

PROCESO RELACIONAL DE GRUPO E INTERSUBJETIVIDAD: LA PRESENCIA Y LA SINTONÍA COMO FACTORES TERAPÉUTICOS EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

RELATIONAL GROUP PROCESS AND INTERSUBJECTIVITY: PRESENCE AND ATTUNEMENT AS THERAPEUTIC FACTORS IN GROUP PSYCHOTHERAPY

Dr. José Manuel Martínez Rodríguez

Psiquiatra. Analista Transaccional Docente y Supervisor (TSTA- ITAA-EATA). Psicoterapeuta Integrativo Docente y Supervisor Internacional (IIPT.-IIPA). Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martínez Rodríguez, J.M. (2016). Proceso Relacional de Grupo e Intersubjetividad: La Presencia y la Sintonía como Factores Terapéuticos en Psicoterapia de Grupo. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 85-94.

Resumen

Los grupos permiten apreciar con mayor claridad que la calidad de la experiencia, de la atmósfera grupal, y de la historia de los acontecimientos no dependen de nadie en particular sino más bien son el resultado de una construcción conjunta. Poner un foco intersubjetivo en psicoterapia permite profundizar el proceso psicoterapéutico y reparar los trastornos del Sí mismo. La Psicoterapia Integrativa suministra métodos útiles para el trabajo grupal que permiten hacer intervenciones eficaces con un abordaje intersubjetivo.

Palabras Clave: *psicoterapia de grupo, proceso relacional, intersubjetividad, presencia, sintonía.*

Abstract

Groups allow participants to see with increased clarity that the quality of experience, of group atmosphere, and the history of events are not dependent on anybody in particular, but is instead the result of a co-construction. Placing an intersubjective focus in psychotherapy allows to deepen the psychotherapeutic process and to restore the injuries to the Self. Integrative Psychotherapy gives useful method to group psychotherapy work to make effective interventions with an intersubjective approach.

Keywords: *group psychotherapy, relational process, intersubjectivity, presence, attunement.*



Introducción: El paradigma intersubjetivo en psicoterapia de grupo

Los grupos permiten apreciar con claridad que la calidad de la experiencia, de la atmósfera grupal, y de la historia de los acontecimientos no dependen de nadie en particular sino más bien son el resultado de una construcción conjunta. Esto es observable tanto en los pequeños grupos como en los grandes, en los grupos terapéuticos y también a nivel social. Berne (1963, 1966) mostró la continuidad existente entre los pequeños grupos, los grupos de psicoterapia y las organizaciones sociales medianas y grandes y la forma en que comparten ciertos principios estructurales y funcionales especialmente lo que denominó los procesos interno y externo de grupo. Estas dinámicas son en parte el resultado de las confluencias temporales que se producen entre lo que Berne denominaba las “proclividades” individuales, esto es, los deseos inconscientes de los miembros, y, por otra, de la necesidad de supervivencia de los grupos.

En mi experiencia el paradigma intersubjetivo en psicoterapia individual y de grupo permite desplazar el foco del trabajo terapéutico de uno centrado en la resolución de conflictos conscientes o inconscientes a otro enfocado en la resolución de los trastornos del self. Así, frente a un Análisis “objetivo” del cliente, el abordaje intersubjetivo pone el acento en la dificultad del terapeuta para ser “neutro” y “objetivo” (Stolorow y Atwood, 1979, 2004; Atwood y Stolorow, 1984; De Young, 2003). No hay forma de separar el observador de lo observado. El papel del observador modifica el campo observado. Esto es algo que se acepta como una limitación incluso del método de conocimiento científico desde que el Premio Nobel de Física Erwin Schrodinger pusiera de manifiesto que el resultado de ciertos experimentos subatómicos viene determinado por la conciencia del observador que los registra (Greene, 1999).

El terapeuta en el mejor de los casos es un observador participante en el proceso terapéutico. Si no fuéramos conscientes de esto tenderíamos a tratar al cliente como una mente aislada sobre la que se emiten juicios de valor (Stolorow y Atwood, 1979, 2004; Atwood y Stolorow, 1984; De Young, 2003). Nos mantenemos en un nivel intersubjetivo cuando somos conscientes de nuestro rol como observadores participantes en el proceso del otro.

El enfoque intersubjetivo analiza los factores de la díada cliente-terapeuta que hacen de la relación terapéutica una co-construcción. Un proceso único e irrepetible más allá de las prescripciones canónicas de una escuela de psicoterapia. Este abordaje requiere que el terapeuta tenga en cuenta sus propias creencias de guion, su contratransferencia, y entienda como esto moviliza la propia transferencia del cliente. También que esté abierto a la resonancia con las vivencias del cliente para poder elaborar los estados preverbales que son evocados durante el proceso terapéutico.

La relación terapéutica que tiene lugar se construye conjuntamente y las características que adopta dependen estrechamente de las dos personas participantes en el proceso. Dado que sólo es posible el desarrollo del self en el contexto de

una relación (Erskine, 1991) será en la relación terapéutica donde el sujeto va a encontrar la oportunidad de hallar el vocabulario necesario para denominar y simbolizar las necesidades frustradas.

El conjunto de los métodos relacionales en Psicoterapia Integrativa es una guía de tratamiento intersubjetivo. Actualmente disponemos de un conjunto de métodos relacionales claros y precisos que hacen posible este trabajo de reestructuración del self, especialmente la sintonización e implicación del terapeuta junto a una indagación respetuosa sucesivamente enfocada sobre niveles cada vez más profundos de la experiencia. Por otra parte la aplicación de estos métodos al trabajo de grupo bajo la forma de Proceso Relacional de Grupo (Erskine, 2013) permite trasladar la dimensión intersubjetiva de la Psicoterapia Integrativa al trabajo de grupo tanto en psicoterapia como en docencia y supervisión.

Diferentes niveles relacionales en psicoterapia de grupo

¿Es posible la integración a solas? La experiencia muestra que es esencial la presencia de un otro para que se produzca. Es muy difícil que una persona pueda desandar por sí misma los hitos fragmentadores de su historia personal. También en psicoterapia la integración personal se produce gracias al otro. Por esta razón el grupo terapéutico es una matriz potencial donde las personas que están en condiciones de incorporarse pueden hacer un trabajo interpersonal integrador.

Si bien la presencia de otro es necesaria no es, sin embargo, suficiente. Ese otro ha de tener una actitud y una sintonía específica para que la integración sea posible. La propia relación terapéutica en el grupo ha de ser capaz de suministrar una respuesta a las necesidades de estimulación, reconocimiento y estructura del sujeto. Desde este punto de vista un grupo maduro es capaz de generar oportunidades terapéuticas para profundizar el autoconocimiento y la ampliación de la experiencia interna.

El terapeuta de grupo integrativo ha de facilitar el establecimiento de relaciones en el que den reconocimiento a cada sujeto y sus necesidades; que reestructuren los significados privados y la narrativa de sus problemas; una matriz relacional que a la vez sirva como un entorno estimular que responda a las experiencias corporales.

En consonancia en mi práctica clínica como terapeuta de grupo señalo al grupo la importancia de prestar atención a tres niveles relacionales en orden a facilitar la integración de cada individuo: la comunicación verbal consciente, la comunicación no verbal, y los aspectos no verbalizados de la experiencia que están continuamente presentes. En cada miembro del grupo es importante atender a todos ellos, sin embargo hay personas en los que unos son más importantes que otros y la actividad grupal ha de responder en consonancia.

En el primero de estos niveles trabajamos con las verbalizaciones conscientes del sujeto, con su demanda de ayuda mediada por sus creencias de guion y sus conflictos conscientes. La comunicación verbal es muy importante para facilitar la integración. Pero no lo es todo, y en algunos casos ni siquiera es lo más importante.

En el segundo nivel trabajamos con los aspectos inconscientes de la experiencia mediados a través de la expresión no verbal de emociones, que se expresan como transacciones cruzadas, ulteriores y rupturas del contacto. Es el nivel de la expresión de los conflictos intrapsíquicos inconscientes que, en momentos de estrés, se alivian y expresan mediante síntomas generalmente egodistónicos. Sin embargo, y en tanto los síntomas tienen el valor de mensajes simbólicos, estamos en el ámbito de una experiencia previamente verbalizada pero de la que el sujeto se ha desconectado mediante mecanismos de defensa. Es un nivel que se expresa en la relación terapéutica a través de la matriz transferencial contratransferencial (Erskine, 1991; Martínez y Fernández, 1991; Little, 2006, 2011; Martínez, 2013; Martínez y Fernández, 2013; Martínez y Martín 2015a, 2015b). Transferencialmente estos conflictos se expresan ante el otro como experiencias que conllevan mensajes infantiles dirigidos a un interlocutor arcaico específico y que expresan necesidades descubiertas que han sido reprimidas, escindidas o disociadas.

Tabla 1
Tres Niveles Relacionales en Psicoterapia de Grupo

Nivel	Sí mismo	El otro	Proceso	Resolución
Comunicación verbal consciente	Experiencia consciente	El otro del grupo como interlocutor	Elaboración de significados compartidos	Reescritura de la historia
Comunicación no verbal	Experiencia inconsciente	El otro del grupo como pantalla	Elaboración de la transferencia y la contratransferencia	Resolución de conflictos inconscientes
Experiencia no simbolizada	Experiencia corporal no simbolizada continuamente presente	El otro del grupo como espejo unificador y/o entorno estimular	Regulación de la experiencia	Reestructuración del Sí mismo nuclear

En el tercer nivel nos encontramos ante la experiencia no verbalizada del sujeto que se expresa como patrones procedimentales neurológicos de la vida de relación que fundamentan corporalmente la calidad de la experiencia en cada momento de la vida. La historia y el tiempo han sido sustituidos por configuraciones específicas de reactividad neuromuscular y vegetativa del sistema nervioso. Nos encontramos en un nivel previo a la experiencia intersubjetiva. La reparación de este nivel es posible a través de una respuesta grupal sintónica con las necesidades de niveles evolutivos preverbales y a través del trabajo corporal. Introducimos la experiencia intersubjetiva a través de la terapia.

Para que el trabajo terapéutico pueda acceder a niveles profundos y facilitar la integración de experiencias arcaicas es muy importante establecer una relación terapéutica que esté abierta a los tres niveles citados mediante las transacciones

empáticas (Clark, 1991) y llevando a la matriz grupal los métodos de la “KeyHole” u “Ojo de la Cerradura” bajo la forma de Proceso Relacional de Grupo (Erskine, 1988, 1989, 1993; Erskine y Trautmann, 1997; Erskine, 1998; Erskine, Moursund y Trautmann, 1999; Moursund y Erskine, 2003; Erskine, 2013; Erskine, 2015).

Prestar atención a niveles relacionales e intersubjetivos está al servicio de la reconstrucción del self, además, y más allá, del análisis y resolución de los conflictos. Esto es así siempre que seamos conscientes de que la propia relación terapéutica en el grupo suministra una respuesta a las necesidades de estimulación, reconocimiento y estructura del sujeto.

La intersubjetividad en los grupos

Los estudios de Trevarthen muestran que la necesidad de apego de los bebés, así como la necesidad de compartir acciones y aprendizajes con sus figuras primarias de afecto, es el fundamento de los grupos sociales y de la motivación para construir una narrativa cultural que funciona como un “hogar” para la gente (Trevarthen, 1979, 2005, 2011). Este autor muestra que las teorías de la intersubjetividad forman la base para comprender la motivación rítmica para la camaradería a diferentes niveles de intimidad en los grupos sociales. Los grupos pueden sincronizar estados mentales subjetivos autorreguladores para compartir objetivos, intereses y sentimientos (Trevarthen, 2009). Esto ayuda a comprender las narrativas grupales, el aprendizaje cultural y la regulación grupal de las actitudes morales en una comunidad dada. La conexión de cerebros en estados mentales cooperativos o competitivos genera una especie de inteligencia conocida ahora como el “cerebro social” (Adolphs, 2003, 2006; Dunbar, 1998).

Por otra parte el Proceso Relacional de Grupo, que es una Terapia de Grupo Analítico Transaccional (Erskine, 2013) fundada en los principios filosóficos y teóricos de la Psicoterapia Integrativa, promueve el desarrollo de dinámicas intersubjetivas en el grupo. La aplicación con una visión intersubjetiva de la indagación, la sintonía y la implicación en el formato grupal genera nuevas oportunidades terapéuticas. Las intervenciones de los participantes en el grupo pueden generar un entorno intersubjetivo cuando éstos se hacen conscientes de que la experiencia grupal viene construida conjuntamente.

INTERSUBJETIVIDAD EN LOS GRUPOS DE PSICOTERAPIA

- “Quiero conocerte con mis preguntas. Además mis preguntas son para ti ya que tú puedes conocerte mejor con tus respuestas”.
- “Mis preguntas te hablan de mi. Puedes conocerme mejor a través de ellas”.
- “Lo que experimento contigo me ayuda a preguntarme por mi mismo”
- “Tu experiencia será potencialmente una llave que puede abrir mi inconsciente”.
- “Mi apertura será potencialmente una llave para ponerte en contacto con el tuyo”.
- “Juntos nos conoceremos mejor y podemos celebrar nuestra experiencia compartida”.

En ese momento se hace más claro que el deseo de los miembros de conocerse entre sí puede transformarse en una oportunidad de que cada uno se entienda a sí mismo mejor en el curso de la interacción con los demás y a través de las preguntas de los demás. En este caso el que las formula envía un mensaje al receptor: “Quiero conocerte con mis preguntas. Además mis preguntas son para ti mismo/a ya que tú puedes conocerte mejor con tus respuestas”.

Si consideramos las interacciones grupales desde un punto de vista intersubjetivo es probable que el receptor de esta indagación haya sido desde unos minutos antes un estímulo para el otro y su demanda. Puede que con su silencio, o con el contenido verbal de sus declaraciones, o a través de su comunicación no verbal haya estimulado un proceso interno en su compañero/a. De este proceso intrapsíquico surge una interrogación sobre el otro, que puede que inconscientemente sea una interrogación sobre sí. Así que en el proceso intersubjetivo el mensaje del que formula la indagación es: “A la vez mis preguntas te hablan de mí. Puedes conocerme mejor a través de ellas”. Por otra parte, la persona que da un feedback a la otra comunica algo así: “Lo que estoy experimentando contigo me ayuda a formularme preguntas sobre mi presente y mi pasado”.

La experiencia de los demás en el grupo es una llave que puede abrir áreas inconscientes que pertenecen a la historia rechazada o repudiada de algunos miembros. Por otra parte la elaboración consciente que alguien hace de su experiencia puede ser la llave que abra territorios ignotos en los demás a medida que se pone en contacto con aspectos olvidados, reprimidos, escindidos o disociados de su experiencia.

Es en la experiencia co-creada y compartida en el curso de la elaboración que cada Sí mismo individual tiene la oportunidad de ser reconocido, validado, restaurado y celebrado, una celebración en la que se da la bienvenida a parte de sí en la matriz grupal.

La tarea del terapeuta de ser sensible a la vulnerabilidad individual y la detección de los puntos en que los pacientes están en riesgo de sentir vergüenza, humillación o fragmentación, se acrecienta en grupo (Martínez, 2001). Esta sintonía ha de ser con cada individuo y con el grupo en su totalidad. Sin embargo en grupo se producen rupturas inevitables de la empatía. Livingston y Livingston (1998) han mostrado los factores que dificultan mantener una posición empática en el grupo. En efecto, en ocasiones dos pacientes necesitan expresarse, ser escuchados y validados a la vez. En otras ocasiones el grupo en su totalidad se siente amenazado por la incorporación de un paciente violento y le rechaza.

Especialmente en el caso de los pacientes que realizan proyecciones paranoides, como vamos a ver en el caso que sigue, el grupo reacciona agresivamente en un intento de exclusión (Martínez, 2001). Sin embargo esta exclusión que se genera como medida de protección del grupo ante la admisión de personas con trastornos delirantes fomenta la ideación paranoide del sujeto excluido.

H tiene 31 años y es transportista. Su mujer, embarazada en la actualidad, le ha planteado recientemente una amenaza de divorcio. Ha sido ingresado en nuestro Hospital por orden judicial presentando una psicosis tóxica por cocaína con delirios de persecución. Tiene la sensación vaga de que es objeto de un complot. Se siente rodeado de gente que le espía, sin saber muy bien la razón. En el momento del ingreso venía acompañado por varios policías que le contenían. Llevaba dos días en un estado de agitación psicomotriz prácticamente incontrolable. En el Servicio de Urgencias se enfrenta con el psiquiatra que se encarga de la admisión. Le insulta, le amenaza personalmente y se niega a tomar ninguna medicación tranquilizante. Al día siguiente por la mañana continúa delirante y amenaza al psiquiatra encargado de su tratamiento y a otros miembros del personal. En esta escalada de violencia el equipo duda si incluirle o no en el grupo terapéutico que se realiza diariamente en la Unidad de Atención en Crisis. El grupo es la primera de las actividades terapéuticas en las que participan las personas admitidas en la Unidad y el trabajo durante la sesión está dirigido a ofrecer un entorno seguro que le facilite la transición desde el entorno de procedencia (Martínez, Quiroga, Pérez et al., 1997). Los grupos de psicoterapia en las Unidades de agudos cumplen un papel fundamental para reducir el impacto de los factores potencialmente estresantes asociados a la hospitalización y a la situación de crisis en la que ingresan los pacientes, constituyéndose como un factor protector y necesario para disminuir la ansiedad de los pacientes y disminuir las proyecciones paranoides que están en la base de muchas actuaciones violentas (Martínez, 1997; Martín y Martínez, 2009). El terapeuta decide invitarle. Él acepta.

Se sienta al lado de la puerta. El grupo lo forman otras 12 personas más. Todas ellas han sufrido alguno de los efectos de la violencia, la humillación y la vergüenza en sus vidas de una manera o de otra, unos de una forma más o menos dramática, otros de forma crónica y encubierta y otros en su infancia bajo la forma de traumas acumulativos.

Al inicio de la sesión R se erige en líder del grupo intentando paralizar la dinámica y convertir la sesión en un juicio dirigido contra el recién llegado: “Hoy pido hacer una sesión especial, ya que han pasado cosas muy graves...”. Explica que la tarde y noche anteriores H ha insultado gravemente a las personas ingresadas en la Unidad. Hablando por ellos explica vehementemente que han sido tratados como “escoria”, por “ese sujeto”. R es un médico de 54 años, con rasgos de desconfianza prominente que desde hace 15 años vagabundea de ciudad en ciudad sin consolidar relaciones estables. Tiene facilidad para sentirse insultado, despreciado o acusado.

H responde de forma defensiva criticando y amenazando durante la sesión a R: “¿Usted quién es para decir lo que yo debo hacer? ¿Usted que sabe?”. “Yo lo único que digo es que este no es mi sitio y que me quiero ir”. La tensión en el grupo crece. R insiste más vehementemente en pedir que no se admita ni en el grupo, ni siquiera en la Unidad a H. Insta a “los perjudicados” a confirmar sus apreciaciones. “En esta Unidad somos una familia unida en el dolor y nos apoyamos mutuamente.

Él ha venido a destruirnos. Va a destruir la Unidad si le dejamos”

El terapeuta recuerda las reglas del grupo: expresar pero no actuar la rabia, respetarse mutuamente, escuchar y no interrumpir a quien expone sus experiencias como elementos imprescindibles para que el trabajo del grupo pueda ser posible. “Va a ser bueno para este grupo el dar cabida a los sentimientos y la experiencia de todos los que estamos aquí sin descontar nada ni a nadie”.

Con su silencio el grupo apoya las intervenciones de R, que se ha erigido en representante de las fuerzas excluyentes del colectivo. En realidad H el día anterior se comportó de forma grosera y despectiva con algunos pacientes y el resultado ha sido que en el día de la sesión el grupo reaccione de una forma tan excluyente. Entre las personas afectadas que hoy expresan su rechazo se encuentra I, una mujer de 49 años que lleva viviendo 25 con un marido desconfiado y celoso. También está M, que experimenta la indiferencia y la humillación de su esposo, que se siente como “un bicho raro” y teme ser considerada “la loca” en su comunidad. L ha sufrido malos tratos por parte de su pareja desde hace 10 años. Otra persona en el grupo es F, una mujer de 35 años que experimenta los reproches de sus alucinaciones auditivas que la amenazan si revela sus vivencias a sus compañeros. La mayor parte de los otros miembros del grupo también ha sufrido la humillación y la vergüenza en diversos contextos.

Con su comportamiento tanto en la Unidad de Hospitalización como en el grupo, H se encuentra repitiendo una situación bien conocida para él que es la de la exclusión: se encuentra excluido del ámbito de la toma de decisiones importantes en su familia de origen y en su familia propia, se ve acusado de dañar a los demás con sus actuaciones, criticado y vigilado y ahora conducido al Hospital en contra de su voluntad. Su incorporación al grupo pone a sus compañeros en riesgo de conectar con los abusos sufridos en sus vidas propias.

A lo largo de la tumultuosa sesión, el terapeuta intenta dar cabida, reconocer y validar tanto la indignación de los miembros del grupo como los sentimientos de rechazo que experimenta el recién llegado. Realiza intervenciones de reconocimiento de la experiencia de H: “Siento que esté aquí en contra de su voluntad. Debe ser una situación muy difícil el haber sido traído a la fuerza”. La tensión de H disminuye visiblemente cuando se contempla un lado de su experiencia que no está siendo tenido en cuenta por el grupo. La disminución de su tensión interna alivia el temor del grupo, que disminuye entonces su oposición al recién llegado. Al final de la sesión H pide disculpas al grupo por su comportamiento. El terapeuta a su vez valida la experiencia de R: “Quizá algo muy importante se está movilizándose dentro de usted...”.

Conclusión

En la medida en la que el proceso relacional de grupo consigue ofrecer un espacio de acogida el sujeto va a tener una experiencia contenedora para dar un lugar a sus síntomas en su mundo interno y ganar en integración interna (Martín y

Martínez, 2009). El apoyo genuino mostrado a través de la comprensión, aceptación y reconocimiento al paciente, la validación y normalización de sus patrones comportamentales y la sintonía y presencia mutua de los miembros del grupo y del terapeuta es la herramienta más potente para disminuir la angustia asociada a la fragmentación.

Referencias bibliográficas

- Adolphs, R. (2003). Investigating the cognitive neuroscience of social behavior. *Neuropsychologia*, 41(2), 119–126.
- Adolphs, R. (2006). The social brain. *Engineering and Science*, 1, 13–19.
- Atwood G. E. y Stolorow R. D. (1984). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Berne, E. (1963). *The Structure and Dynamics of Organisations and Groups*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Berne, E. (1966). *Principles of group treatment*. Nueva York, NY: Grove Press. Versión castellana: *Introducción al Tratamiento de Grupo*. Barcelona: Ediciones Grijalbo, 10ª Edición [1.983].
- Clark, B. D. (1991). Empathic transactions in the deconfusion of Child ego states. *Transactional Analysis Journal*, 21(2), 92-98.
- De Young P. (2003). *Relational Psychotherapy*. Nueva York, NY: Brunner-Routledge.
- Dunbar, R. I. M. (1998). The social brain hypothesis. *Evolutionary Anthropology: Issues, News, and Reviews*, 6 (5), 178–190.
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (1988). *Integrative Psychotherapy in action*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Erskine R. G. (1989). A relationship therapy: developmental perspectives. En: B. R. Loria (Ed.), *Developmental theories and the clinical process: Conference proceedings of the Eastern Regional Transactional Analysis Conference* (pp. 123-135). Madison, WI: Omnipress.
- Erskine, R. G. (1991). Transference and transactions: Critique from an intrapsychic and integrative perspective. *Transactional Analysis Journal*, 21(2), 63-76.
- Erskine, R. G. (1993). Inquiry, attunement, and involvement in the psychotherapy of dissociation. *Transactional Analysis Journal*, 23(4), 184-190.
- Erskine R. G. y Trautmann, R. L. (1997). *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A volume of selected articles*. San Francisco, CA: TA Press.
- Erskine R.G. (1998). The therapeutic relationship: integrating motivation and personality theories. *Transactional Analysis Journal*, 28(2), 132-141.
- Erskine R. G., Moursund J. P., Trautmann R. L. (1999). *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship*. Nueva York, NY: Routledge.
- Erskine, R. G. (2013). Relational Group Process. Developments in a Transactional Analysis Model of Group Psychotherapy. *Transactional Analysis Journal* 43(4), 262-275.
- Erskine, R. G. (2015). *Relational patterns, therapeutic presence*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Little R. (2006). Treatment considerations when working with pathological narcissism. *Transactional Analysis Journal*, 36(4), 303-317.
- Little, R. (2011). Impasse Clarification Within the Transference Countertransference Matrix. *Transactional Analysis Journal*, 41(1), 22-38.
- Livingston, M. S. y Livingston, L. R. (1998): Conflict and Agression in Group Psychotherapy: A SelfPsychological Vantage Point. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48(3), 381-391.
- Martín, B. y Martínez, J. M. (2009). Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(103), 79-96.
- Martínez, J. M. (2001). El Miedo, las Proyecciones Paranoideas y la Violencia en los Grupos de Pacientes en Crisis. *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 19, 89-102.
- Martínez, J. M. (2013). Transferencia y contratransferencia en los Trastornos de la Personalidad. *Revista de Análisis Transaccional*, 2, 43-60.

- Martínez, J. M. y Fernández, B. (1991). Análisis Estructural y Transferencia en los Trastornos Límite. *Revista Española de Análisis Transaccional*, 27, 1082-1099.
- Martínez, J. M. y Fernández, B. (2013). Tres psicodinamias en los intentos de suicidio. *Revista de Análisis Transaccional*, 2, 61-76.
- Martínez, J. M. y Martín, B. (2015a). Psicoterapia Relacional del Trastorno Límite de la Personalidad. Parte I. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 19-35.
- Martínez, J. M. y Martín, B. (2015b). Psicoterapia Relacional del Trastorno Límite de la Personalidad. Parte II. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 587-606.
- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2003). *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole - Thomson/Wadsworth.
- Stolorow, R. D. y Atwood, G. E. (1979). *Faces in a Cloud. Intersubjectivity in Personality Theory*. New Jersey: Jason Aronson.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginning of human Communication* (pp. 321-347). Londres, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Trevarthen, C. (2005). Stepping away from the mirror: Pride and shame in adventures of companionship. Reflections on the nature and emotional needs of infant intersubjectivity. En C. S. Carter, L. Ahnert, et al. (Eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis, (Dahlem Workshop Report 92)*, (pp. 55-84). Cambridge, MA: MIT Press.
- Trevarthen, C. (2009). Human biochronology: On the source and functions of "musicality." In R. Haas & V. Brandes (Eds.), *Music that works: Contributions of biology, neurophysiology, psychology, sociology, medicine and musicology* (pp. 221-265). Nueva York, NY: Springer.
- Trevarthen, C. (2011). La Psicobiología Intersubjetiva del Significado Humano: El aprendizaje de la cultura depende del interés en el trabajo práctico cooperativo y del cariño por el gozoso arte de la buena compañía. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(1), 17-33.