

INTEGRACIÓN TEÓRICA

FUNDAMENTOS DE LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN LA PSICOTERAPIA CORPORAL RELACIONAL

(Rev GPU 2010; 6; 1: 51-62)

André Sassenfeld¹

En contribuciones anteriores he intentado comenzar a articular un marco conceptual general para comprender teórica y clínicamente el cuerpo y la corporalidad desde una perspectiva relacional (Sassenfeld, 2007a, 2007b, 2008a, 2008b, 2008c, 2008d, 2009). Este marco de referencia –la psicoterapia corporal relacional o analítica– integra conceptos provenientes de campos de investigación contemporáneos que incluyen la teoría del apego y la investigación de infantes, el psicoanálisis relacional e intersubjetivo, la psicoterapia corporal, y el neuropsicoanálisis y la neurobiología interpersonal. En estos trabajos previos he buscado clarificar distintos aspectos conceptuales y clínicos de la psicoterapia corporal analítica. En éste, dedico atención en especial a tres supuestos o principios básicos acerca de la naturaleza de la relación psicoterapéutica desde su perspectiva. Tales principios han sido elaborados y discutidos en un grupo de trabajo en torno a la psicoterapia relacional corporal constituido por Marcela Araneda, Leila Jorquera y el autor.

La psicoterapia corporal relacional o analítica es un enfoque psicoterapéutico en desarrollo que integra elementos provenientes especialmente de las psicoterapias corporales, el psicoanálisis relacional e intersubjetivo, la teoría del apego y la investigación contemporánea de infantes, y el neuropsicoanálisis y la neurobiología interpersonal (Geissler, 2009; Geissler & Heisterkamp, 2007a; Sassenfeld, 2007a, 2007b, 2008a, 2008b, 2008c, 2008d, 2009). Articula un marco conceptual amplio para el quehacer clínico que se centra en

las vicisitudes del cuerpo y los vínculos en los contextos del desarrollo del individuo, de la psicopatología y del tratamiento psicoterapéutico. En términos generales, este marco conceptual se ha mantenido de modo intencional como un *campo teórico* abierto en evolución que se compone de una diversidad de elementos, un campo dentro del cual existen múltiples posibilidades tanto para las formulaciones conceptuales y clínicas como para las aplicaciones prácticas. En este sentido, la psicoterapia corporal relacional tiene una profunda afi-

¹ Psicólogo clínico. Académico U. de Chile. Contacto: asjorquera@hotmail.com

nidad y cercanía con el psicoanálisis relacional, el cual no es una escuela de pensamiento unificada e integrada, dado que [...] deriva de la aportación de distintas corrientes, ni es tampoco una posición teórica singular. Más bien agrupa distintas maneras de enfatizar la importancia de las relaciones interpersonales y su repercusión intrapsíquica, tanto en el curso del desarrollo como en el del proceso psicoanalítico (Coderch, 2001, p. 127).

La psicoterapia corporal analítica está definida, en lo esencial, por la utilización de un marco conceptual a grandes rasgos analítico en cuanto a teoría del desarrollo de la personalidad, de la psicopatología y de la psicoterapia, un marco conceptual que se inscribe en gran medida dentro de la tradición relacional del psicoanálisis contemporáneo (Aron, 1996; Aron & Harris, 2005; Mitchell & Aron, 1999). Por otro lado, dadas las influencias que recibe de las psicoterapias corporales y la investigación empírica de infantes, el foco en las relaciones humanas es complementado sistemáticamente por un foco simultáneo en la dimensión somática de los vínculos, que incluye en especial la experiencia subjetiva del cuerpo y el dominio de la comunicación no-verbal a través de la expresión emocional. Clínicamente, lo que convierte esta aproximación al mismo tiempo en un enfoque terapéutico corporal es la aplicación consecuente de un *setting* y *encuadre abiertos* a las intervenciones somáticas en el marco de la relación entre paciente y psicoterapeuta (Geissler, 2009; Heisterkamp & Geissler, 2007; Sassenfeld, 2008a, 2008b). Parte de ello es por supuesto una revisión y modificación clara de conceptos asociados como la neutralidad, el anonimato y la abstinencia del terapeuta (Geissler, Geissler & Hofer-Moser, 2004).

Desde mi perspectiva, la meta clínica de la psicoterapia corporal analítica guarda relación con el “despliegue, la comprensión y la transformación del mundo subjetivo de un paciente. [El proceso de transformación] que es puesto en marcha por medio de la actividad analítica y sus inevitables descarrilamientos tiene lugar en el seno de un sistema intersubjetivo específico” (Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987, p. 23). En otras palabras, el cambio psicoterapéutico emerge y transcurre en y a través de una relación entre dos personas. La psicoterapia toma forma a partir de la “creación conjunta de un entorno emocional, un campo intersubjetivo, en el interior del cual pueden ser exploradas sin peligro conjuntamente aquellas ‘regiones’ del inconsciente, en las cuales tienen sus raíces los aspectos problemáticos de la subjetividad” (Orange, Atwood & Stolorow, 1997, pp. 17-18). Tal como enfatizó Bowlby (1988), la exploración del mundo interno del paciente requiere

que el paciente experimente la relación con el terapeuta como base segura. Muchos aspectos de las regiones conflictivas de lo inconsciente se expresan y pueden ser exploradas a través del cuerpo y la corporalidad.

Dado el énfasis de la psicoterapia corporal relacional o analítica en los aspectos vinculares del desarrollo del individuo (Bentzen, 2006; Downing, 2006; Geissler, 2007; Sassenfeld, 2007b, 2008b, 2008c) y consiguientemente de la psicoterapia –la psicología clínica es, en esencia, psicología del desarrollo aplicada (Schoore, 2003a)–, se ha hecho necesario intentar explicitar y clarificar la visión básica que el enfoque tiene de la relación psicoterapéutica. Esa es la pretensión que guía este trabajo. En este contexto, se presentarán tres principios generales como propuesta para definir la aproximación de la psicoterapia corporal relacional a la relación terapéutica en términos teóricos, pero que al mismo tiempo encauzan el trabajo clínico práctico y apuntalan al psicoterapeuta en su comprensión de los vaivenes relacionales que marcan la interacción entre paciente y terapeuta y en la elección de estrategias oportunas de intervención. En todo caso, estos principios deben visualizarse como completamente interdependientes y complementarios. Sólo tomados en conjunto contribuyen a esbozar la perspectiva de la psicoterapia corporal relacional respecto del vínculo entre paciente y terapeuta.

PRINCIPIO I: RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA Y CUERPO

Existe en la actualidad un gran interés por comprender y abordar la dimensión corporal de la relación psicoterapéutica. Este interés se manifiesta en al menos dos aspectos complementarios. Por un lado, se encuentran los sostenidos esfuerzos que las neurociencias realizan para dar cuenta de los correlatos neurobiológicos de las interacciones interpersonales en general y de la interacción entre paciente y terapeuta en particular (Cozolino, 2006; Gabbard, 2006; Gallese, Eagle & Migone, 2007; Greatrex, 2002; Javanbakht & Ragan, 2008; Sassenfeld, 2008d; Schore, 2002, 2003a, 2003b; Siegel, 2006). Estos esfuerzos intentan principalmente poner al descubierto lo que podríamos denominar el *cuerpo objetivo* involucrado en interacciones con otros cuerpos, esto es, el conjunto de las estructuras anatómicas y los procesos fisiológicos y neuroquímicos del cuerpo biológico medible y objetivable. El estudio del llamado sistema de las neuronas espejo y otros sistemas neurobiológicos implicados en la percepción, reconocimiento e interpretación de las expresiones emocionales no-verbales y de los estados mentales de los demás han puesto al

descubierto la tremenda complejidad de procesos que, en general de modo inconsciente, subyacen y apuntalan las interacciones entre los organismos vivos.

Por otro lado, en las últimas décadas la dimensión no-verbal del intercambio clínico ha vuelto a despertar la atención de numerosos psicoterapeutas, en especial aquellos de orientación relacional (BCPSG, 2002, 2005, 2007; Beebe, Knoblauch, Rustin & Sorter, 2005; Beebe & Lachmann, 2002; Pally, 2001; Schore, 2003a, 2003b, 2005; Stern *et al.*, 1998; Wallin, 2007). Estos terapeutas están más bien interesados en comprender las complejas interacciones y regulaciones no-verbales recíprocas que podemos reunir bajo el concepto del *cuerpo intersubjetivo*, incluyendo mecanismos no-verbales de cambio terapéutico. Aun otros investigadores y psicoterapeutas se han ocupado del *cuerpo subjetivo* o corporalidad, que corresponde a la experiencia subjetiva de la propia realidad somática, y también del papel fundamental del cuerpo en la constitución de la conciencia y subjetividad humana y el funcionamiento psíquico (Cozolino, 2006; Damasio, 1994, 2000; Schore, 2003a, 2003b; Siegel, 1999; Stolorow & Atwood, 1992). Las ciencias cognitivas y las neurociencias, por ejemplo, hablan hoy de *cognición encarnada*, subrayando que los procesos psicológicos invariablemente requieren de un sustrato somático (Edelman, 2006; Garbarini & Adenzato, 2004; Thompson & Varela, 2001).

Estos numerosos esfuerzos de investigación, comprensión y conceptualización han puesto de relieve desde puntos de vista complementarios la relevancia central de la dimensión corporal de la relación psicoterapéutica. En concordancia con estos hallazgos, el primer principio de la psicoterapia corporal relacional sostiene que *la relación psicoterapéutica es una relación psicoterapéutica encarnada* que tiene correlatos neurobiológicos específicos. Dicho de otro modo, todo fenómeno psíquico y emocional que emerge en el seno de la relación entre paciente y terapeuta es simultánea e invariablemente un fenómeno corporal –“en vez de pensar en términos de psique y soma, tendemos a pensar en la psique-soma [...]” (Meissner, 2006, p. 296) y “hemos dejado de pensar en mente y cuerpo como aspectos en interacción y, más bien, los pensamos como involucrados y entrelazados sinónimamente en el mismo proceso psicósomático” (p. 310). En cuanto tal, la relación terapéutica implica al menos los tres aspectos que diferenciamos con anterioridad: un *aspecto objetivo* neurobiológico observable y cuantificable en determinadas circunstancias; un *aspecto subjetivo* experiencial (potencialmente) perceptible por el individuo involucrado; y un *aspecto intersubjetivo* vinculado con el dominio de la expresión no-verbal, perceptible tan-

to en términos subjetivos como en términos objetivos. Por ejemplo, la presencia de una intención del paciente respecto del terapeuta existe objetivamente como un determinado patrón de activación neuronal y fisiológica, subjetivamente como estado emocional y mental, e intersubjetivamente como un conjunto de expresiones no-verbales faciales, posturales y vocales específicas.

En el mundo de la psicoterapia corporal éste es un principio que en términos más generales tiene su antecedente conceptual histórico en el concepto de la *identidad funcional* de cuerpo y mente formulado por Wilhelm Reich durante la década de 1930. Reich (1942) planteó:

El hecho de que el soma influencia la psique es correcto, pero es unilateral. Lo inverso de esto, esto es, que la psique condiciona el soma, puede observarse una y otra vez. Ampliar el ámbito psíquico en tal medida como para hacer valer sus leyes en el ámbito somático no funciona. El concepto de que lo psíquico y lo somático son dos procesos independientes, que meramente interactúan uno con el otro, no está en concordancia con la experiencia cotidiana (p. 264).

Dadas estas constataciones, Reich finalmente optó por conceptualizar lo que denominó la simultánea identidad y antítesis funcional de cuerpo y mente. En el nivel de las manifestaciones concretas, los fenómenos corporales y los fenómenos psíquicos son distintos (antítesis). Pero, en un nivel más profundo, ambos son funcionalmente idénticos (identidad): tomando como ejemplo su noción del acorazamiento caracterial, Reich afirma que la idea de la identidad funcional “no significa nada más que las actitudes musculares y las actitudes caracteriales tienen la misma función en el mecanismo psíquico: pueden reemplazar la una a la otra y pueden ser influenciadas la una por la otra” (p. 270). Su concepto expresa la efectiva e inseparable unidad del funcionamiento psicológico y somático.

Recientemente, Geissler y Heisterkamp (2007b) han formulado la noción de los *movimientos de la vida* como conceptualización unificadora de cuerpo y mente.

Se trata de la formación de un concepto específico a la psicoterapia corporal analítica con la finalidad de no renunciar nuevamente a la visión holística de lo psíquico en la división en elementos de los fenómenos observables. Todas las articulaciones y formas de expresión de lo vivo –todos los movimientos de la vida, sean mentales o corporales– son visualizadas como partes integrales de la

totalidad en desarrollo. Sólo pueden ser contempladas de modo aislado con un detrimento de una comprensión psicológica profunda (Geissler, 2009, p. 370).

Por un lado, este concepto enfatiza la importancia de visualizar la realidad humana en términos unitarios como expresión de la vida que, en cuanto tal, da cuenta de algo en sí mismo unificado. Resulta interesante que también el concepto de Reich se basa en una apreciación global del organismo como forma de vida. Por otro lado, la noción de los movimientos de la vida coloca el acento en otro elemento adicional: la cualidad procesal y dinámica de la realidad humana. Para Geissler y Heisterkamp, los movimientos de la vida capturan el constante proceso de tomar forma y cambiar de forma que caracteriza tanto a los fenómenos psíquicos y emocionales como a los fenómenos corporales, algo que antes de ellos Keleman (2006) llamó el *proceso formativo*². Para la psicoterapia corporal relacional es, desde el punto de vista de este primer principio, central destacar que la relación psicoterapéutica debe ser concebida consecuentemente como un conjunto específico de movimientos de la vida que transcurren entre dos organismos humanos que interactúan.

PRINCIPIO II: NATURALEZA DEL VÍNCULO PSICOTERAPÉUTICO

La teoría de las psicoterapias profundas está marcada de modo irrecusable por el predominio de la dimensión histórica en la relación entre paciente y terapeuta. La genialidad de Freud le permitió comprender que muchos fenómenos relacionales en la situación analítica corresponden a repeticiones del pasado vincular del paciente —el paciente transfiere experiencias de relación con figuras significativas del pasado a la relación presente con el psicoterapeuta, una circunstancia que determina la percepción y experiencia actual que el paciente tiene de un otro. Este énfasis en ocasiones ha opacado el hecho de que el vínculo terapéutico no solamente está marcado por la actualización del pasado. Asimismo, este énfasis en alguna medida trajo consigo una consideración unilateral de la subjetividad del paciente (Aron, 1996; Coderch, 2001; Renik, 1993)

² “Crecemos desde un niño pequeño hasta un ser humano adulto y cambiamos nuestra forma a lo largo de nuestra vida media docena de veces. [Así,] nos encontramos siempre en un proceso de formación de nuestro self corporizado visible” (Keleman, 2006, pp. 246-247).

—en definitiva, “el psicoanálisis tradicional es psicología de una sola persona” (Modell, 1984, p. 21) que se focaliza en una concepción intrapsíquica unipersonal. De manera consecuente, una meta clínica fundamental siempre ha sido entender lo que ocurre en la mente del paciente, incluyendo su percepción y experiencia de la relación con el terapeuta, pero no específicamente aquello que ocurre entre ambos o la ligazón particular de lo que ocurre en la subjetividad del terapeuta con lo que ocurre en la subjetividad del paciente. Como indica Coderch (2001), toda la metodología psicoanalítica clásica está destinada a la observación de lo que tiene lugar en la psique del paciente.

En efecto, en la teoría analítica clásica la noción de transferencia está ligada de modo directo con el concepto del analista como pantalla en blanco, esto es, como figura de proyección cuya propia subjetividad ha sido con frecuencia conceptualizada como interferencia al proceso psicoterapéutico (Aron, 1996; Coderch, 2001; Hoffman, 1983; Rodríguez-Sutil, 2007). Esta noción está basada en los supuestos epistemológicos, cuestionados por el psicoanálisis relacional, de que existe una realidad objetiva cuya percepción puede estar distorsionada, de que existe la posibilidad de separar con claridad y de aislar las subjetividades del paciente y del terapeuta, y de que el terapeuta puede actuar como una especie de observador externo no involucrado en la situación relacional que se da en la psicoterapia. Los ideales de la abstinencia, de la neutralidad y del anonimato del psicoterapeuta, que también provienen del psicoanálisis clásico y su metáfora del terapeuta como cirujano aséptico introducida por Freud, apuntan de modo similar a la necesidad de tratar la subjetividad del terapeuta como algo cuya influencia es necesario minimizar tanto como sea posible (Aron, 1991, 1996; Rodríguez-Sutil, 2007). Sin embargo, en la actualidad muchos teóricos consideran que “la idea del anonimato del analista es una pura ilusión [...] Con sus intervenciones, sean interpretativas o no, el analista muestra esplendorosamente su personalidad” (Coderch, 2001, p. 57) —por no mencionar otros aspectos como su vestimenta, su expresión corporal o el lugar en el cual tiene su consulta. Además, la perspectiva relacional enfatiza que las intervenciones del terapeuta nunca son neutrales, sino que invariablemente toda intervención analítica refleja aspectos de la subjetividad del terapeuta convirtiéndose, en realidad, en actos relacionales (Aron, 1996; Mitchell, 1988; Safran & Muran, 2000).

Frente a este trasfondo, la psicoterapia corporal analítica supone que en primer lugar, desde su primer contacto, paciente y terapeuta *co-construyen en el*

presente un vínculo único y real. Esta afirmación implica varios conceptos al mismo tiempo. Desde un punto de vista objetivo es un hecho que a raíz del primer contacto que se produzca entre paciente y terapeuta, que a menudo no es un contacto en persona sino un contacto por medios indirectos de comunicación, entre ambos comienza a existir una relación. Tal relación, con independencia de que en términos subjetivos puede estar influenciada por el pasado relacional de ambos participantes, se conforma en el presente y siempre tiene una dimensión temporal presente, que por supuesto puede ser paralela o simultánea a las dimensiones temporales del pasado y del futuro. Por otro lado, la relación entre paciente y terapeuta rápidamente *empieza a contar con una historia propia* que, en alguna medida, es independiente de las historias relacionales previas de cada uno de los participantes. Ésta es una de las razones por las cuales el vínculo psicoterapéutico es una relación única. Su historia puede ser similar a la historia de otras relaciones pero, sin embargo, no deja de ser única e irreplicable. Entre dos personas únicas no puede sino conformarse una relación característica del interjuego dinámico específico que se da entre ambas individualidades.

La unicidad de la relación entre paciente y psicoterapeuta guarda además una asociación estrecha con la idea mencionada de que se trata de una relación que es co-construida, esto es, que adquiere forma por medio de los elementos que cada uno de los participantes aporta consciente e inconscientemente a la progresiva y gradual construcción de la relación. En las aproximaciones clínicas relacionales, la noción de que el intercambio terapéutico es una continua co-construcción o co-creación es un principio general basado en el frecuente enraizamiento en epistemologías contextualistas, relativistas y constructivistas (Aron, 1996; BCPSG, 2005; Beebe & Lachmann, 2002; Coderch, 2001; Mitchell & Aron, 1999; Rodríguez-Sutil, 2007; Stolorow, Atwood & Orange, 2002; Tronick, 2003). Tronick (2003), por ejemplo, afirma que los “procesos co-creativos producen formas únicas de estar juntos, no sólo en la relación madre-infante sino en todas las relaciones. La co-creación enfatiza los cambios dinámicos e impredecibles de las relaciones que subyacen a su unicidad” (p. 476). Para Tronick, las relaciones se diferencian cada vez más unas de otras en la medida en la que se co-construyen nuevas formas de estar juntos: “las relaciones no se vuelven cada vez más generales, se vuelven más detalladas [...] y no se hacen más universalmente aplicables, se hacen menos y menos transferibles” (pp. 476-477). No obstante, cabe señalar que la unicidad de la relación terapéutica se encuentra en una dialéctica

constante con la tendencia a que en la relación actual se actualicen formas históricas de vinculación, en las cuales co-existen el hecho paradójico de que de todos modos la repetición tiene, cada vez que emerge, características únicas en el presente y el hecho de que se actualizan patrones cuyo origen y forma se encuentran determinados por las experiencias vinculares pasadas.

Se trata, por otro lado, de una relación que es real. Dicho de otro modo, dos seres humanos reales establecen una relación real que existe más allá de los roles sociales y personales que caracterizan la situación psicoterapéutica y más allá de las fantasías y percepciones sesgadas que cada uno puede tener del otro: “mientras que mantienen roles que difieren en cuanto a experticia, experiencia clínica, poder, etc., pacientes y terapeutas también se relacionan de forma mutua como dos seres humanos” (Stern, 2008, p. 405). En el marco del psicoanálisis, Greenson (1967) fue uno de los primeros teóricos psicoanalíticos que enfatizó la necesidad de reconocer la existencia de esta dimensión del vínculo terapéutico, siguiendo algunas ideas tempranas de Freud acerca de una transferencia positiva inobjetable. Recientemente estas ideas han vuelto a ser retomadas en el importante trabajo del Boston Change Process Study Group en torno a los mecanismos de cambio en psicoterapia, sobre todo en sus primeras contribuciones (Lyons-Ruth, 1998; Stern, 1998; Stern *et al.*, 1998). Así, Beebe (1998) hace referencia a que los planteamientos de este grupo se basan en la observación de que “la mayoría de los pacientes recuerda momentos especiales de conexión auténtica persona-a-persona con sus terapeutas” (p. 334) como eventos relevantes en sus procesos de cambio. En este sentido, el grupo considera que existe una *relación real* entre paciente y terapeuta que puede definirse como

el campo intersubjetivo constituido por la intersección del conocimiento relacional implícito del paciente y del terapeuta. Este campo se extiende más allá del dominio de transferencia-contratransferencia incluyendo el involucramiento personal auténtico y percepciones razonablemente precisas de las momentáneas “formas de estar con” [un otro] de cada uno (Lyons-Ruth, 1998, p. 285).

Beebe (1998) aclara que las reflexiones del Boston Change Process Study Group están influenciadas en buena medida por la obra de Martin Buber acerca de las relaciones yo-tú –momentos relacionales marcados por la autenticidad y el reconocimiento pleno del otro en cuanto otro y en el marco de su propia realidad– y por su noción central de que toda genuina sanación

pasa por el encuentro auténtico con un otro. En este sentido, uniendo la significación clínica del presente y la relación real, Stern (1998) destaca:

Un “momento presente” que se aprovecha terapéuticamente y que se reconoce mutuamente puede convertirse en un “momento de encuentro”. Esto requiere que cada participante contribuya algo único y auténtico en cuanto individuo en respuesta a un “momento presente”. Esta respuesta no puede ser una aplicación de la técnica ni una movida terapéutica habitual. Tiene que crearse en el instante para calzar con la singularidad de la situación inesperada y tiene que portar la impronta del terapeuta como algo que proviene de su propia sensibilidad y experiencia, más allá de la técnica y la teoría (p. 305).

Como puede constatar, Stern se refiere precisamente a los momentos “reales” entre paciente y psicoterapeuta en los cuales emergen reacciones espontáneas y genuinas que se encuentran más allá de los roles adoptados por cada uno. (El concepto del conocimiento relacional implícito es una noción central en la psicoterapia corporal relacional, véase Sassenfeld, 2007a, 2007b, 2008a, 2008b, 2008c.) Consignemos que para el Boston Change Process Study Group la relación real es un aspecto del vínculo terapéutico que puede cambiar a través de procesos que modifican el campo intersubjetivo de forma directa. El denominado “momento de encuentro” es el evento relacional que reordena el conocimiento relacional implícito del paciente al reordenar el campo intersubjetivo entre paciente y terapeuta (Lyons-Ruth, 1998). Agregaríamos que, de la misma manera, un momento de encuentro reordena el conocimiento relacional implícito del psicoterapeuta.

Ahora bien, en la relación que paciente y psicoterapeuta co-construyen en el presente como vínculo único y real con una historia propia *siempre co-existen dos subjetividades*. En otras palabras, la psicoterapia es un encuentro entre dos mentes (Aron, 1996) y también un encuentro entre dos cuerpos (Aron, 1998). Es necesario enfatizar este punto porque, como afirma Renik (1993), incluso en muchas conceptualizaciones relacionales de la situación terapéutica la subjetividad del paciente sigue ocupando el lugar preponderante –convirtiéndose en variaciones sutiles del “mito de la mente aislada”; esto es, la tendencia a conceptualizar la experiencia intrapsíquica del paciente con independencia del contexto intersubjetivo que la posibilita, le subyace y la contextualiza (Stolorow & Atwood, 1992). En consecuencia, Renik percibe la necesidad de colocar el

acento sobre la subjetividad irreductible del terapeuta que con frecuencia se manifiesta, de acuerdo al mismo Renik, a través de las acciones en las que éste incurre y a través de las escenificaciones [enactments] en las que éste participa y que a menudo son extremadamente sutiles y difíciles de percibir conscientemente. Es decir, la subjetividad del psicoterapeuta se expresa de modo invariable por medio de su cuerpo expresivo y sus movimientos o tendencias al movimiento. Su presencia y participación personal encarnada es inevitable –cuando hablamos de la interacción terapéutica, “nos referimos a una interacción entre dos psiques completas [...]” (Renik, 1993, pp. 408-409) que, desde el punto de vista de la psicoterapia corporal relacional, son dos psiques encarnadas. Una tarea clínica central es el intento de comprender de qué manera ambas subjetividades se relacionan y co-construyen sus formas específicas de vinculación.

Así como co-existen en el espacio terapéutico siempre dos subjetividades, al mismo tiempo *existe un espacio vincular entre ambas*, un “entre” paciente y terapeuta. Este “entre” parece estar cercano a lo que Ogden (1994) y Benjamin (2009) llaman el *tercero analítico* intersubjetivo, una especie de tercera “subjetividad” que es “un producto de una dialéctica única generada por (entre) las subjetividades separadas del analista y del analizado dentro del setting analítico” (Ogden, 1994, pp. 463-464). Los tres aspectos son reales, irreductibles y de significación clínica. Distintos teóricos y diferentes escuelas teóricas muchas veces han estudiado y hecho hincapié en alguno de estos aspectos por sobre los otros. Mitchell (1988) describió esta circunstancia hace más de dos décadas con claridad:

Por definición, las configuraciones relacionales básicas tienen tres dimensiones: el self, el otro y el espacio entre ambos. No existe un “objeto” con un sentido psicológico sin el sentido particular de uno en relación con éste. No hay “self” en un sentido psicológico en el aislamiento, fuera de una matriz de relaciones con los demás. Ni el self ni el objeto son conceptos dinámicos con sentido sin suponer cierto sentido de espacio físico en el cual interactúan, en el cual hacen cosas con el otro o para el otro. Estas dimensiones están entrelazadas sutilmente y tejen tanto la experiencia subjetiva del analizando como su mundo psicológico (pp. 47-48).

Nuevamente, agregaríamos que lo mismo vale para la experiencia subjetiva y el mundo psicológico del terapeuta. Y volvemos a subrayar la dimensión somática:

así como hay un cuerpo y otro cuerpo, también hay un espacio en el cual ambos cuerpos se encuentran e interactúan.

PRINCIPIO III: SISTEMA INTERSUBJETIVO, INTERACCIÓN RECÍPROCA E INFLUENCIA MUTUA

El psicoanálisis relacional e intersubjetivo y la investigación de infantes se han movilizado en el plano conceptual hacia la formulación de modelos basados en la teoría de sistemas dinámicos no-lineales complejos que se auto-organizan y auto-regulan (BCPSG, 2002, 2005; Beebe *et al.*, 2005; Beebe & Lachmann, 2002, 2003; Orange, 2009; Orange *et al.*, 1997; Seligman, 2005). Siendo un antecesor de la perspectiva relacional pocas veces reconocido como tal, Jung ya en 1935 afirmó que, en el vínculo terapeuta-paciente, “en el fondo dos sistemas psíquicos se relacionan de forma recíproca [...]” (p. 21) creando un sistema relacional o campo transformativo que engloba a ambos. Desde este punto de vista, la relación entre la subjetividad del paciente y la subjetividad del terapeuta, junto al espacio vincular “entre” ambas subjetividades, se constituye clínicamente como un *campo relacional* o *sistema intersubjetivo*. Un sistema intersubjetivo puede ser definido como “cualquier sistema constituido por mundos de experiencia que interactúan [...]” (Stolorow, 2002, p. 330) o también como “el campo complejo que se crea cuando dos o más individuos con sus subjetividades únicas se juntan [...]” (Buirski & Haglund, 2001, p. 4). En este sentido, la situación psicoterapéutica debe ser visualizada como caracterizada por algunas de las propiedades inherentes a los sistemas dinámicos.

La primera de éstas es el hecho de que un sistema está definido por la presencia de elementos en constante interacción que momento a momento pueden modificar al menos ligeramente, y en ocasiones radicalmente, la forma y la estructura que el sistema adopta en un momento determinado. Esta cualidad de la relación terapéutica en cuanto sistema intersubjetivo se traduce en la *existencia continua de una interacción recíproca entre paciente y terapeuta*. Ahora bien, aunque se ha escrito mucho sobre la interacción, pocas veces se ha definido a qué específicamente hace referencia el concepto. Coderch (2001) piensa que la interacción corresponde a la constante influencia que paciente y terapeuta están ejerciendo el uno sobre el otro –es decir, reemplaza la noción de interacción por el concepto de influencia mutua, el cual desde nuestra perspectiva tiene un matiz distinto y al cual volveremos en unos instantes. Una forma posible de definir la idea de inte-

racción es afirmando que entre paciente y terapeuta se produce un incesante intercambio psíquico, emocional y somático que, en gran medida, transcurre de forma inconsciente. Desde el punto de vista de la psicoterapia corporal analítica, es necesario agregar que la interacción puede definirse de modo literal como inter-acción, esto es, como el *conjunto de acciones* que se producen *entre* paciente y psicoterapeuta o, siendo más exactos, entre los cuerpos expresivos de paciente y terapeuta (Sassenfeld, 2007a; ver tmb. Aron, 1996). Más allá, cabe hacer constar que no es que haya “momentos en los que esta interacción se produce y otros en que no, o momentos de más o menos interacción, sino que esta interacción es continua e ininterrumpida, para bien o para mal del proceso terapéutico” (Coderch, 2001, p. 133). En realidad, “la interacción es un hecho universal que se pone en marcha cada vez que hay un encuentro entre dos o más personas” (p. 134).

En el marco del psicoanálisis relacional, para muchos teóricos la noción de interacción recíproca viene efectivamente a desplazar los conceptos tradicionales de transferencia y contratransferencia de su lugar central en la práctica clínica, ya que estos últimos están insertos en términos de origen y significado en un paradigma unipersonal con un foco intrapsíquico que no da cuenta del fundamental e insoslayable entrelazamiento de subjetividades que ya describimos y que sigue separando la subjetividad del paciente y del psicoterapeuta. Algunos teóricos han propuesto directamente abandonar el concepto de transferencia (Rodríguez-Sutil, 2007) o lo han redefinido radicalmente. Lachmann (2001), por su parte, escribe:

En la medida en la que nuestra comprensión de las sutilezas y los matices de las dimensiones verbalizadas y escenificadas directas e indirectas del encuentro terapéutico ha crecido, hemos ido más allá de la concepción simplista de la interacción analítica tal como ha sido conceptualizada a través de la transferencia y la contratransferencia. Tanto el analista como el paciente en cuanto sistema organizan la relación del tratamiento de acuerdo a dimensiones complejas, incluyendo sus transferencias sobre el otro. Así, propongo que para el tercer milenio la teoría de los sistemas dinámicos es una manera superior de formular y entender las complejidades de la interacción analista-paciente (p. 245).

Aron (1991, 1996) ha descrito con detalle las limitaciones del concepto de contratransferencia porque, entre otras cosas, desvía la atención del hecho de que

el terapeuta también inicia activamente intercambios con el paciente por propia iniciativa y no sólo reacciona frente al paciente, tal como parece insinuar el “contra” de la contratransferencia. Así, para Aron, el término minimiza el impacto que el psicoterapeuta tiene sobre el paciente y su percepción. Diversos teóricos relacionales han criticado y abandonado el concepto de identificación proyectiva –a pesar de intentos recientes por interpersonalizarlo– por motivos epistemológicos y conceptuales similares a los mencionados (Aron, 1996; Mitchell, 1997; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1987).

A través de la interacción entre paciente y psicoterapeuta se genera una *influencia mutua constante* entre ambos. Tal como manifiesta Coderch (2001), “el concepto de interacción nos lleva a tener en cuenta que toda palabra, silencio o actitud de paciente y analista ejerce una influencia sobre el otro y, a la vez, ha sido, dentro de los límites que sean, estimulado por ese otro” (p. 133). Influencia mutua significa, en este sentido, que la interacción recíproca se traduce en que las acciones de uno generan necesariamente efectos subjetivos conscientes e inconscientes en el otro y viceversa:

Mientras que la visión clásica retrata el análisis como algo que opera de modo óptimo como influencia de una sola vía, con el analista influenciando y cambiando al paciente y, en términos globales, *no viceversa*, la visión relacional enfatiza la inevitabilidad de una influencia mutua y recíproca de dos vías entre paciente y analista (Aron, 1996, p. x, cursiva del original).

Por consiguiente, la influencia mutua redundante, tal como Jung señaló en 1929, inevitablemente en una transformación mutua –si el paciente cambia, es porque el sistema intersubjetivo se ha transformado y por ende el terapeuta no puede más que cambiar, aunque sea en medida menor que el paciente³. Esta última observación implica que influencia *mutua* no es sinónimo de influencia *simétrica*. Aron (1996) señala que la relación psicoterapéutica está marcada más bien por una mutualidad relativamente asimétrica en la cual, aunque la influencia corre de paciente a terapeuta y viceversa, esa influencia no es igualitaria ni se comparten roles, funciones o responsabilidades equivalentes ni se experimentan procesos corporales, emocionales y psíquicos equivalentes.

³ “Entre médico y paciente existen factores relacionales irracionales que dan lugar a una *transformación mutua*” (Jung, 1929, p. 82, cursiva del original).

La segunda característica de la relación psicoterapéutica en cuanto sistema intersubjetivo es la noción de *propiedades emergentes*. En los sistemas dinámicos no-lineales complejos la interacción recíproca entre los componentes constitutivos puede generar patrones, estructuras y formas emergentes, esto es, que se conforman gracias a tal interacción. Al mismo tiempo, las propiedades emergentes de un sistema tienden a adquirir vida propia en el sentido de que, en alguna medida, se comienzan a independizar de las interacciones que las originaron aunque no se liberan por completo de su influencia. Un ejemplo claro de esta circunstancia puede observarse en la constitución y formación del psiquismo en los primeros años de vida. Diversos investigadores han puesto al descubierto cómo el desarrollo y la complejización de la auto-regulación del infante se producen en el seno del sistema intersubjetivo que se establece entre el infante y su cuidador primario (Beebe & Lachmann, 2002; Fonagy *et al.*, 2002; Geissler, 2004, 2007; Sassenfeld, 2006; Schore, 2003a, 2003b; Stolorow *et al.*, 1987). Uno de los frutos de la regulación interactiva propia del vínculo temprano –que corresponde a una faceta central de la interacción entre los componentes del sistema– es la aparición de competencias auto-regulatorias cada vez más sofisticadas en el infante. En este sentido, el “desarrollo de las competencias auto-regulatorias, por ende, es una *competencia del sistema*” (Stolorow, 1994, p. 4, cursiva del original). Una vez establecidas, tales competencias operan en cierto grado con relativa independencia del sistema intersubjetivo que las constituyó. En otras palabras, una vez afianzadas determinadas competencias auto-regulatorias, el niño tiende a conservarlas aún en otros sistemas intersubjetivos de los cuales forme parte.

Desde el punto de vista del psicoanálisis relacional, la experiencia intrapsíquica puede ser considerada una propiedad emergente de determinados sistemas intersubjetivos. Hace ya quince años, Stolorow (1994) describió esta aproximación de la siguiente manera:

Los fenómenos psicológicos, incluyendo incluso los conflictos inconscientes y las defensas, son entendidos como propiedades de un sistema intersubjetivo y por lo tanto como fenómenos que adquieren forma en la interfaz de subjetividades en interacción. Inexorablemente, somos llevados a cuestionar el concepto de una mente o psique aislada [...] (p. 7).

Desde esta perspectiva,

Se mostró que el contexto de la vinculación establecido entre paciente y analista juega un *rol constitutivo* a la hora de dar forma y de mantener las constelaciones psicológicas particulares que emergen en el tratamiento, de la misma forma en la que puede mostrarse que los patrones tempranos de transacción intersubjetiva establecidos entre niño y cuidadores juegan un rol constitutivo en la génesis de la psicopatología (p. 11, cursiva del original).

Así, tal como indican Stolorow, Atwood y Orange (2002), los horizontes de la experiencia subjetiva dependen de las interacciones que se producen en el campo relacional del cual el individuo forma parte –la “experiencia que el analista y el paciente pueden posiblemente tener en la presencia del otro adquiere forma por medio de la naturaleza de lo que ocurre entre ambos” (Stern, 2010, p. 22). Por lo tanto, incluso los límites que separan la conciencia de los procesos y contenidos inconscientes son una propiedad emergente del sistema intersubjetivo.

En sus versiones más radicales, este acercamiento conceptual cuestiona la idea misma de que la mente de un individuo puede ser una unidad significativa de estudio (Mitchell, 1988). Stern (2010) manifiesta a este respecto que es importante no perder de vista que el reconocimiento del papel del otro por ejemplo en la conformación de los horizontes de la experiencia subjetiva “difícilmente es sinónimo con la sugerencia de que la propia mente no tiene una existencia propia separada [y] no implica por un solo momento el rechazo de la mente individual” (p. 8). Como señalamos en el principio II, la psicoterapia corporal analítica toma en consideración la existencia y significación tanto de las subjetividades en sí mismas como del campo relacional conformado por su interacción. Por otro lado, cabe enfatizar que la conceptualización de la experiencia subjetiva como propiedad emergente de un sistema intersubjetivo no pasa por alto que, una vez que la experiencia subjetiva emerge y toma ciertas formas, pasa a existir como fenómeno por derecho propio que, a su vez, afecta lo que sigue ocurriendo en el sistema intersubjetivo⁴.

Lo que hemos afirmado en esta sección implica que, en el marco de la influencia mutua entre paciente y psicoterapeuta que transcurre a través de la interacción recíproca continua entre ambos, *lo que le ocurre a cada uno en términos subjetivos puede ser entendido –al menos en cierta medida– en el contexto de la forma particular que adoptan sus intercambios psíquicos, emocionales y somáticos. La subjetividad de ambos y, en consecuencia, la corporalidad de ambos son fenómenos emergentes del sistema intersubjetivo que co-construyen.* Al mismo tiempo, dado que antes de establecer su relación única cada uno cuenta con un mundo subjetivo de experiencia (Stolorow, Atwood & Orange, 2002) ya organizado en sistemas intersubjetivos previos, *las estructuras de la subjetividad o principios organizadores de la experiencia* (Buirski & Haglund, 2001; Orange et al., 1997; Stolorow, 1994; Stolorow, Atwood & Orange, 2002) *contribuyen a su vez a dar ciertas formas al sistema intersubjetivo* que vuelven a repercutir en las experiencias subjetivas de paciente y terapeuta. Para la psicoterapia corporal relacional se requiere en especial “conocimientos de las formas en las que el cuerpo y la experiencia corporal tanto construyen como son co-construidas en la matriz relacional” (Aron & Sommer, 1998, p. xv). Stolorow y Atwood (1992) ya hicieron algunas primeras contribuciones en esta área al poner al descubierto que la forma específica que adopta la experiencia subjetiva del cuerpo está determinada por diversos contextos intersubjetivos presentes en la historia y vida actual del individuo.

PALABRAS FINALES

Junto a Marcela Araneda y Leila Jorquera hemos hecho un primer intento de comenzar a definir conceptualmente la naturaleza de la relación psicoterapéutica desde la perspectiva de la psicoterapia corporal analítica. En este trabajo he esbozado tres de los principios básicos que hemos elaborado en conjunto: (1) la relación psicoterapéutica es una relación psicoterapéutica *encarnada* que tiene correlatos neurobiológicos específicos; todo fenómeno relacional tiene, así, un correlato corporal expresivo/no-verbal perceptible por otros y experiencial/interno perceptible por uno mismo; (2) desde su primer contacto, paciente y psicoterapeuta co-construyen en el presente un vínculo único y real; este vínculo desarrolla una historia propia; en este vínculo, siempre co-existen dos subjetividades; al mismo tiempo, existe un espacio vincular entre ambas subjetividades; (3) existe una interacción recíproca continua y, a través de ella, una influencia mutua constante entre ambos participantes; por tanto, lo que le ocurre a cada

⁴ “En cualquier momento se entiende que las experiencias formativas del niño emergen de la intersección entre y son co-determinadas por su organización psicológica tal como ha evolucionado hasta ese momento y las características específicas del entorno que lo cuida” (Stolorow, 1994, p. 5).

uno puede ser entendido en el contexto de la forma particular que adoptan sus interacciones; desde este punto de vista, la subjetividad y por ende la corporalidad son fenómenos emergentes en un vínculo.

Estos tres principios básicos se mantienen en gran medida en el plano epistemológico y teórico, por mucho que tengan –como también hemos tratado de mostrar– diversas implicancias clínicas concretas. En el plano teórico-clínico, se hace necesario especificar al menos cinco principios adicionales elaborados por nuestro grupo de trabajo, algunos de los cuales ya han sido explorados en parte en artículos previos y otros de los cuales serán explorados con mayor detalle en otro lugar. Éstos son:

1. La interacción psicoterapéutica se manifiesta en parte por medio de un intercambio somático o diálogo de acción continuo. En éste, ambos participantes están constantemente percibiendo, interpretando y entendiendo al otro en base a procesos de lectura corporal y mentalización.
2. La interacción psicoterapéutica transcurre en dos niveles simultáneos, paralelos e interrelacionados: explícito e implícito, consciente y no consciente, verbal y no-verbal; al mismo tiempo, todos los procesos corporales, emocionales y psicológicos pueden transcurrir en ambos niveles. Gran parte del diálogo de acción (conocimiento relacional implícito interactuando con conocimiento relacional implícito) transcurre en el nivel implícito.
3. La interacción psicoterapéutica implica continuos procesos de regulación corporal, afectiva, psicológica y relacional; a menudo, la regulación afectiva es una dimensión central. Los procesos de regulación se manifiestan simultáneamente en regulaciones interactivas y auto-regulaciones, que además interactúan entre sí. Tanto la regulación interactiva como la auto-regulación tienen una doble historia: por un lado, están basadas sobre las experiencias interactivas y auto-regulatorias en el vínculo temprano y, por otro, existe un registro histórico propio de la relación psicoterapéutica.
4. La interacción psicoterapéutica está definida por una dialéctica constante entre pasado y presente: las experiencias corporales, emocionales y relacionales pasadas contribuyen a dar forma a la interacción presente; por otro lado, las experiencias corporales, emocionales y relacionales nuevas pueden transformar las determinaciones de las experiencias pasadas.
5. El cambio psicoterapéutico se produce en gran medida a través de la relación psicoterapéutica.

En términos globales, el cambio es producto de la comprensión de las propias experiencias pasadas y de la adquisición de nuevas experiencias. Existen mecanismos de cambio en el nivel explícito y en el nivel implícito, que se combinan para dar lugar a un cambio estructural duradero en el organismo; en el nivel explícito, un elemento central es la reconstrucción y comprensión de la propia historia relacional y sus consecuencias sobre el desarrollo; en el nivel implícito, las experiencias relacionales nuevas y reparadoras con el psicoterapeuta amplían y diferencian el conocimiento relacional implícito del paciente. En todo caso, el cambio es un fenómeno que emerge en un sistema intersubjetivo y afecta a ambos participantes, aunque a menudo en grados distintos.

REFERENCIAS

1. Araneda M. Cuerpo, vínculos y cambio. En Riquelme R, Thumala E. Avances en psicoterapia y cambio psíquico. Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago de Chile, 2005, pp. 393-405
2. Aron L. The patient's experience of the analyst's subjectivity. En Mitchell S, Aron L. Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition. The Analytic Press, New Jersey, 1991, pp. 243-268
3. Aron L. A meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis, The Analytic Press, New Jersey, 1996
4. Aron L. The clinical body and the reflexive mind. En Aron L. & Sommer F. Relational Perspectives on the Body. The Analytic Press, New Jersey, 1998, pp. 3-37
5. Aron L. Harris A. Relational Psychoanalysis (Vol. 2): Innovation and Expansion, Analytic Press, New Jersey, 2005
6. Aron L. Sommer F. Preface. En Aron L. & Sommer F. Relational Perspectives on the Body. The Analytic Press, New Jersey, 1998, pp. xv-xviii
7. BCPSG (Boston Change Process Study Group) Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. International Journal of Psychoanalysis 2002; 83: 1051-1062
8. BCPSG (Boston Change Process Study Group) The "something more" than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. Journal of the American Psychoanalytic Association 2005; 53 (3): 693-729
9. BCPSG (Boston Change Process Study Group) The foundational level of psychodynamic meaning: Implicit process in relation to conflict, defense, and the dynamic unconscious. International Journal of Psychoanalysis 2007; 88: 1-16
10. Beebe B. A procedural theory of therapeutic action: Commentary on the Symposium "Interventions that effect change in psychotherapy". Infant Mental Health Journal 1998; 19(3): 333-340
11. Beebe B. Knoblauch S. Rustin J. Sorter D. Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment, Other Press, New York, 2005
12. Beebe B. Lachmann F. Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener, Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
13. Beebe B. Lachmann F. The relational turn in psychoanalysis: A dyadic systems view from infant research. Contemporary Psychoanalysis 2003; 39(3): 379-409

14. Benjamin J. A relational psychoanalysis perspective on the necessity of acknowledging failure in order to restore the facilitating and containing features of the intersubjective relationship (the shared third). *International Journal of Psychoanalysis* 2009; 90: 441-450
15. Bentzen M. Formen des Erlebens: Neurowissenschaft, Entwicklungspsychologie und somatische Charakterbildung. En Marlock G. Weiss H. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, 2006, pp. 304-328
16. Bowlby J. *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós, Barcelona, 1988
17. Coderch J. *La relación paciente-terapeuta: El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Paidós, Barcelona, 2001
18. Cozolino L. *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Brain*. W. W. Norton, New York, 2006
19. Damasio A. *El error de Descartes*. Andrés Bello, Santiago de Chile, 1994
20. Damasio A. *Sentir lo que sucede*. Andrés Bello, Santiago de Chile, 2000
21. Downing G. Frühkindlicher Affektaustausch und dessen Beziehung zum Körper. En Marlock G. Weiss H. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, 2006, pp. 333-350
22. Edelman G. *The embodiment of mind*. *Daedalus* 2006; 135(3): 23-32
23. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
24. Gabbard G. A neuroscience perspective on transference. *Psychiatric Annals* 2006; 36(4): 283-288
25. Gallese V, Eagle M, Migone P. *Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations*. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2007; 55(1): 131-175
26. Garbarini F, Adenzato M. *At the root of embodied cognition: Cognitive science meets neurophysiology*. *Brain and Cognition* 2004; 56: 100-106
27. Geissler C, Geissler P, Hofer-Moser O. *Überlegungen zum Abstinenzbegriff*. En Hoffmann-Axthelm D. *Mit Leib und Seele – Wege der Körperpsychotherapie*. Schwabe Verlag, Basel, 2004, pp. 107-138
28. Geissler P. *Erste Gedanken zur Einführung in das Thema*. En Geissler P. *Was ist Selbst-regulation? Eine Standortbestimmung*. Psychosozial-Verlag, Giessen, 2004, pp. 9-19
29. Geissler P. *Entwicklungspsychologisch relevante Konzepte im Überblick*. En Geissler P. Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Ein Lehrbuch. Springer, Wien, 2007, pp. 99-164
30. Geissler P. *Analytische Körperpsychotherapie: Eine Bestandsaufnahme*. Psychosozial-Verlag, Giessen, 2009
31. Geissler P, Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Ein Lehrbuch. Springer, Wien, 2007a
32. Geissler P, Heisterkamp G, Vorwort. En Geissler P. Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Ein Lehrbuch. Springer, Wien, 2007b, pp. v-viii
33. Greatrex T. *Projective identification: How does it work?* *Neuro-Psychoanalysis* 2002; 4(2): 187-197
34. Greenson R. *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Siglo Veintiuno Editores, México, 1967
35. Heisterkamp G. *Enactments: Basale Formen des Verstehens*. En Geissler P. *Der Körper in Interaktion: Handeln als Erkenntnisquelle in der psychoanalytischen Therapie*. Psychosozial Verlag, Giessen, 2008, pp. 241-264
36. Heisterkamp G, Geissler P. *Rahmen, Arbeitsbündnis und Setting –oder die Einrichtung der “psychotherapeutischen Werkstatt”*. En Geissler P, Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Springer, Wien, 2007, pp. 199-210
37. Hoffman I. *The patient as interpreter of the analyst’s experience*. En Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1983, pp. 39-75
38. Javanbakht A, Ragan C. *A neural network model for transference and repetition compulsion based on pattern completion*. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* 2008; 36(2): 255-278
39. Jung CG. *Die Probleme der modernen Psychotherapie*. En Jung C. G. *Praxis der Psychotherapie (GW 16)*. Walter Verlag, Düsseldorf, 1929, pp. 64-85
40. Jung CG. *Grundsätzliches zur praktischen Psychotherapie*. En Jung CG. *Praxis der Psychotherapie (GW 16)*. Walter Verlag, Düsseldorf, 1935, pp. 15-32
41. Keleman S. *Die Reifung des somatischen Selbst*. En Marlock G. Weiss H. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, 2006, pp. 246-255
42. Lachmann F. *A farewell to countertransference*. *International Forum of Psychoanalysis* 2001; 10: 242-246
43. Lyons-Ruth K. *Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment*. *Infant Mental Health Journal* 1998; 19(3): 282-289
44. Meissner W. *Psychoanalysis and the mind-body relation: Psychosomatic perspectives*. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2006; 70(4): 295-315
45. Mitchell S. *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. Siglo Veintiuno Editores, México, 1988
46. Mitchell S. *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. The Analytic Press, New Jersey, 1997
47. Mitchell S, Aron L. *Preface*. En Mitchell S, Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1999, pp. ix-xx
48. Modell A. *El psicoanálisis en un contexto nuevo*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1984
49. Ogden T. *The analytic third: Working with intersubjective clinical facts*. En Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1994, pp. 459-492
50. Orange D. *Intersubjective systems theory: A fallibilist’s journey*. *Self and Systems: Annual of the New York Academy of Sciences* 2009; 1159: 237-248
51. Orange D, Atwood K, Stolorow R. *Intersubjektivität in der Psychoanalyse: Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Brandes & Apsel, Frankfurt am Main, 1997
52. Pally R. *A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis*. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21: 71-93
53. Reich W. *The Function of the Orgasm*. Souvenir Press, 1942, London
54. Renik O. *Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst’s irreducible subjectivity*. En Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1993, pp. 407-424
55. Rodríguez-Sutil C. *Epistemología del psicoanálisis relacional*. *Clínica e Investigación Relacional* 2007; 1(1): 9-41
56. Safran J, Muran C. *La alianza terapéutica: Una guía para el tratamiento relacional*. Descleé de Brouwer, Bilbao, 2000

57. Sassenfeld A. Regulación afectiva, psicopatología y psicoterapia. *Gaceta Universitaria: Temas y Controversias en Psiquiatría* 2006; 2(3): 329-336
58. Sassenfeld A. Del cuerpo individual a un cuerpo relacional: Dimensión somática, interacción y cambio en psicoterapia. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007a; 3(2): 177-188
59. Sassenfeld A. Dos patrones relacionales de la regulación afectiva en la interacción temprana y en la interacción psicoterapéutica. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007b; 3(3): 300-309
60. Sassenfeld A. Algunas posibilidades del trabajo psicoterapéutico relacional con el cuerpo y la corporalidad. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008a; 4(4): 440-453
61. Sassenfeld A. Lenguaje corporal e intencionalidad relacional. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008b; 4(1): 83-92
62. Sassenfeld A. Interacción no-verbal temprana y defensas no-verbales relacionales implícitas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008c; 4(3): 331-338
63. Sassenfeld A. Reflexiones sobre el sistema de las neuronas espejo y algunas de sus implicancias psicoterapéuticas. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2008d; 4(2): 193-198
64. Sassenfeld A. Neurobiología de los procesos relacionales no-verbales. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2009; 5(3): 351-362
65. Schore A. Clinical implications of a psychoneurobiological model of projective identification. En Alhanati S. *Primitive Mental States: Psychobiological and Psychoanalytical Perspectives on Early Trauma and Personality Development*. Karnac Books, London, 2002, pp. 1-65
66. Schore A. *Affect Regulation and the Repair of the Self*. W. W. Norton, New York, 2003a
67. Schore A. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. W. W. Norton, 2003b, New York
68. Schore A. A neuropsychanalytic viewpoint: Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues* 2005; 15(6): 829-854
69. Seligman S. Dynamic systems theories as a metaframework for psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 2005; 15(2): 285-319
70. Siegel D. *La mente en desarrollo*. Desclée de Brouwer, Bilbao, 1999
71. Siegel D. An interpersonal neurobiology approach to psychotherapy: Awareness, mirror neurons, and neural plasticity in the development of wellbeing. *Psychiatric Annals* 2006; 36(4): 248-256
72. Stern DB. On having to find what you don't know how to look for: Two perspectives of reflection. En Jurist E. Slade A. Bergner S. *Mind to Mind: Infant Research, Neuroscience, and Psychoanalysis*. Other Press, New York, 2008, pp. 398-413
73. Stern DB. *Partners in Thought: Working with Unformulated Experience, Dissociation, and Enactment*. Routledge, New York, 2010
74. Stern DN. The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* 1998; 19(3), 300-308
75. Stern D, Sander L, Nahum J, Harrison A, Lyons-Ruth K, Morgan A, Bruschweiler-Stern N, Tronick E. Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis* 1998; 79: 903-921
76. Stolorow R. The intersubjective context of intrapsychic experience. En Stolorow R. Atwood G. Brandchaft B. *The Intersubjective Perspective*. Jason Aronson, New Jersey, 1994, pp. 3-14
77. Stolorow R. Impasse, affectivity, and intersubjective systems. *Psychoanalytic Review* 2002; 89(3): 329-337
78. Stolorow R. Atwood G. *Los contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Herder, Barcelona, 1992
79. Stolorow R, Atwood G, Orange D. *Worlds of Experience: Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis*. Basic Books, 2002, New York
80. Stolorow R, Brandchaft B, Atwood G. *Psychoanalytische Behandlung: Ein intersubjektiver Ansatz*. Fischer, 1987, Frankfurt am Main
81. Thompson E, Varela F. Radical embodiment: Neural dynamics and consciousness. *Trends in Cognitive Sciences* 2001; 5(10): 418-425
82. Tronick E. "Of course all relationships are unique": How co-creative processes generate unique mother-infant and patient-therapist relationships and change other relationships. *Psychoanalytic Inquiry* 2003; 23(3): 473-491
83. Wallin D. *Attachment in Psychotherapy*. Guilford Press, 2007, New York
84. Worm G. Zum Umgang mit Handlungsdialogen in der therapeutischen Beziehung. En Geissler P. Heisterkamp G. *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie*. Ein Lehrbuch. Springer, Wien, 2007, pp. 211-238