



Del narcisismo a la intersubjetividad en el devenir del bebé psicoterapeuta¹

José Ignacio Suárez Soto²

IPR, Primer premio del III Certamen de trabajos sobre el Devenir Psicoterapeuta

La idea de este trabajo es reflexionar sobre el devenir del psicoterapeuta a partir del análisis de la metáfora del bebé moderno de Mitchell. Una reflexión sobre las vicisitudes de las primeras etapas en la formación del psicoterapeuta a partir de mis primeras experiencias y la observación de otros terapeutas noveles en la práctica clínica. Un momento singular en el que surgen las necesidades, deseos y temores subyacentes al encuentro con el *otro*. Un *otro* diferente al hallado hasta ese momento en la medida en que la situación terapéutica demanda nuevas exigencias en el sujeto terapeuta y en la relación terapéutica que se establece. Juego con la idea del embarazo como la fusión con el supervisor y las primeras experiencias relacionales en el encuadre psicoterapéutico tras *el nacimiento del bebé terapeuta* como un complejo proceso que requiere la provisión de un adecuado nivel de cuidados y atención a las necesidades del iniciado profesional para un continuo crecimiento como persona y psicoterapeuta. Un ambiente que favorezca el despliegue de todo su potencial y personalidad. Un momento inicial que considero crítico para el afianzamiento del self de manera que permita una mayor flexibilidad y diversidad de contactos interactivos con los pacientes.

Palabras clave: Mitchell, “psicoanálisis relacional”, supervisión, psicoterapia, “devenir psicoterapeuta”.

This paper reflects on the becoming of a psychotherapist, based on an analysis of Mitchell’s metaphor of the modern baby. A reflection of the vicissitudes of the early stages in the training of psychotherapists based on my own experience and the observation of other young therapists, during clinical practice. A special moment in which the underlying needs, wants and fears arise in the encounter with the other. A different other to that found before, in so far as the therapeutic situation demands new demands in the therapist subject and in the established therapeutic relationship. I play with the idea of pregnancy as a fusion with the supervisor, and the first relational experiences in the psychotherapeutic framework after the *birth of baby-therapist*, as a complex process that requires the provision of an adequate level of care and attention to the needs of young professionals, in order to allow for a continuous growth, both as a person and as psychotherapist. An environment that promotes the unfolding of their full potential and personality. An initial stage that I view as critical to the strengthening of the self, so as to allow greater a flexibility and diversity of interactive interactions with our patients.

Key Words: Mitchell, “relational psychoanalysis”, supervision, psychotherapy, “becoming psychotherapist”.

English Title: From Narcissism to intersubjectivity in becoming baby Psychotherapist.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Suárez Soto, J. I. (2014). Del narcisismo a la intersubjetividad en el devenir del bebé psicoterapeuta. *Clinica e Investigación Relacional*, 8 (2): 458-480. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

*En agradecimiento
a todos los supervisores y tutores que con su conocimiento, esfuerzo y
dedicación contribuyen a la formación de los terapeutas noveles*

Introducción

Este trabajo es una propuesta de reflexión sobre las complejidades del devenir del psicoterapeuta. Para ello juego con la metáfora de un *bebé psicoterapeuta*, analizando la influencia de las primeras experiencias relacionales en los recién iniciados profesionales en terapia y de qué modo pueden ser significativas en la evolución y desarrollo de su personalidad como terapeuta. Trataré de responder a estas cuestiones a partir de una reflexión sobre mi propio proceso de formación y análisis de los principales hitos y momentos en mis inicios en la experiencia clínica. En ningún momento planteo que las reflexiones de mi trabajo tengan un carácter universal, ni siquiera genérico en relación a un determinado modelo. Si bien entiendo que el proceso de aprendizaje y formación en el campo de la psicoterapia pueden ser muy diversas y las mías estuvieron muy condicionadas por el espacio donde se desarrollaron, creo que el lector psicoterapeuta en mayor o menor medida se podrá sentir identificado con alguno de los aspectos comunes de estas etapas iniciales. Trato, en definitiva, de compartir algunas reflexiones sobre el devenir del bebé terapeuta a través de una mirada retrospectiva sobre mi propia experiencia acompañada de algunos autores clásicos y teóricos del modelo relacional que comienzo a descubrir.

Esta idea surge de la lectura del libro *Conceptos relacionales en el psicoanálisis: una integración*. Mitchell en esta propuesta integradora utiliza la metáfora del bebé moderno para analizar la evolución del pensamiento psicoanalítico. En mi trabajo traslado la metáfora del bebé a la figura del terapeuta novel en sus primeros encuentros con el paciente. Estableciendo una analogía con las palabras de Mitchell *“el analizando (terapeuta en este caso) no es literalmente un bebé, pero si pensamos en él como si lo fuera, como si sus deseos, temores y experiencias fueran las de un bebé, le encontraríamos significado y estructura a los fragmentos de su experiencia que de otra manera parecen incongruentes”*. Si bien el uso de esta metáfora puede resultar discutible, tal como señala Mitchell, la utilidad de la metáfora del bebé depende en gran medida de cómo comprenda uno la naturaleza del desarrollo y la relación del pasado con el presente.

Devenir es un concepto intrínsecamente ligado al tiempo que alude al proceso de ser. Todas las personas como entes físicos estamos sujetos al paso del tiempo y por lo tanto, en

constante transformación. Por devenir se entiende que nada es estático sino dinámico, a un presente efímero que dejará de serlo inmediatamente después para irremediamente pasar a ser una cosa diferente. El devenir del terapeuta creo que al igual que el devenir de los seres humanos está muy ligado a sus primeros años y experiencias relacionales. Esto no implica que durante toda la vida profesional no se sigan dando constantes transformaciones y modificaciones sino que habitualmente estos cambios ya se producen como una acomodación a todo lo asentado en estas fases iniciales de experiencia en la psicoterapia. Igualmente entiendo que la personalidad previa del terapeuta influye sobre la elección de modelos y sobre la vivencia de estas primeras experiencias, consideración que está asumida en todas las reflexiones de este trabajo. Pienso sin embargo, que de forma habitual la matriz relacional entre el terapeuta novel y el contexto formativo de estos primeros años crearán el entramado que principalmente sostendrá y condicionará el devenir posterior en el ámbito de la psicoterapia. En este sentido tal como diría Mitchell, *“la mente, del terapeuta añado yo, se cree que se constituye con modelos de transacciones y estructuras internas derivadas de un campo interactivo e interpersonal”*. Jugando con las palabras de Mitchell *“el campo de las relaciones (con tutores, pacientes, familiares e institución) constituirán la experiencia individual en el crecimiento como bebé terapeuta”*.

En estos primeros momentos de la psicoterapia se dan procesos interactivos en los que se activan nuevas dificultades de relación o se reactivan viejos conflictos en el terapeuta. En ambos casos una resolución favorable facilita el desarrollo y crecimiento personal y profesional. Son momentos en que los deseos y necesidades pueden presentar una apariencia infantil, de ahí que comprenda esta etapa como fundamental para una adecuada maduración. Esta apreciación seguramente esté ligada a mi propia experiencia pasada y a la observación de jóvenes terapeutas en la actualidad. De algún modo creo que se dan situaciones similares a las de pacientes que en terapia muestran necesidades infantiles tal como señalaban Fairbairn con *“la dependencia infantil”* o Mahler con la *“fusión simbiótica”*. Ejemplos de estas situaciones serían, respectivamente, los jóvenes terapeutas que se ven incapaces de tomar ninguna decisión o afrontar situaciones terapéuticas ansiógenas y reclaman constantemente la presencia del supervisor que los guíe o aquellos que mimetizan absolutamente todos los discursos y comportamientos del supervisor como una forma de fusión sin ninguna discriminación de forma que renunciaría a su propia personalidad y aspectos genuinos.

Para pensar sobre esta metáfora del bebé terapeuta trataré de basarme en la visión organizadora del modelo relacional que entiende que para que el bebé crezca y se desarrolle necesita de ciertas condiciones ambientales básicas. Entre ellas destacan la posesión, la

represión, el reflejo, las oportunidades para la fusión simbiótica, la separación y la idealización. Mi opinión es que la formación y crecimiento de un terapeuta también necesita la provisión de condiciones ambientales adecuadas para el logro de un desarrollo ininterrumpido. En el bebé si los padres no proporcionan las condiciones necesarias surgen las tensiones y dificultades. El crecimiento se detiene, la criatura reacciona con agresividad y busca compulsivamente sustitutos inferiores, mientras trata de obtener del medio interpersonal lo que necesita con desesperación para sobrevivir y seguir creciendo. En el bebé terapeuta entendemos sus principales dificultades como un producto predominantemente de su desarrollo psicobiográfico previo a su inmersión en el campo de la psicoterapia sin embargo las vicisitudes de estos comienzos pueden marcar el desarrollo posterior. Ante las privaciones en el contexto formativo pueden surgir nuevas defensas añadidas a las propias del terapeuta como una forma de adaptación necesaria. Tal como diría Mitchell, sería el resultado de un esfuerzo de improvisación para encontrar sustitutos compensatorios que los protejan.

A la pregunta de si son significativas las primeras fases en el ámbito de la psicoterapia y si son significativas estas primeras relaciones con los pacientes y supervisor, en mi experiencia personal contestaría definitivamente, sí. Afirmación que he podido percibir como compartida en el diálogo con compañeros. Además he podido escuchar a diferentes docentes que hacían alusión a sus primeras experiencias con pacientes no sólo desde el interés meramente clínico sino que me atrevería a decir que desde una reflexión sobre las emociones y dificultades de estos momentos. Añadiría que probablemente todos los profesionales recordemos significativamente a nuestro primer paciente a solas o algún paciente significativo de nuestros comienzos.

Imposible pues establecer una descripción estática de lo que uno es como terapeuta con lo que en este trabajo presentaré las reflexiones de mi presente sobre lo que considero que ha sido mi devenir como profesional. A pesar de considerar que la elección vocacional estuvo condicionada por mi historia psicobiográfica así como por cuestiones familiares, históricas y sociales comenzaré esta mirada retrospectiva arbitrariamente en el primer día de residente en formación como especialista en psicología clínica. Por tanto mis reflexiones, muy ligadas a mi experiencia personal, estarán sesgadas por un tipo de formación dependiente del sistema público de salud.

El despacho del supervisor como vida intrauterina

Mis inicios en la clínica y la psicoterapia se dieron en el despacho de mi tutor. Desde el día que me presenté en el servicio para iniciar mi periodo formativo comencé el contacto con

pacientes. Este contacto se prolongó durante los primeros meses como una forma de vida intrauterina dentro del despacho de mi supervisor. Afortunadamente dispuse de un periodo de tiempo flexible en el que pude participar como observador y posteriormente como co-terapeuta junto a mi supervisor. Con el paso de los años valoro más esta etapa como una oportunidad única en mi formación y este espacio como un contexto de seguridad en el que gestarme como *bebé terapeuta*.

El periodo de gestación del bebé terapeuta es muy variable. Las características del propio bebé terapeuta suponen un factor determinante que oscila entre una intensa necesidad de dependencia en forma de fusión simbiótica y las intensas necesidades de finalización del periodo de embarazo para dar paso a la separación y así, empezar a ver pacientes a solas. Del mismo modo, su duración está sujeta al criterio de la supervisión madre que valora la capacidad del feto terapeuta para el afrontamiento de la realidad externa y decide el tiempo de mantenimiento en la vida intrauterina. Por último, otro factor a considerar en relación a la duración de este periodo gestacional son las exigencias y necesidades de los servicios funcionando como agentes teratógenos. Una de las situaciones que con mayor frecuencia se produce es la falta de personal, lo cual provoca una aceleración desmesurada en el proceso de maduración primando las necesidades asistenciales sobre las formativas del futuro terapeuta. Respecto a esta cuestión, los efectos de los recortes en los servicios públicos de salud sufridos en los últimos años producto de la crisis socio-económica en este país han podido influir negativamente sobre el cuidado y consideración hacia los espacios de formación y supervisión. Esto también se produce aumentando la carga asistencial o reduciendo el tiempo liberado a los profesionales para la supervisión de sus discentes. Los bebés terapeutas se ven afectados de un modo similar al que se podría producir en caso de reducción del tiempo de baja disponible tras la maternidad.

A pesar de que los tiempos cronológicos no coinciden, al reflexionar sobre mi propia experiencia en la vida intrauterina en el despacho del supervisor distingo tres periodos que podrían tener su correspondencia en los trimestres de embarazo humano.

Primer periodo/trimestre

Este primer periodo se caracterizó aparentemente por un rol pasivo, un mero observador sentado al lado de mi tutor que ejercía como único terapeuta. Digo aparentemente pasivo porque a pesar de que mi participación era prácticamente nula se estaban dando cambios. Al igual que el embrión en el primer trimestre de embarazo comienza a denominarse feto y tener cierta apariencia humana con el desarrollo de ojos, oídos, cerebro y órganos internos cada vez me asemejaba a lo que en un futuro se podía convertir en un terapeuta debido al

desarrollo de mis capacidades de observación, escucha, pensamientos y afectos. Mientras que en el primer trimestre empieza a latir el corazón del feto, yo comenzaba a sentirme vivo y formando parte de un proceso terapéutico pese al rol de observador. Un primer periodo que definiría de maduración silenciosa.

Segundo periodo/trimestre

Este segundo periodo se caracterizó por la invitación de mi tutor a que participase de un modo más activo, pudiendo realizar preguntas e intervenir durante la sesión. El despacho y la presencia del tutor funcionarían de forma semejante a la bolsa de líquido amniótico que mantiene al feto protegido de los golpes y le permite moverse con libertad, girar la cabeza y estirarse. Estas intervenciones se asemejarían al comienzo de los reflejos del feto que empieza a dar patadas como su primer intento de contacto con un medio externo contenedor. Estas primeras interacciones con los pacientes generaron mis primeras satisfacciones al igual que el feto quien a partir del quinto mes puede empezar a succionarse el dedo pulgar. Mientras que en este periodo se dan las primeras identificaciones como el sexo en mi caso podía empezar a vislumbrar una sombra de mi mismo en el ejercicio de la psicoterapia.

En el segundo trimestre se acelera el proceso de osificación y de forma similar sentía que comenzaba a estructurarse mi sostén como futuro terapeuta. Recuerdo que fue una etapa en la que, al igual que el cuerpo del feto se adapta a los movimientos de la madre, yo me adaptaba mis intervenciones al estilo de mi tutor. Como el feto, de aquí en adelante me dirigía hacia una mayor independencia. Sin embargo, al igual que éste, el aparato respiratorio y el sistema nervioso central no se habían diferenciado lo suficiente y aún no se había establecido la coordinación entre ambos. Traducido, mis capacidades como psicoterapeuta separado de mi mentor no estaban suficientemente diferenciadas ni maduras para un funcionamiento autónomo con el consiguiente riesgo para la supervivencia en el contacto con el sufrimiento mental.

Tercer periodo/trimestre

En este tercer periodo mi tutor me invitó a que fuese yo quien dirigiese las primeras entrevistas con pacientes bajo su supervisión directa. Con el tiempo comprendí que se trataba de una fase de maduración con el objetivo de lograr la viabilidad de vida independiente del útero materno, esto es, del despacho del supervisor. Debía comprobarse mi capacidad para la supervivencia autónoma al igual que el feto requiere de esta etapa la maduración tanto neurológica como del aparato respiratorio. En esta etapa es cuando el feto adquiere la mayor parte de su peso y se transmite la mayoría de anticuerpos maternos, los

cuales prestan cierta protección contra agentes infecciosos en los primeros 6 meses después del nacimiento. Paralelamente tomaría de mi tutor todos aquellos recursos técnicos como un escudo defensivo para desenvolverme ante las complejidades del encuentro con pacientes. La transición desde la observación hasta la dirección de una entrevista clínica era indicativa de mi cambio de posición en el proceso terapéutico semejante al movimiento hacia la posición cefálica del feto de cara a la facilitación del parto. Al igual que el feto se dispone para el parto acumulando grasa yo me preparaba acumulando todos los posibles conocimientos que me resguardasen del enfrentamiento a la nueva tarea en el mundo exterior.

Parto

En las últimas semanas de gestación se produjeron las primeras discrepancias respecto a la visión de los casos. Percibía estas discrepancias como las primeras contracciones, indicadores de que el momento del parto y salida de su despacho se aproximaba. Disentir con mi supervisor se convertía en mi primera sensación de necesidad de autonomía y nacer como bebé terapeuta. En mi memoria permanece que mi supervisor tendía a identificarse con las ansiedades de los padres mientras que yo me identificaba con los deseos de autonomía y diferenciación de los adolescentes. Llegado el momento, una paciente ejerció la función de la hormona oxitocina induciéndonos al parto y a la separación. Esta paciente al descubrir en la primera sesión que estábamos dos varones para atenderla se sintió incómoda y lo hizo explícito. Nos dijo que no le importaba quién de nosotros se encargase de su caso pero nos rogaba que en ningún caso fuésemos los dos al mismo tiempo. Esta paciente con una historia traumática con un terapeuta anterior acudía solicitando ayuda por un conflicto sentimental con tres personas involucradas. En aquel momento sólo podía soportar una relación diádica.

El nacimiento del bebé terapeuta

Salir del despacho del supervisor significa el corte del cordón umbilical y el nacimiento del bebé terapeuta. Al igual que para Erikson el paso de la vida intrauterina a la vida extrauterina constituye la primera crisis en el individuo, la salida del despacho puede suponer la primera crisis para el bebé terapeuta. Éste se halla todavía en estado de inmadurez, dependiente aún de la supervisión que se puede entender como la lactancia materna. Ante el estado del recién nacido es recomendable crear un espacio de confianza y seguridad donde se contengan las angustias propias de esta etapa en la que uno debe empezar a enfrentarse de forma autónoma al sufrimiento mental. La preparación y condiciones del bebé terapeuta para afrontar dicha tesitura pueden ser muy variables. Existen diferentes formas, pero

destaco la posibilidad de un tiempo insuficiente en el periodo de gestación, induciendo a una cesárea con un feto terapeuta prematuro. Esta falta de preparación para el funcionamiento autónomo puede conducir a que el recién iniciado profesional pueda sentirse omnipotente como una defensa ante las ansiedades propias del estado de inmadurez y soledad. Así, aparecen ilusiones narcisistas en forma de una autovaloración exagerada, quizás como una forma de compensar las carencias formativas y de experiencia en psicoterapia. Esta ilusión de omnipotencia del bebé terapeuta puede conllevar a la dificultad de la inhibición de la idealización del paciente hacia éste. Para Sullivan el terapeuta podía inhibir la idealización en la misma medida en que lograrse una verdadera intimidad en la situación con el paciente. Siguiendo esta argumentación, es recomendable que los bebés terapeutas tengan la suficiente seguridad y confianza para poder tener una relación de verdadera intimidad para lo cual es fundamental un progresivo acercamiento a la psicoterapia con un periodo de gestación prudente, acompañado por la figura de un supervisor que pueda contener las angustias de los bebés terapeutas ante la realidad exterior. La tarea en este momento es lograr lo que Erikson en su propuesta evolutiva definía como sentimiento de confianza básica.

En el recuerdo de mis inicios eran diversas las ansiedades que me abrumaban. Entre ellas destacaba la ansiedad de separación de la figura del supervisor como una mezcla entre la excitación por el deseo de explorar el mundo de la psicoterapia y el temor de afrontar las dificultades intrínsecas al trabajo. Esta ansiedad de separación se hizo más manifiesta cuando mi supervisor se tomó un mes de vacaciones. Si bien había otros profesionales experimentados a los que recurrir, mi supervisor era mi figura de apego.

Desde la visión del modelo relacional en el uso de esta metáfora, la naturaleza propia y previa del terapeuta está incorporada desde el comienzo de la gestación del terapeuta. Esta personalidad previa es diferente en cada individuo pero tienen en común la contingencia de afrontar experiencias psicoterapéuticas en soledad. Se trata de una etapa en la que uno encara nuevas experiencias y un nuevo rol en la relación terapéutica. La asimetría de esta relación supone asumir nuevas responsabilidades. Las ansiedades en estas etapas iniciales pueden ser tan intensas que al igual que el adulto que ante la presión de una situación desea una regresión a su niñez, el terapeuta novel puede desear volver a ser estudiante con la idea de reducir estas ansiedades y el nivel de responsabilidad. Son situaciones en las que los iniciados terapeutas temen perder el control del encuadre psicoterapéutico o un desbordamiento por la clínica del paciente. Esto establece una dinámica en la que las angustias del terapeuta ante las demandas del paciente funcionan con un efecto amplificador que incrementa las ansiedades iniciales del paciente ante la falta de contención

del terapeuta. En estos momentos es fundamental que el terapeuta disponga un espacio de supervisión en el que poder pensar y elaborar sus angustias para retomar de otro modo el contacto con el paciente y así reconducir el proceso terapéutico.

Partiendo del modelo de detención del desarrollo los bebés terapeutas tendrían en común el riesgo de ver detenidos su evolución y futuro como psicoterapeutas ante la incapacidad de manejar las ansiedades del contacto con el sufrimiento mental. Según la visión winnicottiana, esta etapa podría convertirse en una segunda oportunidad para estimular un nuevo desarrollo de funciones no adquiridas o para el afianzamiento de aquellas que consideramos positivas para la labor del psicoterapeuta. La falibilidad de nuestros padres y la de nosotros mismos en nuestro desarrollo podría ser compensada, al menos parcialmente, a través de la figura del supervisor clínico y/o personal. Mi impresión es que una falta de sostén ante las angustias de las primeras relaciones con pacientes pueden afectar negativamente rigidificando las defensas y limitando la capacidad de intimidad en los propios terapeutas. De este modo, considero recomendable la constancia del objeto supervisor para poder recurrir en caso de desbordamiento profesional o personal. Sin duda, acompañar la supervisión con un trabajo psicoterapéutico personal puede ayudar positivamente en este ajuste.

La propuesta de este trabajo no se basa en el modelo de detención del desarrollo con una ayuda dirigida a la llamada *“falla ambiental”* propiciando experiencias de relaciones que replacen las que en su etapa infantil no tuvo. Se sugiere desde la perspectiva del conflicto relacional, tal como podríamos tomar de las ideas de Mitchell, que el bebé terapeuta comenzaría con una matriz de relaciones limitada, recreando los esquemas conocidos y limitados de patrones relacionales. Según Mitchell, *“el contacto con los demás actualiza la personalidad, la amplía pero asimismo tiene un costo, pues elimina otras posibilidades”*. Para este autor la clave de esta ayuda residiría en poder añadir nuevas y más fructíferas relaciones interpersonales. Siguiendo la premisa del modelo relacional respecto al bebé y sus primerísimas relaciones con quienes lo cuidan, considero que las primeras relaciones en el contexto psicoterapéutico y el cuidado recibido por los supervisores pueden interferir de manera importante en las siguientes relaciones psicoterapéuticas e influir en la generación de dificultades posteriores. El nivel de integración en sus relaciones personales y formativas previas, un adecuado conocimiento teórico y técnico junto con la flexibilidad de su personalidad redundará positivamente en la labor del bebé terapeuta.

La etapa de narcisismo

Al hablar de la etapa de narcisismo en el bebé terapeuta me refiero al primer periodo de

contacto con los pacientes en aquellos profesionales que por primera vez se enfrentan a un proceso terapéutico. El entusiasmo propio de empezar a atender pacientes a solas sin la presencia del supervisor se ve enturbiado por el predominio de elevadas ansiedades. En mi experiencia recuerdo las dificultades para poder mostrar una escucha auténtica al paciente en la medida en la que me sentía absorto en un diálogo interno con mis propios fantasmas. Fantasmas que limitaban mis capacidades empáticas. Me veía sumergido en ansiedades tales como ser descubiertas tu inexperiencia y falta de conocimientos o preparación, no saber que preguntar o simplemente el temor a un abandono por parte del paciente. Este periodo caracterizado por pensamientos recurrentes conmigo mismo se asemejaba de algún modo a la visión freudiana de narcisismo primario en el que percibía importantes dificultades para el vuelco de mi preocupación y deseo hacia el mundo exterior y los temores y deseos se dirigían hacia el propio self. Sin embargo a diferencia del narcisismo primario afortunadamente podía descargar estos temores y deseos en la figura del supervisor.

Si bien tal como señala Mitchell, *“en el transcurso del ciclo vital se produce toda la gama de ilusiones narcisistas”* considero que la etapa del bebé terapeuta es un momento especialmente activador de este tipo de ilusiones. En este sentido él planteaba que *“probablemente todos tenemos en diferentes momentos, sentimientos y pensamientos de autoennoblecimiento como los del narcisista más ampuloso”*. Las angustias propias de esta etapa pueden poner en jaque los recursos disponibles por el bebé terapeuta por lo que para su supervivencia psicológica puede recurrir a defensas narcisistas. Un narcisismo, no entendido en un sentido freudiano sino como la visión moderna de Storolow, ya que Freud concebía el narcisismo primario como un estado de omnipotencia, perfección e integridad totales. Esta idea freudiana difiere de mi comprensión de esta etapa. Entiendo este narcisismo como un intento de regulación de la autoestima, compartiendo la idea contemporánea de la definición funcional del narcisismo de Storolow y Lachmann *“la actividad mental es narcisista en la medida en que su función consiste en conservar la cohesión estructural, la estabilidad temporal y el tono afectivo positivo de la representación de uno mismo”*.

Según la visión de Kohut sería recomendable en estas primeras etapas que el bebé terapeuta se pueda enfrentar a la situación novedosa del encuentro clínico con un cierto nivel de ilusiones narcisistas. En el proceso normal de desarrollo en un ambiente acogedor estas ilusiones se transformarán en imágenes más realistas del self y de otras personas. Por tanto, la tarea del supervisor consistiría en facilitar el ambiente acogedor y una comprensión empática de las necesidades narcisistas. Para Loewald existe un riesgo en el planteamiento de Kohut por un *“exceso de identificación con las necesidades narcisistas”*. Loewald entiende que *“el narcisismo sano refleja el sutil equilibrio dialéctico de Nietzsche entre las ilusiones y la*

realidad". Según esta visión la reacción ideal del supervisor madre sería tener la capacidad de disfrutar las ilusiones del bebé terapeuta y gozar con ellas, añadir sus propias ilusiones y desprenderse de ellas, con una visión realista del bebé terapeuta y de su propia persona.

En caso de la presencia importante de un excesivo narcisismo ilusorio pueden aparecer reacciones contratransferenciales negativas con estos primeros pacientes. Surgirían sentimientos de rabia y frustración ante la falta de mejora del paciente, interpretándose como una resistencia de éste. Un self excesivamente sobrevalorado impediría reflexionar sobre sus propias limitaciones o le induciría a sentir la necesidad de ser admirado e idealizado por el paciente. En este caso probablemente estaríamos hablando de un modo de narcisismo como defensa, una forma de compensación y no como una forma fallida de la vida mental.

La etapa del reconocimiento del otro

El paso de la etapa de narcisismo a la etapa que denomino de *reconocimiento del otro* estaría relacionado con la fase de Winnicott en la que el bebé tras haberse sumergido en un estado ilusorio y solipsístico de omnipotencia subjetiva comienza a descubrir que los objetos y la gente poseen existencias propias e independientes. En esta transición el terapeuta estaría descubriendo que los pacientes son independientes de él y que su capacidad de ejercer control sobre ellos es insignificante. Se ubica al objeto fuera de la zona de control omnipotente. Para Winnicott, el ambiente juega un papel fundamental en este proceso de transición progresivo para que se pueda dar de forma sana dado que existe el riesgo de una necesidad de adaptación prematura a la realidad externa lo que provocaría una desconexión de la realidad subjetiva, del núcleo del self y de la fuente de toda creatividad.

Esta transición supone un cambio en la ubicación de las angustias. En la etapa de narcisismo el bebé terapeuta mantenía un diálogo consigo mismo centrado en sus propios fantasmas, lo cual dificultaba notablemente la capacidad de escucha sobre los problemas de los pacientes. Según esto, el bebé terapeuta se relacionaba con su mundo subjetivo siendo incapaz de relacionarse con objetos ajenos al self. Salvando las evidentes distancias pero jugando con los planteamientos de Winnicott podríamos pensar que aquel bebé terapeuta que fracasa en la formación de las relaciones objetales correría el riesgo de tener una apariencia esquizoide en la consulta. En mi experiencia, este paso se pudo dar en la medida en que mis propias angustias en el contacto con el paciente se empezaron a hacer cada vez más manejables dejando un espacio cada vez mayor a la posibilidad de contención del sufrimiento ajeno. Una fase de transición en la que se va configurando un equilibrio entre narcisismo y disponibilidad infinita. Una etapa en la que por fin podía escuchar a los

pacientes de un modo diferente al realizado hasta ese momento. Sin duda, el descubrimiento del otro. Un periodo en el que el objeto paciente se vuelve significativo, el bebé terapeuta empieza a descubrir que el objeto es real y forma parte de una realidad compartida, lo que entendía Winnicott como el paso al principio de realidad. La emergencia del principio de realidad supone reconocer las propias limitaciones y así desembocar en la aparición de elementos agresivos en el bebé. Rebuscando en mi memoria identifiqué algunos sentimientos *agresivos* que sin embargo en aquel momento no consideraba como tales. Con esto me refiero a deseos fugaces relacionados con la desaparición del objeto, en este caso de pacientes, a través de curaciones mágicas o rechazos del tratamiento. El conflicto se generaba en relación a los sentimientos de satisfacción por su vuelta a consulta y el dolor narcisístico de que no lo hiciesen. Del mismo modo, este principio de realidad podía redirigirse en forma de sentimientos de frustración hacia mi supervisor. De forma injustificada pienso, lo responsabilizaba por no haberme dado las herramientas necesarias o no estar disponible cuando lo requería. El supervisor debe sobrevivir a estos ataques. Esto implicaba una forma infantil de depositar las responsabilidades en el otro ante la confrontación de mis limitaciones como una realidad frustrante que empezaba a descubrir.

En el avance de la experiencia con pacientes el bebé terapeuta comienza a vislumbrar una *pseudolectura* de las intenciones del otro, así como a experimentar su voluntad propia. El recién iniciado profesional ya está en condiciones, primitivas diría yo, de iniciar una acción para tratar de influir en su entorno, en el paciente. Son los indicios de la aparición en el terapeuta de un sí mismo como agente mental intencional. Comienza a poder reconocerse en el espejo al pensarse como terapeuta, empieza a tener una representación mental de sí mismo en su profesión. En mi experiencia esta representación de mí mismo venía dada por una pluralidad de detalles como la forma de recibir y despedir a los pacientes, la forma de trato así como la percepción de mis propios afectos y reacciones ante las vicisitudes del encuentro con el otro. De esta etapa recuerdo que coincidió temporalmente con las fiestas navideñas. Sorprendida se quedó mi familia cuando ante la pregunta respecto a mi petición de regalo de Reyes. Les contesté que “*iropa de terapeuta moderno!*”. Supongo que en esta fase de representación de uno mismo ante el otro tenía la necesidad de incluir también mi estética y vestimenta. A lo que ha supuesto una burla afectuosa permanente de mi familia puedo darle hoy una comprensión diferente aunque no por ello menos jocosa.

La evolución del bebé terapeuta dentro de esta etapa supone avances. Entre ellos destaca que este reconocimiento del otro conlleva el reconocimiento de que podemos ser pensados de manera diferente de cómo nos pensamos nosotros mismos. Progresivamente se va percibiendo un funcionamiento psicológico más complejo con mayor sentido de sí mismo. Al

igual que en el bebé real, el terapeuta evoluciona en la forma de interacción apareciendo la conexión ocular, la sonrisa y un recurso a la gestualidad en la relación con el paciente. El agarrotamiento de la etapa de narcisismo dificulta la puesta en marcha de estas habilidades sociales.

La aparición de la vergüenza

Probablemente esta fase de evolución del bebé terapeuta coincida con la segunda etapa del desarrollo psicosocial planteada por Erikson. Fase en la que el bebé comienza a explorar el mundo y debe asumir la tarea del control fisiológico. De forma similar a esta etapa de Erikson en la que el esfínter anal se centra en la retención y eliminación y supone una lucha para la *“autonomía Vs la vergüenza”*, el bebé terapeuta debe aprender a regular y controlar sus intervenciones. En palabras de Erikson sería lograr la virtud básica de la voluntad. Hubo un caso de la primera sesión con un adolescente que venía acompañado por varios miembros de su familia que supuso un intenso momento de reflexión y punto de inflexión respecto a mi forma de proceder en terapia. A modo de breve viñeta clínica comentaré que era un joven con problemas académicos y de adaptación social. Poco tiempo después de iniciarse la entrevista y sin haber escuchado realmente la problemática completa y necesidades de aquel adolescente realicé una intervención amparándome únicamente en el sentido común. Ante mi intervención me sorprendió la respuesta unánime y al unísono de todos los miembros de la familia. *¡Ves! ¡lo que te habíamos dicho!*. Escuchar aquella respuesta y ver la cara de reacción del chico me hizo comprender el grave error que había cometido. Me había dejado llevar por la dinámica familiar y de algún modo con mi intervención tan poco empática estaba retraumatizando de nuevo a aquel adolescente. Tras percatarme del error traté de repararlo en el resto de la sesión y en las citas posteriores dándole un verdadero lugar de escucha aunque no sabría decir si con éxito o no. Creo que expulsar aquello que me vino a la cabeza sin capacidad de reflexión previa fue mi primer momento de verdadera vergüenza en la terapia. La aparición de este sentimiento y la posterior culpa suponían la capacidad de experienciarse con un grado de conciencia de subjetividad diferenciado de otros. Si bien no me había diferenciado de su familia con mi intervención, mi reacción de vergüenza e intento de reparación era algo diferente. Este momento de vergüenza se tradujo en una conciencia de los propios déficits y limitaciones en la función como psicoterapeuta. Con la autoevaluación surge un sentido de autoresponsabilidad para Ávila Espada. Este autor considera la aparición de la vergüenza como un momento crucial del desarrollo en el que el sujeto humano está en condiciones de percibirse a sí mismo en términos reflexivos. En mi caso como bebé terapeuta, estas reflexiones sobre la vergüenza me permitieron avanzar en el autocontrol de mis impulsos y evolucionar en la consideración del momento y forma de expresar mis devoluciones a los

pacientes. En el bebé terapeuta equivaldría a la retirada de los pañales. La situación vivida con este adolescente me hizo reconsiderar mi opinión sobre el recurso al silencio pero no desde la idea de representación de supuesta neutralidad sino en el sentido de utilidad defendido por Renik, esto es, como una forma de mostrarse reticente a aprobar el punto de vista de un paciente al comunicar opiniones y valores específicos. O entendido desde la visión de Killingmo quien defiende la regla de abstinencia como un principio estratégico y no como una regla rígida.

La etapa de la relación terapéutica como objeto de estudio: Los grupos psicoterapéuticos como facilitadores

En la evolución de bebé a infante terapeuta se da un nuevo cambio en la ubicación del foco de atención. Tras la fase de *narcisismo* y de *reconocimiento del otro*, el infante terapeuta comienza a centrarse en la *relación terapéutica*. Este avance supone centrarse en la relación terapéutica como objeto de estudio. Se analiza el aquí y ahora pichoniano de saber lo que está sucediendo en ese vínculo entre terapeuta y paciente en ese preciso momento. Esta etapa en términos de Pichón Riviere daría lugar a la diferenciación psicológica mediante la introyección en el infante terapeuta de los 3 elementos: self, objeto y relación entre ambos.

El aumento de experiencia del bebé terapeuta en el contexto clínico permite una progresiva reducción de las angustias y un paso de la acción al pensamiento. En este sentido mi participación como observador o co-terapeuta en grupos psicoterapéuticos facilitó poder pensar en los fenómenos relacionales tanto a nivel individual como grupal. La inclusión del grupo servía para añadir la terceridad a la situación del encuentro entre terapeuta y paciente. La distancia y separación que permitía el grupo facilitaba otra presencia por mi parte. Una presencia que posibilitaba mi pensamiento desde otro lugar. Una oportunidad para un cambio de concepción. En lugar de comprender, sujeto y objeto como dos entes aislados poder pensar y analizar lo que sucedía en este vínculo, en la relación entre ambos.

Se trata de una fase en la que se produce el descubrimiento del campo intersubjetivo. Entendido en la línea de Benjamin como un proceso de reconocimiento de la subjetividad de otro como algo conectado y responsivo respecto a la propia subjetividad. El logro de esta etapa es lo que Benjamin describía con la frase *“donde había objetos, debe haber sujetos”*. Mi participación y observación en los grupos me permitía un análisis diferente de la situación en el que se añadía por un lado la percepción de la irrupción de la subjetividad del terapeuta de grupo y por otro lado mi propia subjetividad. Desde la teoría de los sistemas intersubjetivos se plantea que *“el otro debe ser reconocido como otro sujeto para que el sí*

mismo experimente plenamente su subjetividad en presencia de ese otro". Podía empezar a percibir lo que se denomina un encuentro de subjetividades, alcanzaba la captación de la dimensión intersubjetiva, relaciones de sujeto a sujeto.

La crisis de reaceramiento

El reencuentro con un supervisor puede ser un momento de crisis para el infante terapeuta. Este reaceramiento, al igual que el bebé entre los 18-24 meses con su madre, genera una ambivalencia en el contacto con el supervisor original u otro nuevo. Después de haberse dado una separación del supervisor madre se da el temor a una nueva fusión como al principio y una pérdida de autonomía.

El reaceramiento es la crisis del reconocimiento del otro. En esta situación se da una paradoja, el infante terapeuta en el momento de realizar su propia voluntad independiente depende de que otro lo reconozca. En el caso del infante terapeuta esta paradoja se traduciría *"si desacredito a mi supervisor quien me va a reconocer a mí"*. Esta crisis puede afectar a la experiencia del self del terapeuta. Para Mahler, la experiencia del self se ubicaría en una amplia dialéctica entre la necesidad de autonomía y la autodefinición por un lado y el deseo desesperado de entregarse a la otra persona y fundirse con ella. Por su parte, Kohut defiende que el self es como una estructura bipolar producida por la tensión entre la necesidad de un reconocimiento cálido y amplio y la necesidad de identificarse con las personas admiradas.

El infante terapeuta en este momento de crisis puede sentir la confusión y temores intrínsecos de este periodo evolutivo. Sentir que no está suficientemente preparado o al menos no lo preparado que él mismo o su supervisor esperaban. A su vez, al igual que con los padres, uno puede ir descubriendo que su supervisor principal no es por fuerza representativo de la universalidad del campo de la psicoterapia. Proceso que debe dirigirse hacia una progresiva ubicación del mentor en un lugar para el reconocimiento y punto de referencia si a éste se precisa recurrir. De forma paralela se debería dar un proceso de apertura a nuevos referentes, un acercamiento a otros docentes de los cuales poder captar sus recursos.

Es ideal de cara a la evolución del infante terapeuta una resolución positiva de esta crisis. Para Mahler esta crisis se resolvería con la internalización, el logro de la constancia del objeto, en este caso se trataría de la internalización del supervisor. Por su parte Benjamin plantea que esta paradoja se resolvería con un equilibrio entre la afirmación del sí mismo del propio terapeuta y el reconocimiento del supervisor. Al reflexionar sobre mi propia

experiencia me inclino más por la teoría intersubjetiva por la cual la resolución ideal es que continúe como una tensión constante entre el reconocimiento del otro y el afirmarse a sí mismo, esto es, un mutuo reconocimiento.

El desarrollo del Self del terapeuta

Los psicoterapeutas no son inmunes al sufrimiento mental y durante su formación deben dotarse de los recursos adecuados para manejarse ante la complejidad de la clínica. El recién nacido terapeuta al menos en un primer momento pone en práctica lo conocido, esto es, su mundo interpersonal previo. La falta de inmunidad puede hacer que el terapeuta requiera de un otro que le proporcione unas condiciones de seguridad necesarias. Preventivamente el contexto formativo debe favorecer el mantenimiento y desarrollo de un self integrado y cohesionado en el bebé terapeuta. Para Mitchell, establecer en la niñez puntos de contacto seguros no es sólo una necesidad emocional, sino una condición para la supervivencia psíquica, planteamiento extrapolable a la condición del infante terapeuta. Por tanto, las relaciones previas, principalmente las relaciones con sus padres, así como el enriquecimiento a través de las relaciones con supervisor/es pueden contribuir a un mejor manejo de las dificultades.

En esta metáfora del bebé terapeuta a pesar de las notables diferencias podríamos *jugar* con los planteamientos de Fonagy sobre la mentalización. Para Coderch, *“el poder pensar en los propios estados mentales y diferenciarlos de los estados mentales de los otros permite el sentimiento de ser agente de su vida y de su identidad”*. Este sentimiento debe ser logrado también por el bebé terapeuta. Así, para ser capaz de reflexionar sobre sus propios estados mentales y de moverse con confianza entre las percepciones de sus propios pensamientos sería recomendable disponer de la experiencia de un supervisor que piense e imagine sobre sus pensamientos y que sea capaz de devolvérselos de un modo más elaborado. Este proceso facilitará el establecimiento de una identidad coherente y madura como psicoterapeuta. Este supuesto proceso de mentalización es más relevante si cabe, desde la perspectiva relacional en la medida que comprende un terapeuta que debe evaluar el impacto que tienen sus principios organizadores inconscientes, incluidos los principios teóricos en su comprensión analítica e interpretaciones.

El bebé terapeuta debe avanzar en su proceso de *re-mentalización*. Las tres etapas planteadas en este trabajo coincidirían, sin una equivalencia cronológica, con la *teoría de la mente* de Fonagy. Según esta teoría a los doce meses el bebé comienza a detectar estados mentales propios, de modo similar a los logros del bebé terapeuta presentado en la etapa narcisismo. El infante de Fonagy, que a los tres años y medio puede identificar estados

mentales de otros se asemejaría al planteado en la fase denominada de reconocimiento del otro. Por último, Fonagy plantea que a los seis años el niño puede identificar la representación que tiene otra persona del estado mental de un tercero, representación paralela a la que descrita en la experiencia en grupos.

El modelo dinámico-relacional da mayor relevancia a la construcción del self como un proceso de identificación e interiorización de pautas relacionales. En el bebé terapeuta se trataría de las primeras identificaciones profesionales y las primeras relaciones con pacientes. Tomando las palabras de Mitchell, el objetivo de la formación del terapeuta podría consistir en *“lograr un ensanchamiento de la matriz relacional para permitirle al self nuevas experiencias en su relación con los demás”*. Dado que, tal como señala Ávila Espada, la subjetividad del analista a través de su implicación personal juega un papel importante en el tratamiento que se despliega mediante procesos de mutualidad y reconocimiento. En mi opinión, el contexto formativo debería tratar de crear un escenario psicoterapéutico y formativo que favorezca la conservación y desarrollo del mundo subjetivo del terapeuta, así como el despliegue de su auténtica personalidad

La tarea del supervisor

En mi opinión el supervisor puede crear en su supervisando procesos, capacidades o funciones psicológicas que en su comienzo no dispone de forma que ayuda en el andamiaje y estructuración del bebé y niño terapeuta. Según la perspectiva de Mitchell podríamos considerar que el papel del supervisor estaría relacionado con la función de tejer las hebras en un *“tapete de experiencia subjetiva que proporcione una impresión de familiaridad, seguridad y contacto”*. La parte fundamental de la elaboración de este tapete se centraría en las primeras etapas de desarrollo como psicoterapeuta dado que, tal como he comentado, pueden ser momentos críticos. Es una etapa en la que el terapeuta conforma una impresión de sí mismo como tal. Esta impresión generada en base a estas nuevas experiencias puede condicionar su posterior desarrollo.

La principal diferencia en las diadas madre-bebé y supervisor –bebé terapeuta es que tal como señala Stern, la relación entre los primeros es exclusivamente gestual y en gran medida presimbólica mientras que entre supervisor-bebé terapeuta se combina lo preverbal y lo verbal. Esto da lugar a diferentes dificultades. En este sentido, el supervisor debe ayudar en el desarrollo del nuevo lenguaje que el bebé psicoterapeuta está poniendo en marcha en estas etapas iniciales, ayudándole a conocer algo de este contexto para un uso de un lenguaje mucho más rico para la complejidad hallada en el campo de la psicoterapia.

La tarea del supervisor varía en función de las características del discente así como el momento evolutivo en el que se encuentre. Un supervisor *suficientemente bueno* en un sentido winnicottiano, comenzaría con una adaptación casi total a las necesidades del bebé terapeuta y progresivamente reduciría esta adaptación en consonancia con la creciente capacidad del terapeuta. Según esta postura, una de las misiones de la *supervisión madre* sería desilusionar al bebé terapeuta de forma gradual, desde la inicial omnipotencia subjetiva a una transición hacia la tolerancia a la realidad objetiva. Para Winnicott este ambiente es suficientemente bueno si permite que el individuo haga frente al golpe de la pérdida de la omnipotencia. Jugando con la metáfora del bebé terapeuta, una incorrecta transición en este sentido puede desembocar en un falso acomodo a la realidad externa y un detenimiento del crecimiento psicológico como terapeuta. Ávila Espada plantea que un gran instrumento técnico es el uso de nuestra subjetividad, siendo necesario ser precavidos en la enseñanza de la técnica para no favorecer en el terapeuta lo que denomina una *“espontaneidad a la ligera”*. Estas cuestiones resaltan la importancia del acompañamiento y supervisión en el desarrollo de la subjetividad como psicoterapeuta.

En ocasiones el supervisor puede desempeñar la función de figura parental compensatoria con respecto a experiencias negativas vividas con los padres de origen del bebé terapeuta. La contrapartida es el conflicto inherente entre ayudar a una persona e interferir en su autodeterminación expresado por Renik. Al igual que en el bebé real y paciente, el supervisor debe estar dispuesto a soltar al bebé terapeuta para que alcance su autonomía.

La percepción de las propias defensas y resistencias

La percepción de las propias defensas y resistencias por parte del terapeuta pueden suponer un factor relevante en su evolución profesional. En mi caso esta progresiva percepción de partes de mí que dificultaban el proceso terapéutico contribuyó a la búsqueda de un modelo teórico que comprendiese los fenómenos resistenciales como una co-creación compartida entre terapeuta y paciente.

La concepción sobre la resistencia ha ido cambiando a lo largo de la evolución del pensamiento psicoanalítico. En la teoría clásica las resistencias se consideraban un sabotaje a los recuerdos y al insight lo cual impedía un avance en el proceso psicoterapéutico. Mientras que Freud defendía una visión monádica de la resistencia depositada en el paciente amparándose en la aplicación de la técnica psicoanalítica clásica, autores como Winnicott comenzaron a discrepar de esta postura. Para Winnicott las resistencias surgían de la interpretación ofrecida fuera de la zona de superposición entre el paciente y analista.

El bebé y niño terapeuta pueden intensificar sus propias defensas y resistencias al sentirse vulnerables ante la patología mental. Desde la visión kohutiana estas defensas serían un intento de protegerse ante la frágil experiencia del self que puede sentir alguien que comienza a atender pacientes con trastornos mentales graves. Por su parte Brandchaft las podría considerar como una forma de supervivencia psicológica ante los temores vividos en estas nuevas experiencias de relación.

Las resistencias a una intimidad en el proceso terapéutico pueden darse también por parte del psicoterapeuta. Según pensaba Erikson *“sólo se puede dar una auténtica intimidad cuando la formación de identidad está bien encauzada”*. De este modo, es importante el desarrollo de la identidad como terapeuta para alcanzar una verdadera intimidad con los pacientes ya que la contrapartida es el distanciamiento. El caso de un paciente de 65 años con el diagnóstico de esquizofrenia residual al que estuve atendiendo durante más de un año ilustra un ejemplo de resistencia por parte del terapeuta. En su larga trayectoria de sufrimiento había sido atendido en un dispositivo público por diferentes profesionales hasta mi llegada. En nuestra primera sesión acudió con una libreta en la mano. Para mi sorpresa reaccionó pasivamente y con aparente indiferencia al cambio de terapeuta. Traté de presentarme, hacer una valoración inicial así como interesarme por él y por su situación actual. Siempre dentro de una corrección absoluta contestó de manera parca a mis preguntas iniciales y enseguida me cortó para abrir la libreta y leerme una serie de situaciones sociales desagradables que había tenido desde la última cita con su anterior terapeuta. En cada sesión trataba de conocer más aspectos de este paciente, sin embargo mis intentos por profundizar chocaban constantemente con la lectura de su libreta. Paulatinamente su lenguaje no verbal fue cambiando hacia un mayor contacto visual y espontaneidad. Se repetía la dinámica, insistía en mi interés por otras cuestiones personales pero respetaba que él recurriese a la libreta. La intermediación a través de la libreta según constaba en la historia se había dado también con los anteriores terapeutas y se seguía repitiendo conmigo aunque lograba con mucho tacto descubrir cuestiones personales y familiares que le costaba compartir. Habiendo pasado más de un año, en una sesión me sorprendió sin la libreta. Comenzamos como de costumbre pero había algo diferente en él además de la falta de este objeto. Era más prolijo en sus respuestas, tenía iniciativa, bromeó en alguna ocasión y compartió cuestiones privadas que hasta ese momento no había hecho. En este inesperado acercamiento del paciente me sorprendí a mí mismo preguntándole dónde estaba la libreta. En ese momento descubrí que a quien le estaba resultando incómodo relacionarse de un modo más íntimo sin la intermediación de la libreta era a mí. El paciente se excusó diciendo que la había olvidado. A la siguiente sesión estaba expectante

por saber si volvería con la libreta. Y así fue. Sin embargo, la colocó a un lado de la mesa y mantuvimos una entrevista distendida sin la necesidad de que ninguno de los dos recurriésemos a su lectura. A partir de entonces la traía consigo pero siempre la dejaba apoyada en la mesa a la espera de que cualquiera de los dos la pudiésemos necesitar. Considero que esta viñeta clínica ilustra el planteamiento del psicoanálisis intersubjetivo según el cual todos los fenómenos intrapsíquicos están co-determinados, de modo que las defensas y resistencias son resultados de dos personas.

El modelo relacional y la intersubjetividad

Al igual que el niño de Erikson, el niño terapeuta debe encontrar que tipo de psicoterapeuta quiere ser. Parte de mi devenir como terapeuta ha consistido en la búsqueda de un modelo teórico y técnico al que poder ajustarme. Entiendo que todo terapeuta trata de encontrar un enfoque con el que se pueda identificar, seguramente en la línea planteada por Kohut de necesidad primordial del self de conservar su continuidad y cohesión. Esta búsqueda consistiría en encontrar un proceder técnico y un pensamiento congruente con la personalidad del terapeuta. En mi caso, durante estos años he tratado sin éxito de culminar esta búsqueda hasta comprender que se debe tratar de un ajuste ya que tanto los modelos teóricos, los procedimientos técnicos, las instituciones, los pacientes y los propios terapeutas están en constante cambio y evolución.

Uno de los aspectos que más me ha ayudado para encontrar un modelo congruente con mi visión del trabajo psicoterapéutico ha sido el descubrimiento de la obra de Mitchell. Comprendí a través de su lectura que todas aquellas cuestiones teóricas y técnicas que no compartía del psicoanálisis las entendía como superadas. Estas ideas con las que discrepaba se encuadraban dentro del modelo pulsional freudiano que es al único al que había tenido acceso en mis años formativos, lo cual suponía un sesgo importante. Fue una oportunidad descubrir que el modelo relacional abandona el planteamiento del modelo cartesiano, el individualismo y la comprensión humana centrada en los instintos y pulsiones en defensa de una matriz relacional y un ser humano en búsqueda de lo social. Estas ideas del modelo psicoanalítico relacional encajaban con las reflexiones realizadas durante mis primeros años de trabajo. En mi corta experiencia comenzaba a intuir que aquellos pacientes con los que se establecía un buen clima de trabajo y cooperación mutua, una alianza basada en la autenticidad y en el pensar juntos evolucionaban positivamente, y a su vez, facilitaba mi propio desarrollo como terapeuta y persona. Estas reflexiones de algún modo se concretaban en la idea expresada por Ávila Espada de que al cambio psíquico se accede a través de la relación. Este autor defiende *“un analista genuino, abierto a compartir experiencias, ideas y sentimientos, que no critica ni juzga, ayuda a pensar y sentir de nuevas*

maneras, es aceptante, cálido, ayuda a encontrar nuevos significados a las experiencias, emocionalmente disponible y valida las experiencias". Así mismo, entiende el proceso terapéutico como la operación de un sistema relacional complejo, único y recíproco para cada terapeuta-paciente. De algún modo descubría en las reflexiones de este autor mi primitiva idea de un terapeuta y de un proceso terapéutico.

En mi experiencia detectaba que la mejoría de los pacientes no residía únicamente en el acierto de las interpretaciones ni en la aplicación correcta de un repertorio técnico o protocolo de intervención. Empezaba a pensar que mi disponibilidad y actitud de ayuda resultaba en muchos casos más efectivas. Esto suponía un acercamiento a la visión del modelo relacional que entiende toda interpretación como un acontecimiento relacional complejo, tanto por la información, como por el contenido afectivo y por la relación con el paciente. En palabras de Coderch, *"los pacientes no mejoran gracias al supuesto contenido iluminador de la interpretación, sino que el cambio positivo es causado por el acto de relación que conlleva la formulación de una interpretación, sea cual sea su contenido"*.

Las características de los servicios públicos de salud han focalizado parte de mi labor en pacientes con trastorno mental grave. En el encuentro con estos pacientes se podía percibir grandes carencias y aspectos deficitarios en el desarrollo de su self. Sentía lo que posteriormente entendí en la lectura de Mitchell, *"las necesidades de provisiones necesarias para el desarrollo pueden distinguirse de los deseos de gratificaciones pulsionales"*. Además el descubrimiento del psicoanálisis relacional y autores como Killingmo con la diferenciación entre patología por conflicto y patología por déficit, me estimuló en el reacercamiento a un modelo teórico que había desechado. El hallazgo de este autor me permitió descubrir que algunas de las intervenciones que previamente realizaba con pacientes graves se asemejaban a las intervenciones afirmativas que él defiende para el tratamiento de pacientes con predominio de patología por déficit.

Por último comentar que mi progresivo conocimiento de más autores dentro del enfoque relacional e intersubjetivo me ha permitido encontrar más cuestiones teórico-técnicas con las que me puedo seguir ajustando. Me gustaría destacar de Mitchell la idea de la inevitable participación mutua en cualquier proceso terapéutico. Por parte de Orange la importancia de reconocer la unicidad del mundo experiencial del paciente y la complejidad de la influencia del observador así como la defensa de la hermenéutica de la confianza como una actitud dialógica en la que el otro tiene algo que enseñarnos y con una constante búsqueda de lo genuino en las palabras del otro para expandir los horizontes de significado. Y para finalizar el planteamiento de Benjamin respecto a la intersubjetividad como una forma

reconocimiento mutuo, en la que cada uno experimenta al otro como semejante, un ser separado de nosotros pero conectado.

REFERENCIAS

- Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo* 7, (2): 195-220
- Ávila Espada, A. (2008). El desarrollo del sentido de Sí mismo y del sentimiento de vergüenza: la vergüenza como señal de la construcción del Self. *Clínica e Investigación Relacional*, 2 (1): 46-57.
- Ávila Espada, A. (2009). La psicoterapia psicoanalítica relacional: conceptos fundamentales y perspectivas. *Interpsiquis*, (1). [Relational Psychoanalytic Psychotherapy: Essentials and Perspectives]
- Benjamin, J. (1995). Reconocimiento y destrucción: un bosquejo de la intersubjetividad. pp: 59-78. Traducción de Recognition and destruction: an outline of intersubjectivity. *In Like Subjects, Love Objects*. New Haven, CT: Yale Univ. Press
- Benjamin, J. (2004). Más allá de la dualidad agente-paciente: Una visión intersubjetiva del tercero. *Intersubjetivo*. Nº 1, Vo. 6, Pags. 7-38
- Coderch, J. (2007). Conflicto, déficit y defecto. *Clínica e investigación relacional* 1, (2): 359-371
- Coderch, J. (2012). Psicoanálisis Relacional de Frecuencia Semanal y Larga Duración (PRSLD). Bases teóricas y clínicas. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3), 468-514.
- Erikson, E. (1968, 1974). *Identidad, Juventud y Crisis*. Capítulo III. El ciclo de la vida epigenesis de la identidad. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Erikson, E. (1983). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Horme-Paidós
- Fonagy, P. and TARGET, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9; pp 679–700
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. *Obras completas de Sigmund Freud*. Volumen XIV - Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916). Amorrortu editores
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit. Implications for technique. *Int. Journal Psycho-Analysis*, 70: pp 65-71
- Killingmo, B. (1995). Affirmation in psychoanalysis. *Int journal Psycho- Analysis*, 76: pp. 503-518. Versión castellana revisada por el Colectivo GRITA
- Kohut, H. (1996). *Análisis del self*. Buenos Aires: Amorrortu editores
- Loewald, H. (1973). Heinz Kohut: The analysis of self. *Papers on psychoanalysis*, New Haven, Yale University Press, 1980

- Loewald, H. (1974). *Psychoanalysis as an art and the fantasy character of psychoanalytic situation. Papers on psychoanalysis*, New Haven, Yale University Press, 1980
- Mahler, M. (2010, 11). *BuenasTareas.com*. Recuperado 11, 2010, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Margaret-Mahler/1020437.html>
- Mitchell, S. A. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración*. Mexico: Siglo XXI
- Mitchell, S. A. y Black, M. J. (2004). *Más allá de Freud: Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Barcelona: Herder
- Orange, D. (2010). La teoría de los sistemas intersubjetivos: el viaje de una falibilista. *Rev GPU*; 6; 3: 328-337
- Orange, D. (2011). La actitud de los héroes: Bernard Brandchaft y la hermenéutica de la confianza. *Clínica e Investigación Relacional*. Vol. 5 (3) pp. 507-515
- Pichon Rivière, E. (1985). *Teoría del Vínculo*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión
- Renik, O. (1996). Los riesgos de la neutralidad. *Aperturas psicoanalíticas* nº 10 (2002)
- Stern, D.N. (1994). *La constelación maternal*. Barcelona: Paidós
- Storolow, R. Y Lachman, F. (1980). *Psychoanalysis of developmental arrests*. Nueva York. *International Universities Press*
- Sullivan, H. S. (1972). *Personal Psychopathology*, Nueva York. Northon
- Winnicott, D. W. (1958). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona: Paidós, 1998
- Winnicott, D.W. (1971a). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa, 1997
- Winnicott, D.W. (1971b). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires: Hormé, 1993.
- Winnicott, D. (1978). El concepto de individuo sano. Incluido en *D. W. Winnicott y otros* (pp 25-44). Buenos Aires. Editorial Trieb

Original recibido con fecha: 2-2-2014 Revisado: 6-7-2014 Aceptado para publicación: 28-6-2014

NOTAS

¹ Primer premio del III Certamen de trabajos sobre el Devenir Psicoterapeuta del Instituto de Psicoterapia Relacional (edición 2013).

² Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Miembro del Instituto de Psicoterapia Relacional. Centro de Salud Mental de Jerez de la Frontera (Cádiz, Andalucía).