

Mariano de Iceta Ibáñez de Gauna<sup>1</sup>  
Joaquín Ingelmo Fernández<sup>2</sup>  
José Antonio Méndez Ruiz<sup>3</sup>  
María Angela Soler Roibal<sup>4</sup>

# Psicoterapia psicodinámica activa: momentos de alta receptividad en el trabajo con las emociones

- 1 Psiquiatra. Jefe de Servicio Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Sofía (Madrid, España). Profesor Asociado, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid (España). Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Europea de Madrid (España). Miembro de número, Fórum, Sociedad de Psicoterapia Psicoanalítica (España).
- 2 Doctor en Psiquiatría. Práctica privada (Badajoz, España). Miembro de número, Fórum, Sociedad de Psicoterapia Psicoanalítica.
- 3 Doctor en Psiquiatría. Práctica privada (Madrid, España). Miembro de número, Fórum, Sociedad de Psicoterapia Psicoanalítica (España).
- 4 Psiquiatra, Práctica privada (Madrid, España). Miembro de número, Fórum, Sociedad de Psicoterapia Psicoanalítica (España).

## RESUMEN

Los momentos de alta receptividad (MAR) ofrecen soporte para una psicoterapia psicodinámica activa. Sin desechar el valor de las intervenciones interpretativas, dentro del proceso terapéutico, el abordaje de las emociones y del componente procedimental ocupa un lugar central: tanto en las situaciones de gran intensidad emocional como cuando esta desaparece, como en la disociación ideoaffective.

Se muestra con ejemplos clínicos cómo la creación activa de momentos de alta receptividad representa una herramienta técnica que facilita el acceso y la modificación de síntomas resistentes hasta ese momento. Todo ello con diversas modalidades de intervención sobre las emociones: secuenciación de estados emocionales, permitir expresión emocional acrítica sin análisis de los contenidos subyacentes, el uso de un estímulo desencadenante, el uso de la autorrevelación o el acoplamiento experiencial entre otras.

**Palabras clave.** Psicoterapia psicodinámica, momentos de alta receptividad, técnica activa, secuenciación de estados emocionales, acoplamiento experiencial.

*Actas Esp Psiquiatr* 2022;50(6): 287-94 | ISSN: 1578-2735

## Enviar correspondencia a:

Mariano de Iceta Ibáñez de Gauna  
Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Sofía  
Paseo de Europa, 34  
28702-San Sebastián de los Reyes (Madrid) ESPAÑA  
Tel: +34.618.397.181/ +34.91.191.50.87  
E-mail: mariano.iceta@salud.madrid.org

## ACTIVE PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY: MOMENTS OF HIGH RECEPTIVENESS IN WORKING WITH EMOTIONS

### ABSTRACT

Moments of High Receptiveness (MoHR) offer support to active dynamic psychotherapy. Without disregarding the value of interpretive interventions, addressing the emotions and the procedural components is central within the therapeutic process: both in situations of great emotional intensity as when it disappears as in ideoaffective dissociation.

The active creation of moments of high receptivity is shown through clinical examples as a technical tool that facilitates access and modification of symptoms resistant before. Regardless of the various forms of intervention on emotions proposed: sequence of emotional states; allow uncritical emotional expression without analysis of the underlying content; use of triggering stimulus; use of self revelation; or experiential coupling among others.

**Key words.** Dynamic psychotherapy, moments of high receptiveness (MoHR), active technique, sequence of emotional states, experiential coupling.

## INTRODUCCIÓN

De Iceta y cols definen los momentos de alta receptividad como<sup>1</sup>:

*"... La activación de múltiples elementos mnésicos (semánticos y/o procedimentales; implícitos y/o explícitos) de forma espontánea (como los momentos ahora o «now*

*moments» de Stern y cols<sup>2</sup>) o a través de diferentes estímulos. Dicha activación abre una ventana temporal durante la cual, independientemente de la valencia motivacional de una intervención<sup>3</sup>, el paciente está en un estado de mayor receptividad (con mayor potencial para que el cambio terapéutico se produzca). La receptividad es específica en términos de la producción de cambio (o daño) a ciertos estados emocionales o áreas temáticas. No se generaliza a cualquier intervención".*

Este concepto, deriva de los avances de la neurociencia en el conocimiento de las bases de la memoria para la psicoterapia<sup>4-7</sup>. Su interés radica en que ofrece soporte a la psicoterapia psicodinámica activa<sup>1</sup>, a través de un proceso de doble vía que permite a una nueva experiencia remodelar la antigua y, a su vez, la antigua experiencia provea de una organización y significado a la experiencia actual tanto perceptual como afectivamente.

El presente trabajo se centra en la aplicación de esta técnica activa en las fases del proceso terapéutico que discurren por terrenos más próximos a los sentimientos (y a la expresión de los mismos) que a los del lenguaje.

Esto no debe cuestionar el valor de las intervenciones interpretativas como productoras de cambio en psicoterapia, como ha mostrado Bleichmar<sup>3</sup> desde el enfoque modular-transformacional o, más recientemente, Méndez e Ingelmo<sup>8</sup>.

## Marco conceptual

Además de las innovadoras contribuciones a la técnica activa de Ferenczi y Rank<sup>9</sup> y Alexander y French<sup>10</sup>, diversos autores reivindican el papel central de los momentos de encuentro intersubjetivo entre paciente y terapeuta<sup>2, 11-13</sup>, o del desarrollo de los fenómenos transferenciales-contratransferenciales<sup>14</sup> como motores del cambio terapéutico. Como diría Mitchell<sup>15</sup>, el proceso psicoanalítico se constituye como una *matriz interactiva*.

Una comprensión más profunda de la relación terapéutica proviene del estudio de las interacciones tempranas madre-hijo como una analogía de la relación terapéutica<sup>2,11,16</sup>. No es posible seguir considerando que los sentimientos que van apareciendo en la sesión como meramente transferenciales, en el sentido clásico<sup>17-21</sup>.

En el vínculo terapéutico se produce un permanente proceso de modulación y regulación de las emociones de paciente y analista, ya sea en sentido positivo o negativo. El trabajo sobre las emociones que van surgiendo supone un elemento central, independientemente de si surgen de un modo espontáneo o son buscadas activamente por el

analista. La implicación emocional es compartida por ambos, y solo si el tono afectivo está acompasado (entonamiento) el tratamiento podrá ser exitoso<sup>2,7,22</sup>.

## LOS MOMENTOS DE ALTA RECEPTIVIDAD (M.A.R.): UNA OPORTUNIDAD PARA EL MANEJO DE LAS EMOCIONES EN EL TRATAMIENTO

Los momentos de alta receptividad ofrecen acceso a modificar material de alto contenido emocional que resulta inaccesible fuera de dichos momentos, especialmente en lo que respecta al componente procedimental inscrito en estas situaciones. Además de estar alerta a su aparición espontánea, proponemos la construcción activa de esos momentos significativos para el paciente en determinadas fases del proceso terapéutico.

Como se menciona en de Icteta y cols (1) "Los MAR pueden ser evocados o producidos por distintos estímulos y mecanismos:

- *Imágenes visuales*: Uso de fotos como estímulos mnésicos. El propio Freud solicitaba con frecuencia fotos y recuerdos a los pacientes. Ejemplo del caso M, (foto maternal). Uso del cine como instrumento terapéutico.
- *Olfativos*: Altamente evocador y de gran relevancia en numerosos pacientes con estrés postraumático. Los pacientes víctima de incendios, por ejemplo, tienen intensas evocaciones al verse expuestos al olor a quemado. O las víctimas de abusos sexuales, con la colonia del abusador.
- *Sonidos*: Como la canción de Emmy Lou Harris en el caso del Sr. P que presenta Altman (2002).
- *Relecturas de texto*: libros (cuando el paciente nos los señala como tal, como el caso M), cartas, historia clínica.
- *Momentos de desencuentro en el proceso terapéutico debidos a errores por parte del analista*: son momentos del proceso transferencial-contratransferencial en los que algún elemento de autorrevelación por parte de aquel puede abrir el tratamiento a nuevos elementos emocionales que sirvan para conectar con situaciones importantes para el paciente.
- *Interpretaciones adecuadas en contenido semántico y emocional y en cuanto al timing*. Estos ocurren inmediatamente después con nuevas asociaciones que emergen configurando un MAR. En este momento, el único riesgo es el entusiasmo terapéutico del/de la psi-

coterapeuta, si ignora el impacto emocional en su paciente. Podría remarcar el insight adquirido, poner un marcapáginas experiencial y trabajar en la autorregulación emocional.

- Momentos de encuentro: Son muy similares al punto anterior, incluyendo los riesgos para l@s psicoterapeutas.
- *Sueños*, especialmente cuando se trabajan en tiempo presente e intentando conseguir un recuerdo lo más vivenciado posible (ver de Iceta & Méndez, 2003).
- *Acontecimientos de la realidad del paciente*: Viajes, pasar por determinados lugares, reencuentro con personas, contacto con eventos de las personas significativas que rodean al paciente (incluyendo los que acontecen en la vida del analista\*): embarazo de la terapeuta, baja por maternidad/paternidad, duelo por la pérdida de un ser querido, ausencia del terapeuta por una conferencia (Fried, 2008), enfermedad grave con riesgo de muerte del terapeuta (Brokaw, 2008) etc.
- Variables previas al tratamiento: Prestigio del terapeuta, el tipo de derivación o la persona que deriva, etc.
- Primera entrevista con todas las variables que se juegan en el primer encuentro (factores ambientales, personales, manejo de las ansiedades, etc.).
- Entrevistas conjuntas con personas emocionalmente significativas para el paciente: padres, parejas etc." (en inglés en el original, traducción propia).

En el mismo trabajo<sup>1</sup> se especifican los mecanismos metapsicológicos y neurocientíficos subyacentes a los MAR, además de las características de los terapeutas para trabajar con ellos, los elementos para reconocerlos y formas de aprovecharlos para la terapia.

Otra de las formas es intentar que el paciente reviva en el sentido freudiano de *tener vivenciado*<sup>23</sup>. Esto es, reexperimentar el recuerdo con toda su carga emocional<sup>7,24</sup>. Como detallan de Iceta y cols<sup>1</sup>, los nuevos conocimientos sobre los mecanismos de "reconsolidación" de la memoria muestran que, en el momento de recordar, esta entra en un "estado lábil" que permite que nuevos recuerdos reestructuren los antiguos, produciéndose una verdadera reorganización física de la memoria y no una simple adición de recuerdos. Bleichmar<sup>7,22</sup> y más tarde de Iceta y cols<sup>1</sup> toman estos aportes para su aplicación al trabajo en la clínica psicoanalítica.

## CASOS CLÍNICOS

El primer caso se trata de A., un hombre de 38 años de edad. Consultó porque quería superar el estado depresivo en el que vivía sin los antidepresivos que toma y, especialmente por unas explosiones agresivas que no podía controlar. Junto a una personalidad muy explosiva, presentaba una desconfianza básica en sí mismo y en los demás. Dicha desconfianza derivaba en buena medida por lo vivido al lado de una madre con trastorno paranoide de la personalidad y un padre ausente del mundo familiar y sumergido en un trabajo que le absorbía la mayor parte de su tiempo.

Es un tratamiento de cuatro años de duración, del que se presenta una fase del proceso que transcurrió al año y medio del inicio. En ese momento se enfrentaba con reiterados episodios de agresividad en forma de explosiones. Dichas explosiones se originaban por regla general en el trabajo y era incapaz de pararlas, por lo que acababan teniendo repercusiones negativas incluso en su vida familiar.

Estos episodios, presentes desde su juventud, se agudizaron al empezar a tener responsabilidades profesionales. Con carácter general, se ponían en marcha cuando sentía que no era valorado en sus acciones o correspondido en sus atenciones hacia los demás. Parecía que necesitaba asentar continuamente una imagen valorizada de sí mismo, así como luchar contra una permanente sensación de que el mundo externo era malo y persecutorio. Todo ello vivido y contado con un alto grado de emoción, con sentimientos de rivalidad y envidia muy intensos.

Durante esta primera etapa surgieron contenidos significativos como las difíciles relaciones con sus padres. Especialmente, fue emergiendo poco a poco una figura materna muy patológica que él desconocía. También relevante su boda con una mujer de otro país, rica por sus orígenes familiares y "*con mucha clase*" como él decía con un tono de envidia narcisista. Llegó incluso a comentar que no sabía decir si su boda fue por amor o en busca de una seguridad que él no poseía. La relación con su mujer la describía como buena, salvo en los momentos en que se desencadenaban sus crisis de rabia. Eran recurrentes los comentarios relativos a los sentimientos alrededor de la valoración. Nunca llegaba a considerarse suficientemente valorado y querido, a pesar de haber triunfado en el mundo profesional.

En este caso ya aparecen las primeras cuestiones a afrontar en muchas situaciones clínicas: ¿debemos dar preferencia a una intervención centrada en el contenido

que subyace a la intensidad emocional? O ¿deberíamos trabajar en la carga emocional con la que se vive un contenido y cómo se experimenta?

Las técnicas a emplear cuando se trata de contrarrestar, y especialmente regular, situaciones emocionales intensas, ¿pueden ser las mismas que en las circunstancias en que esa intensidad emocional no se da?

Como indicación general, la intensidad emocional con que son vividos los diferentes sucesos relatados por el paciente es directamente proporcional a la atención que se debe poner en ella. No obstante, no puede generalizarse esta solución de forma indiscriminada. No existe una regla fija, pudiendo emplearse otros abordajes, en función del momento del proceso terapéutico.

Este dilema se ejemplifica en el caso A. El objetivo inicial de recogida de información no se pudo completar porque se interrumpía por las sucesivas situaciones de conflicto en las que se veía inmerso por sus reacciones explosivas de agresividad.

Se hizo evidente la necesidad de trabajar de modo preferente sus episodios de pérdida de control emocional. La realidad era que tanto sus miedos como sus frustraciones o sus dudas los enfrentaba mediante reacciones agresivas. Así, el tratamiento se fue centrando en el relato de los mil y un conflictos agresivos en los que se había visto y se veía envuelto. Para recoger estas descripciones se le pidió que empleara el mayor detalle emocional posible (ver más arriba). Esto iba creando una atmósfera de gran intensidad emocional y mucha cercanía a sus sentimientos originales en dichas situaciones.

El objetivo terapéutico consistía en ayudarlo a contactar con todos los sentimientos intervinientes, de modo que pudiéramos conocerlos individualmente y en la secuencia en la que se inscribían. Para ello, la estrategia fue dejar de lado las motivaciones significativas subyacentes (conflictos, déficits yoicos, etc., que podían generar o mantener un sentimiento concreto) para sacar a la luz la secuencia de sentimientos tal y como se producían en sus episodios de pérdida de control. El paciente podía, de este modo, centrarse en los sentimientos concretos que se ponían en marcha, buscando una mayor intensidad en la vivencia afectiva y revivir esta en el seno del vínculo terapéutico y con un momento relacional diferente (a la experiencia original).

El papel del terapeuta fue ayudar al paciente a conocer en detalle los factores comunes a todos los episodios, o lo que es lo mismo, a poder apreciar que si bien las situaciones vitales variaban, la secuencia de emociones

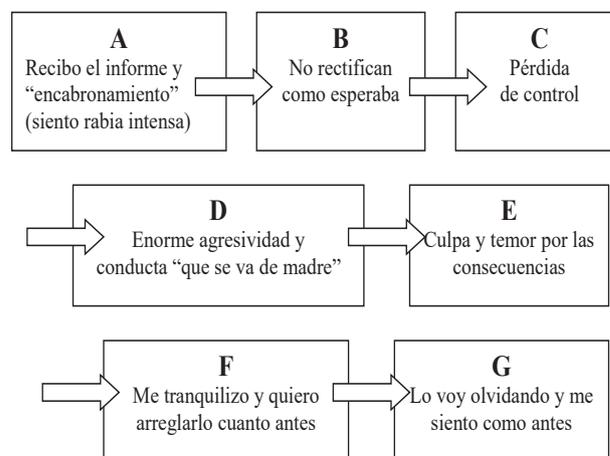
era básicamente la misma (sugerimos que este trabajo de reconstrucción emocional se haga con la mayoría de los episodios o al menos con los más significativos).

Un día A. trajo a sesión un incidente grave en el trabajo. Su nivel de ansiedad era intenso. El relato vivencial en la sesión produjo un Momento de Alta Receptividad. Al percibirlo, se le propuso trabajarlo en profundidad. Ocurrió un enfrentamiento con diversos miembros de su empresa al recibir unos informes en los que sentía que podría ponerse en duda su honradez. Eso se tradujo en un intenso sentimiento de injusticia y rabia en su cabeza que derivó en un ataque desproporcionado contra ellos. En este momento, la opción técnica fue dejar de lado la comprensión de los diferentes mecanismos subyacentes que promovían su conducta para propiciar un relato vivencial, que tratase de recuperar las emociones que le invadían en ese instante preciso. Se buscaba que contactase con los aspectos más procedimentales de su conducta descontrolada. Él mismo reconoció, al iniciar el relato de lo ocurrido, que perdía el control de su rabia, y se lamentaba porque se sentía culpable y porque la amplitud del incidente podía traerle consecuencias negativas en el trabajo.

Para aprovechar activamente el Momento de Alta Receptividad (M.A.R.) que se había producido, se le pidió que intentase hacer un relato de todo lo ocurrido en el episodio en forma secuencial. Se trataba de una primera aproximación a los sentimientos vividos, pero todavía lejana a un verdadero relato vivencial.

En la sesión se hizo en un folio un croquis descriptivo general del episodio a partir de lo que él mismo había relatado y se le mostró (ver Figura 1), siguiendo el trabajo de

**Figura 1** Croquis del relato secuencial inicial del episodio hecho por el terapeuta



Lanza Castelli<sup>25</sup> sobre los beneficios técnicos de transcribir la sesión.

Tras comentarlo conjuntamente se le entregó para que lo completase detalladamente tras la sesión con los sentimientos que tuvo en cada uno de los momentos. Se hizo especial hincapié en que escribiese los sentimientos concretos que recordase en cada uno de los momentos. Se lo llevó. En la siguiente sesión lo había completado y lo trajo escrito (ver Tabla 1)

A medida que lo iba leyendo las intervenciones del terapeuta consistían en preguntas que buscaban ayudarle a ahondar en sus sentimientos y crear una atmósfera muy vivencial.

En episodios como este, la participación del analista no es solo la de acompañar al paciente. Parece necesario el intervenir activamente. Son claves la reviviscencia del episodio y solicitarle que escribiera sus sentimientos para comentarlos vivencialmente juntos en la sesión. Estos elementos pusieron en marcha un Momento de Alta Receptividad (M.A.R.) y así se facilitó el acceso al desvelamiento de las secuencias emocionales.

La intervención terapéutica continuó, compartiendo con el paciente un episodio de cierta semejanza vivido por el terapeuta. El objetivo no era juzgar sino mostrar que existen

diferentes modos de reaccionar en la realidad.

El terapeuta relató una situación laboral en la que a él mismo le había ocurrido algo parecido y el modo en que actuó entonces. Le mostró la secuencia detallada de esa situación, lo que sintió el terapeuta en aquel momento, las decisiones que tomó, la evolución y los resultados. La autorrevelación del terapeuta generó un segundo momento de alta receptividad (MAR). Se buscaba la aparición de lo emocional con una autorrevelación del tipo propuesto por Maroda<sup>26</sup>: la revelación de la reacción emocional inmediata ante los contenidos y las emociones que van surgiendo siempre que sea necesaria para comprender la interacción transferencia-contratransferencia en ese momento.

Sorprendido por una confesión personal del analista (era la primera vez que algo así ocurría en el tratamiento), el paciente experimentó no la posibilidad, sino la certeza de la existencia de modos de reaccionar alternativos. Era el componente procedimental, la carga emocional de la autorrevelación la que otorga veracidad a lo expuesto.

Aquí ejercen seguramente también su acción otros mecanismos que contribuyen al cambio terapéutico, como la identificación con el terapeuta o la transformación referenciada (Bleichmar, 2006)\*, pero la clave es la receptividad aumentada al cambio que se ha activado con los MAR.

Tabla 1	Relato secuencial inicial y emociones detalladas a continuación
Relato secuencial inicial en el croquis	Los sentimientos detallados de cada una de las fases, traídos por el paciente A en la sesión
A → Recibo el informe y "encabronamiento" (siento rabia intensa)	<i>En general estoy contento, en el trabajo me siento ilusionado, con ganas de ayudar y estar bien con todos. Me gusta ayudar. Desde pequeño siempre me gustaba hacer que la gente se sintiese bien conmigo. Que mis padres estuvieran contentos. Pero ese informe me trastoca todo. De repente siento que todo se tuerce, que mi esfuerzo es para nada por culpa de la gente que me rodea.</i>
B → No rectifican como esperaba	<i>Cuando veo que mis explicaciones no sirven, que siguen pensando lo mismo tan injustamente, algo me duele muy dentro, me siento engañado, desilusionado. Como si fuese algo que me ha pasado demasiadas veces en mi vida.</i>
C → Pérdida de control	<i>Ante el engaño me defiendo atacando, "romperle los huevos". Ahí va creciendo las ganas de que me las paguen y se nubla todo el resto.</i>
D → Enorme agresividad y conducta "que se va de madre"	<i>Ahí ya no controlo lo que pasa, se me va de las manos, una rabia enorme me invade y noto que no soy dueño de lo que pueda hacer. Lo único que deseo es que salga la rabia, toda la rabia que tengo en ese momento. No mido nada.</i>
E → Culpa y temor por las consecuencias	<i>Me asusto mucho por lo que he hecho y sobre todo por lo que siento que tengo dentro. Me asusto porque no sé qué es eso que me entra y empiezo a echar para atrás.</i>
F → Me tranquilizo y quiero arreglarlo cuanto antes	<i>Es como si me relajase después de todo eso y se me olvida lo ocurrido, no quiero ver las consecuencias. Mi único objetivo es arreglar las cosas.</i>
G → Lo voy olvidando y me siento como antes	<i>Empieza otra vez el círculo de cero. Es como si olvidase todo. Como si las cosas no hubieran pasado. Ahora lo digo y lo veo, pero en realidad no me doy cuenta de nada.</i>

Los resultados se apreciaron con claridad en las siguientes sesiones. Se abrió un vivo debate, inmerso en un intenso clima emocional de conexión entre ambos, de cooperación, en el que se discutían los pros y contras de cada posibilidad, detallando cómo se siente uno cuando las cosas van saliendo de un modo u otro. En este punto, empezaba a poner reflexión, poner palabras, a sus conductas impulsivas. Aquí lo explícito puede unirse y modificar lo implícito.

Lógicamente, esta intervención no cambió de una vez el modo de reaccionar. No es sencillo borrar las formas procedimentalmente aprendidas de sentir. Eso sí, frente a su forma descontrolada de encarar lo que le ocurría apareció una alternativa, ampliando la gama de respuestas posibles. El tono varió en los intercambios posteriores cuando aparecieron otras situaciones de pérdida de control. Aumentó la comprensión emocional de esas situaciones que se extendió al modo más vivencial con el que pudo trabajar el resto de sus temas. Especialmente, los referidos a las consecuencias de su relación con su madre o con su mujer.

El mismo paciente reconoció un tiempo después que *"su parte descontrolada"*, como se denominó ante él, seguía viva y debía ser vigilada permanentemente pero que tenía menos fuerza.

Veamos otra viñeta clínica, B. un varón de 30 años que consultó por fobia social. Le costaba mucho establecer relaciones sociales, no conseguía mantener una relación estable de pareja y sus actividades eran muy solitarias. En general, se mostraba comedido en sus intervenciones fuera y dentro de la sesión.

Un día trajo a sesión un encontronazo que había sufrido en su lugar de trabajo. En aquel momento sentía de un modo muy intenso que sus ideas no eran tomadas en cuenta y reaccionó de manera agresiva. Hasta entonces, había aguantado situaciones semejantes, pero cuando ocurrió en esa ocasión explotó y tuvo un fuerte enfrentamiento con jefes y compañeros. Este caso se correspondería con un hecho aislado en una conducta global caracterizada por inhibición en las relaciones debidos a su estructura fóbica. De todos modos, el trabajo posterior nos descubrió que estos episodios no eran tan excepcionales.

Como si de un mecanismo de fuegos artificiales se tratase, explotaron en su cabeza otros muchos recuerdos, la mayor parte infantiles. Los contenidos estaban conectados por ese mismo sentimiento de falta de consideración (lo que Bleichmar llama "memoria afectivamente dependiente"<sup>22</sup>). Se produjo una verdadera explosión de rabia narcisista<sup>27</sup>. Esa explosión inundó también el tratamiento durante semanas. Realmente parecía transformado. En un principio quería mantener su conducta contenida, pero la rabia iba tomando cuerpo de modo explícito. A lo largo de las sesiones que siguieron al incidente se puso en

marcha un discurso reivindicativo y muy despechado.

En cuanto al abordaje técnico, en un primer momento se intentó identificar las motivaciones que pusieron en marcha el episodio concreto ("los contenidos"). El resultado no fue bueno. Abundó en racionalizaciones. Además, una vez lanzados los "fuegos artificiales" emocionales, estos parecían inmunes al trabajo sobre las motivaciones subyacentes.

Incluso se enfurecía más ante la intención de *"situarlo en la realidad de los hechos"* como él decía. La impresión del analista era que este tipo de enfoque provocaba un alejamiento emocional en el vínculo terapéutico y reproducía (retraumatizaba) situaciones anteriores en las que el paciente había sentido que no se le prestaba atención a lo que decía y sentía, más allá de si tenía o no razón.

Paulatinamente, se fue descubriendo que lo único que conseguía disminuir la disrupción emocional que se había puesto en marcha, era permitir que las emociones se desplegasen sin juicios por parte del terapeuta. Así, se le estimuló a realizar una reconstrucción emocional de los episodios que iba recordando y trayendo a la sesión (ver más arriba), describiéndolos con el mayor detalle emocional posible, en primera persona y en tiempo presente.

En uno de los episodios mencionó una enciclopedia de la que sacaba muchos de sus conocimientos juveniles y que aún conservaba. Se le animó a llevarla a sesión. Leyendo extractos que iba eligiendo, revivió con gran intensidad, los choques con su padre, siempre dispuesto a *"añadir lo que yo no sabía de cada tema, mientras yo sentía que nunca se hablaba de lo que yo aprendía y decía"*. Este trabajo se continuó durante las semanas siguientes, trayendo a la memoria diferentes situaciones siempre en relación al vínculo con su padre.

El papel evocador de la enciclopedia, su visión, el tacto de las páginas, su olor, la lectura de algunas definiciones en concreto, o la propia escena, que rememoraba la vivida con su padre, suponen elementos de alto poder evocador que seguro activaron los nodos mnésicos conectados en red con las vivencias infantiles con su padre (o "redes de activación"<sup>28,29</sup>).

La eficacia de este abordaje se puso de manifiesto por una relajación en su estado de tensión agresiva. Probablemente debida a que se fueron añadiendo recuerdos emocionales que tenía reprimidos y que pudieron ser tratados en una situación vincular nueva para él.

En este caso, la estrategia fue permitir que sus emociones, su relato, sus opiniones, se desplegasen en un ambiente donde no eran juzgados o comparados. Y en ese contexto, la intuición de traer a las sesiones ese objeto tan cargado de significados para

el paciente creó activamente la aparición de un Momento de Alta Receptividad (M.A.R.) (estímulo desencadenante). Ese MAR propició el afloramiento de los sentimientos ocultos tras el relato. En este caso resultó fundamental intentar evitar que las intervenciones tuvieran aspectos enjuiciadores que provocasen en el paciente la sensación de que se repetía la conducta paterna, y ello más allá de lo acertado o no de los contenidos.

Al provocar que aparezca un *Momento de Alta Receptividad (M.A.R.)* mediante el recuerdo vivencial que trae la lectura de la enciclopedia, se aprovecha que la memoria del paciente pasa al "estado lábil" para poder insertar en su psiquismo la nueva estructura cognitivo-emocional que se va formando a partir de la rememoración en el vínculo terapéutico. Lo que se pretende es una reestructuración vivencial de la significación de los antiguos vínculos al acoplarles los que se van desarrollando en el vínculo terapéutico ("acoplamiento de experiencias", ver Bleichmar<sup>3,7</sup>).

Se pudo pasar entonces a una tercera fase terapéutica en la que trabajar sobre los contenidos que están detrás de lo ocurrido. Fueron apareciendo nuevos contenidos emocionales en su relato: el recuerdo de las reacciones profundamente descalificatorias cuando sus opiniones "se salían del carril", o cómo bajo un discurso manifiesto aparentemente comprensivo se ocultaban grandes dificultades para admitir la discrepancia. Estos nuevos descubrimientos resultaron fundamentales para poder ir entendiendo sus reacciones emocionales e ir disminuyendo sus problemas de fobia social.

Finalmente, hay muchos casos o momentos a lo largo de un proceso terapéutico en que el mundo emocional no aparece y es sustituido por un discurso racionalizado en los que la búsqueda activa de *Momentos de Alta receptividad (M.A.R.)* resulta particularmente útil

El caso C, publicado por de Icteta y cols.<sup>1</sup>, ejemplifica una de estas situaciones donde el contenido se vuelve secundario frente a las inscripciones procedimentales que solo pueden modificarse en sus aspectos fundamentales dependiendo de cómo se desarrolle el vínculo terapéutico<sup>8</sup>.

C es una mujer de 46 años de edad, había estado previamente en tratamiento. Durante dicho tratamiento había establecido la relación entre sus síntomas y sus vivencias infantiles. A pesar de poseer este conocimiento la re-experimentación de esta sensación de bloqueo se seguía repitiendo en casi todas las ocasiones.

C necesitaba revivir estas sensaciones de forma experiencial en sesión (lo que crearía un MAR), y también necesitaba propuestas de acciones que pudiera tomar en la vida real<sup>30</sup> que le darían suficientes recursos yoicos para hacer posible

el cambio. Al revivir tanto las experiencias de su infancia, que causaron el bloqueo, como sus nuevas experiencias de la vida real, la información que ya poseía sobre su infancia impregna su estructura y actúa como un paso preparatorio para nuevas experiencias<sup>1</sup>.

En este caso, el señalamiento y la interpretación, tal y como se entienden tradicionalmente, habían llegado a un techo de efectividad que no podía traspasarse. La dificultad técnica radicaba en que la mera explicación verbal no puede competir con aquello que se inscribió con una intensidad emocional muy diferente. La paciente no podrá sustituir unas determinadas vivencias relacionales muy cargadas de emoción por otras, simplemente, porque así se lo planteemos.

Los momentos de alta receptividad (*M.A.R.*) en los que la paciente *reviviera* (ver más arriba) lo vivido antes en un nivel comparable de intensidad emocional, traen lo que estaba ausente (el componente emocional), permitiendo que las intervenciones interpretativas (en sentido amplio) pudiesen en ese momento, en esa ventana temporal en que la memoria entra en estado lábil, ejercer su efecto y producir el cambio.

## CONCLUSIONES

En este trabajo se muestra la aplicación de la técnica activa en psicoterapia psicodinámica y la utilidad de la creación o utilización de los momentos de alta receptividad en situaciones en que el proceso terapéutico discurre por los terrenos más próximos a la emoción.

Se presentan diferentes usos de los MAR. Primero, una secuenciación de los estados emocionales para abordar la comprensión de patrones de respuesta subyacentes; segundo, permitir que la emoción se despliegue en el seno del vínculo terapéutico sin atender a las motivaciones subyacentes buscando elementos afectivamente conectados a la misma junto con el empleo de un estímulo desencadenante; y finalmente, "traer la emoción" para reconectar, acoplar experiencialmente el conocimiento explícito que modifique el componente procedimental que quedó disociado.

Por último pero no menos importante, reiteramos la prudencia en el uso de la técnica activa. Si bien se incrementa la posibilidad de avances, lo hacen igualmente los riesgos de daño. Ha de atenderse constantemente a la capacidad de sostener determinados estados emocionales o a la desregulación que la intensidad emocional puede producir. Esta atención a la regulación del estado del paciente es además en sí misma terapéutica, mostrando procedimentalmente modos de autoapaciguarse, contener o disminuir la ansiedad, por poner solo algunos ejemplos.

## NOTA DE LOS AUTORES

Los casos clínicos se incluyeron con el consentimiento de los pacientes, aplicando anonimización previamente.

No hay conflictos de interés que declarar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. DE ICETA, M., SOLER, M.A., MÉNDEZ, J.A., INGELMO, J., and BLEICHMAR, H. Active change in psychodynamic therapy: moments of high receptiveness. *The American Journal of Psychotherapy*, 2015;vol 65, 1: 65-86.
2. STERN, D., SANDER, L.W., NAHUM, J.P., HARRISON, A.M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A.C., BRUSCHWEILERSTERN, N., and TRONICK, E.Z. "Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation". *International Journal of Psycho-Analysis*, 1998;79: 903-921.
3. BLEICHMAR, H. "Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: some mechanisms of therapeutic change". *International Journal of Psycho-Analysis*, 2004; 85: 1379-1400.
4. SARA SJ. Retrieval and reconsolidation: Toward a neurobiology of remembering. *Learning & Memory*, 2000;7:73-84.
5. SCHILLER D., MONFILS M-H, RAIJO CM, JOHNSON DC, LeDOUX JE. & PHELPS EA. Preventing the return of fear in humans using reconsolidations update mechanisms. *Nature*, 2009; Online prepublication December 9 (doi: 10.1038/nature08637).
6. NADER K, SCHAFF GE, LeDOUX JE. The labile nature of consolidation theory. *Nature Reviews Neuroscience* 2000;1: 216-19.
7. BLEICHMAR, H. "El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamiento inconscientes", *Aperturas Psicoanalíticas*, 2001; no. 9. Disponible en: <http://www.aperturas.org>
8. MÉNDEZ, J.A. and INGELMO, J. La psicoterapia psicoanalítica desde la perspectiva del enfoque modular-transformacional. Introducción a la obra de Hugo Bleichmar. Editado por Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. Madrid, 2009.
9. FERENCZI, S. and RANK, O. *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*. Viena: Int. Psychoanal. Verlag. 1924.
10. ALEXANDER, F. and FRENCH, T. *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press, 1946.
11. BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP, BCPSG. *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*. New York: Norton & Company. 2010.
12. RIERA, R. "Transformaciones de mi práctica psicoanalítica (2ª parte). El énfasis en la conexión intersubjetiva." *Aperturas psicoanalíticas*, 2011; no.37. Disponible en: <http://www.aperturas.org>
13. STOLOROW, R. and ATWOOD, G. *Contexts of Being. The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, NJ.: The Analytic Press. 1992.
14. FONAGY, P. "Memory and therapeutic action". *International Journal of Psycho-Analysis*, 1999;80: 215-224.
15. MITCHELL, S. *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press. 2000.
16. BOLLAS, C. *The Shadow of the Object. Psychoanalysis of the unthought known*. London: Free Association Books, Ltd., 1987.
17. COOPER, S. "Neutrality and Psychoanalysis: Separation, Divorce or a New set of Vows". *Journal of American Psychoanalytic Association*, 1996;44: 1017- 1019.
18. ELZIRIK, C. "Entre la objetividad, la subjetividad y la intersubjetividad. ¿Aún hay lugar para la neutralidad analítica?". *Aperturas Psicoanalíticas*, 2002;no.12. Disponible en: <http://www.aperturas.org>
19. ORANGE, D., ATWOOD, G., and STOLOROW, R. *Working Intersubjectively: Contextualism in Psychoanalytic Practice*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press. 1997.
20. RENIK, O "The perils of neutrality". *Psychoanalytic Quarterly*, 1996;LXV (:): 495-517.
21. STOLOROW, R. and ATWOOD, G. "Deconstructing the myth of the Neutral Analyst: Intersubjective", *Psychoanalytic Quarterly*, 1997;LXVI: 431-449.
22. BLEICHMAR, H. "Consecuencias para la terapia de una concepción modular del psiquismo". *Aperturas Psicoanalíticas*, 2005; no.21. Disponible en: <http://www.aperturas.org>
23. FREUD, S. "The Unconscious". (1915) *Complete Works*, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1979.
24. DE ICETA, M. and MÉNDEZ, J.A. El análisis de los sueños desde el enfoque Modular-Transformacional: una propuesta para una técnica específica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 2003;no.13 Disponible en: <http://www.aperturas.org>.
25. LANZA CASTELLI, G. "Poner la sesión por escrito: una técnica para optimizar la psicoterapia". *Aperturas Psicoanalíticas*, 2008; no.28. Disponible en:<http://www.aperturas.org>
26. MARODA, K. "Show some emotion: Completing the cycle of affective communication", in L. Aron and A. Harris, *Innovation and Expansion*. London: Relational Psychoanalysis, vol. II, pp. 122-144. 1999.
27. ORNSTEIN, A. "The fate of narcissistic rage in psychotherapy". *Psychoanalytic Inquiry*, 1998;18: 55-70.
28. WESTEN, D. "The scientific status of unconscious processes: Is Freud really dead?" *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1999;47: 1161-1206.
29. WESTEN, D. and GABBARD, G. "Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference". *Journal of American Psychoanalytic Association*, 2002;vol. 50 (1): 99-133.
30. POWER, D.G. "On trying something new: Effort and practice in psychoanalytic change". *Psychoanalytic Quarterly*, 2000;LXIX (3): 493-526.