

CONTRATRANSFERENCIA, AUTENTICIDAD Y AUTODEVELACIÓN DEL TERAPEUTA: APROXIMACIONES DESDE EL PSICOANÁLISIS RELACIONAL Y LA PSICOTERAPIA HUMANISTA-EXISTENCIAL

MATÍAS MÉNDEZ¹

Fecha de recepción: junio de 2021

Fecha de aceptación y versión definitiva: octubre de 2021

RESUMEN: El objetivo de este trabajo es articular un diálogo tentativo entre las propuestas del psicoanálisis relacional en torno a la naturaleza de la contratransferencia y el uso de esta en la promoción del cambio terapéutico y ciertos desarrollos humanistas-existenciales acerca de la autenticidad y la autodevelación del terapeuta. En primer lugar, se repasa la evolución del concepto de la contratransferencia en psicoanálisis, para luego ahondar en ciertas propuestas relacionales a propósito del abordaje clínico de la misma. En segundo lugar, se revisan los conceptos de autenticidad y autodevelación en la tradición humanista-existencial, enfatizando sus coincidencias con el pensamiento relacional contemporáneo.

PALABRAS CLAVE: contratransferencia; autenticidad; autodevelación; psicoanálisis relacional; psicoterapia humanista-existencial.

Countertransference, authenticity, and therapist self-disclosure: approaches from relational psychoanalysis and humanistic-existential psychotherapy.

ABSTRACT: The aim of this paper is to articulate a tentative dialogue between ideas about the nature of countertransference and its use in the promotion of therapeutic change, as proposed by relational psychoanalysis, and certain humanistic-existential developments related to the therapist's authenticity and self-disclosure. First, the evolution of the concept of countertransference in psychoanalysis is reviewed, to then delve into some key relational ideas regarding its clinical use. Second, the concepts of authenticity and self-disclosure

¹ Universidad Diego Portales, Chile. Correo electrónico: ps.matiasmendez@gmail.com.

within the humanistic-existential tradition are examined, emphasizing coincidences with contemporary relational thought.

KEY WORDS: Countertransference; authenticity; self-disclosure; relational psychoanalysis; humanistic-existential psychotherapy.

1. INTRODUCCIÓN

En décadas recientes, el campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica ha sido el escenario de una serie de transiciones teórico-clínicas de muy amplio alcance, las que incluyen la irrupción de nuevos modelos teóricos, la aparición de nuevas metodologías de investigación y estrategias de intervención, la recepción de nuevos marcos filosóficos y un creciente intercambio con otras disciplinas científicas afines como la neurociencia cognitiva y la investigación de infantes (Coderch, 2010, 2012; Sassenfeld, 2012, 2019). Estos movimientos han jugado un papel de central relevancia en la conformación de lo que hoy conocemos como la orientación relacional del psicoanálisis contemporáneo, un enfoque que reúne diferentes propuestas que comparten un conjunto de premisas teóricas más o menos transversales y que han aportado nuevas perspectivas para la reflexión y la práctica psicoanalíticas (Aron y Mitchell, 1999).

Muchas de las ideas que forman parte de la identidad teórica de este movimiento fueron formuladas originalmente por algunos destacados pioneros del psicoanálisis: S. Ferenczi, O. Rank, D. Winnicott y H. S. Sullivan, entre otros (Mitchell, 1988). Continuando con el legado de estos importantes autores, el enfoque relacional ha logrado posicionarse como una alternativa válida frente a las escuelas más próximas a la ortodoxia psicoanalítica. Si bien se trata de un ámbito diverso en los planos filosófico, teórico y práctico, la orientación relacional se ha consolidado como un movimiento coherente, capaz de proveer un marco conceptual robusto y de gran utilidad a la hora de pensar y de ejercer la clínica (Aron y Mitchell, 1999; Sassenfeld, 2019).

La influencia del pensamiento relacional no se ha limitado exclusivamente al campo específico del psicoanálisis. Muchas de las innovaciones relacionales han sido recibidas y adoptadas por profesionales que adscriben a otras corrientes psicológicas, como el enfoque humanista-existencial (Hycner, 1991; Hycner y Jacobs, 1995; Jacobs, 1992; Mearns y Cooper, 2011; Tobin, 1990), la psicoterapia corporal (Ben-Shahar, 2012; Little, 2013; Soth, 2013) e incluso el paradigma transpersonal (Blackstone, 2007). En el caso puntual de

la orientación humanista-existencial, la influencia ejercida por las vertientes relacional e interpersonal del psicoanálisis se remonta a los primeros años de su consolidación como un movimiento autónomo dentro de la psicología moderna (Hofmann, 2003). Las propuestas de algunos fundadores de la tercera fuerza norteamericana –C. Rogers, A. Maslow, R. May, J. Bugental, entre otros– fueron concebidas teniendo en cuenta los desarrollos teórico-clínicos de importantes psicoanalistas disidentes y de orientación relacional (Hofmann, 2003; Kramer, 2019). A pesar del casi nulo reconocimiento de estas fuentes en los textos fundacionales de la tercera fuerza, el influjo de las ideas de Ferenczi, Rank, Sullivan y otros connotados neo-freudianos se percibe claramente en la forma que adoptó la psicoterapia humanista-existencial (Hofmann, 2003).

En la actualidad, son varios los autores y autoras humanistas que incorporan en sus planteamientos algunas de las ideas centrales de los modelos relacionales, o que subrayan la afinidad de ambos modelos. Tobin (1990), por ejemplo, ha propuesto que los postulados de la Psicología Psicoanalítica del *Self*, desarrollada originalmente por Heinz Kohut (2009a, 2009b), pueden ser incorporados de manera coherente al repertorio teórico-clínico de los psicoterapeutas humanistas-existenciales. Asimismo, Jacobs (1992) ha demostrado que los conceptos clave del modelo de Kohut y de la Teoría de los Sistemas Intersubjetivos de Stolorow y colegas (Stolorow y Atwood, 2004; Stolorow et al., 1995; Orange et al., 1997) son plenamente congruentes con las bases teóricas de la *Terapia Gestalt*. Finalmente, Mearns y Cooper (2011) han desarrollado una aproximación a la *Psicoterapia Centrada en la Persona* que incorpora una serie de premisas que provienen de la tradición relacional.

Una de las innovaciones más notables del enfoque relacional tiene que ver con el modo en que se conceptualizan y se abordan terapéuticamente los fenómenos de la transferencia y la contratransferencia. Desde el punto de vista de la tradición troncal del psicoanálisis, ambos fenómenos tienden a ser interpretados como distorsiones psicológicas generadas por la irrupción de fantasías, afectos y memorias relacionadas con los vínculos tempranos de paciente y terapeuta. En el caso de la transferencia, esta es fomentada en la relación con el fin de analizarla, elaborarla y resolverla con la ayuda de las interpretaciones del analista. En el caso de la contratransferencia, en cambio, esta suele ser vista como un obstáculo para el proceso de análisis, pues se piensa que las reacciones inconscientes del terapeuta frente a la presencia de y el material provisto por el paciente tienden a alterar tanto su percepción como su juicio analítico. En este sentido, se espera que el analista sea capaz no sólo de reconocer y resolver su contratransferencia, sino incluso prevenir

su aparición, con el objetivo de preservar la integridad del encuadre analítico (Freud, 1910, 1915).

Los proponentes del enfoque relacional se desmarcan de esta concepción tradicional, abandonando la idea de que los fenómenos (contra)transferenciales consistan en meras distorsiones generadas por la emergencia de material inconsciente no resuelto. Desde el punto de vista relacional, transferencia y contratransferencia son entendidas como el resultado inevitable de las pautas de organización de la experiencia subjetiva y vincular que paciente y terapeuta han forjado a lo largo de su trayectoria vital, especialmente en el contexto de sus primeros vínculos (León y Ortuzar, 2019). De acuerdo con esta visión, las reacciones emocionales, las fantasías y las conductas que ambos participantes despliegan en su relación emergen dentro de una matriz intersubjetiva de influencia mutua, donde sus respectivos patrones inconscientes de organización de la experiencia actúan para coordinar y dar sentido a la interacción con su contraparte (Stolorow et al., 1995; Orange, 1997).

Esta reconceptualización de los fenómenos (contra)transferenciales ha conducido a un nuevo entendimiento sobre la naturaleza y la función de la contratransferencia en el espacio terapéutico. En lugar de tratarse de un obstáculo indeseable para el análisis –o un fallo imputable a un inconsciente insuficientemente analizado–, la contratransferencia es entendida ahora como un aspecto ineludible de la participación del analista en el encuentro con su paciente (Thomson, 1997). En contraposición con el modelo clásico, se propone que es posible hacer un uso analíticamente constructivo de la contratransferencia, ampliando los alcances clínicos de la interacción terapéutica y enriqueciendo el repertorio técnico del que disponen los psicoterapeutas para ayudar a sus pacientes –por ejemplo, con la incorporación de la autodevelación como una estrategia terapéutica válida (Bromberg, 2009; Coderch, 2010; Ehrenberg, 2016). Sobre esta base, los autores y autoras relacionales tienden a incluir, antes que excluir, las reacciones subjetivas del terapeuta dentro del material de análisis (Bromberg, 2009; Ehrenberg, 2016; Stern, 2010).

Algunas de las propuestas analíticas que se enmarcan en esta línea de pensamiento, y que rescatan el potencial terapéutico de la contratransferencia, resultan coherentes con ciertas premisas teórico-clínicas de la orientación humanista-existencial. En general, los modelos humanistas consideran que la autodevelación de la experiencia subjetiva del terapeuta en sesión puede operar como un poderoso catalizador de procesos de cambio en el paciente (Gendlin, 1999; Jourard, 1971; Rogers, 1962; Yalom, 2009). Asimismo, el énfasis humanista en la actitud de «autenticidad» o «congruencia» del terapeuta estructura una forma de participación en la cual la toma de conciencia y

la comunicación oportuna de las reacciones emocionales del clínico cumple una función crucial a la hora de establecer un vínculo genuino, espontáneo y de mutua colaboración con el paciente (Rogers, 1962, 1978; Yalom, 2009).

Ahora bien, autores como Rowan (1998) y Totton (2010) han llamado la atención sobre el hecho de que los psicoterapeutas humanistas tienden a manejar los asuntos transferenciales de manera un tanto descuidada y desprolija, en comparación con sus pares psicoanalíticos. Según explica Totton (2010), parece existir una cierta reticencia a interpretar y clarificar analíticamente las dinámicas transferenciales que se constelan en el encuentro terapéutico, en parte debido a una resistencia de los terapeutas humanistas a asumir con propiedad su posición de poder y autoridad dentro de la relación. Por un lado, esta resistencia puede limitar el acceso a oportunidades de comprensión potencialmente mutativas para el paciente. Y, por otro lado, podríamos incluso interpretar dicha resistencia, precisamente, como una manifestación de la contratransferencia del terapeuta –acaso la posible escenificación de un temor inconsciente a trasgredir, violentar o someter a sus pacientes, o de perder su estatuto de «objeto bueno».

Quienes nos hemos formado en la tradición humanista-existencial tenemos mucho que aprender de nuestros colegas analíticos relacionales, especialmente en lo que refiere al abordaje terapéutico de la contratransferencia. Sobre esta base, en este artículo me propongo articular un diálogo tentativo entre algunos desarrollos relacionales sobre la naturaleza de la contratransferencia y el uso de esta en la promoción del cambio terapéutico y ciertas propuestas humanistas-existenciales acerca de la autenticidad y la autodevelación del terapeuta. Sin pretender ser completamente exhaustivo en la exposición de ambos modelos, lo que deseo es demostrar hasta qué punto las formulaciones de estos dos enfoques en torno a estos temas parecen apuntar hacia una misma dirección, dando cuenta de las posibilidades de intercambio e integración teórico-clínica que existen entre ambas aproximaciones a la práctica terapéutica.

2. HITOS EN LA EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE CONTRATRANSFERENCIA EN EL PENSAMIENTO PSICOANALÍTICO

Las primeras nociones acerca de la contratransferencia fueron introducidas originalmente por Sigmund Freud (1910, 1915). De acuerdo con Freud, la contratransferencia consiste en el conjunto de las reacciones inconscientes que surgen en la mente del analista en respuesta a la transferencia del

paciente (Laplanche y Pontalis, 1996). Tal como ocurre con la transferencia, Freud consideraba que las reacciones contratrtransferenciales conducen a una distorsión de la percepción que el analista tiene de su paciente, la cual se vería de súbito teñida por contenidos inconscientes que remiten, en última instancia, a los propios complejos y conflictos no resueltos del profesional (Freud, 1910).

Desde este punto de vista, los sentimientos contratrtransferenciales fueron interpretados por Freud como un grave obstáculo para el proceso analítico, toda vez que su irrupción tendería a desplazar al terapeuta de su posición de objetividad y neutralidad analítica. Freud (1910) enfatizó que los psicoanalistas debían ser capaces de reconocer y dominar su contratrtransferencia, en lugar de dejarse llevar ciegamente por ella. Esta capacidad se lograría por medio de un trabajo previo de análisis personal –concebido primero como «auto-análisis» y, más adelante, como «análisis didáctico»–, el cual fue prontamente propuesto como un requisito imprescindible para convertirse en analista (Freud, 1910; Oróstegui, 2008).

Evidentemente, esta concepción acerca de la contratrtransferencia derivó en una actitud abiertamente negativa hacia la misma, bajo el supuesto de que las reacciones inconscientes del analista nada pueden aportar al desarrollo del proceso analítico (Gelso y Hayes, 2007). A todas luces, esta actitud se deriva directamente de los supuestos filosóficos y epistemológicos que sustentaron el proyecto freudiano. Concretamente, el compromiso filosófico contraído por Freud con las premisas científicas, materialistas y positivistas de su entorno cultural lo condujo a adoptar una actitud objetivista que se trasluce claramente en su opinión acerca de los efectos deletéreos de la contratrtransferencia para el análisis (Mitchell, 2015). El rol del analista fue descrito por Freud como el de un observador científico neutral y desapegado que estudia el material provisto por el paciente desde una atalaya epistemológica que prevendría la influencia de su propia subjetividad en la comprensión de su objeto de estudio (Aron, 2013; Mitchell, 2015). Vistos bajo este prisma, los sentimientos contratrtransferenciales no pueden sino ser entendidos como una variable que debe ser aislada del campo de investigación, con el fin de preservar la objetividad de las pesquisas analíticas.

Esta visión negativa acerca del rol de la contratrtransferencia en psicoanálisis fue prontamente cuestionada por uno de los colaboradores más cercanos de Freud: el psicoanalista húngaro Sándor Ferenczi (1919, 1932, 1933). Desviando su pensamiento de la ortodoxia freudiana, Ferenczi criticó lo que él identificó como una «resistencia a la contratrtransferencia» entre sus colegas, afirmando que cualquier intento por suprimir o controlar la expresión genuina de los propios sentimientos puede afectar negativamente el desarrollo

del análisis. Más específicamente, el autor afirmó que la absoluta abstinencia del analista en lo que respecta a sus reacciones emocionales de cara a su paciente puede «retardar la aparición de la transferencia», e incluso volverla imposible (Ferenczi, 1919, p. 188).

En este contexto, Ferenczi (1933) se mostró particularmente crítico ante lo que él llamó la «hipocresía profesional» del analista. Dicha hipocresía se expresaría, por un lado, en la pretensión de estructurar la relación analítica de un modo rígido y artificial, del todo diferente a las situaciones reales de la vida cotidiana (Ferenczi, 1932). Por otro lado, la regla del anonimato y la total abstinencia del analista respecto de sus propios sentimientos y demás experiencias subjetivas durante la sesión no harían sino ocultar a la persona que es el clínico detrás de una máscara profesional, derivando en una actitud inauténtica, incluso cínica. Finalmente, el autor advirtió que la completa reserva del terapeuta y sus obcecados intentos por preservar la pureza del encuadre analítico pueden evocar en el paciente una actitud de sumisión, la cual resultaría, en el mejor de los casos, en un obstáculo para el éxito del análisis y, en el peor, en una retraumatización del paciente (Daurella, 2018; Hidas, 1993).

Las observaciones de Ferenczi han mantenido su actualidad a través del trabajo de numerosos analistas relacionales contemporáneos (Aron, 2013; Brandchaft et al., 2010; Orange, 2013). Brandchaft (Brandchaft et al., 2010; Brandchaft y Stolorow, 1990), por ejemplo, expresó su preocupación respecto del potencial iatrogénico del encuadre analítico clásico, considerando que la imposición unilateral de las reglas analíticas tradicionales –por ejemplo, la norma de no gratificación– puede significar para el paciente una repetición de las experiencias relacionales traumáticas que condujeron a la formación de su psicopatología. En esta misma línea, Orange (2013) –aludiendo directamente al pensamiento de Ferenczi– plantea que «si un terapeuta, protegiendo su propia vulnerabilidad emocional, enfrenta un paciente [...] con la actitud analítica tradicionalmente “neutral” y distante, no existirá esperanza alguna» para la persona (p. 93).

Otro importante hito en la conceptualización de la contratransferencia tuvo lugar dentro del movimiento de la *Teoría de las Relaciones Objetales*. Si bien Melanie Klein tendió a mantener una posición muy próxima a la de Freud a propósito del lugar de la contratransferencia en el análisis, algunas autoras y autores post-kleinianos como Heimann (1950), Racker (1953, 1957) y Bion (1962, 1963) contribuyeron nuevas perspectivas a propósito del uso clínico de las reacciones subjetivas del analista, planteando que estas no deben ser consideradas solamente como un obstáculo para el trabajo analítico, sino también como una poderosa herramienta terapéutica. En general,

dichos autores concibieron la contratransferencia como una valiosa fuente de información para acceder a un entendimiento más profundo y directo del inconsciente del paciente. Bion (1963), por ejemplo, planteó que algunos de los sentimientos que experimenta el analista en sesión pueden provenir, de hecho, de la propia mente inconsciente del paciente, vía el mecanismo de la identificación proyectiva. En tales casos, «el contenido mental que el paciente está evacuando, empujando, presionando, introduciendo en la mente del analista es registrado, de alguna manera *en la experiencia del analista*» (Mitchell, 2015, p. 176, cursivas en el original). Es por este motivo que el reconocimiento oportuno y el consecuente análisis de la experiencia contratransferencial del terapeuta puede consistir en una crucial vía de acceso al inconsciente del paciente.

Otra voz importante dentro de este recorrido es la de Donald Winnicott, uno de los «abuelos» del enfoque relacional contemporáneo. Winnicott (1958, 1965) coincidió en plantear que la contratransferencia puede cumplir una función relevante en el proceso terapéutico, particularmente cuando esta incluye sentimientos positivos hacia el paciente. Si bien el autor no desconoció el hecho de la irrupción de sentimientos negativos –como el odio o el rechazo al paciente– en la mente del analista (Winnicott, 1949), estimó que la contratransferencia positiva puede fomentar una actitud profesional de apoyo, compromiso y responsabilidad capaz de infundir vitalidad y estabilidad al vínculo terapéutico. Según comenta Orange (2013), el pensamiento de Winnicott coincide en este punto con algunos planteamientos de Ferenczi a propósito del papel que cumplen el amor y el compromiso en el trabajo con pacientes que desarrollan algún grado de dependencia con el terapeuta: «Al igual que Ferenczi, [Winnicott] creía que tales pacientes necesitan un analista preparado que los reciba, en términos de Winnicott, con “preocupación maternal primaria”; en palabras de Ferenczi, con amor» (p. 143).

Por otro lado, Winnicott se mostró abierto a transparentar al paciente sus propias reacciones emocionales –tanto negativas como positivas– demostrando «una franqueza contratransferencial» capaz de movilizar al paciente (Sáinz, 2017, p. 119). Desde el punto de vista de Winnicott, esta autenticidad, vehiculizada en la autodevelación del terapeuta, puede conducir a una experiencia interactiva de reparación que se sostiene en el reconocimiento y la comprensión de lo que ha tenido lugar en el vínculo (Sáinz, 2017).

Con todo, el pensamiento psicoanalítico ha tendido a desplazarse desde una visión puramente negativa de la contratransferencia hacia una apreciación creciente de sus potenciales usos constructivos en terapia. Si bien el recelo original de Freud sigue estando presente en las formulaciones de numerosos autores analíticos, también es cierto que cada vez son más los analistas que se

han abierto a la posibilidad de incorporar activamente su propia subjetividad en el trabajo con pacientes. Como veremos en seguida, los proponentes del enfoque relacional contemporáneo asumen que sus reacciones espontáneas en la interacción con sus pacientes son una parte integral del tratamiento, proponiendo diferentes formas de trabajar con la contratransferencia que desafían muchas de las prescripciones de la técnica analítica clásica. Tanto esta reinterpretación de la contratransferencia como las innovaciones técnicas que de ella se desprenden nos ofrecen una valiosa oportunidad de diálogo e intercambio teórico-clínico entre los avances del enfoque relacional y las ideas de la orientación humanista-existencial a propósito del valor terapéutico de la autenticidad y la autodevelación del terapeuta.

3. LA CONTRATRANSFERENCIA EN EL PSICOANÁLISIS RELACIONAL

Una de las propuestas clave que han conducido a la consolidación de la tradición relacional del psicoanálisis consiste en el tránsito desde una «psicología unipersonal» hacia una «psicología de dos personas» (Aron, 2013; Coderch, 2010; Sassenfeld, 2019). Dicho movimiento ha implicado un viraje respecto del modelo pulsional clásico –tributario de una concepción puramente intrapsíquica de los procesos mentales– y un desplazamiento decisivo hacia un modelo interpersonal que enfatiza la naturaleza esencialmente intersubjetiva de la experiencia humana (Coderch, 2010, 2012). Los autores relacionales consideran que toda experiencia –sea esta consciente o inconsciente– cobra forma, se organiza y se transforma en el seno de contextos intersubjetivos en constante evolución (Coderch, 2010, 2012). Esta concepción bipersonal de la vida psíquica se fundamenta en algunas contribuciones de la teoría del apego, la neurociencia cognitiva, la investigación de la interacción temprana infante-cuidador y ciertas propuestas filosóficas fenomenológicas y existenciales (León y Ortúzar, 2019).

Este giro ha dado lugar a una serie de planteamientos teórico-clínicos que se alejan de los esquemas tradicionales del psicoanálisis (cf. Sassenfeld, 2019). Junto con impulsar nuevas teorías y modelos acerca del desarrollo psicológico normal y patológico (Fonagy et al., 2002; Gergely y Unoka, 2008; cf. Rodríguez, 2014), este movimiento ha favorecido el surgimiento de nuevas formas de trabajar en psicoterapia psicoanalítica que enfatizan aspectos tales como la mutualidad (Aron, 2013), la participación emocional del analista (Buechler, 2018; Orange, 2013) y las diferentes manifestaciones de la comunicación inconsciente entre terapeuta y paciente (Ehrenberg, 2016).

En términos generales, adoptar una perspectiva bipersonal implica reconocer que tanto la experiencia del paciente como la del propio analista se forjan en el área donde se encuentran, se intersectan e interactúan constantemente sus subjetividades (Aron, 2013; Ehrenberg, 2016; Stern, 2010; Stolorow, 2004). En otras palabras, la experiencia presente de ambos participantes es siempre un producto de la interacción y no un fenómeno que sea previo a o independiente de lo que ocurre en el encuentro. Según explica Coderch (2010), en el intercambio terapéutico se ponen en juego los mundos subjetivos de cada uno de los miembros de la díada, incluyendo sus propias vivencias, recuerdos, conocimientos, expectativas, etc. No obstante, durante el encuentro, ocurre también que la experiencia de cada quien se modela de acuerdo con los acontecimientos del campo interaccional, tejiéndose «el entramado de la psicología de dos personas, que existe a la vez que la psicología de cada una de ellas» (p. 87).

En el marco de esta psicología bipersonal, uno de los aportes más notables de la teoría relacional consiste en los desarrollos clínicos en torno al fenómeno del «*enactment*» (cf. Sassenfeld, 2010). Desde el punto de vista relacional, este concepto alude a una

(...) escenificación inconsciente cocreada por la influencia mutua entre paciente y terapeuta, encarnada en una modalidad de interacción particular –verbal o no verbal– y que puede conducir al fortalecimiento o ruptura de la alianza terapéutica. Se trata de un fenómeno clínico que emerge del campo bipersonal y que corresponde a una experiencia sentida por ambos participantes. (León y Ortúzar, 2019, p. 199)

Si bien existen múltiples conceptualizaciones acerca de este fenómeno, así como diferentes propuestas respecto del modo correcto de abordarlo terapéuticamente (cf. Sassenfeld, 2010), los proponentes del paradigma relacional se inclinan a pensar que se trata de un elemento inevitable de la interacción analítica que encierra un inmenso potencial terapéutico (Bromberg, 2004; Ehrenberg, 2016; Stern, 2010). En términos generales, un *enactment* involucra la puesta en escena de los patrones de experiencia y las pautas vinculares inconscientes que modelan la vida psíquica y relacional de ambos participantes de la díada. La configuración de un *enactment* da cuenta de la comunicación inconsciente que se da constantemente entre el terapeuta y su paciente, donde sus mundos de experiencia se entrelazan e interactúan de manera dinámica y recíproca, dando paso a formas de relación que reflejan la subjetividad de ambos interlocutores y que pueden conducir a un estancamiento del proceso.

Una colega a quien supervisé durante su formación de post-grado compartió con nuestro grupo el caso de una paciente adulta, con quien –en sus

palabras— no lograba «concretar avances significativos» en la terapia. Si bien habían completado un total de 33 sesiones semanales, la paciente continuaba reportando los mismos síntomas depresivos y ansiosos que la habían motivado a consultar por primera vez. La terapeuta describió a la paciente como una mujer «extremadamente dependiente» y «manipuladora». Al consultarle sobre el desarrollo de las sesiones, la colega admitió que, por lo general, éstas se extendían más allá de los 50 minutos acordados en el encuadre inicial, llegando incluso a ocupar dos bloques completos en una sola sesión. La terapeuta atribuía lo anterior a la «incapacidad» de la paciente para «contener sus propios afectos» y «hacerse responsable de sí misma».

Al preguntarle sobre sus propios sentimientos respecto de la interacción con la paciente, la terapeuta dijo sentirse frustrada, molesta y agotada por la «carga emocional» que para ella implicaba «sostener» a la consultante, especialmente durante los encuentros más largos. Asimismo, confesó sentirse confundida, sin saber de qué manera resolver este *impasse*. La indagación se concentró en los sentimientos de cansancio y frustración reportados por la colega. En un punto de la sesión, la terapeuta contactó con un recuerdo de su adolescencia: recordó a su madre, quien sufrió una profunda depresión cuando ella tenía entre 11 y 16 años de edad. En aquellos años, fue ella quien «sostuvo» a su madre en los momentos más difíciles, teniendo que «postergar mis propias necesidades» con el fin de «mantenerla a flote». Recordó sentirse agotada, pero también «satisfecha» y «orgullosa» por haber sido el «pilar» de su familia.

A partir de este recuerdo, la terapeuta logró articular un sentimiento «ambivalente» en relación a su trabajo con la paciente. Si bien era cierto que se sentía muy cansada y molesta con la situación, también reconoció una sensación de «vanidad» e «importancia personal»; una parte de ella se sentía profundamente gratificada por el hecho de cumplir el papel de «salvadora» y «sostén» de su paciente. En ese momento, la colega pudo reconocer en qué medida su propia necesidad de ser un «pilar» para su paciente contribuía tanto a la estructuración como al mantenimiento del *impasse* terapéutico, toda vez que dicha actitud tendía a fomentar en la paciente aquél rasgo «dependiente» que tanto le molestaba y agotaba. En seguida, admitió que este mismo patrón relacional tendía a repetirse —con algunas diferencias y matices— con otros pacientes que veía en su consulta, así como con otras personas de su círculo más íntimo (parejas, amigos, colegas, etc.).

Como podemos ver en esta breve ilustración, reconocer que un *enactment* está teniendo lugar en la relación supone un especial desafío para el terapeuta pues, para que ello sea posible, este debe estar en condiciones de identificar las maneras en que él mismo está contribuyendo, de modo inconsciente,

a la estructuración de la escenificación. En palabras de Sassenfeld (2010), «esto implica, entre otras cosas, la disposición a concientizar, elaborar y comprender aspectos conflictivos de su propia experiencia o, para algunos, aspectos disociados» (pp. 163-164). Esta toma de conciencia es considerada por algunos autores relacionales como una condición necesaria para la elaboración y la resolución del *enactment* (Ehrenberg, 2016; Levenkron, 2006; Stern, 2010).

Una vez que se ha establecido que un *enactment* está ocurriendo, el terapeuta puede invitar al paciente a reflexionar conjuntamente sobre el modo en que ambos están aportando a su estructuración. Esta co-investigación implica verbalizar y compartir los estados y reacciones emocionales de cada participante con vistas a clarificar las dinámicas inconscientes subyacentes a la escenificación: «después de su reconocimiento, los esfuerzos deliberados por atribuir significado y simbolizar el *enactment* pasan a ser los ejes clínicos principales de su abordaje» (Sassenfeld, 2010, p. 168, cursivas en el original). Cuando esto se lleva a cabo, tanto el paciente como el terapeuta pueden acceder a una comprensión más rica y más profunda sobre sus propias pautas y conflictos inconscientes, consolidando su relación, posibilitando nuevas formas de interacción y favoreciendo el avance del proceso analítico en su conjunto.

En las sesiones que siguieron a nuestro encuentro de supervisión, la terapeuta optó por explorar con la paciente los detalles de su interacción durante los últimos meses. Junto con develar la incomodidad que le causaba el hecho de dilatar las sesiones más allá del tiempo establecido, la terapeuta confesó a su paciente sentir gratificación por ser ella quien la «mantenía a flote». La paciente admitió sentir que a veces dependía de la terapeuta, lo cual le resultaba sumamente frustrante al no poder sostenerse por su cuenta. A esto siguió una serie de asociaciones por parte de la paciente, quien finalmente apuntó a la relación con su propia madre; durante años, su madre la mantuvo «en una burbuja», con el pretexto de «protegerme de los males del mundo», haciéndola sentirse incapaz de enfrentar por sí sola los desafíos de la vida adulta.

Durante las siguientes sesiones, terapeuta y paciente lograron hacer sentido de su interacción, reconociendo de qué manera ambas estaban aportando a la configuración del *enactment*. La paciente pudo, por primera vez, expresar su molestia a la terapeuta por no estar ayudándola a «ser una adulta competente». Esto último inauguró una fase del tratamiento donde pudieron explorar conjuntamente el resentimiento que la paciente abrigaba hacia su madre, junto con reconocer, integrar y expresar su deseo de convertirse en una mujer autónoma, agente y plenamente responsable de sí misma. A partir de ese momento, la sintomatología depresiva comenzó a ceder, dando paso a

un sentimiento cada vez mayor de fortaleza y amor propio. Paralelamente, la terapeuta logró identificar en ella misma su tendencia a «cuidar compulsivamente» a sus pacientes y reconocer hasta qué punto su propia necesidad de «ser importante» para los otros suponía para ella una carga innecesaria que, en algunos casos, podía llegar a «ahogar» a sus pacientes.

La analista estadounidense Darlene Ehrenberg (1974, 2010, 2016) ha propuesto que la acción terapéutica del psicoanálisis tiene lugar en lo que ella llama «el filo de la intimidad», el cual consiste en el «punto de contacto máximo reconocido en cualquier momento dado en una relación, sin fusión, sin violación de la integridad de cada participante, ni de la condición de estar separados» (Ehernberg, 2016, p. 63). Según explica la autora, sería en este borde íntimo donde se constelan los fenómenos transferenciales y contratransferenciales a partir de la influencia recíproca que cada miembro de la díada ejerce sobre la experiencia de su interlocutor. En este contexto, Ehrenberg sostiene que las reacciones inconscientes de paciente y analista se estructuran en función de lo que ocurre momento a momento en el filo de la interacción analítica, en un «espiral de impacto recíproco» (p. 63).

Ehrenberg (2016) considera que en el transcurso de un proceso analítico resulta inevitable que los participantes entren sin percatarse en «conspiraciones inconscientes» (*enactments*) capaces de amenazar la estabilidad del vínculo y obstaculizar el avance de la terapia. En su opinión, la única manera de reconocer y resolver estas escenificaciones (contra)transferenciales consiste en identificar los sutiles (o no tan sutiles) cambios en la experiencia interna del terapeuta en respuesta a su interacción con el paciente, así como las variaciones en el estado mental de su contraparte. En otras palabras, el terapeuta ha de permanecer sensible a sus propias reacciones emocionales, sin resistirse a ellas, junto con mantener una actitud de empatía continuada que le permita discriminar los cambios experimentados por el paciente en respuesta a su interacción con el analista.

Sobre esta base, la propuesta terapéutica de Ehrenberg subraya la importancia de incluir activa y conscientemente las reacciones internas del analista en el proceso terapéutico, no sólo por tratarse de una fuente de información acerca de la experiencia inconsciente de su paciente, sino también por servir de base para las intervenciones más potentes del terapeuta. El método de la autora incluye el uso cuidadoso y disciplinado de la autodevelación, así como la posibilidad de analizar en conjunto con el paciente las secuencias de intercambio verbal y no verbal que han tenido o que están teniendo lugar en la interacción y que parecen contribuir a la estructuración de los *impasses* terapéuticos. A propósito de esto último, Ehrenberg (2016) escribe: «a medida que se van estudiando los cambios momento a momento en la cualidad

de la relación y la experiencia entre analista y paciente, se pueden identificar y explorar patrones individuales de reacción y las sensibilidades particulares» de cada uno (p. 64). Cuando se lleva a cabo esta co-investigación de un *enactment*, con la plena participación del analista y su subjetividad, «lo que se consigue no es simplemente un mayor *insight* sobre lo que es o ha sido, sino un nuevo tipo de experiencia» (p. 64, cursivas en el original) que tiende a propiciar nuevas asociaciones afectivamente cargadas, las que a su vez facilitan la exploración de los conflictos del paciente en un nivel más profundo.

Todo lo anterior queda claramente retratado en el ejemplo presentado más arriba. En los meses previos a la sesión de supervisión, la psicóloga solamente podía registrar conscientemente sus sentimientos de frustración, molestia y cansancio. Asimismo, la terapeuta tampoco era consciente de los sentimientos de impotencia, resentimiento y enojo que experimentaba la paciente. Con la ayuda del grupo, fue capaz de identificar otros matices en su contratransferencia, incluyendo la experiencia de gratificación que emanaba de su rol de «salvadora» en la relación con su paciente. Esta nueva comprensión, informada por un conocimiento enriquecido de su propia experiencia sentida y sus patrones habituales de respuesta, permitió a la terapeuta a introducir explícitamente en sesión elementos conflictivos de su propia subjetividad, promoviendo en la paciente un movimiento similar y complementario. Gracias a la autodevelación de la colega, la paciente tuvo la oportunidad de articular y comunicar aspectos de su experiencia que no habían sido explicitados previamente. En definitiva, la honestidad contratransferencial de la terapeuta dio cabida al surgimiento de una nueva experiencia relacional para ambas, lo cual les permitió profundizar y avanzar en un proceso que, hasta ese momento, se encontraba estancado en un punto muerto.

Si bien el trabajo al filo de la intimidad requiere que el clínico esté dispuesto a reconocer, aceptar y comunicar al paciente sus propias reacciones emocionales, la autora advierte que el uso de la contratransferencia ha de sostenerse sobre una actitud responsable y prudente con el fin de evitar trasgredir de algún modo al paciente. En sus palabras, «cualquier uso de la contratransferencia requiere sensibilidad, tacto y habilidad» (Ehrenberg, 2016, p. 126). Cuando en esta afirmación Ehrenberg hace referencia al «tacto» del terapeuta, parece estar empleando el término en el sentido que le dio Ferenczi durante el último periodo de su carrera –esto es, la habilidad del clínico de «sentir con» su paciente para así «saber cuándo y cómo se comunica algo al analizado»– (Ferenczi, cit. en León y Ortúzar, 2019, p. 525). En este sentido, la habilidad del terapeuta para hacer un uso analíticamente constructivo de su contratransferencia exige que este sea consciente de sus propios límites, reconociendo y respetando también las fronteras que

dibujan la alteridad de su paciente. Ehrenberg (2016) afirma: «la cuestión no es simplemente la de ser “auténtico” o no. Hay maneras de ser auténtico que pueden suponer una carga innecesaria para nuestros pacientes y que pueden descarrilar el proceso analítico en vez de avanzarlo» (p. 126). Sin embargo, los potenciales riesgos asociados a la autodevelación del terapeuta no debiesen prevenirnos de utilizar esta estrategia, pues «la alternativa de suprimir nuestros sentimientos por miedo a equivocarnos o de ser seducido, abandonando un rol analítico, puede prevenir una interacción analítica. Este tipo de resistencia a la contratransferencia puede constituir un *enactment* transferencial que refleja nuestros temores» (p. 127).

En términos generales, las ideas de Ehrenberg representan lo que otros exponentes del enfoque relacional piensan acerca del rol de la contratransferencia y la autodevelación del terapeuta en la psicoterapia psicoanalítica (p.ej. Aron, 2013; Bromberg, 2009; Orange, 1997; Thomson, 1997). Tal como señalé más arriba, los analistas relacionales tienden a coincidir en que la contratransferencia es un aspecto integral e ineludible de todo encuentro terapéutico, y que cualquier intento por suprimirla, negarla o «vencerla» puede conducir a un estancamiento del proceso, pudiendo incluso acarrear consecuencias iatrogénicas para el paciente. De igual modo, quienes trabajan desde este enfoque suelen utilizar el recurso de la autodevelación como una manera de ampliar las posibilidades de comprensión de lo que se está constelando en las subjetividades de ambos participantes en el seno de la interacción terapéutica, confiando en que la autenticidad y la plena participación emocional del analista pueden servir como poderosos catalizadores de cambio.

4. AUTENTICIDAD EN PSICOTERAPIA HUMANISTA-EXISTENCIAL: PUNTOS DE ENCUENTRO CON EL ENFOQUE RELACIONAL

Carl Rogers fue uno de los primeros autores humanistas en reconocer el potencial terapéutico de la autenticidad o congruencia del terapeuta. A lo largo de su carrera, Rogers utilizó el término «congruencia» de diferentes maneras y en diversos contextos, apuntando al grado de integración que una persona –paciente o terapeuta– ha alcanzado en la configuración de su personalidad (Cornelius-White, 2013; Rogers, 1978, 2011). Desde el punto de vista de la teoría rogeriana, una persona congruente es aquella que es capaz de reconocer y simbolizar de manera precisa las experiencias organísmicas que en cada momento fluyen en su campo perceptual (Cornelius-White,

2013; Gondra, 1978). En definitiva, la congruencia consiste en la medida en que el sujeto admite en su conciencia todos los sentimientos, sensaciones y pensamientos que emergen en su experiencia en el momento presente, lo cual decantaría naturalmente en una manera de comportarse en el mundo y con los otros que refleja fielmente su «verdadero *self*».

La meta principal de la psicoterapia rogeriana consiste en favorecer en el paciente el desarrollo de esta capacidad de sentirse y ser él o ella misma de manera real y espontánea. Rogers (1962) planteó que la consecución de dicho objetivo depende de la calidad del vínculo terapéutico, antes que de las técnicas específicas empleadas por el profesional. Desde el punto de vista de la Terapia Centrada en la Persona, el clima relacional óptimo para favorecer el cambio terapéutico se caracteriza por ser un ambiente psicológicamente seguro, libre de juicios de valor, cercano, honesto y relativamente horizontal (Barceló, 2012). En este contexto, Rogers (1978) propuso que el establecimiento y mantenimiento de este ambiente facilitador depende de la capacidad del profesional para cultivar y poner en práctica un conjunto de actitudes terapéuticas clave durante su intercambio con el paciente.

Las actitudes facilitadoras descritas por Rogers son el «aprecio positivo incondicional», la «comprensión empática» y la «congruencia» del terapeuta (Rogers, 1978). La primera actitud consiste en una disposición a aceptar como válidas y legítimas el conjunto de experiencias, sentimientos y vivencias que el paciente manifiesta explícita o implícitamente en sesión. La segunda tiene que ver con un interés por conocer el marco de referencia interno del paciente y con un intento continuado por captar las sutilezas y matices de su experiencia presente. Asimismo, esta actitud implica que el terapeuta ha de comunicar al paciente la comprensión que ha alcanzado de su experiencia interna. Finalmente, la actitud de congruencia se vincula con la autenticidad del terapeuta, esto es, su disposición a participar en la relación haciendo gala de su propia subjetividad y sus rasgos personales, en lugar de ocultar su persona detrás de una máscara profesional anónima.

Según explica Gondra (1978), la congruencia del terapeuta comporta dos elementos: «1) La accesibilidad a la conciencia de todos los sentimientos del terapeuta. 2) La disposición a comunicar todos estos sentimientos, con vistas a que la relación terapéutica sea auténtica y real» (p. 211). En otras palabras, el terapeuta congruente es aquel que es capaz de reconocer y aceptar todas las reacciones subjetivas que surgen en su mente durante el intercambio con su paciente, estando dispuesto a compartir sus experiencias (autodevelación), siempre y cuando ello parezca pertinente para impulsar o enriquecer el proceso de terapia. Esto último incluye no sólo los sentimientos positivos, sino también aquellas reacciones cuyo contenido emocional pareciera ser

«contrario» al establecimiento de una «buena» relación (Gondra, 1978; Rogers, 1962).

Estos dos aspectos de la congruencia terapéutica están representados en la viñeta presentada en el apartado anterior. Si bien en un comienzo la terapeuta no era consciente de la cualidad ambivalente de sus sentimientos hacia la paciente y su proceso, en el espacio de supervisión pudo reconocer por primera vez la presencia de una sensación de gratificación y orgullo que no había registrado previamente. Una vez admitidos y articulados estos sentimientos, la colega se abrió a la posibilidad de develarlos en sesión, animándose a ser auténtica y real con su paciente. Aun cuando su experiencia incluía algunos sentimientos «negativos» (molestia, agotamiento, frustración), su expresión introdujo un factor de novedad a la relación que inauguró nuevas posibilidades para el tratamiento, incluyendo el fortalecimiento de la alianza terapéutica.

Ahora bien, la congruencia del terapeuta supone que este se haga plenamente responsable de su propia participación en el encuentro con su paciente. Más específicamente, el clínico debe hacerse cargo de sus propias reacciones subjetivas, evitando imputarlas o «cargarlas» al paciente (Gondra, 1978; Rogers, 1962). Si bien es cierto que sus reacciones internas ocurren en el contexto de y a propósito de la interacción con su paciente, esto no significa que ellas sean causadas por este, ni que sea él quien deba «cargar con toda la culpa». Así, por ejemplo, aludiendo al fastidio que puede sentir en la interacción con un consultante y a la posibilidad de expresar abiertamente esta experiencia, Rogers (1962) explica que «lo que estoy expresando es mi propio sentimiento de fastidio, y no un pretendido hecho referente a él como una persona que fastidia» (p. 418). Esta advertencia coincide con lo expresado por Ehrenberg (2016) a propósito del cuidado y la prudencia que resultan necesarios a la hora de develar los sentimientos del terapeuta en sesión. La autodevelación del terapeuta debe ser estructurada de tal manera que no suponga la intrusión de juicios de valor o interpretaciones respecto del paciente y sus experiencias; la comunicación de los propios sentimientos no ha de ser una «descarga», una «queja» o un «ataque» dirigidos al paciente, sino un ejercicio de autenticidad responsable que puede ser tomado por la otra persona como una oportunidad para ampliar su autoconciencia (congruencia).

En el caso que venimos comentando, las intervenciones de la terapeuta incluyeron frases como las siguientes: «Quisiera compartirte un sentimiento que me ha estado rondando... cada vez que nuestras sesiones se extienden más allá de la hora convenida, noto que me siento cansada y frustrada»; «En los últimos meses he sentido que nuestro proceso se encuentra de algún

modo estancado... ¿te hace sentido lo que digo?»; «Aunque a veces me sienta cansada y frustrada, también me ocurre que me siento importante, orgullosa de mi misma por poder ayudarte. Sin embargo, al mismo tiempo me pregunto si es esto lo que estás necesitando... ¿qué piensas?». Como puede verse, las respuestas de la terapeuta no incluyeron juicios de valor de ningún tipo, ni tampoco referencias, suposiciones o interpretaciones acerca de la experiencia subjetiva de la paciente. Las intervenciones se centraron fundamentalmente en la explicitación de la experiencia sentida de la terapeuta, sin pretender con ello decir nada nuevo sobre la paciente.

En paralelo con las propuestas de Ehrenberg y de otras importantes voces del movimiento relacional del psicoanálisis, esta conceptualización de la congruencia lleva implícita la idea de que la presencia del paciente –su estado de ánimo, sus palabras, sus gestos, etc.– ejerce una influencia más o menos directa sobre la experiencia subjetiva del terapeuta. Desde esta perspectiva, las reacciones emocionales del clínico durante el intercambio son un producto ineludible de cualquier encuentro terapéutico, además de consistir en un ingrediente fundamental del proceso. En general, los autores humanistas-existenciales concuerdan con Rogers en que la autodevelación de los propios sentimientos en sesión son la base de la autenticidad del terapeuta, reconociendo también que se trata de un tipo de respuesta terapéutica que es capaz de promover profundos *insights* en el paciente (Gendlin, 1999; Jourard, 1971; Nilsson et al., 1979; Yalom, 2009). Como vimos, esta convicción es compartida por los proponentes del enfoque relacional, para quienes la autodevelación de las reacciones contratransferenciales del terapeuta puede infundir vitalidad en procesos estancados, resolver *enactments* potencialmente destructivos y favorecer el despliegue de nuevas comprensiones terapéuticas (Bromberg, 2009; Ehrenberg, 2016; Stern, 2010).

En esta misma línea, Gendlin (1999) sostiene que la autodevelación puede resultar especialmente útil cuando ocurren *impasses* entre el terapeuta y su paciente. El autor sugiere que cuando se da algún tipo de conflicto o problema interpersonal, o cuando existe la probabilidad de que un *impasse* esté a punto de suceder, los terapeutas debiesen explicitar lo que perciben en lugar de hacer como si nada estuviese pasando. Para Gendlin (1999), esta clase de conflictos son verdaderas «oportunidades para la terapia» (p. 410), siempre y cuando se aborden oportuna y explícitamente en sesión. En este contexto –y coincidiendo con Ehrenberg (2016)– el autor señala que las reacciones internas del terapeuta son un medio para registrar la ocurrencia de problemas de este tipo. Asimismo, afirma que debemos evitar que nuestros sentimientos hacia el paciente se acumulen «hasta el punto de explotar» (p. 411), pues esto conduciría a una trasgresión de los límites del paciente y a

un quiebre de la alianza terapéutica; una vez más, no se trata de descargar la propia frustración, molestia o enojo con el paciente, sino de hacer ver a este cómo lo que está teniendo lugar en la relación tiene un impacto en la subjetividad del terapeuta.

Como vimos, desde la perspectiva relacional se entiende que los *impasses* terapéuticos tienden a estar asociados a la ocurrencia de *enactments*, en los cuales se ponen en juego elementos de la vida inconsciente del terapeuta y su paciente (Sassenfeld, 2010). De acuerdo con la *Teoría de los Sistemas Intersubjetivos*, dichos elementos pueden remitir a la acción mediadora de los patrones organizadores de la experiencia subjetiva que ambos interlocutores han forjado a lo largo de su trayectoria vital, especialmente en el contexto de sus primeros vínculos de apego (Orange et al., 1997; Stolorow y Atwood, 2004; Stolorow et al., 1995). Y desde el punto de vista de Donnel Stern (2010), tales conflictos suelen deberse al interjuego colusivo y complementario de aspectos disociados de los *self* de cada uno de los participantes –elementos no conscientes a los cuales sólo se puede acceder analíticamente si se presta atención a las experiencias emocionales y relacionales del momento y a las interacciones concretas que dan forma al *enactment*–. Sobre esta base, los conflictos interpersonales que se constelan en la relación terapéutica pueden ser una invaluable oportunidad para traer a la conciencia aspectos de la vida psíquica del paciente –y del terapeuta– que de otro modo permanecerían irremediablemente inconscientes (Ehrenberg, 2016; Stern, 2010).

Por otro lado, Gendlin (1999) piensa que las reacciones emocionales del paciente en sesión (transferencia) deben ser entendidas a la luz de la interacción actual con su terapeuta, y no sólo como el producto del desplazamiento de afectos o fantasías asociadas al pasado del paciente. Cuando quien consulta expresa desconexión, molestia, irritación o se muestra abiertamente violento o seductor con su terapeuta, su conducta ha de ser interpretada, en primer lugar, como una respuesta a eventos de la propia relación terapéutica, sin por ello descartar que en ella puedan también estar poniéndose en juego asuntos no resueltos de su pasado. Y lo mismo debe aplicarse a las reacciones del terapeuta (contratransferencia): estas pueden cobrar sentido si nos detenemos a indagar, junto con el paciente, sobre lo que ha tenido lugar o está ocurriendo en la relación.

Desde la perspectiva humanista, este tipo de indagación suele centrarse en la exploración y explicitación de las sensaciones y sentimientos que en el momento presente emergen en el campo perceptual de ambos participantes, con un claro énfasis en la experiencia corporalmente sentida del paciente. Por lo general, los terapeutas humanistas se inclinan hacia el uso de intervenciones experienciales –p. ej. enfoque corporal (Gendlin, 2003)– sin

recurrir a interpretaciones de carácter analítico (Totton, 2010). En este punto se observa una diferencia clave entre ambas aproximaciones en lo que respecta al abordaje terapéutico de los fenómenos (contra)transferenciales y la resolución de *impasses*. Si bien la exploración experiencial de sentimientos puede ser una herramienta útil para el análisis, el principal instrumento con el que cuentan los analistas en estas situaciones es la interpretación y la co-investigación de las dinámicas y procesos inconscientes que parecen estar a la base de la escenificación, enfocándose no sólo en las reacciones transferenciales del paciente, sino también a la participación inconsciente del terapeuta y las pautas relacionales que se entretajan en el encuentro de sus dos mentes (Aron, 2013).

A la par con sus colegas relacionales, el terapeuta existencial Irvin Yalom (2009) ha sido enfático en señalar el hecho de que la experiencia del paciente tiene un impacto directo sobre la subjetividad del terapeuta. En este contexto, el autor recomienda permitir que dicho impacto ocurra, en lugar de evitarlo o prevenirlo, así como transparentar al paciente el hecho de que se ha visto afectado por él. En una línea similar a lo que han planteado algunos de los analistas que hemos revisado en este trabajo, Yalom (2009) sostiene que las reacciones emocionales del terapeuta son una valiosa fuente de información acerca de la vida subjetiva e interpersonal del paciente. Esta información puede servir como material para estructurar intervenciones terapéuticas que permitan al paciente ganar una perspectiva más rica y actual acerca de sus propias pautas de interacción con otros.

Una de las estrategias desarrolladas por Yalom para favorecer este tipo de elaboración consiste en lo que él llama intervenciones del «aquí-y-ahora» (Yalom, 2009). En términos generales, estas intervenciones apuntan a la explicitación de eventos interpersonales significativos que están teniendo lugar en la situación terapéutica y que parecen estar vinculados de alguna manera con los problemas que aquejan al paciente. Según explica el autor, la situación terapéutica constituye una especie de «microcosmos social» (p. 47), donde las pautas vinculares habituales del paciente tienden a ponerse en acto, estructurando la interacción de maneras que parecen confirmar las expectativas emocionales e interpersonales de quien consulta. Cuando esto ocurre, el terapeuta puede señalárselo al paciente, abriendo así una ventana para explorar conjuntamente las maneras en que la persona suele estructurar sus relaciones con otros.

La imagen de la terapia como un «microcosmos social» coincide con los planteamientos de Stolorow y sus colegas (Orange et al., 1997; Stolorow y Atwood, 2004; Stolorow et al., 1995), quienes afirman que en la actualidad de la interacción analítica se ponen en acto los patrones vinculares habituales

de paciente y terapeuta. Como vimos más arriba, la escenificación de estos patrones en la situación terapéutica responde a la acción mediadora de los principios organizadores de la experiencia subjetiva de cada participante, derivados del aprendizaje emocional y relacional que tuvo lugar implícitamente en las interacciones formativas de la persona con sus primeros cuidadores (Stolorow y Atwood, 2004). Este aprendizaje relacional implícito decanta en la cristalización de una serie de conclusiones y expectativas emocionales que operan de manera automática e inconsciente en la vida psíquica del sujeto y que sirven como un «molde» o «paradigma» según el cual se tematizan y se significan las experiencias relacionales en la vida adulta. Se trata, en definitiva, de «inferencias emocionales que un niño deriva de su experiencia intersubjetiva en su familia de origen» (Orange et al., 1997, p. 7) y que siguen operando invariablemente en la adultez. En cierta medida, este aspecto de la teoría intersubjetiva amplía el marco comprensivo de los acontecimientos del «microcosmos social» terapéutico, atribuyendo igual importancia a los esquemas inconscientes tanto del paciente como del terapeuta.

Yalom (2009) advierte que para que sea posible explorar las pautas relacionales típicas del paciente, la relación terapéutica no debe estructurarse de un modo excesivamente rígido. Cuando la situación terapéutica se plantea como una relación pautada de acuerdo con preceptos o tareas predefinidas, queda poco margen para que se desplieguen con suficiente naturalidad los patrones vinculares del paciente (y del terapeuta). Asimismo, cuando el terapeuta se sitúa desde un rol profesional que prescribe ciertas conductas mientras proscribe otras –por ejemplo, promoviendo la neutralidad y prohibiendo la autodevelación–, la relación «real» puede quedar ahogada bajo el peso de las reglas técnicas y las normas del encuadre. Precisamente, una de las fortalezas de la psicoterapia humanista-existencial consiste en que promueve activamente un tipo de relación que se asemeja a las interacciones cotidianas, ofreciendo al paciente una oportunidad para reconocer y explorar sus pautas vinculares habituales con la ayuda de un terapeuta plenamente disponible (Cohn, 1997; De Castro y García, 2011; Totton, 2010). Todo lo anterior coincide con las ideas de Ferenczi a propósito de la naturalidad que debiese primar en la configuración de la relación analítica con el fin de favorecer el despliegue de la transferencia y avanzar así en el proceso de elaboración.

Muchas de las intervenciones del «aquí-y-ahora» propuestas por Yalom (2009) consisten en autodevelaciones por parte del terapeuta. En este contexto, el autor distingue tres tipos de autodevelación. El primero consiste en ser transparente respecto del modo en que uno lleva a cabo su trabajo como terapeuta, así como explicitar lo que el paciente podría o debería esperar encontrarse en el proceso. El segundo tipo implica compartir con el paciente

los sentimientos que el terapeuta experimenta en el momento presente de su interacción. Finalmente, el tercer tipo de autodevelación consiste en comparar con el paciente ciertos detalles de la vida personal del terapeuta (anécdotas, experiencias, relaciones, etc.), contrariamente a lo que indica la clásica regla analítica del anonimato. Ahora bien, el autor advierte que esta clase de comentarios deben ser hechos con sumo cuidado y discreción: «la develación en el aquí-y-ahora no debe ser indiscriminada [...]. Todos los comentarios deben pasar una prueba: ¿esta revelación persigue el mejor interés del paciente?» (p. 87). Ciertamente, tal como ha dicho Ehrenberg (2016), saber cómo y cuándo revelar la propia subjetividad en el encuentro terapéutico es algo que requiere habilidad y tacto por parte del terapeuta. Si bien se espera que el terapeuta pueda ser él o ella misma en la relación con su paciente (Rogers, 1978; Yalom, 2009), esto no quiere decir que pueda actuar de manera irreflexiva e impulsiva con este. En definitiva, lo que se espera es que el terapeuta no abdique de su rol profesional al momento de dar cuenta de su propia subjetividad, sino que este movimiento de revelación, transparencia y autenticidad sea una expresión de su disposición a colaborar con el paciente en la búsqueda conjunta de comprensión (Van Deurzen y Adams, 2010).

CONCLUSIONES

El surgimiento del movimiento relacional ha infundido nuevos aires a la reflexión y a la práctica psicoanalíticas. La consolidación de este enfoque ha sido impulsada, entre otros factores, por un continuo intercambio con otras disciplinas y tradiciones de pensamiento, tanto dentro como fuera del ámbito de la psicología. En el contexto de este intercambio, el psicoanálisis relacional no ha sido el único que se ha beneficiado de los aportes de las otras perspectivas; en forma paralela, las disciplinas que han entrado en contacto con el enfoque relacional han tendido a incorporar una serie de comprensiones que provienen de esta nueva forma de psicoanálisis, enriqueciendo y diversificando su propio repertorio teórico-clínico.

El valor de las innovaciones del enfoque relacional ha sido reconocido por representantes de diferentes corrientes de la psicología contemporánea, incluyendo la orientación humanista-existencial. Si bien existen numerosas diferencias en lo que respecta a sus marcos teóricos de base, el enfoque relacional y el movimiento humanista-existencial presentan un conjunto de características afines que perfilan un horizonte común, al tiempo que posibilitan un diálogo potencialmente nutritivo para ambas tradiciones.

Como ya hemos visto, una de las coincidencias más claras consiste en la importancia que ambas orientaciones asignan a la relación terapéutica como un vector curativo central. Y, dentro de ese marco, los representantes de ambos enfoques identifican la autenticidad del terapeuta o analista como un factor crucial en la promoción del cambio terapéutico. Uno de los elementos técnicos que se desprenden de este énfasis en la autenticidad tiene que ver con la inclusión de la autodevelación del terapeuta como un recurso al servicio del proceso de terapia. Desde esta perspectiva, incorporar activamente las reacciones subjetivas del clínico en sesión aparece como una práctica que contribuye al establecimiento de un vínculo genuino y de mutua colaboración con el paciente, a la vez que favorece el despliegue de nuevas comprensiones y de nuevas experiencias relacionales para quien consulta.

Los proponentes de estos dos enfoques coinciden en que las reacciones emocionales del terapeuta constituyen un ingrediente fundamental e ineludible de todo encuentro terapéutico, argumentando a favor de la posibilidad de hacer un uso clínicamente constructivo de dichas experiencias, en lugar de evitarlas, dominarlas o suprimirlas. La participación del terapeuta incluye siempre su irreductible subjetividad (Renik, 1993, 1995), la cual se encuentra continuamente modelada por los acontecimientos que tienen lugar el intercambio con su paciente. De este modo, el trabajo terapéutico no se limita exclusivamente a la exploración y elaboración de las vivencias del paciente, sino que abarca también la comprensión de la vida subjetiva del terapeuta y la negociación de las diferencias individuales de cada participante de la *día-da*. La influencia recíproca en el vínculo terapeuta-paciente es tomada como un hecho primario y fundamental de todo proceso de terapia, que puede ser abordado, analizado y elaborado conjuntamente en sesión.

Esta forma de trabajo requiere que el terapeuta sea capaz de permanecer atento a las constantes fluctuaciones de su propio estado subjetivo, además de estar dispuesto a compartir sus reacciones internas con sus pacientes. Esto, con el fin de ampliar las posibilidades de comprensión y enriquecer el repertorio relacional de quien consulta. Por otro lado, esta modalidad de terapia implica que el clínico debe estar en condiciones de reconocer y de hacerse plenamente responsable de su propia contribución –tanto consciente como inconsciente– en la estructuración de lo que se despliega tanto en la mente de su paciente (transferencia) como en la relación que con este establece. Finalmente, la responsabilidad del terapeuta también radica en el cuidado y la prudencia que ha de poner en práctica al momento de transparentar sus sentimientos: en definitiva, cualquier autodevelación debe estar siempre al servicio del bienestar y el crecimiento del paciente y no de la gratificación narcisista del terapeuta.

Esta actitud de autenticidad es planteada como una condición necesaria para el abordaje y la efectiva resolución de los *impasses* relacionales que, más tarde o más temprano, tendrán lugar en la relación terapéutica. Estos momentos de conflicto, desencuentro, pérdida de sintonía o desavenencia interpersonal son interpretados como verdaderas oportunidades terapéuticas, siempre y cuando estos sean elaborados en conjunto con el paciente e incorporando explícitamente las reacciones emocionales del terapeuta en el contexto de la relación en marcha. En situaciones donde el trabajo parece haber llegado a un «punto muerto», transparentar los propios sentimientos puede infundir novedad y vitalidad al proceso, además de abrir nuevas oportunidades de exploración y elaboración terapéutica.

Diversos autores vinculados a estos dos enfoques han señalado que los momentos más potentes de una terapia suelen ser aquellos en los que el terapeuta participa haciendo gala de su propia subjetividad, despojándose momentáneamente de su máscara profesional y permitiéndose ser él o ella misma con su paciente (p.ej. Mearns y Cooper, 2011; Stern, 2017). Estos «momentos de encuentro» (Stern, 2017) o de «profundidad relacional» (Mearns y Cooper, 2011) suelen ser reconocidos –tanto por los pacientes como por los terapeutas– como importantes hitos en el desarrollo de su relación, así como puntos de inflexión que marcan un antes y un después en el proceso de terapia. Por definición, estos momentos de encuentro no pueden ni deben ser «fabricados» ni «planificados» conscientemente por el terapeuta: su potencia terapéutica radica en su naturaleza espontánea, genuina y circunstancial. En otras palabras, para que un encuentro de este tipo tenga lugar, es necesario que el profesional mantenga una actitud de efectiva autenticidad y de apertura a la situación emergente, permaneciendo disponible a vincularse con su paciente de maneras que pueden incluso ser contrarias a las pautas técnicas establecidas por su enfoque.

La perspectiva humanista-existencial y el psicoanálisis relacional comparten una visión de la psicoterapia que la percibe como un encuentro interhumano, signado por los principios del diálogo o conversación auténtica (Coderch, 2010; Moustakas, 1994; Sassenfeld, 2012; Yontef, 1995). Un verdadero diálogo es aquel en que ambos interlocutores participan con «todo su ser» (Orange, 2012), arriesgándose a establecer un contacto íntimo con el otro, influir y ser influidos por el otro, ver y ser vistos por el otro, etc. En una relación de este tipo, se entiende que todo lo que el terapeuta dice o hace revela aspectos de su subjetividad, incluso cuando este guarda silencio o se abstiene de realizar determinadas conductas (Coderch, 2010; Van Deurzen y Adams, 2010). Por lo tanto, podríamos afirmar que la develación del terapeuta no es una opción, sino que es algo que resulta en todo caso inevitable

(Aron, 2013; Van Deurzen y Adams, 2010). Sin embargo, como hemos visto, hay ocasiones en que transparentar voluntaria y conscientemente la propia experiencia subjetiva puede llegar a ser la mejor manera de responder al paciente (Daurella, 2018), lo cual nos obliga a reflexionar sobre los modos más apropiados y oportunos de hacer un uso clínicamente constructivo de la autodevelación, considerando la responsabilidad que nos cabe para con el bienestar, la integridad, la autonomía y el pleno desarrollo del potencial de nuestros pacientes.

REFERENCIAS

- Aron, L. (2013). *Un encuentro de mentes: mutualidad en el psicoanálisis*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado.
- Aron, L. y Mitchell, S.A. (Eds.) (1999). *Relational psychoanalysis: the emergence of a tradition*. New York, NY: Routledge.
- Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas*, 70(136), 123-160. Recuperado de: <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/722>
- Ben-Shahar, R. (2012). The relational turn and body psychotherapy IV. Gliding on the strings that connect us: resonance in relational body psychotherapy. *International Body Psychotherapy Journal*, 11(1), 12-24. Recuperado de: <https://www.ibpj.org/issues/articles/Rolf%20Ben-Shahar%20-%20The%20Relational%20Turn%20and%20Body%20Psychotherapy.pdf>
- Bion, W. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.
- Bion, W. (1963). *Elements of PsychoAnalysis*. London: Heinemann.
- Blackstone, J. (2007). *The empathic ground: intersubjectivity and nonduality in the psychotherapeutic process*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Brandchaft, B., Doctors, S. y Sorter, D. (2010). *Toward an emancipatory psychoanalysis: Brandchaft's intersubjective vision*. New York, NY: Routledge.
- Brandchaft, B. y Stolorow, R. D. (1990). Varieties of therapeutic alliance. *The Annual of Psychoanalysis*, 18, 99-114.
- Bromberg, P. M. (2004). More than meets the eye: a professional autobiography. *Psychoanalytic Inquiry*, 24(4), 558-575. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07351692409349102>
- Bromberg, P. M. (2009). Truth, human relatedness, and the analytic process: an interpersonal/relational perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 347-361. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2009.00137.x>
- Buechler, S. (2018). *Valores de la clínica: emociones que guían el tratamiento psicoanalítico*. Madrid: Ágora Relacional.
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional: el modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.

- Coderch, J. (2012). *Realidad, interacción y cambio psíquico: la práctica de la psicoterapia relacional II*. Madrid: Ágora Relacional.
- Cohn, H. W. (1997). *Existential thought and therapeutic practice: an introduction to existential psychotherapy*. London: Sage.
- Cornelius-White, J. (2013). Congruence. En M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmidt y A. C. Bohart (Eds.), *The handbook of person-centered psychotherapy & counselling* (pp. 193-208). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Daurella, N. (2018). Transferencia y contratransferencia desde la perspectiva del psicoanálisis relacional: a la búsqueda de la responsividad óptima. *Aper-turas Psicoanalíticas*, 59, 1-21. Recuperado de: <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001041>
- De Castro, A. y García, G. (2011). *Psicología clínica: fundamentos existenciales*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Ehrenberg, D. B. (1974). The intimate edge in therapeutic relatedness. *Contemporary Psychoanalysis*, 10, 423-437. doi: <https://doi.org/10.1080/00107530.1974.10745350>
- Ehrenberg, D. B. (2010). Working at the 'intimate edge'. *Contemporary Psychoanalysis*, 46, 120-141. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/00107530.2010.10746043>
- Ehrenberg, D. B. (2016). *Al filo de la intimidad: extendiendo el alcance de la interacción psicoanalítica*. Madrid: Ágora Relacional.
- Ferenczi, S. (1919). On the technique of psycho-analysis. En J. Richman (Ed.), *Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis* (pp. 177-189). London: Karnac
- Ferenczi, S. (1932). *The clinical diary of Sándor Ferenczi*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ferenczi, S. (1933). Confusion of tongues between adults and the child. En S. Ferenczi, *Final contributions to problems and methods of psycho-analysis* (pp. 156-167). London: Karnac.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Freud, S. (1910). *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. En Obras Completas, 11. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. En Obras Completas, 12. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gelso, C. J. y Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gendlin, E. T. (1999). *El focusing en psicoterapia: manual del método experiencial*. Buenos Aires: Paidós.
- Gendlin, E. T. (2003). *Focusing*. London: Vintage Publishing.
- Gergely, G. y Unoka, Z. (2008). The development of the unreflective self. En F.N. Busch (Ed.), *Mentalization: theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (pp. 57-102). New York, NY: The Analytic Press.
- Gondra, J. M. (1978). *La psicoterapia de Carl R. Rogers*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.

- Hidas, G. (1993). Flowing over –transference, countertransference, telepathy: subjective dimensions of the psychoanalytic relationship in Ferenczi's thinking. En L. Aron y A. Harris (Eds.), *The legacy of Sándor Ferenczi* (pp. 207-215). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Hoffman, D. (2003). Sándor Ferenczi and the origins of humanistic psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 43(4), 59-86. doi: <https://doi.org/10.1177%2F0022167803257133>
- Hycner, R. (1991). *Between person and person: towards a dialogical psychotherapy*. Highland, NY: Gestalt Journal Press.
- Hycner, R. y Jacobs, L. (1995). *The healing relationship in gestalt therapy*. Highland, NY: Gestalt Journal Press.
- Jacobs, L. (1992). Insights from psychoanalytic self psychology and intersubjective theory for gestalt therapists. *The Gestalt Journal*, 15(2), 25-60.
- Jourard, S. M. (1971). *The transparent self*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold.
- Kohut, H. (2009a). *The analysis of the self: a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Chicago, Il: University of Chicago Press.
- Kohut, H. (2009b). *The restoration of the self*. Chicago, Il: University of Chicago Press.
- Kramer, R. (2019). *The birth of relationship therapy: Carl Rogers meets Otto Rank*. Giessen: Psychosozial Verlag
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- León, S. y Ortúzar, B. (Eds.) (2019). *Diccionario introductorio de psicoanálisis relacional e intersubjetivo*. Santiago: RIL.
- Levenkron, H. (2006). Love (and hate) with the proper stranger: affective honesty and enactment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(2), 157-181.
- Little, R. (2013). The new emerges out of the old: an integrated relational perspective on psychological development, psychopathology, and therapeutic action. *Transactional Analysis Journal*, 43(2), 106-121. doi: <https://doi.org/10.1177%2F0362153713499541>
- Mearns, D. y Cooper, M. (2011). *Trabajando en profundidad relacional en counseling y psicoterapia*. Buenos Aires: Gran Aldea Editores.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: an integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (2015). *Influencia y autonomía en psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.
- Moustakas, C. (1994). *Existential psychotherapy and the interpretation of dreams*. New Jersey: Jason Aronson.
- Nilsson, D. E., Strassberg, D. S. y Bannon, J. (1979). Perceptions of counselor self-disclosure: an analogue study. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 399-404. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.26.5.399>
- Orange, D. M. (1997). Countertransference, empathy, and the hermeneutical circle. En R. D. Stolorow, G. E. Atwood & B. Brandchaft (Eds.), *The intersubjective perspective* (pp. 177-186). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Orange, D. M. (2012). *Pensar la práctica clínica: recursos filosóficos para el psicoanálisis contemporáneo y las psicoterapias humanistas*. Santiago: Cuatro Vientos.

- Orange, D. M. (2013). El desconocido que sufre: hermenéutica para la práctica clínica cotidiana. Santiago: Cuatro Vientos.
- Orange, D. M., Atwood, G. E. y Stolorow, R. D. (1997). Working intersubjectively: contextualism in psychoanalytic practice. New York, NY: Routledge.
- Oróstegui, P. A. (2008). Análisis didáctico y supervisión. *Psicoanálisis*, XX(2), 129-131. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3675240>
- Racker, H. (1953). A contribution to the problem of counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 313-324.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytical Quarterly*, 26, 303-357.
- Renik, O. (1993). Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 62, 553-571. doi: <https://doi.org/10.1080/21674086.1993.11927393>
- Renik, O. (1995). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 466-495. doi: <https://doi.org/10.1080/21674086.1995.11927461>
- Rodríguez, C. (2014). Psicopatología psicoanalítica relacional: la persona en relación y sus problemas. Madrid: Ágora Relacional.
- Rogers, C. R. (1962). The interpersonal relationship: the core of guidance. *Harvard Educational Review*, 32(4), 416-429.
- Rogers, C. R. (1978). Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de la personalidad. En J. Lafarga y J. Gómez (Eds.), *Desarrollo del potencial humano: aportaciones de una psicología humanista*, volumen 1. México, D.F.: Trillas.
- Rogers, C. R. (2011). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.
- Rowan, J. (1998). *The reality game*. London: Routledge.
- Sáinz, F. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis*. Barcelona: Herder.
- Sassenfeld, A. (2010). Enactments: una perspectiva relacional sobre vínculo, acción e inconsciente. *Clínica e Investigación Relacional*, 4(1), 142-181. Recuperado de: <https://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTA-On-line/CeIR-Buscador-Valore-y-comente-los-trabajos-publicados/ID/34/Enactments-Una-perspectiva-relacional-sobre-vinculo-accion-e-inconsciente-Andre-Sassenfeld-J>
- Sassenfeld, A. (2012). *Principios clínicos de la psicoterapia relacional*. Santiago: SO-DEPSI.
- Sassenfeld, A. (2019). *Los giros del psicoanálisis contemporáneo: una introducción al psicoanálisis relacional*. Santiago: RIL.
- Soth, M (2013). We are all relational, but some more relational than others? Completing the paradigm shift toward relationality. *Transactional Analysis Journal*, 43(2), 122-137. doi: <https://doi.org/10.1177/02F0362153713499542>
- Stern, D. B. (2010). *Partners in thought: working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. New York, NY: Routledge.
- Stern, D. N. (2017). *El momento presente en psicoterapia y la vida cotidiana*. Santiago: Cuatro Vientos.

- Stolorow, R. D. (2004). *The intersubjective context of intrapsychic experience*. En R.D. Stolorow, G. E. Atwood y B. Brandchaft (Eds.), *The intersubjective perspective* (pp. 3-14). New York, NY: Rowman & Littlefield.
- Stolorow, R. D. y Atwood, G. E. (2004). *Los contextos del ser: las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B. y Atwood, G. E. (1995). *Psychoanalytic treatment: an intersubjective approach*. New York, NY: Routledge.
- Thomson, P. G. (1997). *Countertransference*. En R. D. Stolorow, G. E. Atwood & B. Brandchaft (Eds.), *The intersubjective perspective* (pp. 127-143). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Tobin, S. A. (1990). *Self psychology as a bridge between existential-humanistic psychology and psychoanalysis*. *Journal of Humanistic Psychology*, 30(1), 14-63. doi: <https://doi.org/10.1177%2F0022167890301003>
- Totton, N. (2010). *The problem with the humanistic therapies*. London: Karnac.
- Van Deurzen, E. y Adams, M. (2010). *Skills in existential counselling & psychotherapy*. London: Sage.
- Winnicott, D. W. (1949). *Hate in the counter-transference*. *International Journal of Psycho-Analysis*, XXX(2), 69-74.
- Winnicott, D. W. (1958). *Through pediatrics to psycho-analysis*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Karnac.
- Yalom, I. D. (2009). *The gift of therapy: an open letter to a new generation of therapists and their patients*. New York, NY: Harper Perennial.
- Yontef, G. (1995). *Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica*. Santiago: Cuatro Vientos.