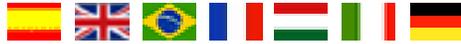


**TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA  
DESDE LA PERSPECTIVA DEL PSICOANÁLISIS RELACIONAL:  
A LA BÚSQUEDA DE LA RESPONSABILIDAD ÓPTIMA.**



Neri Daurella de Nadal (\*)

**RESUMEN**

Los orígenes del psicoanálisis relacional, que se presenta con frecuencia como una escuela norteamericana nacida en la década de los 80 del siglo pasado (Stephen Mitchell le da ese nombre en Nueva York en 1983), se encuentran en Ferenczi y la Sociedad Húngara de Psicoanálisis, los psicoanalistas del grupo independiente de la Sociedad Británica (Balint, Winnicott, Bowlby, etc.) y los antecedentes norteamericanos de Mitchell, entre ellos Kohut, Sullivan y Clara Thompson. El cambio de perspectiva sobre el fenómeno de la transferencia y la contratransferencia se ve influido además por avances en el ámbito de las neurociencias (descubrimiento de la memoria implícita o de procedimiento, inconsciente no por represión sino por su propia naturaleza) y en la investigación de los sistemas biológicos complejos interactuando con la psicología cognitiva (teoría de los sistemas dinámicos, intersubjetivos y no lineales). Fenómenos como la transferencia y la contratransferencia pasan a entenderse como propiedades emergentes dinámicamente de sistemas intersubjetivos, diádicos, no lineales y autoorganizadores. El objetivo del análisis se transforma: no se trata de encontrar la interpretación transferencial exacta sino de facilitar interacciones óptimas para el progreso terapéutico del paciente, en un encuentro de dos subjetividades, cocreativo y lo más genuino posible.

**Palabras clave:** Transferencia, Contratransferencia, Inconsciente relacional, Patrones organizadores, Responsividad óptima.

**ABSTRACT**

The origins of relational psychoanalysis, which is often presented as an American school born in the 1980s (Stephen Mitchell gives it that name in New York in 1983), are in Ferenczi and the Hungarian Society of Psychoanalysis, the psychoanalysts of the independent group of the British Society (Balint, Winnicott, Bowlby, etc.), and the North American background of Mitchell, among them Kohut, Sullivan and Clara Thompson. The change of perspective on the phenomenon of transference and countertransference is also influenced by advances in the field of neurosciences (discovery of implicit or procedural memory, unconscious not by repression but by its very nature) and in the investigation of complex biological systems interacting with cognitive psychology (theory of dynamic, intersubjective and non-linear systems). Phenomena such as transference and countertransference become understood as dynamically emerging properties of intersubjective, dyadic, non-linear and self-organizing systems. The objective of the analysis is transformed: it is not about finding the exact transferential interpretation but about facilitating optimal interactions for the therapeutic progress of the patient, in a meeting of two subjectivities, co-creative and as genuine as possible.

**Keywords:** Transference, Countertransference, Relational Unconscious, Organizing Patterns, Optimal Responsiveness

## ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LOS ORÍGENES DE LA PERSPECTIVA RELACIONAL EN PSICOANÁLISIS

El término *psicoanálisis relacional* se consensuó en una reunión de psicoanalistas norteamericanos coordinada por Stephen Mitchell en 1983 en Nueva York (Bromberg, 2009). Escogieron este término porque, primero, representaba de una manera clara y concisa la perspectiva nuclear que compartían: que la mente humana, su desarrollo normal, su patología y el proceso de su crecimiento terapéutico se configuran relacionalmente, a través de la relación con otra mente; y, segundo, era un término no tan específico conceptualmente como para implicar adhesión a una teoría determinada.

Y es que la perspectiva relacional, aunque muchas veces se presenta como una escuela norteamericana nacida en la década de los 80 del siglo pasado, no se identifica como tal escuela, sino como una tradición, una tendencia, dentro del psicoanálisis, que se remonta a más de cincuenta años antes, en Europa, y que no nace de un solo teórico o de un grupo homogéneo de teóricos. Según Bromberg, uno de los asistentes a la reunión en Nueva York, “Freud, Klein, Ferenczi, Fairbairn, Winnicott, Sullivan y Kohut son todos figuras parentales importantes, aunque ninguno tiene autoridad parental” (2009, pp. 347-361).

Por si a alguien le sorprende que incluya a Freud como figura parental importante (aunque sin autoridad parental), le remitiría a la explicación que da Alejandro Ávila Espada en el libro editado por él en colaboración con otros autores españoles y norteamericanos, *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en psicoanálisis* (2013). El autor se plantea cuánto de la perspectiva interpersonal en la base del psicoanálisis relacional está implícito o contenido en el pensamiento de Freud y cuánto es contrario al mismo. Y plantea que -aunque hay autores, como Lothane (2003) o Bollas (2001), que nos recuerdan que Freud ya escribía en *Psicología de las masas y análisis del yo* que “la psicología individual es al mismo tiempo y desde un principio psicología social” (1921/1973e, p. 2563)- el Freud del que se alejan los relacionales es el Freud cuyo paradigma científico-natural le impedía ver otra fuente de lo psíquico distinta de la tensión instintiva que busca la descarga y la satisfacción pulsional, el que sustituye su primera concepción del origen traumático de la psicopatología por la de la fantasía edípica infantil, y el controlador de la ortodoxia psicoanalítica que no puede controlar a los disidentes.

En cuanto a la referencia a Klein como una de las figuras parentales, aspectos en común y aspectos diferenciales entre Klein y el psicoanálisis relacional, recomiendo la lectura del capítulo cuarto de la obra de Stephen Mitchell *Influencia y autonomía en psicoanálisis*, titulado “La interacción en la tradición kleiniana” (2015, pp. 163-212).

En lo que respecta al concepto de transferencia, resumiendo mucho diríamos que es el nombre que da Freud a ese “extraño fenómeno” consistente en

que el enfermo dirige hacia el médico una serie de tiernos sentimientos mezclados frecuentemente con otros hostiles, conducta sin fundamento alguno real y que, según todos los detalles de su aparición, tiene que ser derivada de los antiguos deseos imaginativos devenidos inconscientes. (Freud 1909/1973a, p. 1560).

Su vencimiento “ofrece al psicoanalítico máxima dificultad”, aunque presta el inestimable servicio de “hacer actuales y manifiestos los impulsos eróticos ocultos y olvidados de los enfermos, pues, en fin de cuentas, nadie puede ser vencido *in absentia o in effigie*” (Freud 1912/1973c, p. 1653), y ante el cual recomienda al médico “permanecer impenetrable para el enfermo y no mostrar, como un espejo, más que aquello que le es mostrado” (Freud 1912/1973d, p. 1658). Es decir, es un fenómeno que se da en el paciente ante un analista que trata de ser neutral y, si el analista puede superar la dificultad que esto supone y se mantiene en posición especular, le permitirá descubrir los procesos psíquicos inconscientes del paciente.

Y por lo que se refiere a la contratransferencia, es el término que usa Freud para referirse al fenómeno que “surge en el médico bajo el influjo del enfermo sobre su sentir inconsciente”, y se considera recomendable “el reconocimiento de esta contratransferencia por el médico mismo y su vencimiento” (Freud, 1910/1973b,

p. 1566). Las recomendaciones técnicas de Freud a los analistas (tratar de mantenerse neutrales ante la transferencia de los pacientes y esforzarse por identificar y vencer su contratransferencia) no satisfacen a su discípulo preferido, Ferenczi, que se siente muy comprometido con la función terapéutica de su oficio, y que ensaya variaciones de la técnica estándar en función de las necesidades de cada paciente.

## **LA FIGURA PARENTAL DE FERENCZI, CADA VEZ MÁS RECONOCIDA**

Hace bastantes años que me he interesado por el fenómeno llamativo en la historia de la comunidad psicoanalítica de cómo un autor tan fundamental para el desarrollo del psicoanálisis está siendo redescubierto tras décadas en las que pasó de ser ensalzado a ser rechazado por Freud, y luego por todos los garantistas de la ortodoxia en la International Psychoanalytic Association (IPA), hasta que gradualmente se ha ido reconociendo su aportación al psicoanálisis contemporáneo. En un artículo del año 2000 reflexioné sobre este fenómeno y atribuí los años de rechazo de Ferenczi a un movimiento defensivo propio de una época en la que los psicoanalistas estaban más preocupados por preservar la pureza de su método que por buscar la eficacia terapéutica, y la posterior recuperación de la figura de Ferenczi a que en la actualidad son cada vez más los psicoanalistas que se sienten más próximos al Freud joven, capaz de correr el riesgo de equivocarse en sus tanteos teóricos o técnicos y dispuesto a rectificar cuando la realidad clínica lo aconsejaba, que al Freud controlador de la ortodoxia y utilizador de la interpretación de las resistencias inconscientes de los colegas discrepantes como explicación para su insumisión (Daurella, 2000).

Cuando Ferenczi empezó a recuperar la importancia de lo traumático en el origen de la patología mental, se produjo un malentendido con Freud. Este pensó que su discípulo estaba recorriendo el camino inverso al que él había recorrido hacía más de tres décadas, y no se le ocurrió pensar que Ferenczi estaba ampliando la perspectiva sobre lo que es traumático para un niño, más allá de la antigua teoría de la seducción sexual del adulto. En “Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y el de la pasión” vemos cómo suscribe la teoría freudiana de las series complementarias, pero advierte sobre la minusvaloración del factor traumático que puede adoptar muy diversas formas: por exceso de pasión del adulto, por sentirse el niño no bienvenido, o por lo que califica de “terrorismo del sufrimiento”:

Los niños se ven obligados a soportar todo tipo de conflictos familiares y llevan sobre sus frágiles hombros el pesado fardo de los restantes miembros de la familia. No lo hacen por desinterés, sino para poder disfrutar de nuevo de la paz desaparecida y de la ternura que se deriva de ella. Una madre que se lamenta continuamente de sus sufrimientos puede transformar a su hijo en una ayuda cuidadosa, es decir, convertirlo en un verdadero sustituto maternal, sin tener en cuenta los intereses del niño. (Ferenczi, 1932/1984, p. 166).

Michael Balint, depositario del legado de Ferenczi, explica muy claramente la idea central de su maestro sobre lo que él consideraba traumatógeno:

La desproporción esencial entre la limitada capacidad para gestionar la excitación que tiene el niño y la estimulación de los adultos, excesiva o insuficiente, inconsciente y por lo tanto incontrolada, cargada de pasión y simultáneamente de culpa. Al niño le da lo mismo que los adultos denominen a esta estimulación desconsiderada régimen higiénico, juego divertido, educación para la libertad, dar ejemplo, moralidad estricta, premio o castigo, o lo que os plazca. (Balint, 1933/1957, p. 250).

Pero lo que resultó más polémico en su momento de este trabajo de Ferenczi (que se ha convertido en texto de referencia fundamental para los psicoanalistas relacionales) no fue tanto la recuperación de la importancia del trauma en la patogénesis sino el hecho de que Ferenczi osara hacer una autocrítica pública y se refiriera a los riesgos de que la terapia psicoanalítica pudiera ser en muchos casos no solo ineficaz sino retraumatizadora. Como he apuntado en trabajos anteriores, Ferenczi planteaba no solo la importancia de los traumas en la infancia, sino también la posibilidad de que el psicoanálisis basado exclusivamente en la

interpretación del inconsciente en un contexto de pretendida neutralidad emocional por parte del analista pudiera ser retraumatizante o iatrogénico (Daurella, 2012, 2013).

## **TRANSFERENCIA, CONTRATRANSFERENCIA Y ACTITUD MENTAL DEL ANALISTA A PARTIR DEL DIARIO CLÍNICO**

Ferenczi escribió su diario clínico a lo largo del año 1932 y murió el año siguiente. La publicación del mismo no fue posible hasta 53 años después de haber sido escrito. Balint, su albacea, tampoco lo pudo publicar en su vida, y lo traspasó a su muerte (en 1970) a Judith Dupont. Esta lo publicó traducido al francés en 1985. Es interesante tener en cuenta que dos años antes, en 1983, es cuando Stephen Mitchell y su grupo de colegas norteamericanos consensuan el término *psicoanálisis relacional*. La comunidad psicoanalítica internacional había vivido un impresionante proceso de transmisión subterránea de un pensamiento oficialmente excluido por muy complejas razones, entre ellas probablemente porque cuestionaba una manera de analizar que “implicaba la sumisión, la introyección de la culpa y una incapacidad para gestionar los propios recursos mentales que caracterizaría a algunos pacientes y sobre todo a algunos futuros analistas” (Martín Cabré, 2017, p. 18).

Desde la primera anotación, del 7 de enero de 1932, vemos una crítica abierta a la “insensibilidad del analista” y la consideración de que “la naturalidad y sinceridad del comportamiento es la actitud más oportuna y beneficiosa en la situación analítica” (Ferenczi, 1932/1997, pp. 41-42). Freud reprochó a Ferenczi su *furor sanandi* y el propio Ferenczi hablaba de su “deseo apasionado de ayudar” (p. 108), y reconocía que había tenido que aprender de sus errores gracias a su análisis y a lo que le habían ayudado sus pacientes. Pero a mí siempre me ha parecido que el deseo más apasionado de Ferenczi, coherente con su teoría del origen traumático de la psicopatología, era el de no convertir el análisis en una experiencia de retraumatización. Y todos sus tanteos técnicos, mostrados con toda sinceridad en su diario clínico, a modo de proceso de aprendizaje por ensayo y error, transmitido con gran fuerza emocional, son un intento de no caer en una actitud que él califica de “hipocresía profesional”. Como dice Judith Dupont en el prólogo a la edición francesa del *Diario Clínico*,

Ferenczi sitúa en paralelo al niño traumatizado por la hipocresía de los adultos, al enfermo mental traumatizado por la hipocresía de la sociedad, y al paciente cuyos traumas antiguos se reavivan y agravan por la hipocresía profesional y la rigidez técnica del analista. (Ferenczi, 1932/1997, p. 22).

Una de las anotaciones más reveladoras de qué es lo que entiende Ferenczi por hipocresía profesional retraumatizadora es la del 3 de mayo, que titula “Lucha inconsciente de sensibilidades entre paciente y analista”:

En ocasiones se tiene la impresión de que una parte de lo que se denomina situación transferencial no es, en verdad, una manifestación espontánea de sentimientos en el paciente sino que ha sido creada artificialmente por la situación armada en el análisis, o sea, por la técnica analítica (...). Cada singularidad se interpreta como un afecto personal dirigido al analista, lo que es apto para crear una especie de atmósfera paranoica, que un observador objetivo podría caracterizar como delirio narcisista del analista, en especial erotomaniaco. Posiblemente nos apuramos demasiado en presuponer en el paciente enamoramiento u odio. (Ferenczi, 1932/1997, p. 146).

Aquí se está refiriendo a la maniobra de “llevar a la transferencia” todo lo que dice el paciente, y a continuación compara esta actitud del analista con la de los padres sermoneadores que introducen en los niños emociones de contrabando que no son espontáneas, y de las que luego les es difícil librarse para ser ellos mismos. Y declara que la interpretación egocéntrica maquinal del analista le aburre sin remedio.

Este nivel de crítica hacia la interpretación transferencial sistemática que en la formación psicoanalítica tradicional se consideraba obligada si se quería acceder al título de verdadero psicoanalista, en el año 1932 solo podía confiarse a un diario y a muy pocos interlocutores.

No cabe en los límites de este artículo transmitir toda la riqueza de la experiencia de leer el *Diario Clínico* de Ferenczi, así que me limitaré a reproducir la que tal vez ha sido su anotación más famosa, la del 13 de agosto:

Solo la simpatía cura. (Healing).

El entendimiento es necesario para poder aplicar la simpatía en el lugar correcto (análisis), de la manera correcta. Sin simpatía no hay curación. (A lo sumo, intelecciones sobre la génesis del padecer). (Ferenczi, 1932/1997, p. 267).

La transmisión de esta actitud tendría lugar vía profesionales que vivirían la experiencia de analizarse con él, como Michael Balint, o Clara Thompson, que, a su vez, la transmitirían en sus respectivos ámbitos, a ambos lados del Atlántico: Balint en el grupo independiente de la Sociedad Británica de Psicoanálisis y Thompson en el William Alanson White Institute de Nueva York.

## EL LEGADO DE FERENCZI A AMBOS LADOS DEL ATLÁNTICO

### EN LA SOCIEDAD BRITÁNICA DE PSICOANÁLISIS

En las generaciones siguientes de psicoanalistas se va a observar la influencia de dos de los elementos claves del pensamiento ferencziano: en la importancia que va a atribuirse a lo traumático en la psicogénesis de muchos trastornos psicopatológicos y en el énfasis en la honestidad y la implicación profunda del clínico con su paciente, es decir, un uso activo de la contratransferencia. Es decir que la contratransferencia ya no se verá tanto como un obstáculo para la cura que ha de ser neutralizado (resuelto) mediante el análisis del analista (Ávila Espada, 2013, p. 95).

Además, como dicen Aron y Harris en 1993, Ferenczi había desplazado el énfasis de la metapsicología a la técnica, del *insight* a la experiencia, de la interpretación a la conexión empática profunda, de la primacía de la teoría al énfasis en la subjetividad, y había delineado un marco donde toda experiencia analítica requería una *psicología de dos personas* frente a la concepción cartesiana monádica del sujeto subyacente en Freud<sup>1</sup>.

Pero en 1939, cuando llegó Balint a Gran Bretaña, huyendo de la guerra, y sintiéndose responsable de preservar el legado ferencziano, se encontró con una Sociedad Británica de Psicoanálisis que vivía momentos de tensión como efecto de la llegada de otros exiliados ilustres que diferían bastante en sus ideas sobre la teoría y la clínica psicoanalítica. Melanie Klein llevaba ya años en Londres (había llegado en 1926, invitada por Ernest Jones) y había creado escuela, y la llegada de Freud y su hija Anna en 1938 había puesto en cuestión el desarrollo kleiniano. A la muerte de Freud, en 1939, se irían configurando dos grupos rivales en torno a Melanie Klein y Anna Freud, que acabarían encontrando una vía para discutir sus diferencias en las llamadas *Controversial Discussions* (1941-45). Balint fue uno de los psicoanalistas que se negaron a tomar partido en esta batalla de escuelas y acabarían constituyendo un tercer grupo de independientes, en 1962, entre los que figurarían autores como D. Winnicott, W. R. Fairbairn, H. Guntrip, M. Khan y J. Bowlby<sup>2</sup>.

En los analistas de este grupo no adscrito es donde más se aprecia lo que podríamos llamar el “giro relacional”, en el sentido de concebir cada vez menos la transferencia como un producto exclusivo del paciente ante la presencia de un analista que funciona como un espejo, ver imposible e indeseable la pretensión del analista de funcionar como una pantalla totalmente en blanco, y considerar la contratransferencia como un factor terapéutico determinante, revalorizando el papel de los afectos y de las vivencias emocionales en el diálogo de inconsciente a inconsciente entre paciente y analista.

Balint, por supuesto, reconoce su continuidad con su maestro y se plantea la reflexión sobre los cambios experimentados en la teoría de la técnica desde que empezó su práctica psicoanalítica, en 1922. En un trabajo muy interesante de 1949, titulado “Cambiando los objetivos y las técnicas psicoterapéuticas en psicoanálisis” (Balint, 1965) puede verse cómo ha evolucionado hacia un paradigma claramente relacional. En él da por supuesto que los analistas vamos aprendiendo a partir de nuestros errores (en la misma línea del *Diario Clínico* de Ferenczi, que él sí había leído por entonces), y reconoce que antes los analistas solo se centraban en el contenido de las asociaciones libres de los pacientes y en identificar mecanismos de defensa de los mismos, pero que ahora han caído en la cuenta de la importancia de lo que llaman la “relación de objeto”<sup>3</sup>, y a partir de ahora el campo más interesante de investigación será plantearse cuál es la contribución del analista a lo que ocurre en la situación psicoanalítica, y en esto muestra su impronta ferencziana. El analista ya no va a limitarse a interpretar el mundo interno ni la transferencia del paciente, sino que va a plantearse cómo está influyendo él en la creación de un clima que permita abrirse al paciente, o a la inversa, cómo evitar crear un clima que provoque que el paciente se cierre en banda: “Es obvio que el silencio no es debido a la transferencia del paciente, ni a la contratransferencia del analista, sino al interjuego de transferencia y contratransferencia, es decir, a una relación de objeto” (p. 221).

Fairbairn, por su parte, no nombra a Ferenczi, pero también se desmarca de la ortodoxia freudiana. Como dice Carlos Rodríguez Sutil en su *Introducción a la obra de Ronald Fairbairn. Los orígenes del Psicoanálisis Relacional* (2010),

Si Freud nos enseñó a sospechar de los motivos conscientes de nuestra conducta, y a ayudar al paciente con la aplicación sistemática de esa sospecha, lo que debemos nosotros ahora hacer, en una nueva vuelta de tuerca, es sospechar de nuestra conducta ante el paciente, por ejemplo de la supuesta neutralidad. (p. 178).

A Winnicott, uno de los independientes más creativos e influyentes en el psicoanálisis relacional actual, le debemos la teorización sobre el bebé como un ser humano espontáneo que solo va a poder desarrollar su potencial heredado si encuentra un ambiente sostenedor [holding], una madre suficientemente buena que le facilite ese desarrollo. Para Winnicott el trauma (“trauma acumulativo”, como lo denominará Masud Khan [1963]) se produce en la medida en que la madre no sea capaz de registrar las auténticas necesidades del bebé y sea intrusiva, forzando una sobreadaptación de este a las necesidades de ella, dando lugar a la generación de un “falso self” (Winnicott, 1949). A partir de Winnicott se va extendiendo cada vez más la concepción de la función del analista como la de ofrecer al paciente un uso del objeto (léase, la experiencia relacional) que este requiere para recuperar y desarrollar su auténtico self, la idea del proceso psicoanalítico como segunda oportunidad para el desarrollo. Sin perder de vista, como señala el propio Winnicott, que el analista corre el riesgo de confundir su deseo de ser una “buena madre” para el paciente con irle ofreciendo gratificaciones, que a la larga van a ser insostenibles, y que puede crearse un círculo vicioso que acabe generando odio en la transferencia, y también en la contratransferencia (1949).

Y por último (pero no menos importante), Bowlby, que combina etología y psicoanálisis en su teoría del apego, y, dado que desarrolla su teoría a partir de la observación de la conducta de los niños, fue tildado de conductista por algunos. Sin embargo considera que su teoría es una variante de la teoría de las relaciones objetales y reconoce sentirse heredero de Balint, Fairbairn y Winnicott (1988). Su teoría va a aportar nuevos desarrollos al psicoanálisis, en parte gracias a los avances producidos en el campo de las neurociencias que han venido a esclarecer lo que más recientemente se ha denominado la “neurobiología del apego” (Fonagy, 2004).

## **EN EL PSICOANÁLISIS NORTEAMERICANO**

En el apartado anterior he mencionado a Clara Thompson como el puente entre Ferenczi y la tradición interpersonal del psicoanálisis norteamericano de la que surgiría el psicoanálisis relacional actual, pero hay que reconocer que la idea de ir a Budapest a analizarse le fue sugerida por Harry S. Sullivan, que

había asistido a la conferencia que dio Ferenczi en la New School of Social Research en 1926 y que, tras oírle hablar de las nuevas direcciones del psicoanálisis, cuyas propuestas percibía en clara sintonía con su propia actitud de búsqueda de una forma de intervenir con los pacientes diferente del convencional estilo asimétrico y jerárquico, sugirió a Clara que Ferenczi era el único analista que le parecía confiable (Ávila Espada, 2013, p. 99).

Stephen Mitchell (2015) considera que el psicoanálisis interpersonal nace de la convergencia entre la psiquiatría interpersonal de Sullivan, un producto de cosecha propia, y la versión marxista que Erich Fromm hizo del psicoanálisis freudiano, si bien atribuye a Thompson el papel de intermediaria en esta mezcla:

Thompson tenía un agudo sentido de la historia de las ideas psicoanalíticas y reconocía la fuerte afinidad natural entre el redescubrimiento de Ferenczi sobre la importancia del trauma real y su énfasis en la centralidad de la relación entre el analista y el paciente; el enfoque innovador de Sullivan sobre la esquizofrenia como un trastorno de los sistemas familiares; y la reubicación de Fromm de la teoría de la libido freudiana dentro de una amplia perspectiva marxista haciendo hincapié en la importancia de la cultura y la historia (psicoanálisis humanista). La visión de Thompson llevó a la generación de una tradición psicoanalítica en desarrollo que hacía hincapié en la importancia de la interacción desde sus inicios. (p. 117).

Mitchell destaca que Thompson, Sullivan y Fromm tienen en común su visión sobre la importancia de los factores ambientales en el desarrollo y sobre el papel del analista como observador participante, aunque también difieren en otros aspectos. Fromm escribirá principalmente en un nivel sociológico, y tiene pocos escritos clínicos. Sullivan es mucho más clínico, y su propuesta técnica fundamental se centra en la observación del funcionamiento interpersonal de los pacientes y de la relación terapeuta-paciente (Sullivan, 1959). Parte de la base de que en la génesis de la psicopatología lo que pesa más es la motivación central del ser humano: la búsqueda de la seguridad, que a través de operaciones de seguridad deforma las situaciones interpersonales, manteniendo al sujeto en un terreno “familiar y seguro” (idea afín a la búsqueda de apego seguro de Bowlby) mediante lo que él llama “operaciones de seguridad” o distorsiones para evitar la ansiedad asociada al cambio y al crecimiento personal (Ávila Espada, 2013, pp. 140-3). Thompson toma las ideas de Sullivan sobre el origen de la psicopatología, pero se centra más en las interacciones del presente:

En lugar de que enfatizamos que en la situación analítica el paciente revive su pasado, la experiencia analítica ha llegado a ser vista como una situación interpersonal, donde se hacen evidentes y se clarifican las maneras en que el paciente gestiona sus dificultades actuales para vivir. (Thompson, 1950, p. 237).

Reconoce que las técnicas para el manejo de la ansiedad y para crear resultados conocidos fueron aprendidas, por supuesto, en el pasado, pero se perfeccionaron y se transformaron a lo largo de la vida. Y lo que está en el centro del proceso analítico es el estudio de los procesos estereotipados del paciente para la estructuración de sus relaciones interpersonales en el presente, sobre todo en la relación con el analista (Mitchell, 2015, pp. 142-143).

Thompson (1964) define la transferencia como “un conjunto de actitudes irracionales hacia otra persona” (p. 14). Y la contratransferencia como “la transferencia de los aspectos irracionales de la personalidad del analista a la relación con su paciente” (p. 162). Claro que, como plantea Mitchell, ¿quién decide lo que es racional e irracional en la organización de la experiencia de un paciente?

Aunque los primeros interpersonalistas vieron al analista como un participante inserto en la interacción con el paciente, todos ellos consideraban al analista capaz de superar la interacción (Stern, 1997) para funcionar también como un observador. Todos escribieron como si fuera posible separar el acto de la observación de las formas a través de las cuales uno participa. Sullivan, Thompson y Fromm, al igual que

todos los intelectuales progresistas de su época, tenían la firme creencia en un tipo particular de racionalismo y situaban la experiencia de los analistas en medida no menor en su capacidad, mediante el autoanálisis y la autoobservación, para llegar a un punto de vista racional, objetivo. (Mitchell, 2015, p. 146).

Esta pretensión de racionalidad y objetividad será cuestionada por los psicoanalistas relacionales posteriores, que contarán con la inestimable ayuda de las aportaciones provenientes del campo de la investigación en neurociencias y en psicología cognitiva.

## **CAMBIO DE PERSPECTIVA EN LOS PSICOANALISTAS RELACIONALES CONTEMPORÁNEOS EN LA CONSIDERACIÓN DE LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA.**

En el ámbito de los psicoanalistas relacionales contemporáneos incluyo, como ya hemos visto a S. Mitchell (ya fallecido) y otras figuras destacadas como P. Bromberg, L. Aron, J. Benjamin y J. Fosshage, entre otros. También a los que asumen la teoría de la intersubjetividad derivada en parte de la psicología del self de Kohut (D. Orange, R. Stolorow, W. Atwood, F. Lachmann, etc.). Y por supuesto los miembros del Grupo de Estudio de los Procesos de Cambio de Boston [Boston Change Process Study Group, BCPSG], entre los que se cuentan K. Lyons-Ruth, D. Stern, y E. Tronick entre otros. Entre los autores que han publicado en castellano cabe destacar, entre los antecesores, a E. Pichon Rivière, H. Racker, W. y M. Baranger, y J. Bleger, y entre los contemporáneos a varios de los que han publicado libros en la Colección de Pensamiento Relacional en los últimos años (a partir de 2010), empezando por el director de la Colección, A. Ávila Espada: J. Coderch, C. Rodríguez Sutil, J. J. Martínez Ibáñez, R. Castaño, A. Plaza, A. Abello, A. Liberman, R. Arendar y A. Sassenfeld, y otros que han publicado libros en otras editoriales, y artículos en las revistas digitales *Clínica e Investigación Relacional (CEIR)* y *Aperturas Psicoanalíticas*, entre ellos E. Dio Bleichmar y H. Bleichmar, R. Riera, R. Velasco, A. Codosero, F. Sainz, etc.

## **CONTRIBUCIÓN DE LAS NEUROCIENCIAS AL CAMBIO DE PARADIGMA**

Joan Coderch (2018) destaca la importancia que tuvo para el psicoanálisis el descubrimiento en 1954, por parte de la neuropsicóloga Brenda Milner, de una clase de memoria distinta a la memoria declarativa o explícita, a la que se ha denominado memoria no declarativa, implícita o de procedimiento, inconsciente no por represión sino por su propia naturaleza, asentada principalmente en la amígdala, los ganglios basales, el cerebelo y las áreas parieto-témporo-occipitales.

El descubrimiento es, evidentemente, de gran importancia para el psicoanálisis si tenemos en cuenta que este había sido creado por Freud totalmente sobre la base de la memoria que ahora denominamos declarativa o explícita y que era la única que se conocía en su época, pese a lo cual tal descubrimiento fue totalmente ignorado por el mundo psicoanalítico durante muchísimos años. (pp. 41-42).

Posteriormente, los investigadores en neurociencias han ido descubriendo que las experiencias emocionales procedimentalmente organizadas se inician en los primeros tiempos de vida -ya en la vida psíquica en el seno materno- y resisten el paso del tiempo, pese a la inmadurez del hipocampo, al contrario de lo que sucede con la memoria declarativa y explícita, que no se desarrolla plenamente hasta que el sujeto alcanza los cinco años de edad. La falta de recuerdos propios de la memoria declarativa explícita anteriores a los tres años de edad no es debida a la represión de las pulsiones libidinales y agresivas, como pensaba Freud, sino a la no disponibilidad del hipocampo, que no comienza su maduración hasta pasados los primeros 18 meses, lo mismo que el hemisferio izquierdo, al contrario de lo que sucede en el hemisferio derecho, en el que quedan grabadas las experiencias desde el momento mismo del nacimiento. Este “inconsciente relacional” o “conocimiento relacional implícito” forma el substrato de nuestra actividad mental y de nuestro comportamiento, y se expresa a través de emociones y de lenguaje sub-verbal (Coderch, 2018, pp. 44-45).

Otro descubrimiento fundamental en el campo de las neurociencias ha sido el de las neuronas en espejo (Gallese y Goldman, 1988), que nos ha ayudado a entender mejor las bases biológicas de nuestra posibilidad de comprender las emociones ajenas no solo en el nivel de lo cognitivo, sino en el nivel corporal. Gracias a que somos semejantes, compartimos un mismo sustrato neuronal que se activa cuando realizamos acciones o experimentamos emociones y sensaciones, dando lugar a lo que Gallese denominará “simulación corporeizada” (Gallese, 2011), el fundamento neurológico del campo intersubjetivo.

Los psicoanalistas relacionales van a tener muy presentes estas aportaciones de las neurociencias que les ayudan a pasar del inconsciente freudiano por efecto de la represión al inconsciente relacional, y a entender que, como dice Coderch, “el genio de las experiencias terapéuticas reside en el diálogo de implícito a implícito entre paciente y terapeuta – subyacente a todo diálogo explícito -basado en la activación simultánea de las mismas redes y estructuras en los cerebros de ambos” (2018, p. 60).

## **CONTRIBUCIÓN DE LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS DINÁMICOS, INTERSUBJETIVOS Y NO LINEALES**

R. Stolorow (1997) reconoce la importante aportación de Von Bertalanffy (1968) y Waddington (1977) a la creación de un nuevo paradigma científico a partir de la investigación de fenómenos denominados sistemas dinámicos, no lineales, autoorganizadores, o caóticos. Es una investigación que se origina en los campos de la física, la química y las matemáticas, pero luego se aplica al estudio de los sistemas biológicos complejos: sirve para buscar principios comunes subyacentes a la conducta de fenómenos tan diversos como las reacciones químicas, las nubes, los bosques, el desarrollo de los embriones y de los niños. Y le parece una fuente poderosa de nuevas metáforas para el psicoanálisis.

Fenómenos como el conflicto, la transferencia, la resistencia y el inconsciente, desde esta perspectiva se entienden como propiedades emergentes dinámicamente de sistemas intersubjetivos, diádicos, no lineales y autoorganizadores. (Stolorow, 1997, p. 337).

Stolorow es un ejemplo de psicoanalista que está al tanto de los desarrollos de las ciencias cognitivas, e incorpora lo que le parece interesante para conceptualizar el proceso de cambio y resistencia al cambio en psicoanálisis. Así se remite al trabajo de Thelen y Smith (1994), que estudian “la naturaleza exquisitamente dependiente del contexto de los procesos de autorregulación del niño en tanto que influyen y son influidos por sus interacciones con sus cuidadores” y concluyen que “el sistema niño-cuidador es un ejemplo de forma emergente dinámica que no responde a un programa predeterminado” (p. 44). Estas investigadoras consideran que todo proceso de cambio en un sistema vivo consiste en pasar de lo que denominan un *estado atractor* a otro, entendiendo por estado atractor la tendencia a relacionarse en función de los patrones característicos de las primeras interacciones en el sistema niño-cuidador. Un estado atractor sería un camino neurológico bien asentado que se activa fácilmente en circunstancias similares, como lo definen también Westen y Gabbard (2002).

Es impresionante ver cómo Stolorow, utilizando conceptos más modernos, sigue la senda iniciada por Ferenczi cuando se preocupaba por la cuestión del trauma y la retraumatización. Él también habla de un trauma bifásico en la interacción con los cuidadores en la infancia:

En la primera fase, el niño experimenta una herida, violación, rechazo o desengaño en su relación con el cuidador, y eso le produce una reacción dolorosa. En la segunda fase, el niño anhela una respuesta sintónica que pueda modular, contener y mejorar su estado afectivo reactivo de dolor. Cuando, en vez de eso, el dolor del niño no encuentra una respuesta sintónica, el niño percibe que sus sentimientos reactivos dolorosos no son bien recibidos o dañan al cuidador y deben ser secuestrados defensivamente para mantener el vínculo que le es necesario. Este afecto abortado se convierte en una fuente de conflicto interno y de vulnerabilidad a los estados traumáticos de por vida. Además el niño a menudo se convence de que sus sentimientos dolorosos y amenazantes son manifestaciones de que en él hay algo defectuoso o inherentemente malo. (Stolorow, 1997, p. 344).

Para que el sistema analista-paciente no se convierta en una repetición retraumatizante, para poder desestabilizar el estado atractor inicial y ofrecer nuevas posibilidades de desarrollo, la experiencia de relación tendrá que permitir que el paciente vaya aumentando la confianza en que el analista será capaz de recibir y contener sus reacciones emocionales ante las experiencias de sentirse herido y decepcionado. El analista así podrá ocupar en la transferencia el lugar de las figuras que anhelaba y no tuvo, capaces de reconocer y validar su realidad psíquica.

## **DE LA TRANSFERENCIA COMO DESPLAZAMIENTO A LA TRANSFERENCIA COMO PATRÓN ORGANIZADOR**

Desde la perspectiva relacional, pues, vemos que la transferencia ya no se piensa en términos de proyección y desplazamiento, sino gradualmente, y a través de la integración de la ciencia cognitiva, se entiende como: a) asimilación de la situación nueva con una situación antigua similar; b) respuesta semejante a la que resultó útil en la antigua situación; y, c) modificación, para mejor adaptación, de la respuesta antigua.

Por tanto, la transferencia es la manera cómo el sujeto organiza la relación con el analista de acuerdo con todas sus experiencias y formas de respuesta, conscientes e inconscientes. Es decir, no se repiten las mismas formas de relación con las primeras figuras cuidadoras, sino modificadas por todo el bagaje de experiencias, que serán más o menos retraumatizantes o más o menos favorecedoras del desarrollo.

Diferentes psicoanalistas relacionales dan nombres diferentes a esta función de la transferencia como modelo organizador. J. Coderch enumera algunos, diciendo que todos se refieren a la misma función, aunque con algunas pequeñas y distintas matizaciones: así tenemos *la transferencia como modelo organizador* (J. Fosshage, T. Davis, J. Nahum, J. Coderch); *los principios organizadores* (D. Orange, G. Atwood y R. Stolorow); *los patrones cognitivo/afectivos organizadores de la experiencia* que rigen en el inconsciente relacional (J. Fosshage); *los modelos internos de trabajo* (J. Bowlby); *las representaciones internas generalizadas* (D. Stern); *el conocimiento relacional implícito* (BPCSG); *los esquemas mentales* (Dorpat y Miller); *el inconsciente bipersonal* (K. Lyons-Ruth), etc. (Coderch, 2018, p. 84).

En lo que cada vez hay más acuerdo es en cuestionar la visión de una transferencia del paciente que pueda ser reconocida objetivamente, interpretada y separada de las contribuciones del analista. Los psicoanalistas relacionales valoran mucho la aportación de I. Z. Hoffman (1998) quien, desde una perspectiva constructivista, considera que el analista siempre está influyendo, a través de su comportamiento real, en la experiencia que tiene el paciente de la situación analítica. Por ejemplo, si el analista está en silencio y alejado emocionalmente, el paciente puede desarrollar una transferencia hacia el analista como una figura remota y fría. Mientras que parte de esta percepción puede estar relacionada con objetos del pasado del paciente, gran parte de ella está relacionada con el comportamiento del analista en el marco analítico. Westen y Gabbard lo resumen muy bien con estas palabras:

Las reacciones transferenciales se entienden mejor como construidas a partir de una combinación de las disposiciones permanentes del paciente para reaccionar de formas determinadas en condiciones determinadas, las características de la situación analítica y las interacciones entre paciente y analista (2002).

Podría decirse que la situación analítica llevada desde el esquema clásico de distancia, intento de anonimato, frialdad, etc., es una situación traumática que lleva al paciente a respuestas defensivas para evitar ser retraumatizado, como lo fue en su infancia, cuando se originó su psicopatología. Desde la concepción relacional, el psicoanalista trata de configurar una forma de relación hospitalaria y generadora de confianza, porque solo así el paciente tendrá una oportunidad para modificar sus respuestas defensivas y abandonar sus patrones de respuesta perturbados y patológicamente organizados. Como dice J. Coderch:

El encuadre tradicional va dirigido a crear las condiciones para la reactivación de los conflictos intrapsíquicos (persistentemente concebidos como conflictos de raíz edípica) en la transferencia, y

su disolución a través de las interpretaciones del analista. Pero para nosotros, que rechazamos, tal como ha hecho la antropología, la idea de la universalidad del complejo de Edipo, el objetivo del psicoanálisis no tiene como meta el descubrimiento de lo oculto por represión para hacerlo consciente, sino el de ayudar al paciente a reconfigurar su mundo emocional a través de la interacción y de la nueva experiencia terapéutica vivida con el analista. (2018, p. 314).

### **¿TRANSFERENCIA O TRANSFERENCIAS?**

J. L. Fosshage (1994/2016, p. 376), en la misma línea, considera que si concebimos la transferencia como un patrón organizador, es decir, un patrón implícito y explícito de organización basado en las experiencias vividas, que cumple una función adaptativa esencial para gestionar nuestra vida, es evidente que este patrón se activará en cualquier relación que tenga el paciente, no solo en la relación analítica. Los patrones organizadores funcionan: primero, estableciendo expectativas de acuerdo a las experiencias vividas; segundo, prestando atención selectiva hacia las señales que cumplen nuestras expectativas; tercero, atribuyendo significado a estas señales; y, cuarto, generando interacciones interpersonales de forma que se tienda a confirmar y validar dichas expectativas.

Una vez establecidos, los patrones de organización varían mucho según su disposición al cambio: pueden ser más flexibles o más rígidos, y se activan en cualquier contexto relacional. Por lo tanto, sería recomendable que los psicoanalistas dejen de sentirse obligados a interpretar sistemáticamente todo lo que nos plantea el paciente como dificultades en las relaciones que le hacen sufrir para centrar su atención en la relación con el analista. La hipótesis de Fosshage es que el uso sistemático de la interpretación con el objetivo de generar una neurosis de transferencia genera un círculo vicioso agotador y el paciente no se siente escuchado ni reconocido en su experiencia. Otra vez resuenan aquí las palabras de Ferenczi sobre la interpretación egocéntrica maquinal del analista que le aburría sin remedio, citadas más arriba en este artículo.

Como dice Fosshage (1994, p. 376), el análisis de la transferencia suele referirse exclusivamente a su aparición dentro de la relación analítica y pasa a ser el foco central del tratamiento psicoanalítico. Cuando un paciente hace hincapié en aspectos problemáticos de una relación fuera de la relación analítica, nos han enseñado a pensar que el paciente *en realidad* está hablando de la relación analítica, y estamos obligados *a llevar* de vuelta su atención a la transferencia dentro de la relación analítica. Pero si pensamos desde el punto de vista de cuáles son los principales patrones de organización con los que el paciente asimila y construye su experiencia relacional, está claro que no vamos a interesarnos solo por *la* transferencia sino por *las* transferencias, que se activan en cualquier contexto relacional, no solo en la relación con el analista. Se trataría de ampliar el foco del análisis para mejorar la conciencia reflexiva sobre patrones organizadores desvitalizantes y esencialmente limitantes y sus orígenes relacionales, explorando conjuntamente dónde y con quién se activaron. Como dice Coderch, cuando los pacientes piden ayuda, lo hacen porque sufren, y la causa de su sufrimiento tiene que ver con el predominio de patrones desadaptativos, rígidos y repetitivos en cualquier circunstancia. Por tanto, no es únicamente en la situación *aquí y ahora* de la sesión en donde pueden ser analizados, sino también en el diálogo acerca de todos los avatares de la vida cotidiana del paciente (2018, p. 84).

### **LA CONTRATRANSFERENCIA COMO MANIFESTACIÓN DE LA ACTIVIDAD ORGANIZADORA DEL ANALISTA**

Si seguimos el modelo de la transferencia como un patrón organizador que se activa en las relaciones del paciente, lo mismo diremos sobre la contratransferencia del analista. La contratransferencia del analista no es la respuesta a la transferencia del paciente, ni la expresión de la patología del analista, sino, lo mismo que la transferencia, la manera cómo el analista organiza su relación con el paciente de acuerdo con todas sus experiencias y conocimientos. Y juntas, transferencia y contratransferencia, forman un sistema intersubjetivo de influencia recíproca (D. Orange habla de contratransferencia [Orange, 1994]).

Orange, Atwood y Stolorow (2012) destacan los aspectos defensivos e ilusorios de lo que ellos llaman los mitos de la neutralidad analítica: el mito de la interpretación sin sugestión, el mito de la transferencia no contaminada, el mito de la objetividad y el mito de la mente aislada para concebir el contexto de la díada analizando-analista como un sistema vivo e interactivo. El aquí y ahora incluye los mundos subjetivos interactuantes y las actividades organizativas de paciente y analista, incluyendo las teorías del analista y los mundos culturales de ambos participantes. Cuando se producen atascos en el proceso analítico, estos autores no piensan que “el paciente se está resistiendo”, sino que se preguntan cómo analista y paciente han co-construido este “cuello de botella”. No se preguntan solo sobre la historia del paciente y la organización emocional que determina sus convicciones, sino también sobre las suyas propias, así como sobre los compromisos teóricos que les pueden estar atrapando en “puntos ciegos” (pp. 135-6).

Así que los psicoanalistas relacionales consideran imprescindible prestar atención a la contratransferencia. Pero, como plantea Mitchell (2015), ¿qué hacemos con ella: interpretamos o no interpretamos? ¿revelamos o no revelamos? ¿nos expresamos o mantenemos la reserva? Una vez que han sido abandonados los principios de neutralidad y abstinencia ¿cómo decidimos lo que hacemos? Si hay algo característico de los psicoanalistas relacionales es que no vacilan a la hora de plantearse interrogantes sobre su quehacer y toleran bastante bien la incertidumbre. Como dice D. Stern (1990) la contratransferencia generalmente posee una cualidad “inesperada”: nos coge por sorpresa.

Aquí vienen en nuestra ayuda las aportaciones del Grupo de Boston [BPCSG] con su perspectiva del proceso terapéutico como basado en el conocimiento relacional implícito a las que alude J. Coderch cuando escribe:

Concibo el despliegue del proceso psicoanalítico relacional como una partida que se juega en el campo de la reorganización del inconsciente relacional a través de la mutua interacción, de la hetero y auto regulación y del constante diálogo entre las experiencias implícitas del paciente y las del terapeuta, siempre subyacentes a lo explícito y a todo intercambio, verbal o no. (2018, p. 55).

Y es que si las primeras experiencias de relación entre el niño y el cuidador, tanto las positivas como las negativas, han sido asimbólicas y no verbales, pero muy determinantes en la experiencia del sujeto, solo se podrá llegar a ellas a través de la sintonización psicobiológica de las mentes corporeizadas de paciente y analista, no solo con el contenido semántico de las palabras. O, como dice Coderch, “el cambio psíquico solo puede lograrse como resultado de la interacción, implícita y explícita, entre los dos sistemas dinámicos, intersubjetivos, adaptativos y no lineales que constituyen paciente y terapeuta” (2018, p. 56).

Desde su primer trabajo sobre los mecanismos no interpretativos en la terapia psicoanalítica (1989), el Grupo de Boston ha hecho una aportación muy importante al desplazamiento del papel de la interpretación y el *insight* como los agentes del cambio terapéutico al papel fundamental del encuentro entre las emociones de paciente y analista como promotor del cambio: a partir de entonces en el mundo psicoanalítico se debate sobre el peso relativo de la interpretación y la relación en el proceso de cambio. Coderch ya escribía sobre lo que él llamaba “la segunda función de la interpretación” en su libro clásico sobre la interpretación de 1995 para referirse a que el efecto positivo de las interpretaciones no depende fundamentalmente de su contenido explicativo sino de que el paciente se sienta atendido, escuchado, reconocido, en suma, lo que podemos llamar el trabajar *codo con codo* paciente y analista (Coderch, 1995, p. 456). Y actualmente añade que, debido a lo que ya conocemos sobre la sintonización psicobiológica y el diálogo entre los cerebros, el paciente percibe el afecto, acompañamiento, reconocimiento, etc. del analista o la falta de ello. No se puede engañar a los pacientes, como no se puede engañar a los niños (Comunicación personal, julio 2018)<sup>4</sup>.

Podríamos decir que el concepto de contratransferencia ya no tiene mucho interés para los psicoanalistas relacionales, que prefieren pensar en términos de mutua influencia bidireccional entre analista y paciente, de cómo aproximarnos por tanteo a los afectos disociados defensivamente por miedo a que se produzca una desregulación excesiva, un “tsunami”, como lo llama Bromberg (2017), que reduzca la capacidad de confianza en la relación terapéutica por no haber calibrado bien la vulnerabilidad del paciente a la hora de intervenir.

## A LA BÚSQUEDA DE LA RESPONSABILIDAD ÓPTIMA

Los psicoanalistas relacionales cada vez están más interesados en el conocimiento relacional implícito que integra afectos, cognición y patrones relacionales, por lo que Bollas llama “lo sabido no pensado” (1987) o el “pasado inconsciente” (Sandler y Fonagy, 1997), aunque pueda ser representado simbólicamente en una etapa posterior. Otro trabajo posterior del Grupo de Boston (2003) plantea que los cambios en los sistemas complejos son impredecibles y emergen más allá de la interacción de elementos. La indeterminación y la sorpresa son propiedades inherentes a los sistemas intersubjetivos. El desorden no es negativo sino potencialmente creativo. Desorden y cocreatividad son intrínsecos al proceso terapéutico. El escenario terapéutico es configurado por una articulación de momentos entre los “patinazos” o deslizamientos entre paciente y terapeuta (solapamientos, colusión) y las opciones de co-creatividad donde pueden empezar a efectuarse nuevos conocimientos relacionales implícitos.

H. Bacal (2017) define la *responsividad óptima* como la respuesta del analista que es terapéuticamente más relevante en cualquier momento particular en el contexto de un paciente en particular y de su malestar. La empatía o introspección vicaria es el proceso por el cual el terapeuta llega a comprender al paciente al sintonizar con su mundo interno. La responsividad óptima, por otro lado, se refiere a las acciones del terapeuta por comunicar su comprensión al paciente.

Los psicoanalistas del Grupo de Boston hablan de “momentos de encuentro” (1989) para referirse a esos momentos en que se encuentran las emociones de analista y paciente, como promotores del cambio terapéutico; L. Aron habla más adelante de *Meeting of Minds* (1996); H. Bacal y B. Herzog (2003) proponen una “teoría de la especificidad” que implica que el analista se posicione a sí mismo observando la adecuación de todas las interacciones analista-paciente a las necesidades terapéuticas continuas del paciente. A. Ávila Espada, en un artículo muy interesante del año 2005, “Al cambio psíquico se accede por la relación”, resume así la teoría de la especificidad:

La responsividad del analista se construye mediante su toma de conciencia de que el proceso terapéutico comprende la operación de un sistema relacional complejo, único y recíproco, para cada día analista-paciente. La tarea del analista es ofrecer respuestas que, en consonancia con su capacidad para interactuar con ese paciente concreto, facilitan las interacciones terapéuticas que serán óptimas para el progreso terapéutico del paciente. (p. 212).

Pero advierte que no se trata de que el analista aporte una “provisión óptima”, porque estamos hablando de una responsividad bidireccional y no de que un agente provea a otro.

Estamos hablando de los fenómenos de responsividad que tienen lugar en la matriz relacional terapeuta-paciente, donde la provisión y la frustración encuentran un punto óptimo de equilibrio en cada momento de la relación, entre las necesidades del paciente y las posibilidades y límites del analista. (p. 212).

Las ventajas de aplicar la teoría de la especificidad en el entorno terapéutico serían:

- Minimizamos los sesgos teóricos
- Evitamos la retraumatización
- Nos acostumbramos a usar un enfoque multiteórico
- Reconocemos que todas las interacciones tienen potencial terapéutico
- Relacionamos la responsividad óptima y la espontaneidad
- Gestionamos los desencuentros y fallos de responsividad óptima
- Trasladamos esta perspectiva al enfoque de la supervisión. (Ávila Espada, 2005, p. 211).

Así que el analista que funciona en el registro de la responsividad óptima tendría algún parecido con la “madre suficientemente buena” de Winnicott (1960/1993) en el sentido de que estaría atento a las señales que da el paciente de lo que espera del terapeuta y a sus reacciones a las respuestas de este. El terapeuta tiene conciencia de su falibilidad, de las limitaciones de su comprensión, cae en la cuenta de sus errores y trata de echar mano de todos sus recursos.

## CONCLUSIÓN Y RESUMEN

Desde la perspectiva relacional se considera que la transferencia es un fenómeno psíquico que se da en la vida cotidiana y en la relación con todos los seres humanos, fuera y dentro del análisis. Consiste en el proceso a través del cual organizamos cada situación en la que nos encontramos, desde las más importantes hasta las más insignificantes, de acuerdo con todos nuestros conocimientos, aprendizajes y experiencias del pasado, nuestra situación actual y nuestras perspectivas de futuro, tanto conscientes como inconscientes, y esto tanto en la situación analítica como en la realidad externa. La transferencia es un fenómeno universal. Es más útil hablar de transferencias.

Lo que los psicoanalistas solemos llamar transferencia es la manera cómo el paciente organiza la situación analítica. De la misma manera que lo hace el analista, y a eso lo llamamos contratransferencia.

Estos patrones organizativos influyen continuamente en los asuntos de nuestra vida, muy especialmente en nuestras relaciones con los otros, pero también son influidos por ellos, y no permanecen siempre de la misma manera.

En la relación con el analista surgen únicamente, de manera limitada, algunos aspectos y dimensiones de tales experiencias pasadas y patrones de respuesta. Si no prestamos atención a los sucesos de la vida del paciente, conocemos a este de manera muy parcial y mutilada. Por tanto, el analista debe prestar tanta atención a lo que sucede *aquí y ahora*, como a lo que tiene lugar en la vida de cada día del paciente, y analizar una y otra situación.

Con respecto al clásico *aquí y ahora*, como una pura situación entre dos personas sin interferencia de ninguna otra cosa, esto parece una entelequia, puesto que paciente y analista llevan en sus espaldas todo el bagaje de la vida que han vivido hasta este momento y toda su perspectiva de futuro, y este bagaje condiciona de raíz todo su encuentro.

El analista se sirve de su contratransferencia, tanto consciente como inconscientemente, para reconocer los estados mentales del paciente y tratar de responder de una manera *óptima* a las necesidades del paciente en cada momento de la sesión, con palabras y con lenguaje no verbal (gestos, entonación, expresión facial, actitud o silencio), intentando no regirse por normas o protocolos.

La propuesta de *llevar al paciente a la transferencia* se considera una estratagema *técnica* muy desafortunada, basada en la concepción de la transferencia como desplazamiento y proyección, y esto no tiene nada que ver con la teoría del conocimiento. El hecho de referir las asociaciones del paciente sistemáticamente a la figura del analista interfiere con el pensamiento verídico del paciente e impide que este establezca de manera genuina y espontánea la relación con el terapeuta. En lugar de ello, se instaura una relación falseada por las interpretaciones del analista.

En la respuesta óptima reside la clave de la modificación del inconsciente relacional. Y a lo óptimo solo se llega con una actitud permanente de búsqueda de sintonía afectiva, no solo de comprensión cognitiva, de apertura a la co-creatividad en el encuentro entre las dos subjetividades de paciente y analista, de reconocimiento de los fallos, de negociación y renegociación siempre que sea necesario.

Y para poder responder emocionalmente de esta manera, se requiere cultivar aspectos de la propia personalidad como son la empatía, tolerancia a la incertidumbre, la capacidad de sorpresa, de improvisación, de espontaneidad y de curiosidad.

## REFERENCIAS

- Aron, L. y Harris, A. (1993). Sándor Ferenczi. Discovery and rediscovery. En *The Legacy of Sandor Ferenczi* (pp. 1-35). Hillsdale, Estados Unidos: Analytic Press.
- Aron, L. (1996). *Meeting of Minds*. Hillsdale, Estados Unidos: The Analytic Press
- Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 2(7), 195-220.
- Ávila Espada, A. (2013). La tradición interpersonal. *Perspectiva social y cultural en psicoanálisis* [Colección Pensamiento Relacional nº 8]. Madrid, España: Ágora relacional.
- Bacal, H. A. (2017). La responsividad óptima y el proceso terapéutico. *Clínica e Investigación Relacional*, 11(1), 22-50. En: <https://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTA-On-line/CeIR-Valoreycomente-los-trabajos-publicados/ID/605/LA-RESPONSIVIDAD-OPTIMA-Y-ELPROCESO-TERAPEUTICO-Howard-A-Bacal>
- Bacal, H. A. y Herzog, B. (2003). Specificity theory and optimal responsiveness. *An Outline. Psychoanalytic Psychology*, 20(4), 635-648.
- Balint, M. (1957). Sándor Ferenczi, obit 1933. En *Problems of Human Pleasure and Behaviour*. Londres, Reino Unido: The International Psycho-Analytical Library. (Original publicado en 1933).
- Balint, M. (1965). Changing Therapeutical Aims in Psycho-analysis. En *Primary Love and Psycho-analytic Technique* (pp. 209-222). Londres, Reino Unido: Tavistock. (Original publicado en 1949).
- Bertalanffy, L. (1968). *General Systems Theory*. Nueva York, Estados Unidos: Braziller.
- Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. Nueva York, Estados Unidos: Columbia University Press.
- Bollas, C. (2001). Freudian Intersubjectivity: Commentary on Paper by Julie Gerhardt and Annie Sweetnam. *Psychoanalytic Dialogues*, 11, 93-105.
- Boston Change Process Study Group (BCPSG). (1989). Non interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 1051-1062.
- Boston Change Process Study Group (BCPSG). (2003). The “something more” than interpretation revisited: sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 693-729.
- Bowlby, J. (1988). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona, España: Paidós
- Bromberg, P. (2009). Truth, human relatedness and interpersonal relational process. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 347-361.
- Bromberg, P. (2017). La sombra del tsunami y el desarrollo de la mente relacional [Colección Pensamiento Relacional nº 18]. Madrid, España: Ágora Relacional.
- Coderch, J. (1995). *La interpretación en psicoanálisis*. Barcelona, España: Herder
- Coderch, J. (2018). Las experiencias terapéuticas en el proceso psicoanalítico. Un estudio del cambio psíquico desde la teoría de los sistemas dinámicos, intersubjetivos y no lineales [Colección Pensamiento Relacional nº 19]. Madrid, España: Ágora Relacional.
- Daurella, N. (2000). El caso Ferenczi o el retorno de lo reprimido. *Intercanvis/Intercambios, Papeles de Psicoanálisis*, 5, 7-13.
- Daurella, N. (2012). Trauma y retraumatización. De Ferenczi a Fonagy pasando por la teoría del attachment y las neurociencias. *Temas de Psicoanálisis*, 3. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/2012/01/01/trauma-y-retraumatizacion-deferenczi-a-fonagy-pasando-por-la-teoria-del-apego-y-la-neurociencia-1/>
- Daurella, N. (2013). Falla básica y relación terapéutica. Las aportaciones de Michael Balint a la concepción relacional del psicoanálisis [Colección Pensamiento Relacional nº 9]. Madrid, España: Ágora relacional.
- Ferenczi, S. (1984), Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y el de la pasión. En *Obras Completas* (Vol. IV, pp.139-149). Madrid, España: Espasa Calpe. (Original publicado en 1932).
- Ferenczi, S. (1997). Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Original publicado en 1932).
- Fonagy, P. (2004), *Teoría del apego y psicoanálisis*, Barcelona, España: Espax.

- Fosshage, J. L. (1994). Toward reconceptualising transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 265-280.
- Fosshage, J.L. (2016). Los modelos cambiantes de la transferencia y sus implicaciones clínicas: Supuestos residuales que difícilmente mueren. *Clínica e Investigación Relacional*, 10(2), 373-392. En: <https://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTA-On-line/CeIR-Valore-ycomente-los-trabajos-publicados/ID/564/Los-modelos-cambiantes-de-laTransferencia-y-sus-implicaciones-clinicas-Supuestos-residuales-que-dificilmentemueren-James-L-Fosshage>
- Freud, S. (1973a). *Psicoanálisis* (L. López Ballesteros y De Torres, Trad.). En *Obras Completas* (Vol. II, pp. 1533-1563). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1909).
- Freud, S. (1973b). El porvenir de la terapia psicoanalítica (L. López Ballesteros y De Torres, Trad.). En *Obras Completas* (Vol. II, pp. 1564-1570). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1910).
- Freud, S. (1973c). La dinámica de la transferencia psicoanalítica (L. López Ballesteros y De Torres, Trad.). En *Obras Completas* (Vol. II, pp. 1648-1653). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1912).
- Freud, S. (1973d). Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico (L. López Ballesteros y De Torres, Trad.). En *Obras Completas* (Vol. II, pp. 1654-1660). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1912).
- Freud, S. (1973e), *Psicología de las masas y análisis del yo* (L. López Ballesteros y De Torres, Trad.). En *Obras Completas* (Vol. III, pp. 2563-2610). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1921).
- Gallese, V. y Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mindreading. *Trends in Cognitive Science*, 2, 493-501.
- Gallese, V. (2011). Neuronas Espejo, Simulación Corporeizada y las Bases Neurales de la Identificación Social. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(1), 34-59. Recuperado de <https://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTA-On-line/CeIR-Valore-ycomente-los-trabajos-publicados/ID/228/Neuronas-espejo-simulacion-corporeizada-y-las-bases-neurales-de-la-identificacion-social-Vittorio-Gallese>
- Heimann, P. (1989). On countertransference. En M. Tannesmann (Ed.) *About Children and Children-no longer: Collected papers 1942-80* (pp. 73-79). Londres, Gran Bretaña: Routledge, (Original publicado en 1949).
- Hoffman, I. Z. (1998). *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process*. Hillsdale, Estados Unidos: Analytic Press
- Kahn, M. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the child*, 18, 236-286.
- Lothane, Z. (2003). What did Freud say about Persons and Relations? *Psychoanalytic Psychology*. 20(4), 609-617.
- Martín Cabré, L. (2017). *Autenticidad y reciprocidad. Un diálogo con Ferenczi*. Buenos Aires, Argentina: Biebel.
- Mitchell, S. A. (2015). *Influencia y autonomía en psicoanálisis* [Colección Pensamiento Relacional nº 8]. Madrid, España: Agora Relacional.
- Orange, D. (1994). Countertransference, empathy and the hermeneutical circle. En R. Stolorow, G. Atwood y B. Brandchaft (Eds.) *The Intersubjective Perspective* (pp. 177-186). Northvale, Estados Unidos: Aronson.
- Orange, D., Atwood, G. E. y Stolorow, R. (2012). *Trabajando intersubjetivamente. Contextualismo en la práctica psicoanalítica* [Colección Pensamiento Relacional nº 6]. Madrid, España: Ágora Relacional.
- Rodríguez Sutil, C. (2010). *Introducción a la obra de Ronald Fairbairn. Los orígenes del pensamiento relacional* [Colección Pensamiento Relacional nº1]. Madrid, España: Ágora Relacional.
- Sandler, J. y Fonagy, P. (Eds.) (1997). *Recovered Memories of Abuse: True or False*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Stern, D. (1990). Courting surprise. *Contemporary Psychoanalysis*, 26, 452-476.
- Stern, D. (1997). *Unformulated Experience: From Dissociation to Imagination*. Hillsdale, Estados Unidos: The Analytic Press.
- Stolorow, R. D. (1997). Dynamic, Dyadic, Intersubjective Systems: An Evolving Paradigm for Psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 14, 337-346.

- Sullivan, H. S. (1959). La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires, Argentina: Psique. Thelen, E. y Smith, L. (1994). A dynamic systems approach to the development of cognition and action. Cambridge, Estados Unidos: MIT Press.
- Thompson, C. (1950). Psychoanalysis: Evolution and Development. Nueva York, Estados Unidos: Grove Atlantic Monthly Press.
- Thompson, C. (1964). Interpersonal Psychoanalysis: the selected papers of Clara M. Thompson. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Waddington, C. (1977). Tools for thought. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Westen, D. y Gabbard, G. (noviembre, 2002). Desarrollos en la neurociencia cognitiva II. Implicaciones para las teorías de transferencia. Aperturas Psicoanalíticas, 12. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=214>
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the Counter-Transference. International Journal of Psychoanalysis, 30, 69-74.
- Winnicott, D. W. (1993). La teoría de la relación entre progenitores e infantes. En Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Original publicado en 1960).

(\* Sociedad Española de Psicoanálisis IARPP-E (Sección española de la International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy)

**Publicado en:** Revista Aperturas Psicoanalíticas, 59 (2018), e27, 1-21.  
2018 Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. ISSN 1699-4825.

**Versión electrónica:**

<http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/cc2018n059a5.pdf>

*Volver a Artículos Clínicos*  
*Volver a Newsletter 22-ex-76*

## Notas al final

- 1.- Todo un reconocimiento por parte de Lewis Aron, que fue presidente fundador de la IARPP (International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy) tras la muerte prematura de Stephen Mitchell el 21 de diciembre de 2000.
- 2.- Los teóricos británicos de las relaciones objetales se quisieron diferenciar del grupo kleiniano porque Melanie Klein, pese a haber vivido también una primera experiencia de análisis con Ferenczi, se mantuvo fiel a una perspectiva unipersonal pura, y cuando hablaba de relaciones se refería a relaciones de objeto internas, en gran medida independientes de la experiencia real con los otros. Aunque otros analistas de su grupo, como Paula Heimann, con su exploración de los aspectos útiles de la contratransferencia (1949/1989) y bastantes post-kleinianos se fueron aproximando progresivamente a la perspectiva relacional.
- 3.- Balint usa el concepto de *relación de objeto*, lo mismo que Winnicott habla del *uso del objeto*, en un sentido diferente al freudiano de *objeto de la pulsión* o al kleiniano de *relación con los objetos internos*, como equivalente a relación entre personas.
- 4.- Agradezco la valiosa contribución de Joan Coderch con sus comentarios sobre este artículo, y por sus libros que han sido un referente para los interesados por el psicoanálisis relacional en lengua castellana, especialmente los de los últimos años.