

LA NOCIÓN DE *MATRIZ RELACIONAL* Y SUS IMPLICACIONES PARA EL EJERCICIO CLÍNICO DE LA PSICOLOGÍA DINÁMICA

The notion of *relational matrix* and its implications
for the clinical practice of dynamic psychology

Mauricio Hernando Bedoya Hernández, Mg.*

Resumen

Este trabajo pretende conceptualizar las nociones de matriz relacional y matriz terapéutica como fundamentos del ejercicio de la clínica dinámica. El método seguido fue documental-crítico. Se concluye que (1) la psicología dinámica puede pensarse como escuela con estatuto propio dentro de la psicología; (2) el ser humano se hace sujeto gracias al mundo de relaciones que lo hacen ser (serrelación); (3) por eso, el desarrollo psicológico se da en una matriz relacional y (4) la relación clínica se da dentro de una matriz terapéutica, la cual permite que el paciente reconfigure su mundo de relaciones consigo mismo, con el mundo y con los otros. Se plantean algunas implicaciones para el ejercicio clínico: en el concepto de intervención, de neutralidad técnica, de ética clínica y en dimensión narrativa en la clínica.

Palabras clave: Psicología dinámica, matriz relacional, matriz terapéutica.

* Universidad de Antioquia (Colombia). csmauriciobedoya@antares.udea.edu.co
Correspondencia: Calle 49B n.º 64B-37, Medellín (Colombia).

Abstract

This paper's aim is the conceptualization of the notions of relational matrix and therapeutic matrix as the basis for the clinical practice of dynamic psychology. The method used was documentary and critical in nature. It is concluded that: (1) dynamic psychology can be thought of as a well-established school within psychology; (2) human beings become subjects thanks to the world of relationships that allow them to be (*serrelación*), (3) this is why psychological development occurs within a relational matrix, while (4) the clinical relationship takes place within a therapeutic matrix that enables patients to reconfigure their world of relationships with themselves, with the world, and with the others. Some implications for clinical practice are proposed, namely the concept of intervention, technical neutrality, clinical ethics, and the narrative dimension in clinical practice.

Keywords: Dynamic psychology, relational matrix, therapeutic matrix.

INTRODUCCIÓN

El dominio teórico-clínico de la psicología dinámica se ha visto nutrido y problematizado por diversas teorías psicológicas, psicoanalíticas y, más contemporáneamente, por las disciplinas pertenecientes a las ciencias sociales y humanas. Muchas perspectivas psicológicas se nombran como dinámicas. Desde su origen mismo la expresión *psicología dinámica* (Poch, 1989) se ha visto sometida a una suerte de interpretaciones y malentendidos que han contribuido a su confusión epistemológica, la cual ha tenido consecuencias negativas en el ejercicio de la clínica dinámica, dado que si no hay claridad teórica y epistemológica, menos aún habrá de esperarse certezas técnicas que alimenten la perspectiva clínica.

Este trabajo pretende realizar un aporte a la técnica clínica dentro de la psicología dinámica. Para ello, se procede a (1) conceptualizar el campo teórico que dentro de la psicología se ha llamado escuela psicológica dinámica; (2) sustentar cómo la *matriz relacional* puede pensarse como metáfora básica del desarrollo psicológico; (3) justificar de qué forma la

Fecha de recepción: 23 de agosto de 2011

Fecha de aceptación: 11 de noviembre de 2012

metáfora *matriz terapéutica* puede pensarse como la meta-metáfora de la clínica dinámica y (4) a manera de conclusiones proponer las implicaciones que ello tiene para el ejercicio clínico de la psicología dinámica.

TRAZAS EPISTEMOLÓGICAS DE LA NOCIÓN DE PSICOLOGÍA DINÁMICA

La psicología dinámica es una escuela psicológica que se erige *a partir* (no *exclusivamente*) del interés freudiano por el problema de la conciencia y su consecuente descubrimiento del inconsciente y de la manera como se estructura el psiquismo. Freud es el pionero de esta corriente de pensamiento, en tanto que dio el primer paso y, con ello, introdujo una primera dirección (Guntrip, 1971). Pero “el pionero no tiene por qué dar la última palabra, sólo le corresponde decir la primera” (p. 13).

La metapsicología freudiana ha sido un gran aporte para la psicología dinámica, no porque ellos se han mantenido incólumes, sino en la medida en que se han tornado en fuente de continua discusión, interlocución e investigación por parte de autores que si bien inicialmente se definieron como psicoanalistas, terminaron distanciándose de los planteamientos iniciales del padre del psicoanálisis (Mitchell & Black, 2004; Pine, 1985; Greenberg & Mitchell, 1983). Como consecuencia de ello fueron haciendo su emergencia diversas rutas de desarrollo de la teoría clínica y psicológica inicial. Tres de las que han influido más decisivamente en la escuela dinámica son la psicología del yo, la teoría de relaciones objetales y la psicología del *self*.

No obstante, si bien la psicología dinámica tiene en el psicoanálisis freudiano uno de sus orígenes, se ha ido erigiendo también gracias a los aportes provenientes de la psicología general, la psicología evolutiva y la teoría de la personalidad (Mitchell & Black, 2004; Blanck & Blanck, 1986; Hartmann, 1987; 1978). Heinz Hartmann fue uno de los primeros psicoanalistas en reconocer la urgencia de alimentar la visión freudiana del desarrollo psíquico con ideas de la psicología general y del desarrollo. Ya lo había anticipado en su presentación ante la Sociedad Psicoanalítica de Viena, en 1937, texto originalmente titulado *Ich-Psychologie und Anpassungsproblem* y que fue publicado en 1939:

Muchos de nosotros esperamos que el psicoanálisis se convierta en una **psicología general del desarrollo**; para hacerlo, debe abarcar esas raíces del desarrollo del yo, reanalizando desde su propio punto de vista y con sus propios métodos los resultados obtenidos en esas áreas por la psicología no analítica (p. 23).

Para Hartmann, el desarrollo psíquico, particularmente el desarrollo yoico, es impensable sin el recurso a un sujeto social, desde donde convoca a las relaciones objetales, concebidas en términos de las relaciones primarias del niño con su mundo social. La línea de pensamiento que los teóricos de la psicología del yo fueron construyendo fue requiriendo una continua ampliación de sus fronteras, lo que la llevó irremediamente a tejer conversación con otras corrientes y teorías para poder explicar la forma como se desarrolla el yo. De esta forma, cada autor fue llevando la teoría un poco más allá, lo que condujo a variadas rutas teóricas. Una de ellas alude a lo que en este texto se propone como la vía de la escuela psicológica dinámica.

Hartmann, en primera instancia, recoge la visión estructural de la segunda tópica freudiana (Mitchell & Black, 2004; Blanck & Blanck, 1986; Pine, 1985; Greenberg & Mitchell, 1983; Guntrip, 1971; Hartmann, 1978). No obstante, da un nuevo paso, y como él mismo lo expresa, “aunque el yo crece a partir de conflictos, éstos no son las únicas raíces de su desarrollo” (p. 23), con lo que propone el concepto de *esfera sin conflictos del yo* para indicar que no todo en el yo está originado en el conflicto psíquico y sometido a él, como lo sostiene Freud (1979). Este autor deja una pregunta abierta: ¿cómo y bajo qué influencias se desarrolla el yo? Anna Freud observó que las defensas del yo, clásicamente asociadas a la psicopatología, aparecen en el desarrollo temprano normal del niño. También introduce la necesidad de investigar acerca del desarrollo del yo (Mitchell & Black, 2004).

La pregunta esbozada por Hartmann es retomada por Spitz, quien introduce dos ideas: el objeto libidinal es un logro del desarrollo del yo y, por lo tanto, se refiere más que a la dimensión pulsional a la dimensión relacional. Deja claro que “cada aspecto del desarrollo psíquico temprano acontece por intermedio del entorno materno” (Mitchell & Black, 2004,

p. 88). El mismo Spitz deja la pregunta por la identidad psicológica que es abordada por Margaret Mahler. Desde otro lugar, Piaget hace su aporte para pensar el problema de la identidad y la construcción de la permanencia del objeto en ella (Delgado, 2010).

Para Mahler, Pine y Bergman (1977), el nacimiento psicológico se realiza desde una relación simbiótica con la madre y se consolida en lo que los autores denominan “proceso de separación-individuación” (p.13), al cabo del cual el sujeto logra su identidad psicológica (Chodorow, 1984). El desarrollo psicológico se da en el contexto relacional (Zegers, 2001; Balint, 1993) y el logro fundamental es la consecución de la constancia objetal y de una individualidad definida, lo cual supone que la madurez psicológica ha de pasar por la consolidación del mundo relacional objetal.

Horner (1982; 1991; 1994) recoge la tradición surgida de la articulación producida entre las miradas de la psicología del yo, la psicología del *self* y la teoría de relaciones objetales, integrando en ella la perspectiva del desarrollo. La autora al definir las relaciones objetales indica que se refieren a

estructuras intrapsíquicas específicas, a un aspecto de la organización del Yo y no a las relaciones interpersonales. Sin embargo, estas estructuras intrapsíquicas, las representaciones mentales del sí-mismo y otros (el objeto), sí se manifiestan en la situación interpersonal (1982, p. 3)... Las relaciones dinámicas y estructurales entre las representaciones del sí-mismo y las representaciones del objeto constituyen lo que denominamos relaciones objetales (p. 4),

En este sentido, las relaciones objetales configuran la naturaleza del mundo interno de de representaciones, las cuales poseen dos patrones básicos: el sí-mismo y el objeto (Haner, 1991). Una representación es un esquema cognitivo altamente complejo, lo cual supone una organización duradera, estable y constante de elementos psíquicos que incluyen afecto e impulso (Horner, 1982; 1991; 1994; Blanck & Blanck, 1986). De esta manera están estructurados tanto el sí mismo como el objeto. Este se refiere a la representación intrapsíquica del ambiente cuidador

primario que es construida por el niño. El sí mismo es la representación que el sujeto hace de su persona total.

Por todo lo expresado hasta aquí es que la psicología dinámica es una escuela que solo se comprende cuando se logran reconocer en ella los tres ejes que la cruzan y le dan vida: lo representacional, lo relacional y lo evolutivo. El eje nuclear es la dimensión relacional. La madurez biológica y el desarrollo psicológico ha sido la premisa de las miradas psicobiológicas. La psicología dinámica defiende el hecho de que ambos, maduración y desarrollo, hallan en la dimensión relacional un bucle que les permite moverse (Mitchell, 2000; Horner 1982; 1991). Esto ocurre gracias a lo que las corrientes relacionales en psicología y psicoanálisis han denominado *matriz relacional*.

La metáfora de la matriz relacional

Mitchell (1993) con su *teoría social de la mente* (p. 29) postula que la mente tiene una procedencia social. La mente, al ser “un producto social” (p. 30), se entiende como emergente de la dimensión relacional, denominada por el autor *matriz relacional*, la cual toma en cuenta “la autoorganización, el apego a los otros (“objetos”), las transacciones interpersonales, y el papel activo de los otros en la recreación continua de su mundo subjetivo” (p. 20). Con la noción de **matriz relacional** se propone superar –integrándolas– las famosas y bastante frecuentes dicotomías mundo interno y mundo externo, subjetividad e intersubjetividad, relaciones interpersonales y relaciones objetales, interpersonal e intrapsíquico. La identidad subjetiva se configura en el escenario de la matriz relacional en la que cada persona crece.

Para Ricoeur (2003), la identidad personal solo puede entenderse hoy como producto de la dimensión *alter* del sujeto. De esta forma, no habla de identidad-ídem, sino de identidad-ipse (ipseidad), como bien lo plantea: “**Sí mismo como otro** sugiere, en principio, que la ipseidad del sí mismo implica la alteridad en un grado tan íntimo que no se puede pensar en una sin la otra, que una pasa más bien a la otra” (p. XIII).

La dimensión social para el neonato viene representada por su ambiente cuidador primario. La metáfora de la **matriz relacional** ya había sido vislumbrada, aun cuando no nombrada de esta forma, décadas antes por diversos autores que fueron configurando el campo de la psicología dinámica. Ellos han sostenido que la presencia consistente, sólida y constante de la primera figura maternante se constituye en la condición necesaria para el desarrollo psicológico (Mitchell & Black, 2004; Mitchell, 2000; Horner, 1982; 1991; 1994; Greenberg & Mitchell, 1983; Mahler, Pine & Bargman, 1977; Winnicott, 1951; 1958; 1960; 1967; Spitz, 1965; Guntrip, 1971). Es gracias a la calidad de la relación primaria que el sujeto humano deviene sujeto psicológico. De esta forma, organiza sus experiencias y va construyendo su mundo interno en continua implicación con la vivencia interpersonal. Althea Horner (1982) caracteriza así la matriz maternante:

La presencia constante y predecible del cuidador maternante primario a través de los meses más tempranos de la vida sirve para vincular las experiencias tempranas del bebé de manera particular. Es a través de la persona maternante que cuerpo, impulso, sentimiento, acción y pensamiento se organizarán como parte del sí mismo y se integrarán no sólo entre sí sino con la realidad externa que ella representa. Ella es un puente entre el mundo interno de experiencia del niño y el mundo de la realidad externa. La persona maternante no sólo es mediadora de este procesos de organización y relación con la realidad, sino que también su imagen es parte de lo que se organiza y es la base para el desarrollo de la capacidad de relación. Por tanto, su papel en la evolución (construcción diría yo) de las representaciones del sí-mismo y de los objetos es crítica. Cuando todo va bien en la matriz maternante, el resultado es el logro de un sí-mismo cohesionado, capaz de relacionarse con los otros y con la realidad (p. 303)

El sujeto psicológico emerge de una fusión con otro (Mahler) que lo sostiene (Winnicott). De esta forma, es producto de un universo relacional. El ser humano no es un ente separado de la realidad: es una realidad relacional, un tejido relacional en el que fluye el universo. Este universo se construye relacionalmente (Mitchell & Black, 2004; Mitchell, 1993). El tejido relacional es representado intrapsíquicamente. La

vivencia diádica de la simbiosis y la separación-individuación permite a la teoría apreciar un amplio rango de intercambios durante la más temprana etapa de la vida y deja ver las representaciones, mentales que se estructuran a partir de ellos. Las representaciones que en un principio son simples y efímeras imágenes del mundo, adquieren estabilidad y constancia, haciéndose duraderas (Horner, 1982; 1991; 1994; Blanck & Blanck, 1986).

La metáfora de la matriz relacional, al concebir el ser humano como serrelación (Bedoya, 2006) deja claro que el desarrollo psicológico es inseparable de la participación de los otros. La temprana relación con el cuidador primario, que generalmente viene representado por la madre –o más ampliamente, por quien organiza el ambiente de cuidados del niño–, se constituye en el fundamento de la cualidad única del mundo interno del sí mismo y objeto de un individuo.

Lo que al principio es una relación interpersonal se torna en representación, es decir, se estructura como una organización mental duradera, se vuelve intrapsíquica (Horner, 1991). Y, como consecuencia de ello, de nuevo se aprecia su manifestación en la situación interpersonal. Estas relaciones que se internalizan se organizan generalmente con una imagen específica del sí mismo en relación con una imagen específica de objeto. La *gestalt* representación del sí mismo-objeto conlleva emociones e impulsos asociados entre sí.

La madre organiza el contexto de cuidados para el infante, sosteniendo y organizando las experiencias del niño antes de que haya en el yo representaciones claras y globales del sí mismo y el mundo objetivo. Será ella quien cumpla el papel fundamental en la delimitación del cuerpo del infante a través del contacto y, a la larga, el pleno reconocimiento de él y *lo otro* (los otros, las cosas, el mundo externo). De este idilio relacional emerge el sí mismo; o sea, el *self* surge en la matriz relacional. Así, no puede pensarse el sí mismo sin el objeto (“otro”), dado que lo más primario en el sujeto humano es la relación desde la que existe y sin la cual simplemente no es.

El sujeto humano emerge de la relación; a partir de ella se construye el mundo interno del sujeto, sus representaciones objetales y del sí mismo (Horner, 1982; 1991; 1994; Mitchell, 1993; Spitz, 1974). Lo que le permite a la persona ser sujeto humano es la matriz relacional. La psicología dinámica es una teoría social de la mente. No es posible pensar el sí mismo sin el objeto, porque justamente la trama histórica que construye el sujeto es la trama del “nosotros” (Ricoeur, 2003; Ure, 2001; Scavino, 1999; Gadamer, 1998; Vattimo, 1991). El *nosotros* de la trama subjetiva del devenir psíquico no borra la subjetividad (Habermas, 1997). La ontología supone que la persona humana no es sujeto-de-pulsión, sino sujeto-de-relación, serrelación (Bedoya, 2006). Ahora, ¿cómo lo dicho hasta ahora se refleja dentro de la situación clínica?

La meta-metáfora de la matriz terapéutica

La metáfora que en la psicología dinámica funda la relación que paciente y clínico sostienen es lo que se ha denominado *matriz terapéutica*. Ella parte de la convicción de que el ser humano es un serrelación. La relación entre el clínico y el consultante, la matriz terapéutica, se subsume en la metáfora de la matriz relacional. Entonces, ella puede ser vista como una meta-metáfora en lo que al ejercicio clínico de la concepción dinámica se refiere.

La matriz terapéutica aparece como metáfora del acontecimiento de la relación clínica. La matriz terapéutica permite pensar las herramientas para la intervención psicológica bajo el mismo sino de lo relacional. Horner (1982) plantea que la matriz terapéutica es análoga a la de la madre suficientemente buena de la infancia y de la separación-individuación; ella se constituye en el escenario de los intercambios paciente-terapeuta, y donde se promueven los modos de organización que posibilitan al individuo devenir menos sufriente (Bedoya, 2006), lograr unos mayores y mejores niveles de adaptación e intercambio con el medio y con los otros, para poder vivir más satisfactoriamente su universo relacional.

La tarea del terapeuta es sostener, diferenciar, promover individuación, a través de la presencia consistente, confiable, no intrusiva, análoga a la presencia de la madre suficientemente buena. Winnicott (1965) define

el ambiente sostenedor como aquel que transmite al paciente que el terapeuta conoce y comprende “la angustia más profunda que vive o que podría ser vivida” (Horner, 1982, p. 316). El clínico ofrece un espacio y unos medios para que el paciente logre una mejor comprensión de su padecer, y mediante un ejercicio relacional-narrativo devenga organizado diferente (Coderch, 2001). La matriz terapéutica le permite al consultante urdir un tejido narrativo diferente de sí. El clínico es el cuidador del sí mismo de su consultante y, en igual medida, de la relación clínica misma.

Al proveer un sostenimiento ambiental seguro el terapeuta y el paciente hallarán el verdadero *self* oculto, escindido, traído a la relación con el terapeuta; así se capacita al individuo para integrarlo con aquellos logros evolutivos que fueron vivenciados a través del falso *self*. La matriz terapéutica es el medio dentro del cual esa integración toma lugar; lo que es alcanzado es la capacidad de ambivalencia hacia el sí mismo y hacia los otros importantes.

El clínico parte de la convicción de que las experiencias tempranas se han constituido en el fundamento de la historia subjetiva (Bedoya, 2010; Rodríguez, 2001), de la trama configurada de sí y de la relación con los otros. Estas vivencias han permitido la organización psíquica, con sus dos patrones básicos, el sí mismo y el objeto. Es lícito pensar que si las relaciones objetales se convierten en el fundamento de las relaciones interpersonales actuales para el sujeto, lo tejido de sí en el proceso de desarrollo, las vivencias primarias y las primeras experiencias relacionales, sean traídas a la relación clínica, en el ámbito de la transferencia, la cual es concebida como parte integral de la relación clínica que paciente y terapeuta sostienen (Mitchell & Black, 2004; Mitchel, 1993; Horner, 1982; 1991; Greenberg & Mitchel, 1983). Como lo plantea Horner (1991), resulta no solamente inevitable, sino que es evidente

}...} la existencia de la transferencia en la situación interpersonal y, particularmente, en la situación terapéutica— esta transferencia será una manifestación de la organización de las relaciones objetales intrapsíquicas [...] la existencia de la contratransferencia [...] la contratransferencia puede ser entendida como una clave para comprender que contexto

relacional objetal está siendo replicado en la situación clínica presente (p. 4).

La transferencia se refiere a todas las vivencias afectivas, cognitivas y emocionales del consultante en situación. Así, las cualidades de la transferencia varían según con quien se establezca una relación, aun cuando siempre habrá algo que permanece en todo el campo interactivo del sujeto, algo continuo, pero que en cada relación se vive diferente. La clínica psicológica relacional ve la estructura baluarte transferencia-contratransferencia como básica en el acceso a la comprensión del consultante y a la comprensión de la historia que se ha tejido de sí, gracias a la trama del desarrollo (Bedoya, 2010; Winnicott, 1958).

Horner (1982) plantea unas palabras que resultan ser clarificadoras de lo que la psicología dinámica, con su metáfora de matriz relacional, ofrece en el ejercicio de la clínica, al integrar las dimensiones relacional, representacional y evolutiva en el proceso psicoterapéutico: “El terapeuta que conciba su rol como el mediador...dentro de la matriz terapéutica tendrá, en ocasiones, la oportunidad de compartir con el paciente la alegría del proceso de emerger de la oscuridad del desespero existencial” (p. 332).

En el trabajo clínico propuesto por la psicología dinámica se construye la historia del encuentro terapéutico, que es la historia de construcción de la matriz terapéutica propiamente dicha. Este es el lugar para el razonamiento clínico, donde los datos relacionales van emergiendo en el contexto de una relación terapéutica.

DISCUSIÓN

La psicología dinámica es portadora de una ontología inacabada. El sujeto que se deja ver en la práctica clínica psicológica dinámica es un sujeto con dos dimensiones básicas: es relacional y narrativo. No es ya el sujeto de la pulsión. Es relacional –serrelación– en tanto emerge de una matriz relacional, de una matriz social. Y quizá pueda suponerse que, al concebir al sujeto como serrelación, esa matriz se extiende a lo largo de toda su vida, transformando continuamente su naturaleza subjetiva,

dado que los otros reales, fuente de representaciones psíquicas, devienen como serrelacionales. En este sentido, el clínico es un “otro”, y hace parte de la matriz relacional que hace que el sujeto devenga, construyendo continuamente su identidad. Además, teniendo en cuenta que para el giro lingüístico del siglo XX existe el sujeto, pero en tanto acontecimiento de lenguaje (Scavino, 1999), este es un sujeto narrativo, que construye narrativamente su identidad (Ricoeur, 1999; 2003), que teje sus propias historias en el aquí-ahora.

Lo expresado hasta el momento permite esbozar una serie de conclusiones que dejan las implicaciones que estas ideas tienen para el ejercicio de la clínica psicológica.

Del modelo asistencial al modelo relacional

La clínica puede ser entendida desde el modelo médico-asistencial o desde el modelo relacional (Bedoya & Builes, 2009). Pensada desde el primero, la clínica médica ha sido regida por una metáfora: Se entiende la clínica como asistir al enfermo en su lecho. En este modelo de asistencia, los lugares del par clínico son definidos asimétricamente. Uno está enfermo y necesita curación; el otro está sano y lo curará. No obstante, la experiencia de la clínica dinámica posee una metáfora que puede enunciarse de la siguiente forma: en el acompañar en su lecho al enfermo hay otra experiencia no nombrada, la de dos sujetos que se relacionan y se encuentran, cada una con su ser, con su vivencia y con un lugar en el mundo. En esta experiencia se cifra el modelo relacional inherente a la escuela dinámica. Lo más primario y original de la clínica no es la asistencia, la curación, sino el encuentro y la relación. La clínica como encuentro y relación es la metáfora de la clínica psicológica, la cual es encuentro y relación entre el clínico y su consultante.

La experiencia clínica se inscribe en lo que el autor de este texto ha denominado *modelo de implicancia intersubjetiva* (2006); es decir, aquel en el que tanto el clínico como el consultante (pero sobre todo el primero) reconocen que están haciendo parte de una compleja relación (clínica) en la que, si bien cada uno ocupa un lugar específico y tiene un objetivo determinado, cada uno se ve transformado en ella. No es posible escapar al

ámbito de la relación en la experiencia clínica. La relación del par clínico existe. Esto es innegable. Lo que se somete a discusión es de qué manera el clínico hace reconocimiento y uso de ella para lograr el cometido de la clínica psicológica.

La neutralidad técnica

La neutralidad técnica ha sido definida, clásicamente, como la permanencia equidistante de ello, el yo y el superyó (Blanck & Blanck, 1984). La no implicancia relacional fundamenta la actitud del analista, quien mantiene una atención flotante que permita un diálogo entre inconscientes. La actividad tradicional del analista sigue siendo escuchar desde una posición de neutralidad con atención regularmente suspendida, y de esa forma estimular el fluido de las asociaciones, señalando el momento en el que la resistencia constituya un impedimento y posibilitando una mayor capacidad al analizando para traer el material inconsciente para poderlo interpretar (Kernberg, 1986).

Horner (1991) introduce la noción de *neutralidad* en el ámbito del modelo relacional objetal. Sostiene que ella se expresa en la relación terapéutica en función de la de la naturaleza del mundo interno del paciente, de las representaciones del sí mismo y del objeto, los cuales son las bases de los deseos y temores, esperanzas y miedos. Es decir, la neutralidad depende de cada paciente; lo que es vivido como neutral para uno, es abandono para otro, y lo que es vivido como cuidado para uno, es experimentado como invasión por otro. La neutralidad también es una función del mundo interno del clínico, de su identidad, de sus propias representaciones del sí mismo y del objeto. En otras palabras, la neutralidad no existe en sí, sino que está en función de la relación que establece el par clínico.

No es razonable que en una relación fundada en un *modelo relacional* uno de los participantes sea neutral, porque relacionarse es ya intervenir. Y lo cierto es que los pacientes necesitan las cualidades humanas que un profesional disciplinado puede traer al empeño terapéutico (Blanck & Blanck, 1984). Levinton (2004) reconoce la desacralización de la mítica neutralidad técnica. Por su parte, Fairbairn destaca la relación terapeu-

ta-paciente por encima de la neutralidad técnica, la cual se supedita a aquella. De esta forma, la experiencia clínica no podrá ser considerada una situación artificial, puesto que ella es un tipo específico de relación, una relación clínica.

El problema de la intervención

Una consecuencia de lo dicho es el problema de la intervención. En el ámbito del modelo relacional de la clínica no es posible no intervenir. Toda relación, y particularmente la relación clínica, es intervención. El inter-venir supone la interacción entre sujetos capaces de lenguaje y acción (Habermas, 1990) en la que el lugar que adopta el sujeto tiene relación con el lugar que adopta el otro, y el lugar que ocupa el otro se da en el ámbito de la relación y, por tanto, de la posición del sujeto en ella. Clínico y consultante inter-vienen, es decir, el uno viene al otro, en tanto que ambos son agentes hablantes (Bedoya, 2006).

La clínica es un espacio donde se inter-viene. ¿Cómo viene cada uno al otro? ¿Qué hace posible tal intervención? En la relación clínica, el vínculo se construye a partir del mundo interno de cada sujeto, a partir de su mundo relacional objetal. El otro, en este caso el clínico, es puesto en un lugar específico por parte del consultante. Este lugar, que es expresión de la relación interpersonal, es asignado por el mundo representacional del sujeto. Es decir, la representación que el paciente tiene tanto de sí mismo (*self*) como de los otros-en-relación-con-él (objeto) hace que el clínico sea localizado en concordancia con ella. La presencia poco consistente de una madre (ambiente cuidador) pudo no haber permitido una adecuada integración de las representaciones objetales, con su consecuencia asociada, un cierto nivel de difusión de la identidad (Kernberg, 1977; 1986). Este consultante acude al espacio clínico y propone un tipo de relación específico, localiza al terapeuta en concordancia con su mundo relacional objetal. Si la persona teme ser engolfada por el otro, de igual manera la presencia del terapeuta puede ser vivenciada como una amenaza. El lugar que adopta el clínico depende de la lectura que hace de su paciente. En otras palabras, el terapeuta interviene, ambos intervienen desde sus tejidos relacionales objetales. Así visto, ningún vínculo clínico es neutro.

Horner (1991) trae un caso clínico. Joshua, un hombre de 25 años de edad, con un *self* cohesivo y bien diferenciado, consulta por dificultades frente al trabajo y a la autoestima. Dado que el padre de su infancia fue visto como altamente competitivo con él, siempre queriendo ganarle, Joshua, consciente de la vulnerabilidad de su padre, se mantuvo, como una forma de gratificación, “por debajo de su padre”, adaptándose fácilmente a las demandas propias de la autoridad y de los diferentes ambientes, lo cual lesionó su valor personal. La manera de afrontar este compromiso de su autoestima fue “inflar” su *self*, como una defensa ante la representación objetal. Esta forma de relacionarse consigo mismo y con las figuras de autoridad fue llevada al proceso clínico. Se manifestó rápidamente una posición de adaptación al proceso y a las intervenciones verbales del clínico. Esto fue degenerando, lo que fue notado por este último, en una sobreadaptación que frenó el proceso (pues el consultante asentía continuamente, pero las transformaciones psíquicas no eran profundas, lo que reforzaba su arreglo sintomatológico). Este hombre localizó al terapeuta en un lugar de autoridad y él mismo replicó la relación objetal temprana: se situó en posición de gratificador del objeto (al mismo tiempo devaluado), lo cual hizo que su proceso se frenara.

La experiencia clínica se constituye en un lugar privilegiado de intervención. El sujeto, como serrelación, que ha tejido una historia personal intersubjetivamente emergida, que ha devenido sufriente en la relación consigo mismo y con los otros, hallará en la relación constituida con el clínico el escenario propicio para consolidar niveles de organización psíquica cada vez más elevados, y así construir un nuevo tejido narrativo de sí.

El problema de la técnica

Mucho se ha dicho acerca de cuáles han de ser las técnicas más apropiadas para promover el cambio terapéutico (Goldstein, 2001; Sandler, Dare & Holder, 1993; Horner, 1982; 1991; 1994; Kernberg, 1977; 1986). No obstante, la psicología dinámica sostiene que cualquiera que sea la técnica específica usada por el terapeuta, ella cobra sentido solo en el contexto relacional desde el cual emerge: El efecto de una interpreta-

ción nunca debe separarse del contexto interpersonal en el cual este es dado (Horner, 1991).

Blanck y Blanck (1984) retoman la noción de Loewald de “diferencial terapéutica”. En algún momento el paciente se da cuenta y tiene que tratar con el reconocimiento, a veces doloroso, de que existe una diferencia entre el clínico y el objeto primario. La “diferencial” lleva al paciente a reconocer que el clínico no se ajusta al patrón establecido o programa de relaciones objetales. La relación cambia como expresión del cambio en el mundo interno del paciente.

Kernberg (1986) ha propuesto como técnicas que producen el cambio terapéutico la interpretación, la confrontación y la clarificación (no obstante, le atribuye a la primera el mayor potencial de cambio en la clínica). Ahora, la mejor clarificación, confrontación o interpretación es la que se atiene al clima relacional del par clínico, la que mejor lee la relación que está siendo propuesta por el paciente y la relación que efectivamente está aconteciendo, todo ello en función del mundo interno de cada uno de los participantes de la interacción (Horner, 1991). El clínico interpreta a partir de la manea como lee lo que está sucediendo con el paciente en la relación clínica, de tal forma que su interpretación le ayude al consultante a organizarse y narrarse diferente.

En razón de todo esto es que para la psicología dinámica la técnica de intervención por excelencia es la relación clínica misma. Lo dicho, lo actuado y lo representado solo adquieren sentido en el contexto relacional de aparición. De esta forma, la matriz terapéutica permite que se integren emociones, representaciones e impulsos en tanto que el sí mismo y el objeto devienen más organizados cada vez; es decir, en un movimiento recursivo hay una continua reorganización. El compromiso ético del terapeuta será hacer continuo desciframiento de su paciente y de la relación que con él deviene. Solo de esta manera podrá ofrecer un tipo de relación y ocupar un lugar determinado para que el consultante intervenga sus propias representaciones, aquellas que lo han llevado a padecer.

Kris, consultante de 25 años, llega a mi consulta aquejada por fuertes cefaleas de origen psicógeno (según los médicos que la habían tratado). Su dificultad para establecer el vínculo terapéutico, unido a su dificultad para relacionarse con las demás personas, fue configurando una rápida impresión diagnóstica de personalidad esquizoide, la cual fue siendo confirmada por otros indicadores diagnósticos. Después de tres años de tratamiento, un día la paciente dijo: “Viéndolo bien, con usted es con quien yo he podido sostener la relación más duradera de toda mi vida”. En el trasfondo de la labor de interpretación, clarificación y confrontación que fue desplegada en este proceso, se localizó la relación clínica. Ofrecer un clima terapéutico seguro, estable, contenedor y confiable resultó proveer el escenario para que la paciente, tras varios años de tratamiento, se tornara más competente para relacionarse con los otros (de hecho, las cefaleas, que siempre se hacían presentes en situaciones de interacción, desaparecieron). Si se me permitiera poner en pocas palabras las enunciaciones de la consultante a lo largo de su proceso, podría decir que el “¿para qué vincularse si cuando uno se vincula es abandonado?”, propio de la organización esquizoide de la personalidad, pudo transformarse progresivamente en “me puedo relacionar con los demás”. En la base de esta transformación se halla, más que las intervenciones verbales del clínico, el vínculo seguro que le ofreció a Kris.

La ética de la relación

La escuela dinámica concibe la ética como una demanda propia del campo intersubjetivo; esto es, una ética de la relación (Bedoya & Builes, 2009). En lo que a la clínica dinámica se refiere, la matriz terapéutica conlleva un compromiso de cada participante. En particular, desde el horizonte del clínico, este ha decidido ofrecer un espacio en el que otro sujeto —el consultante— devenga menos sufriente y cada vez mejor organizado psicológicamente. En este sentido, la ética de la relación llevará al terapeuta al mantenimiento del lugar que precisa su paciente para lograr dicho cometido. Se parte de la consideración de que toda relación terapéutica es una matriz relacional y que, por lo tanto, tendría un papel terapéutico en gran medida por el lugar asumido como opción ética por el terapeuta.

La ética de la relación conducirá al terapeuta a la continua pregunta de cuál es la relación que más le conviene a su paciente, cuáles son las intervenciones promotoras de cambio psicológico y de bienestar subjetivo. El clínico no puede perder estas preguntas de vista en ningún momento del proceso terapéutico.

La dimensión narrativa en la clínica

El pensamiento estructural ha estado presente en los orígenes mismos de la psicología dinámica. Ha dirigido la mirada del clínico. En la crítica a la tachadura del sujeto prevista en el estructuralismo, y el rechazo de la dimensión diacrónica que permite construir la historia (Ferrater, 1994; Vattimo, 1991), coincide también el socioconstruccionismo (Molinari, 2003; Ibáñez, 2001). La mirada estructuralista del psiquismo se ha imbricado con la mirada del desarrollo en algunos autores que las piensan como unidas en las nociones del sí mismo y del objeto.

Mitchell (1993) utiliza la idea de configuración cuando plantea que “las configuraciones relacionales básicas tienen tres dimensiones: el self, el otro y el espacio entre ambos” (p. 47). En Ricoeur se halla que la lectura estructuralista es reemplazada por la lectura configurativa. Como dice, “prefiero hablar de configuración antes que de estructura para subrayar el carácter dinámico de la operación de elaboración de una trama” (Ricoeur, 1999, p. 220). De esta forma, los trazos del desarrollo le permiten al sujeto configurarse, construir una nueva trama de sí, tejer una nueva historia. Porque esa historia construida es la que ha hecho ese sujeto consulte al terapeuta. Aquí se introduce la dimensión narrativa en la psicología dinámica.

La idea de cura se ha debatido en el dilema de si es posible o no que un sujeto devenga mejor estructurado gracias a la psicoterapia. Se insinúa nuevamente el pensamiento estructural de la psicología y el psicoanálisis al asociar la cura con la reparación de la estructura o la reactivación del desarrollo detenido (Mitchell, 1993; Horner, 1982; 1991; Blanck & Blanck, 1984; 1986). La perspectiva estructural resulta ser inadecuada para pensar la clínica y sus posibilidades terapéuticas en el ámbito de la concepción relacional de esta, porque lo que es el sujeto lo es en relación.

En la matriz relacional terapéutica, el paciente es un sujeto que ha construido y seguirá organizándose y construyendo su historia en relación.

En este contexto, el clínico dinámico relacional ofrece el espacio para que el consultante devenga con un nivel diferente de organización, reconstruya el relato de sí, para que se historicice, porque sabe que el sujeto, con su historia, con sus representaciones de sí (sí mismo) y de los otros (objeto), deviene diferente cuando se narra, cuando penetra en la historia tejida de sí y se historiza, haciendo de sí una nueva urdimbre. Remito al lector al caso denominado "Paciente P", el cual ejemplifica lo que aquí se está indicando (Bedoya, 2010). Quizá la noción de nueva configuración sea una alternativa a la de nueva estructura psicológica

REFERENCIAS

- Balint, M. (1993). *La falta básica*. Barcelona: Paidós.
- Bedoya, M. & Builes, M. (2009). Acto Médico como ética de la relación. *Revista Iatreia*, 22 (1), 47-54.
- Bedoya, M. & Giraldo, M. (2010). Condiciones de favorabilidad al maternaje y violencia materna. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8 (2), 947-960.
- Bedoya, M. (2006). *Acercamiento a las condiciones de posibilidad de la clínica psicológica posmoderna*. Tesis de Maestría, Universidad de San Buenaventura, Medellín (Colombia).
- Bedoya, M. (2010). La construcción de la historia subjetiva en la clínica psicológica. *Revista Acta Colombiana de Psicología*, 13 (1), 71-78.
- Blanck, R. & Blanck, G. (1984) *Ego Psychology, Theory and practice*. New York: Columbia Universities Press.
- Blanck, R. & Blanck, G. (1986). *Beyond Ego Psychology. Developmental Object Relations Theory*. New York: Columbia University Press.
- Builes, M. & Bedoya, M. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35 (4), 463-475.
- Builes, M. & Bedoya, M. (2008). La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(3), 344-354.
- Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad*. Barcelona: Gedisa.
- Coderch, J. (2001). *La relación paciente-terapeuta*. Barcelona: Paidós.
- Delgado, A. (2010). Acciones agresivas en el medio escolar: sentido subjetivo. *Psicología desde el Caribe*, 25, 202-245.

- Ferrater, J. (1994). *Diccionario de filosofía*. Barcelona: Ariel.
- Fiorini, H. (1999). *Nuevas Líneas en Psicoterapias Psicoanalíticas: Teorías, técnicas y clínica*. Madrid: Psicosomática.
- Freud, S. (1979). El Yo y el ello. *Obras Completas*. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gadamer, H.G. (1998). *El giro hermenéutico*. Madrid: Cátedra.
- Goldstein, W. (2001). *Iniciación a la psicoterapia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Greenberg, J. & Mitchell, S. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Harvard University Press.
- Guntrip, H. (1971). *El self en la teoría y la terapia psicoanalíticas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Habermas, J. (1997). *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Madrid: Cátedra.
- Habermas, J. (1990). Pensamiento postmetafísico. Madrid: Taurus humanidades.
- Hartmann, H. (1987). *La psicología del yo y el problema de la adaptación*. Buenos Aires: Paidós.
- Hartmann, H. (1978). *Ensayos sobre la psicología del yo*. México: Ediciones Olimpia.
- Horner, A. (1991). *Psychoanalytic Object Relations Therapy*. New Jersey (USA): Jason Aronson.
- Horner, A. (1994). *Treating the neurotic patient in brief therapy*. New Jersey (USA): Jason Aronson.
- Horner, A. (1982). *Object relations and the development ego in therapy* (2ª ed.). New Jersey (USA): Jason Aronson.
- Ibáñez, T. (2001). *Municiones para disidentes*. Madrid: Gedisa.
- Kernberg, O. (1977). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1986). *Trastornos graves de la personalidad*. New Haven: Yale University Press.
- Levinton, N. (2004) Giro relacional en psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, 16.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1977). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Marymar.
- Ministerio de Protección Social de Colombia. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental*. Bogotá.
- Mitchell, S. & Black, M. (2004). *Más allá de Freud*. Barcelona: Herder.
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos Relacionales en Psicoanálisis: una Integración*. Editorial Siglo XXI.
- Mitchell, S. (2000). Las Variaciones Relacionales en Contextos Culturales Cambiantes. Ponencia Forum Internacional de la IFPS. *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid*, 13.

- Molinari, J. (2003). Psicología clínica en la posmodernidad. Perspectivas desde el construccionismo social. *Psyke*, 12(1).
- Pine, F. (1985). *Developmental theory and clinical process*. New York: Yale University Press.
- Poch, J. (1989). *Psicología dinámica*. Herder: Barcelona.
- Ricoeur, P. (1999). *Historia y narratividad*. Barcelona: Paidós.
- Ricoeur, P. (2003). *Sí mismo como otro* (2ª ed.). Siglo XXI.
- Rodríguez, A. (2001). El Psicoanálisis Existencial de Jean-Paul Sartre. *Psicología desde el Caribe*, 7, 138-149.
- Sandler, J., Dare, C. & Holder, A. (1993). *El paciente y su analista*. Buenos Aires: Paidós.
- Scavino, D. (1999). *La filosofía actual. Pensar sin certezas*. Barcelona: Paidós.
- Spitz, R. (1974). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ure, M. (2001). *El diálogo yo-tú como teoría hermenéutica en Martín Buber*. Buenos Aires: Eudeba.
- Vattimo, G. (1991). *Ética de la interpretación*. Barcelona: Paidós Studio.
- Winnicott, D.W. (1951, junio). Las bases de la salud mental. *British Medical Journal*.
- Winnicott, D.W. (1958). La capacidad para estar a solas. *Int. J. Psycho-Anal*, 39, 416-420.
- Winnicott, D.W. (1960). Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso. *Obras Completas*.
- Winnicott, D.W. (1965). *Los procesos maduracionales y el ambiente facilitador*. New York: International Universities Press.
- Winnicott, D.W. (1967). El concepto de individuo sano. Conferencia pronunciada en la División de Psicoterapia y Psiquiatría Social de la Real Asociación Médico-Psicológica, 8 de marzo de 1967. *Obras Completas*.
- Zegers, B. (2001). Psicoterapias Breves de Orientación Dinámicas. *Psyke*, 10 (2), 149-166.