



UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

REFLEXIONES EN TORNO A LA TERAPÉUTICA WINNICOTTIANA Y SUS POSIBLES VÍNCULOS CON LA PSICOTERAPIA DEL PSICOANÁLISIS RELACIONAL

Tesis de pregrado para optar al grado de Magister en Psicología Clínica
Mención Psicodiagnóstico en intervenciones Terapéuticas

Autor: Gloria Paz Martínez Pérez
Profesor Guía: Marcelo Cárcamo Quintana
Viña del Mar – Chile, 2017

AGRADECIMIENTOS:

Son muchas las personas a quienes debo agradecer por haberme acompañado en este trayecto de mi vida. Grandes compañeros de ruta, que sin ellos no hubiera podido llegar hasta acá. Agradecer principalmente a mi familia, por siempre confiar en mí y apoyarme a pesar de la distancia, siempre los sentí conmigo en cada momento. Así también, quiero agradecer a mis amigos, tanto los de Punta Arenas como los de Viña del Mar, quienes siempre estuvieron presentes de una u otra forma, intentando dar fuerzas y apoyo, en los momentos en que solo había cansancio. Agradezco, además, a los profesores que fueron parte de este último proceso y, también, al grupo de supervisión, que con su simpatía hacían esta experiencia más llevadera.

Por otro lado, deseo reconocer a los pacientes que conocí en mi experiencia de práctica del Hospital Diurno Adulto, con quienes reí, me emocioné y aprendí, pero por sobre todo, debo agradecerles por permitirme ser parte de su historia de vida y de sus procesos.

Y por último, a la música, por ser esa compañera que muchas veces suele verse invisibilizada, pero que hace que las cosas se vean y sientan distintas.

A todos ellos, muchas gracias.

RESUMEN:

El presente seminario de investigación tiene como objetivo poder explorar la posible influencia que ha tenido la terapéutica Winnicottiana en las bases de lo que hoy es el psicoanálisis relacional, fundado por el autor Stephen Mitchell. Ello, debido a la gran importancia que le ha dado la terapéutica Winnicottiana al campo de lo intersubjetivo, así como también al hecho de haberse basado en una teoría del desarrollo, incorporando la relación en la diada Madre e hijo en la manera de llevar a cabo la clínica psicoanalítica. Esto hace posible preguntarnos y analizar ¿qué elementos característicos de la psicoterapéutica Winnicottiana de su obra *Realidad y Juego*, es posible encontrar en la terapéutica relacional de Mitchell en su obra *Conceptos básicos en Psicoanálisis?*. Para poder llevar a cabo tal propuesta, se utilizarán los aportes de diversos autores, entre los cuales están D. Winnicott, S. Mitchell, Safran & Murran, S. Abadi, J. Coderch. Así, a través de lo reflexionado, se logrará responder a la pregunta de investigación.

Palabras claves: Terapéutica Winnicottiana, Psicoanálisis relacional, teoría del desarrollo, relación, diada Madre e hijo, clínica psicoanalítica.

ABSTRACT:

This investigation method's objective is to be able to explore the possible influence that Winnicottian therapy has had, in what is today, relational psychoanalysis, founded by the author Stephen Mitchell. Because of the great importance that Winnicottian therapy has given to the intersubjective field as well as the fact that it is based on a development theory, incorporating the Mother-son relationship, in the way of carrying out the psychoanalytic practice. We can ask ourselves and analyze the question, "What characteristics of Winnicottian psychotherapy from the work *Reality and Play*, can be found in Mitchell's relational therapy work *Basic Concepts in Psychoanalysis?*" To carry out this proposal, support from various authors will be used, one of them being, D. Winnicott, S. Mitchell, Safran & Murran, S. Abadi, J. Coderch, among others. Reflecting on this will allow an answer to the investigative question to be answered.

Keys Words: Winnicottian therapy, relational psychoanalysis, development Theory, relationship, Mother – son, psychoanalytic practice.

INDICE:

Portada.....	i
Agradecimientos.....	ii
Resumen.....	iii
Abstract.....	iii
Índice.....	iv
I. Introducción.....	1
II. Planteamiento de la Pregunta.....	3
III. Objetivos.....	6
IV. Justificación y Relevancia.....	7
V. Metodología.....	8
VI. Marco teórico.....	10
6.0 El Modelo Pulsional/ Psicoanálisis Relacional.....	10
6.1.1. <i>La teoría de la personalidad y la psicopatología en relación al conflicto</i>	10
6.1.2. <i>Concepto de cambio.....</i>	11
6.1.3. <i>La etiología sobre la enfermedad.....</i>	12
6.2 Aportes de la investigación sobre la alianza terapéutica.....	14
7.0 Ferenczi y su manera de comprender la terapéutica Psicoanalítica.....	15
7.1.1 <i>La flexibilidad de la técnica y la postura del analista.....</i>	16
7.1.2 <i>La amabilidad materna como postura necesaria en el analista.....</i>	18
8.0 Terapéutica Winnicottiana sobre el espacio terapéutico.....	19
8.1.1 <i>Vínculo – Madre e hijo.....</i>	19
8.1.2 <i>Fenómenos transicionales y objeto transicional.....</i>	20
8.1.3 <i>Los procesos de ilusión/desilusión y los de dependencia e independencia.....</i>	21
8.1.4 <i>Espacio Potencial.....</i>	22

9.0 Psicoanálisis relacional según Stephen Mitchell.....	23
<i>9.1.1 Vínculo del espacio terapéutico según Stephen Mitchell y Safran & Muran.....</i>	23
<i>9.1.2 Joan Coderch, relación terapeuta – paciente desde el Psicoanálisis relacional.....</i>	26
<i>9.1.3 Psicoanálisis de Ogden y el espacio potencial.....</i>	28
VII. Análisis.....	30
7.0 La comprensión Winnicottiana de la diada Madre e hijo y cómo se traspa a la terapéutica Relacional	30
<i>7.1.1 La importancia de las funciones maternas en la terapéutica Winnicottiana y cómo estas maniobras las incorpora la psicoterapia Relacional.....</i>	36
<i>7.1.2 Las características particulares del vínculo.....</i>	42
<i>7.1.3 Las cualidades del analista.....</i>	45
VIII. Discusión y Conclusión.....	47
IX. Referencias Bibliográficas.....	54

I. INTRODUCCIÓN

Las teorías en torno a las terapéuticas en la historia del psicoanálisis suelen pensarse como descubrimientos provenientes de únicos autores. Sin embargo, con el paso del tiempo, ha sido posible observar la influencia y la correlación de diferentes autores y áreas, en el surgimiento de futuros movimientos que existen hoy en día.

Siendo el propósito de este seminario de investigación poder averiguar qué elementos característicos en torno a la psicoterapéutica Winnicottiana de *Realidad y juego (1971)* han influido e impactado en lo que es hoy la terapéutica relacional de Mitchell, en su obra *Conceptos básicos en Psicoanálisis*.

En este seminario de investigación, se utilizará un enfoque cualitativo, siendo un tipo de investigación documental; ya que busca proporcionar relaciones y posturas a través de material teórico o empírico.

Este tipo de investigación documental es de carácter conceptual, en la medida en que se ajusta al modo como se desea investigar el fenómeno de estudio. Debido a que este tipo de investigación otorga un cierto orden, sistematizando y relacionando con otros conceptos y planteamientos; se puede producir un lineamiento genealógico y un orden de lo que se ha investigado.

Para poder llevar a cabo el objetivo principal, se realizará una revisión bibliográfica, analizando los elementos característicos de la terapéutica Winnicottiana, que se define por la importancia del espacio potencial, en la obra *Realidad y Juego (1971)*, para comprender así la influencia que ha tenido en las bases del psicoanálisis relacional de Mitchell (1993). Para ello, se efectuará una revisión teórica en los postulados de Donald Winnicott, utilizando principalmente su obra *Realidad y Juego (1971)* y, también, incorporando artículos del autor que demuestran la importancia de los cuidados maternos en la constitución del futuro sujeto. Así también, se analizarán los postulados del autor Stephen Mitchell en torno al psicoanálisis relacional, acudiendo principalmente a su obra *Conceptos Básicos en Psicoanálisis (1993)*. Además, se incorporarán los aportes de los autores, Joan Coderch, Sonia Abadi, Safran & Murrin, entre otros, quienes otorgarán el respaldo teórico para responder a la pregunta de investigación.

En cuanto a las temáticas a explorar en el marco teórico, en un primer momento, se diferenciará el movimiento Pulsional del Psicoanálisis Relacional, para así obtener una mayor distinción de los distintos modelos y una mayor comprensión de la teoría relacional. Luego, se presentarán aportes de la investigación sobre la alianza terapéutica.

Posteriormente, se expondrán los aportes del autor Sándor Ferenczi, quien destaca por su capacidad pionera de observar la terapéutica psicoanalítica, siendo un antecedente relevante en la historia del psicoanálisis. Así también, se presentará la terapéutica Winnicottiana en su modo de entender el espacio terapéutico, incluyendo el entendimiento de la teoría del desarrollo y la importancia de los cuidados maternos en la comprensión de la terapéutica psicoanalítica.

Por otro lado, también, se sintetizarán los postulados del Psicoanálisis Relacional según Stephen Mitchell y sus sucesores, quienes destacan la importancia de la relación entre el terapeuta y el paciente, siendo éste el motor en el cual se basa la terapéutica. Asimismo, la terapéutica Winnicottiana coincide acerca de lo fundamental que son los cuidados paternos en las fases tempranas, ya que traerán consecuencias futuras, en la manera en cómo el sujeto se vincule consigo mismo y con los demás.

Finalmente, la revisión teórica será realizada en conjunto al análisis, utilizando el material bibliográfico expuesto, para terminar con las discusiones y conclusiones del material analizado; permitiendo, entonces, responder a la pregunta de investigación, proporcionando, además, nuevos hallazgos que se desplegaron en el transcurso del trabajo realizado.

II. Planteamiento del problema

Después de que Freud termina de desarrollar sus escritos sobre el psicoanálisis, siguió avanzando e incorporando nuevas formas de comprender la terapéutica psicoanalítica. Nuevos movimientos comenzaron a surgir y a reformular tanto la teoría clásica, como así también, el modo de hacer y de entender la clínica; siendo el psicoanálisis relacional un tipo de psicoanálisis que se basaría en distintos movimientos y autores, apuntando fundamentalmente a poner en discusión y en crítica al psicoanálisis clásico, diferenciándose de éste en el modo de comprender la terapéutica psicoanalítica y los problemas de la psicopatología y su etiología. Por ello, el psicoanálisis relacional se basaría en la relación que se da entre terapeuta – paciente, teniendo como referencia las vicisitudes del vínculo temprano madre e hijo.

Aparición del Modelo Relacional

Uno de los fundadores del psicoanálisis relacional es el autor Stephen Mitchell, quien en los años 80 comienza a constituirse en un puente frente a los distintos movimientos que conforman el psicoanálisis relacional y a generar un cambio paradigmático en la manera de comprender y de hacer la terapéutica psicoanalítica. A partir de estos desarrollos, se desplaza la concepción clásica de concebir al sujeto humano ya no como un sujeto que no interactúa entre sí, sino más bien, siendo éste conformado y entramado por la matriz relacional.

Es por esto, que desde los planteamientos del psicoanálisis relacional, la matriz relacional y la relación entre el terapeuta y el paciente son fundamentales para las futuras transformaciones que puedan producirse en la terapéutica. El foco primordial de análisis es la relación y cómo a partir de esta nueva vinculación entre terapeuta y paciente, se favorece y ayuda a restablecer aquello que en un primer momento de la vinculación temprana se vio afectado (Mitchell, 1993).

Otros psicoanalistas relacionales importantes en el movimiento relacional son los autores Safran & Muran (2000), quienes plantean que la terapia psicoanalítica estaría impregnada de estos encuentros entre terapeuta y paciente, y que, por lo tanto, no estaría puesto en juego en el análisis un solo inconsciente, sino que ambos inconscientes, pasarían a ser importantes en la configuración relacional.

La importancia de la intersubjetividad entre terapeuta y paciente

Son varios los autores que han investigado sobre la importancia de la intersubjetividad entre terapeuta y paciente.

El autor psicoanalista relacional, Thomas Ogden (1994), teoriza acerca de lo que le sucede al terapeuta en relación al paciente, ya que plantea que al comprender dicha relación, finalmente, ayudará en la comprensión del consultado.

Newirth (1995; en Safran & Muran, 2000), por otra parte, incorpora elementos de la terapéutica Winnicottiana, ya que al hablar sobre los impases terapéuticos, hace mención que se observarían en los pacientes cierta incapacidad para conectarse e introducirse en el espacio transicional. En ellos, se refleja inhabilidad para experimentar algo de forma significativa, incluido el tratamiento terapéutico; presentándose la presencia de palabras carentes de sentido respecto a la relación de ellos consigo mismos y con el mundo. Para estas situaciones sería útil y recomendable que el terapeuta pueda ofrecer y propiciar el desarrollo de alguna experiencia transicional.

Aburto et al. (1999) señalan que desde la teoría de apego iniciada por Bowlby, como también desde Winnicott, hacen hincapié sobre lo fundamental que es la posición del terapeuta en cuanto a la terapéutica analítica; ya que plantean que es necesario que el terapeuta se posicione de manera contenedora, otorgando sostén y confiabilidad.

La terapéutica Winnicottiana

Desde la terapéutica Winnicottiana, es fundamental que exista, en la base del tratamiento, un espacio contenedor y sostenedor (holding), ya que de esta forma, el terapeuta ayudará a la integración del *self* del paciente, posibilitando que se habilite un espacio terapéutico, el cual podría ser, al mismo tiempo, un espacio potencial. Es decir, desde los planteamientos Winnicottianos, se podría pensar la terapéutica como un espacio potencial (Winnicott, 1971).

Winnicott (1971) menciona que dentro de lo que sería el espacio potencial, se encontrarían los fenómenos de la creatividad, la fantasía, los procesos de ilusión / desilusión, independencia – dependencia, objeto transicional, entre otros.

En Latinoamérica destaca el trabajo de una gran compiladora en la Obra de Donald Winnicott. La psicoanalista, Sonia Abadi, articula y expone los descubrimientos más relevantes dentro de los postulados Winnicottianos. La autora, Abadi (1996) hace mención

que la clínica permitiría detectar y explotar los fenómenos transicionales, como así también, dar cuenta, de la importancia que le otorga el autor Donald Winnicott (1971), al campo de lo intersubjetivo, lo que configurará finalmente al sujeto humano.

A raíz de lo expuesto anteriormente y acerca de la importancia que le da la terapéutica Winnicottiana al campo de lo intersubjetivo, es posible preguntarnos y analizar la influencia que ha tenido la clínica Winnicottiana, en las bases de lo que hoy es el psicoanálisis relacional, fundado por Stephen Mitchell, en lo que se juega la importancia del espacio potencial. Por lo tanto, la pregunta que justifica este proyecto tiene relación con: ¿Qué elementos característicos de la psicoterapéutica Winnicottiana de *Realidad y Juego* es posible encontrar en la terapéutica relacional de Mitchell de *Conceptos básicos en Psicoanálisis*?

III. Objetivos

Objetivo general:

Analizar y comprender qué elementos característicos de la terapéutica Winnicottiana de la obra *Realidad y Juego (1971)*, influyen en las bases del Psicoanálisis Relacional de Mitchell (1993).

Objetivos específicos:

- A. Identificar qué elementos son característicos de la terapéutica Winnicottiana, que son posibles a partir del espacio potencial, en la diada terapéutica.
- B. Caracterizar la diada terapéutica del modelo Relacional de Mitchell (1993).
- C. Discutir e integrar los aportes de Winnicott sobre la terapéutica, en la comprensión del psicoanálisis relacional en la diada terapéutica.

IV. Justificación y Relevancia.

El propósito de este proyecto de tesis, será poder explorar algunos autores que han tenido un gran impacto en la manera que se entiende el trabajo clínico en el psicoanálisis relacional. En dónde se permitirá discutir y asemejar, los planteamientos de la psicología relacional propuesta por Stephen Mitchell en los años 90, la cual ha sido influenciada por los planteamientos de la terapéutica Winnicottiana.

Es así, que la relevancia teórica de este seminario de investigación consiste en poder explorar a través de los planteamientos Winnicottianos entorno a la terapéutica, así como, en relación a lo que es el psicoanálisis relacional. Es decir, a través de estos autores, se podrá habilitar un espacio terapéutico diferente, en donde el terapeuta pueda posicionarse de una manera más activa y participativa en la terapéutica psicoanalítica.

Así también, constará de una relevancia práctica, contribuyendo a una sistematización de los aportes de estos autores. Tanto de la terapéutica Winnicottiana, como de los elementos más relevantes y centrales para comprender la psicoterapia relacional de Mitchell. Por lo tanto, el aporte de este trabajo de investigación será ordenar, sistematizar, los conceptos centrales de la terapéutica de estos autores. Proponiendo una manera de entender el psicoanálisis relacional desde los aportes previos de autores, y de esa manera, descubrir, el desarrollo de la genealogía en cuanto a las estrategias terapéuticas de este modelo.

Por último, se incluirán algunos otros autores, que permitirán reforzar y complementar la importancia de los postulados Winnicottianos en relación a la comprensión de la terapéutica, como así también, con respecto a la terapéutica relacional de Stephen Mitchell.

V. Metodología.

Para el siguiente trabajo de investigación, se utilizará el enfoque de investigación cualitativa, dado que “proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas”.(Baptista, et al. 2008, p.16), buscando así, la expansión y dispersión de la información que busca.

Será un tipo de investigación documental, el cual tiene como objetivo proporcionar y establecer relaciones, posturas, como así también, mostrar el estado actual del fenómeno que se quiere estudiar. Este tipo de investigación se caracteriza por “abordar problemas de carácter teórico y empírico”(p.112), por lo que la investigación documental, depende de la información que se consulta, siendo algunos de los principales fuentes a acudir, documentales, libros, conferencias escritas, etcétera (Bernal, 2006).

Este tipo de investigación documental será de tipo conceptual, siendo esta elección concordante, ya que se adecua en el modo en que se quiere investigar el fenómeno de estudio, debido a que la investigación conceptual permite, ordenar, sistematizar y relacionar con otros conceptos, produciendo así, un lineamiento y un orden de lo que se ha investigado (Dreher, 2000).Utilizando para ello, fichas de resumen, esquemas comparativos, guiones temáticos, entre otros.

Se distinguirá el modelo Pulsional del modelo Relacional para así, obtener una mayor diferenciación entre los distintos modelos y una mayor comprensión del modelo relacional. Los temas a tratar: la concepción en torno a los problemas de la psicopatología, la etiología de estos fenómenos, las teorías del cambio psíquico, los conceptos centrales en cómo entienden el conflicto y la personalidad, entre otros. Para posterior, incluir los aportes del autor Sandor Ferenczi (1984), quien destaca por su capacidad pionera, en cambiar aspectos de la clínica psicoanalítica y la técnica analítica. Para aquello, se leerán algunos capítulos de las obras completas, en donde esclarece la relevancia de que exista una actitud más cercana y más humana de parte del terapeuta, admitiendo errores terapéuticos, y flexibilizando en la técnica analítica. Otro punto importante que enfatiza el autor, es lo fundamental que exista confianza en el campo analítico y que ocupe el analista, una posición de benevolencia materna. Es así, que a través de los aportes de Ferenczi (1928), se pueden observar ciertas similitudes en cuanto a los postulados que propone la terapéutica Winnicottiana, apreciándose en sus contribuciones analíticas.

Para poder llevar a cabo el primer objetivo, se revisarán en primer lugar, los elementos característico de la terapéutica Winnicottiana incluyendo los procesos de ilusión / desilusión y los fenómenos de dependencia / independencia, los cuales, se habilitarían en el espacio potencial como una manera de entender la diada terapéutica. Para cumplir con aquello será necesario realizar una revisión bibliográfica, en donde se sistematizará y se ordenará los aportes de Winnicott (1971) en la obra *Realidad y Juego*, comprendiendo la importancia del espacio potencial y los elementos que se ponen en juego. Así también, se incluirá los aportes de Abadi (1996) en el libro *Transiciones, El modelo terapéutico de D. W. Winnicott*, siendo una gran compiladora en la obra Winnicottiana y en los modos de entender la terapéutica del autor. Finalmente se considerarán también, los aportes de Mitchell (1993) en la obra *Conceptos relacionales en el Psicoanálisis: Una integración* en donde se refleja, la forma en cómo comprendía la diada terapéutica, Donald Winnicott.

En el segundo objetivo, se realizará una representación de las visiones de la diada terapéutica de acuerdo a lo planteado por el psicoanálisis relacional de Mitchell (1993) y del autor Coderch (2010). Para responder a este objetivo, se pretende realizar una revisión bibliográfica, leyendo la obra de Stephen Mitchell (1993) en la obra, *Conceptos relacionales en el Psicoanálisis: Una integración*. Así también, se incluirán los aportes del autor Joan Coderch (2010), quien expone y da cuenta, de la manera en cómo funciona y se entiende, la terapéutica relacional, entorno a la diada terapéutica.

Y por último, el tercer objetivo específico tiene como propósito, integrar, comparar y discutir los elementos encontrados en los objetivos anteriores, es decir, poder discutir los aportes de Winnicott en la influencia en cómo se entiende el psicoanálisis relacional y en la forma de comprender la diada terapéutica. Para dar respuesta a este objetivo, se desarrollará una revisión bibliográfica de todo lo revisado anteriormente, complementándolo con otros autores, con el fin, de propiciar una futura discusión.

VI. Marco Teórico.

6.0 El Modelo Pulsional / Psicoanálisis relacional.

Para diferenciar el Modelo Pulsional del Psicoanálisis Relacional, se tomarán algunos conceptos que serán centrales para la distinción de estos modelos. Algunos de estos son: la concepción en torno a los problemas de la psicopatología, la etiología de estos fenómenos, las teorías del cambio psíquico, los conceptos principales en cómo entienden el conflicto y la personalidad, entre otros.

6.1.1 La teoría de la personalidad y la psicopatología en relación al conflicto

El modelo Pulsional entiende la personalidad y la psicopatología en base al dinamismo de las instancias psíquicas. Messer & Warren (1995) proponen que Freud desarrolló una teoría basada en la conflictiva de estas instancias psíquicas, entre el Yo, el Ello y el Superyó. Por un lado, el Yo se encargaría de modular los impulsos., siendo otras de las funciones claves en el yo, el intuir las defensas que propiciarán el mantener lo impulsos a raya. Es por esto, que desde este punto de vista, se piensa que el niño desde muy temprana a edad, se ve expuesto a situaciones atacantes y que por lo tanto, por su carácter estresante, van marcando su desarrollo y todos los procesos que acompañan a este. (Baeza, K & Cárcamo, 2002).

Desde este enfoque pulsional, algunos de los peligros que aparecen en las etapas tempranas del desarrollo, son las *ansiedades de castración*, que se refiere, al daño sobre los genitales, tanto masculinos como femeninos. Así también, aparece el miedo a la desaprobación o castigo, que es a partir de una tercera instancia psíquica que se pone en juego, que es el *Superyó*, el cual se caracteriza por producir en la persona sentimientos de culpa. Estas distintas fuentes de peligro que aparecen en una temprana edad en la vida de una persona, influirán inconscientemente en su diario vivir (Baeza, K & Cárcamo, 2002).

Messer & Warren (1995) son de opinión, que cuando una persona se ve enfrentada a reiteradas situaciones de miedo y de peligros en una etapa temprana, las defensas tienen la misión, de disminuir el malestar, para conservar el equilibrio psíquico. Si se producen fallas en el equilibrio y control de las instancias psíquicas, pueden ocasionar alguna sensación de ansiedad o la aparición de alguna conducta inadaptativa.

Para el Psicoanálisis relacional la manera de comprender los problemas de la psicopatología y la enfermedad en relación al conflicto, es a partir de la comprensión de las distintas vicisitudes que pueden existir en las etapas tempranas de las relaciones humanas.

Desde este enfoque, la patología está estrechamente vinculada a fallas ambientales de los cuidados paternos en el infante, es decir, de sus primeras relaciones objetales. A causa de esto, las relaciones objetales son fundamentales para la constitución y representación de sí mismo y de los demás, debido a que traerá consecuencias en el individuo, conformando la estructura de la personalidad. “En este sentido, la psicopatología es entendida como una dinámica, un proceso autocomplaciente, en el cual el temor y los eventos relaciones anticipados tienden a ser elicitados y constituidos por el individuo en su interacción con otros, quienes a su vez, tenderán a responder en forma complementaria a las acciones interpersonales de ese individuo” (Baeza, K & Cárcamo, 2002, p.56).

La perspectiva relacional, se diferencia entonces, del movimiento Pulsional, en la medida de que estos últimos consideran a las pulsiones y a las defensas, fundamentales en el desarrollo de una persona. En cambio, para el modelo relacional, el paciente construye y establece relaciones en torno a su experiencia interpersonal pasada, la cual es primordial, debido a que a partir de estos, es como moldeará sus vinculaciones que serán efectos de estas experiencias tempranas. Por lo tanto, el conflicto es entendido como procedente del contexto de estas relaciones personales. El conflicto según la perspectiva relacional, no estaría relacionado a los impulsos sexuales infantiles, ni tampoco, a las pulsiones libidinales o agresivas, sino más bien, el margen de las posibilidades se amplía abarcando nuevas dinámicas, tales como: deseos, afectos, intenciones y “subjetivamente vivenciar necesidades con relación a otros” (Baeza, K & Cárcamo, 2002, p.55). En resumen, el origen de la psicopatología es producto a una falla por el contexto del cuidado, en la capacidad de los cuidadores de atender adecuadamente al infante.

Sandler (1993) se refiere en sus escritos, que en el modelo relacional, el conflicto puede manifestarse en cualquier etapa del desarrollo, ampliando la manera de situar el conflicto, ya que podría tratarse de situaciones cotidianas, tales como: la separación, problemas de la autonomía, dependencia, la integración de sí mismo, entre otros.

6.1.2 Concepto de cambio

Hay diferencias drásticas en la manera en cómo comprenden el cambio entre estos modelos. El enfoque Pulsional, considera los factores que favorecen el cambio en el sujeto, siendo algunos de estos, “la adquisición de insight, compromiso afectivo, relación terapeuta/paciente, etcétera” (Baeza, K & Cárcamo, 2002, p.125). En cambio, para el modelo

relacional, el cambio estaría puesto en base a una relación *de a dos*, incluyendo al terapeuta y utilizándolo como herramienta de una “relación terapéutica objetal” (p.126).

6.1.3 La etiología sobre la enfermedad

Mitchell (1993) menciona que Sullivan y Fairbairn, quienes representan y constituyen la teoría social de la mente, plantean que lo fundamental de los pacientes es buscar, conservar y mantener a toda costa sus relaciones con los otros. Por lo que proponen que Freud “no había establecido una unidad adecuada para el estudio de la vida emocional cuando se centró en la mente del individuo” (Mitchell, 1993, p.31), es decir, en el aparato psíquico, entendiendo a éste, aislado del campo de la interacciones.

Freud al igual que los antropólogos y los lingüistas del siglo XIX, comprendían la mente independiente de la experiencia social, “así la mente del individuo tiene un contenido a priori que trata de expresarse dentro del medio social (más amplio) ya sea absorbiendo la cultura, aprendiendo un lenguaje público, más que un lenguaje privado, o dominando y encauzando las pulsiones”(Mitchell, 1993,p. 31).

Es así, como el psicoanálisis clásico de la Teoría Pulsional, se enfocaría principalmente en comprender la mente del individuo de manera aislada y separada del campo de las interacciones, siendo central la dominancia de las pulsiones en el terreno psíquico. A diferencia de los postulados del psicoanálisis relacional, quienes teorizan y conceptualizan la mente del individuo en tanto, se produce a partir de la matriz cultural, y por lo tanto, siendo esta psiquis y el significado no a priori, sino derivada por la matriz relacional (Mitchell, 1993).

A pesar de haber existido diferencias primordiales y significativas en ambos movimientos, Mitchell (1993) propone que Freud se interesó de alguna manera en la importancia de la matriz relacional, ya que en sus inicios estableció la importancia de las relaciones objetales, planteando que existiría una adherencia de la libido en estas primeras relaciones objetales, a pesar de que fueran estas penosas, así también, lo reflejó al teorizar la compulsión de la repetición, aludiendo a la repetición de la recreación de los primeros traumas. Freud (1900) comienza desarrollando esta propuesta en los escritos del principio del placer, específicamente pensándolo desde la psicopatología, sin embargo, con el paso del tiempo, desplazó esta concepción, reformulándola para pensar este fenómeno más allá del principio de placer. Por otra parte, Mitchell (1993) es de opinión, que las formulaciones de

parte de Freud, no han dejado satisfecho a la mayoría de los psicoanalistas, a causa de las constantes modificaciones que realizó, para poder explicarlas compulsivas repeticiones las cuales se originarían, a la base de el principio del placer.

Fairbairn (1952), vuelve a poner en discusión las similitudes entre el Modelo Pulsional y el psicoanálisis Relacional, y alude que hay una diferencia radical en ambos movimientos, que no estaría relacionado con más allá del principio del placer. Planteando así, que el fin de la libido, no estaría en la búsqueda del placer, sino siendo el foco en el objeto. Por lo que argumenta, que la principal motivación del niño estaría, en poder mantener y establecer la vinculación con otra persona, por lo que el placer no sería el fin, sino un puente para establecer el contacto con el otro. Es así, como esta característica primordial sería fundamental en los postulados de la teoría relacional, en donde lo primordial estaría en el contacto y no la búsqueda del placer propiamente tal.

Las unidades básicas que caracterizan al Modelo Pulsional y que son fundamentales para entender este modelo y para el análisis, son el temor al castigo y el deseo. Por lo que “las relaciones con los demás son importantes, pero no como constituyentes básicos de la mente o porque contribuyan con un significado propio; son medios para expresar las pulsiones y las defensas (...) aunque las demás personas son objetos de deseo e instrumentos de castigo, la forma del conflicto y del drama se encuentra en el deseo mismo, que inevitablemente conducirá al temor al castigo. La naturaleza inherente del deseo proporciona el significado a priori” (Mitchell, 1993, p.54).

En cambio, para el modelo Relacional, lo que conformarían las unidades básicas principales para el análisis, son la matriz de relaciones y los vínculos que se producen de esta, es decir, constituyendo, la base de lo que estudia, las distintas maneras de relacionarse, la sexualidad, los procesos corporales y la agresión, son igualmente temas relevantes en la investigación, sin embargo, “los conflictos se forman y el drama se moldea en las interacciones del analizando con los demás” (Mitchell, 1993,p.54). Siendo característico de las diferentes teorías de las relaciones, el estudiar las diversas facetas de la matriz relacional.

Mitchell (1993) propone, que las reflexiones y las prácticas psicoanalíticas se producen bajo un campo definido abarcando una gama de conceptos que muchas veces son expuestos como dicotómicos. Algunos de esos conceptos, “lo pulsional y lo relacional, lo intrapsíquico y lo interpersonal, lo biológico y lo social, el mundo interior y el mundo exterior, el conflicto

y la detención del desarrollo, lo edípico y lo preedípico, la realidad psíquica y la realidad exterior, etc” (p.55). Bajo esta premisa, el autor manifiesta, que la matriz relacional abarcaría muchos de estos fenómenos, integrándolos y no haciendo de estos una dicotomía.

A partir de estas reflexiones, Mitchell (1993) se pregunta: ¿Se podrá dar lugar al concepto de lo pulsional dentro de la matriz relacional? ¿Cuáles podrían ser las ganancias de esto y los posibles costos de aquello?.

El autor plantea que para poder dar cuenta de aquello, es necesario hacer un recorrido histórico, regresando a los inicios de los desarrollos psicoanalíticos, con el fin de comprender de donde surge el concepto de lo pulsional, para así estudiar los alcances explicativos, como así también, las limitaciones con las que luchó constantemente Freud (Mitchell, 1993).

Mitchell (1993), argumenta que Freud antes de 1897, pensaba la mente neurótica influida por factores externos, es decir, impactada desde fuera por otras personas y siendo el padecer producto de un ente externo. Por lo que consideraba antes, la mente o consciencia de manera uniforme y transparente, “había sido fracturada por las seducciones infantiles que funcionan como simientes patógenas y que permanecerán dormidas hasta la pubertad” (p.56).

En los inicios de los desarrollos de los escritos Freudianos, la mente del hombre se caracterizaba por ser de carácter permeable, pudiendo sufrir influencias externas, y que por lo tanto, “las experiencias traumáticas con los demás son la fuerza etiológica medular que genera la psicopatología” (Mitchell, 1993, p.56). Sin embargo, con el paso del tiempo, Freud cambia drásticamente la manera de pensar la etiología de la patología, ya no encontrando la etiología en el exterior, sino más bien, comprendiendo esta, proviniendo de adentro del sujeto humano.

6.2. Aportes de la investigación sobre la alianza terapéutica

Tras medio siglo de investigación psicoterapéutica, (Alexander & Luborsky, 1986; Horvarth, Gaston & Luborsky, 1993, Horwarth & Greenberg, 1994; Horwart & Symonds, 1991; Orlinsky, Grawe & Parks 1994; citados en Safran & Muran, 2000) varios autores vienen a verificar y recalcar lo fundamental y primordial qué resulta la relación entre terapeuta – paciente, puesto que dentro de los hallazgos, se ha demostrado, que el predictor más indicativo en el éxito de un tratamiento, es la calidad de la alianza terapéutica.

Otros de los descubrimientos en cuanto a la psicoterapéutica, es la importancia de que exista confianza en el paciente sobre el analista, ya que aquello, ayudará y favorecerá a

elaborar el pasado traumático. Por lo que Aburto, et al. (1999), plantean que diversos autores de diferentes movimientos, ya habían propuesto e investigado, sobre la relevancia de que exista en la terapéutica, una atmosfera contenedora y emocional en la dupla terapeuta – paciente. Desde los planteamientos de Winnicott, precursor de los desarrollos en cuanto al entorno sostenedor, M. Ballint, al proponer, el clima de confianza. W. Bion, con la teorización del analista continente, M. Little, enfatizando la relevancia de la matriz extrauterina. Así también, la empatía propuesta por H. Kohut y H. Bleichmar, teorizando en relación a la posición de la conducta del analista, resaltando así, el lugar de éste y el papel del analista en la co – determinación de lo que sucede en la terapéutica. Es decir, los autores mencionados, se han propuesto a analizar la *relación intersubjetiva entre terapeuta – paciente*, debido a que un buen ambiente acogedor traerá consigo transformaciones positivas en el campo analítico.

7.0. Ferenczi y su manera de comprender la terapéutica psicoanalítica.

El autor Sándor Ferenczi fue uno de los grandes discípulos de Sigmund Freud, siendo uno de los más destacados dentro de los seguidores de los planteamientos freudianos, y por sobre todo, como el más reconocido clínico e innovador de este grupo de psicoanalistas. Se caracterizó por desarrollar nuevas ideas que nacieron a través de la observación terapéutica. A partir de esto, comienza a re- plantearse y a reformular, los escritos sobre la técnica psicoanalítica, como así también, en torno a la clínica.

Ferenczi(1928) a pesar de ser discípulo de los desarrollos freudianos clásicos, se caracterizó por ser revolucionario en cuanto a sus propuestas emergentes con respecto a las cuestiones clínicas y técnicas. Proponiendo como regla fundamental para la construcción de una buena técnica analítica, “el análisis finalizado del analista” (p72). Sin embargo, Ferenczy re- piensa esta regla fundamental, y teoriza que lo relevante de haber pasado por un proceso de análisis, es la capacidad de *sentir con*, llamándolo igualmente, por tacto psicológico, lo que permitirá al analista “hacer presentes las asociaciones posibles o probables del paciente que él todavía no percibe, podemos adivinar no sólo sus pensamientos estancados sino también tendencias que son para él inconscientes, al no tener que luchar contra las resistencias como él debe hacerlo” (p.62).

El *sentir con* tiene relación, con la manera en qué se dicen las cosas a un paciente, en él cuando y en el cómo se expresan ciertas situaciones, en qué minuto es adecuado hacerlo y en

qué circunstancias no, “(...) en qué casos ese silencio puede ser causa de innecesarios sufrimientos para el paciente” (Ferenczi, 1928, p.92). Esta capacidad de tacto psicológico, es al mismo tiempo, lo que Ferenczi (1928) designó por la capacidad de empatía. “Esta empatía nos protegerá de estimular innecesariamente la resistencia del paciente o de hacerlo en un momento en que no conviene” (p.92).

Es verdad, que uno de los postulados básicos del psicoanálisis es que el paciente pueda soportar y hacerse cargo de su propio sufrimiento. No obstante de ello, Ferenczi (1928) es enfático en mencionar que tampoco es favorable que exista una presión forzada, la cual no favorecerá y obstaculizará al proceso terapéutico. Es por esto, que es sumamente importante de que exista esta facultad de tacto psicológico en el propio analista, visto que, no existiría ninguna diferencia entre el tacto psicológico y la obligación moral de no realizar a otro, lo que uno no quisiera recibir de los demás.

7.1.1 La flexibilidad de la técnica y la postura del analista

Estos nuevos conceptos que propone el autor (Ferenczi, 1928), comienzan a ser primordiales en la manera de comprender la terapéutica y la técnica psicoanalítica, ya que no sólo postula que exista una capacidad empática de parte del analista. También, comienza a desarrollar la importancia de la elasticidad de la técnica, siendo ideal para obtener un resultado finalizado en el proceso de análisis, “(...) la técnica analítica nunca fue, ni es, una cosa definitivamente establecida; durante una década estuvo mezclada con hipnosis y sugestión” (Ferenczi, 1931, p.249). Así también, se refiere a la necesidad de parte del analista de mostrar honestidad, al dar cuenta al paciente de otros métodos curativos tan eficaces como el que él propone, “ (...) no le ocultaremos que también existen otros métodos que ofrecen expectativas de curación mucho más rápidas y seguras” (Ferenczi, 1928, p.63).

Por lo que es a través de Ferenczi por primera vez, se comienza a exponer la posibilidad de demostrar los errores del analista ante el paciente, de esta manera Ferenczi (1928) es de opinión, que no hay mayor error que ocupar en el análisis una posición autoritaria, “ (...) todas nuestras interpretaciones deben tener el carácter de una proposición más que el de una afirmación cierta, y esto no sólo para no irritar al paciente, sino porque podemos efectivamente equivocarnos” (p.66).

Es por esto, que el analista debe tener una confianza convencional y no absoluta en la teoría, dado que podrá verse necesitado de modificar algunos aspectos de la técnica, en virtud

de la terapéutica. Desde esta perspectiva, se comienza a tomar distancia de la posición clásica del analista omnipotente, para pensar una posición del analista más cercana y humana, en el sentido que podrá admitir sus límites del conocimiento y que por lo tanto, pueda también equivocarse. Es así que desde los desarrollos terapéuticos de Ferenczi (1928) se comienza a visualizar una terapéutica más flexible y adaptada a posibles modificaciones, que tendrán que ver con los desafíos que proponga la terapéutica. De igual modo, plantea que muchas veces los analistas tienden a seguir al pie de la letra las indicaciones de la teoría como de sus maestros, proclamando cómo única verdad y modo a seguir. Por lo que se refiere, que ocupar esta posición, llevaría a caer muchas veces en el error.

Otras de las contribuciones que elabora el autor en cuanto a la terapéutica, es la relación entre médico y enfermo. Relata que en esta relación existía una falta básica de sinceridad, lo que provocaba dificultades en el análisis. Por lo que repiensa esta manera de relacionarse con el paciente y menciona que cuando el analista admite los errores, conseguía la confianza del paciente y liberaba el lenguaje del propio paciente, siendo entonces, beneficioso y útil admitir los errores en el análisis. Ferenczi (1928), en cuanto a esta dupla terapéutica, menciona que ambos “unían las fuerzas para intentar de algún modo reconstruir las causas rechazadas de la enfermedad a partir de fragmentos disparatados del material asociativo, como se procede en los crucigramas muy complicados” (Ferenczi, 1928, p.93).

A partir de comprender esta dupla terapéutica entre médico y paciente, Ferenczi (1928), relata que es lo más parecido a la relación, maestro – discípulo. Según los dichos de Ferenczi, el mismo Freud experimentó algunos fracasos terapéuticos, por descuidar la importancia de la relación analista – analizado y por tomar más atención y “más valor a los signos de la *transferencia de afectos y de resistencia afectiva* que se manifestaban en la relación analítica” (Ferenczi, 1928, p.93).

Ferenczi (1928) no sólo hace modificaciones en torno a la manera de comprender la relación analista – analizado, también comienza a promover una mayor flexibilidad de la técnica y de que por lo tanto, exista una mayor libertad de los pacientes en su modo de reaccionar, ya que se percató que no perjudicaba el análisis, al actuar los pacientes con mayor libertad.

7.1.2 *La amabilidad materna como postura necesaria en el analista.*

Siguiendo con los desarrollos en torno a la postura necesaria en el analista, el autor hace mención, que si mantenemos una actitud fría en presencia de un paciente afectado, romperemos la única unión que nos une al paciente. “El paciente sin conocimiento es como un niño que ya no es sensible al razonamiento, sino a lo más a la benevolencia materna”(Ferenczi, 1932, p.143). Es así como Ferenczi(1932) teoriza un concepto, acudiendo a éste por *amabilidad materna o benevolencia materna*, a modo de ejemplificar, la postura necesaria que tiene que optar el analista en la sesión analítica. Dado que, si no es así, el paciente vuelve a sentirse solo y abandonado “es decir, (...) en la misma situación insoportable que, en determinado momento, le condujo a la ruptura psíquica, y luego a la enfermedad” (p.143). De esta forma, el analista debe posicionarse en este espacio metafórico de protección materna, debido a que sólo con una auténtica simpatía y cercanía, se producirá esta relación íntima con el paciente, que favorecerá en la comprensión del paciente.

Finalmente, el autor hace referencia a la importancia del laborioso trabajo que desarrolló el psicoanálisis moderno, al incorporar y establecer la armonía entre conceptos que eran presentados de manera dicotómica. Recalca que el psicoanálisis moderno, presenta las fuerzas intra –psíquicas, como ese conflicto que se produce entre el individuo y el mundo externo, es decir, ampliando las fronteras en la manera de entender los conflictos intra –psíquicos. Igualmente, hace mención que Freud en sus primeros desarrollos sobre la técnica, deja abierta la posibilidad de la existencia de otros métodos distintos de los que él proponía. Es por eso que los desarrollos de Ferenczi (1928) fueron inspiradores para los futuros movimientos y autores, en atreverse a producir nuevos escritos sobre la técnica, como así también, en cuanto a la terapéutica. Por último, cabe destacar como Ferenczi concebía la postura del analista similar a cómo la desarrolla el autor Donald Winnicott, ya que para ambos, es fundamental que exista en la terapia una posición del analista, contenedora, emocional, de confiabilidad, y de protección materna, dado que sólo a través de esta forma, se podrá ayudar al paciente, a no re- vivenciar el pasado traumático, lo que llevo finalmente, a la enfermedad.

8.0. Terapéutica Winnicottiana sobre el espacio terapéutico (diada terapéutica)

8.1.1 Vínculo – Madre e hijo

El autor desarrolla una teoría del desarrollo a partir de la experiencia clínica de los cuidados maternos y de la observación entre la madre y el bebé. De esta forma, Winnicott (1971) teoriza un concepto para nombrar las cualidades fundamentales que tiene que asistir y otorgar una madre a su bebé, denominando a esta por: *la madre suficientemente buena* y menciona que esta madre no tiene por qué ser la del niño, dado que es la persona que lleva a cabo las necesidades de este y que las disminuye poco a poco, según las propias capacidades del niño, para tolerar una cierta frustración en las necesidades.

Una de las principales funciones que caracterizan a esta madre suficientemente buena, es poder otorgarle al bebé, la capacidad de experimentar los procesos ilusión y desilusión, ya que se espera que en un primer momento, la madre ofrezca al bebé, la oportunidad “de crearse la *ilusión de que su pecho es parte de él*” (Winnicott, 1971, p.29), es decir, que pueda experimentar la omnipotencia, y encontrarse entonces, bajo su dominio mágico. Sin embargo, la tarea posterior de la madre consistirá en poder desilusionarlo de manera gradual, debido a que si esta desilusión no es traumática, se podrá sacar provecho a la experiencia de frustración, “(...) puesto que la adaptación incompleta a la necesidad hace que los objetos sean reales, es decir, odiados tanto como amados” (p.28). Intentando que esta frustración sea casi exacta, ya que traerá futuras consecuencias para desarrollar la capacidad de experimentar la relación con la realidad exterior y poder así, formarse una concepción de esta. No obstante de ello, antes tendrá que haber pasado el bebé, por la experiencia de ilusión, otorgándole la experiencia de la omnipotencia, “en otras palabras, el bebé crea el pecho una y otra vez a partir de su capacidad de amor, o (podría decirse) de su necesidad. Se desarrolla en él un fenómeno subjetivo que llamamos pecho materno. La madre coloca el pecho en el lugar en que el bebé está pronto para crear, y en el momento oportuno “(p. 29).

Winnicott (1971), hace mención, que el bebé se alimenta de un pecho que es creado por él mismo, siendo este parte de él y la madre por otra parte, “da leche a un bebé que forma parte de ella”(p.30). Es así como el autor, se preocupó de las primeras vivencias tempranas entre la madre y el bebé, dado que a partir de esta primera vinculación, será el modo en cómo el bebé experimenta y se acerca al mundo (Winnicott, 1971).

8.1.2 Fenómenos transicionales y objeto transicional

Donald Winnicott (1971) en el texto *Realidad y Juego*, denominó lo que serían los fenómenos transicionales. Refiriéndose a éstos:

Con la otra mano el bebé toma un objeto exterior, digamos una parte de la sábana o frazada, y lo introduce en la boca junto con los dedos; o el trozo de la tela se aferra y succiona de alguna manera, o bien no se lo succiona (...). Desde los primeros meses el bebé arranca lana y la reúne y la usa para la parte acariciadora de la actividad; es menos común que trague la lana, (...). Se producen movimientos de masticación, acompañados por sonidos de <<mam – mam>>, balbuceos, ruidos anales, las primeras notas musicales, etcétera (Winnicott, 1971, p.31).

El concepto de espacio transicional, se encontraría en un área intermedia, encontrándose en un pasaje de los estados subjetivos al reconocimiento de la exterioridad, espacio intermedio entre el mundo interno y el externo, siendo primordial para la iniciación de las primeras vinculaciones entre el niño y el mundo. (Winnicott, 1971).

Abadi (1996) es de opinión, que, la ilusión, la aptitud creadora y los matices de este pasaje, pueden ser así observados en su surgimiento y vicisitudes. Por otra parte, menciona que también, pueden apreciarse alteraciones y fallos en este espacio. Permitiendo a la vez, explicar ciertos trastornos psíquicos, vinculados con la persistencia de estados narcisistas, con dificultades en la construcción de los límites del yo, como así también, en la concretización de los vínculos con la realidad.

En este espacio intermedio, en el que se da el espacio transicional, entre lo subjetivo y lo objetivo, permanecerá a lo largo de toda la vida. Es decir, los primeros objetos que permiten y ayudan a lograrlo, desaparecerán, No obstante de aquello, la función de estos objetos se amplía, abarcando nuevos aspectos en la vida de la persona. Tanto, la relación del individuo consigo mismo, como con la realidad y con los otros (Abadi, 1996).

Por lo que Winnicott (1971) opina, que es necesario que los padres permitan, que el niño experimente en este fenómeno transicional, este juego con el objeto exterior y consigo mismo. Para que pueda existir una continuidad en la experiencia del bebé, y por lo tanto, pueda otorgarle al objeto una significación.

Es así que, en esta zona intermedia, donde se habilitarían los fenómenos transicionales, los cuales surgen acompañados de pensamientos y fantasías, no se darían en una zona de desafío. Porque no cumpliría una función de exigencias, sino más bien, de descanso, para favorecer la tarea de delimitación, entre la realidad interna y la exterior (Winnicott, 1971).

Otras de las cualidades que otorga el objeto transicional, es el tránsito para aceptar diferencias y semejanzas, posibilitando así, el surgimiento del simbolismo. Desde los estados subjetivos hasta la objetividad, permitiendo el viaje a la experiencia. “(...) Puede que el niño haya encontrado algún objeto blando, o de otra clase, y lo use, y entonces se convierte en lo que yo llamo *objeto transicional*” (Winnicott, 1971, p.31). Estos objetos transicionales que comienzan a una edad muy temprana, pueden reaparecer en etapas posteriores de la vida, (...) cuando se presente la amenaza de una privación (p.21).

Es así como la experiencia transicional prototípica, se puede observar en la relación del niño con su peluche preferido. Estableciéndose una relación única con un objeto inanimado. El niño le atribuirá un significado especial, convirtiéndolo en algo más que un simple peluche. Por lo que para el niño, está vivo el objeto, otorgándole, confort y seguridad emocional. “En esta paradójica situación el niño otorga al peluche el mismo poder que necesita para estar vivo para él del modo en que él lo necesita”(Safran y Muran 2000, p.141).

Desde este punto de vista, Safran & Muran (2000) opinan, que para que existan fenómenos transicionales, es necesario que ocurran los procesos de ilusión/ desilusión. Es por eso que plantean, en un proceso evolutivo sano, no conlleva una renuncia progresiva de la ilusión y una aceptación paralela de la realidad, sino la capacidad de aceptar la realidad y de poder experimentar el proceso de ilusión.

8.1.3 Los procesos de ilusión / desilusión y los procesos de independencia / dependencia.

La autora, (Abadi, 1996), señala que los fenómenos transicionales representarían las primeras etapas del uso de la ilusión. Así también, D. W. Winnicott (1956) a partir de la observación clínica, demostró la importancia del rol materno en la función de sostenimiento. Ya que, a partir del sostenimiento y acompañamiento de la madre, ayudará a la integración del yo. Permitiéndole al individuo, el pasaje de la dependencia a la independencia. Es decir, la experiencia de ilusión – desilusión es necesaria para la constitución del objeto transicional.

Un tema investigado, ha sido la elaboración de los impases terapéuticos, que conlleva un tipo de desilusión óptima. Winnicott (1956) menciona que la armonía absoluta de la madre

con el bebé no puede durar para siempre y relata que a medida que sale de su estado de preocupación maternal primaria, armonizando y enfatizando más sus respectivas necesidades propias y menos responsiva a las necesidades del bebé, es cuando el bebé comienza a experimentar *la desilusión, la cual es necesaria*.

Winnicott (1956) plantea en cuanto a la desilusión óptima, que si se produce de un modo óptimo la maternidad, conceptualizando a esta como *maternidad suficientemente buena*. Hará que este tipo de desilusión óptima se produzca dentro del intervalo de la tolerancia del bebé. Por lo que la desilusión será necesaria y no será experimentada como algo traumático, sino más bien, siendo esencial en la vida de una persona.

Para que se produzcan los pasajes de la dependencia a la independencia, debe existir un cierto grado de confiabilidad de la madre hacia el bebé y del bebé hacia la madre. Winnicott (1971) asemeja esta situación a la relación entre el analista y el consultado, y se refiere a que “(...) el amor de la madre o del terapeuta no equivale solo a la satisfacción de las necesidades de dependencia, sino que llega a significar el ofrecimiento de la oportunidad para que ese bebé o ese paciente pase de la dependencia a la autonomía” (p.144).

8.1.4 Espacio Potencial

Es por esto, que un bebé/paciente, necesita de amor, para que se produzca un futuro niño/paciente autónomo, “(...)en ese sentido, cuando hay fe y confiabilidad existe un espacio potencial, que puede convertirse en una zona infinita de separación, que el bebé, el niño, el adolescente, el adulto, pueden llenar de juego en forma creadora” (Safran & Muran, p. 144). Este espacio potencial con el tiempo, se convertirá para el sujeto en la manera de concebir el disfrute y su relación con los demás y consigo mismo., es decir, de la herencia cultural.

Los autores, Safran & Muran (2000), muestran que tanto para Winnicott como también, para Ferenczi, es probable que aparezca en la relación terapéutica, deseos enterrados que conllevaron una posible decepción. Por lo que los autores, recomiendan que es tarea del terapeuta ayudar al paciente a elaborar esta decepción de una manera más constructiva, conllevando así, la aceptación de las propias necesidades y deseos como válidos. Es así como a través de la terapéutica propuesta por Winnicott, se puede observar, como el terapeuta va a habilitar que el paciente, pueda elaborar una decepción, que tendrá que ver con los procesos de ilusión y desilusión óptima, y como en la clínica se habilitaría un espacio, que podría ser al mismo tiempo un espacio potencial, para tramitar éstos, con la ayuda del terapeuta.

9.0. Psicoanálisis relacional según Stephen Mitchell

9.1.1 Vinculo del espacio terapéutico según Stephen Mitchell & Safran y Muran.

Stephen Mitchell, fundador del psicoanálisis relacional, plantea que “la unidad básica de estudio no es el individuo como entidad separada cuyos deseos chocan con la realidad exterior, sino como un campo de interacciones dentro del cual surge el individuo y pugna por relacionarse y expresarse” (Mitchell, 1993, p.14). Además, el autor es de opinión, que lo que constituirá el campo de las relaciones, configurará lo que se conoce, por la experiencia individual.

Safran & Muran (2000) señalan que la teoría relacional de naturaleza integradora, aparece planteando una nueva forma de entender la clínica psicoanalítica. Tratando de sintetizar los avances de las diferentes áreas, como la teoría interpersonal americana, la teoría británica de las relaciones objetales, la psicología del self, el pensamiento existencial, y el pensamiento feminista y postmoderno. Siendo uno de los postulados centrales en la teoría relacional, la relación entre terapeuta y paciente, en el sentido que ambos participan en la configuración relacional que no pueden ver, pero que es primordial como mecanismo central en el cambio.

Es por ello, que desde los planteamientos del psicoanálisis relacional, se puede pensar al sujeto, alejado de la mirada clásica y cartesiana de entender al ser humano. Ya no como un sujeto constituido aisladamente, sino más bien, un sujeto entramado con los otros y constituido a raíz de la matriz relacional (Mitchell, 1993). Es así, que tanto Safran & Muran (2000) y Stephen Mitchell (1993) entienden la situación analítica, estando impregnada del encuentro entre el analista y el paciente.

Según los autores ya mencionados, Safran & Muran (2000) y Stephen Mitchell (1993), plantean que a pesar de haber existido, un recorrido histórico y teórico en donde se ha tomado en cuenta la importancia de la perspectiva relacional, esta quedaba enfocada exclusivamente al estudio de los grupos, incluida la familia. Sin embargo, hace dos décadas, ha surgido la inquietud por re – pensar, tanto, la clínica misma, como también, reformular viejas teorías. Por lo que a raíz de aquello, se desplazó la concepción clásica de terapeuta – paciente, como sujetos individuales que no interactúan entre sí. Sino más bien, el cambio paradigmático de la teoría relacional, viene a desplazar del centro, a la psicología individual por *la psicología de dos personas*, a reconocernos y pensarnos en una constante matriz interactiva. Es decir, a

través de esta nueva perspectiva, se comienza a teorizar un inconsciente bipersonal, rompiendo con el viejo paradigma, del terapeuta o analista neutral (Safran& Muran, 2000).

Safran& Muran (2000), mencionan que esta es una nueva forma de comprender y observar la clínica psicoanalítica, en tanto terapeuta y paciente, implicados en las futuras transformaciones y/o cambios que puedan producirse.

Es así, como el modelo relacional, comprende la mente de manera diádica, como un producto que se da en la interacción y en relación con otras mentes. Estando así, en una constante búsqueda por establecer y mantener contactos con otros, ya que a raíz de estos encuentros, es como la mente funciona y se constituye. Stephen Mitchell (1993), propone que lo fundamental y lo esencial del ser humano, no es el placer ni la gratificación, sino es mantener el lazo y el contacto con los otros, así también, el autor plantea, que la experiencia humana está constituida por estas interacciones. “Los terrenos interpersonales e intrapsíquicos se crean, penetran el uno en el otro y se transforman de manera mutua, sutil y compleja” (21).

Es por esto, que las perspectivas de los modelos relacionales actuales, consideran relevante lo nuevo que aparece en la relación analítica, dejando de considerar el pasado como lo más primordial. No obstante de aquello, no lo dejan de considerar, ya que proponen que lo importante del pasado, es captar como se aprecia éste en la relación actual con el terapeuta. Por lo tanto, la cura se concentraría en ir trabajando en base a la relación que se da en la dupla terapéutica (Mitchell, 1993).

Fairbairn (1958) en cuanto a estos planteamientos sobre la relación terapéutica se pregunta: ¿A qué se refiere trabajar en base a esta relación terapéutica?.

El autor, es de opinión (Fairbairn,1958), que para que el paciente pueda experimentar nuevas formas de vincularse y pueda desatar su vínculo con los objetos malos, el cual es constituyente de su núcleo patógeno, debe vincularse con el analista, como si éste fuese un *objeto bueno*, puesto que es imposible que el paciente quede sin un objeto. “(...) uno no puede dejar los vínculos viejos a menos que encuentre la posibilidad de contraer vínculos nuevos y atractivos” en (Mitchell, 1993, p.178).

Los psicoanalistas relacionales, al proponer que el terapeuta se posicione como un *objeto bueno*, lo que están queriendo decir, es que pueda el terapeuta proporcionarle al paciente, nuevos patrones relacionales y nuevas maneras de vincularse con el mundo y con los otros,

a partir de esta nueva relación terapéutica, “(...) diferentes de las que antes disponía o podía aprovechar”(Mitchell, 1993,p.179). El autor, al proponer estos desarrollos, incorpora los aportes teóricos de la orientación del desarrollo, visto que considera todo tipo de relaciones y vinculaciones que haya podido tener la persona, “(...) pues incluye a las relaciones en general en el tipo de interacciones que caracterizan a la relación entre el bebé y su madre”(p.179). Si el terapeuta, no es capaz de proporcionar nuevas formas de vinculación, no habrá ninguna posibilidad de que pueda existir algún progreso.

El enfoque del modelo relacional incorpora en su manera de comprender la etiología de la psicopatología, vinculándolo directamente con una falla ambiental en los cuidados parentales en el infante. Es por esto, que considera importante en el desarrollo del self, las primeras experiencias interpersonales. Teniendo en cuenta que cuando éstas se ven en déficit, se producen grandes consecuencias y fallas en las vinculaciones. “(...) cuando el paciente se presenta al tratamiento es un cascarón vacío carente de este núcleo, el cual sólo puede formarse si el analista crea un medio más estimulante (...)” (Mitchell, 1993, p.189).

A raíz de esto, Mitchell (1993) se pregunta: “¿Qué encuentran los pacientes en el tratamiento psicoanalítico? ¿Encuentran las oportunidades que no habían tenido para desplegar sus capacidades innatas, o bien oportunidades para integrar las experiencias intrapsíquicas e interpersonales con otra persona de manera *diferente*, más enriquecedora y adecuada que dentro de su familia?”(p.194). El niño no puede transitar en el mundo sin relaciones y vinculaciones, dado que es fundamental para la integración de uno mismo, el sentirse conectado, sin embargo, esto será posible a partir de una vinculación sin un objeto, y de por lo tanto, de establecer una vinculación.

Para muchos escritores de la teoría sobre la detención del desarrollo, que se basan actualmente en el modelo relacional, son de opinión, que el paciente ha quedado con un self infantil dentro de un cuerpo adulto, (...) el cual ha quedado fijo en el tiempo del desarrollo, en espera de condiciones interpersonales que le permitan volver a evolucionar”(Mitchell, 1993,p.199). Desde este enfoque se espera, que el analista pueda apuntar a la falla ambiental, para otorgarle a la persona, nuevas “(...) experiencias de relacionales que replacen a las que el bebé nunca tuvo”.

9.1.2 Joan Coderch relación terapeuta – paciente desde la Psicología Relacional

El psicoanalista, Joan Coderch(2010) ha ampliado la manera de concebir el psicoanálisis, nutriéndose de los aportes de los relacionales actuales, a partir de que el psicoanálisis “(...) ha devenido inevitablemente relacional como una transformación derivada de superar sus limitaciones científicas de origen, conciliando reductos teóricos cuya rigidez fue necesaria para una época”(p.13). Estos distintos aportes científicos que aparecieron en un primer momento, como por ejemplo, “la libertad de la técnica de Ferenczi, la concepción interpersonal de Sullivan, la concepción del narcisismo y del *Self* aportada por Kohut, (...)”(p.13) quedaron de manera marginal en el camino, sin embargo, colaboraron en lo que hoy es, el psicoanálisis relacional.

Dentro de lo que postula el psicoanálisis relacional, propone que la psicoterapia es relacional, en la medida que se beneficia de todas sus potencialidades. ¿Qué quiere decir todo esto?, que esta relación terapéutica, se da en una relación “en la que se construyen e incorporan nuevos significados para la experiencia subjetiva (emocional- cognitiva – interpersonal)” (Coderch, 2010, p.14). Creándose en esta relación terapéutica, una co-creación de parte de ambos partícipes de esta experiencia subjetiva. “Surge del encuentro de dos potencialidades sobre una conexión comunicacional inicial (...) antes de dicha conexión (empática) no hay relación terapéutica, sólo potencialidades de encuentro (...)”(p.14).

El terapeuta de la psicoterapia relacional, se preocupa por utilizar la capacidad comunicacional de manera plena con el otro, en la medida que le sea posible, por los mismos límites propios del encuentro en el campo terapéutico. Transcurriendo entre los campos del conocimiento consciente “y el procesamiento inconsciente, re- abre ese espacio tercero (al igual que Winnicott nombró ilusión) que permite la continuación del desarrollo del *Self*, que re- descubre y le permite usar sus propios recursos” (Coderch, 2010, p.15).

Joderch (2010), retoma los planteamientos de Winnicott y re- piensa la psicoterapia, pensando a esta, “como una actividad de descubrimiento más de que aprendizaje, un descubrir lo que puede ser explorado y re- aprendido a partir de esta relación especial (...)”(p.15).

A pesar de que el psicoanálisis relacional, sea un movimiento psicoanalítico, constituido a partir de distintos movimientos teóricos, coinciden estos, en comprender la psicopatología y la etiología de los fenómenos en base a concebir la constitución de la mente humana : “(...)

estructurada por configuraciones relacionales, siendo éstas el resultado de la internacionalización de la ininterrumpida interacción de ser humano con la matriz social con la que convive desde el momento de su nacimiento” (Coderch, 2010, p.23).

Desde esta manera en particular de entender la psicoterapia, la relación pasa a cumplir un lugar fundamental como agente terapéutico, dado que aspira a eliminar aquellos elementos del setting que puedan obstaculizar el encuentro entre terapeuta y paciente. Se intenta habilitar todos los procesos que puedan favorecer las instancias al diálogo, propiciando una situación igualitaria, aunque esta sea asimétrica. Todo esto con el fin, de no hacer sentir al paciente como un sujeto que está enfermo, sino apostando más bien, a vincularse con él, como un igual. Para Coderch (2010) la *distancia analítica*, la postura de una actitud inexpresiva, de frialdad y la ausencia de cualquier expresión de emocionalidad, y de simpatía, producen un gran impedimento para que se produzca una vinculación y comunicación empática, dado que desde esta posición, se obstaculizaría la construcción de una experiencia esencialmente terapéutica. Por lo que recalca el autor, la posibilidad de flexibilizar las maneras de hacer y de pensar, la terapéutica psicoanalítica, debido a que el modelo relacional, se ha caracterizado por tomar distancia, de las reglas a utilizar para todos los pacientes, es decir, propone que al flexibilizar aspectos de la terapéutica, permite al mismo tiempo, otorgar mayor significación a los aspectos subjetivos para cada uno de los pacientes.

La relación, como la entiende el modelo relacional, no quedaría sólo como un espacio para la interpretación, sino es pensaba esta como terapéutica en sí misma. Para esto, debe estar a la base un interés y la presencia de la honestidad entre el terapeuta y el paciente. Así también, Coderch (2010) dice: “(...)desde la perspectiva del modelo relacional que yo planteo, parece evidente que hay estilos de relación que favorecen este carácter terapéutico de la misma, mientras que otros son menos efectivos en este sentido”(p.244).Fairbairn (1952) se refiere, que la relación terapéutica es un agente curativo por sí mismo.

Son varios los psicoanalistas que no concuerdan con esta manera de pensar la terapéutica, debido a que asemejan esta postura del analista, como una forma de percibirse ante el paciente, como un objeto bueno. Coderch (2010), manifiesta que algunos autores, caricaturizan lo que sería ser, un terapeuta posicionado como objeto bueno, ya que es enfático en recalcar que no se trata de ocupar un lugar de objeto magnífico, portador de todas las verdades, impresionado, ni mucho menos idealizado. Para el autor, esta posición vendría a

dar a lugar, a un terapeuta que se muestra sencillo, dentro de los parámetros habituales, siendo este no distante, sino al alcance del paciente.

9.1.3 *Psicoanálisis de Ogden y el espacio potencial*

El autor Thomas Ogden, utiliza el concepto de espacio potencial, designado por el autor, Donald Winnicott, como una zona intermedia que facilita la diferenciación entre la fantasía y la realidad, delimitando el mundo objetivo, del mundo subjetivo, lo que posterior permitirá la diferenciación del sí mismo y del mundo exterior. El autor, (Ogden, 1989) se refiere a este espacio, como un espacio enigmático, por la dificultad que otorga su significación y por lo difícil de separar la gama de metáforas e imágenes que giran en torno a éste.

Del mismo modo, Ogden (1989) propone que lo relevante del concepto, del espacio potencial, es la capacidad de simbolización y de subjetivación que se habilitaría en este espacio, que es al mismo tiempo, un espacio físico y mental (potencial), entre el infante y su cuidador. Si este espacio intermedio, se desarrolla adecuadamente, sin fallas en su proceso de experiencia, podrá el futuro bebé, niño, adulto, crear su propia capacidad de espacio potencial.

Ogden (1989) en sus escritos, *La matriz de la mente*, hace un recorrido de las distintas definiciones que propone Winnicott sobre el concepto de espacio potencial. Concluyendo que en esta zona intermedia, se encontrarían diversos fenómenos impensables pero posibles, tales como: la capacidad de jugar, las expresiones culturales, los fenómenos transicionales, la psicoterapia, entre otras. Poniendo el acento en las vivencias y habilitándose un espacio dialéctico en este espacio intermedio.

El espacio potencial es comprendido por el autor (Ogden, 1989) como un espacio que es al mismo tiempo, un proceso dialéctico. Asimismo, el psicoanálisis dio algunas semejanzas de lo que sería el proceso dialéctico a partir de los desarrollos de Freud y propone a modo de ejemplo, las conceptualizaciones en torno a la mente consciente e inconsciente, aludiendo entonces, que no puede haber una sin la otra, “(...) cada una crea a la otra y sin la otra existe sólo como una posibilidad hipotética” (Ogden, 1989, p.163). Debido a estos planteamientos que va considerando Ogden (1989) de los postulados Winnicottianos sobre el espacio potencial, lo asemeja a la relación madre e hijo, en el sentido que uno es en la medida que el otro existe. El autor (Ogden, 1989) utiliza los desarrollos de Winnicott para poder comprender la importancia del espacio potencial, por lo que se refiere a partir de los

postulados Winnicottianos, que para que la relación entre la madre y el infante no sea patógena, debe darse en un espacio potencial. De la misma manera, es necesario que se produzca entre la madre y el bebé un proceso dialéctico psicológico, en el sentido que permita y otorgue unidad (madre / hijo) pero al mismo tiempo, separación, “(...)en la que cada uno crea e informa al otro. Al principio la *dualidad* (que coexiste con la unidad) no se puede distribuir entre la madre y el bebé de una manera que distinga claramente a los dos como individuos separados; en este punto la dualidad es más bien una cualidad de la madre - bebé” (p.166). No obstante de aquello, producto de la diferenciación entre la diada madre e hijo, permitirá a éste, el pasaje para devenir un sujeto (Ogden, 1989).

En resumen, el espacio potencial, es aquella área, en donde se producen diversos fenómenos vitales para la vida de una persona, y en dónde también, repercutirán en el desarrollo posterior del sujeto. Este espacio intermedio cobra gran relevancia entonces, dado que se habilitarían en este, diversas funciones esenciales en la constitución de la persona, como es la capacidad de crear símbolos y de subjetividad, el gesto espontáneo, la interacción con el mundo exterior y consigo mismo, el juego, el proceso dialéctico, entre otras.

VII. Análisis.

7.0 La comprensión Winnicottiana de la diada Madre e hijo y cómo se traspa a la terapéutica relacional.

El autor Donald Winnicott, a partir de su teoría del desarrollo y de su experiencia analítica de los cuidados maternos, comienza a considerar fundamental la relación entre la diada Madre e hijo, llevando esta manera de relación al campo analítico. Por lo que recalca que la madre del infante, no tiene por qué ser la del niño, sino es aquella persona, que acude a las necesidades de éste y las disminuye poco a poco, según las propias características subjetivas del niño. Es por esto, que Winnicott acude al concepto de *madre suficientemente buena*, para designar las cualidades que debe asistir y otorgar una madre a su bebé.

Esta madre o cuidador, llamada *suficientemente buena*, se caracteriza por leer las necesidades de su hijo, para proporcionarle futuras frustraciones que puedan ser tolerables para el infante. Además, que pueda posibilitar al bebé la experimentación de diversos fenómenos que son fundamentales para la constitución de sujeto. Siendo uno de esos, la capacidad de experimentar los procesos de ilusión y desilusión, los fenómenos de independencia y dependencia, que se van produciendo en este encuentro entre la diada Madre e hijo.

Esta *madre suficientemente buena*, tiene que posibilitar, que el bebé pueda experimentar y vivir los fenómenos de la ilusión y desilusión, ya que serán claves, en la manera en cómo el infante, se relacione con el mundo y consigo mismo. La madre, debe hacerle creer al bebé, en un primer momento, que su pecho es creado por él mismo, para que este pueda experimentar libremente, la omnipotencia y la vivencia de la ilusión. Pero concretamente, a través de ¿qué maniobras le hace creer al bebé que su pecho es creado por éste?

Un ejemplo de una acción cotidiana, podría ser, la experiencia de dar pecho a libre demanda. ¿Qué quiere decir esto de dar pecho a libre demanda?, que no haya horario ni condición fija para realizar aquello. Al responder la madre de manera inmediata frente a las necesidades del infante, lo que está promoviendo, es que pueda el bebé, tener la sensación de seguridad y de control frente al pecho. En el fondo, lo que hace la madre, es instalar una experiencia de ilusión, en la medida, que cada vez que el bebé necesite algo, ese algo aparece, haciéndole creer que él tiene el control y la omnipotencia de hacer lo que quiera con ese objeto.

Sólo si la madre, responde a las necesidades del bebé de manera inmediata y continua en el tiempo, podrá habilitar en el infante, la experiencia de la ilusión. Haciéndole creer, que él es el dueño y quien controla el pecho de la madre.

Puesto que si no vivencia la experiencia de la ilusión, no podrán habilitarse próximos fenómenos , los cuales son tan esenciales como este.

Posterior a aquello, se espera que la madre pueda, igualmente, presentar la vivencia de la desilusión. La cual se caracteriza por ir desilusionando poco a poco, de manera graduada y dependiendo de las propias características del infante. Lo que podría traducirse en acciones, tales como, dejar de dar pecho a libre demanda o retrasándose la madre en acudir a las necesidades y demandas del bebé. Para ejemplificar el fenómeno de la desilusión, se podría pensar, en una situación en donde el bebé llora, con el fin de demandar el pecho de la madre y de cubrir sus necesidades. Sin embargo, la madre se demorará en acudir a esta demanda o quizás se encuentre ausente, por motivos de trabajo, entre otras causales. Por lo que a partir de esta postergación, en no acudir, a esta satisfacción inmediata, permitirá que el infante, pueda asimilar y percibir, qué ese otro que yo pensaba que era parte de mi mismo, es un otro distinto, diferente a mí. Dado que así, podrá ir percibiendo el pecho, como un objeto diferente y que por lo tanto, a través de la vivencia de la frustración, va a adquirir la diferenciación.

A través de la vivencia de la desilusión, se le mostrará al bebé, que el pecho ya no es creado por el mismo, sino que es parte de la madre, trayéndole consigo mayor consciencia de su fragilidad , alejándolo de la vivencia de la omnipotencia. Experiencia de un objeto no – yo.

Esta desilusión, si es producida de manera graduada, y sintonizando con las necesidades propias del bebé, será beneficiosa, no causando mayor alteración. Existiendo entonces, una adecuación en el equilibrio del sentido de la continuidad de la existencia, ya que si estos fenómenos son instaurados de manera adecuada, permitirán un equilibrio en el sentido de la continuidad de la existencia. No produciendo fracturas temporales, ni irrupciones en el sentido de la existencia. Sino más bien, existiendo una integración de ese self.

Esto podría traducirse en el encuentro del terapeuta Winnicottiano con su paciente, a partir de la manera en cómo comprende la vinculación entre la madre e hijo, y cómo la madre, debiese desplegar la experimentación de diversos fenómenos, considerando, las propias capacidades del infante. Un ejemplo de aquello, es la manera en cómo la madre le

proporciona distintos alimentos dependiendo del desarrollo del infante. Dado que en un primer momento, debe proporcionarle leche, para posteriormente, de manera graduada a las capacidades y desarrollo junto a la maduración de éste, empezar por alimentos más sólidos. Si este proceso de alimentación no fuese gradualmente, el infante podría hasta morir, al ingerir alimentos sólidos en momentos en los cuales no estaría preparado orgánicamente ni psíquicamente para ingerir estos.

Es así, que un terapeuta Winnicottiano al basarse en la teoría del desarrollo, entiende que el terapeuta al igual que la madre, debe actuar tomando en cuenta las propias características subjetivas del paciente. En ese sentido, no es un terapeuta estándar que actúe siempre de la misma forma, sino que dependerá su actuar, del paciente que tenga al frente. Visto que sí un paciente necesita tener la oficina bien iluminada, el terapeuta tendrá de adecuarse frente a esta necesidad. Ofreciéndole un espacio luminoso u oscureciendo el espacio si es que lo requiere el paciente, para que pueda desplegar todas sus potencialidades.

Así también, por ejemplo, si el terapeuta conoce, que se acerca una fecha significativa en la vida del paciente, tendrá que anteponerse y citarlo más veces de lo previsto, debido a que con ese paciente en particular, es necesario verlo antes y después de la fecha del suceso. Esta manera en particular que tiene de actuar el terapeuta, es a raíz de haber conocido al paciente, lo que incluye además, conocer sus patrones relacionales, los miedos que imperan, cuanto puede tolerar la angustia y cuanto no, qué es lo que lo paraliza, entre otras. Siendo fundamental entonces, conocer al paciente, para poder anteponerse y anticiparse frente a situaciones. Por otra parte, sólo de esta forma, el terapeuta se adecuará al sujeto que tenga al frente, dependiendo de las necesidades y de las demandas propias que tenga cada uno de ellos.

Otras maneras de comprender como un terapeuta Winnicottiano puede desplegar la capacidad de ilusión/ desilusión. Es por ejemplo, que en el comienzo de la terapia, el terapeuta pueda tomar una postura de autovalidación de las capacidades del paciente, validando entonces, la experiencia de sus necesidades, reforzando la vinculación y otorgándole valor al discurso del consultado. Para que a sí, se logre estar en la experiencia de la ilusión. Sin embargo, en un segundo momento, se espera hacer pasar al paciente, por la experiencia de la desilusión. Este segundo momento, podría traducirse, en optar el terapeuta, por una conducta más de cuestionamiento, confrontándolo gradualmente, y enfrentándolo a

un escenario ya no tan de confort, pero siempre sostenido por la vinculación que se estableció en el campo de la ilusión. El terapeuta en esta instancia, podría empezar a cuestionar partes de la historia, como del discurso del paciente, que no había considerado anteriormente. Pero sólo en el caso, en qué ya se haya establecido una vinculación entre ambos y en donde además, haya una confianza entre estos.

Al igual que lo mencionado en los ejemplos anteriores y de la misma forma que la madre desilusiona a su bebé, es como el terapeuta debe actuar. En el sentido, que tendrá que ir frustrando gradualmente al paciente, ya no respondiendo a las demandas de manera inmediatas. Lo que podría reflejarse en una conducta más de cuestionamiento, frente las verdades que expone el paciente, tanto consigo mismo como con los demás. Sacándolo progresivamente del campo de la omnipotencia.

Para poder realizar, este traspaso de la experiencia de la ilusión hacia la desilusión, es necesario conocer al consultado, para saber en qué momento es oportuno comenzar a transitar por la experiencia de la desilusión. Un ejemplo, de un mal tránsito a la experiencia de la desilusión, podría pensarse, en un situación en donde un terapeuta, en la primera sesión, interpreta rápidamente el accionar del paciente, enfrentándolo y cuestionándolo en su actuar. El paciente, frente a esta conducta del analista, se verá sorprendido y rápidamente dejará de asistir a la terapia.

Al utilizar este ejemplo, se puede observar, como fue precipitada la experiencia de la desilusión, debido a que el terapeuta se anticipó de realizar cuestionamientos, confrontando y no habiendo establecido anteriormente la vinculación. Visto que el paciente, no estaba preparado para recibir tanta información, sin antes haber establecido una relación de confianza y de acercamiento con el terapeuta. Es por esto, que tiene que darse de manera graduada sintonizando y conociendo hasta qué punto la persona puede tolerar una futura confrontación y cuestionamiento. Debido que si esta experiencia es movilizadora de manera precipitada, el paciente puede verse muy frágil, para poder abarcar aquella situación. Lo que finalmente, podría traer malestar, sin tener aún las herramientas para enfrentar estas.

Otros de los fenómenos que son esenciales y que se ponen en juego en esta diada Madre e hijo, son la experimentación de la dependencia y la independencia.

Para aquello, Winnicott, se refiere que igualmente a como la madre actuó en los fenómenos de ilusión y desilusión, tendrá que dejar experimentar al bebé, el pasaje de la

dependencia a la independencia. Para que se produzcan de manera espontánea este pasaje a la autonomía, se necesita a la base, confianza y credibilidad en el otro, tanto del bebé hacia la madre, como de la madre hacia el infante. Sin esta vinculación de amor y acompañamiento de la madre en esta diada madre e hijo, será imposible el pasaje hacia la independencia.

Estos fenómenos de dependencia e independencia, podrían traducirse en la terapéutica relacional en el sentido, que al igual que los procesos ya mencionados. El terapeuta debe habilitar en un primer momento, que se produzca la experimentación de la dependencia entre él y el consultado. Lo que se podría traducir a modo de ejemplo, en una postura del terapeuta más de atención y de apego. Solicitándole verlo dos veces por semana si es necesario, para establecer una vinculación segura y de confianza. Así también, estas sesiones podrían caracterizarse por ser, sistematizadas y regulares, es decir, que sean en el mismo horario y tiempo establecido, durante un periodo de tiempo. Con el fin, de lograr una mayor confianza y seguridad en el paciente, estableciéndose una vinculación de sostenimiento y de apego entre estos. Solo así, se podrá vivenciar, la experiencia de la dependencia. Lo que producirá que se establezca, una vinculación segura con el consultado. Al haberse establecido la confianza en el terapeuta, el paciente podrá confiar en este, sabiendo que estará ahí cuando lo necesite.

Posterior a esta experiencia, se esperará que el terapeuta pueda movilizar al paciente, a la vivencia de la independencia. Esto podría ejemplificarse en una actitud del terapeuta, ya no acudiendo inmediatamente a las necesidades del consultado. Sino más bien, alentar al paciente, a realizar situaciones por su cuenta, para que dé a poco, vaya acostumbrándose a la capacidad de vérselas con sí mismo. Para que esto ocurra de manera beneficiosa, se necesitará de antemano, que exista confianza en el terapeuta, la cual se instauró en el campo de la dependencia. Otro ejemplo más concreto de cómo podría manifestarse el campo de la independencia en la terapéutica. Podría pensarse en una situación en dónde el paciente va a ir a una entrevista de trabajo, pero está muy ansioso y nervioso por aquello. Por lo que a raíz de esto, le solicita al terapeuta, sí lo puede ver antes de entrar a la entrevista de trabajo. El terapeuta le menciona que no puede, pero que lo puede llamar por teléfono, para que conversen acerca de lo que necesite hablar. Todo esto, con el fin de otorgarle contención emocional antes de ingresar a la entrevista.

Finalmente, el paciente acude a lo propuesto por el terapeuta. Es así que el paciente lo llama antes de ingresar a la entrevista y conversan un buen rato acerca de las inquietudes que

tiene el consultado. El terapeuta le recuerda al paciente las fortalezas que ha podido enfrentar durante la trayectoria de su vida y además, le enfatiza los avances que ha obtenido en las sesiones para poder realizar esto de manera exitosa. Después de haber hablado el paciente con el terapeuta, éste se siente con más fortaleza para ir por su cuenta a la entrevista de trabajo.

El paciente al salir de la entrevista, se da cuenta que no era tan difícil como él pensaba, y que pudo realizarlo por sí mismo, sin desencadenar una crisis emocional. También, a través de esta experiencia, observó algunas cualidades de sí mismo, las cuales no pensaba que tenía. Ya que sintió que realizó esta entrevista de manera exitosa, sin ponerse nervioso, sino más bien, desplegando todas sus cualidades técnicas y emocionales. Situación que lo dejó bien sorprendido y optimista, dado que no pensaba que tenía tales cualidades. No obstante de aquello, el consultado también valora la conversación anterior que tuvo con su analista, debido le permitió obtener una mayor confianza de sí mismo, para poder realizar su objetivo.

En esta situación que parece tan cotidiana, se pueden observar algunos fenómenos que hemos mencionado anteriormente. En donde el terapeuta despliega la capacidad de vivenciar el campo de la independencia. Visto que no acude a las necesidades del paciente de manera inmediata, sino que le posibilita poder experimentar, la capacidad del sí mismo, y de la autonomía. No por ello, dejándolo sólo en esta experiencia. Es por esto, que no acude a verlo inmediatamente cuando se lo solicita el paciente. Sino que le otorga otra posibilidad, invitándolo a llamarlo, si es que lo considera necesario.

Al haber tomado esta decisión el terapeuta, es un equivalente a la madre cuando le solicita al niño que pueda realizar algo por su cuenta, estando ella cerca pero no ahí. Es decir, el terapeuta lo contiene pero no estando ahí propiamente tal, sino que lo escucha y conversan un buen rato, ayudándolo a que pueda realizar la entrevista por sí mismo. Siendo la confianza y la contención lo que le da la fortaleza al paciente a poder realizar la experiencia. Otro fenómeno que se puede observar en este caso, es el despliegue del campo de la ilusión que otorga el analista. Visto que ante la ansiedad y el nerviosismo del paciente, el terapeuta le recuerda al consultado sus fortalezas, dándole esperanza a través de los avances que ha obtenido en las sesiones y reflejándole sus capacidades propias que le han permitido sobrellevar situaciones de su historia de vida. Los procesos de desilusión también se encuentran presentes, en la medida que el terapeuta no le responde en un primer momento,

como el paciente lo esperaba. Sin embargo, esta frustración de sus necesidades, no es radical, ya que le otorga otra posibilidad, ofreciéndole su ayuda igualmente pero de otra forma, distinta a la petición que le ofrece el paciente. Así también, el campo de la dependencia también puede observarse, en el sentido que él paciente acuda al terapeuta, solicitando su ayuda. Instaurándose entonces, una vinculación entre el terapeuta y el analista, dándose en el campo de la dependencia.

Posterior al haberse instalado esta relación vincular entre estos actores en el campo de la dependencia. Recién el terapeuta podrá pensar en poder incentivar al paciente a vivenciar el campo de la independencia. Ya que sin esta, vinculación instaurada anteriormente, y sin haber pasado por el campo de la dependencia, no podrá pasarse a la experiencia de la independencia. Es decir, para que exista el traspaso de la experiencia de la independencia, debe haberse establecido la dependencia en algún momento anterior. Dado que sin esta, no puede establecerse la vinculación.

Estos atributos que deben posibilitar un terapéutica Winnicottiano, son equivalentes al proceso gradual de alimentación que realiza una madre a su hijo, teniendo que sintonizar y leer, cuándo y cómo es necesario, poner en funcionamiento estos fenómenos, para que no produzcan futuros traumas, y sean beneficiosos en el desarrollo del sujeto.

7.1.1. La importancia de las funciones maternas en la terapéutica Winnicottiana y cómo estas maniobras las incorpora la Psicoterapia Relacional.

Winnicott, a través de su teoría del desarrollo, enfatiza la importancia del rol materno en la función de sostenimiento o [Holding]. Del mismo modo que es necesario la función de sostenimiento, es igualmente de primordial la función de [Handling]. Esta última, se caracteriza por otorgar contención física, lo que se puede reflejar en el mecer o cobijo físico de una madre a su hijo, promoviendo al mismo tiempo la integración de ese cuerpo. Es por esto, que la función de sostenimiento o [Holding] no puede darse, sin estar acompañada de la función de [Handling]. Dado que sólo a partir de estas cualidades esenciales, que tiene que posibilitar la madre o cuidador, se podrá favorecer la integración del self del bebé. Permitiéndole entonces, el pasaje de futuros desafíos que tendrá que pasar el infante, pero dándose este, con el acompañamiento armónico de esta dupla entre la madre y el hijo.

Al considerar un terapeuta Winnicottiano las funciones de [Holding] y [Handling] en su terapéutica. Tendrá que no sólo, otorgar sostén emocional a sus pacientes, sino que en

conjunto a este, proporcionar un sostén en lo corporal. Desplegando maniobras físicas, frente a las necesidades del paciente. Por ejemplo, ante una paciente que se emocionó con facilidad, será necesario que el terapeuta tenga de antemano pañuelos, ya que de esa forma estará otorgando sostén desde lo corporal. Otras maneras de ofrecer la función de Handling, es por ejemplo, en un caso en donde el paciente, se llegue a sentir tan conmovido por alguna situación, que necesite tomar un vaso de agua para tranquilizarse, entre otras acciones. Estos ofrecimientos que le hace el terapeuta al paciente, tanto de tomarse un vaso de agua, como de ofrecerle un pañuelo, entre otros, son contenciones desde lo físico y desde lo corporal, siendo tan o igual de primordiales que la función de sostenimiento emocional, dado que no puede existir una sin la otra.

A través de estos elementos que aporta la terapéutica Winnicottiana. La perspectiva relacional se ve influida por sus aportes teóricos como clínicos, en su manera de comprender la clínica. Otorgándole importancia, a la manera en cómo entiende Winnicott, la relación entre la diada madre e hijo. Visto que, los relacionales, lo trasladan a la manera de comprender el campo analítico. Proponiendo que lo fundamental de la terapia es la relación entre Terapeuta y Paciente, poniéndose en juego, tanto la figura del analista como del paciente. Es decir, ya no estaría sólo un inconsciente en la situación analítica, sino más bien, desde los relacionales, la terapia estaría impregnada de estos dos inconscientes.

En ese sentido, a través de la observación en la diada madre e hijo de Winnicott, se comienza a pensar y a remplazar a estos actores, por la figura del terapeuta y el analista. Como una forma de volver a esas fases tempranas, en donde se presentaron algunas alteraciones de los cuidados ambientales hacia el infante y cómo a partir de esta nueva vinculación entre el terapeuta y paciente, favorecería a establecer aquello que en un primer momento de la vinculación temprana se vio afectada.

Desde este enfoque, le otorgan igual importancia, a la conceptualización que le da Winnicott, a la madre suficientemente buena. Debido que los relacionales, lo trasladan a la manera de comprender la postura del terapeuta. ¿Cómo entonces, sería entendido un terapeuta suficientemente bueno?. Un terapeuta desde un enfoque relacional, que adquiriera esta manera de ser suficientemente bueno/a, se caracterizaría por leer y sintonizar con las propias necesidades del paciente, dependiendo de las características subjetivas del

consultado. El terapeuta se adecuará a las propias características del consultado, no actuando siempre de la misma manera.

Un terapeuta relacional por ejemplo, al incorporar la manera en cómo comprende la terapéutica Winnicottiana, podría pensarse como un terapeuta, que se adecua, a las características propias del paciente. Es decir, sí su paciente necesita sostener algo en sus manos, durante las sesiones o estar en constante movimiento por toda la consulta. Todo esto, con el fin de que se establezca una vinculación entre el terapeuta y el paciente. Posibilitando que pueda experimentar en un primer momento, el campo de la ilusión, al hacerlo sentir, libre de su accionar, omnipotente de su manera de ser y de pensar.

El terapeuta relacional entonces, al coincidir con las ideas de la terapéutica Winnicottiana, tendrá que adaptarse frente las propias características y necesidades del paciente, para desplegar todas las potencialidades del paciente y poder iniciar así, un trabajo terapéutico.

Otras de las maneras de ser un terapeuta relacional, que incorpore esta manera de ser, suficientemente bueno/a. Es pensar que el setting analítico, irá cambiando, al igual que la actitud y la postura del analista. En otras palabras, la terapéutica no siempre será la misma, debido a que ira variando, habilitando todas las manifestaciones que le sean cómodas a los pacientes. El terapeuta tendrá que adaptarse y acomodarse a las propias características de los consultados. Dado que, para no todos, la misma forma de trabajo será funcional. Por lo tanto, una cualidad de un terapeuta *suficientemente bueno*, será poder acomodarse y adaptarse a las propias necesidades del paciente, leyendo y observando, cuáles serían las formas más adecuadas para trabajar en análisis, incorporando entonces, la manera de ser en particular, que tendría esa persona que consulta.

Al igual que los ejemplos mencionados anteriormente, de cómo un terapeuta debe adecuarse a las necesidades propias de los pacientes en su modo de actuar. Es posible pensar, en un caso, en donde un paciente presente riesgo de suicidio activo. En este caso, el terapeuta relacional, tendrá que tomar especiales condiciones del encuadre analítico y del setting, que no serán iguales para todos los consultados. El terapeuta en esta situación, le pedirá al paciente que al momento de retirarse de la sesión, pueda ser retirado por un familiar cercano, amigo, etc. Con el fin, de tomar resguardo, de la situación en riesgo que se encuentra el

paciente. A partir de este caso en particular, se puede apreciar, el modo diferente que puede optar un terapeuta, tanto en su modo de accionar, como con respecto al encuadre, entre otros.

¿Qué es esto del setting analítico?, un aspecto importante del setting analítico, es que otorga la capacidad de regular las condiciones de una manera más flexible en el encuadre. Así como una madre *suficientemente buena* se adapta a las necesidades de su bebé, un terapeuta relacional entonces, tendría la capacidad de adaptarse flexiblemente a las demandas de cada uno de sus pacientes de manera distinta. No tendría el mismo setting con todos sus pacientes. El setting analítico, abarca desde la actitud mental del terapeuta, como del entorno el cual estará inserto el campo analítico. Como así también, nos refleja cotidianidades que impactan profundamente en el tipo de análisis que uno requiera. El setting analítico, incluye desde la hora en que nos reunimos con el paciente, la cantidad de sesiones que tenemos en la semana, el periodo y la duración de estas. Nos refleja ciertas formas de acuerdos, en cuanto a la manera de vincularse con el consultado. Es decir, desde incluso, dónde se sienta el paciente o por ejemplo, si eventualmente quiere estar tapado., etcétera. Es por esto, que el terapeuta, no tendrá una manera de ser determinada, sino que será distinto y tendrá que adecuarse al igual que la madre *suficientemente buena*. Dado que cada uno de sus pacientes tendrá una necesidad distinta. Las conflictivas que se trabajarán, también irán cambiando y variando, debido a que las distintas demandas serán distintas. Eventualmente, con algunos pacientes, se podrá trabajar en las comprensiones del inconsciente, pero en otros, se enfatizará, en las comprensiones de los conflictos personales o en patrones conductuales. Pudiendo trabajar también, en las estrategias de resolución de las tareas laborales, entre otras. Finalmente, lo que estará puesto en juego, serán cada una de las complejidades que tengan los respectivos pacientes. Por lo tanto, desde esta perspectiva, el terapeuta relacional no será un terapeuta estándar, ya que cada uno de sus pacientes tendrá una necesidad y una demanda distinta, por la cual trabajar.

Otras de las cualidades que abarca el setting analítico, es la actitud mental del terapeuta. Esta actitud mental se caracterizaría por ser flexible, adaptándose a las propias características del paciente. ¿Cómo se podría reflejar esto?, al pensar en un terapeuta con una actitud mental flexible, se podría pensar, en una persona que podrá adaptar su forma de vinculación y su terapia, dependiendo de lo que necesite el paciente para sentirse cómodo. Por ejemplo, un paciente que necesite jugar ajedrez mientras transcurre la sesión. El terapeuta en este caso,

tendrá que adaptarse a este requerimiento, para posterior, generar una vinculación con el consultado.

Otro ejemplo, podría ser, en el caso de pacientes con diagnósticos psicóticos, el realizar la sesión en lugares abiertos, con áreas verdes, etc. Visto que al hacer uso de un setting habitual, los pacientes se muestran más nerviosos y ansiosos. Si el terapeuta no considera, la adecuación del setting, como de su estado mental, será imposible poder establecer alguna vinculación con el paciente.

Es así, como los relacionales se ven influidos por los postulados Winnicottianos, en su manera de realizar la clínica psicoanalítica. Dado que la terapéutica relacional incorpora el sostenimiento emocional, pero también, el sostenimiento físico. Siendo primordiales en la manera de comprender el vínculo terapéutico y por sobre todo, la relación analítica, como el motor del cambio terapéutico.

Un terapeuta relacional, que adquiera esta forma de ser, *suficientemente bueno*. Permitirá, que el paciente pueda hacer y deshacer en el campo analítico. No siendo otra cosa, que dejar vivenciar en el paciente, el campo de la ilusión. Dado que es, una misma forma de hacerlo creer, que está en la dominancia de la omnipotencia. En donde es libre de hacer lo que quiera con el objeto, que no es otra cosa, que la relación terapéutica.

Retomando nuevamente, la importancia del setting analítico, se encuentra dentro de este, el entorno analítico, que también forma parte, al igual que la actitud mental del analista. El entorno analítico, pensado desde los planteamientos Winnicottianos, podría pensarse como un entorno, que tuviese que ser acogedor y sostenedor, cumpliendo con ciertas características. ¿Cómo tuviese que ser un entorno acogedor y sostenedor?., al proponer estas cualidades, es posible pensar, en un entorno que tuviese que tener una temperatura cálida o fresca según el momento, con una luminosidad adecuada, en donde se sienta cierta calidez al estar en ese lugar. Así también, podría pensarse, como un lugar que tuviese algunos adornos, con ciertos coloridos y otorgando una cierta frescura desde el lugar donde se trabajará. También, se podría visualizar este lugar, como un entorno, que tuviera ricos olores, y en donde la calidez, se haga protagonista del entorno analítico. Debido, a que si es un lugar frío, húmedo, donde reina el abandono y la frialdad, difícilmente se podrá trabajar desde un setting analítico, el cual no promueva la calidez de su entorno. Por lo tanto, desde estos planteamientos, no puede existir una contención emocional, si el entorno no favorece, el despliegue de esta contención.

Así también, un terapeuta relacional debe desplegar la experimentación de los fenómenos de la ilusión y desilusión, permitiéndole pasar por estas experiencias en la situación analítica, favoreciendo en la integración del self del paciente.

El psicoanálisis relacional, adquiere ciertas formas de hacer la terapéutica, al comprender la teoría del desarrollo que conceptualiza Winnicott. Debido a que ira leyendo lo que le ocurre al paciente, y a medida que lo vaya conociendo, poder ir desilusionando, pero siempre siendo proporcional a las propias capacidades del consultado.

La perspectiva relacional, al verse influenciada por diferentes movimientos, siendo uno de esos por la terapéutica Winnicottiana. Hace pensar a la terapéutica, como foco primordial, la relación y la vinculación, tanto del terapeuta como del paciente. Ya que, desde los aportes de la teoría del desarrollo propuestos por Winnicott, en la manera de comprender la importancia de la vinculación entre la madre y el hijo. Es posible visualizarlo en el campo analítico, a través del analista y del consultado. Siendo fundamental la vinculación entre ambos. Para posteriormente, el terapeuta poder conocerlo y saber en qué momento es más oportuno, empezar a trabajar aspectos más profundos de la persona y en qué momentos no. Todo esto, implicará poder conocer al paciente, teniendo en referencia, los miedos de este, cuanto o no tolera la angustia, qué es lo que lo paraliza, etc. Es decir, un terapeuta relacional que incorpore esta manera de ser *suficientemente bueno*, tendrá que ir sintonizando y adecuándose a las necesidades y a las características propias del consultado. Debido a que sí lo confronta, de manera brusca, sin haber habido una mayor preparación. Podrá provocar futuros daños, sin dar tiempo, para trabajarlos ni elaborarlos. Es por esto, qué es fundamental, que antes que, el paciente viva la experiencia de la desilusión, se pueda leer al otro. Para saber, cuándo corresponde y en qué momento es el más oportuno, para no producir más daño de lo que se padece. A eso Winnicott lo llama, la capacidad de ser un terapeuta *suficientemente bueno*, que pueda sintonizar y poder leer, las propias necesidades del otro, otorgándole más adelante, futuras frustraciones que sean tolerables para el sujeto.

7.1.2. Las características particulares del vínculo.

La terapéutica Winnicottiana en sus postulados fundamentales en cómo concibe el vínculo terapéutico, propone que debe existir a la base de la terapéutica, una atmósfera de sostenimiento y de confiabilidad, puesto que, sólo de esa forma, se podrá comenzar un trabajo terapéutico. Dándose entonces, este vínculo en una atmósfera contenedora y de sostenimiento, para que de esta manera, el terapeuta pueda proporcionar confiabilidad en el paciente. Esta manera de otorgar confiabilidad en el paciente, se expresa a través de los distintos elementos ya mencionados anteriormente. Que conforman tanto, el setting analítico, la actitud mental del terapeuta, y la regularidad que le ofrece el terapeuta tanto de sus horarios, como de su tiempo, entre otras. Estos elementos están relacionados con las funciones de [Holding] o también conocida de sostenimiento y también la función de [Handling] o también llamada, función de manipulación. En la medida que la función de sostenimiento, otorga sostén emocional, el Handling permite la contención física, que muchas veces pueden traducirse, en la contención y cobijo físico, como así también, hasta incluso, cómo están instauradas las condiciones del setting, que también son una forma de otorgar sostén físico. No obstante de ello, abarca la función de Handling, no sólo las condiciones del setting, sino que además, la vinculación no verbal y física que pueda existir entre el analista y el consultado.

Este vínculo terapéutico se caracterizaría por ser cercano, lo que se podrá reflejar en el tono de voz del terapeuta hacia el paciente, como viceversa. Ya que muchas veces lo que impacta en el paciente, no es el contenido de lo que se manifiesta, sino más bien, es la forma y el tono en cómo se dicen las cosas.

El lenguaje corporal, también es importante e impacta en la futura relación que se va a establecer entre el terapeuta y el paciente. Algunos ejemplos de aquellos pueden ser, en el caso de un terapeuta, que saluda afectuosamente a un paciente, dando la mano y siendo esta prolongada en su afectividad, acompañada de una mirada de calidez y de ternura. Otro ejemplo de una manifestación afectuosa en la proximidad, podría tratarse, en una situación en donde el terapeuta da aliento al consultado, poniendo su mano en el hombro de éste, como una manera de dar aliento y cobijo frente a ese malestar. Estas manifestaciones corporales, muchas veces dicen mucho más que simples palabras y que por lo tanto, llegan en la

comunicación no verbal del paciente, generando que se efectuó una vinculación estrecha y de cercanía a raíz de las funciones de Holding y Handling.

Siendo primordial entonces, la integración de todos estos elementos, visto que sólo así, se podrá otorgar en el paciente una vinculación de sostén y de confiabilidad.

En base a las ideas centrales en como comprende la situación analítica la terapéutica Winnicottiana, los relacionales se ven influenciados por esta forma de entender la clínica psicoanalítica. Debido a que, visualizan el vínculo terapéutico, como agente terapéutico en sí mismo, denominando a este, como la matriz relacional.

La matriz relacional, es la relación entre terapeuta y paciente y en donde ambos configuran y participan de esta vinculación, que no pueden ver, pero que es fundamental, para las futuras transformaciones y cambios que puedan producirse en el campo analítico.

¿Qué quieren decir con la matriz relacional los terapeutas relacionales?, que antes de partir cualquier terapia, debe existir a la base, una vinculación entre el analista y el paciente. Esta vinculación, se va a producir siempre y cuando haya una construcción de parte de ambos partícipes. Por lo tanto, no es algo que se construya sólo desde el analista, sino que ambos participaran de esta configuración, conformando así la relación especial entre ambos. La cual estará impregnada de los propios códigos, acuerdos, y formas que configuren esta relación.

Winnicott al designar estas cualidades fundamentales que conforman el vínculo terapéutico, tales como, la capacidad de sostenimiento o holding, la existencia de la función de Handling, además que exista confiabilidad y una atmosfera de amor. Está tratando de transmitir, que a partir de esta vinculación en particular entre terapeuta y paciente, que sería una metáfora de la diada madre e hijo, se podrá habilitar un espacio terapéutico, que podría ser al mismo tiempo, un espacio potencial, siendo esta vinculación terapéutica en sí misma. Esta vinculación debe ser vista como un trabajo creativo, en donde ambos apuntan hacia un mismo objetivo y meta. Dándose al mismo tiempo, en un espacio potencial, donde reinan los fenómenos de la imaginación, las metáforas, el sentido del humor, perdiendo el temor a equivocarse y comprendiendo que no hay maneras correctas y únicas de hacer las cosas.

El espacio potencial se puede reflejar en el campo analítico, ya que permite el ir y venir del otro, aunque el otro no este, yo puedo seguir productivo. Esto se puede ejemplificar, cuando el paciente se queda callado y el terapeuta es capaz de tolerar el silencio del otro,

acompañándolo en esa experiencia. Para así tolerar la separación, la independencia, entre otras cualidades que otorga el espacio potencial.

Los relacionales a su vez, comparten la idea en torno a la importancia de la vinculación, dado que la matriz relacional es el motor para la terapéutica relacional. Así también, coinciden en comprender a esta, terapéutica en sí misma, debido que, para los relacionales, las personas más allá de buscar la gratificación o el placer, buscarían mantener el contacto con otros, y de por lo tanto, mantener las vinculaciones por sobre todo. Para la terapéutica relacional, el paciente buscaría a toda costa mantener una vinculación con el terapeuta, puesto que en él, buscaría la función materna. En esta vinculación, aparecen las vicisitudes de la historia temprana del paciente, en donde trata de vincularse con la figura del terapeuta, que vendría a remplazar a esa figura de contención, que tendría relación con el tipo de experiencia materna que tuvo el paciente. En esta vinculación terapéutica, se busca reparar aquella vinculación temprana que fue instaurada de manera alterada, presentándose fallas ambientales de los cuidados paternos sobre el infante. Por lo que dependiendo de las demandas de los pacientes, se podrá acudir a intervenciones altamente demandantes, dependiendo del momento en la que se encuentre el paciente.

La perspectiva relacional, es enfática en plantear que las personas no pueden estar en este mundo sin vinculaciones, y sin objetos. Además, desde los relacionales, la relación entre terapeuta y paciente, sería una co – creación de ambos partícipes, lo que para los Winnicottianos, sería la relación entre madre e hijo o también visto en la terapéutica Winnicottiana, en donde a partir de esta vinculación que se va dando, leyendo y sintonizando con el otro, es como va a dar continuidad y transformaciones en el campo analítico.

Por otro lado, los postulados Winnicottianos, sobre la psicoterapia, apunta que esta es una actividad de descubrimiento, refiriéndose que no hay nada dado de antemano como tal desde un inicio. En donde aparece la sorpresa, el asombro y la aventura de lo que se vaya encontrando y trabajando en las sesiones. A medida que se va dando esta vinculación, se van produciendo, nuevos descubrimientos que puedan ser explorados, pero que sólo van a poder habilitarse, en la medida que ambos partícipes de esta relación especial, quieran proporcionarla. Es por esto, que no es una terapéutica estándar, sino que a medida que vayan transcurriendo las sesiones, se van ir abriendo, nuevos caminos por ser descubiertos.

Los relacionales, retoman estos postulados teóricos, y se refieren a esta co – construcción que conformarían tanto el analista como el consultado, eliminando todos los elementos del setting que puedan dificultar el encuentro de esta vinculación, y habilitando todas las instancias para favorecer el diálogo, propiciando una relación igualitaria, empática, pero asimétrica. Con el fin de no hacer sentir al paciente, como un sujeto que está enfermo, y vinculándose con éste como un igual. La distancia analítica, tanto para la terapéutica Winnicottiana como para los relacionales, sería un obstáculo para establecer la relación con el paciente. Siendo la relación para ambos movimientos, no tan sólo utilizada en el plano de la interpretación, sino es pensada esta terapéutica en sí misma.

7.1.3. *Las cualidades del analista.*

La postura del analista para la teoría Winnicottiana, debe caracterizarse por ser de contención, de amabilidad y por sobre todo de una muestra de amor y confiabilidad hacia el otro. Así también, el terapeuta debe mostrarse, confiable, empático y por sobre todo, ser este cuidador, que metaforiza a la madre, y que permite y otorga sostén frente a los obstáculos que puedan darse en el proceso analítico. Por otra parte, también Winnicott al referirse a las funciones que debe cumplir la madre para ser esta *suficientemente buena*, menciona, que no debe ser perfecta, por lo que en momentos también tiene que frustrar y equivocarse, pero lo importante estará en la lectura que pueda hacer de ese hijo, es decir, de la capacidad de sintonizar con las necesidades del bebé.

En cuanto a esta mirada Winnicottiana que tiene de pensar al terapeuta, los relacionales coinciden con este terapeuta cercano, que otorga cobijo y confiabilidad, puesto que, la psicoterapia relacional, piensa al terapeuta, como un sujeto sencillo, que se comunica de manera plena con el otro, para así otorgarle al paciente, una posición más de sanidad que de enfermedad. Es por esto que el terapeuta relacional, se mostrará con el paciente como un igual, lo que se podrá reflejar en la manera en cómo se comunica el terapeuta con su paciente, como así también, en su forma de vestir y de accionar.

Proponiendo que este terapeuta se posicione como un objeto bueno, el cual pueda mostrarse de manera sencilla, comportándose dentro de los parámetros habituales, y siendo al alcance del paciente. Alejándose entonces, de esta mirada distante y clásica, de la visión, terapeuta y paciente como ente separados y no involucrados. Para los relacionales, esta manera de concebir al analista como objeto bueno, no alude a pensarlo, como un sujeto

idealizado o magnífico, sino propone que este sea, lo más humano posible, para que pueda generarse una futura vinculación y proponer desde esta la sanidad.

Al posicionarse el terapeuta como un objeto bueno, permite que se desplieguen en esta relación entre el terapeuta y el paciente, los fenómenos transicionales, la capacidad creadora, la fantasía, el juego, etcétera. Habiéndose entonces, en la terapia, un espacio potencial, que se caracteriza al mismo tiempo por ser un espacio creativo. En donde a través de esta manera en particular de ser del analista, le permitiría al paciente, descubrir y navegar en el campo analítico de manera libre y segura. En el sentido que, al otorgarle confianza el terapeuta al paciente, podrá actuar este de manera más segura, dándose cuenta que no hay maneras únicas de ser y de pensar. Es decir, este espacio potencial puede verse reflejado, en una situación en donde el paciente se queda callado unos minutos, reflexionando y pensando sobre sí mismo. Por lo que el terapeuta en esta situación, podrá acompañar en este silencio del paciente, permitiéndole la experimentación de su propia experiencia subjetiva, y no interfiriendo en esta. Dado que a pesar de estar ambos, terapeuta y paciente, en la situación analítica, también se puede acompañar, posibilitando así, la diferenciación de ambos. En ese sentido, al igual que una madre o cuidador acompaña a su hijo mientras él está jugando, la madre no interfiere en el juego del niño, sino que a pesar de estar ambos en el mismo lugar, están al mismo tiempo diferenciados, interactuando con su propia subjetividad. A eso se refiere a que el espacio terapéutico, podría ser al mismo tiempo, un espacio potencial, siendo este creativo. En la medida que no hay nada dado de antemano como tal, sino que a través de las sesiones van apareciendo temáticas, situaciones, malestares, que aparecen en el camino, en esta co – construcción en conjunto con el paciente. Siendo en todo momento, la terapéutica, una actividad de descubrimiento que se irá dando en conjunto con el terapeuta y el paciente.

VIII. Discusión y conclusión

A partir de lo expuesto en el análisis, es posible condensar y sintetizar los planteamientos más importantes de los distintos postulados.

La terapéutica Winnicottiana, al asentarse en una teoría del desarrollo, comprende la experiencia analítica, basándose en la relación madre e hijo. Winnicott (1971) propone que esta vinculación temprana traería consecuencias futuras, tanto beneficiosas como perjudiciales para el futuro sujeto. Entonces, será primordial cómo se den los cuidados maternos en la relación madre e hijo. A través de la observación clínica de los cuidados maternos, Winnicott (1960) hace pensar la terapéutica en base a estos postulados; planteando que el terapeuta, al igual que la madre o cuidador, debiese desplegar ciertas funciones y condiciones esenciales, para que pueda así, favorecer en la continuidad y unidad del *self* del infante/paciente, ya que comprende que existiría una alteración de esos cuidados parentales en las fases tempranas del infante, lo que provocaría, finalmente, una ruptura en la continuidad de la existencia de ese *self*.

A partir de la manera particular que tiene Winnicott (1960) de entender la teoría del desarrollo y la relación madre e hijo, hace pensar la terapéutica y la relación entre terapeuta y paciente de una manera distinta a cómo se pensaba la relación terapéutica en el psicoanálisis clásico. Será fundamental la existencia de una base contenedora y emocional en el campo analítico, a raíz de comprender que existirían fallas en los cuidados parentales respecto al infante, quien de los cuales fue carente.

Winnicott (1971) es enfático en mencionar que la madre del infante no tiene porqué ser la madre propiamente tal, sino que es aquella persona que acude a las necesidades de él, denominándola como *madre suficientemente buena*, quien se caracterizaría por habilitar la experiencia de algunos fenómenos, tales como: la experiencia de la ilusión y desilusión, como así también, la experiencia de la independencia y dependencia.

En un primer momento, se espera que la madre pueda otorgar la experiencia de la ilusión en el bebé, haciéndole creer que su pecho es parte de él y que, por lo tanto, es él quien tiene el poder y el control sobre tal objeto. Posteriormente, la madre, tendrá que desplegar gradualmente la experiencia de la desilusión.

Además, esta madre o cuidador tendrá que posibilitar los fenómenos de dependencia e independencia. Para aquello, será necesario, que exista una base de amor y de confiabilidad

en el otro, tanto de la madre hacia el bebé, como del bebé hacia la madre. Para el despliegue de cada uno de estos fenómenos, se debe tener en cuenta el momento oportuno para proporcionarlos en la experiencia con el infante. Ello, dado que si el bebé los experimenta de manera brusca y drástica, posiblemente, provocarán daño y trauma. No obstante, si estos fenómenos se dan de forma proporcionada a las capacidades propias del infante, serán beneficiosas para el desarrollo mental del futuro sujeto (Winnicott, 1971).

El autor, al plantear los elementos esenciales que debe proporcionar una madre o cuidador a su hijo, hace repensar la terapéutica psicoanalítica. Winnicott (1971) propone que del mismo modo como la madre debiese desplegar la experimentación de estos diversos fenómenos; igualmente, el terapeuta debiese poder proporcionar estos fenómenos en el campo analítico, comportándose de forma similar a la manera en cómo debe ser una *madre o cuidador suficientemente bueno*. Para ello, deberá adaptarse frente a las distintas necesidades y demandas de propio paciente, lo que hace pensar en una terapéutica que irá cambiando, sin ser estándar, sino adecuada a las propias características del paciente.

Los postulados Winnicottianos en torno a la terapéutica hacen mención sobre la relevancia de los cuidados maternos en la constitución del desarrollo mental del sujeto y de las futuras vinculaciones. Proponen que el terapeuta debe ofrecer al igual que la madre o cuidador, las funciones de Sostenimiento [Holding] y de Manipulación, o también llamada de Sostenimiento físico [Handling], con el fin de proporcionar un entorno facilitador y de contención, siendo fundamentales estas funciones para, incluso, iniciar un proceso psicoanalítico. A través de esta manera de ser del terapeuta -de contención y de confiabilidad-, podrá reparar aquella vinculación temprana que recibió el sujeto, a través de la relación entre el terapeuta y el paciente (Winnicott, 1960).

Por lo tanto, desde estos planteamientos, el terapeuta sería una metáfora de ese cuidador que falló en los cuidados paternos en las fases tempranas en el infante; debido a que existiría una falla en las vicisitudes del vínculo temprano en la relación madre e hijo, que finalmente causaría futuros problemas en la vida del sujeto, tanto consigo mismo como en su manera de relacionarse con el mundo. Es decir, el paciente en la relación con el terapeuta buscaría aquella función materna, que no le fue provista. Esto hace necesario que el profesional pueda habilitar un espacio sostenedor y de contención materna, para que así, se pueda restaurar

aquello que se instauró de manera alterada, a causa de fallas en los cuidados paternos respecto al infante.

Al considerar importante la diada madre e hijo, Donald Winnicott (1971) hace posible trasladarlo a la manera de comprender la situación analítica. Ello debido a que refiere que en esta relación entre la madre y el hijo, se daría un espacio intermedio -también llamado espacio potencial- donde se habilitarían, a través de éste, diversos fenómenos que son esenciales para la constitución del sujeto, tales como: la capacidad creadora, el humor, la metáfora, los fenómenos de ilusión/desilusión y de dependencia/ independencia, entre otros, y cómo dichos fenómenos podrían habilitarse en el espacio terapéutico, siendo la terapia, una actividad creadora y de descubrimiento entre el terapeuta y el paciente.

La perspectiva relacional, por su parte, se basaría en distintos movimientos y autores, planteando que lo fundamental de la terapéutica es la relación entre el terapeuta y paciente. El autor Stephen Mitchell es uno de los fundadores de los postulados relacionales, refiriéndose a que la situación analítica estaría impregnada del encuentro entre estos dos inconscientes, tanto del terapeuta como del consultado. Por lo que se aleja de la mirada clásica de concebir al terapeuta y al paciente como sujetos que no interactúan entre sí; sino más bien, ambos influyen en las futuras transformaciones que puedan producirse en el campo analítico, desplazando la idea de concebir a la psicología individual, por la psicología de dos personas (Safran & Murran, 2000) a comprender y a pensar la mente de manera diádica (Mitchell, 1993). De tal forma, coinciden con los postulados teóricos y prácticos de la perspectiva Winnicottiana, en la medida que concibe la situación analítica, en base a la diada Madre e hijo, y como esta dupla podría asemejarse a la relación terapeuta y paciente.

Stephen Mitchell (1993) propone que lo fundamental de la terapia es la relación terapéutica, debido a que postula que las personas, más allá de buscar la gratificación y el placer, buscarían mantener a toda costa la vinculación y el contacto con los otros. Por ello, recalca que el terapeuta debiese desplegar una nueva vinculación a partir de la relación terapéutica. Esto se asemeja a los planteamientos Winnicottianos, en los que existiría una falla en los cuidados parentales en el infante, que traerían consecuencias en su modo de comprender y de relacionarse con el mundo; puesto que para el modelo relacional, el paciente construiría sus relacionales en torno a las experiencias interpersonales pasadas y tempranas.

Ellas moldearían las futuras vinculaciones que serán efectos de los patrones relacionales pasados.

Joan Coderch (2010), psicoanalista relacional, coincide con los postulados Winnicottianos, al plantear que el terapeuta debiese desplegar una nueva vinculación, distinta a las que dispone el paciente. Si no es de esa manera, la persona no podrá desligarse de los patrones vinculares pasados, debido a que las personas no pueden quedar sin vinculaciones en el mundo. A menos que hayan apropiado, una nueva manera de vincularse. Winnicott (1960), al igual que Coderch (2010), postula que el terapeuta debiese proporcionar un espacio de contención materna, para que así pueda reparar aquella vinculación temprana, que fue instaurada de manera alterada en las fases tempranas en el infante; provocando a partir de éstas, una manera disfuncional de vincularse con el mundo y consigo mismo. Los relacionales comparten esta idea, refiriendo que existirían alteraciones en las vinculaciones tempranas; siendo éste el motivo, por el cual consideran fundamental en la terapia la vinculación y la relación entre el terapeuta y el paciente.

Dicha relación se denominaría con el nombre de Matriz Relacional, caracterizada por ser el motor por el cual se moviliza el cambio terapéutico (Safran & Murran , 2000). Tal relación o matriz relacional se establece tanto por la figura del analista, como del mismo consultado hacía el terapeuta. Ésta es otra de las coincidencias que existen con la perspectiva Winnicottiana, en el sentido que para que se produzcan los fenómenos de la ilusión y desilusión, dependencia e independencia, será necesaria la relación que se establezca entre la madre y el bebé. Del mismo modo, podría pensarse en la manera en cómo comprende Winnicott (1960) el campo analítico; dado que la terapéutica podría pensarse como una co – creación de ambos partícipes, siendo sobre todo, una actividad creadora y de descubrimiento por ambas partes, tanto del analista como del paciente.

A partir de estos postulados sobre la terapéutica, los relacionales son enfáticos en mencionar que el terapeuta relacional debiese comportarse como un objeto bueno. ¿Qué es lo que implicaría esto? Que pudiese ser una persona que se muestre, ante el paciente, como alguien cercano, mostrándose como un igual, a pesar de que sea una relación asimétrica. Pero no por ello, no será cercana ni humana. Lo importante estaría en que el terapeuta tenga una conducta dentro de los parámetros habituales y al alcance del paciente, para que así se logre establecer una relación con el paciente.

De esta forma, se aleja de la mirada clásica de comprender al analista y el paciente como entes separados que no interactúan entre sí, concibiendo la neutralidad analítica como un obstáculo para la construcción de una futura relación, alejándose de todos los elementos y conductas que puedan obstaculizar la relación analítica. Ello, dado que aspiran a poder desplegar todas las potencialidades del paciente en un ambiente acogedor y de confianza.

Desde la perspectiva relacional, el concebir al terapeuta como un objeto bueno, no alude a pensarlo como un sujeto idealizado o perfecto, sino más bien, propone una manera de ser lo más humana posible, para así generar una vinculación y proponer, desde ésta, la sanidad.

Por su parte, Winnicott (1960) recalca que el terapeuta debiese posicionarse como contenedor, emocional y de confiabilidad; debido a que solo de esa forma se podrá reparar e iniciar un proceso psicoanalítico. Será fundamental que pueda proporcionar un entorno acogedor, otorgando sostén emocional y físico. El autor en cuanto a esto propone que no puede existir una contención emocional, sin estar acompañada de un cobijo físico. Por lo tanto, es primordial desde la teoría Winnicottiana en su manera de comprender la Terapéutica Psicoanalítica, que el profesional pueda proporcionar aquellas funciones maternas en el campo analítico, reparando las fallas ambientales de los cuidados parentales.

Considerando mi pregunta de investigación, la cual consistía en poder encontrar los elementos característicos de la psicoterapéutica Winnicottiana y cómo es posible encontrarlos en la psicoterapéutica relacional de Mitchell, a través de estos planteamientos y a partir de lo analizado; es posible responder a mi pregunta de investigación, en la medida en que he podido encontrar la gran influencia en cómo se lleva a cabo la psicoterapia relacional, a partir de los postulados que propone Donald Winnicott en torno a la terapéutica.

Winnicott (1971) postula que, al igual que la madre, el terapeuta, a través de una manera de ser contenedora y otorgando los cuidados maternos de los cuales el infante se vio carente, podrá reparar y desplegar nuevas maneras de ser y de vincularse. Así, favorecerá la integración de ese *self* y de la unidad del sí mismo, siendo el terapeuta una metáfora de aquel cuidador que falló en sus cuidados paternos y que tiene la posibilidad de poder reparar a través de la relación terapéutica, la integración y la continuidad de ese *self*. Es por esto que el psicoanálisis relacional se asemeja a lo que propone Winnicott en torno a la terapéutica, dado que considera de igual manera fundamental las primeras vinculaciones en las etapas

tempranas. Esto, ya que los relacionales plantean que las primeras vinculaciones afectarían las futuras relaciones que establezcan los sujetos. Por ello, al igual que Winnicott, son de opinión que el terapeuta debiese desplegar una nueva forma de vinculación, a partir de la relación terapéutica, debido a que de esa forma el paciente podrá observar una nueva manera de vincularse con el mundo y consigo mismo.

Por otra parte, tanto la terapéutica Winnicottiana como la Psicoterapia Relacional proponen que el terapeuta necesita actuar de manera contenedora y cercana, puesto que a partir de ese modo de vincularse, podrá establecerse una relación cercana y real con el paciente, restableciendo aquellos cuidados parentales que se instauraron de manera alterada.

Así también, desde los aportes de Winnicott a través de la teoría del desarrollo, se plantea que la madre debe sintonizar y adecuarse a las necesidades del propio bebé. El terapeuta deberá saber cuándo es el momento oportuno y cuándo no, para realizar ciertas críticas, sugerencias, entre otras. Asimismo, el psicoanálisis relacional, promueve una manera de ser terapeuta, donde lo que va dando forma a la terapéutica, es la co – creación de ambos partícipes, tanto del analista como del consultado.

Igualmente, para la terapéutica Winnicottiana, la psicoterapia es, al mismo tiempo, una actividad creadora y de descubrimiento de parte de ambos partícipes, tanto del analista como del consultado. Visualiza esta forma en particular de realizar la psicoterapia, en base a la relación entre la madre y el hijo, en la medida en que no puede haber uno sin el otro, siendo ambos implicados en las futuras transformaciones que puedan producirse, al igual a como lo proponen los relacionales, al pensar al terapeuta en conjunto con el paciente, configurando ambos la situación analítica.

Algunas de las falencias en torno a la metodología de este seminario de investigación, es que se pudiera incluir elementos más prácticos de algunas terapéuticas relacionales, para preguntarles posteriormente a los terapeutas, cómo asocian su práctica con los postulados y aportes de Winnicott. Con el fin de poder observar las diferentes experiencias clínicas y cómo se traducen éstas en elementos teóricos de los cuales ya se han discutido. Todo esto, con el propósito de hacer una discusión más enriquecedora y más íntegra.

Otro de los sesgos de esta investigación es el hecho de haber llevado a cabo este seminario de manera individual, en la medida en que imposibilita el enriquecimiento de nuevas opiniones y reflexiones en torno a lo investigado.

Finalmente, otras de las dificultades encontradas aluden a la falta de práctica clínica, como así también, integrar la posibilidad de eventualmente ser paciente en un contexto psicoterapéutico, para que de esa manera, me permita tener una mayor capacidad de análisis con respecto a los abordajes prácticos y clínicos.

Al poder tener más tiempo para la elaboración de este seminario de investigación, sería posible reformular nuevas preguntas y nuevas líneas a seguir desarrollando. Algunos de los desafíos que abre este trabajo son incluir diversos autores que han aportado en la existencia de lo que es hoy la psicoterapia o terapéutica relacional. Desde los aportes de Ferenczi, con sus contribuciones en torno al analista cercano, como también a partir de Bion con sus aportes sobre el analista continente, sin olvidar las contribuciones de Winnicott, sobre la importancia del entorno sostenedor y la existencia de una atmósfera emocional y contenedora a la base de la terapéutica. Observándose, así, la gran cantidad de autores que han escrito sobre una determinada manera de hacer la terapéutica.

Ello hace necesario que se pueda realizar un mapa de la evolución conceptual en torno a la terapéutica. En la medida en que muchos autores coinciden con planteamientos que son designados o conceptualizados de una manera distinta, siendo en el fondo la misma idea; podrá haber un reordenamiento de estos conceptos, a través de la historia del psicoanálisis, ya que muchas veces creemos que son cosas distintas.

Sin embargo, en el camino y a través de la recopilación de los distintos planteamientos y conceptos, se podrá ir unificando e integrando comprensiones teóricas y estableciendo puntos de convergencia entre los distintos postulados.

IX. Referencias Bibliográficas:

- Abadi, S. (1996). *Transiciones, El modelo terapéutico de D. W. Winnicott*. Buenos Aires: Editorial LUMEN.
- Aburto, M., Ávila-Espada, A., Castelo, J.; Crespo, M., Espinosa, S., García-Valdecasas, S., Gasparino, A., Pinto, J. M., Rubí, M. L., Viada, A., & Vivar, P. (1999). Grupo de Investigación de la Técnica Analítica, *Intersubjetivo*, 1 (1), 7 – 55. Extraído el 2 de Abril, 2017, de http://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/Documentacion/AAvila/Grita1La%20subjetividad%20en%20la%20tecnica%20analitica_V1N1_Intersubjetivo.pdf
- Baeza, K., & Cárcamo, M. (2002). *Modelos de Psicoterapia Breve psicoanalítica, un análisis crítico*. (Tesis para optar al Grado de licenciatura en psicología). Universidad Andrés Bello. Santiago de Chile.
- Baptista, P. Hernández, R. & Fernández- Collado, C. (2008). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Bernal, C. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Pearson Educación 2 ed.
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional, el modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. España: ÁgoraRelacional.
- Dreher, A. (2000). *Foundations for Conceptual Research in Psychoanalysis*. London & New York: Karnac Books.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object – relations theory of the personality*. Nueva York, Basic Books.
- (1958), “On the nature and aims of psycho- analytic treatment”.
- Ferenczy, S. (1984). *Obras completas Tomo IV: 1927- 1933*. Madrid: Espasa – Calpe, S. A.
- (1928). *Elasticidad de la técnica psicoanalítica*.
- (1931). *A manera de resumen III, sobre la iniciativa del paciente*.
- (1932). *Confusión de lengua entre los adultos y el niño*.
- Ferenczy, S. (2009). *Problemas y métodos del psicoanálisis*. Buenos Aires – República Argentina: Ediciones Hormé S.A.E.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. SE, 4 y 5 (4 y 5).

- Messer, Sanley, B. y Warren, C. Seth. (1995). *Models of Brief Psychodynamic Therapy. A Comparative Approach*. New York: The Guilford Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis, una integración*. México: Siglo veintiuno editores, s.a de c.v.
- Safran, J. D. & Muran, J. C (2000). *La alianza terapéutica, una guía para el tratamiento relacional*. Usa: Negotiating the therapeutic Alliance.
- Sandler, J. (1993). *El paciente y el analista*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Ogden, T.(1989). *La matriz de la mente: las relaciones de objeto y el diálogo psicoanalítico*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- (1994). *Subjects of analysis*.
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- (1971). *Objetos Transicionales y Fenómenos transicionales*.
- (1971). *El juego*.
- (1971). *La creatividad y sus orígenes*.
- (1971). *El lugar en que vivimos*.
- (1960). *La teoría de la relación entre progenitores – infante*
- (1957). *El niño y el mundo externo*.