

## RESEÑA: Avances del Psicoanálisis y Aperturas Psicoanalíticas: veinte años de difusión

Jornadas de Aperturas Psicoanalíticas en colaboración con la Universidad Pontificia Comillas

Ψ Los días 5 y 6 de Octubre se realizaron en Madrid las Jornadas Aperturas Psicoanalíticas en colaboración con la Universidad Pontificia de Comillas.

En estas Jornadas convergieron varios escenarios. Junto a la presentación del nuevo equipo directivo de la revista Aperturas Psicoanalíticas y la exposición de diferentes conferencias, seminarios y mesa redonda, se conjugó la circunstancia de que ese evento sirvió también para que la Universidad Pontificia de Comillas rindiera un cálido y afectuoso homenaje de agradecimiento al Profesor Hugo Bleichmar, por su contribución a dicha Universidad. Este homenaje creó un clima rociado de afectos y emociones amables, cariñosas, joviales y conmovedoras, que son apenas transmisibles a través de las palabras escritas en el papel.

El profesor Rufino Meana, como portavoz del Departamento de Psicología, señaló el enriquecimiento que había significado para la Facultad de Psicología la presencia, a lo largo de tres décadas, de Hugo Bleichmar. Presencia que se dio primero como profesor en la Licenciatura, y posteriormente “capitaneando” el Postgrado. Enumeró distintas características del Profesor Bleichmar merecedoras de la gratitud y orgullo corporativo del Departamento de Psicología, características tales como su generosidad, el impagable ejemplo intelectual que ha representado, el rigor y la evitación de dogmatismos, la capacidad de escucha y apertura a otros saberes y conocimientos, su rigurosa tradición psicoanalítica; la elaboración de un sistema para comprender, la creación de un modelo: el Enfoque Modular Transformacional.

Quedó definido como territorio compartido -por Facultad y Profesor homenajeado- la pasión por el saber y una mirada que va más allá de las disciplinas parciales.

Y quedaron las palabras del Profesor Bleichmar: “la experiencia que tuve en la Universidad, no sólo el conocimiento, es el sentimiento de que hay algo que va más allá de uno, que lo trasciende”, “es el sentimiento de dignidad, de vivir de acuerdo a los valores”.

Voy a recorrer ahora lo que denomino el escenario intelectual de las Jornadas, tanto en su vertiente de conferencias, mesa redonda y debate, seminarios así como de presentación del nuevo equipo directivo de la revistas Aperturas Psicoanalíticas.

La inauguración de las Jornadas corrió a cargo de la Profesora Dra. Susanne Cadera, decana de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas. Estuvo acompañada por la nueva directora de la revista “Aperturas Psicoanalíticas” Lola J. Díaz-Benjumea y por el profesor Dr. Juan Pedro Núñez. En las distintas intervenciones quedaron puestos de manifiesto algunos caracteres que representan tanto a la Universidad de Comillas como a la revista Aperturas Psicoanalíticas, tales como el interés por el conocimiento académico y científico, la “apertura” a los distintos saberes y el dar un lugar al Psicoanálisis.

---

Ψ Reseña de Itziar Bilbao Bilbao  
Psicoanalista



Pasaré en un primer momento a presentar las conferencias, tras ello daré cuenta de la presentación de la nueva etapa de la Revista Aperturas Psicoanalíticas y finalmente reseñaré la mesa redonda y los distintos seminarios.

## CONFERENCIAS

### Conferencia Inaugural: Avances en el psicoanálisis actual: otra concepción del psiquismo, de la formación de síntomas y la diversidad de intervenciones terapéuticas.

Hugo Bleichmar. Director del Postgrado en Psicoterapia Psicoanalítica (Universidad Pontificia Comillas). Presidente de la Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. Miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA)

El Dr. Bleichmar explica que su conferencia tiene dos partes:

- I. Mención sobre algunos cambios que han tenido lugar en el psicoanálisis con respecto al modelo clásico.
- II. Abordaje del cambio terapéutico en base al conocimiento actual sobre los tipos de memoria en que quedan grabadas las experiencias que desde la infancia nos han moldeado.

Con relación a la primera parte plantea que a la pregunta de cuáles podrían ser los cambios más significativos en el psicoanálisis actual, su opinión es la siguiente:

1) La superación de una concepción del desarrollo del psiquismo como generado por procesos internos, reemplazada por una comprensión de que nos constituimos desde el nacimiento en un proceso de intercambio con las figuras significativas (identificaciones, conflictos, etc.). Figuras externas que nos van marcando con sus deseos, sus angustias, etc. En ese encuentro con el otro, el apego juega un papel central. Estamos impulsados por múltiples sistemas motivacionales: sexuales, narcisistas, necesidades psicobiológicas, de apego... Se ha ampliado el panorama a pensar en términos de múltiples sistemas motivacionales que pueden entrar en sinergia, en contradicción, etc.

2) La superación de entender al terapeuta como si fuera un simple lector de las motivaciones del paciente para entenderlo como alguien que tiene deseos, angustias, etc. que influye con ellos sobre el paciente y éste a su vez influye sobre el terapeuta, para entender el encuentro terapéutico marcado entonces por la influencia mutua de ambos participantes. Propone que el terapeuta, cualquiera sea su marco teórico, está colonizado cognitivamente y emocionalmente por las teorías, ideologías, necesidades de apego. El terapeuta se debe posicionar, para poder salir de esta trampa, como un tercero que observe no sólo al paciente sino a la pareja que forman paciente y terapeuta, que se conecte con sus deseos, sus preferencias, su amor, su hostilidad o sus prejuicios. Observar también desde dónde se observa la observación hasta donde uno pueda llegar en esa autoobservación.

Si queremos que el paciente esté centrado en su subjetividad y, al mismo tiempo, descentrado con respecto a ella, sin quedar capturado por lo que piensa y siente a la manera de un autómatas, sólo un terapeuta que tenga esa preocupación con respecto a sí mismo, puede ayudar al paciente a que se mueva en esa dirección. Terapeuta centrado en su subjetividad pero excéntrico con respecto a ella; oscilación entre esas dos posiciones; momentos de conexión con nuestra subjetividad como terapeutas (con lo que sentimos) y momentos de ser excéntricos para no ser atrapados en



nuestras creencias; oscilación en búsqueda del placer de pensar alternativas sobre nuestra manera de pensar. ¿Cómo poder vivir en la interfase entre distintos movimientos? Nutrirse y al mismo tiempo ver las limitaciones es una idea importante.

3) Hacer consciente lo inconsciente es parte del proceso que produce el cambio, lo que verdaderamente produce el cambio es vivir las experiencias emocionales que reemplacen a las antiguas; se requieren nuevas inscripciones que tengan más fuerza emocional que las antiguas.

Hacer consciente lo inconsciente nos permite una comprensión de qué es aquello que nos hace ver la realidad en una cierta manera, el no repetir procesos defensivos como la negación o la proyección. Hacer consciente lo inconsciente permite no justificar con argumentos presuntamente racionales nuestros sentimientos y acciones, permite luchar contra el autoengaño.

4) Las emociones como elemento que determina y moldea la cognición. Es muy compleja la operación entre pensamiento y afectividad.

5) La elección del foco terapéutico. Hay dos condiciones que muestran la importancia de que el terapeuta elija estratégicamente qué es lo que quiere transformar: pacientes atrapados en el mundo de lo fáctico o en el mundo emocional serían dos formas que impiden ver la realidad en un caso o el contacto con el propio mundo emocional en el otro; en el caso de un paciente que está centrado en su sentimiento significaría un reforzamiento de una forma de estar en el mundo si el terapeuta se centra en el sentir del paciente. Algo importante en el psicoanálisis actual es un psicoanalista que se posiciona viendo qué es lo significativo para que se produzca un cambio importante en el paciente.

En lo concerniente al **cambio terapéutico** el psicoanálisis clásico y la psicología cognitiva parten de un principio: de acuerdo a cómo se piensa así se siente. Lo que nos tenemos que preguntar es ¿hay un solo sistema de memoria? ¿cómo quedan grabadas múltiples formas de experiencia? Hay memoria cognitiva, emocional y corporal y cada una de ellas requiere formas de intervención que le sean específicas. Los avances que ha habido en neurociencias permiten ver que hay distintos tipos de memoria.

La tesis central de la conferencia es: cuando uno quiere cambiar algo, tiene que ver con la forma en que está inscrito, ¿está inscrito como creencia? ¿como forma de reacción emocional automática? ¿como forma del cuerpo? La técnica tiene que ser subsidiaria al tipo de inscripción en la memoria que nosotros queramos cambiar.

La cognición no es autónoma, depende de otros factores, hay circuitos capaces de crear estados emocionales que orientan a la cognición en cierto sentido y existe una relación compleja entre lo cognitivo, lo emocional y lo corporal. En este apartado se plantea la pregunta de: para ciertas enfermedades psicosomáticas ¿es exclusivamente un problema de simbolización? ¿es un déficit de simbolización o hay ciertos condicionamientos que uno debe encarar de otra manera?

En relación al estudio de Ledoux y Damasio sobre el doble circuito de las emociones: Ciertas emociones, por ejemplo, el miedo, pueden ser desencadenadas por pensamientos que tienen un alto nivel de simbolización (celos, envidia, etc.), pero hay otro circuito emocional en el que estímulos muy elementales (un tono de voz, un ceño fruncido, etc.) despiertan automáticamente una reacción de la amígdala cerebral con el miedo consiguiente, es parte de nuestro cerebro primitivo. Por tanto, una memoria emocional que está sustentada en una reacción automática a estímulos muy simples.

Hay emociones que se originan por los pensamientos (desde la corteza cerebral hacia los núcleos de la base, de arriba hacia abajo), otras tienen su origen en una percepción de bajo nivel de simbolización (desde la amígdala y que influyen en la corteza, de abajo hacia arriba). Los



estados afectivos que se originan desde la corteza son más posibles de modificarse por resignificación cognitiva (Macrae y col.), en cambio para los que se originan desde la amígdala, la resignificación de las ideas activa más la amígdala. Los trabajos sobre la Memoria de Hábito (realizados del 2012 al 2014) muestran que, en altos niveles de arousal, conductas automatizadas se ponen en marcha en manera disfuncional.

De cara a la psicoterapia, si el tratamiento tiene como uno de sus objetivos superar la compulsión a repetir, el nivel de activación de estrés en que transcurre el tratamiento, es una variable crucial. ¿Nos escuchará el paciente cuando tenga un alto estado de arousal? ¿no será la memoria de hábito (la de defensas) la que esté activada? ¿cuál es el nivel óptimo de arousal para que lo que se va desarrollando en el tratamiento sea registrado en la memoria y quede fijado en la memoria declarativa y procedimental? La técnica de implosión es una técnica que impide la elaboración, pero si no hay un cierto nivel de arousal tampoco se fija en la memoria. Si el paciente tiene un nivel de arousal muy bajo o uno muy alto, disminuye la posibilidad de elaboración terapéutica. Es necesario hacer como una regulación previa del nivel de arousal del paciente, como preparar para la intervención, movernos en una zona delgada entre recordar con un cierto nivel de arousal para que la memoria cargada afectivamente pueda ser recuperada y modificada, y un nivel de activación neuro-vegetativa no excesivo, porque si no la experiencia traumática se reconsolidada con las mismas características. Para el cambio del recuerdo traumático se requiere algo más.

En lo que hace a los estudios sobre la reconsolidación de la memoria y la memoria en estado lábil tiene importancia el trabajo de Ledoux en el que se esclarece que, en el momento de recordar, la memoria vuelve a estar en un estado lábil. En base a esto, el conferenciante explica cómo concibió que, si en el momento de recordar se le acoplaba al recuerdo una nueva experiencia en la realidad, o simplemente mental (técnica de imaginación), dado que la memoria estaba en un estado lábil, lo que se reconsolidaba no era la memoria antigua sino una nueva que modificaba la anterior inscripción. A este proceso lo denominó “acoplamiento de experiencia”. El acoplamiento de experiencia no es dar un significado diferente; es vivir, simultáneamente, en la ventana de oportunidad de cuando la memoria está activa (lapso de seis segundos), lo que se llama la ventana de oportunidad de cambio, inscribir en ese momento una experiencia diferente en que todos los sentidos, las sensaciones corporales, las imágenes, son nuevas y se agregan a la anterior en el momento en que está activa.

El trabajo fue titulado “Acoplamiento de Experiencias” y fue publicado en el número 9 de la Revista Aperturas (año 2001) y posteriormente en *Psychoanalytic Quarterly*; la idea expuesta recibió corroboración experimental por el equipo de Ledoux en el año 2010; en el libro *Memory Reconsolidation* le es reconocido la originalidad de la aplicación terapéutica del fenómeno de reconsolidación de la memoria.

Vuelve finalmente a la tesis inicial: Si la memoria queda registrada en distintos tipos de memoria, entonces habrá que ver en cada caso particular cuál es la memoria prevalente para aplicar las intervenciones coherentes con ese tipo de memoria. Si tenemos distintos tipos de memoria, no podemos aprender un solo tipo de técnica por más que sea sancionada por nuestra escuela de pertenencia, sino que necesitamos de la ductilidad para aplicar las técnicas coherentes al tipo de memoria a cambiar.



Conferencia: El tercero moral. Hacia una verdadera intersubjetividad en psicoterapia.

Emilce Dio Bleichmar. Directora del Postgrado en Psicoterapia Psicoanalítica: el niño/a y su familia (Universidad Pontificia Comillas). Vicepresidenta Sociedad Fórum de Psicoterapia Psicoanalítica. Miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA)

En la actualidad la intersubjetividad constituye un paradigma desde el cual se estudia y comprende tanto el desarrollo humano, las relaciones interpersonales y la psicoterapia

- Tres décadas de investigación en la comunicación cara a cara en la temprana infancia han enriquecido el tratamiento con adultos al integrar esta comprensión de la interacción que funciona prerreflexivamente, con la constante narrativa verbal.
- Siempre se trata de DOS implicados en el proceso y existen varias perspectivas desde las cuales se describen y se explican cómo se experimenta, se VIVE la intersubjetividad.
- Posiciones que van desde la VENTAJA de entender el proceso implícito interactivo como una CO-CREACIÓN que da fundamento y objetivo para el cambio terapéutico hasta el RIESGO de desconocimiento de la especificidad de la estructura intrapsíquica y el exceso de participación del terapeuta
- A fin de evitar el riesgo de la realidad de la asimetría en las relaciones humanas (colonización de la mente propia por el poder del otro) aparece en el horizonte teórico el concepto y la figura del tercero
- En el DESARROLLO HUMANO Lacan situó a la figura del padre como el garante para acceder a ser un sujeto de deseo y no un objeto del deseo del otro
- En el PROCESO TERAPÉUTICO: El tercero analítico es entendido como algo externo a la relación: la teoría que utiliza el analista, una regla técnica a la que se atiene, un mandato del superyó o una aspiración del ideal del yo.

A este escenario se agrega el aporte que desarrolla Jessica Benjamin sobre la intersubjetividad y el tercero en su último texto (2018): Más allá del que “hace y me hacen”: Teoría del Reconocimiento, la Intersubjetividad y el Tercero. Explica cómo en nuestra mente la intersubjetividad se comprende de una misma forma: “yo hago – me hacen”, esta fórmula incluye todo tipo de mecanismos de defensa que el psicoanálisis ha descrito. Benjamin sostiene que esta fórmula responde a un principio teórico del sujeto y el objeto, pero considera que la interacción es un estado de tráfico confuso en una doble vía. Hay una dificultad para captar y caracterizar una relación en doble vía, una relación entre dos sujetos. Plantea adoptar un punto de observación que incluya a los dos, un punto de observación externo pero interno, un punto de observación que va a estar en la mente del sujeto, una doble vía en la mente del sujeto para entender lo que está sucediendo en la interacción; a esto llama “tercero moral”. Es la capacidad de observación en cualquier interacción de cuál es el estado emocional desde el que capto, valoro lo que el otro hace o dice. Esta posición subjetiva no es una regla técnica, no es un principio ético, sino que es una acción, es “el contacto con mi estado emocional y el estado del otro y lo que sucede entre ambos”. El tercero moral en este planteamiento no es otra persona, no es el padre, no es algo externo, es una posición subjetiva, en la que están ambos sujetos y la relación entre ellos.

La conferenciante ilustra estas ideas con un caso clínico en el que el paciente se sitúa como objeto al que le hacen y al otro como sujeto que hace; el trabajo terapéutico fue en la dirección de ayudarlo a situarse en términos de reconocimiento de dos sujetos en interacción, de dos subjetividades en una interacción de doble sentido.



El tercero moral sería el conjunto de procedimientos intrapsíquicos y acciones interpersonales concretas a observar y llevar a cabo en las relaciones. Requiere un trabajo psíquico, requiere la capacidad de mantener la tensión en la posición subjetiva de no caer en la complementariedad “-me hacen-hago” (si hay complementariedad, hay sujeto-objeto, ya no hay dos sujetos). Si se cae en dicha complementariedad, la corrección podría intentarse por medio del reconocimiento del escenario completo; en este reconocimiento puede ser incluido el que el terapeuta admita que puede haberse equivocado o que su acción haya generado sufrimiento y se sostenga la tensión entre ambos.

Para terminar, la disertante alude a cuál fue el principio por el que J. Benjamin llegó al tercero moral y menciona la perplejidad de ésta al observar cómo la relación madre-hijo ( que llena volúmenes y tratados de psicología y en ellos el planteo es que la madre es el objeto para el bebé), no es estudiada en lo concerniente a la madre en la interacción, en lo referente a qué le sucede a la madre, cuáles son las consecuencias de la crianza sobre la subjetividad de la madre, por qué reacciona en un modo determinado. Se ven los efectos sobre el niño, pero no en la madre (por ejemplo los sentimientos de indefensión en la madre). Lo original de JB es considerar el tercero como una posición subjetiva de la madre. Este tercero en la subjetividad materna consiste en tenerse en cuenta como alguien que necesita distancia sin considerar su necesidad de distancia como un defecto; el tercero materno alude al mantenimiento de la tensión en su mente entre la necesidad del bebé y las suyas propias, es un equilibrio inestable que requiere acomodación constante, se trata de un proceso de acomodación mutua en la interacción opuesto a la idea de que la diada temprana es como una unidad, que la madre y el bebé son uno (oneness). La madre y el bebé son dos distintos que se alinean a un patrón tercero.

Por último, añade que la diferencia con la mentalización estribaría en que en esta última se trata de que el sujeto se capte a sí mismo y capte al otro. El Tercero Moral es un proceso por el cual no solamente el sujeto se capta a sí mismo y capta al otro, sino que el otro se capta a sí mismo y al sujeto. Aplicado a la relación terapéutica no basta que el terapeuta esté atento a la superficie de su subjetividad y capte la subjetividad del paciente, sino que éste pueda ir captándose a sí mismo y accediendo a captar y entender la subjetividad del terapeuta; es un proceso que se va produciendo en la interacción terapéutica. Es el terapeuta el que debe facilitar que los pacientes vayan adquiriendo progresivamente esta capacidad. Requiere la intencionalidad del terapeuta para ir trabajando en esa dirección. Implica un “exponerse y un trabajar mucho” con el estado emocional propio.





## Presentación De La Nueva Etapa De La Revista Aperturas Psicoanalíticas.

Lola J. Díaz-Benjumea. Directora de la Revista.

La nueva directora de la revista explicó que Hugo Bleichmar fundó la revista Aperturas Psicoanalíticas en 1999, una publicación exclusivamente en internet, de libre acceso, y patrocinada por la Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. Contextualizó el período del nacimiento de dicha revista manifestando que la década de los 90 fue muy fecunda en el campo del Psicoanálisis con autores, grupos e ideas, tales como Stephen Mitchell, el mismo Hugo Bleichmar, el psicoanálisis feminista con las contribuciones de muchas autoras (Chodorow, Benjamin, Dimen, Goldner en Estados Unidos; Burín, Fernández, Meller, en Argentina; Dio Bleichmar en España), el grupo de Boston, Fonagy y Target, líneas de investigación a partir de la teoría del apego, nuevas direcciones en los abordajes psicoterapéuticos, etc. Gracias a la iniciativa y arduo trabajo de Hugo Bleichmar, todas estas aportaciones pudieron llegar de forma libre y gratuita al mundo de habla hispana a través de la revista Aperturas Psicoanalíticas.

Dio cuenta de la nueva etapa de la Revista Aperturas y de su línea editorial. Dicha línea va a ser el mantenimiento de la línea que ha caracterizado a Aperturas, es decir: un enfoque integrador. Este tipo de enfoque quedó ilustrado a través de un texto de Hugo Bleichmar (en un artículo del 2015 publicado en Psychoanalytic Inquiry): “Vivir en la interface para no quedar atrapado en mundos fragmentarios”.

Presentó el nuevo equipo de trabajo. En primer lugar, el Equipo Directivo lo conforman cuatro personas: Lola J. Díaz- Benjumea, como Directora, asistida por Margarita Aznar Bolaño, Mónica de Celis Sierra y José Antonio Méndez Ruiz. El Equipo Directivo está incluido en un órgano más amplio, el Consejo de Redacción de Aperturas; dicho Consejo consta de doce miembros: Mariano de Iceta Ibáñez de Gauna, Carlos Pitillas Salvá, Javier Ramos García, Itziar Bilbao Bilbao, Vicente Brox Campos, María Elena de Filpo Beascochea, Carlos Habif y Jeanette Dryzun. Finalmente, la secretaria de redacción es Marta González Baz.

Una vez realizada la presentación del grupo de trabajo, fueron nombrados los objetivos para la revista Aperturas: 1) Mantener la línea editorial y el nivel de calidad que la ha caracterizado hasta ahora 2) Ampliar el área de divulgación, ampliar el campo de los lectores a sectores importantes como por ejemplo el mundo académico e investigador.

Tras la exposición de los objetivos, se describe la publicación de Número Monográficos en la Revista aclarando que al hilo del cumplimiento de dos décadas del nacimiento de Aperturas, se decide comenzar la nueva etapa celebrando el aniversario en forma de editar números monográficos que recogieran avances teóricos y técnicos en distintas escuelas psicoanalíticas de los últimos años. El número 58 ha sido el primer monográfico; a finales de Octubre se presentará un segundo monográfico (el 59) y estará dedicado a aportaciones en el campo de la técnica. El número 61, que aparecerá en junio de 2019, estará dedicado al abordaje psicoanalítico del trauma.



## Mesa redonda y debate

### Los momentos sensibles en psicoterapia: técnicas activas y psicoterapia centrada en la emoción.

Coordinadora: Margarita Aznar. Tesorera Junta Directiva de la Sociedad Fórum de Psicoterapia Psicoanalítica. Coorganizadora de las Sesiones Clínicas de dicha asociación en el Hospital Universitario de La Paz. José Antonio Méndez. Psiquiatra-psicoanalista. Docente Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. Mariano de Iceta. Jefe de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Sofía. Junta Directiva Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. Ciro Caro García. Profesor Colaborador del Departamento de Psicología (Universidad Pontificia Comillas). Terapeuta del Equipo de Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) de la UNINPSI.

La mesa arranca con la exposición del Profesor Caro, y la diferenciación entre “modo simple” y “modo complejo” en la manera de entender la intersubjetividad o lo implícito. La primera, en un modo simple aparece como “pienso que tú piensas que yo pienso/siento lo que tú piensas/sientes”, mientras que en un modo complejo tomaría la forma de “tengo una experiencia acerca de que tú tienes una experiencia de que yo tengo una experiencia sobre lo que tú vives”. Y esto, tanto en la vida como en terapia, puede darse en una situación que idealmente es de acople con alguien que verdaderamente “tiene una experiencia sobre mi experiencia”, y que sabe qué hacer operativamente con eso (además de permitirlo en su consciencia).

Respecto a la noción de lo implícito en la terapia, la complejidad se hallaría condensada en los estados atractores según los que se organiza la persona. Los cuales, a priori -en un espacio vital de indeterminación y de no linealidad-, son imprevisibles y asemejan el existir y el cambiar con el crear artístico. Diferente es lo que sucede con los estados atractores en los procesos dinámicos lineales, que son previsible, suceden en espacios de determinación, y por ello responden bien al conocimiento implícito de modo simple en una técnica.

Desde Husserl, la fenomenología se comprometió con la empresa captar la esencia de los fenómenos, y para eso reclamó el volver a “las cosas mismas” desposeídas de análisis, y ahora diríamos en su complejidad. Lo que en psicoterapia supone el desarrollo de una consciencia fenomenológica compleja, que incluye el contacto con lo implícito en el otro (en el paciente y en la intencionalidad de su sintomatología), en el escenario recursivo de la intersubjetividad experiencial. O sea: Volver a la experiencia de la experiencia (como necesaria consciencia experiencial).

Esta concepción se plasmaría en la psicoterapia en volver a la experiencia de la experiencia entre dos (intersubjetividad experiencial), pues ese retorno, como interacción, trae algo nuevo y modificador, que está en la esencia del cambio. Así, volver juntos “a las cosas mismas”, diferencia a la terapia de lo que hacen a solas los pacientes, que tan solo vuelven, una y otra vez, “a las mismas cosas”.

En la terapia experiencial se invita a “descender al lugar en el que está pasando algo” con un referente en el cuerpo (la nueva cosa misma), y desde ahí, a simbolizar la experiencia y construir un relato en el que la palabra interactúa con ese “algo” a nivel corporal, para crear algo nuevo.

No obstante, este modo de trabajar que sucede desde el proponer del terapeuta, no puede ser ingenuo, y en ocasiones requiere asegurarse de que el paciente dispone de estructuras de significación (redes de esquemas de emoción que articulan un conocimiento implícito), que puedan recibir y trabajar con las palabras del terapeuta. Sin ellas, una metáfora no podrá ser procesada, y





el acople del terapeuta al cliente se verá sustituido por la conformidad de éste, a través de una forma de ser-yo-ahí inauténtica patologizante.

Los Drs. Iceta y Méndez explican (en su vertiente teórica el primero, y práctica el segundo) el camino recorrido en cuanto a lo estudiado como momentos sensibles en las distintas orientaciones psicoterapéuticas: la catarsis, la técnica activa en Ferenczi, la experiencia emocional correctora en Alexander y French, la interpretación acertada en Etchegoyen; la creación de un clima de seguridad emocional, la exploración y experienciación en el aquí y ahora de las emociones y la estructuración de nuevas modalidades vinculares en la Terapia Focalizada en las Emociones; los momentos de no mentalización en la Terapia Basada en la Mentalización; y, finalmente el concepto de Hugo Bleichmar de “Acoplamiento Experiencial”.

Es en éste último en el que se detienen para su despliegue y explicación: En este acoplamiento experiencial se trata de recrear el recuerdo con intensidad vivencial –momento en el que el estado de la memoria es de memoria lábil- para que quede insertado en una nueva estructura vivencial de significación al acoplarse con otros recuerdos del pasado de signo diferente o con experiencias del presente –de dentro o fuera de la terapia- que lo reestructuren; para ello, las intervenciones que se requieren son aquellas facilitadoras de revivir las experiencias concretas; dichas intervenciones pueden ser de lo más variadas y libradas a la creatividad de terapeuta y paciente ( fotos de la infancia, vídeos, cartas, etc.). En base a las ideas de Stern se introduce el concepto de "momento presente" que abarca los conceptos de "momentos ahora" (“now moments”) y "momentos de encuentro" (“moments of meeting”); el “momento ahora” es un momento presente que surge de repente en una sesión como una propiedad emergente del proceso en curso, es un momento con carga afectiva ya que pone en cuestión la naturaleza de la relación paciente-terapeuta, conlleva una amenaza con romper el marco habitual, un aumento del nivel de ansiedad en paciente y terapeuta que arrastra a ambos, forzosamente, al presente, no es resoluble con respuestas técnicas de rutina, sí puede serlo en forma de un “momento de encuentro” o de una interpretación. Con ello se da nueva forma al campo intersubjetivo y altera la relación paciente-terapeuta, se amplía el campo intersubjetivo de modo que su relación mutua se siente diferente de lo que era antes.

La convergencia de la línea de la teoría de la reconsolidación de la memoria y el acoplamiento experiencial con la línea de los estudios de observación de Stern, la propuesta de los “momentos presente”, da a luz el concepto de “Momentos de Alta Receptividad” (M.A.R.). Este concepto queda definido como momento presente en el que de forma espontánea o a través de distintos estímulos, se activan múltiples elementos mnésicos (semánticos, procedimentales) que determinan una ventana temporal en la que, independientemente de la valencia motivacional de una intervención, el estado del paciente es de mayor receptividad, es decir, mayor potencial de impacto en términos de cambio. Los signos de presencia de M.A.R. serían:

- Now moment
- Cambio en el clima emocional marcado ya sea en su intensidad, en la cualidad del afecto dominante
- Aparición de material nuevo, asociaciones.
- Tener en mente estímulos potenciales (técnica activa)
- Actitud alerta/abierta a novedad y componentes sorprendidos

Toman en cuenta los casos en los que el proceso terapéutico discurre por terrenos más próximos a los sentimientos (y a la expresión de los mismos) que a los del lenguaje, es decir, aquellos casos en los que el trabajo terapéutico se realiza sobre las secuencias de emociones. Proponen también que los sentimientos que van apareciendo en la sesión provienen de la matriz interactiva



(Mitchell) que constituye el proceso terapéutico y que dichos intercambios afectivos sólo pueden explicarse a partir de un enfoque intersubjetivo de regulación mutua. A la plasmación de esa matriz interactiva en el trabajo psicoterapéutico la califican de técnica activa.

Señalan que en el vínculo terapéutico están tanto los esquemas de funcionamiento interno del paciente y acontecimientos vitales por los cuales puede atravesar, como los acontecimientos que se dan en la propia sesión terapéutica incluyendo los propios esquemas de funcionamiento interno del terapeuta y su modo de reaccionar a lo que va ocurriendo en el vínculo a lo largo del tratamiento. Subrayan la importancia del trabajo sobre las secuencias emocionales que se van dando durante el proceso terapéutico, ya sean espontáneas o propiciadas por el terapeuta con el fin de aprovechar los Momentos de Alta Receptividad en el paciente. Para ello se indica intervenir de modo preferente y en un primer momento sobre los contenidos que están detrás de la intensidad emocional, trabajar sobre el modo e intensidad emocional con que son vividos dichos contenidos.

### Seminarios

#### 1) El niño invisible: evolutiva y clínica de los daños narcisistas tempranos.

Javier Martín Holgado. Profesor del Departamento de Psicología (Universidad Pontificia Comillas) Carlos Pitillas Salvá. Profesor del Departamento de Psicología (Universidad Pontificia Comillas)

En este taller se abordó un fenómeno clínico que, si bien es de gran importancia, no ha sido explorado con suficiente sistematicidad en la literatura. Se trata de las experiencias de privación emocional o negligencia afectiva sufridas tempranamente, de sus consecuencias clínicas, sus manifestaciones en la transferencia, su impacto en la contratransferencia, y las herramientas de abordaje con las que contamos frente a este fenómeno. La metáfora del “niño invisible” corresponde a la que probablemente sea la experiencia subjetiva fundamental de los niños que no pueden contar con la presencia afectiva de sus cuidadores primarios: la experiencia de “no ser visto”. Partiendo de la tesis de Winnicott sobre el rostro de la madre como primer espejo, y de la evidencia que nos aporta la psicología evolucionista sobre el papel especial del contacto visual madre-hijo en la constitución de la subjetividad, de la pertenencia y de la autoestima, exploramos algunos de los resultados posibles de este no ser visto no ser mirado por las figuras de apego. Esto suele dejar en la subjetividad del niño experiencias de indefensión frente al deseo de “recuperar” al objeto o de “reanimarlo”, junto con una dificultad para auto-reconocerse en ausencia de respuestas especularizantes. En los casos más graves, puede producirse una experiencia básica de no existir, lo cual tendría, entre otras consecuencias, la posible emergencia de cuadros psicósomáticos y un estilo relacional cuasi-autístico que hemos caracterizado como una “muerte psíquica”. Las dinámicas transferencia-contratransferencia en estos casos pueden traer consigo el riesgo de que el terapeuta sea absorbido por el estilo mecánico y plano del paciente, contagiado por los sentimientos de vacío y ausencia de sentido que traen estas personas a la relación. Las estrategias de intervención, aunque aún no articuladas en la literatura, podrían incluir el desarrollo de microsecuencias interactivas basadas en la sincronización y el ajuste de señales y respuestas, de forma análoga a lo que sucede en las diadas madre-bebé donde hay una buena especularización. Esto convertiría



al terapeuta en un posible objeto evolutivo caracterizado por la vitalidad, el interés, y capaz de magnificar las señales microscópicas, sutiles, de vitalidad en el paciente.

## 2) La posición del terapeuta en Terapia Basada en la Mentalización. ¿Qué significa tener en mente la mente del paciente?

Javier Ramos. Psicólogo Clínico del Hospital 12 de Octubre. Practitioner en Terapia Basada en la Mentalización (Anna Freud Centre)

En este Seminario se trató de explicar en un modo sintetizado qué es la mentalización, cómo se desarrolla esta capacidad en el sujeto y en qué modo se trabaja en la Terapia Basada en la Mentalización.

Según Peter Fonagy, todos los terapeutas: (1) intentan establecer una relación de apego con el paciente; (2) intentan utilizar esa relación para crear un contexto interpersonal donde la comprensión de los estados mentales se convierta en un foco; (3) intentan (principalmente de forma implícita) recrear una situación donde se reconoce al self como intencional y real para el terapeuta, de modo que este reconocimiento sea claramente percibido por el paciente.

La psicoterapia, cualquiera que sea su forma, trata de la reactivación de la mentalización (Fonagy, 1999). Potencial que solo es posible a partir de una relación terapéutica que se construye desde el respeto y la curiosidad por la mente del paciente. A la pregunta qué es Mentalizar, se puede decir que: Mentalizamos cuando podemos “tener nuestra mente en mente”, cuando somos capaces de “pensar lo que sentimos” y de “sentir lo que pensamos”, y nos es posible entonces regular nuestras emociones; mentalizamos cuando podemos tener en mente la mente del otro, cuando somos capaces de comprender un malentendido en la relación con alguien y podemos de ese modo mantener vínculos saludables y enriquecedores. La mentalización es inseparable del hecho relacional.

Acorde a los planteamientos anteriores, la Terapia Basada en la Mentalización comporta:

a) Posición terapéutica de curiosidad respetuosa: Se parte de una posición de “no saber”; de la idea de que los estados mentales son opacos; de que el terapeuta no sabe más que el paciente acerca de lo que está en la mente del paciente; de demostrar al paciente un deseo genuino por comprender sus motivaciones, sus deseos, sus razones. Un deseo que se demuestra a través de un “preguntar(se) activamente” que se impulsa desde: la curiosidad, la honestidad, la transparencia, la posibilidad de dudar, la aceptación del terapeuta sus propios errores.

b) Tener en mente a la mente del paciente: activación emocional y mentalización. La capacidad de mentalizar (de una forma controlada) no se activa a menos que haya una mínima activación emocional, y se derrumba si se supera un cierto umbral de activación emocional.

Existen niveles de activación emocional óptimos para mentalizar. Estos niveles de activación emocional tienen mucho que ver con aspectos relacionados con el apego y la facilidad con la que se pierde la mentalización y la dificultad para recuperarla son muy variables en función de cada persona. En gran medida, podemos entender desde ahí la gravedad psicopatológica de nuestros pacientes.



### 3) Seminario: El apego en la clínica. Analizando la complejidad en la búsqueda de lo específico de cada sujeto.

María Elena De Filpo Beascoechea. Secretaria de la Junta Directiva de Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. Coorganizadora de las Sesiones Clínicas de dicha asociación en el Hospital Universitario de La Paz.

Se inicia compartiendo el aporte de Mauricio Cortina sobre la contribución al psicoanálisis de las evidencias científicas provenientes de la teoría del apego, la investigación sobre infancia y la comunicación intersubjetiva temprana, estudios sobre el desarrollo normal, psicopatológico y de la regulación emocional, modelos multimotivacionales, la neurociencia, y el descubrimiento de los sistemas de memoria implícitos y explícitos y los conocimientos logrados. Se continuó con la definición y explicación de la Teoría del Apego. Para ello, fueron mencionadas distintas conceptualizaciones de distintos autores:

Marrone citando a Bowlby propone entender el apego como una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva; según Lecannellier “la TA no es una propuesta general sobre los vínculos afectivos, sino una explicación de cómo el ser humano va desarrollando estrategias psicobiológicas, representacionales y relacionales para regular las experiencias estresantes de la vida”; Dio Bleichmar lo conceptualiza como “un sistema motivacional de base biológica común con la especie animal que a través de las constantes sensoriales innatas garantiza al neonato la proximidad al otro humano a quien discrimina y prefiere sobre lo inanimado”. Mary Main señala tres etapas en el desarrollo de la teoría del apego que básicamente se caracterizarían por:

- Atención puesta sobre el concepto de sistema conductual de apego, su ontogénesis y los efectos de la separación (Bowlby)
- “La situación extraña” categorizaciones en apego seguro, evitativo o resistente/ambivalente (Ainsworth)
- Nivel representacional como objeto de estudio del apego (Kaplan y Cassidy)

Tras adentrarse en lo concerniente al sistema de apego y sistema de cuidado, queda nombrado que en el caso del bebé se van desarrollando modelos de funcionamiento interno de cómo les van a responder las personas (acciones diferentes porque hay mentes diferentes), son los “mapas causales del cuidado”, y en el caso de los padres su mundo representacional será resultado de la experiencia subjetiva de estar con otros y se desplegará en su capacidad para cuidar, proteger y educar a los niños propiciando un desarrollo sano. Las competencias parentales aparecerían en la capacidad de estar atentos, la empatía, la capacidad de regulación emocional y la intimidad emocional a través de la comunicación no verbal. Tomando la propuesta de Dio Bleichmar en lo relativo a la consideración del apego como un sistema motivacional entre otros sistemas motivacionales, Mariela de Filpo presenta el basamento teórico del Enfoque Modular Transformacional y en él señala: el funcionamiento modular de la mente, el modelo pluralista de la motivación humana y el pensamiento complejo. Alude también a la complejidad de lo Inconsciente según el origen, los modos de funcionamiento y los modos de inscripción y desarrolla cada una de las



tipificaciones enunciadas. Por último, plantea que que las figuras de apego pueden ser clasificadas de acuerdo a las funciones que permiten realizar, funciones que son las razones del apego:

- Regulación psicobiológica, reducción de la ansiedad, organización mental, sentimiento de identidad, vitalidad, entusiasmo, etc.

- Sentimientos de seguridad (autoconservación)
- Necesidades de heteroprotección
- Placer sensual/sexual
- Necesidades narcisistas, el objeto sostiene la autoestima

Y las consecuencias que la falla de la figura de apego puede generar, tanto a nivel de funcional como emocional, de acuerdo al sistema motivacional con el que se relacione. Se cierra con la presentación de viñetas clínicas.

4) Taller: Superar el trauma: ¿cambiar los esquemas emocionales o convivir con la herida? Un diálogo con la psicología de la emoción.

Rafael Jódar Anchía. Director del Máster en Psicoterapia Humanista Experiencial y Focalizada en la Emoción. Juan Pedro Núñez Partido. Director del Departamento de Psicología (Universidad Pontificia Comillas). Autor de La mente: la última frontera.

En este taller se habló de dolor emocional y memoria, de los esquemas emocionales y traumáticos que se generan en contextos de abusos físicos y sexuales, negligentes, humillantes, de abandono, etc. De cómo transformar la experiencia emocional traumática a partir del diálogo con nuevas vivencias.

El trauma codificado en memoria se despliega ante determinados momentos situacionales, lo que perpetúa la herida emocional. Para estos autores, lo que cura es la reconsolidación de la memoria. La intervención terapéutica se despliega en los siguientes cinco pasos:

1) Consciencia del dolor emocional: a través de técnicas activas se busca nombrar lo sufrido y experimentar su dolor nuclear.

2) Expresión del dolor: consideran que para el paciente sentirse expresando al otro lo que siente, genera cambios añadidos que supera el mero ser consciente.

3) Procesamiento productivo del dolor, lo que conduce a la aceptación de lo que uno es con ese dolor, a entender lo que necesita, lo injusto sufrido, así, poder responsabilizarse de lo acontecido y, finalmente tener control o poder regularse emocionalmente.

4. Emociones correctoras. Dar paso a nuevas emociones adaptativas.

5) Experiencias interpersonales transformadoras. La experiencia con el terapeuta y otros significativos puede generar los cambios en los esquemas emocionales adquiridos.

Al final se mostró un vídeo sobre un paciente que había sufrido diversos traumas en su niñez, prolongados en el tiempo, donde se muestra cómo se dirige ese diálogo entre terapeuta y paciente, donde se anima a expresar lo vivido, incluso se intenta avivar esas vivencias, para pasar posteriormente a otras nuevas consideraciones sobre lo sucedido, que pretenden aportar nuevos esquemas para una adaptación más eficaz a la realidad.

