

Notas Sobre la Concepción de Trauma y Psicopatología en el Psicoanálisis Relacional

André Sassenfeld J.

En términos generales, el tipo de pacientes que los psicoterapeutas atendemos en la actualidad de manera predominante parece haber cambiado significativamente al menos a partir de la segunda mitad del siglo XX (Sassenfeld, 2018a, 2019). En el psicoanálisis, esta circunstancia es mencionada ya tempranamente por Otto Fenichel (1945) y con posterioridad por Erich Fromm (1974), Heinz Kohut (1977) y otros teóricos analíticos. Kohut, en particular, describe una transición histórica desde lo que llama el *hombre culpable*, cuya experiencia está marcada por el conflicto interior entre sus impulsos y sus prohibiciones internalizadas, hacia el *hombre trágico*, cuya experiencia se caracteriza más bien por cómo se experimenta a sí mismo, su relación con los demás y su lugar en el mundo. Todos estos teóricos subrayaron que cambios socioculturales importantes no pueden más que traer consigo problemáticas clínicas distintas a aquellas previas a tales cambios. Para Stephen Mitchell (1993), la aparición de las teorías de las relaciones objetales en Inglaterra en torno a la II Guerra Mundial y un poco después de la psicología del self en Estados Unidos en la década de 1970 responde a la necesidad de nuevas herramientas conceptuales de comprensión analítica por parte de los psicoterapeutas. Siguiendo a Mitchell, el surgimiento de un nuevo lenguaje psicoanalítico psicopatológico forma parte del mismo movimiento: personalidades limítrofes, personalidades narcisistas, personalidades esquizoides, patologías pre-edípicas.

Es innegable que desde la época de Freud se han producido transformaciones vertiginosas en el mundo en el cual vivimos, descrito por Philip Cushman (2007) con una elocuencia sintética como un mundo en llamas con un dios ausente. Con tales profundas y aceleradas transformaciones que han hecho todo menos ralentizarse las formas predominantes de la organización

problemática de la subjetividad han sido englobadas por Kohut (1977) en el concepto de *perturbaciones del self*. La siguiente formulación de Fromm (1974) respecto del sufrimiento típico del paciente de las últimas décadas apenas ha perdido relevancia para nuestra actualidad: se trata de pacientes que sufren de

un sentimiento de malestar indefinido que es característico de nuestro siglo. No presentan síntomas, ni siquiera insomnio, sino la sensación de ser infelices, una sensación de alienación; la vida no tiene sentido, no tiene sabor, tan solo transcurre. [...] Se trata de *personas que sufren de sí mismas*. Todo está en orden; tienen todo, pero sufren de sí mismas. [...] A mi parecer, para este tipo de condición el psicoanálisis en el sentido clásico no es suficiente. Hace necesario un tipo completamente distinto de psicoanálisis [...] (pp. 75-76, cursiva del original)

En este contexto, resulta natural que el concepto del self se haya convertido en un concepto central en muchas teorías psicoanalíticas contemporáneas (Mitchell, 1993; Sassenfeld, 2019).

Creo evidente que en la cita precedente Fromm en el fondo no está efectivamente afirmando que nuestros pacientes ya no sufren de una multitud de síntomas específicos e insomnio. Más bien, busca destacar que las problemáticas psíquicas más profundas que subyacen a la sintomatología contemporánea giran en torno a cómo nuestros pacientes se experimentan a sí mismos y su relación con los demás y el mundo - el self, en el sentido de nuestra experiencia de nosotros mismos, es el meollo del asunto terapéutico contemporáneo. Un mundo transformado, en el cual los valores, el bien y el mal se han relativizado de modo radical recayendo en el individuo encontrar una postura propia frente a las situaciones que enfrenta, ha dado lugar a configuraciones psicológicas particulares y con ello a



problemáticas psicológicas que responden en buena medida a un escenario sociocultural transformado (véase Sassenfeld, 2019). Como veremos en este trabajo, el sistemático énfasis del psicoanálisis relacional en la importancia clínica y etiológica del trauma forma parte de lo descrito porque la experiencia traumática afecta en especial la experiencia que el sujeto traumatizado tiene de sí mismo y los demás.

Aquí, no me detendré en detallar el tipo “completamente distinto” de psicoanálisis mencionado por Fromm, psicoanálisis que ha ido emergiendo aproximadamente desde la década de 1980 con la finalidad de ajustarse a las necesidades clínicas cambiantes; he abordado esa tarea en dos libros publicados en los últimos años (Sassenfeld, 2012a, 2019). Aquí, deseo limitarme a dar cuenta de los aspectos fundamentales que el psicoanálisis relacional ha articulado en torno a su comprensión particular de la psicopatología. Es decir, no me adentraré en formas específicas de psicopatología ni en concepciones psicopatológicas específicas formuladas por teóricos relacionales (por ejemplo, Benjamin, 1988, 1990, 2018; Brandchaft, Doctors & Sorter, 2010; Crastopol, 2015; Ghent, 1990; Shaw, 2014), sino que centraré mi atención en mostrar algunos puntos básicos que, desde la perspectiva psicoanalítica relacional, todas las formas de psicopatología comparten en su concepción general de las formas problemáticas de la subjetividad. Antes de ello, mencionaré aún algunas ideas importantes respecto de cómo el psicoanálisis relacional tiende a contemplar el concepto mismo de psicopatología.

A mi parecer, la mayor parte de los teóricos analíticos relacionales ha optado por asumir un punto de vista propiamente psicológico y no médico-psiquiátrico en su comprensión de la psicopatología. La histórica asociación entre psicoanálisis y medicina, sobre todo en Estados Unidos pero no exclusivamente allí (Mitchell, 1997; Safran, 2012; Sassenfeld, 2016, 2019; Schwartz, 1999), impregnó la teoría psicoanalítica de términos compartidos con la psiquiatría y de las nociones médicas básicas de enfermedad y cura, anormalidad y normalidad. Así, en el psicoanálisis clásico tales ideas apuntalan y son supuestos esenciales de su concepción de la psicopatología.

Términos médico-psiquiátricos aparecen, por ejemplo, en cómo el psicoanálisis tradicional denomina los estados psíquicos tempranos patologizándolos al menos en cierta medida (narcisismo primario, perverso polimorfo, autismo normal, simbiosis normal, etc.). Los teóricos relacionales en términos generales han buscado alejarse de este acento del psicoanálisis clásico y, por ende, tienden a no hacer uso de distinciones diagnósticas categoriales (pero véase Rodríguez Sutil, 2014). Su giro fenomenológico hacia la exploración y comprensión de la experiencia subjetiva vivida (Sassenfeld, 2018a, 2019) les ha impulsado a ser más descriptivos de cómo ciertas configuraciones de la subjetividad resultan ser o no problemáticas en términos de la experiencia que un sujeto tiene de sí mismo y de los demás. Más allá, partiendo por Fromm (1991 [1953-1974]), los teóricos relacionales han cuestionado en profundidad la noción habitual de normalidad.

El psicoanálisis interpersonal es una de las matrices de origen del psicoanálisis relacional (Sassenfeld, 2019). En este, Harry Stack Sullivan tempranamente destaca por haber redefinido con un profundo énfasis des-patologizante y des-medicalizante la psicopatología como *problemas en el vivir* (*problems in living*) aunque estuviera trabajando con pacientes esquizofrénicos. Esa tradición de pensamiento, sumada a que el surgimiento del movimiento psicoanalítico relacional puede entenderse como vinculado con la entrada masiva de psicólogos a una disciplina que era considerada médica (Safran, 2012; Sassenfeld, 2016, 2018a, 2019), contribuye a explicar la perspectiva psicológica y descriptiva que los teóricos relacionales han ido articulando respecto de su comprensión de la psicopatología. Mi reiterado uso anterior de la noción de *organizaciones problemáticas de la subjetividad* también es expresión de ello. Más que en poder categorizar a un paciente, en la actualidad estamos interesados en explorar y comprender de forma empática cómo está organizada la subjetividad de un paciente dado y cómo esa particular organización o partes de esta están relacionadas con su sufrimiento. Eso es lo que a muchos psicoterapeutas relacionales nos parece clínicamente más relevante y a la vez más útil. Frente a este trasfondo,



resumiré en 12 puntos los que considero los aspectos más significativos de la comprensión de la psicopatología que el psicoanálisis relacional ha desarrollado durante ya cuatro décadas de existencia. Mi pretensión no es ser exhaustivo, sino establecer algunos principios generales. Más allá, los puntos que detallaré no deben entenderse como ordenados en términos jerárquicos de acuerdo a su importancia, sino como un conjunto de puntos de vista complementarios respecto del fenómeno de la psicopatología.

(I) En el psicoanálisis relacional, todo fenómeno psicológico solo puede ser entendido de modo suficiente en el marco de los contextos relacionales que le permiten emerger, mantenerse y/o transformarse (Mitchell, 1988; Sassenfeld, 2012a, 2016, 2018a, 2018b, 2019; Stolorow & Atwood, 1992). En otras palabras, todo fenómeno psicológico emerge, se mantiene y potencialmente se transforma por necesidad en un determinado sistema intersubjetivo (Atwood & Stolorow, 2014 [1984]; Stolorow & Atwood, 1992), un campo intersubjetivo (Atwood & Stolorow, 2014 [1984]) una matriz relacional (Mitchell, 1988), una matriz interactiva (Greenberg, 1995), un sistema diádico (Beebe, Knoblauch, Rustin & Soter, 2005; Beebe & Lachmann, 1994, 2002), una matriz intersubjetiva (Stern, 2004) o un campo interpersonal o relacional (Katz, 2017; Stern, 1997, 2010, 2015). Se trata de uno de los supuestos relacionales más fundamentales, si no del supuesto más fundamental que sostiene las diversas teorías psicoanalíticas relacionales y las hace convertirse en una revolución paradigmática respecto del psicoanálisis clásico (Greenberg & Mitchell, 1983; Mitchell, 1988, 1993; Sassenfeld, 2012a, 2019). Puede considerarse su principio de los principios. Se trata de una posición teórica general que Robert Stolorow, George Atwood y Bernard Brandchaft (1994) denominan un *contextualismo intersubjetivo* (véase también Orange, Atwood & Stolorow, 1997). Para ellos, este reemplaza el unilateral determinismo intrapsíquico característico de las teorías psicoanalíticas tradicionales basadas en el mito de una mente aislada.

Desde este punto de vista, el primer punto a explicitarse respecto de la concepción relacional de la psicopatología es que *toda organización*

problemática de la subjetividad emerge, se mantiene y pudiera eventualmente transformarse en contextos intersubjetivos específicos que incluyen sistemas relacionales que forman parte del pasado (por ejemplo, el sistema diádico cuidador-infante en el cual transcurre el desarrollo temprano) y sistemas relacionales que forman parte del presente (por ejemplo, la relación analítica). En este sentido, la psicopatología nunca puede visualizarse simplemente como una característica propia de un sujeto, de un aparato psíquico o una mente aislada (Orange, Atwood & Stolorow, 1997; Stolorow & Atwood, 1992), tal como han tendido a considerar tanto el psicoanálisis tradicional como la psiquiatría. Más bien, la psicopatología se concibe como fenómeno que siempre ya implica y se manifiesta en sistemas relacionales, aunque sea de manera implícita y no evidente a primera vista. Así, podría tal vez afirmarse que la subjetividad individual *participa* en ciertas formas particulares de modalidades etiopatogénicas y con posterioridad de modalidades problemáticas de la intersubjetividad. *La psicopatología es una propiedad emergente de ciertos sistemas intersubjetivos que funcionan de determinada manera.* Algunos aspectos de esa manera serán discutidos en lo que viene. Como quedará en evidencia más adelante, este primer punto de ningún modo significa que la concepción que el psicoanálisis relacional tiene de la psicopatología descuide la existencia de estructuras de la subjetividad individual (Atwood & Stolorow, 2014 [1984]) que inciden de forma continua en el sufrimiento humano, una crítica que se le ha planteado.

(II) A pesar de las críticas que se le han hecho en ese sentido, la perspectiva relacional sigue considerándose psicoanalítica. Ello puede significar muchas cosas distintas que no puedo entrar a discutir aquí; en este contexto, baste con enfatizar que toda perspectiva psicoanalítica entre otras cosas es siempre una perspectiva en la cual el desarrollo psíquico de una u otra manera ocupa un lugar central. Freud originalmente hizo referencia al punto de vista genético del psicoanálisis, esto es, a su consideración sistemática del origen, de la génesis, de los fenómenos psicológicos en las primeras etapas del desarrollo psíquico. Aunque el psicoanálisis relacional se ha



desprendido de la teoría freudiana específica del desarrollo psicosexual con su fuerte arraigo en la teoría pulsional (sin que ello haya implicado desconocer la relevancia de la sexualidad en la vida humana; véanse, por ejemplo, Atlas, 2016; Diamond, Blatt & Lichtenberg, 2007; y Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 1992, 1996, 2011), mantiene vivo el interés teórico y clínico en las vicisitudes de los primeros años de vida. Su foco se alejó de la sexualidad infantil como dimensión principal del desarrollo y se trasladó a áreas más amplias como el desarrollo del sentido del self (Sassenfeld, 2010a, 2011, 2018a, 2019; Stern, 2000 [1985]), el apego (Eagle, 2013; Seligman, 2018; Wallin, 2007) y las tremendas complejidades intersubjetivas de las interacciones socio-emocionales tempranas entre el cuidador y el infante (Beebe et al., 2005; Beebe & Lachmann, 1994, 2002, 2014; Lichtenberg, 1983; Seligman, 2018). Este cambio de la atención de los teóricos analíticos ha traído consigo un sostenido énfasis en la fundamental significación de lo que el psicoanálisis tradicional llamó lo pre-edípico -los primeros 2-3 años de vida- para la estructuración de la subjetividad.

Así, el segundo punto de la concepción relacional de la psicopatología guarda relación con que *los orígenes de las organizaciones problemáticas de la subjetividad deben buscarse en las experiencias intersubjetivas de los primeros años de vida y sus consecuencias corporales, emocionales, cognitivas y relacionales*. Una organización problemática de la subjetividad es siempre resultado de una adaptación al sistema intersubjetivo particular en el cual vive por parte del niño pequeño. En general, colocada en el contexto de sus vínculos afectivos tempranos, la forma específica de la subjetividad de un paciente tiene pleno sentido y congruencia, con completa independencia de que en otros contextos relacionales posteriores termina siendo problemática en diversos grados y de diferentes formas. Por ende, desde una perspectiva psicoanalítica relacional comprender la psicopatología de un paciente requiere comprender las experiencias relacionales tempranas que atravesó en la matriz interactiva que posibilitó la emergencia de su subjetividad individual. Implica, además, asumir que como principio general la psicopatología es en origen

producto de los esfuerzos del niño pequeño por organizar su mundo subjetivo adaptándose al funcionamiento patogénico de las interacciones socioafectivas que experimenta con sus cuidadores principales. El énfasis en el desarrollo asimismo nos permite entender que por lo común no son experiencias puntuales del niño las que dan origen a la psicopatología, sino más bien la participación crónica en patrones interactivos psicopatogénicos y disfuncionales. Discutiré esta última idea con mayor detalle en el próximo punto.

(III) La centralidad del desarrollo temprano a la hora de comprender la organización de la subjetividad implica asumir lo que una diversidad de teóricos contemporáneos visualiza como dimensión principal de las interacciones cuidador-infante: la *regulación afectiva*, esto es, los múltiples y paralelos procesos auto-regulatorios y regulatorios interactivos o mutuos que modulan de distintos modos la intensidad, duración y frecuencia de los estados emocionales subjetivos e intersubjetivos (Beebe et al., 2005; Beebe & Lachmann, 2002; Ginot, 2015; Hill, 2015; Sassenfeld, 2010a, 2012a, 2016, 2018b, 2019; Schore, 1994, 2003a, 2003b, 2012, 2019a, 2019b). La organización inicial de la subjetividad, denominada por algunos *self implícito* o *sistema del self implícito* (Schore, 2012) y por otros *núcleo no reprimido temprano del self* (Mancia, 2006) o *self relacional implícito* (Panksepp & Northoff, 2009), comienza a estructurarse tan pronto como los primeros meses de vida o incluso a partir del útero. El trabajo de Beatrice Beebe y Frank Lachmann (1994, 2002, 2014), por ejemplo, pone al descubierto que ya al menos a los cuatro meses de edad el infante ha formado de manera estable lo que llaman *expectativas relacionales implícitas* respecto de lo que puede esperar en las interacciones con su cuidador (véase más adelante para mayores detalles). Allan Schore (2003a, 2003b, 2012, 2019a, 2019b) y otros han hecho hincapié en que el self implícito está constituido en lo esencial por patrones internalizados de regulación afectiva interactiva. Así, la capa más básica de la mismidad está dada por lo que un individuo es capaz de hacer de forma no consciente o implícita con cómo se siente. En otras palabras, en primer lugar soy lo que soy capaz de hacer con



cómo me siento en términos de auto-regulación y regulación mutua.

Lo descrito deja en evidencia que, en el psicoanálisis relacional, la dimensión de la afectividad juega un papel preponderante tanto teórica como clínicamente (Lichtenberg, Lachmann & Fosshage, 2011; Sassenfeld, 2012a, 2016, 2017, 2018a, 2018b, 2019; Stolorow, 2002) y, en consecuencia, también en su comprensión de la psicopatología. Ahora bien, el tercer punto ligado a la comprensión analítica relacional de la psicopatología es por tanto que *interacciones regulatorias tempranas problemáticas dan lugar a la emergencia de un self implícito que se encuentra en el proceso de internalizar patrones regulatorios problemáticos*. Dado que el self implícito cuya base es corporal determina profundamente en el nivel no consciente el sentido del self en general a lo largo de toda la vida, *una subjetividad organizada de modo problemático implica siempre ya la existencia de un self implícito con déficits en su capacidad de regulación emocional*. Desde este punto de vista, todas las formas de psicopatología pueden ser entendidas como perturbaciones de la regulación afectiva que se originan en la intersubjetividad de los primeros años de vida. En la psicopatología, la regulación afectiva puede manifestarse como sub-regulación o como sobre-regulación de los afectos (Sassenfeld, 2010a), y también como fluctuación entre ambas. Esta perspectiva además implica la idea de que muchos síntomas y todos los procesos defensivos son, antes que nada, intentos de regular los propios estados emocionales aunque esto ocurra de manera descontextualizada y patológica.

(IV) Beebe y Lachmann (1994, 2002) hace ya bastante tiempo señalaron que uno de los tipos de experiencia que son fundamentales a la hora de organizar la subjetividad del infante son las *experiencias emocionales elevadas*. Muchos acontecimientos relacionales de gran emocionalidad dejan en este sentido una marca duradera en el mundo subjetivo del niño contribuyendo a conferirle organización y estructura. Tales experiencias afectivas elevadas ciertamente engloban aquellas coloreadas por un intenso afecto positivo; tales experiencias permiten al niño desarrollar la significativa expectativa de que la vida humana puede incluir ese tipo de vivencias

placenteras y satisfactorias con otros. Sin embargo, por supuesto clínicamente tienden a ser más relevantes aquellas experiencias afectivas elevadas de coloración emocional negativa. Beebe y Lachmann mencionan en ese contexto en especial las experiencias traumáticas, cuyo potencial estructurante y organizador fue reconocido sobre todo por el primer Freud y su teoría de la seducción que buscó explicar la etiología de la histeria. ¿Qué entiende el psicoanálisis relacional por experiencia traumática? La definición quizás más clara y sucinta es aquella indicada por Stolorow y Atwood (1992) en un texto ya clásico: “la esencia del trauma reside en la experiencia de un afecto insoportable” (p. 99). Philip Bromberg (1998) agrega: “En el extremo, la experiencia subjetiva es aquella de una inundación caótica y aterradora de afectos que amenaza con sobrepasar la cordura y la supervivencia psicológica [...]” (p. 12). En concordancia con el giro fenomenológico del psicoanálisis contemporáneo (Sassenfeld, 2018a, 2019), se trata de una definición que subraya la *manera particular* en la que una situación particular es vivenciada por parte de *un sujeto particular*. Con ello, los teóricos relacionales se alejan de la idea objetivizante de que existen ciertas situaciones que son inherentemente traumáticas para cualquier sujeto. Si acaso una cierta situación resulta ser traumática o no, depende de cómo es experimentada. En palabras de Stolorow y Atwood (1992), dolor no equivale a patología.

Siguiendo el trabajo pionero de Kohut y otros psicoanalistas, Beebe y Lachmann (1994, 2002) consideran que también otro tipo de experiencias juega un papel primordial a la hora de encaminar la organización inicial de la subjetividad: las llamadas *secuencias relacionales de disrupción-reparación*, que giran en torno a cómo una diada cuidador-infante maneja lo que un desencuentro interactivo genera en términos emocionales en cada uno y entre ellos. Desde este punto de vista, una segunda forma de definir la experiencia traumática es como una experiencia de disrupción sin reparación adecuada, tal como ha sido documentada con maestría e ingenio por Edward Tronick (2007) en sus observaciones sistemáticas de diadas cuidador-infante en el paradigma experimental del rostro inexpresivo. Esta



segunda definición complementa la primera; explicita el contexto intersubjetivo en el seno del cual una experiencia emocional puede convertirse en una experiencia des-regulada que se le hace insoportable, caótica y aterradora al niño. Es decir, en congruencia con el primer punto que detallé con anterioridad, el patrón relacional de disrupción-reparación que carece de reparación interactiva adecuada es el contexto relacional dentro del cual emerge la experiencia traumática de un estado emocional para el cual los recursos auto-regulatorios de los que dispone el niño pequeño no son suficientes -y sus posibilidades de contar con la ayuda de un otro auto-regulatorio (Stern, 2000 [1985]) son inexistentes. Tal como indican Stolorow y Atwood (1992) de modo densamente resumido:

la experiencia afectiva del niño es una propiedad del sistema niño-cuidador, y se regula dentro de este sistema. Desde el punto de vista del desarrollo, los estados afectivos traumáticos deben entenderse en relación con el sistema relacional en el que estos estados afectivos toman forma. Nuestra tesis central [...] es que el trauma en el desarrollo temprano se origina dentro de un contexto formativo intersubjetivo cuyo aspecto central es una falta de sintonía afectiva (una rotura del sistema de regulación mutua entre el cuidador y el niño), que lleva a la pérdida por parte del niño de su capacidad de regulación de los afectos y, en consecuencia, a un estado insoportable, aplastante, desintegrado y desorganizado [...] Postulamos que el afecto doloroso o temible se vuelve traumático cuando no se da por parte del entorno aquella capacidad de respuesta empática que el niño necesita para ser así ayudado a ser capaz de tolerar, contener, modular y aliviar este impacto. (pp. 99-100)

Tendremos aún más que decir respecto del papel fundamental de la experiencia traumática en lo que sigue. Por ahora, cabe enfatizar el cuarto punto vinculado con la comprensión relacional de la psicopatología de acuerdo al cual *esta es traumatocéntrica en el sentido de que supone que la variable principal implicada en el origen de la psicopatología es la experiencia traumática y después sus diversas consecuencias*. Más allá, tal como señalé antes, los teóricos relacionales se han alejado de la idea de que lo más relevante son

ciertas experiencias puntuales que el niño puede atravesar. Asume que como norma las experiencias traumáticas están insertas en patrones relacionales traumatizantes crónicos, en los cuales la repetición de estados afectivos elevados de coloración negativa que no logran ser regulados o reparados interactivamente define la disfuncionalidad etiopatogénica de tales patrones relacionales. De ahí que en la actualidad hablemos por lo común de *trauma relacional*, noción que desde la perspectiva de la historia del psicoanálisis guarda relación con el concepto de *trauma acumulativo* formulado por Masud Khan (1963). En base a lo dicho podríamos quizás afirmar que *no existe psicopatología sin una historia traumática y las experiencias traumáticas dan lugar a organizaciones problemáticas de la subjetividad*. Con ello, no estaría desencaminado aseverar que *toda psicopatología es una especie de estrés post-traumático*. Ciertamente, la magnitud y cualidad del trauma relacional varía de paciente a paciente; existen historias más marcadas por lo traumático que otras. No obstante, para teóricos como Bromberg (1998), todos los seres humanos han atravesado algunas experiencias traumáticas. Para él, la diferencia entre un individuo con una organización problemática de la subjetividad y otro con una organización no problemática o menos problemática de la subjetividad reside en cuán amplia es el área psíquica que el trauma relacional ha contribuido a organizar.

(V) Desde el punto de vista del psicoanálisis relacional no se puede decir psicopatología sin decir trauma y, además, no se puede decir trauma sin decir disociación. En primer lugar, sin embargo, la disociación no es entendida como fenómeno patológico. Los teóricos relacionales tienden a coincidir en que la mente represiva visualizada por Freud ha dado lugar a la concepción de una *mente disociativa* al menos en parte en la senda abierta por Pierre Janet (Bromberg, 1998, 2006, 2011; Craparo, Ortu & van der Hart, 2019; Howell, 2005; Howell & Itzkowitz, 2016; Sassenfeld, 2012a, 2016, 2019; Stern, 1997, 2010, 2015). ¿Qué significa esto? Que el funcionamiento básico de la mente es disociativo por naturaleza; concentrarse, prestar atención y otros procesos psicológicos implican disociar al menos momentáneamente un amplio conjunto de otros



estímulos, sentimientos y contenidos psíquicos. Por ejemplo, sin esta capacidad adaptativa por definición los psicoterapeutas no seríamos capaces de llevar a cabo nuestro trabajo cotidiano. Nos disociamos con tal de poder estar para nuestros pacientes y dedicarles toda nuestra atención mientras estamos con ellos. En este sentido, la disociación no se comprende de entrada como un proceso defensivo -aunque por cierto puede cumplir también esa función-, sino mucho más fundamentalmente como la manera en la que funciona el psiquismo. Contenidos psíquicos entran y salen de modo continuo de la consciencia, convirtiendo la mente disociativa en una mente aún más psicodinámica que aquella imaginada por Freud. Tal vez la característica más sorprendente de la disociación es que puede adoptar un sinnúmero de formas diversas. La represión es hoy en día definida como una modalidad más estable de la disociación (Howell, 2005).

Ahora bien, teóricos como Donnel Stern (1997) han distinguido entre la disociación *en el sentido débil* y *en el sentido fuerte* o entre la disociación *normal* y *patológica* (Schore, 2003a, 2003, 2012, 2019a, 2019b). La disociación en el sentido fuerte o patológica es aquella que tiene una motivación defensiva de excluir aspectos de la experiencia respecto de la consciencia. Con ello, el cuarto punto de la comprensión relacional de la psicopatología es que *la organización problemática de la subjetividad está marcada por procesos disociativos defensivos que determinan la disponibilidad de ciertos aspectos de la experiencia pasada y presente para la consciencia*. Al ser procesos disociativos, tales aspectos de la experiencia que motivan su propia exclusión por lo general no quedan excluidos de manera estable de la consciencia. Más bien, en determinadas circunstancias pueden irrumpir en la consciencia y generar un estado afectivo des-regulado temporal que el sujeto a menudo con posterioridad no logra recordar con claridad -se trata de irrupciones disociativas traumáticas que en cierto sentido tienden a ser experimentadas como re-traumatizaciones a pequeña escala, irrupciones que son estados alterados de consciencia que Bromberg (1998, 2006) describe como hipnoides. El ejemplo tal vez más evidente de estas irrupciones está dado por síntomas típicos de estrés post-

traumático como los *flashbacks* de una experiencia traumática, pero pueden encontrarse en todos los pacientes traumatizados (por ejemplo, sensaciones corporales que carecen de contexto, olores que angustian, fragmentos inconexos de recuerdos, pesadillas, etc.).

Tal como ya señalé, trauma y disociación patológica son siempre fenómenos correlativos y, como cualquier fenómeno psicológico, emergen, se mantienen y al menos potencialmente se transforman en determinados sistemas intersubjetivos (véase el primer punto). En el punto anterior avancé dos definiciones de la experiencia traumática que son centrales a la hora de comprender también la disociación traumática y su motivación defensiva subyacente. Por un lado, la disociación -llamada por algunos “defensa de último recurso” que actúa cuando el niño no tiene más que hacer respecto de su estado afectivo intolerable- protege al niño de los afectos traumáticos que han hecho aparición en su mundo subjetivo. Por ende, la disociación le permite al niño resguardar o restablecer su supervivencia psíquica y emocional al protegerlo de la experiencia radical de fragmentación del self que el trauma relacional trae consigo. Por otro lado, el niño tiene un problema doble: tiene que lidiar con la complejidad de su propio estado emocional disponiendo de recursos auto-regulatorios precarios y encima sin la ayuda regulatoria del cuidador y, a la vez, tiene que lidiar con lo que su estado emocional provoca en el cuidador. Este segundo punto es central ya que contribuye a dar cuenta del tipo de sistema intersubjetivo y del tipo de respuesta del cuidador que convierten una interacción en traumática y con ello en patológica. Representando un punto de vista compartido por diversos teóricos relacionales, Bromberg (2006, 2011) afirma que la interacción traumatizante para el niño está caracterizada por una desconfirmación o invalidación de la experiencia emocional del niño, sea por un rechazo activo, un rechazo pasivo o una incapacidad del cuidador para percibir de manera adecuada el estado afectivo en el cual se encuentra el niño.

La circunstancia intersubjetiva descrita tiene implicancias profundas para el niño: la disociación patológica ya no solo lo protege del impacto desorganizante de los afectos traumáticos, sino



que además cumple la función vital de resguardar el necesitado vínculo con el cuidador. Recordemos que, desde una perspectiva biológica, un infante humano que pierde el vínculo afectivo con su cuidador puede efectiva y literalmente morir (véase Spitz, 1945, 1946). En otras palabras, el niño pequeño sacrifica disociativamente aquellos aspectos de su experiencia que percibe como amenazantes para la relación con el otro porque su motivación primaria es cuidar la relación con el cuidador que precisa para su propia supervivencia. Ello implica que la disponibilidad de los afectos y recuerdos traumáticos para la consciencia comienza a depender de la percepción de seguridad en la relación con el otro. Es decir, la disponibilidad de los diferentes aspectos de la experiencia traumática para la consciencia guarda relación con la actitud básica con la cual un otro se relaciona con el paciente. En términos clínicos, la elaboración del trauma relacional disociado es un trabajo que en primer lugar requiere generar una relación analítica que demuestre de modo gradual y progresivo al paciente que su experiencia subjetiva en su totalidad no representa una amenaza a la relación con el psicoterapeuta. Tal como indicó Mitchell (1993), el paciente llega a psicoterapia con una ambivalencia entre esperanza y temor -esperanza de que la relación terapéutica permitirá el surgimiento de mayor bienestar y temor de que la relación terapéutica repita las experiencias relacionales traumáticas disociadas que el paciente atravesó en su desarrollo temprano.

(VI) Tal como mencioné en el punto precedente, existe bastante consenso entre los teóricos relacionales respecto de que la experiencia de invalidación o desconfirmación que sufre el niño en la interacción traumatizante con el cuidador que hace necesaria la disociación patológica es un aspecto central del trauma relacional. Asimismo, mencioné en el comienzo de este trabajo algunas ideas respecto del tipo de pacientes que estamos atendiendo cada vez más y que el predominio de ese tipo de pacientes tiene una relación estrecha con la situación sociocultural imperante hace bastantes décadas -situación sociocultural postmoderna que, por hacer referencia tan solo a algunos ejemplos, ya en la década de 1970 Christopher Lasch (1979) llamó *cultura del narcisismo*

y que otros observadores sociocríticos han descrito también como *era del vacío* (Lipovetsky, 1983). Así, las experiencias de invalidación o desconfirmación de aspectos de la propia realidad vivencial o de la propia realidad vivencial como tal en las relaciones con los demás al menos en parte no solo son características del trauma relacional sino de nuestro momento cultural más en general. Arrojan la problemática experiencial e intersubjetiva de la organización del propio self y, en ese sentido, tal como indiqué al empezar este trabajo nos permiten comprender la psicopatología contemporánea en términos amplios como conjunto diverso de perturbaciones del self (Kohut, 1977; Wolf, 1988). Ya hicimos mención del self implícito y su implicación en la organización problemática inicial de la subjetividad y aquí podemos añadir que la vivencia afectiva prototípica del self explícito tiende a ser justamente aquella de la vulnerabilidad narcisista y los sentimientos de vacío, a menudo encubiertos por una diversidad de actividades, mecanismos, etc.

Múltiples concepciones relacionales específicas de la psicopatología implican un reconocimiento claro del tipo de relaciones entre individuos que forma parte de la psicopatología en su origen y en sus posteriores vicisitudes. Una de las primeras en destacar esta temática fue Jessica Benjamin (1988, 1990, 2018), que ya hace más de tres décadas desde una perspectiva marcada por la teoría feminista y los estudios de género comenzó a hacer uso del término *dominación* con el fin de referirse a un tipo fundamental de interacciones patogénicas. Influenciada también por Martin Buber, ha mostrado que la intersubjetividad que tiende a generar organizaciones problemáticas de la subjetividad es aquella en la que un sujeto se relaciona con otro sujeto como si fuera un objeto, dominándolo y con ello invalidándolo y negando su estatus como sujeto legítimo por derecho propio. Poco después de Benjamin, Emmanuel Ghent (1990) recurrió al término *sometimiento* para dar cuenta del elemento patogénico y traumatizante en las interacciones entre personas. Después de Ghent, Brandchaft acuñó el concepto de los *sistemas o estructuras de acomodación patológica* haciendo alusión a una situación similar a aquella que en la historia del



psicoanálisis también ha sido denominada *so-breadaptación*, *personalidad como-si* y, en la obra de Donald Winnicott (1960), *falso self*. En la acomodación patológica, el niño y después el adulto se acomodan en exceso a los deseos y necesidades del otro con el objetivo de sostener el vínculo afectivo, pero con el costo de sacrificar a veces de forma masiva los propios deseos y necesidades. Por último, hace un par de años Daniel Shaw (2014) ha empleado el término *sistemas relacionales de subyugación* al caracterizar el tipo de interacción que un niño o un adulto pueden tener con lo que llama un narcisista traumatizante.

Lo que todas estas concepciones relacionales tienen en común, y que constituye el sexto punto de la comprensión relacional de la psicopatología, es su *énfasis sistemático en que el tipo principal de interacciones traumatizantes y patogénicas contemporáneas está dado por una vinculación en la que al menos uno de quienes interactúan tiene dificultades parciales o bien radicales para reconocer al otro como otro sujeto independiente con una subjetividad propia que al menos en parte manifiesta una diferencia respecto de la subjetividad propia*. Así, en la interacción descrita una de las personas es tratada por parte de la otra persona como un objeto o una extensión de sí misma, desconfirmando e invalidando su cualidad de sujeto, debido a que se hace difícil tolerar la subjetividad separada del otro. La dificultad para tolerar la subjetividad separada del otro por supuesto tiene raíces en la forma particular, también patogénica, en la que ese individuo fue tratado durante su propio desarrollo psíquico en los sistemas intersubjetivos en los cuales vivió inserto. En consecuencia, existen importantes aspectos transgeneracionales en la transmisión del trauma relacional, una circunstancia que tanto la investigación del apego desorganizado como el interés de los teóricos relacionales en las traumatizaciones sociales y su impacto psicológico en las víctimas directas y en las generaciones posteriores ha puesto al descubierto (véase, por ejemplo, Harris, Kalb & Klebanoff, 2017). Lo descrito implica que, por el contrario, la salud emocional y relacional involucra la capacidad no solo para tolerar sino también para disfrutar de la subjetividad

diferenciada del otro -una experiencia que, para Benjamin (1990), es la meta de cualquier tratamiento psicoanalítico.

(VII) A estas alturas, dado el contexto que he ido construyendo, estamos ya en posición de decir algunas cosas respecto del mundo subjetivo del individuo traumatizado. Se le ha criticado al psicoanálisis relacional que ha descuidado o incluso descartado la existencia de una subjetividad individual. Para tales críticos, los teóricos analíticos relacionales consideran que toda subjetividad es situacional, esto es, que adopta forma exclusivamente en base a la interacción presente que el sujeto está teniendo. Debo señalar que tal punto de vista descansa en el mejor de los casos en un malentendido y en el peor de los casos en la ignorancia. A pesar de que el psicoanálisis relacional asume, tal como puse en evidencia en el primer punto de este trabajo, que todo fenómeno psicológico emerge, se mantiene y/o cambia en función de la matriz intersubjetiva en el seno de la cual existe, ese supuesto no significa que el sujeto no cuenta con estructuras propias que introduce en toda interacción de la cual participa. Lo que he estado llamando la organización de la subjetividad a lo largo de este artículo quiere decir que *ser un sujeto equivale a ser un organizador activo consciente e inconscientemente de la propia experiencia* (Orange, 1995; Sassenfeld, 2012a, 2016, 2018a, 2019). Y, más allá, ser un organizador activo de la propia experiencia implica que el sujeto trae consigo tanto una motivación basal a organizar su propia experiencia como una organización subjetiva basada en su historia subjetiva socioemocional previa. Lo que el psicoanálisis relacional ha argumentado es que las estructuras de la organización de la subjetividad no pueden imponerse sin más a una realidad intersubjetiva “neutral”, tal como tiende a afirmar el psicoanálisis clásico (por ejemplo, en su concepción habitual de la transferencia). Siempre existe una interacción consciente e inconsciente entre las estructuras de la subjetividad que el individuo trae a una interacción y la realidad del otro y la realidad de la interacción.

En efecto, el psicoanálisis relacional cuenta con un amplio conjunto de conceptos que buscan dar cuenta de las estructuras de la subjetividad, que pueden ser entendidas como el “mundo



interno” del sujeto o su realidad “intrapsíquica” -en términos analíticos relacionales, tal vez pudiéramos hablar de las hebras de la complejidad subjetiva del individuo, aquello de lo que está “hecho” un mundo subjetivo de experiencia. La lista incluye, sin ser exhaustiva, al menos los siguientes conceptos: objetos internos, relaciones objetales internalizadas, modelos operativos internos, estructuras del self, estructuras de la subjetividad, principios organizadores de la experiencia, convicciones o conclusiones emocionales, representaciones de interacciones que han sido generalizadas, formas-de-estar-con, conocimiento relacional implícito, representaciones relacionales pre-simbólicas, expectativas relacionales implícitas, configuraciones relacionales yo-otro y estados del self. El denominador común de la mayor parte de estos conceptos es que hacen referencia a aquellas estructuras subjetivas de origen intersubjetivo temprano que le conceden formas habituales a la experiencia; son no conscientes en el sentido de que no han sido excluidas defensivamente de la experiencia; son de origen muy temprano; no son estáticas ya que pueden seguir ampliándose en base a nuevas experiencias; tienen una dimensión no-verbal corporal; y, por último, esbozan lo que Stolorow, Atwood y Orange (2002) llaman *horizontes de la experiencia* -es decir, contribuyen a delimitar lo consciente y lo inconsciente, lo que el sujeto cree posible que se encuentre dentro o fuera de sus posibilidades de experiencia.

Desde esta perspectiva, el séptimo punto de la comprensión relacional de la psicopatología es que *una de las consecuencias centrales del trauma relacional es que el niño construye estructuras subjetivas que operan de manera rígida y limitante respecto de sus posibilidades de experiencia tendiendo a replicar con posterioridad los mismos patrones habituales de su experiencia subjetiva*. En el caso ideal, tales estructuras son flexibles y permiten un equilibrio entre estructura y novedad -experiencias novedosas son capaces de enriquecer las posibilidades de experiencia del individuo. En el caso de la psicopatología, las estructuras de la subjetividad operan de modo rígido e inflexible, restringiendo las posibilidades de experiencia del individuo al impedirle asimilar novedad. En la psicopatología, la

estructura subjetiva prevalece por sobre la capacidad de experimentar novedad experiencial, perceptual y relacional. No obstante, aún cuando la estructura subjetiva prevalezca en una situación intersubjetiva dada, algo en la situación se “presta” a ser organizado en términos de la estructura subjetiva del individuo, por mínimo que sea. Incluso en la psicopatología no existe una separación tajante entre estructura subjetiva y realidad intersubjetiva. Ambas interactúan continuamente, de modo que: sea lo que sea

que una persona no es capaz de sentir o saber cae fuera de los horizontes [...] de su mundo experiencial, sin requerir [el concepto de] un contenedor. La rigidez asociada con diversos tipos de psicopatología puede entenderse como una especie de congelamiento de los horizontes experienciales de una persona de tal manera, que otras perspectivas permanecen no disponibles. O podríamos decir que una persona siempre está organizando sus experiencias emocionales o relacionales de tal manera, que excluya lo que sea que se sienta inaceptable, intolerable o demasiado peligroso en determinados contextos intersubjetivos. (Stolorow, Atwood & Orange, 2002, pp. 45-46)

(VIII) Lo detallado en el punto anterior tiene implicancias profundas para la comprensión del individuo con una organización problemática de la subjetividad. Explica entre otras cosas la restricción crónica de las posibilidades de experiencia que experimenta el individuo traumatizado. Su mundo relacional tiende a estar empobrecido y ser insatisfactorio porque sus estructuras subjetivas funcionan de modo rígido y estereotipado sin dejar entrar novedad. Tiende a poner de manifiesto un gran apego a vínculos tóxicos en los cuales sufre y se siente infeliz -sentimientos que pueden fluctuar con el entusiasmo y la idea de que las cosas mejorarán-, quedando en evidencia sus necesidades afectivas traumáticamente insatisfechas de dependencia, necesidad y validación. Ese apego a vínculos tóxicos, enfatizado en la historia del psicoanálisis originalmente por Ronald Fairbairn (1941, 1952), deja al descubierto las expectativas relacionales del sujeto traumatizado: convicciones emocionales de que es indispensable disociar aspectos esenciales de la propia



experiencia para que el vínculo con el otro pueda proseguir, convicciones emocionales de que cualquier interrupción intersubjetiva anuncia la catástrofe de que la relación con el otro no se podrá reparar y terminará dejando al individuo con nada y en la nada. En términos clínicos, desde este punto de vista la meta psicoterapéutica es que al paciente comiencen a sucederle más cosas en vez de menos; un paciente que ha pasado por una buena psicoterapia termina experimentando emocional y relacionalmente más posibilidades vivenciales que las que ha experimentado con anterioridad. La repetición traumática de sus experiencias se ve interrumpida por la introducción de desconfirmaciones de las expectativas relacionales que ha formado en sus relaciones previas. De pronto, el mundo de los vínculos afectivos empieza a ampliar sus horizontes.

En base a lo descrito hasta aquí es posible además puntualizar algunos aspectos de cómo el psicoanálisis relacional concibe la relación entre lo inconsciente y la psicopatología. Ya ha quedado claro que la disociación traumática destina a lo inconsciente -aunque no sea de manera estable- aspectos centrales de la experiencia traumática o la experiencia traumática en su totalidad. A ello se suma que el individuo traumatizado por lo común no advierte que las estructuras de su subjetividad, con orígenes en el trauma relacional, contribuyen constantemente a darle forma de modo no consciente a la experiencia subjetiva e intersubjetiva. Con frecuencia la experiencia de ser víctima, históricamente fidedigna y real, vuelve dificultosa la toma de consciencia de que como adulto el individuo traumatizado hace un aporte significativo propio a la creación de las situaciones relacionales en las cuales se ve de pronto sumergido. Así, el séptimo punto antes detallado ayuda a explicar, también, la compleja tendencia a la re-traumatización tan característica de los pacientes traumatizados. Esta tendencia se expresa por un lado en la repetición de escenarios intersubjetivos con una cualidad abusiva y traumatizante así como en la experiencia subjetiva reiterada de estados afectivos tan intensos que apenas son tolerables. En la práctica analítica, la tendencia a la re-traumatización emerge en el *enactment*, que para teóricos como Stern (1997, 2010, 2015) y Bromberg (1998, 2006,

2011) va de la mano de las nociones de trauma y disociación. Lo disociado traumáticamente termina haciendo aparición a través de interacciones significativas que portan un significado inconsciente tanto para el paciente como para el psicoterapeuta (Sassenfeld, 2010b, 2012a) -el resultado de una disociación compartida.

Por otro lado, Stolorow (2007) ha escrito recientemente sobre el mundo subjetivo del sujeto traumatizado y su relación con la temporalidad. Ha acuñado el concepto de los *absolutismos de la vida cotidiana* haciendo referencia a ciertos supuestos sobre los cuales se construye nuestra convivencia social con los demás. Su ejemplo más claro es cuando se dice, “Nos vemos mañana”. Al decirlo, no estamos pensando en que quizás mañana no nos veremos porque algo grave me puede pasar o le puede pasar al otro, sino que damos por sentado que mañana efectivamente nos veremos. El sujeto traumatizado, en cambio, siguiendo a Stolorow ha tenido la experiencia de que se trata de nada más que de un supuesto; sus propias experiencias le han demostrado que la realidad de la vida puede hacer colapsar ese supuesto de un momento a otro. En ese sentido, el individuo traumatizado muchas veces se siente ajeno al mundo de los “no traumatizados” en el cual reinan los absolutismos de la vida cotidiana. El quiebre traumático de tales absolutismos fractura la experiencia que el sujeto traumatizado tiene de la temporalidad. Se produce una especie de encierro en el presente, formando el pasado traumático demasiado parte del presente y el futuro por su parte apenas existe o es pensable (véase, también, Winnicott, 1963). Se trata en el fondo de una contaminación del presente con el pasado traumático y que no permite al individuo avanzar en su vida. De este modo, el mundo subjetivo del sujeto traumatizado termina contaminando y congelando sus posibilidades vitales en el mundo externo.

Basándonos en lo dicho, el octavo punto de la comprensión relacional de la psicopatología es que *el mundo subjetivo del individuo traumatizado adulto está caracterizado por la restricción de sus posibilidades de experiencia que en alguna medida es resultado de su propia forma de organizar su subjetividad*. Se trata de un mundo subjetivo de experiencia devastado (Stolorow,



Atwood & Orange, 2002), en el cual el sujeto vive de manera empobrecida en los planos afectivo y relacional. Su mundo subjetivo e intersubjetivo desde cualquier punto de vista es limitado, coartado y al menos en ocasiones re-traumatizante. Sus vínculos afectivos le impiden una vivencia de satisfacción y placer relacional, y tienden a reiterar sus experiencias traumáticas históricas. Con ello, sus convicciones o expectativas relacionales vuelven a reconfirmarse una y otra vez. Todo lo mencionado es parte de la *sombra de la inundación*, la manera en la que Bromberg (2011) llama la devastación psíquica que deja tras de sí lo que denomina el *tsunami*, esto es, la inundación emocional traumática que describimos en el cuarto punto. La sombra de la inundación es el escenario psíquico post-traumático, escenario del cual hemos estado detallando diversos aspectos básicos.

(IX) El psicoanálisis relacional también ha sido criticado por dejar de concederle un lugar fundamental al conflicto psíquico en su comprensión de la psicopatología. Como es sabido, la teoría psicoanalítica clásica de la psicopatología coloca en el centro de atención el conflicto intrapsíquico entre los impulsos sexuales y agresivos por un lado y las prohibiciones del super-yó por otro. En realidad, para el psicoanálisis clásico la forma particular en la que un individuo aprende a lidiar con ese conflicto basal marca la diferencia entre la salud y la psicopatología. La temática de qué lugar ocupa el conflicto psíquico en el psicoanálisis contemporáneo se ha vuelto tan esencial, que hace solo algunos años se le dedicó un tomo entero de artículos desde diversos puntos de vista teóricos (Christian, Eagle & Wolitzky, 2017). La distinción tradicional entre conflicto y déficit (véase Rodríguez Sutil, 2014), que se tiende a superponer a la distinción entre lo edípico y lo pre-edípico, para entender dos modalidades diferentes de la psicopatología ha contribuido a la idea de que el psicoanálisis relacional no presta suficiente atención al conflicto. Dado que referentes fundamentales de los teóricos relacionales, como Winnicott y Kohut, tienden a ser considerados como teóricos de la psicopatología del déficit, para algunos el psicoanálisis relacional des-enfatiza el papel del conflicto en las organizaciones problemáticas de la subjetividad.

No obstante, desde sus mismos inicios en el trabajo de Mitchell (1988; Greenberg & Mitchell, 1983) el modelo psicoanalítico relacional se concibió como un modelo conceptual y clínico del *conflicto relacional*. Es decir, Mitchell tenía plena consciencia y claridad respecto de que la perspectiva relacional, al ser psicoanalítica, no podía omitir o subestimar la centralidad del conflicto psíquico en todas las formas de psicopatología, incluyendo aquellas llamadas “por déficit”.

Ahora bien, al alejarse definitivamente de la teoría pulsional freudiana, los teóricos relacionales han tenido que repensar y redefinir la naturaleza de los conflictos psíquicos que caracterizan al tipo de pacientes que estamos atendiendo de modo predominante en la actualidad. Para partir, los teóricos relacionales asumen que el conflicto, en cuanto fenómeno psicológico, nuevamente emerge, se mantiene y/o se transforma en determinados sistemas intersubjetivos. Ello implica que un conflicto psíquico es siempre, al mismo tiempo, un conflicto tanto interno como externo aunque lo sea de modo implícito -“‘Dentro de la mente’ y ‘entre personas’ ya no delimita dos dominios discretos y no ambiguos de la experiencia (intrapsíquico e interpersonal)” (Bromberg, 1998, p. 167). Más allá, el conflicto es siempre ya un conflicto relacional aunque la presencia de un otro sea solo tácita. Diferentes teóricos relacionales han colocado el acento en diferentes conflictivas que el individuo enfrenta. Mitchell, por ejemplo, enfatizó un conflicto que el sujeto enfrenta a lo largo de toda su vida -la necesidad de conexión con el otro que choca con la necesidad simultánea de autonomía (1988)- y un conflicto que experimenta en particular un paciente que comienza una psicoterapia -la esperanza de encontrar en la relación analítica novedad relacional que choca con el temor a la repetición de sus experiencias relacionales traumáticas (1993). Del trabajo de Joseph Lichtenberg, Frank Lachmann y James Fosshage (1992, 1996, 2011) sobre los múltiples sistemas motivacionales que impulsan al individuo se desprende la posibilidad de que diferentes motivaciones entren en conflicto, lo cual encaja bastante bien con la observación clínica. Mientras que los conflictos mencionados por Mitchell son explícitamente relacionales, los conflictos motivacionales



planteados por Lichtenberg, Lachmann y Fosshage parecieran ser conflictos internos del individuo -pero solo a primera vista ya que la forma en la que un determinado sujeto experimenta sus propias motivaciones es inseparable de su historia relacional y las respuestas que sus distintas motivaciones recibieron por parte del entorno intersubjetivo.

Como sea, hay un conflicto psíquico en especial que la mayor parte de los teóricos relacionales entiende como fundamental. Su origen guarda relación con las experiencias afectivas e interactivas tempranas, pero su existencia es continuada en la experiencia adulta. Su relevancia e intensidad depende de la organización de la subjetividad de un sujeto dado; en las organizaciones problemáticas de la subjetividad, por supuesto, su relevancia e intensidad tienden a ser significativas. Se trata del conflicto básico entre la necesidad de auto-afirmar en la relación con el otro la propia subjetividad (deseos, necesidades, preferencias, etc.) y la necesidad de preservar el vínculo con el otro. En la historia de las organizaciones problemáticas de la subjetividad es habitual encontrarse, tal como ya mencioné en el punto seis, una tendencia a sacrificar disociativamente aspectos importantes de la propia subjetividad con la finalidad de mantener el vínculo necesitado con el cuidador. Desde este punto de vista, a la experiencia humana parece serle inherente una angustia primaria y profunda ligada a la posible pérdida del otro. Tal como ya aseveré, en el desarrollo temprano y por lo tanto en lo inconsciente la pérdida del otro se equipara sin más con la muerte, el aislamiento y la soledad más absolutas. Así, el conflicto descrito entre ser uno mismo y ajustarse al otro, entre la autenticidad y la acomodación al otro -que implica la angustia basal a la que acabo de aludir- es una de las problemáticas humanas más esenciales y juega un papel central en la psicopatología. Entre otras cosas, contribuye a la comprensión del apego tóxico o patológico del individuo traumatizado a ciertos vínculos que son destructivos e insatisfactorios -perderlos equivale a perder todo lo que se tiene y que es indispensable para la supervivencia, con independencia de lo “malo” que sea. En ese contexto, el noveno punto de la comprensión relacional de la psicopatología es que *todas las*

organizaciones problemáticas de la subjetividad están marcadas por el conflicto relacional en sus diversas posibilidades.

(X) En el séptimo punto describí la significación de las estructuras de la subjetividad a la hora de comprender las organizaciones problemáticas de la subjetividad. En este décimo punto quiero detenerme en particular en uno de los conceptos utilizados por los teóricos relacionales para dar cuenta de la organización subjetiva problemática y no problemática. Se trata de la noción de los *estados del self* que encontramos sobre todo en el trabajo de Bromberg (1998, 2006, 2011). Para Bromberg, la multiplicidad psíquica en una mente disociativa es una realidad psíquica basal, una perspectiva congruente con las importantes influencias postmodernas que ha recibido el psicoanálisis relacional (Leffert, 2010; Teicholz, 1999; Sassenfeld, 2012a, 2018a, 2019). En todo individuo co-existen diversos estados del self, que se manifiestan en nuestras diferentes formas de ser en determinadas situaciones intersubjetivas. Por ejemplo, los psicoterapeutas nos encontramos en un estado del self cuando estamos atendiendo y en otro cuando estamos con nuestra pareja o nuestros hijos o un amigo o amiga. (Por cierto, a menudo con un paciente dado podemos fluctuar entre distintos estados del self incluso durante una misma sesión terapéutica.) Cuando la organización de la subjetividad no es problemática, la transición entre diferentes estados del self tiende a ser fluida, sosteniendo lo que Bromberg (1998, 2006, 2011) denomina una necesaria ilusión de continuidad. En ese caso, la realidad disociativa de una multiplicidad psíquica es normal y la comunicación entre distintos estados del self no da lugar a conflictivas subjetivas significativas.

Las cosas cambian cuando estamos frente a organizaciones problemáticas de la subjetividad. De acuerdo a Bromberg (1998), en el trauma relacional la integridad del self se ve pasivamente sobrepasada y la experiencia de “ser uno mismo” comienza a fragmentarse y despersonalizarse. La actuación de la disociación traumática o patológica trae consigo disociaciones psíquicas que aíslan ciertos estados del self respecto de otros estados del self. Se generan verdaderas brechas subjetivas entre ciertos estados del self que impiden



su comunicación fluida, debido a lo cual el psicoterapeuta cumple la función fundamental de “pararse en los espacios” (Bromberg, 1998). Dado que el niño experimenta el conflicto entre su propio estado afectivo y la potencial pérdida del vínculo con el cuidador -y por supuesto tiene que predominar la preservación de la relación necesitada con el cuidador-, la disociación traumática convierte un determinado estado del self en lo que Bromberg siguiendo a Sullivan denomina *not-me*, esto es, algo que yo no soy o más bien no puedo ser. Si lo soy, se ve amenazada la continuidad del vínculo con un otro necesitado, lo que vuelve imprescindible la disociación de ese estado del self. En este sentido, a diferencia del modelo freudiano en el cual ciertos contenidos psíquicos son reprimidos, en el modelo relacional son completos aspectos del self del niño los que sufren de una disociación defensiva y son con ello trasladados a un inconsciente que ya describimos antes como aún más dinámico que aquel visualizado por Freud.

En base a lo dicho es preciso apuntar que el décimo punto de la comprensión relacional de la psicopatología es que *las organizaciones problemáticas de la subjetividad están marcadas por una organización subjetiva en la cual distintas partes de la personalidad han quedado crónicamente incomunicadas a través de la disociación patológica*. Desde el punto de vista clínico, esta circunstancia se manifiesta, al menos en términos generales, en que el estado del self que podemos llamar “la víctima” o “el niño/a herido/a” está muy disociado de estados del self como “el victimario” (cuya existencia en una víctima guarda relación con el proceso de la identificación con el agresor mencionado por Sandor Ferenczi y conceptualizado por Anna Freud [1936]) o “el adulto”. Tal configuración psíquica arquetípica es habitual en individuos traumatizados y solo en ocasiones el trabajo psicoterapéutico permite la elaboración profunda del estado del self del victimario; con frecuencia, el estado del self de la víctima requiere mucha atención y mucho tiempo en el proceso analítico, hecho clínico que en muchos casos está claramente justificado por la historia traumática de un paciente dado. En muchos pacientes, el contacto con el estado del self del “victimario” es sinónimo de

conectarse con la agresión abusiva de la que han sido víctimas y hacerla propia; por ende, ese proceso de contacto con el no-yo se convierte en una problemática clínica por excelencia.

(XI) A todo lo descrito cabe agregar un punto fundamental adicional. Para el psicoanálisis relacional, el sujeto es siempre ya un sujeto corporizado que emerge en el seno de una intersubjetividad corporizada (Merleau-Ponty, 1945; Orange, 2010; Sassenfeld, 2012a, 2013a, 2014a, 2016, 2018a, 2019). Al enumerar en el punto siete las características de las estructuras de la subjetividad ya hice alusión a que tales estructuras cuentan con una dimensión corporal no-verbal. Ello cabe dentro de lo que con anterioridad he denominado el giro corporal del psicoanálisis relacional (Sassenfeld, 2018a, 2019). Este giro implica una triple presencia del cuerpo en el psicoanálisis (Sassenfeld, 2010c): el cuerpo objetivo medible y cuantificable, el cuerpo subjetivo vivenciado (la experiencia del propio cuerpo) y el cuerpo intersubjetivo inter-vivenciado con un otro (que incluye la gestualidad, las expresiones faciales, etc.). Ser un sujeto corporizado significa en este sentido que en todo momento nuestra existencia cuenta con correlatos neurobiológicos, subjetivos e intersubjetivos. Siendo más específico, desde el punto de vista detallado en el punto anterior, lo dicho implica que todo estado del self particular cuenta con correlatos no-verbales particulares. Ello queda en evidencia en su extremo en los trastornos disociativos de la identidad, en los cuales es clínicamente observable una clara diferencia corporal no-verbal entre distintos estados del self desde el tono de voz hasta la cualidad de los movimientos.

Desde esta perspectiva, las organizaciones problemáticas de la subjetividad tienen correlatos corporales y no-verbales. He argumentado anteriormente que a las estructuras de la subjetividad (véase punto siete) les es inherente una dimensión no-verbal (Sassenfeld, 2013b, 2014a, 2018a, 2018b, 2019). Basándome en el trabajo de Maurice Merleau-Ponty (1945), he escrito sobre los aspectos sensoriomotrices de los principios organizadores de la subjetividad. Tales aspectos guardan relación con la denominada *memoria implícita*, que es no consciente y no-verbal, y que es la única memoria de la que dispone el infante



hasta al menos el año y medio de edad (Ginot, 2015; Hill, 2015; Sassenfeld, 2013b, 2014b; Schore, 1994, 2003a, 2003b, 2012, 2019a, 2019b). Así, la expresividad no-verbal del sujeto traumatizado forma parte de la organización de su subjetividad y de lo que con anterioridad he llamado el self implícito. En la expresividad no-verbal traumatizada con frecuencia se pueden percibir las contaminaciones del pasado traumático en la experiencia presente que describí en el octavo punto. Así, el onceavo punto de la comprensión relacional de la psicopatología es que *la organización problemática de la subjetividad se manifiesta en el sujeto en su totalidad incluyendo la dimensión corporal no-verbal*. Se manifiesta en su expresividad no-verbal y también en determinados correlatos neurobiológicos respecto de los cuales sabemos cada vez más (Schore, 1994, 2003a, 2003b, 2012, 2019a, 2019b).

(XII) Como último punto quiero decir algunas breves cosas respecto del abordaje clínico de la psicopatología tal como ha ido quedando conceptualizada a lo largo de los once puntos anteriores. Dadas las tremendas complejidades que tienden a ser parte del tratamiento analítico del trauma relacional, me tengo que limitar a un par de aspectos básicos. Lo primero es que, con una concepción de la psicopatología como la que he delineado en este trabajo, la psicoterapia analítica relacional puede definirse como *restauración del self* (Kohut, 1977) o *reparación del self* (Schore, 2003b). En ese proceso simultáneamente subjetivo e intersubjetivo, la devastación psíquica de la sombra de la inundación da lugar a la reconstrucción de un mundo devastado de experiencia. David Wallin (2007) ha definido la psicoterapia relacional también como *transformación del self a través de la relación*. En ese contexto, todo trabajo clínico con el trauma relacional desde la perspectiva del psicoanálisis relacional está inscrito en el marco del concepto de regulación afectiva. En términos muy generales, en la relación analítica se repetirá -con ciertas diferencias evidentes- el proceso central del desarrollo temprano que describí con anterioridad: ciertas formas de regulación interactiva serán internalizadas por parte del paciente ampliando y diversificando sus posibilidades de auto-regulación y regulación mutua. Esto le permitirá

gradual y progresivamente dejar de recurrir a sus modalidades regulatorias patológicas habituales. Las estructuras de su subjetividad comenzarán a operar de manera menos rígida y automática y, con ello, el equilibrio entre estructura y novedad del cual hablé en el séptimo punto comenzará de a poco a emerger. Su mundo subjetivo e intersubjetivo de experiencia ampliará sus horizontes limitantes.

Pueden plantearse dos grandes focos básicos en el abordaje clínico del trauma relacional. El primero guarda relación con el trabajo analítico en el continuo entre afectos des-regulados y afectos disociados. Co-regular los estados emocionales del paciente -entendiendo al psicoterapeuta como un co-regulador diádico de afectos (Fosha, 2001)- significa justamente mantenerlos en un nivel de intensidad tolerable que no inunde de modo re-traumatizante al paciente ni lo haga necesitar disociarlos. Los pacientes con una tendencia a la des-regulación emocional periódica requieren ayuda regulatoria para disminuir la intensidad de su experiencia emocional. Los pacientes con una tendencia a mantener disociados los afectos traumáticos, en cambio, precisan de ayuda a la hora de contactar sus estados emocionales y sentirlos. Ambos necesitan apoyo con tal de simbolizar y mentalizar sus experiencias traumáticas. Daniel Siegel (2012 [1999]) acuñó el concepto de la *ventana de tolerancia* y Beebe y Lachmann (2002) la idea del *rango regulatorio óptimo* para dar cuenta de la vivencia de los afectos que se mueve *entre* los extremos de la des-regulación traumática y la disociación patológica. Dentro de la ventana de tolerancia es posible integrar los estímulos que provienen del mundo interno y exterior y experimentar una diversidad de afectos en una diversidad de grados de intensidad sin necesidad de disociarlos. La experiencia emocional se mantiene entre los extremos de hiper- e hipoactivación psicofisiológicas y, con ello, se mantienen amplias las posibilidades de experiencia y reflexión. Dentro de la ventana de tolerancia los afectos propios y ajenos pueden ser mentalizados transformándose en *afectividad mentalizada* (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Jurist, 2018; Wallin, 2007), el resultado óptimo del trabajo analítico.



El segundo foco del trabajo analítico con el trauma relacional se vincula con el continuo entre estados dissociados del self que no pueden comunicarse y estados del self más integrados que sí pueden dialogar. Este aspecto del trabajo clínico equivale a la generación de consciencia respecto de la propia multiplicidad psíquica, lo que implica enfrentar aquello considerado no-yo y de a poco ir asumiendo que lo no-yo sí es en realidad yo. En este sentido, tal como ya mencioné en un punto anterior, el psicoterapeuta cumple la función básica de “pararse en los espacios” y brechas subjetivas entre estados del self que la disociación ha provocado y mantenerse en pie hasta que el paciente sea capaz de hacerlo por sí mismo (Bromberg, 1998). Su trabajo trae consigo un proceso de elaboración que abarca el reconocimiento, la identificación y la facilitación del diálogo entre diferentes estados del self que han estado dissociados de manera crónica. En otras palabras, el terapeuta nombra, caracteriza y promueve la negociación entre distintas partes diferenciadas de la subjetividad del paciente como una especie de intérprete analítico. Por supuesto, los dos focos de trabajo que he esbozado no pueden más que englobar el manejo de la rigidez de las estructuras de la subjetividad problemática, de los conflictos psíquicos involucrados en la psicopatología y de los fenómenos relacionales que emergen a lo largo del tratamiento del trauma relacional (*enactment*, *impasse*, etc.). En todo ello, resulta ser central la capacidad auto-regulatoria del psicoterapeuta, capacidad que solo puede desarrollar y optimizar en su propia psicoterapia personal.

He intentado en este trabajo delinear los aspectos más relevantes de la comprensión analítica relacional de la psicopatología. Tal como mencioné al comenzar, no he pretendido ser exhaustivo, sino hacer alusión a ciertos principios básicos y generales que en gran medida son compartidos por la mayor parte de los teóricos relacionales. Se trata en ese sentido de una parte del territorio compartido (Sassenfeld, 2019; Wallerstein, 1990) al menos entre quienes se sienten como parte del movimiento psicoanalítico relacional. Quizás, lo que más falta hace destacar es que la concepción relacional de la psicopatología es una concepción basada en el trauma

relacional, la disociación traumática y la regulación afectiva. Hemos podido constatar que tal concepción no excluye en ningún sentido el lugar que el conflicto psíquico ocupa en las organizaciones problemáticas de la subjetividad y que, además, no descuida las estructuras de la subjetividad a las que las experiencias traumáticas dan origen y que con posterioridad contribuyen significativamente a conferirle determinada forma al mundo subjetivo e intersubjetivo del individuo traumatizado. Es probable que hay un sinnúmero de aspectos de la concepción relacional de la psicopatología a los que no he hecho referencia; para partir, no he dedicado atención suficiente a concepciones particulares de la psicopatología como aquellas de Benjamin (1988, 1990, 2018), Ghent (1990), Brandchaft (Brandchaft, Doctors & Sorter, 2010), Shaw (2014) y Margaret Crastnopol (2015). Sus ideas, entre otras, sin duda son esenciales para comprender con mayor profundidad el pensamiento de los teóricos relacionales sobre la psicopatología.

Para concluir quiero volver a subrayar que la concepción relacional de la psicopatología busca articular un punto de vista propiamente psicológico manteniéndose alejado de las perspectivas categoriales y dicotómicas (normal/anormal, sano/enfermo) típicas del psicoanálisis clásico y la psiquiatría, y cercana a un énfasis fenomenológico más bien descriptivo y comprensivo. El concepto psicoanalítico tradicional de *estructura*, algo diagnosticable en términos categoriales en base a ciertos criterios universales, ha sido en gran medida reemplazado por la noción de una *organización de la subjetividad*, que requiere ser explorada y comprendida más que diagnosticada -proceso que en realidad constituye en sí mismo el proceso analítico mismo. El adjetivo *problemática*, que he usado a lo largo del recorrido realizado en este trabajo, solo pretende señalar en términos descriptivos que ciertas organizaciones de la subjetividad producen sufrimiento propio y ajeno al menos potencialmente evitable. Lo problemático tiene que ver con las consecuencias subjetivas e intersubjetivas que generan. Los psicoterapeutas relacionales buscan conocer por medio de un proceso intersubjetivo dialógico los mundos subjetivos e intersubjetivos en los cuales sus pacientes viven insertos,



incluyendo su dimensión histórica de origen y sus ramificaciones problemáticas. Estos cambios guardan relación con el giro ético en el psicoanálisis (Buechler, 2004, 2008; Drozek, 2019; Goodman & Severson, 2016; Orange, 2011, 2016; Sassenfeld, 2018a, 2019) en al menos dos sentidos. Por un lado, el alivio del sufrimiento es la meta transversal de una psicoterapia de orientación

relacional y sus esfuerzos debieran estar encaminados en esa dirección. Por otro lado, la pesadumbre y el pesimismo habituales respecto de las posibilidades de cambios estructurales en un proceso analítico cede su lugar a una más esperanzadora posibilidad de reorganizar al menos parcialmente la subjetividad de un paciente.



Referencias

- Atlas, G. (2016). *The Enigma of Desire: Sex, Longing, and Belonging in Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Atwood, G. & Stolorow, R. (2014 [1984]). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology and Contextualism* (2. Ed.). New York: Routledge.
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J. & Sorter, D. (2005). *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*. New York: Other Press.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. En L. Aron & A. Harris (Eds.), *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (pp. 205-252). New Jersey: The Analytic Press.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2002). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener: Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderung führen*. Stuttgart: Klee-Cotta.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2014). *The Origins of Attachment: Infant Research and Adult Treatment*. New York: Routledge.
- Benjamin, J. (1988). *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism, and the Problem of Domination*. New York: Pantheon.
- Benjamin, J. (1990). Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 33-47.
- Benjamin, J. (2018). *Beyond Doer and Done to: Recognition Theory, Intersubjectivity, and the Third*. New York: Routledge.
- Brandchaft, B., Doctors, S. & Sorter, D. (2010). *Toward an Emancipatory Psychoanalysis: Brandchaft's Intersubjective Vision*. New York: Routledge.
- Bromberg, P. (1998). *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma, and Dissociation*. New York: Psychology Press.
- Bromberg, P. (2006). *Awakening the Dreamer: Clinical Journeys*. New Jersey: The Analytic Press.
- Bromberg, P. (2011). *The Shadow of the Tsunami and the Growth of the Relational Mind*. New York: Routledge.
- Buechler, S. (2004). *Clinical Values: Emotions That Guide Psychoanalytic Treatment*. New York: Routledge.
- Buechler, S. (2008). *Making a Difference in Patients' Lives: Emotional Experience in the Therapeutic Setting*. New York: Routledge.
- Christian, C., Eagle, M. & Wolitzky, D. (Eds.) (2017). *Psychoanalytic Perspectives on Conflict*. New York: Routledge.
- Craparo, G., Ortu, F. & van der Hart, O. (Eds.) (2019). *Rediscovering Pierre Janet: Trauma, Dissociation, and a New Context for Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Crastnopol, M. (2015). *Micro-Trauma: A Psychoanalytic Understanding of Cumulative Psychic Injury*. New York: Routledge.
- Cushman, P. (2007). A burning world, an absent God: Midrash, hermeneutics, and relational psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 43 (1), 47-88.
- Diamond, D., Blatt, S. & Lichtenberg, J. (Eds.) (2007). *Attachment and Sexuality*. New Jersey: The Analytic Press.
- Drozek, R. (2019). *Psychoanalysis as an Ethical Process*. New York: Routledge.
- Eagle, M. (2013). *Attachment and Psychoanalysis: Theory, Research, and Clinical Implications*. New York: The Guilford Press.
- Fairbairn, R. (1941). A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses. *International Journal of Psycho-Analysis*, 22, 250-279.
- Fairbairn, R. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. New York: Routledge.
- Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: W. W. Norton.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fosha, D. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (2), 227-242.
- Freud, A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Fromm, E. (1991 [1953-1974]). *Die Pathologie der Normalität: Zur Wissenschaft vom Menschen* (Ed. R. Funk). Berlin: Ullstein.
- Fromm, E. (1974). Therapeutische Aspekte der Psychoanalyse. En E. Fromm, *Von der Kunst des*



- Zuhörens: Therapeutische Aspekte der Psychoanalyse* (pp. 47-226). Alemania: Ullstein.
- Ghent, E. (1990). Masochism, submission, surrender: Masochism as a perversion of surrender. *Contemporary Psychoanalysis*, 26, 108-136.
- Ginot, E. (2015). *The Neuropsychology of the Unconscious: Integrating Brain and Mind in Psychotherapy*. New York: W. W. Norton.
- Goodman, D. & Severson, E. (Eds.) (2016). *The Ethical Turn: Otherness and Subjectivity in Contemporary Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Greenberg, J. (1995). Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *Psychoanalytic Quarterly*, 64 (1), 1-22.
- Greenberg, J. & Mitchell, S. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Harris, A., Kalb, M. & Klebanoff, S. (Eds.) (2017). *Demons in the Consulting Room: Echoes of Genocide, Slavery, and Extreme Trauma in Psychoanalytic Practice*. New York: Routledge.
- Hill, D. (2015). *Affect Regulation Theory: A Clinical Model*. New York: W. W. Norton.
- Howell, E. (2005). *The Dissociative Mind*. New York: Routledge.
- Howell, E. & Itzkowitz, S. (Eds.) (2016). *The Dissociative Mind in Psychoanalysis: Understanding and Working With Trauma*. New York: Routledge.
- Jurist, E. (2018). *Minding Emotions: Cultivating Mentalization in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Katz, S. M. (2017). *Contemporary Psychoanalytic Field Theory: Stories, Dreams, and Metaphor*. New York: Routledge.
- Khan, M. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18 (1), 286-306.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. Chicago: Chicago University Press.
- Lasch, C. (1979). *La cultura del narcisismo*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Leffert, M. (2010). *Contemporary Psychoanalytic Foundations: Postmodernism, Complexity, and Neuroscience*. New York: Routledge.
- Lichtenberg, J. (1983). *Psychoanalysis and Infant Research*. New York: Routledge.
- Lichtenberg, J., Lachmann, F. & Fosshage, J. (1992). *Self and Motivational Systems: Toward a Theory of Psychoanalytic Technique*. New York: Routledge.
- Lichtenberg, J., Lachmann, F. & Fosshage, J. (1996). *The Clinical Exchange: Techniques Derived From Self and Motivational Systems*. New York: Routledge.
- Lichtenberg, J., Lachmann, F. & Fosshage, J. (2011). *Psychoanalysis and Motivational Systems: A New Look*. New York: Routledge.
- Lipovetsky, G. (1983). *La era del vacío: Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
- Mancia, M. (2006). Implicit memory and early unrepressed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 83-103.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Mitchell, S. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis: An integration*. Boston: Harvard University Press.
- Mitchell, S. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. (1997). *Psychoanalyse als Dialog: Einfluss und Autonomie in der analytischen Beziehung*. Giessen: Psychosozial Verlag.
- Orange, D. (1995). *Emotionales Verständnis und Intersubjektivität: Beiträge zu einer psychoanalytischen Epistemologie*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Orange, D. (2010). *Thinking for Clinicians: Philosophical Resources for Contemporary Psychoanalysis and the Humanistic Psychotherapies*. New York: Routledge.
- Orange, D. (2011). *The Suffering Stranger: Hermeneutics for Everyday Clinical Practice*. New York: Routledge.
- Orange, D. (2016). *Nourishing the Inner Life of Clinicians and Humanitarians: The Ethical Turn in Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Orange, D., Atwood, G. & Stolorow, R. (1997). *Intersubjektivität in der Psychoanalyse*:



- Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Panksepp, J. & Northoff, G. (2009). The trans-species core SELF: The emergence of active cultural and neuro-ecological agents through self-related processing within subcortical-cortical midline networks. *consciousness and Cognition*, 18, 193-215.
- Rodríguez Sutil, C. (2014). *Psicopatología psicoanalítica relacional*. Madrid: Ágora Relacional.
- Safran, J. (2012). *Psychoanalysis and Psychoanalytic Therapies*. Washington: American Psychological Association.
- Sassenfeld, A. (2010a). Afecto, regulación afectiva y vínculo. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (3), 562-595.
- Sassenfeld, A. (2010b). *Enactments*: Una perspectiva relacional sobre vínculo, acción e inconsciente. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1), 142-181.
- Sassenfeld, A. (2010c). Fundamentos de la relación psicoterapéutica en la psicoterapia corporal relacional. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6 (1), 51-62.
- Sassenfeld, A. (2011). Afecto, vínculo y desarrollo del self. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (2), 261-294.
- Sassenfeld, A. (2012a). *Principios clínicos de la psicoterapia relacional*. Santiago de Chile: Ediciones SODEPSI.
- Sassenfeld, A. (2012b). Consideraciones sobre el apego, los afectos y la regulación afectiva. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3), 548-569.
- Sassenfeld, A. (2013a). Verkörperte Intersubjektivität und sensomotorische Aspekte von Organisationsprinzipien der Subjektivität. *Psychoanalyse and Körper*, 22 (1), 11-42.
- Sassenfeld, A. (2013b). Die implizite Domäne: Annäherungen an ihre Definition. En P. Geissler & A. Sassenfeld (Eds.), *Jenseits von Sprache und Denken: Implizite Dimensionen im psychotherapeutischen Geschehen* (pp. 57-133). Giessen: Psychosozial Verlag.
- Sassenfeld, A. (2014a). La intersubjetividad corporizada y aspectos sensoriomotrices de los principios organizadores de la subjetividad. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (2), 425-457.
- Sassenfeld, A. (2014b). El concepto de lo implícito en la teoría del apego, la investigación de infantes y el psicoanálisis contemporáneo. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 10 (2), 176-197.
- Sassenfeld, A. (2016). *El espacio hermenéutico: Comprensión y espacialidad en la psicoterapia analítica intersubjetiva*. Santiago de Chile: Ediciones SODEPSI.
- Sassenfeld, A. (2017). Contribuciones de la filosofía fenomenológica y hermenéutica a una concepción intersubjetiva del vínculo analítico. *Clínica e Investigación Relacional*, 11 (3), 554-580.
- Sassenfeld, A. (2018a). Los giros del psicoanálisis contemporáneo. *Clínica e Investigación Relacional*, 12 (2), 268-317.
- Sassenfeld, A. (2018b). *Estar con otros: Cuerpo, afectividad y vínculo en psicoterapia relacional*. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Sassenfeld, A. (2019). *Los giros del psicoanálisis contemporáneo: Una introducción al psicoanálisis relacional*. Santiago de Chile: RIL Editores.
- Schore, A. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. New York: Psychology Press.
- Schore, A. (2003a). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. New York: W. W. Norton.
- Schore, A. (2003b). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: W. W. Norton.
- Schore, A. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York: W. W. Norton.
- Schore, A. (2019a). *The Development of the Unconscious Mind*. New York: W. W. Norton.
- Schore, A. (2019b). *Right Brain Psychotherapy*. New York: W. W. Norton.
- Schwartz, J. (1999). *La hija de Casandra: Una historia del psicoanálisis en Europa y América*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Seligman, S. (2018). *Relationships in Development: Infancy, Intersubjectivity, and Attachment*. New York: Routledge.
- Shaw, D. (2014). *Traumatic Narcissism: Relational Systems of Subjugation*. New York: Routledge.
- Siegel, D. (2012 [1999]). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are* (2. Ed.). New York: The Guilford Press.



- Spitz, R. (1945). Hospitalism. *Psychoanalytic Study of the Child, 1*.
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child, 2*.
- Stern, D. B. (1997). *Unformulated Experience: From Dissociation to Imagination in Psychoanalysis*. New York: Psychology Press.
- Stern, D. B. (2010). *Partners in Thought: Working With Unformulated Experience, Dissociation, and Enactment*. New York: Routledge.
- Stern, D. B. (2015). *Relational Freedom: Emergent Properties of the Interpersonal Field*. New York: Routledge.
- Stern, D. N. (2000 [1985]). *The Interpersonal World of the Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology* (2. Ed.). New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: W. W. Norton.
- Stolorow, R. (2002). From drive to affectivity: Contextualizing psychological life. *Psychoanalytic Inquiry, 22* (5), 678-685.
- Stolorow, R. (2007). *Trauma and Human Existence: Autobiographical, Psychoanalytic, and Philosophical Reflections*. New York: The Analytic Press.
- Stolorow, R. & Atwood, G. (1992). *Contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder.
- Stolorow, R., Atwood, G. & Brandchaft, B. (1994a). Introduction. En R. Stolorow, G. Atwood & B. Brandchaft (Eds.), *The Intersubjective Perspective* (pp. ix-xii). New Jersey: Jason Aronson.
- Teicholz, J. (1999). *Kohut, Loewald, and the Postmoderns: A Comparative Study of Self and Relationship*. New York: Routledge.
- Tronick, E. (2007). *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*. New York: W. W. Norton.
- Wallerstein, R. (1990). Psychoanalysis: The common ground. *International Journal of Psychoanalysis, 71*, 3-20.
- Wallin, D. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Winnicott, D. (1960b). Ego distortion in terms of true and false self. En D. Winnicott, *Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development* (pp. 140-152). London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
- Winnicott, D. (1963). Fear of breakdown. En D. Winnicott, *Reading Winnicott* (Eds. L. Caldwell & A. Joyce) (pp. 197-208). New York: Routledge.
- Wolf, E. (1988). *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

