invite a la reflexión y que no le resulte coercitiva ni hostigante al paciente. Esto es (como en todo proceso no lineal, complejo y caótico) como el que constituye una relación terapéutica de suma importancia puesto que a partir de las condiciones iniciales del fenómeno relacional terapéutico se van a establecer las ulteriores maneras de relacionarse ambos actores del sistema (Guerra Cid, 2012).

- **Internalización de estrategias conscientes para la autorreflexión:** fruto de todo lo anterior encontramos la posibilidad de que el paciente al fin “se convierta gradualmente en su propio analista”⁴ (Western y Gabbard ,2003, p. 833). Los autores citan en este punto de su artículo fugazmente a P. Fonagy. Dado lo interesante de lo aportado por este autor considero oportuno detenerme y dar una explicación pormenorizada de su concepto de “*mentalización*” (1999).

Grosso modo la mentalización se basa en que hacemos una lectura de la mente propia y de los demás que incluye estados afectivos y emocionales diversos. Comenzando por este último cabe decir que el fenómeno de la mentalización entendido como una marcación (*markadanness*) añade la cualidad de *simulación* y otorga una posibilidad de explicación más profunda para nuestra exposición.

El fundamento básico para la comprensión de este fenómeno reside en las

interacciones que el adulto y niño llevan a cabo. Nosotros respondemos ante un niño al que comprendemos empatizando y mostrando una emoción acorde con lo que está experimentando. Pero a través de una marcación, es decir asemejando su estado emocional, nunca exactamente igual. Si lo hiciéramos igual o en mayor intensidad el niño sentiría que le devolvemos lo que siente con un plus de angustia. Como consecuencia el niño entraría en una espiral de pánico y angustia extrema. Es decir, ante el niño que llora porque se ha caído un padre empático pone cara de cierto disgusto y se queja con él en un tono infantil: “Oh mi niño pequeño, ¿te has caído? bueno no pasa nada deja que papá te vea”. El papá simula un estado emocional que puede ser cercano a lo que él siente, pero no entra en un estado de terror del tipo “¡Oh Dios mío mi hijo se ha roto la cabeza, se ha matado!”. El padre responde intencionalmente al llanto del niño, el cual denota la necesidad de ser consolado o de ser acogido en su dolor.

Es fundamental tener esto en cuenta, a tenor sobre todo de las continuas conexiones que las investigaciones de Stern y del Grupo de Boston muestran acerca de la irreductible unión que hay entre la primera infancia y las figuras de cuidado y su relación con los fenómenos que se desatan dentro del encuadre psicoterapéutico. El estudio de la mentalización se antoja actualmente indispensable tanto para el análisis de los rudimentos relacionales que se dan en la terapia como para el conocimiento acerca de cómo se desarrolla y forma la mente humana y la personalidad globalmente considerada (Coderch, 2012, p.244).

Estas conexiones hacen que se establezcan diferentes maneras de procedimiento sobre todo relacional desde la primera y temprana infancia. La marcación es por tanto una estrategia activa de la madre y/o el padre, que recrea el terapeuta para que el niño-paciente mentalice sus sentimientos, deseos, emociones.... En conexión con esta idea, la neurociencia expone la “*simulación corporeizada o incorporada*” (Gallese, Eagle y Mingone, 2007; Gallese 2011) que es la base de la conexión e identificaciones emocionales con los demás. A través del sistema de neuronas espejo (SNE) esta simulación incorporada es la que hace que podamos compartir y comprender emociones, sentimientos y acciones de los otros. A diferencia del fenómeno de la marcación la simulación corporeizada es un hecho que se produce en el cerebro del observador, pero sin que medie intencionalidad, es por tanto automático.

Antes de introducirme en la siguiente sección considero de importancia traer aquí una de las teorizaciones de S.A. Mitchell al respecto de la regulación e influencias mutuas entre paciente y terapeuta. Es curioso cómo la lectura de “*Relationality, from attachment to intersubjectivity*” (2000) recuerda en varios aspectos al de “*Terapia, lenguaje y sueño*” (1973) de Luis Cencillo. En primer lugar, obviamente, por el amplio nivel de innovación y revolución psicoanalítica que suponen, pero también porque ambos autores hacen mención a que cada escuela o autor muestra la tendencia a fijarse en un aspecto concreto para hacer una explicación global de un fenómeno. Así Cencillo decía que cada autor clásico tenía tendencia a explicar apoyándose en un factor básico la neurosis del ser humano. Por ello Freud, Fromm, Binswanger, Adler, Fromm o Lacan, según Cencillo, tenían razón en sus planteamientos pero las explicaciones conjuntas de todos ellos no eran excluyentes sino que se deberían sistematizar, integrar y utilizar sus teorías dependiendo del momento del tratamiento y de lo pretendido en

las diferentes etapas. Así Mitchell (2000, p. 59) también comenta que diferentes autores vinculados con, o como precursores del psicoanálisis relacional, se centran en un punto base para explicar la relacionalidad: Bowlby haría hincapié en la conducta instintiva de los patrones de vinculación, Fairbairn en las configuraciones self-otros en relación con las relaciones objetales y la libido y Benjamin en la intersubjetividad.

Para Mitchell los distintos aspectos estudiados de la interacción e intersubjetividad por estos autores son susceptibles de ser integrados en un sistema de interacción jerárquica que tendría cuatro modalidades:

1. Comportamiento no reflexivo.
2. Permeabilidad afectiva,
3. Configuraciones Self-otros
4. Intersubjetividad.

Todas ellas son importantes pero la primera de ellas nos servirá de complemento a la explicación que estaba dando acerca de las internalizaciones. Para Mitchell (2000, p. 60) en la tradición interpersonal de H. Sullivan y en la Teoría del Apego de Bowlby, se discute ampliamente sobre conductas no reflexivas de los sujetos pero que influyen recíprocamente a los otros constituyendo sistemas de retroalimentación. Ejemplos de ello se observan entre los niños y sus madres a través de la influencia en los ciclos de la alimentación y del sueño-vigilia motivados por las interacciones gestuales y comportamentales del cuidador.

Mitchell (2000) conecta estas investigaciones con las de D. Stern y el Boston Group en cuanto a la construcción de microprocesos en la situación analítica (los *momentos ahora* -now moments-) los cuales se asemejan a las interacciones infante-madre. Comportamientos todos ellos no reflexivos y de constante interacción mutua que regulan y obviamente producen cambios en el paciente a través de la interacción con su terapeuta.

En este punto toma importancia el segundo modelo de permeabilidad afectiva, dado que explicaría el “contagio” emocional que se produce y que influye recíprocamente a los actores de la psicoterapia a través de todo lo que se drena en la transferencia-contratransferencia. Así a veces las experiencias afectivas disociadas en el paciente son comprendidas por el analista desde sus propios afectos, como si de un catalizador se tratara. Todas estas experiencias de regulación-devolución-interacción-regulación provocan sin duda cambio psíquico duradero con consecuencias en el comportamiento, la afectividad y la manera de relacionarse.

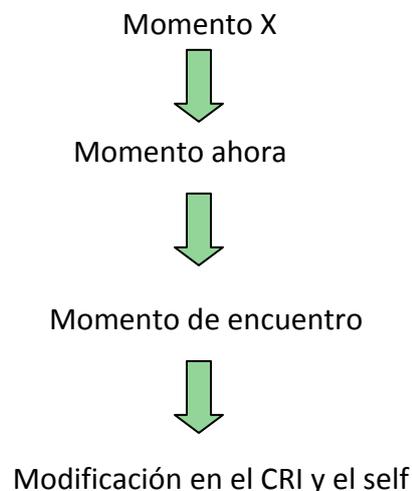
3. Hay algo más que interpretación, hay algo más que resistencia.

Está claro que no todo lo que le ocurre al ser humano se halla inmerso dentro de lo declarativo (consciente e inconsciente) sino que también en la memoria implícita (inconsciente procedimental) se juegan patrones de suma importancia. A parte de las tópicas expresadas por Freud acerca del conflicto intrapsíquico y enraizadas en la memoria procedimental, sería

interesante tomar en cuenta una tónica procedimental donde figurara más que el conflicto intrapsíquico, el self en sus distintas dimensiones (Guerra Cid, 2011b). El conocimiento relacional implícito del paciente y el compartido con su analista (y *el implícito del terapeuta* cabría decir) son elementos de amplia potencia terapéutica, son “algo más” que la interpretación y por supuesto se constituyen en el terreno abonado para que ésta pueda llevar a cabo su función con el consiguiente cambio psíquico.

El BCPSG (2007) afirma que todo aquello que compone los distintos aspectos comunicativos, desde gestos a ritmos y modos de expresión, refieren al *nivel local (local level)* del proceso comunicativo. Una ubicación espacio-temporal en la cual desde lo implícito se produce una comunicación densa y de retroalimentación afectiva. Así y *grosso modo*, un momento puntual (un momento x podríamos decir) que se produce en la terapia, si tiene un plus más de intensidad y si es correctivo dentro de una sesión produce un momento ahora que a su vez puede instaurarse como un profundo momento de encuentro (*moment of meeting*), produciéndose entonces un cambio en el conocimiento relacional compartido y en el self procedimental (Guerra Cid, 2011b). Esto conlleva, entre otras consecuencias, variaciones en la manera de estar con otro y una amplificación en el sentimiento del sí-mismo.

NIVEL LOCAL



He optado por este planteamiento metafórico y tónico de self procedimental, al considerar el self como un elemento más englobador de la identidad que el yo, y su matiz procedimental por entrar en relación con esa parte de la memoria implícita y automática en donde se produce el conocimiento relacional implícito.

En nuestra práctica y acción clínica podemos trabajar también con este presupuesto teórico, que posee una repercusión técnica, sin dejar de lado todo lo relacionado con la memoria declarativa y su, a menudo asociado, mecanismo defensivo de la represión. Por tanto

hemos de trabajar también con una nueva metáfora tópica, con un self procedimental que ha de hacerse consciente, en la medida de lo posible de tal empresa, sobre todo a través de las nuevas y correctivas experiencias interactivas con el terapeuta que generarán, a la larga, nuevas pautas de relación.

Esta tarea puede hacerse en algunos casos a través del señalamiento y la interpretación. Pero sobre todo a través de explicitar en la relación terapéutica todo aquello que el psicoterapeuta va detectando como importante en el conocimiento relacional implícito del paciente y en lo que ocurre en el conocimiento relacional compartido entre ambos protagonistas. Por ello es fundamental la tarea de regulación que el terapeuta hace tanto del mundo emocional del paciente como del estado de la relación entre ambos. Experiencia, por su puesto, compartida y negociada conjuntamente con él. Todo ello origina distintos momentos de encuentro en la pareja terapéutica que catapultan al proceso en saltos hacia adelante (Guerra Cid, 2011 b).

Por ello en la psicoterapia psicoanalítica actual se observan ya otros registros más allá de los puros procesos de interpretación y resistencia. La relación terapéutica y la terceridad creada entre ambos protagonistas del proceso, los procesos de confianza y un diálogo en forma de mayéutica co-elaborativa (Cencillo, 1977) crearán en el paciente la suficiente entereza como para poder permitirse “dejarse llevar” hacia otras formas de actuación y de relación intra e interpersonal. Dicha tarea la hará poniendo a prueba, en muchas ocasiones, a su terapeuta para ver si va a fallar, quizá como fallaron figuras estructurantes y de apego en la primera y segunda infancia. Ésta es una perspectiva que supera y complementa la clásica de la resistencia basada en que si el paciente no cambia es porque se resiste, no siendo a veces tan simple dado que el cambio sólo es posible ante la segunda oportunidad que el análisis terapéutico supone, pero para ello el paciente ha de asegurarse la contención y que en caso de caer lo hará con red.

4. Algunas aportaciones del siglo XXI

Cuando H. Kohut en su última obra, publicada póstumamente, enuncia el lapidario pensamiento de que “el psicoanálisis debe pasar de estudiar a Freud a estudiar al ser humano” (H. Kohut, 1982, p. 184), refiere a la necesidad de evolucionar tanto en las teorizaciones acerca de la etiología de la neurosis como en los cambios y variantes técnicas necesarias para acercarse comprensivamente al paciente.

De hecho llama la atención que actualmente tanto en las publicaciones contemporáneas de psicoanálisis, como en congresos nacionales o internacionales como los de la IARPP, uno de los textos más frecuentemente citado sea “La confusión de lenguas entre niños y adultos” de Sandor Ferenczi (1933), trabajo polémico por contravenir los supuestos psicoanalíticos de la época. Este texto puede parecer a primera vista una propuesta de teoría etiológica de las neurosis y del trauma, y lo es de hecho. Pero en mi opinión es ante todo un trabajo de técnica psicoanalítica que el autor fundamenta en los orígenes del sufrimiento del paciente. Desde esa posición la renovación técnica tiene que ver, por tanto, con la actitud y la acción del terapeuta.

Fue un seguidor del pensamiento de Ferenczi, el también húngaro M. Balint, quien hizo gran hincapié en la importancia que tenía tanto la relación objetal mantenida con el terapeuta cómo la interpretación de éste, conjuntándose ambas por un adecuada “*atmosfera analítica*” (M. Balint, 1968).

Relacionado con ello en gran medida, encontramos el actualmente omnipresente concepto de “*enactment*”. No es ni mucho menos un concepto del presente siglo dado que ya fue enunciado por Jacobs en 1986, pero sí es ahora cuando está tomando una gran relevancia.

Este concepto es sin duda representante de la dinámica acción-actitud del terapeuta. *Grosso modo* el enactment tiene que ver con la disposición de cómo configura y representa la escena analítica el paciente, lo cual es co-creado junto con la acción y la contratransferencia de su terapeuta. De todos modos el concepto enactment tiene muy diversas lecturas dependiendo del ámbito y autores que lo empleen (Wachtel, 2008; Coderch, 2010.). Este enactment no debe de invadir al terapeuta pues esto connotará un riesgo para la terapia. Por otra parte y lejos de lo que cabría pensar desde posicionamientos más ortodoxos del psicoanálisis el enactment no se produce por un fallo del terapeuta (que permite, por ejemplo, que haya actings) sino que es una actuación intrínseca que fluye autónomamente (y necesaria) en el proceso de la psicoterapia.

Así esta puesta en escena configura una síntesis de la contratransferencia por un lado y de la acción y deseos del paciente por otro. Es muy complicado que podamos separar esta representación que hacen los actores del proceso analítico de la actualización de los conflictos del paciente (y del terapeuta) puesto que van insertos en una misma dinámica. Tampoco se puede reducir a una simple resistencia del paciente del tipo de *acting-in* o de un *acting* neurótico del terapeuta.

Coderch (2010, pp. 215-217) señala la existencia de dos tipos diferentes de enactment: el inevitable y el patológico (este último a su vez puede ser por invasión de las proyecciones del paciente en la mente del terapeuta, o porque éstas conectan con la patología del terapeuta).

1) En el enactment inevitable lo que sucede es que el paciente, al tener una fantasía o fantasías concretas acerca de cómo debe ser la escena analítica, trata de poner esto en funcionamiento a través de la relación terapéutica. Aquí señala Coderch, el terapeuta no actúa este papel ni ve comprometida por ello su contratransferencia, sino que queda en el imaginario del paciente.

2) Pero en el enactment patológico, el terapeuta sí actúa activamente este “juego” intersubjetivo dado que hay una integración entre las dos mentes, una psicología de dos personas.

En la variante de enactment patológico en la cual el terapeuta se ve invadido por las proyecciones y termina por actuarlas, recupera Coderch el interesante concepto de Grinberg de “*contraidentificación proyectiva*”. Aquí las actuaciones que lleva a cabo el terapeuta no tienen que ver con sus propios conflictos sino que vienen exclusivamente motivadas en virtud de los conflictos proyectados por sus pacientes.

En este punto seguimos ahora a Watchel cuando nos dice, bromeando en cierto modo, que no es tanto una psicología de dos personas sino de una y media (“one-and a-half-person version” Wachtel, 2008, p. 236) ya que ante “algo que pone el paciente dentro del analista” éste simplemente actúa como se piensa que debe actuar dentro de esa historia pero es “la inocente víctima de los conflictos del paciente”. Así, esta tesitura se halla a mitad de camino entre el enactment producido por uno y el producido en la “psicología de dos personas”.

La otra variante descrita por Coderch, la del engarce psicopatológico de ambos actores, es una cuestión peliaguda y delicada. Dependiendo de qué tipo de elemento psicopatológico esté actuando en el terapeuta podemos pensar incluso que la terapia debe detenerse o bien derivarse el caso a otro profesional. El problema de esta situación, a mi entender, es que gran parte de estos procesos se producen en un nivel procedimental dentro del conocimiento relacional implícito y compartido, por lo cual muchas veces el terapeuta no sabrá resolver determinados *enactments* producidos en el tratamiento.

En último término me gustaría añadir que en toda esta producción de *enactments* que tenemos a lo largo del tratamiento, tan importante (o a veces mucho más) como la interpretación es también observar la experiencia relacional en sí, ver cómo actúa el paciente, qué patrones repite y qué expectativas tiene de nosotros y de la relación. Y también que el terapeuta se vaya preguntando en cuanto a los efectos que tiene esto en él, será valioso (sobre todo si no entronca con la patología del terapeuta) como instrumento de medida para saber qué es lo que el paciente mueve en las otras personas. Nuevamente toda esta discusión experiencial puede provocar un cambio en la psique y en el comportamiento relacional del paciente.

Otro concepto de importancia en la actualidad en cuanto a la técnica y la acción terapéutica lo constituyen las *auto-revelaciones (selfdisclosure)* posiblemente siendo impulsado por Ferenczi en 1933 cuando hablaba de la importancia de la sinceridad del analista ante su paciente, sobre todo cuando aquel percibía que se sentía influenciado por las actitudes del paciente.

La autorrevelación consiste en cualquier cuestión consciente que nosotros queramos transmitir al paciente o que realicemos sin querer, pero cabe decir que ante cualquier pregunta que el paciente pueda hacer acerca de algo más o menos privado del terapeuta está sujeto a una posible o no autorrevelación. El problema viene acerca de la elección de hacerla o no ante preguntas directas del paciente. En cualquier caso sería importante realizar una estimación por parte del terapeuta que habrá de hacerse en relación a su caso, de lo que ese paciente “transpira”, teniendo en cuenta que siempre hay un potencial de error en la decisión tomada (Wachtel, 2008, p. 250).

De todos modos para el propósito de este artículo yo estoy más interesado en las autorrevelaciones que el terapeuta hace no tanto como fruto de cuestiones planteadas por el paciente, sino porque voluntariamente las realiza ya que cree que eso va a ser una palanca movilizadora en la afectividad y salubridad del paciente, y sobre todo porque la relación terapéutica concreta lo encajará como un paso adelante. Es decir las autorrevelaciones que el

terapeuta utiliza como recurso técnico, pues sino estaríamos refiriéndonos a una mera actuación. Aunque cabe señalar que es de suma importancia atender a porqué el paciente a veces pide que revelemos algo de nuestro anonimato, puesto que esto no siempre tiene que ver con una resistencia o una ruptura de encuadre.

En los famosos análisis al Sr. Z., Kohut (1979) confiesa que cuando el paciente en principio le preguntaba por si era un hombre dominado por su esposa creía que esto tenía contenidos edípicos hasta que se dio cuenta de que la pregunta en realidad escondía un temor a que el terapeuta fuera pusilánime y débil. Z pretendía reforzar la idea de que Kohut era un hombre fuerte, capaz de ser una *imagen parental idealizada*. En este sentido entiendo que la autorrevelación era altamente terapéutica o cuando menos entrar en un juego de preguntas y respuestas -como diría Ferenczi- para abordar el por qué de la preocupación de Z al respecto y ver que podía estar simbolizando toda esa circunstancia.

En mi opinión las autorrevelaciones son de varios tipos y básicamente se pueden dividir en dos dependiendo de su voluntariedad:

1) Involuntarias: todo aquello que transmitimos sin darnos cuenta de modo implícito e inconsciente. En este sentido podemos hacer estos selfdisclosure involuntarios, por ejemplo, por algún comentario o algo que introducimos en una explicación implícitamente y que revela algo de nuestro status. Pero obviamente también revela de nosotros el tipo de libros que tenemos, el periódico que leemos, fotos, objetos decorativos que disponemos en el consultorio, etc.

2) Voluntarias: las que meditamos y decimos a nuestro paciente sobre todo considerando que tienen una funcionalidad en la relación terapéutica, en la toma de contacto del paciente con sus emociones, afectos y fantasías o en ambos supuestos simultáneamente.

Cabe decir como cuestión previa a diferenciar entre los diferentes selfdisclosure involuntarios que el hecho de hacerle una devolución al paciente acerca del estado emocional que presente del tipo: “siento que estás bastante enfadado con esto que ha ocurrido” “te percibo realmente triste” no consiste en una autorrevelación sino más bien en un señalamiento.

Las autorrevelaciones voluntarias pueden ser de cinco tipos:

2.1) Autorrevelación pura: el terapeuta revela algún aspecto acerca de su vida o de su status porque cree que ese ejemplo otorga al paciente una mayor sensación de entendimiento y de comprensión. Es una técnica de cercanía que puede provocar en el paciente que no se sienta “extraño”, “loco”, “desquiciado” o separado de las realidades circundantes. En este tipo de autorrevelaciones se busca la normalización de algo de lo que al paciente le acontece.

2.2) Autorrevelación empática intensa: aquí el terapeuta conecta emocionalmente con una vivencia profunda del paciente. Por ejemplo el paciente cuenta algo que le ha sido muy frustrante y el terapeuta no sólo dice comprender lo que le pasa, sino que le comenta al paciente que poniéndose en su lugar también experimenta sensaciones de frustración e incluso rabia. En esta situación el paciente tendría la sensación de “yo siento que tu sientes que yo

siento” momento de encuentro de la conexión emocional (R. Riera, 2011).

En este sentido estamos muy de acuerdo con H. Kohut (1982) en cuanto a que es fundamental la empatía para el tratamiento de los pacientes, pero una empatía *no automática* es decir voluntaria, consciente y constituyente de un ejercicio constante de observar cómo se está sintiendo el paciente. A esta empatía, que Mitchell considera como un método (Mitchell, 2000, p.135) hay que añadirle el cuidado activo en relación con lo necesitado por cada persona, dado que para que haya una experiencia de cuidado y dedicación hace falta una tarea de trabajo en profundidad que lleva años realizarse.

2.3) Autorrevelación del proceso analítico del terapeuta: otra tiene que ver con la propia experiencia -no muy intensa emocionalmente del analista- en relación a cómo fue su tratamiento y conecta con lo sucedido en el enactment de ese momento dado de la terapia, por ejemplo, el paciente se siente cohibido por lo que pueda pensar su terapeuta y el terapeuta le cuenta que el a veces se sentía así en su propio tratamiento. O más típico aún cuando el paciente vive determinados aspectos del psicoanálisis como raros o curiosos (por ejemplo la utilización del diván, el análisis de sueños o fantasías). La experiencia de compartir propias sensaciones en el pasado de extrañeza ante esto normaliza contundentemente estas sensaciones.

2.4) Autorrevelación “in the setting”: el analista cuenta algo que afectivamente le influye de modo personal y que es producido por algo que el paciente dice o siente (in the setting) y conecta con algo que ocurre en ese enactment. “El terapeuta le dice que la actitud continua de crítica, devaluación y exigencia que muestra con él le hace sentir inservible”. En este sentido fue Winnicott uno de los primeros en exponer la necesidad, en ocasiones, de hablar acerca de nuestra contratransferencia con el paciente para avanzar en el tratamiento desde un *impasse*. De hecho este tipo de autorrevelación sería especialmente aconsejable para estos casos en los cuales el tratamiento se ha estancado y presenta ya serios visos de fracasar.

2.5) Autorrevelación de técnica: otra modalidad tiene que ver con revelar al paciente parte de la técnica o procedimientos que utiliza el terapeuta. Tampoco tiene que hacerse por sistema, puede incluso que en un tratamiento nunca llegue a utilizarse. Pero de realizarse dicha autorrevelación, deberá guardar estrecha relación con el enactment que se está dando en el momento de la revelación. Por ejemplo, el terapeuta habla acerca de la mejora en la autoestima del paciente, haciéndole ver qué hilos han ido manejándose desde el punto de vista técnico y sobre todo relacional para que eso se haya producido.

A este respecto es importante señalar que es importante tener en cuenta la visión que tienen de la terapia y de nosotros como terapeutas los pacientes. Pero esto es algo que suele dar miedo a terapeutas por lo que puedan decirnos y a los pacientes por enunciarlo. Sin embargo probablemente son el principal motor para los momentos de encuentro y ciertos cambios en el CRI.

La autorrevelación no debe de ser una herramienta de abuso ni de sistematicidad, ¿debe utilizarse, por tanto, como herramienta técnica?, creo que una buena respuesta es la que P. Wachtel da al respecto dado que “*No es que uno esté obligado a la autorrevelación, sin*

embargo está permitida"⁵ (2008, p. 245). El autor continúa por tanto en una línea de aviso comentando que la autorrevelación debe baremarse dependiendo del paciente que tengamos delante puesto que puede tener un efecto negativo o positivo dependiendo del caso a tratar, y por supuesto cabría añadir de la relación que tengamos. En cualquier caso, como señala Coderch (2011, p. 71), el terapeuta debe tener disponibilidad para mostrar sus respuestas emocionales para facilitar al paciente conocimiento de cómo influye en otras personas, y también permitirse mostrar simpatía y afecto, así como reaccionar ante las distintas vicisitudes de la vida del paciente.

Me gustaría también señalar que la autorrevelación si tiene que ver con algo externo a la terapia nunca puede interferir en el paciente en el sentido de que éste sienta que debe consolar al terapeuta. Muchas personas han compartido conmigo esa experiencia de haber estado con un terapeuta que comentaba demasiado de su vida privada, llegando a "contarle su vida" y provocando así un plus de ansiedad en el paciente llegando éste a fantasear que debe hacer algo por su terapeuta. A menudo esto ocurre cuando esta situación provoca que el paciente sea el terapeuta, siendo un reflejo de una de las situaciones más traumáticas que existen: la de los niños maternalizados o paternalizados. Si un paciente ha sufrido esta circunstancia y sufre una repetición en la terapia estará inmerso en un proceso de retraumatización.

Otro concepto técnico interesante y relacionado con el cambio es el de "*responsividad óptima*". H. Bacal (1998; Bacal y Herzog, 2003), autor postkohutiano, desarrolló a partir de la idea de Kohut de "frustración óptima" una teorización propia bajo el rótulo conceptual de "responsividad óptima".

Según Bacal, al concepto de Kohut habría que restarle el aspecto clásico de la frustración para ser capaces de ajustarnos a las respuestas que damos a las necesidades del paciente pero a través de lo que en la relación en sí se produce. Es decir, habría de plantearse esta tesitura técnica desde lo concreto del vínculo y no tanto desde un precepto teórico determinado. Estas conceptualizaciones están muy cercanas a los conceptos de *concrecidad* y *concrecidad hermenéutica*, de L. Cencillo (1977, p. 159; 1998, p. 155). Según dicho principio no se interpreta desde la perspectiva de una complementariedad colusiva donde el terapeuta interpreta y el otro asume y si no asume, resiste y además desde una red de significantes y símbolos cerrada y de escuela.

No, más bien se interpreta a través de la observación del diccionario personal que cada paciente contiene en sus códigos y en colaboración con éste (L. Cencillo, 1982), dejándole comunicar qué significa para él tal o cual sueño, conducta, síntoma etc., dejándonos, ¿por qué no?, imbuir también por su estado emocional y comprendiendo desde él, dado que el paciente es quien está dentro del setting trabajando con nosotros y no desde el subterfugio externo de teorías estáticas.

Cencillo lleva a cabo, sin lugar a dudas, a lo largo de toda su obra una epistemología relacional donde el terapeuta jamás está fuera sino dentro del sistema observado, siendo participante activo.

En una idea muy semejante, S. Mitchell (1997) desarrolla la importancia que la contratransferencia tiene para que se produzcan nuevas conexiones emocionales en la interpretación puesto que ambos protagonistas están dentro del mismo sistema. Mitchell, en este sentido, señala la importancia de poder realizar el tratamiento en función del caso como algo totalmente necesario y fundamental, la ausencia de esta circunstancia rompería con la genuinidad del tratamiento:

“No hay una solución o técnica general, porque cada resolución, por su propia naturaleza, debe de ser diseñada a medida. Si el paciente siente que el terapeuta está aplicando una técnica o una posición o actitud genérica, el análisis no puede funcionar” (1997, p. 58)⁶.

Por ello creo que deberíamos guiarnos por este axioma: para que el tratamiento funcione el paciente debe vivir como totalmente novedosa, reparadora y correctora su relación con el terapeuta, que ésta sea irrepetible y me atrevería a decir que esta condición es recíprocamente igual de importante para el terapeuta: que su paciente, su forma de atenderlo y la relación mantenida sea también novedosa, diferente y singular, (Guerra Cid, 2011a, p. 177).

Con esta situación de novedad se acrecenta, a su vez, el ímpetu investigador del terapeuta a la par que el paciente percibe el interés de éste y se siente estimulado a seguir progresando y a aliarse con él en pos de la mejora. Pocas situaciones hay en los humanos tan atrayentes como la sensación de que otro ser humano se interesa por nosotros y nos devuelve nuestras evoluciones y partes buenas, algo que H. Kohut definió bajo el principio de la especularización.

5. El “dónde”, el “qué” y el “cómo” de la acción también depende de la actitud.

Lindon (1994) propuso un término conectado con lo que estamos discutiendo, el de “provisión óptima”, concepto que va más encaminado a proveer una determinada atmósfera para poder tratar al paciente en condiciones óptimas que el de perseguir un aspecto curativo directo. Para Lindon lo que prima es cómo llegar a tener una mayor facilidad en la exploración del paciente. Al respecto Ávila Espada (2005, p. 212) señala que a diferencia de la responsividad óptima en esta conceptualización se pierde la bidireccionalidad dada en la matriz relacional, puesto que un agente está siendo proveedor del otro.

En mi opinión la provisión óptima sólo tiene sentido si es para reparar fallas estructurales del paciente o si ésta mejora la calidad intersubjetiva de la diada terapéutica para que se produzcan saltos cualitativos en el proceso psicoterapéutico. Con la perspectiva de los años creo que el grueso de la psicoterapia se basa en la atmósfera que creamos con el paciente además de la cualidad de la relación que mantenemos. No tiene sentido nunca una sin la otra, o sacrificar una por la otra.

Esto tiene entre otras muchas consecuencias que tengamos un papel activo de influencia en el sistema observado y por supuesto en nuestro paciente. Cencillo (1977) definió

una serie de efectos injertivos (efecto injerto, efecto modulativo y efecto vitalizador básicamente) que se daban en la terapia y que trabajados correctamente son el motor del tratamiento. El grupo de Boston y concretamente Sander (1995) y Lyons-Ruth (2010) dan gran importancia al “proceso de reconocimiento” y al “encaje” necesario entre terapeuta y paciente para que el caso avance. Dicho encaje señala que esas respuestas hacia el otro están “al servicio de un objetivo o dirección compartidos” (Lyons-Ruth, 2010, p. 329) lo cual produce también una sensación de vitalización cuando es experimentada a nivel afectivo. Aquí se observa una interesante conexión con la teoría dialyctica (Cencillo, 1977) y más aún con el enfoque que he considerado denominar psicoterapia dialyctica-relacional (Guerra Cid, 2011b, 2012) la cual está en pleno proceso de construcción y de discusión teórica, tratando de constituir ante todo un enfoque integrativo (que no ecléctico ni asistemático) de diversas corrientes del psicoanálisis apoyadas en la neurociencia y en otras ramas del saber como la antropología y las teorías de sistemas dinámicos no lineales. Ello no quiere decir que sea una simple síntesis, sino que se proyecta hacia una forma de trabajar con los pacientes articulada y bajo un Esquema Conceptual Referencial y Operativo.

No es objeto de este artículo ni mi intención el mostrar la creación de un nuevo método, sino esbozar una manera propia de enfocar la psicoterapia con la cual trabajamos y teorizamos. Por cuestiones de espacio trataré de resumir los aspectos fundamentales.

En este nuevo enfoque se toman en consideración determinados aspectos de la teoría dialyctica que tienen clara conexión con el intersubjetivismo y el modelo relacional actuales, así como la importancia del terapeuta como agente activo en el cambio dentro de la terapia. Otros conceptos más clásicos y en relación con el mundo de las pulsiones y el conflicto intrapsíquico, sin negar que tengan algún aspecto de importancia, quedan en segundo plano al no considerarlos nucleares. Por el contrario toman relevancia las visiones del enactment y del selfdisclosure antes comentados.

En mi concepción de un enfoque dialyctico-relacional es básica la base antropológica por dos motivos: el primero es aquel que se relaciona con determinados universales del ser humano, que tienen que ver con cómo se relaciona consigo mismo y con los demás. En segundo término y en consonancia con las concepciones actuales de antropología que explican la hominización como un proceso de saltos y equilibrios puntuados dentro de una teoría de sistemas dinámicos no lineales.

En este sentido, el enfoque que propongo sostiene que la etiología de los desajustes psicológicos responde a procesos caóticos, complejos y no aleatorios (Guerra Cid, 2011a, 2012). Del mismo modo la relación terapéutica no es un proceso lineal sino que se encuentra inserta en un sistema dinámico no lineal en el cual los microprocesos, por regla general, replican el proceso entero en la manera en la que relacionamos (Seligman, 2005; Lyons-Ruth, 2010; D.B. Stern, 2010; Marks-Tanlow, 2011). Todo ello no es aleatorio sino que se basa en la importancia de las condiciones iniciales de esa relación, la sensibilidad dependiente entre factores y de los atractores y repulsores que se producen en cada vínculo (Guerra Cid, 2012).

Por ello, desde este enfoque, el proceso de cambio se entiende como una reflexión de

la importancia que los microprocesos tienen en el cambio global del caso a tratar, como por ejemplo la transformación de determinados momentos del tratamiento en *momentos ahora* y *momentos de encuentro* entre paciente y terapeuta. En este sentido un factor de suma importancia lo constituye la neurociencia con su distinción entre *memoria procedimental* y *memoria declarativa* y los estudios del “Boston Group” –BCPSG- lo cual a mi parecer da paso a tomar en consideración el nuevo aspecto tópico antes citado, el del “*Self procedimental*” (Guerra Cid, 2011b) del paciente, básico para una comprensión distinta de la acción del terapeuta fundamentada por un cambio pronunciado en la actitud de éste.

Es de importancia tomar en cuenta un trabajo de asociación entre escuelas psicoanalíticas, un auténtico psicoanálisis comparado para que la acción terapéutica sea más eficaz. En este sentido el principal punto de influencia lo constituye, por supuesto, la escuela dialyctica de Cencillo, la Psicología individual de Adler (sobre todo en determinados supuestos etiológicos de la neurosis como son el puesto entre hermanos o la inferioridad de los órganos), por otra parte algunos de los autores “pre-relacionales” que nos influyen son Ferenczi, Sullivan, Balint y Kohut, al igual que muchas de las actuales escuelas y pensadores del psicoanálisis relacional, básicamente S. A. Mitchell, la teoría intersubjetiva y el BCPSG.

A continuación explicaré algunos de esos factores y términos de conexión entre el psicoanálisis relacional y la psicoterapia dialyctica. Comenzaré por explicar algunos de los conceptos básicos de la perspectiva dialyctica. Desde esta posición se comenta que uno de los efectos fundamentales que la contratransferencia del terapeuta tiene es el “efecto injerto”, motivado a su vez por la propia transferencia del paciente (Cencillo, 1977; 1988). Dicho efecto, *grosso modo* consiste en injertar en el paciente, a través de la personalidad del terapeuta, vitalidad y perspectivas diferentes de las vivencias, el injerto está presente en una circunstancia fundamental para Cencillo que reside en *el carácter anaclítico* de su terapia, el paciente necesita a menudo, en la experiencia relacional que constituye el tratamiento, de un “modelo provisional (apoyativo) de personalidad, para salir de su fijación de su desorientación acerca de sí mismo, o de su marasmo y estancamiento” (Cencillo, 1998, p. 285).

A este respecto cabe señalar el clásico artículo de Killingmo (1989) en el cual señala una utilidad novedosa en la transferencia más allá que la de confrontar estructuras del yo, la de ampliar sus funciones. En directa conexión con esto, los efectos injertivos y apoyativos producidos desde la contratransferencia se ven reflejados en la experiencia relacional novedosa que el paciente vive como parte de la experiencia emocional correctora de la que Alexander hablaba y que constituyen auténticos procesos de cambio en el proceder interno y externo-conductual del paciente.

El efecto injerto contiene, en sí mismo, otros efectos como el *vitalizador* que sería “*una especie de respiración artificial capaz de infundir vitalidad psíquica en quien no la tiene*” (Cencillo, 1977, p. 269; 1998, p. 285) aunque siempre desde una postura que nunca nos haga olvidar como terapeutas esa peculiaridad concreta en la cual consiste cada caso singular.

Por su parte el efecto *complemento*, produce, cuando hay una fuerte alianza terapéutica, que “*el inconsciente del terapeuta complemente literalmente la dinámica, todavía*

deficiente, del inconsciente del paciente” (Cencillo, 1977, p. 268). Mientras que el efecto *modulativo* (Cencillo, 1977, p. 270) se basa en un principio relacional básico sustentado en que los dos agentes del proceso se influyen mutuamente. Así el perfil del terapeuta con su estilo de vivir, su modo de ser singular (de afectarse, de situarse ante las cosas y de reaccionar va a decir Cencillo) influyen en la “puesta en marcha” de una personalidad más ajustada del paciente.

Así, en cierto modo, el paciente en momentos determinados del tratamiento y a través de la transferencia, necesita *hacer uso*, utilizar al terapeuta como un objeto (distinto es esto de un acto más peyorativo como es la manipulación) para lograr algún tipo de logro terapéutico, cuestión que D.W. Winnicott (1979) apuntaba también en su última obra sobre psicoanálisis.

Todo este valor sustancial de la injertividad, hace que a lo largo de su obra, Cencillo (1973, 1977, 1998, 2008) haga hincapié una y otra vez en la importancia de que el terapeuta previamente se haya analizado para poder realizar con muchas más garantías el tratamiento. Desde mi punto de vista el psicoanálisis relacional le da una vuelta de tuerca bastante evidente a este hecho puesto que sus teóricos parten de la suma importancia que los patrones relacionales implícitos tienen, y que se producen en la primera y segunda infancia, es por tanto mucho más acusada la necesidad de que el terapeuta este equilibrado para poder manejar patrones relacionales implícitos adecuados a la circunstancia concreta del paciente. Es decir ya se centran en la importancia que tiene no solo el mundo declarativo del terapeuta sino también su conocimiento relacional implícito y el compartido, tesis estas no controlables del todo por parte del terapeuta, ya que siguiendo a D.B. Stern no siempre “el ojo se ve así mismo” (Stern, 2010, p. 71).

El efecto injerto, reside en esa “terceridad” que los psicoanalistas relacionales actuales citan, en ese campo analítico intermedio que ha sido creado entre terapeuta y paciente. Lo injertivo es simultáneamente un efecto de la transferencia y de la contratransferencia, que tiene diversos registros y diferentes funciones. Este efecto, junto con la co-elaboración conjunta que ambos protagonistas hacen del proceso (mayéutica co-elaborativa) y el continuo papel activo, afectivo y comunicativo del terapeuta, construyen un espacio de interacción relacional más rico, a la postre, para la resolución de los déficits y conflictos acaecidos en la historia del sujeto.

El hecho de que se viva el encuentro terapéutico como un momento puntual y de encaje, producido a pesar de la incertidumbre vivida en el terreno resbaladizo (*slopiness*) y en los “patinazos” de ambos actores, provoca también sin duda cambio psíquico en el paciente. Muchas veces son esas cosas que los pacientes nos recuerdan al final de su tratamiento o cuando nos los encontramos en congresos o clases: “Me acuerdo de aquello que me dijiste, me cambio la perspectiva”. Pese a todos los patinazos y faltas de encaje las relaciones se rehacen de esta circunstancia y a través de los momentos de encaje hace que se llegue a momentos puntales que si logran llegar a buen término, a la larga crean el cambio psíquico. Pese a las intenciones confusas en muchas ocasiones de ambos agentes se encuentran puntos de conexión desde estas interacciones (BCPSG, 2005).

Esto ocurre porque la técnica se sirve de una actitud del terapeuta quien espontáneo y

abierto, toma como base el hecho de que el paciente es visto como concreto y singular. Esto provoca que los encajes en la tarea común de la investigación sea también concreta siendo reflejo de ello la interpretación, modulada por ese momento de encuentro singular e irrepitiblemente producido por la “concrecidad” de los dos protagonistas dentro del encuadre “personalizado” que se produce.

El presente siglo nos está demostrando que las psicoterapias de orientación psicoanalítica han de abrirse, expandirse, integrar y afrontar cada vez más su objeto de estudio desde un cambio de perspectiva. Paciente y terapeuta forman una unidad de interacción, el paciente modifica constantemente las expectativas del terapeuta y éste a su vez influye sobremanera en el paciente puesto que ambos se hallan inmersos en una base epistemológica relacional (Guerra Cid, 2001). En la medida en que seamos capaces de aprovechar esta tesitura sin caer ni en el extremo de la indolencia abstinentista ni en el histrionismo “hiperinteractivo” haremos un bien enorme a aquellos pacientes que se ponen en nuestras manos ante la necesidad de conocerse y dirigirse hacia la salud.

REFERENCIAS

- Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*. Nº 2, V. 7, 95-220.
- Bacal, H. A. (1998). *Optimal responsiveness: How therapist heal their patients*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Bacal, H. A. & Herzog, B. (2003). Specificity theory and optimal responsiveness, An outline. *Psychoanalytic Psychology*, 20(4): 635-648.
- Balint, M. (1968). *La falta básica*. Buenos Aires: Paidós.
- Boston Change Process Study Group (1998). Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The ‘Something More’ Than Interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79: 903-921.
- Boston Change Process Study Group (2005). The something more than interpretation revisited: sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the american psychoanalytic association*. 53: 693-729.
- Boston Change Process Study Group (2007). The foundational level of psychodynamic meaning; implicit process in relation to conflict, defense and the dynamic unconscious. *International Journal of Psychoanalysis*, 88: 1-16.
- Cencillo Ramirez, L. (1973). *Terapia, lenguaje y sueño*. Madrid: Marova.
- Cencillo Ramírez, L. (1977). *Transferencia y sistema de psicoterapia*. Madrid: Pirámide.
- Cencillo Ramírez, L. (1982). *Los sueños, factor terapico*. Madrid: Marova
- Cencillo Ramirez, L. (1998). *Labilidad psíquica y terapia dinámica*. Madrid: Ediciones Fundación.
- Cencillo Ramirez, L. (2008). *Eficacia de una terapia dinámica (en versión dialytica)*. Madrid: Manuscritos.
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Madrid: Ágora.

- Coderch, J. (2011). La teoría, el método y el psicoanálisis relacional, en Guerra, L.R. y Jiménez, S. *Psicoterapia psicoanalítica: nuevos caminos para el avance de un método*. Salamanca: Amarú ediciones
- Coderch, J. (2012). *Realidad, interacción y cambio psíquico. La práctica de la psicoterapia relacional II*. Madrid: Agora.
- Curtis, R. C.; Field, C.; Knaan-Kostman, I. & Mannix, K. (2004). What 75 Psychoanalysts Found Helpful and Hurtful in Their Own Analyses. *Psychoanalytic Psychology*, 21: 183- 202.
- Ferenczi, S. (1931). *Análisis de niños con adultos*. O.C IV. Espasa-Calpe. Madrid, 1981: 109-124.
- Ferenczi, S. (1933). *Confusión de lengua entre adultos y el niño*. O.C IV. Espasa-Calpe. Madrid, 1981: 139-149.
- Gallese, V., Eagle M. E., & Migone, P. (2007), Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55: 131–176.
- Gallese, V. (2011), Neuronas Espejo, Simulación Corporeizada y las Bases Neurales de la Identificación Social. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1): 34-59.
- Guerra Cid, L.R. (2001). *Transferir, contratransferir, regredir. Una perspectiva histórica y crítica de la psicoterapia psicoanalítica*. Salamanca: Amarú.
- Guerra Cid, L.R. (2011 a). De cómo todo paciente es tratable pero no por cualquier terapeuta, En Guerra, L.R. y Jiménez, S. *Psicoterapia psicoanalítica: nuevos caminos para el avance de un método*. Salamanca: Amarú ediciones
- Guerra Cid, L.R (2011 b). *A new topographic for therapeutical action*. Trabajo presentado en la IX International Conference of the international Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy (IARPP), Julio, Madrid.
- Guerra Cid, L.R. (2012). *Why Can Even A Fluttering of a Butterfly's Wings Change Everything: A Chaos Perspective and A Complexity of Therapeutic Relation*. Trabajo presentado en la X International Conference of the international Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy (IARPP), marzo, New York.
- Kohut, H. (1979) *Los dos análisis del Sr. Z*. Barcelona: Herder, 2002
- Kohut, H (1982) Introspección, empatía y el semicírculo de la salud mental, en *Los dos análisis del Sr. Z*. Barcelona: Herder, 2002.
- Lindon, J. (1994). Gratification and provision in psychoanalysis. Should we get rid of “the rule of abstinence”. *Psychoanalytic dialogues*, 11: 755-769.
- Lyons-Ruth, K. (2010), El desarrollo de los conflictos y las defensas en los procesos relacionales implícitos. *Clínica e investigación relacional*. 4 (2): 321-335.
- Marks-Tarlow, T. (2011). Merging and emerging: a nonlinear portrait of intersubjectivity during psychotherapy. *Psychoanalytical dialogues*, 21(1): 110-127.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale: The analytic press.
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality from attachment to intersubjectivity*. New York: Routledge, 2003.

- Riera, R. (2011). *La conexión emocional*. Barcelona: Octaedro.
- Selligman, S. (2005): Dynamic Systems Theories as a Metaframework for Psychoanalysis, *Psychoanalytic Dialogues*, 15(2): 285-319.
- Stern, D.B. (2010). *Partners in thought, working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. New York: Routledge.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: The Guilford press.
- Western, D. & Gabbard, G. (2003). Rethinking therapeutical action. *International Journal of Psychoanalysis*. 84: 823-841.
- Winnicott, D. W. (1979). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Original recibido con fecha: 12-7-2012 Revisado:24-10-2012 Aceptado para publicación: 24-10-2012

NOTAS

¹ Parte de este artículo fue expuesto y viene motivado por la exposición de dos conferencias: "Acción terapéutica y cambio: Nuevas perspectivas" pronunciada como clausura en las Jornadas sobre Avances en Psicoterapia psicoanalítica en Valencia en mayo de 2011, y "A new Topographic for therapeutical action" pronunciada en el congreso Internacional de IARPP en Madrid, en julio de 2011.

² Luis Raimundo Guerra Cid es Doctor y Licenciado en Psicología. Licenciado en Antropología cultural y social. Especialista Universitario en Medicina psicosomática y psicología de la salud. Miembro de IARPP. Director del Instituto de Psicoterapia de orientación psicoanalítica y antropología (IPSA-Levante). Presidente de la Sociedad Española de Psicología y Psicoterapia para la integración (SEPP). ipsalevante@gmail.com

³ Boston Change Process Study Group (Grupo de Boston para el Estudio de los Procesos de Cambio)

⁴ La traducción es mía.

⁵ La traducción es mía.

⁶ La traducción es mía.