

TEORÍA

DEL CUERPO INDIVIDUAL A UN CUERPO RELACIONAL: DIMENSIÓN SOMÁTICA, INTERACCIÓN Y CAMBIO EN PSICOTERAPIA

(Rev GPU 2007; 3; 2: 177-188)

André Sassenfeld¹

En las últimas décadas, el llamado “vuelco relacional” (Aron & Harris, 2005; Mitchell, 2000; Mitchell & Aron, 1999) en el campo de la psicoterapia ha colocado tanto el funcionamiento vincular general de los pacientes como las formas concretas de vinculación que se producen en el seno de la relación psicoterapéutica en un primer plano, simultáneamente ampliando, transformando y trascendiendo nociones tradicionales como transferencia y contratransferencia. Enmarcado en algunos de los planteamientos fundamentales del movimiento relacional contemporáneo, este trabajo busca articular algunas reflexiones teóricas y clínicas acerca de un posible lugar para el cuerpo en la práctica terapéutica. Con esta finalidad, se examinan algunos aspectos históricos relacionados con el lugar del cuerpo en la psicoterapia y, a continuación, se exploran en particular el concepto de un cuerpo relacional, la noción de la dimensión implícita de las interacciones humanas y algunas ideas recientes acerca de los mecanismos implícitos de cambio que actúan en los procesos psicoterapéuticos. Se utilizan estos conceptos para formular una concepción tentativa del papel que los cuerpos de paciente y psicoterapeuta tienen en la situación clínica. Las ideas presentadas en este artículo constituyen una continuación e intentan ser un refinamiento conceptual de los planteamientos iniciales de Araneda (2005), quien ya había llamado la atención sobre la ligazón de la dimensión relacional implícita y la corporalidad.

BREVE PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL LUGAR DEL CUERPO EN LA PSICOTERAPIA

La interrogante acerca del lugar del cuerpo en la psicoterapia no es un asunto nuevo. Sus orígenes se remontan al menos a las experiencias clínicas iniciales de Freud con la histeria, experiencias que constituyeron

el núcleo de sus contribuciones a los *Estudios sobre la histeria* (1895) publicados en conjunto con Breuer. Tal como esas contribuciones y su correspondencia personal con Fliess atestiguan, en los comienzos de su labor psicoterapéutica las intervenciones de Freud incluían la presión física sobre ciertas partes del cuerpo de sus pacientes, los masajes corporales y el tocar la cabeza

¹ Psicólogo. Departamento de Psicología y Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Escuela de Psicología, Universidad del Pacífico. Contacto: asjorquera@hotmail.com

de sus pacientes para ayudarles a recordar. Algunas décadas más tarde la misma temática reaparece en los experimentos de Ferenczi con la denominada técnica activa y la “neo-catarsis”, que involucraban el cuerpo del paciente de modo directo en el proceso terapéutico y que estaban fundamentados en un renovado reconocimiento del trauma relacional temprano como factor etiológico primordial y de la abreacción emocional en el seno de una relación terapéutica segura como factor central que posibilita el cambio (Cornell, 2003; Schrauth, 2001; Totton, 2002).

Sin embargo, la gran influencia de la posterior actitud psicoanalítica de exclusión e incluso prohibición respecto del contacto físico entre analista y paciente y de la regla técnica tradicional que establece que los cuerpos de analista y paciente carezcan de la posibilidad de contacto visual en la situación clínica relegó el cuerpo a un lugar más bien conceptual. Siendo la teoría psicoanalítica clásica en muchos sentidos una teoría que intenta dar cuenta de cómo las pulsiones o impulsos corporales son representados en términos psíquicos y manejados por el individuo (Totton, 2002), entre otras cosas el cuerpo pasó a ser origen de las pulsiones, lugar misterioso de manifestación de determinados síntomas de origen psicógeno y base del yo (Freud, 1923). De este modo, quedó conceptualizado como cuerpo pulsional inserto en una metapsicología con un fundamento somático (Aron, 1998a) y, en términos concretos, fue marginado del tratamiento terapéutico mismo. Curiosamente, el hecho de que el psicoanálisis emplea para sus fines psicoterapéuticos una determinada postura corporal del paciente fue una circunstancia que, al parecer, durante mucho tiempo no fue tematizada². El desarrollo de la medicina psicosomática,

fuertemente influenciado por la obra de psicoanalistas como Groddeck y Alexander, no logró modificar de manera significativa la situación descrita —el origen de síntomas somáticos fue entendido como psicógeno y, por lo tanto, el tratamiento siguió intentando resolver fenómenos corporales por medio de técnicas psicoterapéuticas verbales.

En el momento de la expulsión en gran medida política de Reich de la Asociación Psicoanalítica Internacional en 1934 (Nitzschke, 1999; Reich, 2003), su técnica del análisis del carácter estaba transformándose en una forma definida de psicoterapia de orientación corporal. Entre otras cosas, complementó en esa época su concepción original de una coraza caracterológica defensiva con la noción de una correspondiente “coraza muscular” con funciones paralelas, destacando la simultaneidad psicosomática de las defensas del individuo y desarrollando modalidades somáticas de intervención clínica adicionales a las técnicas verbales conocidas que apuntaban a un “análisis del carácter a nivel biológico” (Reich, 1942, 1945 [1933]). Los rumores acerca del estado precario de su salud mental condujeron a que los círculos oficiales del psicoanálisis descalificaran gran parte de su obra posterior, a menudo con argumentos que delataban un claro desconocimiento respecto de las significativas contribuciones teóricas y terapéuticas que realizó desde la década de 1930 en adelante. En este contexto, su trabajo fue continuado durante muchos años al margen del *establishment* psicoterapéutico hasta que, en 1989, la organización formal de la Asociación Europea de Psicoterapia Corporal (EABP) y sus esfuerzos de investigación empírica y clínica acerca de la efectividad de las aproximaciones somáticas al trabajo psicoterapéutico introdujo más ampliamente un posible lugar del cuerpo en la práctica clínica.

Más allá del conocimiento teórico y clínico de algunos aspectos relevantes de la psicoterapia corporal que en la actualidad es frecuente entre los psicoterapeutas de variadas orientaciones, después del extenso periodo de marginación del cuerpo en la práctica terapéutica el interés por éste ha resurgido al interior

² Cornell (2003) escribe: “La disposición de la consulta de Freud tiene que haber evocado una intimidad física inusual, en especial dentro de la época y la cultura de la Viena de fin de siglo. Aunque la silla de Freud estaba posicionada en un ángulo recto al paciente, el apoyo de brazo de la silla estaba directamente junto a la parte trasera del diván, colocando el hombro de Freud a sólo centímetros de la cabeza del paciente. El paciente debe haber sentido la voz de Freud resonando desde atrás, con una especie de cercanía que por lo común asociamos con el ser sostenido. Los dos deben haber estado lo suficientemente cerca como para que cualquier residuo del humo de cigarro de Freud que impregnaba su ropa llegara hasta los orificios nasales de su paciente. Con facilidad podría haberse girado un poco, sea en momentos de ensoñación o con intención consciente, para mirar el cuerpo del paciente. [...] A pesar de la preferencia explícita de Freud

por el contenido mental en el psicoanálisis, ni Freud ni sus pacientes alguna vez podrían haberse escapado por completo de la presencia del cuerpo dentro de la hora analítica. Incluso cuando alejaba su mirada de su paciente, sumergido en sus procesos asociativos, la mirada de Freud habría recaído sobre cientos de representaciones antiguas del cuerpo humano que llenaban toda superficie y rincón disponible (Engelman, 1976). En la consulta de Freud había imágenes, artefactos, la presencia de la forma humana, por todas partes” (p. 46).

de diversas corrientes psicoterapéuticas contemporáneas. Desde que los relatos de pacientes de Winnicott acerca de su experiencia terapéutica con él mostraron que en ocasiones se producía un contacto físico entre paciente y terapeuta (Little, 1990) y desde que Kohut (1984, 1987 [1974]) describiera en sus últimas contribuciones la posibilidad de que un individuo que coloca en silencio su brazo alrededor del hombro de un amigo afligido pudiese con esta aparentemente simple acción somática vitalizarlo y contribuir a regular su vivencia afectiva, y Fosshage (2003) confirmara que aquella descripción se basa en la experiencia selfobjetal de un paciente de Kohut que recibió efectivamente un abrazo de su terapeuta³, ha empezado a quedar cada vez más al descubierto que “incluir el contacto físico es un comienzo a la hora de ampliar nuestro horizonte respecto de la interacción con los pacientes [...]” (p. 287).

La temática del contacto físico en la situación terapéutica ha sido, en este contexto, uno de los asuntos que hasta la fecha han sido más discutidos (Fosshage, 2000; Toronto, 2001), aunque el interés por el lugar concreto del cuerpo en la psicoterapia es mucho más amplio y ha sido además muy influenciado por los avances en el tratamiento del trauma (Van der Kolk, 1994, 2002), por los significativos descubrimientos del neuropsicoanálisis (Schore, 2003a, 2003b), por el reciente énfasis conceptual y clínico en los afectos (Boadella, 2005; Fosha, 2001; Maroda, 2002; Schore, 2003a, 2003b) y, como veremos con mayor detalle en lo que sigue, por la investigación empírica de la interacción temprana entre infante y cuidador y por la investigación clínica de la interacción entre paciente y terapeuta. Por supuesto, a este desarrollo también ha contribuido la constatación de que la psicoterapia exitosa es capaz de modificar la estructura y las funciones neurobiológicas propias del organismo del paciente (Etkin *et al.*, 2005; Gabbard, 2000).

RECUPERAR EL CUERPO: DEL CUERPO INDIVIDUAL AL CUERPO RELACIONAL

La necesidad de recuperar el cuerpo en el espacio clínico se ha hecho sentir especialmente entre quienes

se han dedicado a buscar posibilidades de integrar los hallazgos de la investigación empírica de infantes en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes adultos y entre quienes se han ocupado de comprender la dimensión de la acción en la situación terapéutica.

Desde la primera perspectiva, que se ha focalizado en el estudio de las interacciones diádicas involucradas en la regulación afectiva y en la comunicación no-verbal recíproca (Beebe, 2004; Beebe & Lachmann, 2002; Knoblauch, 2005a; Lachmann, 2001; Schore, 2003a, 2003b, 2005a), Beebe y Lachmann (1994) señalan que “el cuerpo es el objeto de toda nuestra discusión porque percepción, cognición, afecto y activación son todas experiencias corporales” (p. 233) y Daniel Stern ha afirmado que “ha llegado el momento para volver a introducir el cuerpo en el psicoanálisis” (cit. en Geissler, 2001, p. 13). Desde la segunda perspectiva, interesada en dilucidar los procesos relacionales implicados en las puestas en escena [*enactments*] que transcurren en el seno de la situación clínica y en los significados inconscientes que tales interacciones portan, el cuerpo ha adoptado un lugar central en cuanto las secuencias que conforman una puesta en escena están constituidas por acciones corporales concretas o un diálogo no-verbal de acción por parte de paciente y terapeuta (Bass, 2003; Black, 2003; Jacobs, 2001). Knoblauch (2005b) indica, en este sentido, que los psicoterapeutas necesitan reconocer que el cuerpo siempre ha estado presente y que su inclusión intencional abre la posibilidad de comprender, tal como han estado mostrando los estudios neurobiológicos, que los fenómenos conscientes e inconscientes son siempre fenómenos corporizados con correlatos somáticos definidos.

En el marco del psicoanálisis relacional, hace ya diez años Mitchell (1996) explicitó la necesidad de los teóricos relacionales de prestar atención al lugar del cuerpo y de la experiencia somática en sus teorías. Desde entonces ha estado claro que se requieren “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). Kimble (1998) piensa que, en sus esfuerzos por lograr que su proyecto científico fuera respetable al interior de la cultura victoriana del dualismo cartesiano y con su propia debilidad por el dualismo cartesiano, [Freud] promovió una disociación fortuita del cuerpo. Un siglo después de los descubrimientos históricos de Freud, estamos ahora embarcándonos en el proyecto vivo de traer la corporización [*embodiment*] de vuelta al psicoanálisis y de llevar los estados corporales al primer plano de las mentes de paciente y analista por igual. Seguimos hablando de la “cura por la palabra”,

³ “Estoy pensando en Kohut, quien, cuando estaba acompañando a su paciente hacia la puerta, colocó su brazo alrededor del hombro de éste y le dio un abrazo tranquilizador. El paciente, que también era un analista, ha relatado esta experiencia y cuán importante fue para él” (Fosshage, 2003, p. 288).

pero una cura que incluye una profunda conciencia de los estados corporales primitivos de la mente. No sólo el cuerpo sexual edípico como objeto sino el cuerpo subjetivamente experimentado y vivido en su totalidad —el adentro y el afuera y en algún lugar en el medio— el cuerpo que es creado, aprehendido y disfrutado en términos relacionales (p. 114).

La constatación de Kimble pone de manifiesto que el cuerpo que los psicoterapeutas relacionales contemporáneos buscan recuperar no es un cuerpo individual existente de manera independiente e inserto, parafraseando a Stolorow y sus colaboradores (2002), en una visión ligada a un “mito del cuerpo aislado”. Más bien, se trata de un cuerpo profunda y constitutivamente vincular que surge y que es conocido en relación con otros cuerpos. Haciendo alusión a la conocida expresión de Winnicott, Orbach (2004) asevera en este sentido que no existe tal cosa como un cuerpo, proponiendo reemplazar la tradicional concepción de un cuerpo pulsional por el concepto de un cuerpo relacional.

Desde esta perspectiva, siguiendo las ideas iniciales de Reich (1942, 1945 [1933]) en torno a los orígenes de ciertos aspectos de la estructura corporal en las relaciones objetales infantiles y en la formación de las corazas caracterológica y muscular, y siguiendo las ideas más recientes de Mitchell (1988) respecto de la determinación de funciones corporales tan básicas como la defecación por las características de la matriz relacional en la cual el individuo se encuentra inserto, en la actualidad puede considerarse que la vivencia y estructura del cuerpo están en gran medida influenciadas por las experiencias vinculares tempranas y posteriores. Esta manera de concebir la *estructura* corporal externa perceptible por un observador es una parte integral de las teorías clínicas de los psicoterapeutas corporales que desarrollaron el concepto reichiano de la identidad funcional de coraza caracterológica y coraza muscular, mientras que a los teóricos relacionales posiblemente les resulte hasta el momento más accesible aproximarse de este modo a la *experiencia* del cuerpo. Con todo, el punto de vista relacional nos permite suponer en términos amplios que el cuerpo y la dimensión somática de la experiencia emergen a partir del encuentro con otro (Cornell, 2003; Harris, 1998) y, por otro lado, que las experiencias vinculares son siempre también fenómenos psicobiológicos con componentes somáticos (Aron, 1998b; Boadella, 2005; Schore, 2003a, 2003b, 2005a). Desde este punto de vista, elaborando la noción freudiana del yo corporal, Aron (1998a) sugiere que “nuestro self es antes que nada un cuerpo-tal-como-es-experimentado-siendo-manipulado[*handed*]-y-sostenido[*held*]-por-otro-self,

en otras palabras, nuestro self es un self-corporal-inter-subjetivo” (p. xx).

Estas ideas adquieren especial relevancia en el marco de la investigación reciente de la primera infancia, en cuanto el diálogo afectivo no-verbal característico de las interacciones entre un infante y sus cuidadores es en esencia un diálogo inter-somático recíproco que involucra principalmente procesos corporales comunicativos como gestos, vocalizaciones, movimientos y expresiones emocionales (Beebe & Lachmann, 2002; Boadella, 2005; Cornell, 2003; Pally, 2001; Schore, 2003a, 2003b, 2005a; Trevarthen & Aitken, 2001). Más allá, los investigadores de infantes y los investigadores neuropsicoanalíticos han mostrado que, lejos de pertenecer sólo a las interacciones tempranas, el diálogo inter-corporal descrito está presente en todos los contactos humanos a lo largo del ciclo vital en su conjunto. Por lo tanto, la dimensión no-verbal somática de las relaciones interpersonales —en especial, la “experiencia de cuerpos en relación en el seno de la diada analítica” (Harris, 1998) y el “diálogo corporal en la relación terapéutica” (Keleman, 1986) que se manifiesta a través de la comunicación no-verbal y las puestas en escena— ha ido pasando cada vez más al primer plano de la atención de muchos psicoterapeutas. Para muchos, ésta constituye una primera respuesta a la necesidad de comprender y conceptualizar los procesos interactivos que caracterizan la situación clínica (Beebe *et al.*, 2003; Beebe & Lachmann, 2002; Mitchell, 2000).

Parte de esta ampliación de la atención de los psicoterapeutas ha sido la incorporación de la distinción fundamental entre procesos implícitos y procesos explícitos, proveniente originalmente del campo de las ciencias cognitivas, y que es aplicada a fenómenos que incluyen la memoria, el aprendizaje, el conocimiento y más en general el procesamiento psicológico de la experiencia. Mientras que el procesamiento psicológico explícito de la experiencia remite a procesos psíquicos más bien conscientes, simbólicos y verbales o al menos en alguna medida verbalizables, el procesamiento implícito de la experiencia remite a procesos psíquicos no conscientes que transcurren fuera del foco atencional, que en general no son verbalizables por completo y que, más allá, no son necesariamente del todo conscientizables. Se trata de procesos en lo fundamental inconscientes que, sin embargo, no son necesariamente excluidos de manera defensiva de la conciencia (BCPSG, 1998; Mancía, 2006). En el desarrollo humano, el procesamiento implícito surge con anterioridad al procesamiento explícito y es, por ende, predominante en los dos primeros años de vida en términos de memoria,

aprendizaje y conocimiento. En efecto, los procesos psíquicos implícitos que resultan ser de relevancia para los psicoterapeutas, aunque no se limitan a ese ámbito experiencial, están ligados con “las experiencias más tempranas y más significativas del infante con la madre y el entorno circundante” (Mancia, 2006, p. 85). En este sentido, están relacionados con las actividades mentales pre-verbales repetitivas y automatizadas que proveen decisiones inmediatas respecto de las situaciones externas que el organismo enfrenta y que fundamentan específicamente la forma en la que el individuo ha aprendido a vincularse con los demás (BCPSG, 1998; Beebe *et al.*, 2003; Beebe & Lachmann, 2002; Fosshage, 2005a; Lyons-Ruth, 1999; Mancia, 2006; Schore, 2003a, 2003b, 2005a).

El reciente concepto del denominado conocimiento relacional implícito y las reflexiones acerca de su relevancia en los procesos psicoterapéuticos desarrolladas en gran medida por el Boston Change Process Study Group (BCPSG, 1998, 2002) dan cuenta de la decisiva influencia de la distinción descrita. Como es sabido, el conocimiento relacional implícito es una noción que hace referencia al conjunto de representaciones implícitas que el individuo ha desarrollado desde su primera infancia en adelante respecto de cómo se llevan a cabo determinadas cosas con otros, tales como expresar afecto, recibir atención y reaccionar de una cierta manera frente al enojo de otro. Gran parte de nuestra experiencia relacional es codificada y almacenada de forma implícita y la organización de la dimensión implícita se pone de manifiesto a través del hacer. Este tipo de conocimiento es, por lo tanto, perceptible “en la estructura de interacciones fantaseadas así como en la estructura enactiva de interacciones reales” (Lyons-Ruth, 1999, p. 324) —estando la estructura enactiva de las secuencias interactivas ligada de modo primordial a la dimensión vincular de la acción y la comunicación no-verbal. En este contexto, es de importancia constatar que la investigación actual ha aportado un amplio conjunto de hallazgos que apoyan la idea de que el procesamiento implícito juega un papel primordial especialmente en el manejo rápido e instantáneo de las claves afectivas no-verbales involucradas en la comunicación recíproca, que incluye en particular claves conductuales, expresiones faciales, gestos, movimientos, tono de voz y cambios viscerales como sudoración y coloración de la piel (Beebe & Lachmann, 2002; Pally, 2001; Schore, 2003a, 2003b). Es decir, desde el punto de vista relacional los procesos implícitos que caracterizan la interacción son en gran medida fenómenos y acciones de naturaleza somática.

LA INTERACCIÓN ES INTER-ACCIÓN: DIMENSIÓN IMPLÍCITA Y DIMENSIÓN SOMÁTICA EN PSICOTERAPIA

Aron (1998b) afirma que

la situación psicoanalítica supone dos individuos que en conjunto procesan, experimentan y reflexionan sobre fenómenos psicósomáticos. En consecuencia, mientras que con anterioridad he teorizado sobre un encuentro de mentes (Aron, 1996), aquí describo el interjuego mutuo de cuerpo-mente y mente-cuerpo (Grotstein, 1997), una especie de retorno de una *psicología de dos personas* a la idea original de Rickman acerca de una psicología de dos cuerpos (cit. en Balint, 1950, p. 123). (cursiva del original, p. 3)

En efecto, podemos suponer que el campo terapéutico intersubjetivo co-construido por paciente y terapeuta incluye no sólo dos mentes sino también dos cuerpos (Schore, 2005b). En el contexto de esta concepción relacional-somática global de la situación psicoterapéutica, tal como hemos mencionado, el interés de muchos terapeutas contemporáneos ha recaído en la comunicación no-verbal y en los procesos interactivos implícitos. Para Schore (2005a), los elementos “críticos de las comunicaciones intersubjetivas implícitas inconscientes enraizadas en transacciones afectivamente cargadas de apego son más que *contenidos mentales*; más bien, son *procesos psicobiológicos somáticos* interactivamente comunicados y regulados y dis-regulados que median estados emocionales conscientes e inconscientes compartidos” (pp. 843-844, cursivas del original).

Sin embargo, durante mucho tiempo este foco de interés había sido más bien marginal. En el transcurso del desarrollo de la técnica clínica del análisis del carácter, Reich (1945 [1933]) ya había subrayado que manifestaciones como el “comportamiento del paciente, su mirada, su manera de hablar, su expresión facial [...], su modo de dar la mano, etc., [...] no sólo son subestimadas en cuanto a su significación analítica, sino por lo general completamente pasadas por alto” (p. 51). Recientemente, Jacobs (2001) ha reafirmado la constatación original de Reich al aseverar que, a pesar de que los psicoterapeutas están muy interesados en la comunicación inconsciente, uno de sus medios principales de expresión en la psicoterapia —el intercambio no-verbal implícito— ha permanecido como proceso poco comprendido y estudiado. Incluso los psicoterapeutas corporales, que disponen de amplios conoci-

mientos acerca del lenguaje expresivo del cuerpo, sólo en los últimos años se han dedicado a estudiar más específicamente el lenguaje corporal relacional. De acuerdo a Jacobs, sabemos muy poco acerca de cómo la dimensión no-verbal de la relación terapéutica está vinculada con la interpretación, la resistencia, la elaboración y otros aspectos fundamentales de los procesos psicoterapéuticos. También Schore (2005b) señala que, durante muchos años, “el ámbito de las comunicaciones no-verbales implícitas y de los estados afectivos de base corporal ha sido desvalorizado o ignorado por el psicoanálisis oficial, el cual ha sobre-enfatizado mecanismos cognitivos verbales explícitos [...]” (p. 18) y en gran medida pasado por alto el “núcleo psicobiológico” (Schore, 2005a) de la relación terapéutica. En lo que resta de este artículo intentaremos ofrecer algunas reflexiones tentativas acerca del lugar del cuerpo relacional en la psicoterapia y acerca de su valor desde la perspectiva de la acción terapéutica y el cambio.

La interacción psicoterapéutica, siendo la comprensión de su naturaleza una de las cuestiones más urgentes en el campo de la psicoterapia actual (Beebe *et al.*, 2003), es en todo el sentido del término *interacción*, es decir, acción entre paciente y terapeuta. De modo significativo, Knoblauch (2005a) señala que la acción ha dejado de entenderse de manera predominante como *acting-out* y que en la actualidad más bien podemos considerar que en general constituye formas de vinculación mediante las cuales los pacientes se comunican afectivamente y construyen significados relacionales personales a partir de su lazo emocional con el terapeuta. Las acciones relacionales del paciente corresponden, en consecuencia, a patrones somáticos específicos de relación y apego (Keleman, 1986) que el paciente introduce en la relación terapéutica para vincularse con el psicoterapeuta en base al conocimiento relacional implícito que trae consigo. Por ejemplo, una paciente con una historia de abandono infantil re-ubica su asiento al comienzo de cada sesión alejándolo algunos centímetros del asiento del terapeuta, anticipándose con ello en su acción a un eventual y temido apartamiento emocional de éste.

Dado el carácter intrínsecamente recíproco e intersubjetivo de la comunicación no-verbal y de las secuencias interactivas (Aron & Harris, 2005; Beebe *et al.*, 2003; Beebe & Lachmann, 2002; Mitchell, 2000; Mitchell & Aron, 1999; Schore, 2005a), el terapeuta se encuentra en un lugar análogo al del paciente, una circunstancia cuyas implicancias teóricas y clínicas han comenzado a explorarse con mayor detalle en las últimas décadas y que Maroda (2002) ha captado con elocuencia en la expresión “no hay lugar donde esconderse”. De hecho, la

situación terapéutica constituye una relación implícita compartida (BCPSG, 1998). En el ejemplo recién descrito, un terapeuta con una historia personal de experiencias de distancia afectiva por parte de sus cuidadores puede a su vez “echarse para atrás” en su asiento frente al retraimiento de su paciente y mantenerse con ello emocionalmente protegido respecto de ella. De esta manera, esta situación ejemplifica la co-construcción de un patrón somático relacional comunicativo de interacción, basado en las experiencias vinculares históricas de cada uno, cuyas consecuencias y significados para ambos participantes pueden convertirse en ingredientes esenciales del proceso psicoterapéutico. Así, “incluir los patrones de movimiento de paciente y analista [es] una herramienta valiosa en los esfuerzos en curso del analista por transformar sus reacciones subjetivas en comprensiones útiles más que en acciones automáticas” (Jacobs, 2001, p. 190). En otras palabras, la atención del psicoterapeuta a los patrones corporales vinculares de movimiento que establece con su paciente constituye una puerta de entrada al entendimiento del interjuego de los conocimientos relacionales implícitos que cada uno trae consigo al diálogo terapéutico.

La interacción transcurre de manera simultánea en los niveles implícito y explícito e implica todo el rango existente de fenómenos psicósomáticos que pueden llegar a tener una función relacional y comunicativa. En este sentido, pueden por ejemplo distinguirse desde el punto de vista clínico puestas en escena que varían entre cambios casi imperceptibles de postura, movimiento, expresión facial, mirada, afecto y tono de voz —fenómenos más cercanos al nivel implícito— y acciones bastante directas, abiertas y complejas —procesos más ligados al nivel explícito (Bass, 2003; Jacobs, 2001). Ahora bien, aunque “tanto el procesamiento explícito como el implícito afectan el encuentro psicoanalítico en cada instante, el psicoanálisis ha conceptualizado primariamente el primero pero no el segundo” (Beebe *et al.*, 2003, p. 755). Lyons-Ruth (1999) ha planteado la necesidad conceptual de visualizar estos dos niveles como principios paralelos y separados de organización que, no obstante, pueden influenciarse mutuamente y cuya importancia para la comprensión de los procesos terapéuticos es equivalente y complementaria. En efecto, dadas las diferencias funcionales existentes entre estos dos ámbitos, tal distinción resulta clínicamente fundamental en cuanto la forma concreta de abordar en términos psicoterapéuticos fenómenos pertenecientes a cada uno de ellos debe ser también distinta. Si el nivel implícito guarda relación en lo principal con procesos no-verbales y, como hemos afirmado, a menudo no verbalizables y difíciles de conscientizar, las in-

tervenciones terapéuticas verbales sólo pueden tener una utilidad y efectividad limitadas para tratar con él.

En la actualidad, está claro que queda aún mucho trabajo por hacer para fundamentar de manera teórica adecuada el uso clínico sistemático de las puestas en escena. Sin embargo, ya sabemos que la utilización de la dimensión de la acción en el contexto terapéutico requiere cierto grado de libertad por parte de los psicoterapeutas para interactuar con los pacientes porque, sin esta libertad, las reglas técnicas que orientan la psicoterapia pueden impedir tanto el despliegue de secuencias interactivas significativas como la apertura del terapeuta para reconocer y reflexionar sobre las secuencias de acción que efectivamente se producen. Tal como indica Black (2003), la utilización constructiva de las puestas en escena requiere del clínico una disposición a interactuar con los pacientes en formas que a veces caen fuera de la postura tradicional recomendada. Más allá, Black señala la relevancia de un interés genuino por fenómenos experienciales como los propios impulsos a actuar y las propias sensaciones somáticas en vez de enfrentar tales vivencias con sentimientos de culpa o inadecuación, ignorarlos o desecharlos. Diversos teóricos han afirmado, desde esta perspectiva, que algunas comprensiones que pueden resultar cruciales para el proceso terapéutico sólo se hacen posibles a raíz de determinadas acciones recíprocas que hacen disponibles para la reflexión de terapeuta y paciente ciertos aspectos y significados del funcionamiento psíquico y relacional de ambos (Black, 2003; Renik, 1993).

En este marco general, los investigadores que se han dedicado a estudiar los procesos de comunicación no-verbal e interacción más cercanos al procesamiento explícito —es decir, reconocibles, simbolizables y verbalizables sin mayores dificultades cuando se les presta atención— consideran que éstos pueden ser manejados de forma terapéuticamente conveniente mediante intervenciones de naturaleza verbal. En este sentido, puede ser de utilidad hablar con el paciente de la secuencia interactiva en cuestión y explorar sus posibles significados en términos del pasado relacional del paciente y también en términos del vínculo actual con el psicoterapeuta (Black, 2003; Jacobs, 2001). No obstante, la “dimensión no-verbal de la comunicación, manifestada por medio de la expresión facial, los gestos, el tono de voz y el ritmo, es usualmente implícita, fuera de la conciencia, no siendo conscientemente ‘intencional’ (aunque es acción orientada a una meta) [...]” (Beebe *et al.*, 2003, p. 750) y, asimismo, las interacciones “en las modalidades no-verbal e implícita son rápidas, sutiles, co-construidas y están en general fuera de la conciencia” (Beebe, 2004, p. 48). Siguiendo a Mancía (2006),

la importancia que se le ha concedido históricamente a la dimensión explícita debe dejar de distraernos de la tarea de prestar atención sistemática a lo que el paciente ni dice ni recuerda, sino que comunica de forma no-verbal implícita a través de puestas en escena más sutiles y, por lo tanto, más difíciles de reconocer y decodificar. Así, estamos frente a una perspectiva clínica que enfatiza, en el contexto de las limitaciones de la simbolización y el lenguaje verbal en el ámbito implícito, la experiencia y la comunicación no-verbal corporizada como puerta primordial de entrada a significados inconscientes relevantes (Knoblauch, 2005a).

Las reflexiones que anteceden arrojan al menos dos interrogantes fundamentales. Por un lado, dada la noción de la relativa autonomía de la dimensión implícita respecto de la dimensión explícita sería necesario esclarecer de qué manera se puede acceder a la percepción de los patrones interactivos sutiles y de los significados relacionales que se manifiestan en éstos, y, por otro lado, cómo se pueden abordar los procesos implícitos de interacción de manera que resulten ser clínicamente útiles. Respecto de la primera interrogante, dado que en la situación terapéutica los procesos interactivos implícitos se manifiestan como comunicaciones no-verbales de naturaleza sensoriomotriz y somática (Knoblauch, 2005a; Schore, 2003a, 2003b, 2005a) y dado que las puestas en escena proveen al terapeuta de información a través de la experiencia corporalmente sentida (Black, 2003), podemos afirmar que los psicoterapeutas “necesitan prestar considerablemente más atención de lo que se nos ha enseñado a los fenómenos corporales en nosotros mismos y en nuestros pacientes” (Aron, 1998b, p. 28) debido a que lo que captamos de los pacientes en el nivel implícito nos impacta y lo sentimos en primer lugar en el cuerpo. Para Kimble (1998), esto implica ampliar el terreno del trabajo psicoterapéutico con la finalidad de traer la experiencia corporal a las mentes de terapeutas y pacientes. Piensa que es factible aprender a sintonizarse más “con el cuerpo-mente en la danza analítica si no sólo escuchamos con el tercer oído sino además sentimos de modo consciente con nuestra piel, nuestros huesos y nuestras vísceras las narrativas del deseo de nuestros pacientes” (pp. 114-115).

De modo similar, Schore (2005a) indica que a través de un estado psíquico de receptividad el terapeuta tiene que ser capaz de acceder a sus propias respuestas intuitivas de base corporal respecto de la comunicación implícita del paciente con tal de comprender los significados transmitidos por medio de los procesos relacionales implícitos. Indica que en el diálogo terapéutico intersubjetivo “el clínico psicobiológica-

mente entonado e intuitivo" (p. 845) aprende acerca de la estructura no-verbal rítmica de las experiencias del paciente y, en base a ese conocimiento, modifica de manera "relativamente flexible y fluida su propio comportamiento para sincronizarse con esa estructura, co-creando con ello junto al paciente un contexto facilitador del crecimiento para la organización de la alianza terapéutica" (p. 845). Otros teóricos mencionan la necesidad de estar alerta respecto de la información acerca del paciente que el psicoterapeuta recibe a través de los sentidos y de estar en contacto con la propia realidad corporal inmediata (Araneda, 2005), la importancia de aprender a tener conciencia de las propias reacciones vegetativas y "límbicas" automáticas que contribuyen a la co-construcción de los patrones vinculares implícitos en el encuentro psicoterapéutico (Boadella, 2005), y la relevancia de la resonancia empática a la hora de aproximarse a las experiencias, afectos y significados codificados en la memoria implícita del paciente (Mancia, 2006).

Respecto del abordaje clínico de las secuencias implícitas de interacción existen en la actualidad dos concepciones básicamente diferentes, aunque también pueden ser visualizadas como estrategias complementarias de intervención. Por un lado, diversos investigadores consideran que lo que resulta terapéuticamente útil es la simbolización y traducción de los patrones implícitos de vinculación al nivel verbal explícito, un procedimiento que facilita la conciencia, diferenciación e integración de los significados que contienen (BCPSG, 1998; Fosshage, 2005a; Knoblauch, 1996, 2005a; Lyons-Ruth, 1999; Mancia, 2006). Desde este punto de vista, Mancia (2006) señala que los fenómenos implícitos requieren de la posibilidad de representación explícita y que en consecuencia, una vez percibidas y reconocidas, la tarea básica del psicoterapeuta es ponerle palabras a las secuencias vinculares implícitas con el objetivo de proporcionarles un significado simbólico y ligarlas con el pasado relacional del paciente. Para Knoblauch (2005a), éste es un desafío paradójico porque la explicación de actividad no simbólica requiere alguna forma concreta de representación o simbolización. Knoblauch subraya que se trata en este caso de simbolizar la experiencia corporal vivida y no la experiencia ya simbolizada en un ir y venir entre ambas dimensiones, un proceso referencial que busca establecer conexiones entre las palabras y la experiencia corporal visceral y que en ocasiones se ve facilitado por el empleo de metáforas e imágenes (Beebe *et al.*, 2003; Fosshage, 2005a; Lyons-Ruth, 1999). La elaboración de modalidades explícitas de conocimiento a partir de los fenómenos que surgen en el nivel implícito puede contribuir de manera signi-

ficativa a la reorganización del conocimiento relacional del paciente.

Por otro lado, la relativa autonomía del ámbito implícito implica que "la organización del significado está implícita en la organización del diálogo relacional enactuado [enacted] y no requiere de pensamiento reflexivo o verbalización para ser [...] conocida" (Lyons-Ruth, 1999, p. 314), siendo inevitable que una parte considerable del trabajo terapéutico de modificar el conocimiento relacional implícito transcurra en la misma dimensión a la cual pertenece. Dicho de otro modo, el abordaje clínico de los procesos interactivos implícitos puede producirse en el mismo nivel implícito, existiendo situaciones en las cuales el lenguaje verbal explícito colapsa la complejidad intrínseca a la interacción no-verbal y resulta innecesario para generar un cambio duradero en la experiencia relacional del paciente (Bass, 2003; BCPSG, 1998; Beebe *et al.*, 2003; Black, 2003; Knoblauch, 1996, 2005a; Lyons-Ruth, 1999). Desde la perspectiva de la investigación de infantes, Lyons-Ruth (1999) ha argumentado que

la re-transcripción del conocimiento relacional implícito al conocimiento simbólico es trabajosa, no es intrínseca al sistema relacional de base afectiva, nunca se logra por completo y no corresponde a la forma en la que se logra en general el cambio evolutivo del conocimiento relacional implícito (p. 315).

Por lo tanto, la tarea terapéutica central está vinculada simultáneamente con posibilitar la desestabilización y deconstrucción de los patrones relacionales implícitos existentes y la organización de patrones relacionales implícitos nuevos a partir de la transformación de las secuencias no-verbales co-construidas de interacción y del diálogo somático de acción. En este sentido, paciente y psicoterapeuta se ven frente a la necesidad de desarrollar en conjunto formas implícitas novedosas y más satisfactorias de vinculación con la finalidad de enriquecer y ampliar el conocimiento relacional implícito del paciente. Así, las puestas en escena más cercanas al nivel implícito constituyen oportunidades más allá del lenguaje para el procesamiento y la re-estructuración de un amplio rango de experiencias asociadas a las diversas configuraciones vinculares que el paciente trae consigo (Bass, 2003).

CUERPO, VÍNCULO Y CAMBIO

En la actualidad, se ha hecho necesario investigar y comprender el "algo más" que la interpretación, entendida como hacer consciente lo inconsciente, capaz de

dar cuenta de los procesos psicoterapéuticos de cambio (BCPSG, 1998, 2002; Lyons-Ruth, 1999). En este contexto, el creciente reconocimiento de que la dimensión del lenguaje verbal explícito por sí sola no es suficiente para producir transformaciones psíquicas profundas y duraderas ha llevado a que las teorías recientes acerca de la acción terapéutica y los factores que generan cambio en la psicoterapia se hayan ido encaminando progresivamente en la dirección de una mayor valoración de los aspectos relacionales que constituyen el encuentro entre paciente y psicoterapeuta (BCPSG, 1998, 2002; Beebe, 2004; Beebe *et al.*, 2003; Beebe & Lachmann, 2002; Fosshage, 2003, 2005a; Knoblauch, 1996, 2005a; Kohut, 1984; Lyons-Ruth, 1999; Schore, 2003b, 2005a). De acuerdo a Seligman (2003), los investigadores contemporáneos suponen la existencia de diversas modalidades confluyentes de acción terapéutica involucradas a la hora de generar cambios terapéuticos significativos, incluyendo la interpretación y la consiguiente aparición de *insights*, la interrupción de patrones relacionales antiguos, contención y *holding*, empatía y elaboración de disrupciones en el lazo terapéutico, mejoramiento de la función reflexiva y un conjunto amplio de concepciones adicionales.

Entre estas numerosas concepciones están también los procesos relacionales ligados a la dimensión no-verbal y somática implícita de la interacción terapéutica:

los analistas contemporáneos han empezado a tomar conciencia del grado en el cual la fuerza transformadora de la relación psicoanalítica se encuentra, en gran medida, entre líneas. Mientras que teóricos de todas las orientaciones buscan articular la fuente de la acción terapéutica y el cambio, la experiencia clínica cotidiana a menudo refleja el poderoso efecto de lo que puede localizarse en la experiencia incipiente, la resonancia a menudo pre-consciente que se genera en aquella dimensión de la experiencia que hemos comenzado a considerar como enactuada [...] (Bass, 2003, pp. 657-658)

De este modo, la psicoterapia exitosa reorganiza tanto aspectos centrales de la dimensión explícita como aspectos centrales de la dimensión implícita. Esto significa que en los procesos terapéuticos actúan —aparte de los mecanismos verbales y cognitivos explícitos de cambio que conocemos— mecanismos implícitos que yacen debajo de las palabras y cuyos resultados mutativos se manifiestan con relativa independencia de los procesos explícitos de simbolización (Beebe, 2004;

Knoblauch, 2005a; Lyons-Ruth, 1999; Schore, 2004, 2005a). Así, la psicoterapia no sólo crea nuevas ideas y reformula ideas antiguas sino que a través de los mecanismos implícitos además modifica la relación terapéutica implícita compartida y, en consecuencia, los patrones no-verbales corporales de vinculación existentes entre paciente y terapeuta. Según Lyons-Ruth (1999), podemos considerar que aspectos fundamentales de la acción terapéutica transcurren en el nivel vincular implícito sin ser nunca explicitados y verbalizados. Agrega que, de hecho, los aprendizajes complejos en la adultez tienden a involucrar procesos implícitos. Por lo tanto, cambios relevantes en el conocimiento relacional implícito del paciente y de la díada terapéutica pueden ocurrir a través de mecanismos diferentes de aquellos implicados en cambios de las formas explícitas de conocimiento.

Knoblauch (1996) piensa que estos mecanismos implícitos no corresponden al efecto de una intervención clínica en particular sino a una secuencia determinada de momentos interactivos que configura el campo relacional de cierta forma y que es co-construida por paciente y terapeuta. Comentando uno de sus casos, Knoblauch asevera que “en parte mediante intercambios verbales, pero en mayor medida mediante intercambios no hablados en modalidades no-verbales de comunicación, habíamos aprendido a transformar una escena antigua en una escena nueva” (p. 327). En este sentido, la modificación del conocimiento relacional implícito no se produce por medio de procesos como la corrección de fallas empáticas pasadas o el manejo de déficits afectivos históricos, sino más bien a través de la aparición de formas implícitas nuevas de vinculación en el seno del campo intersubjetivo co-construido por paciente y psicoterapeuta (BCPSG, 1998, 2002; Beebe & Lachmann, 2002; Lyons-Ruth, 1999). Desde la perspectiva que hemos desarrollado en este artículo, esto significa que en alguna medida se logran transformar los patrones relacionales somáticos y los patrones de comunicación no-verbal que se establecen entre ambos participantes en el trabajo terapéutico —es decir, la psicoterapia exitosa modifica los cuerpos relacionales de paciente y terapeuta y el diálogo de acción enactuado que se configura entre ellos.

Aún queda mucho por entender acerca de cómo las modalidades implícitas de relación cambian y, ligado a ello, acerca de la participación del psicoterapeuta en la relación implícita compartida en calidad de nuevo tipo de pareja vincular que posibilita la cristalización de conocimiento relacional implícito más complejo y diferenciado (Beebe, 2004; Beebe *et al.*, 2003; Lyons-Ruth, 1999). De hecho, la presentación sistemática de material

clínico que ilustre las transformaciones de la dimensión implícita de la interacción terapéutica ha sido hasta el momento más bien escasa. Lo que sí sabemos respecto de los procesos terapéuticos de transformación de la dimensión implícita es análogo a las dos posibilidades básicas con las que contamos para su abordaje psicoterapéutico, discutidas en la sección anterior. Por un lado, hay teóricos que consideran que “el elemento definitorio de la acción terapéutica en el psicoanálisis actual parece ser aquel de transformar simbólicamente y poner en palabras las estructuras implícitas tempranas de la mente del paciente” (Mancia, 2006, p. 93). De acuerdo a Fosshage (2005a), un foco explícito sobre los patrones implícitos en el contexto de la situación terapéutica puede interrumpir su activación no-consciente automática y, con ello, crear la oportunidad de formación de patrones implícitos distintos. Sin embargo, este proceso referencial de transcripción de lo implícito a lo explícito no puede ser visualizado sin más en términos del objetivo tradicional de hacer consciente lo inconsciente porque, en cuanto los procesos implícitos no son inconscientes por estar reprimidos sino por su misma naturaleza, su explicitación no se produce por medio del levantamiento de la represión (BCPSG, 1998). Esta diferencia conceptual puede tener implicancias técnicas que merecen mayor atención.

Por otro lado, se encuentran aquellos investigadores que enfatizan la irreductibilidad de los procesos implícitos al procesamiento psíquico explícito y, en consecuencia, la relativa inutilidad del lenguaje verbal para modificar los patrones no-verbales de interacción y comunicación. Desde este punto de vista, en términos concretos la transformación de la dimensión implícita corresponde en esencia a la aparición gradual de diálogos de acción cada vez más participativos, inclusivos, colaborativos, coherentes y espontáneos entre paciente y terapeuta (Beebe, 2004; Lyons-Ruth, 1999) —un proceso general que el Boston Change Process Study Group (1998, 2002) liga con el fenómeno interactivo más específico del “calce” [*fittedness*] entre las acciones no-verbales o “movidas relacionales” de ambos. Los destacados integrantes de este grupo de estudios afirman que “el cambio terapéutico involucra un cambio en el conocimiento relacional implícito y ese cambio ocurre en el flujo en curso de las movidas relacionales de cada uno de los participantes [...]” (2002, p. 1060). Según Lyons-Ruth (1999),

los momentos de reorganización tienen que involucrar un nuevo tipo de encuentro intersubjetivo que ocurre en una nueva “apertura” en el espacio interpersonal, permitiendo que ambos participan

tes se vuelvan agentes uno respecto del otro de una manera nueva. Esta “apertura” entre ambos [...] permite que nuevas iniciativas y acciones interpersonales espontáneas sean aplicadas hacia la construcción (y representación) de un arreglo intersubjetivo nuevo o diferente. No obstante, esta nueva organización no es simplemente producto del trabajo intrapsíquico del paciente individual, sino de la elaboración de nuevas posibilidades relacionales con el analista. La participación específica del analista como un nuevo tipo de pareja relacional es parte del “algo más” que hace posible un cambio afectivo y vincular integrado, en conjunto con la comprensión consciente que puede o no acompañar la emergencia del nuevo orden (p. 343)

Así, el cambio de la organización del conocimiento relacional implícito del paciente implica necesariamente una reorganización progresiva de las formas de vinculación que constituyen un aspecto fundamental del encuentro psicoterapéutico.

Las reflexiones que hemos presentado en este trabajo son tentativas en cuanto la comprensión de la dimensión relacional y somática implícita del vínculo psicoterapéutico es aún incipiente y, en ese sentido, las ideas que hemos articulado probablemente arrojan muchas más preguntas que las respuestas que proporcionan. Por ejemplo, si lo implícito transcurre por definición de forma no consciente tanto para los pacientes como para los psicoterapeutas, ¿cómo podemos explicar que puede ser intencionalmente utilizado en términos clínicos? Dicho de otro modo, si existen mecanismos implícitos involucrados en la acción terapéutica, ¿cómo podemos aprender a potenciarlos suponiendo que es difícil acceder a la percepción consciente de los procesos implícitos de interacción? Éstas y otras interrogantes, así como el desarrollo de modalidades eficaces de trabajo terapéutico con la dimensión relacional implícita, son aspectos que el avance de la investigación clínica y teórica tendrá que enfrentar. Por ahora, el estado de nuestros conocimientos actuales tal vez pueda sintetizarse de la mejor manera posible tal como lo ha expresado Fosshage (2005b): “la revelación explícita de temáticas implícitas y la co-creación de aprendizajes implícitos [...] nuevos se combinan poderosamente para producir el cambio analítico” (p. 880). Desde la perspectiva planteada en este artículo, precisaríamos que la revelación explícita de temáticas implícitas está vinculada con la toma de conciencia de los patrones relacionales corporales de interacción que se instalan en el diálogo terapéutico y que la co-creación

de aprendizajes implícitos nuevos está ligada a la búsqueda de formas de comunicación no-verbal somática entre paciente y psicoterapeuta que sean más flexibles, inclusivas y satisfactorias.

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. Introduction: The body in drive and relational models. En Aron L, Sommer F. *Relational Perspectives on the Body*. The Analytic Press, New Jersey, 1998a, pp. xix-xxviii
3. Aron L. The clinical body and the reflexive mind. En Aron L. Sommer F., *Relational Perspectives on the Body*. The Analytic Press, New Jersey, 1998b, pp. 3-37
4. Aron L, Harris A. (Eds.). *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2). The Analytic Press, New Jersey, 2005
5. Aron L, Sommer F. Preface. En Aron L. Sommer F., *Relational Perspectives on the Body*. The Analytic Press, New Jersey, 1998, pp. xv-xviii
6. Bass A. "E" Enactments in psychoanalysis: Another medium, another message. *Psychoanalytic Dialogues* 2003; 13; 5: 657-675
7. BCPSG. Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis* 1998; 79: 903-921
8. BCPSG. Explicating the implicit: The local level and the micro-process of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis* 2002; 83: 1051-1062
9. Black M. Enactment: Analytic musings on energy, language, and personal growth. *Psychoanalytic Dialogues* 2003; 13; 5: 633-655
10. Beebe B. Faces in relation: A case study. *Psychoanalytic Dialogues* 2004; 14; 1: 1-51
11. Beebe B, Knoblauch S, Rustin J, Sorter D. Introduction: A systems view. *Psychoanalytic Dialogues* 2003; 13; 6: 743-775
12. Beebe B, Lachmann F. Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. En Aron L. Harris A., *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion*. The Analytic Press, New Jersey, 1994, pp. 205-252
13. Beebe B. Lachmann F. *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*. Klett-Cotta, Stuttgart, 2002
14. Boadella D. Affect, attachment and attunement. *Energy & Character* 2005; 34: 13-23
15. Cornell W. Entering the gestural field: The body in relation. *Energy & Character* 2003; 32: 45-55
16. Etkin A, Pittenger C, Polan H, Kandel E. Toward a neurobiology of psychotherapy: Basic science and clinical applications. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2005; 17; 2: 145-158
17. Fosha D. The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology* 2001; 57; 2: 227-242
18. Fosshage J. The meanings of touch in psychoanalysis: A time for reassessment. *Psychoanalytic Inquiry* 2000; 20; 1: 21-43
19. Fosshage J. How does change occur within the psychoanalytic encounter? *Journal of Religion and Health* 2003; 42; 4: 281-299
20. Fosshage J. The explicit and implicit domains in psychoanalytic change. *Psychoanalytic Inquiry* 2005a; 25; 4: 516-539
21. Fosshage J. Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues* 2005b; 15; 6: 875-881
22. Freud S. El yo y el ello. En Freud S., *El yo y el ello*. Alianza Editorial, Madrid, 1923, pp. 7-51
23. Gabbard G. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 117-122
24. Geissler P. Vorwort des Herausgebers. En Geissler P., *Psychoanalyse und Körper*. Edition Psychosozial, Giessen, 2001, pp. 9-19
25. Harris A. Psychic envelopes and sonorous baths: Sitting the body in relational theory and clinical practice. En Aron L. Sommer F., *Relational Perspectives on the Body*. The Analytic Press, New Jersey, 1998, pp. 39-64
26. Jacobs T. On unconscious communication and covert enactments: Some reflections on their role in the analytic situation. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21; 4: 4-23
27. Keleman S. *Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung*. Kösel Verlag, München, 1986
28. Kimble H. The embodiment of desire: Rethinking the bodymind within the analytic dyad. En Aron L, Sommer F. *Relational Perspectives on the Body*. The Analytic Press, New Jersey, 1998, pp. 97-116
29. Knoblauch S. From the word to the scene: An expanded conceptualization for therapeutic action. *American Journal of Psychoanalysis* 1996; 56; 3: 319-329
30. Knoblauch S. Body rhythms and the unconscious: Toward an expanding of clinical attention. *Psychoanalytic Dialogues* 2005a; 15; 6: 807-827
31. Knoblauch S. What are we trying to do when we write about the psychoanalytic interaction? The relevance of theory and research to clinical responsiveness: Reply to commentaries. *Psychoanalytic Dialogues* 2005b; 15; 6: 883-896
32. Kohut H. *How Does Analysis Cure?* The University of Chicago Press, Chicago, 1984
33. Kohut H. *Auf der Suche nach dem Selbst: Kohuts Seminare zur Selbstpsychologie und Psychotherapie* (Ed. Miriam Elson). Verlag J. Pfeiffer, München, 1987 [1974]
34. Lachmann F. Some contributions of empirical infant research to adult psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 2001; 11; 2: 167-185
35. Little M. *Relato de mi análisis con Winnicott: Angustia psicótica y contención*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1990
36. Lyons-Ruth K. The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. En Aron L, Harris A. *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol. 2). The Analytic Press, New Jersey, 1999, pp. 311-349
37. Mancia M. Implicit memory and early unrepresed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). *International Journal of Psychoanalysis* 2006; 87: 83-103
38. Maroda K. No place to hide: Affectivity, the unconscious, and development of relational techniques. *Contemporary Psychoanalysis* 2002; 38: 101-120
39. Mitchell S. *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. Siglo Veintiuno Editores, México, 1988
40. Mitchell S. Editorial statement. *Psychoanalytic Dialogues* 1996; 6: 1-3
41. Mitchell S. *Bindung und Beziehung: Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse*. Psychosozial-Verlag, Giessen, 2000
42. Mitchell S, Aron L. (Eds.). *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey, 1999
43. Nitzschke B. Psychoanalysis during national socialism: Present-day consequences of a historical controversy in the "case" of Wilhelm Reich. *Psychoanalytic Review* 1999; 86; 3: 349-366
44. Orbach S. The body in clinical practice, part one: There's no such thing as a body. En White K. *Touch: Attachment and the Body*. Karnac Books, London, 2004, pp. 17-34
45. Pally R. A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21; 1: 71-93

46. Reich L. Wilhelm Reich and Anna Freud: His expulsion from psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis* 2003; 12: 109-117
47. Reich W. *The Function of the Orgasm: Sex-Economic Problems of Biological Energy*. Souvenir Press, London, 1942
48. Reich W. *Análisis del carácter*. Paidós, Barcelona, 1945 [1933]
49. Renik O. Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly* 1993; 65: 553-571
50. Schore A. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. W. W. Norton, New York, 2003a
51. Schore A. *Affect Regulation and the Repair of the Self*. W. W. Norton, New York, 2003b
52. Schore A. Psychoanalytic research: Progress and process. Notes from Allan Schore's groups in developmental neuroscience and clinical practice. *Psychologist-Psychoanalyst* 2004; 24; 4: 8-10
53. Schore A. A neuropsychoanalytic viewpoint: Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues* 2005a; 15; 6: 829-854
54. Schore A. Psychoanalytic research: Progress and process. Notes from Allan Schore's groups in developmental neuroscience and clinical practice. *Psychologist-Psychoanalyst* 2005b; 25; 4: 18-19
55. Schrauth N. *Körperpsychotherapie und Psychoanalyse: Eine vergleichende Studie am Beispiel von Wilhelm Reich, Gerda Boyesen und Alexander Lowen sowie Sandor Ferenczi, Michael Balint und D. W. Winnicott*. Ulrich Leutner Verlag, Berlin, 2001
56. Seligman S. The developmental perspective in relational psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis* 2003; 39; 3: 477-507
57. Stolorow R, Atwood G, Orange D. *Worlds of Experience: Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis*. Basic Books, New York, 2002
58. Toronto E. The human touch: An exploration of the role and meaning of physical touch in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology* 2001; 18; 1: 37-54
59. Totton N. Foreign bodies: Recovering the history of body psychotherapy. En Staunton T. *Body Psychotherapy*. Brunner-Routledge, New York, 2002, pp. 7-26
60. Trevarthen C, Aitken K. Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001; 42; 1: 3-48
61. Van der Kolk B. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry* 1994; 1; 5: 253-265
62. Van der Kolk B. Posttraumatic therapy in the age of neuroscience. *Psychoanalytic Dialogues* 2002; 12; 3: 381-392