

LA EMPATÍA DESDE LA PERSPECTIVA DEL ENFOQUE MODULAR-TRANSFORMACIONAL EN PSICOANÁLISIS¹

Hugo Bleichmar²

En primer lugar, quiero agradecer a los amigos de la Asociación Laureano Cuesta y, en especial, a Javier Ortigosa y a Begoña Aguirre por haberme invitado a compartir esta mesa redonda sobre la empatía, oportunidad en que, precisamente por pertenecer los ponentes a diferentes orientaciones, constituirá una buena situación para poner a prueba si lo que sostemos a nivel teórico es traslado a nuestra convivencia cotidiana, es decir, si somos capaces de ser empáticos en la diferencia.

El tema de la empatía ha sido objeto de extensa producción en psicoanálisis (ver Eagle y Wolitzky, 1997; Hayes, 1994), pero fue Kohut el primero que en psicoanálisis colocó a la empatía en el eje de la experiencia y de la acción terapéutica (Kohut, 1959, 1971, 1977, 1979; MacIsaac, 1997). Bajo la denominación “inmersión empática” describió la actitud del terapeuta que intenta desprenderse de juicios presuntamente objetivos sobre la conducta del paciente para captar a ésta desde los significados que tienen en el mundo interior del paciente: qué deseos realiza, qué angustias intenta contrarrestar, desde que códigos organiza la experiencia (ejs. desde el sentimiento de sentirse atacado, o de sentirse abandonado, o del sufrimiento narcisista, o de ser un niño pequeño no querido, etc.).

Si hemos utilizado la expresión “juicios presuntamente objetivos” es porque, por parte del terapeuta, aunque crea que está describiendo al paciente, en realidad siempre también captará a éste desde su subjetividad, desde sus miedos, desde sus esquemas referenciales, desde sus deseos (Goldberg, 1994). La concepción del analista neutro, pantalla sobre la que el paciente proyectaría sus conflictos, resulta difícil de ser conservada: la relación terapéutica es siempre un encuentro entre dos subjetividades. De ahí que la corriente intersubjetiva en psicoanálisis haya reformulado tantos conceptos, como el de transferencia por ejemplo, que desde Freud y durante casi un siglo fue vista como aquello que el paciente proyectaba en el terapeuta sin tomar en consideración que lo que el terapeuta hace, dice, siente, contribuye a activar o crear en el paciente la respuesta con que interviene en la interacción (Orange, Atwood, Stolorow, 1997; O'Connell, 2001; Mitchell, 2000; Lichtenberg et. al 1992) Cada terapeuta, y cada escuela terapéutica, activará/creará un tipo de paciente particular de acuerdo a los procedimientos que ponga en juego.

Esto nos obliga a ser extremadamente cautos en nuestros juicios, y en nuestra técnica, y a preguntarnos constantemente ¿esta técnica, esta intervención terapéutica que estoy realizando, qué efectos tienen en esta persona en particular, cómo repercute en su mundo interior, qué rasgo de carácter o miedo refuerza, que situación traumática de su historia es capaz de reactivar? Para ejemplificar, ¿qué efectos producen en un paciente una técnica dominada por la pasividad del terapeuta, por la distancia emocional, cuando ésta ha sido la actitud de padres que frustraban legítimos deseos de apego e intimidad? O su opuesto, ¿qué consecuencias producirá un terapeuta muy emocional, que

¹ Versión corregida de la presentación hecha en la jornada anual de la Asociación Laureano Cuesta sobre empatía (Madrid, 2002).

² Hugo Bleichmar es profesor del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Correo electrónico: bleichmar@aperturas.org

promueve continuamente el contacto, cuando el paciente sufrió los efectos de padres que lo abrumaban con su afectividad, que lo utilizaban para satisfacer sus propias necesidades emocionales de apego patológico, desregulándolo? O, ¿qué podrá generar un terapeuta muy activo, que interviene mucho, proveedor de instrucciones, cuando la historia infantil del paciente estuvo marcada por padres invasores, llenos de indicaciones y convicciones de cómo debía comportarse?

La empatía terapéutica requiere, entonces, preguntarnos acerca de cuáles son las necesidades del paciente para corregir traumas, para compensar déficits, para desarrollar experiencias que nunca estuvieron dentro de su mundo interpersonal. De ahí los riesgos de una técnica universal, monocorde por adherirnos a una escuela terapéutica determinada, para no importa qué tipo de pacientes. La integración en psicoterapia implica que el terapeuta disponga del más amplio repertorio de recursos –técnicos y personales- a fin de poder ponerlos al servicio del paciente en base a las necesidades de éste y no de las prescripciones de su escuela de pertenencia.

Las necesidades del paciente en base a los sistemas motivacionales

Si bien el psiquismo está organizado alrededor de múltiples sistemas motivacionales (autoconservación, cuidado del otro, apego, narcisismo, sexualidad, etc.), en cada momento uno de ellos puede tomar el comando y los otros quedar subordinados. Así, por necesidades narcisistas, para incrementar un sentimiento de valía patológico, una persona puede relegar cualquier preocupación por la autoconservación, por cuidar al otro/a, por estar en contacto –apego-, por satisfacer necesidades sexuales. O, por imperiosas necesidades de apego, se llegan a tolerar las más grandes humillaciones por parte de la figura a la que se apega, aceptar correr el riesgo que le impone la figura de apego, o renunciar a la sexualidad. O, por la fuerza del deseo sexual romper con el apego a las figuras significativas –familia, etc-, despreocuparse de la autoconservación, de la propia valoración (Para una revisión de los sistemas motivacionales y del enfoque “Modular-Transformacional” en psicoanálisis ver Bleichmar, 1997, 1999, 2001)

Esta diversidad de sistemas motivacionales en el paciente, con sus deseos específicos, con sus angustias cuando los deseos son frustrados –ej. vergüenza en el sistema narcisista, angustias de separación en el del apego, crisis de pánico en el de la autoconservación, sentimientos de culpa en el sistema de cuidado al otro, etc.- requiere que el terapeuta sea capaz de localizar cuál es el sistema motivacional dominante en cada momento del intercambio terapéutico. Por ejemplo, un terapeuta puede atender a un paciente afectado de crisis de pánico, proponer intervenciones adecuadas para este trastorno y no ser empático con las necesidades narcisistas de autonomía del paciente, o desatender las necesidades de apego que se van estableciendo progresivamente en la relación. Por tanto, la conexión empática del terapeuta demanda estar atento a los pequeños indicadores de cuáles son las necesidades y sentimientos que se van activando en el momento a momento de la sesión.

La patología de la empatía

Así como hay gente que carece de empatía, de la capacidad captar los sentimientos del otro/a, sus necesidades, sus tribulaciones, en el extremo opuesto se encuentran aquellos que no poseen una clara delimitación entre el sí mismo y el otro: lo

que siente el otro/a es inmediatamente vivido como propio. Hay, en estos casos, una pérdida del propio espacio subjetivo, del sentimiento de identidad. Por ello, la sana empatía –con todas las reservas de la expresión- consiste en captar al otro sin fusionarse con él, conservando un espacio propio de identidad (Para un estudio riguroso del desarrollo de la capacidad empática y del desarrollo moral, véase el excelente trabajo de Hoffman, 2000)

Tenemos que diferenciar, también, la empatía de aquellas condiciones en que, pensándose que se es empático, en realidad se atribuyen al otro los propios deseos, sentimientos temores -el clásico mecanismo de la identificación proyectiva. Ej., la madre o padre hipocondríaco que le adjudican al hijo/a una identidad de débil, de estar en peligro. Aquí, la identidad del personaje dominante es impuesta a la del dominado que toma como representación de sí la que le proyecta el otro. De manera similar, el terapeuta que, por sus propias necesidades de sentirse figura protectora, ubica continuamente al paciente como alguien necesitado de protección, y lo ve bajo esta perspectiva, representándose su propia actuación como si fuera empática con unas supuestas necesidades del paciente que, en realidad, son efectos de lo que proyecta en éste. El rol social de terapeuta –figura fuerte, de autoridad- conduce a éste a no ser empático con las necesidades del otro/a de autonomía, de individuación.

Los riesgos del exceso de empatía en la situación terapéutica

El legítimo deseo de ser empáticos con nuestros pacientes y el mandato superyoico de serlo –el primero derivado del sistema motivacional de cuidar al otro; el segundo de una identidad socialmente sancionada- pueden conducir a vínculos antiterapéuticos, es decir, a reforzar patología del paciente. Quiero detenerme, simplemente a modo de ilustración, en tres condiciones:

1) Los pacientes depresivos paranoides que fuerzan una respuesta empática

Existen personas cuya depresión es el resultado de una estructura paranoide de personalidad: continuamente critican a los demás, son exigentes en sus demandas de afecto y de atención, en sus reclamos de lo que los demás supuestamente le deberían. Como consecuencia de esto, rompen vínculos, provocan rechazos, se frustran por no conseguir aquello de lo que se creen merecedores. El proceso los conduce a un estado depresivo, con el que acuden a la terapia, donde también exigen del terapeuta una alianza en la crítica que dirigen al mundo. El terapeuta se encuentra en la disyuntiva de que si apoya (seudoempatía), refuerza la condición paranoide que condujo a la depresión. Si no lo hace, no sólo aparecería desatendiendo el sufrimiento real de estas personas sino que se expone a ser objeto de la crítica y malestar del paciente quien, desde su captación paranoide, vuelve a vivir al mundo como injusto y atacante.

En estos casos, un tipo de intervención terapéutica que permitiría solventar la disyuntiva sería del tipo: “Me doy cuenta de lo mucho que estás sufriendo, de la situación desesperada en que te encuentras, de la intensidad de tu deseo de contacto con los demás, de la necesidad de presencia y de cariño de esas personas que me mencionaste. Al mismo tiempo, yo me pregunto, y es algo que quiero compartir contigo para ver cómo lo ves, si tu crítica continua, la forma en que me cuentas de cómo respondes a lo que no te dan los demás, no aleja a los demás de ti, con lo cual

te frustras y te vuelves más amargo”. Por supuesto que esta formulación es simplemente una de muchas posibles, pero lo que sí parece indispensable con estos pacientes, de fachada depresiva y de fondo paranoide, es trabajar esta última dimensión de su personalidad.

2) El sufrimiento masoquista compartido

Algunas personas para alcanzar un anhelado sentimiento de estar en el seno de una relación de intimidad tratan de que el otro participe de un mismo estado afectivo, sea el de alegría, el de tristeza, el de sorpresa, el de interés, el de horror y disgusto, etc. Cuando el anhelo de cohabitar tal espacio emocional con el otro/a es el que domina a la persona, se hace todo lo necesario para activar en el otro/a el estado afectivo deseado: la comunicación es una acción sobre el otro para producir la resonancia afectiva, para que el otro vibre en la misma longitud de onda. Incluso, se hipertrofia el propio sentimiento, se histeriza la emoción, para arrastrar al otro. O, a la inversa, el sujeto se mimetiza con el estado de ánimo del otro para sentir que está con ese otro. En ambos casos, la afectividad no es algo en sí misma, no vale por su cualidad expresiva de estados interiores sino como medio para alcanzar el encuentro con el otro. Por ello la pregunta que en la situación terapéutica guiará nuestra captación del paciente no es sólo ¿qué siente? sino, también, ¿siente esto para sentir qué otra cosa? Y esa otra cosa consiste, no infrecuentemente, en lograr sentir que se está con el otro/a, que se logra la anhelada intimidad en la relación. Por ello se obtiene placer al estar sufriendo “junto con”, lo que genera en algunas personas una de las formas del masoquismo: el placer de sufrir deriva de que permite alcanzar el sentimiento de intimidad con un otro que también sufre. Si ésta ha sido la modalidad básica de intimidad que se vivió en la relación con los padres o con los hermanos –padres que abrazan al hijo/a con el relato de sus sufrimientos, haciéndoles sentir que comparten la experiencia -, entonces, para readquirir la vivencia del encuentro, se recreará el sufrimiento que fue el aire que se respiraba en común. La propuesta de sufrir juntos que se propone inconscientemente al otro, sea un amigo/a o la pareja o el terapeuta, mediante el hablar o recordar hechos y experiencias dolorosas, tiene el carácter agrídulce derivado de ser la condición que posibilita el sentimiento de encuentro íntimo.

La adicción al sufrimiento compartido, que constituye una modalidad caracterológica, nos coloca de lleno en el papel de la intersubjetividad en la génesis de la psicopatología del masoquismo. Éste fue estudiado en su origen como fenómeno puramente individual: fuerza que dentro del sujeto producía placer sexual –masoquismo sexual-, o aliviaba culpa –masoquismo moral-, o lograba un sentimiento de cohesión del self (Kohut, 1971), o satisfacía narcisísticamente al mostrarse la persona que era bueno y se sacrificaba, con lo cual adquiriría una identidad valorizada/idealizada. Pero el placer en el sufrimiento puede tener sus raíces, y su reactualización en el presente, en vínculos en los que el sufrir es el medio privilegiado para sentirse en relación con el otro. De ahí el riesgo de esta forma de transferencia-contratransferencia masoquista en que paciente y terapeuta obtienen un sentimiento de intimidad, del que ambos gozan, a través de centrarse en experiencias dolorosas. El terapeuta puede creer que está siendo empático con el paciente cuando en realidad está recreando un tipo de vínculo en que ambos gozan en el sufrir juntos (Bleichmar, 1999 b).

El desarrollo de la capacidad en el paciente

Para terminar, quisiera referirme a cómo estimular en nuestros pacientes el desarrollo de la capacidad empática. Se ha hecho tanto hincapié en que los terapeutas debemos conectarnos empáticamente con nuestros pacientes que se ha descuidado la importancia de ayudar a éstos en el desarrollo de su capacidad empática. Cuestión que es particularmente relevante en aquellas personas con fuertes rasgos narcisistas, quienes sienten intensamente sus necesidades pero que son casi ciegas a las de los demás. Si bien podría pensarse que las intervenciones más adecuadas serían aquellas en que se les mostrase el sufrimiento de los que con él/ella interactúan, sin embargo esto es sentido rápidamente como una falta de empatía con el paciente, como una alianza con los extraños, como una crítica. Aquí es donde el trabajo en la relación terapéutica, en el vínculo que transcurre entre el paciente y el terapeuta, ofrece una oportunidad única. Se trata de aprovechar las oportunidades en las que el paciente, egocentrado, desconoce las necesidades, las exigencias que plantea al terapeuta, las frases insensibles que profiere, etc., para decirle: “Sé que necesitas que yo esté incondicionalmente a tu servicio, que esto tiene que ver con... (se aportan datos de la biografía del paciente), pero quizás valga la pena que te preguntes cómo me debo sentir yo. No es para culpabilizarte sino para ayudarte a ampliar tus perspectivas, a sentir lo que sientes tú y, simultáneamente, conectarte con lo que pudiera estar sintiendo yo”. Por supuesto que el momento de hacer tal tipo de intervención depende de que previamente se haya establecido una relación de confianza, que el paciente se haya sentido aceptado por el terapeuta, pero el crecimiento personal del paciente exige un diálogo franco en que el terapeuta pueda confrontarlo con sus rasgos caracterológicos.

Defensas en contra del resonar empáticamente con el semejante

El déficit de empatía puede ser el resultado de la identificación con padres que también carecieron de ella aunque existe otra condición que debe de ser abordada si queremos ayudar a superar esa carencia: cuando la persona lucha activamente, inconscientemente, para no conectarse empáticamente con el otro porque en su experiencia vital ello implicó sufrimiento intolerable. De igual manera que frente a experiencias traumáticas de órdenes muy diverso se pueden desarrollar mecanismos disociativos, de adormecimiento emocional, de desconexión afectiva, en los casos en que se ha sido abusado física o psicológicamente la persona puede erigir como defensa frente al contacto humano el no resonar afectivamente ante el otro. Cualquier apelación voluntarista a que se conmueva con el sufrimiento del semejante despertará el miedo inconsciente a sufrir, convirtiéndose en una barrera infranqueable. En estos casos resulta indispensable encarar y superar, como paso previo al desarrollo de la capacidad empática, el temor a sentir, a involucrarse en un vínculo humano.

Apéndice: Algunas bases biológicas para el fenómeno de la empatía: las neuronas espejo

Se ha localizado en la corteza cerebral un grupo de neuronas que tienen la facultad, desconocida hasta el presente para una neurona, de descargar impulsos tanto cuando el sujeto observa a un otro realizar un movimiento como cuando es el sujeto quien lo hace. Estas neuronas, a las que se han denominado "neuronas espejo" (mirror

neurons), forman parte de un sistema percepción/ejecución de modo que la simple observación de movimientos de la mano, de la boca o del pie activa las mismas regiones específicas de la corteza motora como si se estuvieran realizando esos movimientos (Blakemore y Decety, 2001), aun cuando esta activación motora no se transforme en movimiento actuado visible.

La evolución parece haber asegurado así las bases biológicas para favorecer los procesos de identificación y empatía esenciales para garantizar que el infante y el cuidador/a se encuentren, para que los caracteres del segundo puedan pasar a ser parte del primero; pero, también, para que los movimientos del lactante puedan resonar en el cuidador/a, quien pasará a sentirlos como propios.

Con todo, las consecuencias van más allá de que el movimiento del otro, al ser observado, genere un movimiento igual en el observador. Los investigadores que trabajan en el sistema percepción/ejecución de las "neuronas espejo" se plantean, con mucho fundamento, la idea de que este sistema integra un circuito que permite atribuir/entender las intenciones de los otros, y que estaría en la base de lo que hoy se conoce como teoría de la mente -suponer en el otro intenciones. Cuando un sujeto realiza acciones -simples o complejas-, estas acciones van acompañadas de la captación de las propias intenciones que impulsan el hacerlas. Se forma así una articulación en el psiquismo de modo que la propia acción queda asociada a la intención que la puso en marcha. Cada intención queda asociada a acciones específicas que le dan expresión, y cada acción evoca las intenciones asociadas.

Una vez formado ese complejo asociativo "acción/intención" en un sujeto, cuando el otro realiza una acción que en base a las neuronas espejo provoca en el cerebro del sujeto observador la acción equivalente, ésta acción evocaría en éste la intención que con ella está asociada. Por eso el sujeto va a atribuir al otro la intención que tendría la acción si la realizase él mismo.

Se entiende entonces que la lectura que alguien hace de las intenciones del otro es, en gran medida, atribución desde las propias intenciones, con lo cual el mecanismo de proyección es estructural en la intersubjetividad y no mero proceso defensivo. La defensa, en realidad, hace uso de una propiedad estructural del psiquismo.

Quedan muchos interrogantes fascinantes para resolver: ¿qué papel tienen estas "neuronas espejo" en los fenómenos de identificación masiva, de falta de discriminación sujeto/objeto, en la tendencia de algunas personas a mimetizarse con el otro, de la identificación histórica, en la identificación con los estados emocionales del otro? ¿Es factible que así como ciertas cualidades -orientación espacial, habilidad lingüística, habilidad musical, etc.- están biológicamente condicionadas, lo mismo suceda con el mayor o menor desarrollo, diferente para cada individuo, del sistema percepción/ejecución, y de las neuronas espejo? O, más bien, ¿dependerá el desarrollo de este sistema de la estimulación y respuesta adecuada por parte del cuidador/a? Las respuestas no pueden provenir de las preferencias ideológicas -biologistas vs. intersubjetivistas, innatistas vs. ambientalistas- sino de investigaciones concretas que se extiendan a otras esferas, como por ejemplo a la percepción/ resonancia/ reconocimiento de estados emocionales.

En este sentido, el hecho comprobado experimentalmente que percibir ciertos estados emocionales del otro/a hacen resonar estados equivalentes en el sujeto ("contagia", "entona", Stern, 1985) y provoca mímica similar (Hess y Blairy, 2001), conduce a la pregunta ¿cuáles serían las "neuronas espejo" o los circuitos para este tipo de fenómenos? Ya hay conocimiento sobre algunos componentes de esos probables circuitos: la amígdala cerebral interviene en el reconocimiento de caras y de voces que expresan estados emocionales, y en la coordinación entre las modalidades visuales y auditivas de reconocimiento (Dolan, Morris y Gelder, 2001). En un importante estudio neuroanatómico de reconocimiento de caras que expresan estados emocionales, Adolphs y col. (2000) llegan a la conclusión que: "Estos hallazgos son consistentes con la idea de que reconocemos el estado emocional de otro individuo mediante el generar internamente representaciones somatosensoriales que simulan cómo el otro individuo sentiría cuando despliega cierta expresión facial." Es decir, la observación de una cara expresando emociones activa las áreas somatosensoriales que corresponden en el observador a esas emociones.

Bibliografía

Adolphs, R., Damasio, H., Tranel, D., Cooper, G., Damasio, A.R. (2000). A role for somatosensory cortices in the visual recognition of emotion as revealed by three-dimensional lesion mapping. *Journal of Neuroscience*, Vol. 20, No. 7, p. 2683-90.

Blakemore, S.-J., Decety, J. (2001). From the perception of action to the understanding of intention. *Nature Reviews: Neuroscience*, 2 , 561-567.

Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.

Bleichmar, H. (1999). Fundamentos y aplicaciones del enfoque "Modular-Transformacional". *Aperturas Psicoanalíticas*, No. 1 (Texto completo en Internet: <http://www.aperturas.org>)

Bleichmar, H. (1999b) Del apego al deseo de intimidad: las angustias del desencuentro. *Aperturas Psicoanalíticas* (www.aperturas.org)

Bleichmar, H. (2000). Aplicación del enfoque "Modular-Transformacional" al diagnóstico de los trastornos narcisistas. *Aperturas Psicoanalíticas*, org, No. 5. (Texto completo en Internet: <http://www.aperturas.org>)

Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes *Aperturas Psicoanalíticas*. No. 9. (Texto completo en Internet: <http://www.aperturas.org>)

Billow, R. (2000): Una propuesta intersubjetiva sobre el entitlement (sentirse con derecho). *Aperturas Psicoanalíticas*, No. 6. (Texto completo en Internet: <http://www.aperturas.org>)

Dolan, R.J., Morris, J.S, y Gelder, B. (2001). Crossmodal binding of fear in voice and face. *Proc. Nat. Acad. Sci. USA*, vol. 98, No. 17 p. 10006-10010.

Eagle, M. y Wolitzky (1997). Empathy: A psychoanalytic perspective. En Bohart, A.C. y Greenberg, L. (comp). *Empathy reconsidered. New directions in Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.

Goldberg, A. (1994) Farewell to the objective analyst. *International. J. Psycho-Analysis*, 75:21-30

Hayes, G. (1994). Empathy: A conceptual and clinical deconstruction. *Psychoanalytic Dialogues*, 4: 409-424.

Hess, U. y Blairy S. (2001). Facial mimicry and emotional contagion to dynamic emotional facial expressions and their influence on decoding accuracy. *International Journal of Psychophysiology*, Vol. 40, No. 2, p.:129-41.

Hoffman, M.L. (2000). Empathy and moral development. Implications for caring and justice. Cambridge University Press.

MacIsaac, D. (1997). Empathy: Heinz Kohut's contribution. En Bohart, A.C. y Greenberg, L. (comp). *Empathy reconsidered. New directions in Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.

Kohut (1959). Introspection, empathy and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory. En Ornstein, O. (comp.). *The search for the self*, Vol. 1, p. 205-232. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1971). *El análisis del Self*. Buenos Aires: Amorrortu.

Kohut, H. (1977). *La restauración del Self*. Buenos Aires: Amorrortu.

Kohut, H. (1979). The two analysis of Mr. Z. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 3-27.

Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., Fosshage, J. L. (1992). *Self and Motivational Systems: Toward a Theory of Psychoanalytic Technique*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press. (amplia reseña en Aperturas Psicoanalíticas, No 9, Noviembre, 2001, <http://www.aperturas.org>).

Orange, D. M., Atwood, G. E., Stolorow, R. D. (1997). *Working Intersubjectively. Contextualism in Psychoanalytic Practice*. Hillsdale: The Analytic Press. (Amplia reseña en Aperturas Psicoanalíticas, No. 3, Noviembre 1999, <http://www.aperturas.org>)

O'Connel, M. (2001). Realidad subjetiva, realidad objetiva, modos de relación y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas* No. 8 . <http://www.aperturas.org>

Rizzolatti, G., Fogassi, L., Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews: Neuroscience*, 2 , 661-670.

Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books. (*El mundo interpersonal del infante*. Paidós: Buenos Aires, 1991).