

Después del pluralismo: Un nuevo paradigma psicoanalítico integrado

Juan Pablo Jiménez **

Después de constatar el aislamiento secular del psicoanálisis de las disciplinas vecinas y de analizar algunas razones de la diversidad de escuelas y de la fragmentación del conocimiento en psicoanálisis, se plantea la necesidad de adoptar criterios de correspondencia, además de los de coherencia hermenéutica, para la validación de hipótesis psicoanalíticas. Los desarrollos modernos en ciencias neurocognitivas han salido al encuentro de la crisis del psicoanálisis con la proposición de integrarlo en un nuevo paradigma de construcción de teoría de la mente. Este paradigma emergente integra el conocimiento clínico con las ciencias neurocognitivas, los hallazgos de la investigación en proceso y resultados en psicoterapia y psicoanálisis, de la investigación en relación temprana madre-bebé y de la psicopatología evolutiva. Se examinan los modelos teórico-técnicos basados respectivamente en el concepto de pulsión y de relación y se los confronta con los hallazgos interdisciplinarios. Se concluye que el modelo de relación tiene una amplia base empírica, salvo en lo que se refiere, precisamente, al descrédito del valor heurístico del concepto de pulsión. Los hallazgos interdisciplinarios proponen un reemplazo del modelo freudiano de pulsión por un modelo de sistemas motivacionales, centrados en procesos afectivos. Se extraen algunas consecuencias para la técnica de tratamiento psicoanalítico que surgen de la adopción del nuevo paradigma integrado.

Más allá de la crisis del psicoanálisis

Nos ha tocado ejercer nuestra profesión psicoanalítica en tiempos revueltos y estimulantes pues el panorama del psicoanálisis contemporáneo es ambiguo. Por un lado, durante los años noventa fuimos observadores y participantes de la discusión en torno a lo que se ha llamado la “crisis del psicoanálisis”. Muchos han contribuido a describir la situación de un psicoanálisis aislado, sin conexiones con el resto de las orientaciones psicoterapéuticas, sin puentes metodológicos con la biología, la psicología y la psiquiatría y, sobre todo, sin suficiente investigación empírica sobre la eficacia de sus tratamientos, algo que frente a una sociedad que se guía crecientemente por los criterios de la “Salud Mental Basada en la Evidencia”, arroja dudas sobre la viabilidad futura de la profesión psicoanalítica. También ha quedado clara la controversia en torno a los procesos de acumulación de conocimiento clínico, el tercer pilar de la definición freudiana de psicoanálisis. Después de décadas en que la construcción de teoría en psicoanálisis parecía dominada por el supuesto de que existía sólo una verdad psicoanalítica, esto es, una posición monista –por cierto sostenida por un ambiente autoritario en nuestras instituciones–, celebramos con entusiasmo el advenimiento de la posmodernidad, con la constatación de que el monismo es una ilusión, que la diversidad teórica (y con seguridad también la técnica) es la regla y no al revés (Wallerstein 1988, 1990).

Por cierto, Freud siempre pensó en la posibilidad de una ciencia psicoanalítica unificada e integrada. Para llegar a ella, los conocimientos clínicos deberían

** Director del *Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile*. Miembro titular *Asociación Psicoanalítica Chilena*.

"amalgamarse" hasta constituir una disciplina científica (Freud 1923a). Pero, también hay múltiples y claros indicios de que Freud pensó que la disciplina psicoanalítica sólo provisoriamente se desarrollaría independientemente de la biología. Sólo así entendemos lo que afirmara un año antes de morir: "La terapia sólo nos concierne aquí en la medida en que opera con recursos psicológicos, y *por el momento* no disponemos de otros. El *futuro* –agrega– podrá enseñarnos a influir directamente, mediante sustancias el aparato psíquico" (Freud 1940a, p. 3042; énfasis mío). Lo cierto es que Freud, a lo largo de su obra, fue consistente en sus comentarios en el sentido de que el psicoanálisis algún día se integraría con las neurociencias, aun cuando simultáneamente nunca dejó de insistir en que esto no sería posible mientras la neurociencia no desarrollara un método capaz de acomodarse a la compleja naturaleza dinámica de los procesos mentales humanos (Solms 2003).

Sin embargo, aún si sostenemos que el psicoanálisis puede constituirse como una disciplina psicológica autónoma, debemos reconocer que los conocimientos psicoanalíticos, más que acumularse ordenadamente –como corresponde a una disciplina–, parecen haberse ido "amontonando", precisamente sin mucha "disciplina", hasta el punto de que Fonagy (1999) habla de "fragmentación del conocimiento psicoanalítico" y Thomä de la "aparición caótica del psicoanálisis moderno" (2000, p.821). La verdad es que, en psicoanálisis, más que pluralismo – en realidad un eufemismo–, existe una mera pluralidad o, peor aún, una fragmentación teórica, pues carecemos de una metodología que se aplique sistemáticamente a la confrontación de las diferentes teorías y enfoques técnicos. En este sentido, Arnold Wilson nos advierte que el pluralismo de hoy, que ha llegado a remediar el monismo autoritario de ayer, "puede convertirse fácilmente en la pesadilla del mañana en ausencia de algunos principios guías que dirijan un curso que evolucione hacia la integración" (Wilson, 2000, p. 412). Ricardo Bernardi parece compartir los mismos temores. En un trabajo reciente, (Bernardi, 2004) se pregunta sobre lo qué viene después del pluralismo, sobre las condiciones necesarias para que la situación de diversidad en el campo psicoanalítico se convierta en un factor de progreso para el psicoanálisis. Porque, por mucho que aplaudamos con entusiasmo la diversidad en psicoanálisis, ésta no deja de tener lados oscuros. Quizás no sea exagerado afirmar que cada vez que clínicos formados en diferentes orientaciones y culturas psicoanalíticas intentamos comunicarnos, reproducimos dolorosamente la "babelización" del psicoanálisis. La investigaciones de Bernardi (2002, 2003) sobre la manera como los psicoanalistas argumentamos en nuestras controversias, dejan una sensación pesimista sobre la capacidad de nuestra comunidad psicoanalítica de encontrar una salida a esta situación. A mi entender, superar este *impasse* sin "cambios estructurales", esto es, sin modificar el paradigma de construcción de teoría en psicoanálisis, significaría nada menos que saltar por sobre nuestra propia sombra, algo por cierto imposible.

Y esto es así porque diversos autores han demostrado que la tendencia a la fragmentación del conocimiento es inherente al desarrollo de un psicoanálisis que se basa solamente en principios hermenéuticos (Thomä y Kächele, 1989; Strenger

1991; Fonagy 1999; Jiménez 2004). Para Fonagy (1999), por ejemplo, problemas relativos al razonamiento inductivo explican la sobre abundancia de teorización y la fragmentación del conocimiento psicoanalítico y serían, en última instancia, los responsables del aislamiento secular del psicoanálisis de las dos ramas mayores de actividad científica que pertenecen al mismo campo: la neurobiología y la psicología.

La estrategia básica de construcción de teoría en psicoanálisis calza dentro del llamado “inductivismo enumerativo” (esto es, la acumulación de *ejemplos* consistentes con una premisa). Al tratar un paciente tenemos acceso a un conjunto de observaciones que surgen de la evaluación y evolución del proceso terapéutico. A partir de esta muestra, relevamos ciertas observaciones como “hechos seleccionados” y, en base a ellas, extraemos conclusiones sobre cómo se comporta generalmente nuestro paciente y sobre las razones de por qué lo hace de esa manera. El analista estará así predispuesto a fijarse en aquellos aspectos de la conducta del paciente y de la relación con él que hacen sentido en términos de los propios constructos teóricos privilegiados. Desde luego, estos últimos también han surgido de observaciones formuladas en las “teorías clínicas” de otros analistas, construidas a propósitos de otros casos clínicos (Fonagy 2003, p.287). Klimosky nos enseña que el problema planteado por el método inductivo “es el de cómo es posible establecer leyes científicas, puesto que son proposiciones universales, en tanto que los datos que en cualquier momento poseemos son en número finito. ... La única solución consiste en admitir que cuando los datos son en número suficientemente grande y no hay ningún caso en contra, entonces es legítimo pasar a la ley y a la generalización. ... En la práctica científica hacemos inducciones, pero más bien para pasar de los datos a las hipótesis generales. Hacer una inducción –continúa Klimosky–, no tiene valor probatorio, puesto que la muestra de datos, por grande que sea, no agota la población. Y es bien posible que fuera de la muestra esté escondida la oveja negra, el *contraejemplo* que invalida la generalización. En realidad, no hay ninguna inferencia correcta que permita verificar una generalización a partir de un número finito de datos. El método inductivo –finaliza Klimosky–, pertenece al contexto del descubrimiento, ya que en sus aplicaciones lo que realmente se obtiene es una hipótesis, que no pasa de ser una conjetura que habría que investigar [por otros métodos] para saber si es o no válida” (Klimosky 2004, p. 67).

Si bien se puede argumentar que los criterios hermenéuticos de coherencia narrativa sirven para guiar la validación en el trabajo clínico cotidiano, es decir, para el proceso interpretativo dentro de la sesión, de acuerdo con la estrategia de ensayo y error descrita por Rubovitz-Seitz (1992), ésta no es suficiente como criterio de verdad para la validación de la teoría psicoanalítica como conocimiento nomotético. Como lo afirma Strenger (1991), además de demostrar coherencia interna, las proposiciones teóricas deben ser consistentes con el conocimiento generalmente aceptado, incorporado en disciplinas vecinas, y ser coherentes con él. En jerga técnica, esto significa agregar criterios de correspondencia. Por lo demás, desde el punto de vista del sentido común epistemológico, éste es un requisito estándar para cualquier teoría científica.

Parece ser entonces que la aplicación exclusiva del criterio de coherencia es el factor que ha conducido a la fragmentación del conocimiento en psicoanálisis. Entonces, si se quiere detener este curso no deseado, los procesos de validación de hipótesis psicoanalíticas exigen moverse hacia la búsqueda de una “coherencia ampliada” o correspondencia externa, esto es, hacia una validación en un contexto distinto de la situación analítica. El objetivo de ésta es expandir el “círculo hermenéutico” dando *un paso más allá del texto*, para encontrar consistencia con observaciones hechas en un “con-texto” diferente de aquel en el cual las hipótesis fueron generadas (Wallerstein 1993, Main 1995). El cambio de contexto está dado aquí por el uso de métodos de investigación que no sean el método psicoanalítico clínico (Thomä & Kächele 1975; Kandel 1999). El supuesto que subyace a esta búsqueda es que hay “algo ahí fuera” que, aun cuando seamos incapaces de aprehenderlo total y homogéneamente, actúa como un referente y como una condición *a priori* del diálogo psicoanalítico, tanto entre el paciente y su analista, dentro de la comunidad psicoanalítica, como también entre el psicoanálisis y el mundo académico y científico (Cavell. 1993, 1998).

En el mismo sentido, Fonagy (1999) propone algunas estrategias de validación externa del método psicoanalítico. De entre ellas, destaca la del “fortalecimiento de la base probatoria (*evidence base*) del psicoanálisis”, de acuerdo con la cual el psicoanálisis “debería desarrollar vínculos más cercanos con métodos alternativos de recolección de datos, disponibles en las ciencias sociales y biológicas modernas”. De esta manera, “la convergencia de pruebas desde varias fuentes de datos (clínica, experimental, comportamental, epidemiológica, biológica, etc.) proveerá el mejor apoyo para las teorías de la mente propuestas por el psicoanálisis” (p.45). Recientemente, Fonagy & Target (2003) han revisado las teorías psicoanalíticas más conspicuas, comparándolas sistemáticamente con los hallazgos de la investigación en psicopatología evolutiva. Esta naciente rama de la psicología del desarrollo promete ser un buena perspectiva de comparación – desde el “bebé observado”– para delimitar los alcances del llamado, por Daniel Stern, “bebé clínico”.

Las neurociencias necesitan del psicoanálisis

Por otro lado, y en contraste con el panorama crítico descrito, el eminente neurocientífico y ganador del premio Nobel de Medicina y Fisiología, Eric Kandel, planteó que, pese a todo, el “psicoanálisis sigue representando la visión de la mente más coherente y la más satisfactoria intelectualmente”. En dos trabajos pioneros (1998, 1999), Kandel hace una aguda crítica al estancamiento del psicoanálisis durante la segunda mitad del siglo XX y propone que “el desafío para los psicoanalistas es llegar a ser participantes activos en el difícil intento conjunto de la biología y la psicología, incluido el psicoanálisis, de entender la mente. Sólo así el psicoanálisis podrá “sobrevivir como una fuerza intelectual en el siglo veintiuno”. Kandel nos advierte, eso sí, que para que esta transformación en el clima intelectual del psicoanálisis ocurra, los institutos psicoanalíticos mismos deben cambiar, desde ser meros institutos profesionales a ser centros de

investigación y de academia. El desafío entonces es dejar de vivir la crisis como amenaza para empezar a aprovecharla como una oportunidad.

Por cierto, la integración del psicoanálisis y las neurociencias no sólo intenta beneficiar al primero, sino que también parece un paso absolutamente necesario si es que éstas últimas han de aportar al estudio de la mente. Para Kandel, el psicoanálisis, junto a la psiquiatría y la psicología cognitiva, “pueden definir las funciones mentales que la biología debe estudiar para lograr un entendimiento significativo y sofisticado de la mente humana” (Kandel 1998, p.459). El reputado neurólogo Oliver Sacks escribe (en el prólogo al libro de Marc Solms y Oliver Turnbull sobre la neurociencia de la experiencia subjetiva) que “la neuropsicología clásica sólo toca la superficie de la mente –el aspecto superficial de la percepción, memoria, lenguaje, pensamiento, emoción, conciencia, personalidad, identidad– y esto a causa de su enfoque objetivante, guiado por la psicometría. La apreciación de determinantes más profundos –continúa Sacks–, requiere del establecimiento de una genuina relación médico-paciente, de una transferencia, del examen de las resistencias, y de la atención del paciente a todo lo que se dice y a lo que no se dice, mostrado u ocultado, y el uso de la asociación libre para permitir la máxima espontaneidad de la mente” (Solms & Turnbull 2002, p.IX). De este modo, un nuevo paradigma metodológico busca integrar el enfoque “subjetivo” de la mente, propio del psicoanálisis, con el enfoque “objetivo”, propio de las neurociencias, separados desde hace más de 100 años. En especial, el desarrollo de las modernas técnicas de imageneología cerebral ha puesto en evidencia la necesidad de adoptar un modelo dinámico para entender el funcionamiento del cerebro. Pero, lo más sorprendente de todo en la explosión de estos nuevos conocimientos es que el modelo emergente en la última década en neurociencias ha resultado, si no absolutamente isomórfico, al menos altamente compatible con el modelo freudiano de la mente (véase Levin, 1991, 2003; Siegel 1999, Kandel 1998, 1999; Kaplan-Solm & Solms, 2000; Solms & Turnbull 2002; Cozolino 2002; Green 2003)

No es mi objetivo adentrarme más en este punto. Baste decir que a partir del impulso dado por Kandel y otros, el éxito del estudio interdisciplinario entre psicoanálisis y neurociencias es tal, que condujo rápidamente al nacimiento de una organización dedicada al impulso de este nuevo campo paradigmático, la *Sociedad Internacional de Neuro-Psicoanálisis*.

En lo que sigue quisiera exponer ante Uds. algunas ideas sobre lo que pienso significa este paradigma emergente en psicoanálisis para la teoría de la técnica psicoanalítica. Debo aclarar que para mí el nuevo paradigma va más allá del neuro-psicoanálisis, porque busca integrar no sólo el psicoanálisis clínico y las ciencias neurocognitivas, sino también los hallazgos de la investigación empírica en proceso y resultados psicoterapéuticos, la investigación moderna en la relación temprana madre-bebé y la nueva psicopatología del desarrollo. Desde luego, en esta presentación no pretendo hacer una exposición exhaustiva, sino más bien entregar una visión plausible que estimule la discusión y el diálogo posterior.

Para adentrarme en el punto propuesto, me apoyaré en el análisis de las teorías psicoanalíticas hecho por Jay Greenberg y Stephen Mitchell en su libro pionero de 1983, *Object Relations in Psychoanalytic Theories*, partiendo de la tesis por ellos allí planteada.

Dos modelos teórico-técnicos en psicoanálisis: pulsión y relación

Greenberg & Mitchell (1983) afirmaron que las teorías diagnósticas y terapéuticas en psicoanálisis no son homogéneas, sino que se pueden analizar en términos de diferentes combinaciones de dos modelos básicos, profundamente divergentes entre sí y en permanente competencia desde los orígenes del psicoanálisis. Uno es el modelo basado en la noción de pulsión y el otro el basado en la relación. Esta idea nos permitirá entender mejor el giro en la teoría de la técnica al que aludo en esta presentación.

Para el modelo de la pulsión, el paciente llega al tratamiento con conflictos patógenos internos –intrapésicos– y de algún modo encapsulados. El analista debe hacer conscientes tales conflictos inconscientes. La posición del analista frente a su paciente es análoga a la de un individuo frente a sus objetos. Del mismo modo como el objeto es externo al fin de la pulsión, el analista es exterior al proceso neurótico. La concepción freudiana de la “pantalla vacía” o del “espejo reflectante” resume la manera de aproximarse a la situación terapéutica. La relación con el analista se entiende básicamente en términos de desplazamientos del pasado (transferencia). La transferencia está determinada solamente por la historia vivencial del paciente y su contenido es una función de las demandas hechas a los objetos tempranos y de las defensas erigidas en contra de ellas. En un paciente analizable, y dada una mínima interferencia del analista, estos contenidos irán desplegándose de manera gradual para finalmente cristalizar en una neurosis de transferencia. Las interrupciones del proceso asociativo se entienden como *resistencia*, la que surge de la ansiedad que generan los conflictos pulsionales. Así, al trabajo terapéutico se opone el deseo de “no saber”. La contratransferencia se entiende como señal de conflictos neuróticos no resueltos en el analista, siendo el paciente un mero desencadenador de ella, al modo como los restos diurnos gatillan un sueño. Cualquier expresión o actuación de sentimientos contratransferenciales irá en contra del progreso del tratamiento, porque interfiere con el despliegue de la transferencia del paciente.

Para el modelo basado en la relación la situación analítica es inherentemente diádica. Lo que sucede dentro de la situación terapéutica no se entiende como un mero despliegue desde dentro de estructuras dinámicas de la neurosis del paciente. Más bien, los emergentes en la situación de tratamiento se los entiende como creados en la interacción entre el terapeuta y su paciente. Al igual que en el modelo basado en la pulsión, el analista es colocado por el paciente en una serie de roles derivados de las antiguas relaciones de éste; a veces juega el papel de antiguos objetos, a veces de aspectos internos del propio paciente. Sin embargo, esta construcción difiere del modelo pulsional, a causa de que el analista nunca funciona desde fuera de la transferencia. Como una persona singular, el terapeuta

no sólo participa de los distintos roles, sino también los precipita. Todo lo que el analista haga da forma a la transferencia, no importando si responde o no a las demandas transferenciales. La participación del analista ejerce una presión en el paciente y de este modo se constituye en coautor de la transferencia. De manera similar, el modo como el paciente experimenta a su analista, y su conducta frente a él, presiona al analista. La toma de conciencia de estas presiones permite al terapeuta usar este conocimiento al servicio de la comprensión de los patrones de relación del paciente. Así, la contratransferencia ofrece claves cruciales sobre las configuraciones transferenciales predominantes, desde el momento en que transferencia y contratransferencia se generan y penetran recíprocamente.

Pero, además de la repetición de patrones antiguos y distorsionados, sucede “algo más” en la experiencia del paciente en la relación con su analista. Se desarrolla un contacto emocional genuino, con una intimidad y una libertad hasta el momento desconocidas en la historia interpersonal del paciente. Esto le permite trascender los límites de los antiguos modelos de relación, mantenidas por la angustia o por el apego a los malos objetos. La resistencia no es ya un rechazo a la toma de conciencia de contenidos mentales, sino una respuesta a la persona del terapeuta. La tarea de éste no es permanecer fuera del proceso que se despliega, sino de comprometerse emocionalmente, intervenir y participar en el proceso para transformar los patrones patogénicos de relación.

Para el modelo basado en la pulsión, la meta del análisis es el conocimiento y el papel del analista es interpretar las defensas del paciente y los impulsos subyacentes que les han dado origen. A través del autoconocimiento, que implica toma de conciencia y respeto por aspectos previamente escindidos de la personalidad, el paciente estará en condiciones de renunciar a antiguos objetos, imposibles y frustrantes, y de embarcarse en nuevas metas alcanzables y genuinas. A partir de una determinada lectura de *Más allá del principio del placer* (1920g), ensayo en el que Freud relata el juego infantil del carretel, el “fort Da”, separación y pérdida de los objetos primarios se las entiende como motor del desarrollo: Una idea fuerza que recorre todo el psicoanálisis postula que la representación del objeto, fuente de todo pensamiento, se constituye, precisamente, en su ausencia. La transferencia, supuesta la abstinencia y la no participación del analista, se la ve como una recreación, como una “representación” en el presente de antiguos conflictos que, precisamente por virtud de su recreación, se hacen accesibles a la interpretación. El papel terapéutico de la interpretación de la transferencia surge del énfasis puesto en el logro de autoconocimiento. La interpretación conduce al *insight* y éste a la curación. El cambio analítico verdadero sólo viene del autoconocimiento, porque sólo el conocimiento puede reinstalar el proceso de desarrollo mental interrumpido por las defensas patógenas.

Para los analistas que trabajan guiados por el modelo basado en la relación, la acción terapéutica del psicoanálisis también se funda en la habilidad del terapeuta para remediar fallas y carencias del desarrollo. Sin embargo, desde el momento en que lo crucial en el desarrollo es la calidad de las relaciones tempranas, la

capacidad terapéutica es atribuida fundamentalmente a la calidad de la relación que se establece entre el paciente y su analista. El paciente es visto como habiendo vivido en un mundo cerrado de relaciones de objeto arcaicas que llevaron a profecías autocumplidas neuróticas. A través de una nueva interacción con el paciente, el terapeuta será capaz de entrar en este mundo clausurado y abrirlo a nuevas posibilidades de relación. Desde luego, el analista interpreta, y así comunica información al paciente sobre su mundo interno, pero no es esta información aislada la que produce el cambio. Más bien, la esencia de la cura reside en la naturaleza de la relación que se desarrolla en torno a tal comunicación. Por ejemplo, el énfasis está en que el paciente se dé cuenta que el terapeuta comprende sin juzgar, que cuida sin ser intrusivo, que es tocado emocionalmente sin abrumarse o desquitarse.

Desde luego, la combinación entre ambos modelos así como la proporción técnica entre interpretación y relación es diferente y variada en los distintos autores y escuelas de pensamiento psicoanalítico, del mismo modo como varía la valoración de la ausencia y de la presencia en el tratamiento. Fairbairn, Balint, Melanie Klein, Bion, Winnicott, Mahler, Kohut, Green, por nombrar sólo algunos, se han abocado a este problema. El hecho es que en las últimas décadas han llegado a ser populares conceptos tales como “holding environment” (Winnicott), “basic trust” (Erikson), “safety background” (Sandler), “containing function” (Bion) “secure attachment” (Bowlby), “basic experience of oneself and the self-object” (Kohut), conceptos todos que destacan la calidad de la relación terapéutica como factor curativo. En América Latina, en especial en el influyente psicoanálisis rioplatense, la concepción relacional es antigua. En una reciente revisión, Winograd (2002) plantea que “la construcción de un sistema explicativo del campo clínico basado en los aportes de autores rioplatenses, debería incluir los modelos de la teoría vincular y del proceso en espiral de Pichon Rivière como conceptualización diacrónica o desarrollo temporal del campo y proceso terapéutico; necesitaría contener la teoría del campo dinámico de los Baranger, implicando un corte más transversal sincrónico ubicado en las vicisitudes y las producciones de la pareja terapéutica; un aporte de la teoría de los indicadores clínicos del material discursivo de David Liberman, agregándole la importancia de las estructuras complementarias y la forma interpretativa (junto al contenido) que iniciara Álvarez de Toledo; las exploraciones del espacio interno del analista funcionando como indicio y decodificación, iniciado por Racker y continuado por colegas como Cesio y otros” (p.15).

Relación y pulsión frente a los hallazgos interdisciplinarios

En contra de la opinión de Greenberg & Mitchell (1983 pp.398ss) de que los dos modelos básicos en psicoanálisis son irreconciliables y que ninguno podrá desplazar al otro, por corresponder a radicales antropológicos coexistentes e irreductibles uno al otro, pienso que los conocimientos actuales en neurociencias y los surgidos de la investigación empírica, permiten una reformulación de la dicotomía planteada por esos autores y apuntan a una nueva integración entre pulsión y relación. La irrupción en los años noventa del llamado psicoanálisis

relacional, con sus diferentes versiones interactivas (Beebe & Lachmann 2002) e intersubjetivas (Stolorow & Atwood 1993), en especial la brillante argumentación de Stephen Mitchell (1988, 2000), podría parecer una base suficiente para expulsar definitivamente la noción de pulsión del universo teórico psicoanalítico. Sin embargo, pretendo mostrar que un modelo relacional sin el concepto de pulsión, determinada biológicamente, es incompatible con los hallazgos de las ciencias neurocognitivas, aun cuando debamos entender la pulsión de una manera muy diferente de cómo lo ha hecho tradicionalmente el psicoanálisis.

Con todo, pienso que la crisis del modelo pulsional fue precipitada por la clínica. El modelo de la pulsión, que sustenta el psicoanálisis llamado clásico, estaba orientado al tratamiento de la neurosis. Sin embargo, hay un amplio consenso sobre la idea de que en los últimos cincuenta años la consulta psicoterapéutica ha sufrido un cambio epidemiológico hacia los pacientes más perturbados, hacia lo que los franceses llaman “casos límites” (Green 1975). Y uso aquí esta denominación porque éstos son pacientes que están en el límite de la *analizabilidad* –o aún más allá de ella–, y han exigido modificaciones técnicas, la mayoría de las cuales incluyen conceptos basados en el modelo relacional. Tales pacientes graves suelen tener dificultades para utilizar el encuadre terapéutico como ambiente facilitador del trabajo interpretativo. En estos casos, el encuadre, normalmente silencioso, y sólo percibido como una ausencia, hace sentir su presencia, dificultando el trabajo de simbolización y exigiendo del terapeuta un arduo, activo y presente trabajo de contención. En ocasiones, da la impresión de que el terapeuta debe construir los sentidos y las conexiones mentales, más que hacer consciente representaciones y sentidos preexistentes, anteriormente reprimidos o escindidos.

Con todo, ha sido la moderna investigación en desarrollo temprano y la investigación sistemática en proceso y resultados en psicoterapia y psicoanálisis, las que han otorgado mayor fuerza y legitimación a los postulados relacionales. En el contexto del impacto de la investigación en las teorías psicoanalíticas del desarrollo temprano, Daniel Stern (1996) afirma que “a algunos ideólogos psicoanalíticos les interesan sólo las acciones del niño en tanto que predecesoras del pensamiento o del lenguaje, y no en sí mismas. Del mismo modo, se ha considerado que la estructura mental de la experiencia sólo es posible y se debe a la ausencia de la acción o de un objeto sobre el que actuar. (Si pudiera lograrse este objetivo directamente a través de la acción física, no habría necesidad de pensar). La opinión contraria [que la investigación moderna revaloriza], es que *son las acciones o los objetos sobre los que se actúa los que estructuran la experiencia y permiten la representación. (Su falta sólo evoca estas representaciones; no las estructura).*” (p.240; énfasis mío). Las consecuencias para la técnica del tratamiento surgen inmediatamente: el efecto de cambio terapéutico surge mucho más de un cierto tipo de intercambio bicorporal, emocional y cognitivo entre paciente y terapeuta –actual y presente–, que de la interpretación de las representaciones inconscientes, esto es, del impacto de la ausencia.

Por su parte, desde la vertiente de la investigación empírica en proceso y resultados en psicoterapia y psicoanálisis, la relación entre vínculo terapéutico y resultados es el área más estudiada en los últimos 50 años y la que muestra la mayor consistencia. La *calidad global de la relación terapéutica* se asocia significativamente con resultados positivos en psicoterapia (Horvath et al 1993; Orlinsky 1994; Wampold 2002; Horvath 2005). También se han estudiado aspectos específicos del vínculo terapéutico:

1. En relación con la *adherencia personal a los respectivos roles*, se ha visto que, desde el punto de vista del terapeuta, el compromiso del paciente con la terapia tiene un alto valor predictivo. Lo mismo sucede si el terapeuta es visto por su paciente como involucrado en el trabajo mutuo.
2. En relación con la *coordinación interactiva entre paciente y terapeuta* se ha mostrado que el mejor resultado se da cuando existe colaboración mutua; la peor combinación es la de un terapeuta directivo con un paciente dependiente o la de un terapeuta permisivo con un paciente controlador.
3. El estudio del *contacto comunicativo entre paciente y analista* mostró que las terapias exitosas son producto de una buena sintonía emocional entre ambos. Las evidencias han mostrado la importancia de procesos recíprocos de expresividad y empatía en ambos participantes.
4. Finalmente, hay evidencias que destacan la importancia de los *afectos mutuos*. En la medida en que un tratamiento se acerca a su terminación exitosa, los sentimientos entre paciente y terapeuta son positivos y recíprocos.

Orlinsky (1994 p.116) se pregunta acerca las implicancias para la práctica y para la supervisión en terapia psicoanalítica de estos hallazgos, concluyendo que sería un serio error interpretarlos meramente como transferencias positivas o negativas o pensar que se trata sólo de “curas transferenciales” –esto es, entendiendo que estos fenómenos, más que la situación terapéutica actual, reflejan sólo el apego emocional temprano del paciente. En el modelo centrado en la pulsión, la transferencia es entendida como un modo de experiencia solipsista y conflictivo que, si no es resuelto por la interpretación, tenderá al impasse o al fracaso terapéutico. Para Orlinsky, en cambio, la investigación da apoyo empírico al concepto winnicottiano de “holding environment” como una manera más adecuada para entender el modo como el vínculo terapéutico contribuye al éxito terapéutico. Si los pacientes experimentan el vínculo terapéutico como un entorno que ampara y que ofrece seguridad y apoyo para un comportamiento exploratorio independiente, se fortalecerá su habilidad para suspender reacciones defensivas y mejorará la capacidad para aprender maneras más adaptativas de enfrentar situaciones previamente amenazantes. La impresión de que en esto está involucrada la realidad actual y no sólo la fantasía regresiva, se ve reforzada por los hallazgos concernientes a la importancia del *rapport* empático y de la sintonía comunicativa. Los hallazgos sobre la importancia de una relación de colaboración también implican que los aspectos adultos de paciente y terapeuta deben involucrarse como *partners* en la alianza terapéutica. Evidentemente, esta alianza puede verse amenazada por un desapego excesivo, bajo la consigna de “neutralidad analítica”. Del mismo modo, la alianza puede verse subvertida si la

dependencia del paciente es activamente estimulada en la creencia de que ésta es necesaria para la puesta en marcha de un "proceso analítico". Para Orlinsky, basta la condición neurótica del paciente para asegurar que las fantasías regresivas y los conflictos transferenciales emergerán espontáneamente en el curso del tratamiento. Cuando esto suceda, la resolución exitosa del conflicto dependerá en gran medida de la preservación de la alianza terapéutica y del apoyo que el terapeuta dé al funcionamiento adulto del paciente.

Durante el último tiempo he hecho la experiencia de supervisar casos de análisis, guiado por las categorías de proceso que ofrece esta concepción. Hay distintas tradiciones en los estilos de supervisión analíticas. Personalmente sigo las recomendaciones del psicoanalista húngaro-sueco, Imre Szecsödy (1990), basadas en investigaciones empíricas. Se trata de crear en la relación con el supervisando una situación de "aprendizaje mutativo", en la que éste aprenda a reconocer el sistema de interacción que establece con su paciente. En este marco, sugiero a los supervisandos revisar el estado del vínculo terapéutico antes de empezar a intentar dilucidar, por ejemplo, las características de la fantasía transferencial inconsciente actuante en la sesión examinada. Un ejemplo puede aclarar mejor lo que quiero decir:

Se trata de un candidato avanzado en su formación analítica que supervisa su segundo caso control. Su paciente, un joven de 21 años, estudia derecho y consulta por ideación obsesiva (temores irracionales a tener sida), angustia difusa, timidez, dificultades en el contacto interpersonal y miedos homosexuales. El inicio del análisis fue difícil, con un fuerte despliegue de defensas obsesivas, envueltas en una situación de "no tocarse", que fue rápidamente caracterizada como "estar dentro de un tubo". Las asociaciones giraban casi exclusivamente en torno a los síntomas obsesivos y no había referencia a otras situaciones o afectos en relación con terceros o con el analista. Por su parte, el analista sentía que sus interpretaciones iban a quebrar al paciente y notaba que la excesiva cautela de su parte aumentaba la ansiedad del paciente.

El monitoreo del vínculo de acuerdo con las categorías del modelo empírico, nos llevó rápidamente a detectar problemas en el área de la coordinación interactiva. El paciente se refugiaba en un tipo de pasividad controladora y el terapeuta se veía envuelto en una actitud que permitía este control. La sugerencia de interpretar directamente esta situación, condujo en un primer momento al "quiebre del tubo", que se manifestó concretamente en el paciente a través de un ataque de pánico durante un fin de semana. El trabajo interpretativo en esta área permitió a la díada paciente analista salir progresivamente del "tubo", con lo cual el material se hizo más emocional, primero en referencia con relaciones externas (su familia y su novia), posteriormente con el analista mismo.

Después de un período en que se consolidó el "equipo de trabajo", en el monitoreo de acuerdo con el modelo empezaron a tener importancia otros aspectos de la relación. Por ejemplo, hubo largos períodos en que el problema más importante lo encontrábamos en el área de la resonancia empática (contacto comunicativo). El

analista se sentía aislado de su paciente, el material no le hacía sentido. Parecía que el "tubo" se había trasladado a la contratransferencia del analista. Precisamente, la reflexión sobre esta (contra)resistencia, que llevó a descubrir ciertas fantasías contratransferenciales, permitió que el proceso siguiera adelante. Más adelante, el analista notó la aparición de sentimientos positivos en relación con su paciente, lo que, de acuerdo con el modelo, fue entendido como un indicador favorable de proceso analítico. En fin, sólo quiero ilustrar el uso de las categorías del modelo de base empírica para monitorear desde un punto de vista "formal", el estado, sesión a sesión, del vínculo terapéutico. La concepción que hay detrás de esta manera de supervisar, hace justicia al enorme cúmulo de evidencias empíricas y al creciente consenso clínico de que la calidad del vínculo terapéutico es un poderoso factor predictivo del resultado del tratamiento. Naturalmente queda abierta la cuestión –que debiera ser resuelta por más investigación– de si acaso la alianza terapéutica es en sí misma el componente curativo de la terapia o de si más bien la relación crea el contexto interpersonal necesario para que otros elementos terapéuticos actúen. (Horvath 2005). En todo caso, la idea es que las resistencias y contrarresistencias, provenientes básicamente de la interacción de transferencia y contratransferencia, subvierten permanentemente el "mejor vínculo" posible entre analista y paciente. Las categorías de este modelo orientan en la pronta detección del problema para así poder superarlo a través de intervenciones adecuadas.

Investigaciones empíricas propiamente psicoanalíticas muestran resultados compatibles con lo anterior. El proyecto Menninger mostró que los resultados de las terapias de apoyo y las terapias expresivas tendieron a converger y no a divergir como habría de esperarse de acuerdo con la teoría psicoanalítica clásica del cambio terapéutico. Esto llevó a Wallerstein (1986) a afirmar que el apoyo "merece una mucho más respetuosa especificación en todas sus formas y variantes, que la que usualmente le ha sido otorgada en la literatura psicoanalítica" (p.730).

El estudio controlado más reciente de resultados a largo plazo en psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas de Sandell y cols. (2001), realizado en una muestra de 700 personas en tratamiento psicoanalítico, mostró que "las actitudes terapéuticas clásicamente psicoanalíticas no acarrear cambios en el contexto de psicoterapia, aunque si lo hacen cuando el encuadre es un psicoanálisis propiamente dicho... El punto crítico parece ser que la perspectiva psicoanalítica clásica (bajo el pretexto de la regla de abstinencia) tiende a dejar de lado, o a desvalorizar, los componentes positivos de ser cálido, de *relacionarse* más intensamente persona a persona... y hacer que el paciente sienta que uno se ocupa de él. Esto no parece importar tanto en el encuadre psicoanalítico clásico, pero si importa en la psicoterapia" (p.230; énfasis mío). Los resultados de esta investigación sugieren que los analistas que podríamos llamar clásicos tienden a hacer mala psicoterapia, en cambio los relacionales suelen tener buenos resultados en ambas formas de tratamiento.

Resultados similares arrojó el estudio retrospectivo de 763 casos de psicoanálisis y psicoterapia en niños llevado a cabo en el Centro Anna Freud de Londres (Fonagy & Target 1996). El autor principal señala que “las intervenciones de más ayuda en resultados para los casos más complejos parecen diferir de aquellas que eran descritas como centrales a la técnica psicoterapéutica infantil. En particular, las interpretaciones del conflicto inconsciente dirigidas a promover el *insight*, que durante mucho tiempo fueron mostradas como el eje de este abordaje, parecen tener limitado valor en estos niños. Los jóvenes menos perturbados..., si parecen beneficiarse de un abordaje interpretativo” (Fonagy 2001 p.164).

Pero, la investigación empírica en proceso psicoterapéutico ha dado un paso más para concentrarse en los microprocesos de intercambio entre paciente y terapeuta. De hecho, toda la teoría del cambio y los conceptos relacionales como ambiente facilitador, sostén, contención, base segura, etc., serían una metáfora vacía sin tales microprocesos de intercambio. El estudio de los microprocesos de intercambio afectivo entre paciente y terapeuta muestra que el encuentro empático toma forma de modo no verbal, a través del contacto visual, de las posiciones del cuerpo y del ajuste en el tono de la voz.

En un estudio sobre la interacción de gestos faciales en terapias cara a cara de corta duración, Benecke, Krause & Merten (2001) encontraron que terapeutas exitosos y experimentados, de distintas orientaciones terapéuticas (psicodinámica, cognitivo-conductual y centrada en el cliente), mostraban en su expresión facial gran cantidad de afectos negativos reguladores de la distancia interpersonal, tales como rabia, desprecio y disgusto, mientras que la sonrisa mutua se asoció a resultados pobres. Para interpretar estos sorprendentes resultados y ahondar en la comprensión del proceso terapéutico, investigaron la relación entre conducta facial, contenidos verbales y experiencia emocional en una terapia psicoanalítica exitosa. Este estudio mostró que cuando las expresiones de desprecio estaban dentro del contexto de hablar acerca de otra gente, el paciente mostraba expresiones de alegría. Cuando, al revés, el desprecio del terapeuta no estaba colocado en relación con algún punto claro de referencia, el paciente se sentía menos feliz y pensaba que el terapeuta estaba enojado con él. Estos últimos episodios pueden entenderse como actuaciones contratransferenciales. En todo caso, los autores destacan que es claro que el campo intersubjetivo invisible y silencioso está basado en acciones visibles y audibles. Diversos estudios han mostrado que la conducta facial y especialmente la conducta facial afectiva de paciente y terapeuta, en especial sus aspectos interactivos, son indicadores del vínculo afectivo y predictores significativos de resultado terapéutico. Investigaciones que correlacionan conducta facial, contenidos verbales y experiencia emocional hacen posible operacionalizar los procesos que determinan el campo intersubjetivo, al describir posibles relaciones entre el contenido cognitivo consciente y la interacción afectiva (Benecke et al. 2005). De este modo, el modelo permite definir operacionalmente conceptos tales como empatía, inducción afectiva e identificación proyectiva, congruencia ideo-afectiva, introyección, contratransferencia concordante, etc.

El grupo de estudios del proceso de cambio de Boston, liderado por Daniel Stern (1998, 2004), ha propuesto un modelo de cambio en terapia psicoanalítica que incluye conocimientos modernos de ciencias cognitivas. Partiendo de una postura que se basa en trabajos recientes sobre la interacción madre bebé y en sistemas dinámicos no lineales y su relación con teorías de la mente, los autores sostienen que el efecto terapéutico del vínculo está en los procesos intersubjetivos e interactivos que dan lugar a lo que llaman *conocimiento relacional implícito*. Este es un campo no simbólico, diferente del conocimiento declarativo, explícito, consciente o preconsciente, que se representa simbólicamente en un modo verbal o imaginario. Históricamente, la interpretación se centró en la dinámica intrapsíquica representada en el nivel simbólico, más que en las reglas implícitas que gobiernan las propias transacciones con los otros, situación que ha ido cambiando en el último tiempo. De acuerdo con el modelo, en la relación analítica se dan momentos de encuentro intersubjetivo entre paciente y terapeuta capaces de crear organizaciones nuevas en esa relación o, lo que es más importante, reorganizar el conocimiento implícito relativo a la manera como el paciente se relaciona con los demás. Este conocimiento no es consciente, está inscrito en la memoria procesal de largo plazo y desde luego incluye los modelos de apego. Las diferentes cualidades y consecuencias de los distintos momentos de intercambio toman forma en un proceso secuencial que constituye el “moverse hacia adelante” de la relación terapéutica. El moverse hacia adelante está dirigido por el intercambio verbal, y puede incluir actividades como el señalamiento de tópicos significativos para el paciente, clarificación, elaboración, interpretación y comprensión. El locus mutativo en la terapia se produce, sin embargo, cuando el movimiento de negociación intersubjetivo conduce a *momentos de encuentro* en los que se comparte el entendimiento de la relación implícita mutua y con ello se produce una recontextualización del conocimiento relacional implícito del paciente. Esos momentos de encuentro incluyen estados de activación cerebral, emociones, sentimientos, deseos, creencias, motivaciones, contenidos de pensamiento, en cualquier combinación. Los estados pueden ser transitorios o duraderos; lo que se comparte es un entorno intersubjetivo persistente. En estos momentos se produce entre paciente y analista un reconocimiento recíproco de lo que está en la mente del otro en lo que concierne a la naturaleza actual y al estado de la relación mutua. El reconocimiento mutuo lleva a paciente y analista a un dominio que trasciende la relación “profesional”, sin derogarla, y, al hacerlo, los libera parcialmente de las tonalidades de la relación transferencia-contratransferencia. El conocimiento compartido puede ser ulteriormente validado y ratificado conscientemente. Sin embargo, puede también permanecer implícito. Esto arroja luz sobre lo que los clínicos sabemos desde hace mucho tiempo, vale decir, que hay tratamientos en los cuales el nivel de autoconocimiento logrado no explica la magnitud de los cambios alcanzados por el paciente.

Memoria, vínculo y cambio terapéutico

Los estudios del grupo de Boston son compatibles con las concepciones actuales en ciencias neuro-cognitivas sobre el funcionamiento de la memoria. Estos estudios están siendo incorporados rápidamente en la teoría psicoanalítica del

cambio terapéutico otorgando validez al modelo basado en la relación (Fonagy 1999, Leuzinger-Bohleber 2002). Fonagy lo plantea de manera radical: “Analistas y pacientes asumen frecuentemente que el recordar eventos pasados ha causado el cambio. Yo creo que el retorno de tales recuerdos es un epifenómeno, una consecuencia inevitable de la exploración de los modelos mentales de relación. Incluso si se asume que el evento recordado es uno de aquellos que establecieron una manera patógena de experimentarse uno mismo con otro, la significación de su recuperación es la misma, provee una explicación psicopatogénica, pero es terapéuticamente inerte. La acción terapéutica reside en la elaboración consciente de modelos de relación preconscientes, principalmente a través de la atención del analista a la transferencia.” (Fonagy 1999 p.218) Dicho sea de paso, en esta afirmación está implícita la distinción entre teoría de la patogenia y teoría del cambio, distinción que introdujeron hace algunos años Thomä y Kächele (1989).

En todo caso, estos conocimientos sobre el funcionamiento de la memoria no son del todo nuevos en psicoanálisis. Matte Blanco (1988, p. 162-164) hace notar que ya Melanie Klein se ocupó de este problema con esta nota al pie de página en su libro *Envidia y Gratitud* (1957 p. 5): “Todo esto es sentido por el infante de maneras mucho más primitivas que lo que puede expresar el lenguaje. Cuando estas emociones y fantasías preverbales son revividas en la situación transferencial, aparecen como “recuerdos en sentimientos” (*memories in feelings*), como yo los llamaría, y son reconstruidos y puestos en palabras con la ayuda del analista. De la misma manera, se deben usar palabras cuando estamos reconstruyendo y describiendo otros fenómenos pertenecientes a las etapas tempranas del desarrollo. De hecho, no podemos traducir el lenguaje del inconsciente en la conciencia sin pedir prestadas palabras desde nuestro ámbito consciente”. Con el siguiente comentario, Matte Blanco (1988) coloca este recordar afectivo en un contexto relacional: “He llegado a ver que la expresión de estos “recuerdos en sentimientos” es fundamental en el tratamiento de algunos casos. Sin ellos, estos pacientes no pueden ser curados. Algunos de los pacientes a los que me refiero tenían ciertos recuerdos de sus (reiteradas) situaciones traumáticas, otros no. No se obtuvo un aumento de los recuerdos *de los episodios*. En cambio, los sentimientos se descargaron repetida y abundantemente durante un largo tiempo. Siento que esta expresión repetida de los muy variados sentimientos conectados con episodios y las personas involucradas en ellos, ahora dirigidos a un analista básicamente respetuoso y tolerante que trata de entender el significado de la expresión emocional y de sus conexiones con los detalles de las experiencias tempranas y de las relaciones actuales, es el factor curativo real. En lo que a mi concierne —continúa Matte Blanco—, he tenido a veces sentimientos contratransferenciales bastante intensos frente a ataques repetidos, que yo sentía injustos, hechos con una violencia que, de alguna forma, me tocaron en cierta profundidad de mi ser. Yo expresé esos sentimientos, a veces vívidamente, pero de manera sobria, y sin ningún comentario sobre el significado personal que tenían para mí. La ulterior discusión detallada, tanto de la reacción del paciente como del analista, y de su significado en las relaciones interpersonales entre paciente y analista es, yo siento, una experiencia emocional

correctiva que promueve la maduración tanto en el paciente como en el analista” (p.163s; cursiva en el original)

Las investigaciones sobre los procesos de memoria sugieren que las experiencias que contribuyen a ciertos modelos de relaciones de objeto ocurren demasiado temprano para ser recordadas, en el sentido de la vivencia consciente de recobrar una experiencia pasada en el presente. Esto no significa, sin embargo, que la experiencia temprana no sea formativa, lo que sucede es que ésta es retenida en regiones del cerebro que están separadas de aquellas donde los recuerdos autobiográficos son codificados y almacenados y desde donde pueden ser recuperados. La memoria no es un mecanismo único, sino que compromete diferentes sistemas. Existe un sistema de memoria declarativa o explícita que participa en la recuperación consciente de información del pasado y un sistema procesal o implícito, cuya información puede ser recuperada sin pasar por la experiencia del recordar. La memoria declarativa contiene recuerdos e información sobre eventos. Esta es la memoria que contiene el “qué” –la narrativa autobiográfica–, que nos es más familiar a los psicoanalistas. La memoria procesal, en cambio, es vacía de contenidos, participa en la adquisición de secuencias de acciones, en el “como” de la conducta (por ejemplo cómo tocar el piano, andar en bicicleta, o cómo “estar con los otros”). Los modelos de apego, por ejemplo, que organizan las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales frente a situaciones de separación y reunión con otros significativos, se forman dentro de los primeros 18 meses y están por lo tanto almacenadas como secuencias procesales complejas en la memoria implícita de largo plazo.

A los modelos de relación almacenadas en la memoria procesal, que se entiende mejor en el marco de la interacción de un organismo con su entorno (noción de *embodiment*) no les calza el concepto de “representación”. Lo que al observador psicoanalítico aparece como una estructura de significado no es el resultado de una representación interna, sino un emergente de un número de procesos diferentes en la interacción con el mundo real (Leuzinger-Bohleber 2002; Stern 2004). Para el biólogo Francisco Varela (1990 p.89), el concepto de representación fija el conocimiento a un mundo externo que está dado de antemano. Sin embargo, nuestra actividad cognitiva en la vida cotidiana revela que este enfoque es demasiado incompleto. El conocimiento viviente consiste en gran medida en plantear las cuestiones relevantes que van surgiendo en cada momento de nuestra vida. Estas cuestiones no son predefinidas, sino “enactuadas”, se las hace emerger desde un trasfondo y lo relevante es aquello que nuestro sentido común juzga como tal, siempre dentro de un contexto. En esta emergencia se juega más bien la memoria procesal y no la declarativa. La memoria implícita o procesal de una experiencia de uno mismo con otro es lo que Sandler & Joffe (1969) llamaron el ámbito no experiencial, “intrínsecamente incognoscible, salvo en la medida en que se manifieste a través de la creación u ocurrencia de un evento fenoménico en el ámbito de la experiencia subjetiva” (p.82). El ámbito no experiencial llega a ser explícito y cognoscible sólo cuando es enactuado (*enacted*) o cuando es reificado en una fantasía inconsciente. Para Fonagy, la distinción entre enacción y experiencia inconsciente es crucial, puesto

que la reacción emocional (consciente o inconsciente) a un recuerdo implícito aparecerá sólo cuando éste ha entrado en el ámbito experiencial, esto es, sólo en la medida en que se manifieste en la transferencia. Leuzinger-Bohleber lo explica así: “La percepción (inconsciente) de ciertos estados y procesos sensorio-motores [en el paciente] ‘gatillan’ reacciones sensorio-motores y fantasías (inconscientes) del analista en la situación analítica y finalmente le permite reflexionar sobre estas reacciones contratransferenciales.

Todo lo anterior nos lleva a la conclusión que las experiencias tempranas, a las que la teoría psicoanalítica de la patogenia les ha asignado una creciente importancia, no son directamente accesibles a la interpretación, es decir, no están almacenadas como representaciones de objetos ausentes en la memoria explícita, sino que son enactuadas en la relación con el analista, esto es, emergen en el contexto de la interacción corporal con el analista, es decir, en su presencia ¹. Más aún, la modificación de tales modelos patológicos de “estar-con-otro” puede producirse aun sin que lleguen a pasar por la conciencia del paciente.

El descubrimiento del llamado “conocimiento relacional implícito”, agrega otra vuelta al giro relacional en psicoanálisis, esta vez un giro hacia lo que podríamos llamar el ámbito experiencial de la relación terapéutica. Este giro es explicado así por Daniel Stern: “En las terapias por la palabra, el trabajo de interpretar, de significar y de construir narrativas puede ser visto casi como un vehículo inespecífico y conveniente por medio del cual paciente y terapeuta ‘hacen algo juntos’. Es el hacer-juntos lo que enriquece la experiencia y produce el cambio en los modelos de estar-con-otros a través de los procesos implícitos [relacionales]” (Stern 2004, p.227). Si bien el trabajo interpretativo puede producir cambios, éstos sólo se logran si el hacer-juntos implícito, y el conocimiento relacional implícito modificado, enmarca y sella el flujo del entendimiento explícito. El giro experiencial al que aludo surge de los estudios de los estudios de los microprocesos de regulación y autorregulación en la díada madre bebé y su aplicación a la interacción en la relación terapéutica, donde se ha comprobado funcionan igualmente (Beebe & Lachmann 2002). Por su parte, las investigaciones sobre los procesos de aprendizaje en general y en la situación terapéutica, han mostrado la relevancia de una atmósfera de contacto emocional entre terapeuta y paciente. (Levin 2003). Levin, uniendo conocimientos clínicos y hallazgos en ciencias neurocognitivas sobre aprendizaje, propone 4 estrategias básicas para establecer una atmósfera de atención emocional que permita la activación de nuevos aprendizajes en terapia:

1. La analista debe evitar avergonzar y humillar a su paciente (la vergüenza bloquea drásticamente el aprendizaje).
2. La analista debe preocuparse sobre todo de trabajar con lo que está en la mente de su paciente (y por lo tanto ya activado en su memoria de trabajo).

¹ Este es el caso del “complejo de la madre muerta” (Green 1983), cuya naturaleza procesal ha sido discutido por Stern (1997) y Leuzinger-Bohleber (2002).

3. Debe proceder siempre de lo que la paciente sabe, a lo que es nuevo (es decir, permitiendo que la dirección del aprendizaje parta dentro de las zonas de activación de la memoria de trabajo).
4. Debe aprender a respetar la ansiedad de novedad, aquella angustia que surge cuando el cerebro está aprendiendo a trabajar en nuevas áreas de funcionamiento. Esto significa que esa angustia no es transferencial, es señal de una nueva experiencia, por lo tanto no debe ser interpretada.

Estas cuatro estrategias básicas se inscriben en la visión de una analista espontánea, comprometida y, sobre todo, atenta emocionalmente a los sutiles movimientos afectivos y a los detalles de la conducta no verbal de su paciente y, finalmente, capaz de interpretar a través de metáforas ricas en colorido afectivo (Levin 2003, Modell 2003, Stern 2004).

Emoción y motivación: La reformulación del concepto de pulsión

El concepto de pulsión parece estar pasado de moda en el psicoanálisis actual. Para Solms y Turnbull (2002, p.117; énfasis mío) no es claro el porqué pero, – sostienen– “esto ha tenido el desafortunado resultado de divorciar la comprensión psicoanalítica de la mente humana del conocimiento derivado de los demás animales. Nosotros los humanos –continúan estos autores–, no estamos exentos de las fuerzas biológicas evolucionarias que dieron forma a las demás criaturas”. Y terminan afirmando que *“es por lo tanto difícil formarse una figura precisa de cómo funciona realmente el aparato mental sin usar un concepto al menos parecido a la definición freudiana de pulsión”* [Trieb, en el original alemán], “como un representante psíquico de los estímulos que surgen desde dentro del cuerpo y que alcanzan la mente, y como una medida de la exigencia de trabajo impuesta a lo anímico a consecuencia de su conexión con lo corporal”. (Freud 1915c, p. 85; mi traducción)

Stephen Mitchell ha desarrollado una extensa y brillante argumentación con el objeto de expulsar el concepto de pulsión de la teoría psicoanalítica. Sin embargo, admite sus dudas al respeto. Asumiendo que el propio establecimiento de la matriz relacional es innata, se pregunta si “tiene sentido hablar de una pulsión innata hacia la relación”. Él mismo se responde, diciendo que “aunque no opongo fuertes objeciones a ese concepto, no estoy seguro de que nos lleve muy lejos. O se describe la ‘pulsión’ relacional en los términos más amplios, como ‘apego’, búsqueda del objeto, unión –lo que casi no especifica nada nuevo–, o se fragmenta la complejidad de las relaciones sociales e interpersonales en lo que se supone que son necesidades más esenciales y fundamentales, como la dependencia (Fairbairn), la seguridad (Sandler), la protección (Sullivan), el reflejo (Kohut), y otros. Con frecuencia –continúa Mitchell–, estas últimas simplificaciones parecen arbitrarias y pierden algo de la riqueza de las variadas formas de relacionarse dentro de la trama de relaciones... Además –termina–, *en cuanto uno señala que un motivo es innato, irónicamente lo pone fuera del terreno de la búsqueda psicoanalítica y con ello pierde la oportunidad de profundizar en el*

estudio de sus orígenes y resonancias dentro de la matriz relacional particular del individuo” (Mitchell 1993 [1988], p.78; énfasis mío)

Del mismo modo como para el modelo basado en la pulsión el objeto es externo al fin de ésta, a partir de las afirmaciones de Mitchell es plausible suponer que para el modelo relacional la pulsión es considerada como externa a la mente, por eso se la elimina. Detrás de esta concepción parece haber una posición epistemológica que separa demasiado la mente del cerebro, paralela a la dicotomía entre constitución y medio ambiente que ha imperado por décadas en la psiquiatría y, a pesar del mismo Freud, también en el psicoanálisis. No puedo entrar en detalles en esta fascinante controversia, sólo pretendo señalar que si el psicoanálisis ha de “servir –en palabras de Kandel–, como tutor sagaz y realista para un entendimiento sofisticado de la mente/cerebro” (1999 p.520) es necesario adoptar una postura epistemológica integrada, que considere mente y cerebro como los dos lados de una misma moneda, aun cuando su estudio exija metodologías diferentes, subjetiva la primera, objetiva el segundo. En términos técnicos, esto significa adoptar una solución dual para el problema mente/cerebro: monismo ontológico por un lado (mente y cerebro *son* la misma cosa), dualismo epistemológico por el otro (el conocimiento de ambos aspectos es de naturaleza diferente y mutuamente irreductible). La mutua irreductibilidad, sin embargo, no impide que ambos aspectos deban ser, si no totalmente isomórficos, al menos compatibles entre sí. Por su parte, la biología moderna ha cambiado el carácter inevitable que se le asignaba a la constitución genética pues, si bien los procesos mentales reflejan operaciones cerebrales, y los genes –y las proteínas que éstos producen–, son determinantes importantes de los patrones de interconexión entre neuronas y su funcionamiento, los genes alterados no explican por sí solos las variaciones de una enfermedad mental dada. Factores ambientales también contribuyen a la variación, pues *alteraciones en la expresión genética inducida por el aprendizaje dan lugar a cambios en las conexiones neuronales*. De este modo, se concluye que la psicoterapia produce cambios persistentes en la conducta a través del aprendizaje, produciendo cambios en la expresión de los genes, alterando así la fuerza de las conexiones sinápticas e induciendo cambios estructurales que alteran al patrón anatómico de las interconexiones entre las neuronas. (Kandel 1998). En este sentido surge, especialmente a partir de los estudios genético-epidemiológicos en depresión (Andreasen 1997, Caspi et al., 2003, Kendler et al. 2003), la hipótesis psicoanalítica, adelantada por Fonagy (2003), de que *no es el evento estresante en sí el que desencadena la expresión de un gen, sino la manera como el individuo interpreta tales eventos, a través de la mediación de procesos representacionales intrapsíquicos, básicamente inconscientes*.

Para las neurociencias, la fuerza motivacional que cumple con la definición freudiana de pulsión citada más arriba es la *emoción*. El actuar intencional está en última instancia motivado por la tarea biológica de satisfacer nuestras necesidades en el mundo externo. Desde el punto de vista biológico, la función de la conciencia reside precisamente en relacionar la información sobre el estado actual del sí mismo con las circunstancias del entorno, lugar donde están los objetos que

satisfarán nuestras necesidades. Esta información es entonces intrínsecamente evaluativa, porque nos dice como nos *sentimos* en relación con las cosas del entorno. Por esta razón, la conciencia es primariamente *conciencia emocional*. La emoción es una percepción del estado del sujeto, no del mundo objetal. Pero no sólo experimentamos nuestras emociones, sino también las expresamos. Entonces, además de ser una modalidad perceptiva dirigida internamente, la emoción es también una forma de descarga motora. Las emociones nos impulsan a “hacer algo”. Hacia adentro, las emociones producen descargas humorales y cambios internos variados; hacia fuera, las emociones se manifiestan a través de cambios en la expresión facial, en gestos, repiquetear de dientes, llanto, alegría, etc., es decir, a través de todas aquellas conductas que llamamos, precisamente, expresivas, es decir, dirigidas a otro en el contexto de la matriz relacional.

El hecho de que, a pesar de las diferencias individuales y culturales, existan ciertos eventos que nos hacen a todos sentir más o menos lo mismo, es de gran importancia para entender la historia biológica de nuestra especie. Por ejemplo, hay claves *naturales* de peligro, como son la ausencia de familiaridad, los cambios bruscos en la estimulación sensorial, los acercamientos rápidos o imprevistos, las alturas, o el quedarse solo, capaces de inducir una reacción emocional de miedo en la inmensa mayoría de los seres humanos. Son situaciones de significación universal. Los neurobiólogos llaman a estas reacciones afectivas universales *emociones básicas*, que consistirían en conexiones fijas entre ciertas situaciones de significación biológica y las respuestas subjetivas que ellas evocan. Las emociones básicas se organizan en sistemas motivacionales (*basic-emotion command system*) como un hipotético conjunto homogéneo de neuronas responsables del estado motivacional de un animal. Existen entonces estructuras anatómo-funcionales complejas con base neuroquímica definida que subyacen a estados afectivos y conductuales específicos. Cada sistema se basa en una necesidad innata reconocible, y se han formado a lo largo de la historia evolutiva porque tienen valor de supervivencia para el individuo o la especie.

Entre los neurobiólogos existe un cierto acuerdo sobre cuáles son los sistemas motivacionales básicos. Por ejemplo, Panksepp (1998) describe cuatro: Exploración y búsqueda, rabia, miedo y pánico o distrés de separación. La sexualidad se considera como un subsistema de la exploración y el sistema de pánico estaría relacionado con las conductas sociales de apego y afiliación, responsables de las conductas de cuidado al otro y de las reacciones de pérdida y aflicción. Este es un punto en el cual el psicoanálisis puede aportar a la investigación en neurociencias del mismo modo como los teóricos del apego, partiendo por Bowlby, han descrito la manera como interactúan los sistemas motivacionales de apego, de miedo y de exploración.

Lichtenberg (1988, 1989) sugirió hace más de una década que el psicoanálisis es una teoría de la motivación estructurada. Integrando teorías psicoanalíticas y hallazgos de investigación en la relación temprana madre-bebé, llegó a describir cinco sistemas motivacionales: regulación de las necesidades fisiológicas, apego y afiliación, exploración, aversión por antagonismo o retirada, gozo sensual y sexual.

Los sistemas motivacionales llegan a organizarse y estabilizarse en recíproca tensión dialéctica, sufriendo un permanente reajuste jerárquico de acuerdo con la etapa de desarrollo y las circunstancias ambientales. Son constituyentes definitorios de aspectos momento a momento de la experiencia vivida y están constante y fluidamente cambiando; cada sistema puede ser dominante en un momento determinado de la experiencia, mientras los otros entran en un estado latente o de menor actividad. Por ejemplo, la rabia, como afecto, pertenece al dominio de la regulación de la autonomía. Por eso es que normalmente la rabia, con la estructura proposicional, ‘tú, objeto, desaparece, yo, sujeto, permanezco’, no es compatible con las acciones sexuales, porque el objeto es rechazado. Entonces, mientras la rabia no sea contrapesada por otro afecto, no se puede lograr el acercamiento sexual. Durante la infancia, los sistemas se desarrollan en interacción con los padres y cuidadores. Las metas adaptativas que subyacen a los sistemas motivacionales pueden servir secuencialmente como ejes en torno a los cuales se organizan los desarrollos estructurales. De igual modo, en el intercambio terapéutico, la dominancia motivacional está influida por el contexto intersubjetivo del momento, contribuyendo así a la dinámica de la subjetividad, a menudo impredecible. (Lichtenberg 1998).

Partiendo de la concepción de una relacionalidad humana radical, es decir, de la intersubjetividad como condición de humanidad, Stern (2004) postula el deseo de intersubjetividad como un sistema innato y primario de motivación, esencial para la supervivencia de la especie, con el mismo estatus que tiene el sexo y el apego. En una perspectiva que integra el modelo relacional con la concepción de los sistemas motivacionales, afirma que “el deseo de intersubjetividad es una de las mayores motivaciones que hace avanzar la psicoterapia. Los pacientes quieren ser conocidos y compartir como se siente ser como ellos son” (p. 97). Paralelamente, Fonagy (2003) ofrece evidencias de la existencia de un “mecanismo interpretativo interpersonal” que se desarrolla a partir de la relación de apego. Se trata de la capacidad de mentalizar, es decir, de interpretar la conducta de los demás y la de uno propia en términos de estados mentales, deseos, intenciones y creencias. En condiciones de apego seguro, se expresarían los genes responsables de la estructura neuronal mentalizadora, que probablemente se localiza en la corteza pre-frontal medial.

Todo lo anterior es consistente con los hallazgos de la investigación empírica en afectos. Ekman (1992) asume que rabia, miedo, tristeza, alegría, disgusto y sorpresa, son procesos afectivos fundamentales, de base filogenética, que capacitan al ser humano para manejar tareas ambientales diferentes, en especial tareas sociales. Krause (1990) ha agregado el desprecio a la lista de emociones básicas. Los afectos básicos se caracterizan por una configuración situacional u objetal que desencadena una emoción específica y una expresión facial específica que comunica a la pareja de interacción un deseo o señal también específico (Krause 1998). Diversos estudios en condiciones psicopatológicas singulares y situaciones terapéuticas han permitido describir interacciones de expresiones faciales virtuosas y iatrogénicas entre paciente y analista. Benecke y Krause (en prensa) sugieren que los procesos generales de trabajo terapéutico productivo

deben ser modificados dependiendo del trastorno específico y de la oferta de relación que, correspondientemente, el paciente ofrece. Estos estudios abren una promisoriosa veta de desarrollo de terapias psicoanalíticas específicas al trastorno (Benecke et al. 2005).

De este modo, los hallazgos en ciencias neurocognitivas y en investigación de bebés, apoyan un cambio del modelo pulsional sustentado por Freud, por un modelo motivacional múltiple. Las pulsiones son reemplazadas por sistemas motivacionales modulares donde las sensaciones y afectos se entienden como apetencias, esto es, como deseos que el sujeto puede expresar en relación con el objeto. Estos sistemas motivacionales son jerarquizados y pueden entrar en conflicto.

Conclusiones: Los desafíos actuales

La posibilidad de adoptar una técnica psicoanalítica que se adapte a cada paciente particular y que abandone el lecho de Procusto de una técnica selectiva, es una idea antigua en psicoanálisis (véase Thomä & Kächele 1989). Esto no había sido posible, porque en psicoanálisis ha regido el principio de homogeneidad, según el cual la unidad del psiquismo resultaría de un principio organizador global que sería el mismo para todos los componentes, donde el psiquismo evolucionaría como un todo, de modo que en cada etapa del desarrollo todos los elementos diferentes dependerían obligadamente de las mismas leyes. Sólo ahora, después del cambio paradigmático descrito estamos en condiciones para pensar en tales desarrollos. Hugo Bleichmar (1997, 1999, 2001, 2005) ha tomado la delantera en este sentido al proponer la adopción de una concepción modular para el psicoanálisis, guiado por la idea de que tanto el inconsciente como la mente están constituidos por la articulación de módulos o sistemas que obedecen a diferentes regulaciones, módulos que evolucionan en paralelo asincrónicamente, que en sus relaciones complejas imprimen y sufren transformaciones, y que requieren, para su modificación, de múltiples modalidades de intervención.

Consistente con los hallazgos en ciencias neurocognitivas, Bleichmar y sus colaboradores piensan que es posible desarrollar una técnica con intervenciones terapéuticas específicas, activa, focal, flexible en sus múltiples formas de intervención y que, junto al papel fundamental de hacer consciente lo inconsciente, enfatice la importancia de la memoria procedimental, de la reestructuración cognitiva, del cambio en la acción y la exposición a nuevas experiencias. Psicoterapia específica para cada caso, guiada por las preguntas: ¿qué tipo de intervenciones para qué subtipo de cuadro psicopatológico, para qué estructura de personalidad, para qué momento vital del paciente, para qué condiciones del tratamiento? (psicoanálisis propiamente tal, psicoterapia de duración prolongada o breve, psicoterapia en el ámbito privado o en instituciones, psicoterapia de familia, etc.).

Es mi convicción que el desarrollo de nuevas técnicas de tratamiento psicoanalítico basadas en el paradigma emergente, será una labor colectiva en la que participarán muchos y no dependerá, como hasta ahora, de la lucidez y creatividad de algunos pocos líderes clínicos. De este modo, el psicoanálisis no sólo sobrevivirá “como una fuerza intelectual en el siglo veintiuno” sino que cumplirá con el desafío de participar activamente en el intento conjunto de la biología y la psicología de entender la mente. Esto sólo puede ir significar un renacimiento del psicoanálisis que redunde en beneficio de quienes nos buscan como pacientes para aliviar su sufrimiento.

Referencias

- ANDREASEN, N.C. (1997) Linking mind and brain in the study of mental illnesses: A project for a scientific psychopathology. *Science*. 275: 1586-1593.
- BEEBE, B., & LACHMANN FM. (2002) *Infant Research and Adult Treatment. Co-constructing Interactions*. Hillsdale: The Analytic Press.
- BENECKE, C., KRAUSE, R. & MERTEN, J. (2001) Über die Bedeutung des intersubjektiven Feldes in der Psychotherapie. *Psychotherapie* 6 (1): 73-80
- BENECKE, C., PEHAM, D., & BÄNNINGER-HUBER E. (2005) Nonverbal relationship regulation in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 15(1-2): 81-90.
- BENECKE, C., & KRAUSE, R. (in press) Facial-affective relationship: Offers of patients with panic disorders. *Psychotherapy Research*.
- BERNARDI, R. (2002) The need for true controversies in psychoanalysis. *Int.J.Psycho-Anal.* 83: 851-873.
- . (2004) ¿Qué después del pluralismo? Ulises aún en camino. (manuscrito)
- BLEICHMAR, H. (1997) *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Piados
- . (1999) Psicoanálisis. Fundamentos y Aplicaciones del enfoque modular-transformacional. Abril 1999 N° 1. www.Aperturas.org
- . (1999) El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes Noviembre 2001 N° 9. www.Aperturas.org
- . (2004) Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: Some mechanisms of therapeutic Change. *Int.J.Psycho-Anal.* 85: 1379-1400.
- CASPI A, SUGDEN K, MOFFIT TE, TAYLOR A, CRAIG IW, HARRINGTON H, MCCLAY J, MILL J, MARTIN J, Braitwaite A, & PUOLTON R (2003) Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science* 301: 386-389.
- CAVELL, M. (1993) *The psychoanalytic mind. From Freud to Philosophy*. Cambridge: Harvard University Press.
- CAVELL, M. (1998) Triangulation, one's own mind and objectivity. *Int. J. Psychoanal.* 79: 449-467.
- ECKMAN, P. (1992) An argument for basic emotions. *Cognition & Emotion*. 6: 169-200.
- FONAGY, P. (1999) Guest editorial: Memory and therapeutic action. *Int.J.Psycho-Anal.* 80: 215-223.
- FONAGY, P. (2003) Genetics, developmental psychopathology, and psychoanalytic theory: The case for ending our (not so) splendid isolation. *Psychoanalytic Inquiry* 23 (2).
- FONAGY, P. (2003) The interpersonal interpretive mechanism: the confluence of genetics and attachment theory in development. In: Viviane Green (ed.) *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment theory and Neuroscience. Creating Connections*. Hove New York: Brunner-Routledge
- FONAGY, P. & TARGET, M. (1996) Predictors of outcome in child psychoanalysis: A retrospective of 763 cases at the Anna Freud Centre. *Journal of de American Psychoanalytic Association*. 44: 27-77.

- . & ———. (2003) *Psychoanalytic Theories. Perspectives from Developmental Psychopathology* New York: Brunner-Routledge.
- FONAGY, P. (2001) El uso de múltiples métodos para hacer al psicoanálisis relevante en el nuevo milenio. In Ágora (compil.) *Psicoanálisis, focos y aperturas*. (pp.146-175) Montevideo: Psicolibros.
- FONAGY, P. KÄCHELE H, KRAUSE R, JONES E, & PERRON R (1999) *An open door review of outcome studies in psychoanalysis. Report prepared by the research committee of the IPA at the request of the president*. London: University College London.
- FREUD, S. (1915c) Triebe und Triebchiksale SA III pp. 76-102.
- . (1920g) Beyond the pleasure principle. *SE XVIII* pp 1–64.
- . (1923a) Dos artículos de enciclopedia. *AE XVIII* pp 227–254.
- . (1940a [1938]) An Outline of Psychoanalysis. *SE XXIII* pp. 139-
- GREEN, A. (1975) The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience). *Int.J.Psycho-Anal.* 56: 1-22.
- . (1986 [1983]) *On private madness*. London: The Hogart Press.
- GREEN V (2003) *Emotional development in Psychoanalysis, Attachment Theory and neuroscience. Creating Connections*. Hove New York: Brunner-Routledge.
- GREENBERG, J.R. & MITCHELL, S.A. (1983) *Object relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge London: Harvard University Press.
- HORVATH, A. (2005) The therapeutic relationship: Research and theory. An introduction to the Special Issue. *Psychotherapy Research* 15(1-2): 3-7.
- HORVATH, A., GASTON, L., & LUBORSKY, L. (1993) The therapeutic alliance and its measures. In NE Miller, Luborsky L, JP Barber, & JP Docherty (eds.) *Psychodynamic treatment research. A Handbook for clinical practice* (pp.247-273). New York: Basic Books.
- JIMENEZ, JP The search for integration or how to work as a pluralist psychoanalyst. *Psychoanalytic Inquiry* (in press).
- KANDEL, E.R. (1998) A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 155 (4): 457-469.
- . (1999) Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 156 (4): 505-524.
- KAPLAN-SOLM, K. & SOLMS, M (2002) *Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis. Introduction to a Deph Neuropsychology*. London: Karnac.
- KENDLER KS, HETTEMA JM, BUTERA F, GARDNER CO, & PRESCOTT CA (2003) Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Arch Gen Psychiatry* 60: 789-796.
- KLEIN, M. (1957) *Envy and Gratitude*. London: Tavistock.
- KLIMOSKY, G. (2004) *Epistemología y Psicoanálisis: Problemas de Epistemología*. Buenos Aires: Biebel.
- KRAUSE, R. (1990) Psychodynamik der Emotionsströrungen. In K.R.Scherer (ed.) *Psychologie der Emotionen. Enzyklopädie der Psychologie* (IV/3, pp. 630-705). Göttingen: Hogrefe.
- . (1998) *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. 1: Grundlagen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- LEUZINGER-BOHLEBER, M. & PFEIFER, R. (2002) Remembering a depressive primary object. *Int.J.Psycho-Anal.* 83: 3-33.
- LEVIN, F. (2003 [1991]) *Mapping the Mind. The Intersection of Psychoanalysis and Neurosciences*. London: Karnac
- . (2003) *Psyche and Brain. The Biology of Talking Cures*. Madison CT: International Universities Press.
- LICHTENBERG, J. (1988) A theory of motivational-functional systems as psychic structures. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 36: 55-70.
- . (1989) *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- . (1998) Experience as a guide to theory and practice. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 46: 17-36.
- MATTE-BLANCO, I. (1988) *Thinking, Feeling, and Being. Clinical reflections on the fundamental antinomy of human beings and world*. London: Routledge.

- MITCHELL, S. (1988) *Relational Concepts in Psychoanalysis: An integration*. Cambridge MA: Harvard University Press. In Spanish, Translated by Mercedes Córdoba: *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. México DF: Siglo Veintiuno eds., 1993.
- . (2000) *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*. London: The analytic press.
- MODELL, A. (2003) *Imagination and the meaningful mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- PANKSEPP, J. (1998) *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- ORLINSKY, D. (1994) Research-based knowledge as the emergent foundation for clinical practice in psychotherapy. In P F Talley, H H Strupp & S F Butler (eds.) *Psychotherapy research and practice. Bridging the gap* (pp.99-123) New York: Basic Books.
- RUBOVITS-SEIT, PFD. (1992) Interpretive methodology: Some problems, limitations, and remedial strategies. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 40: 139-168.
- SIEGEL, D. (1999) *The Developing Mind. How relationships and the Brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press.
- SOLMS, M., & TURNBULL, O (2000) *The Brain and the Inner World. An introduction to the neuroscience of the subjective experience*. New York: Other Press.
- SOLMS, M. (2004), Preliminaries for an integration of psychoanalysis and neuroscience. In: *Pluralism and unity? Methods of research in psychoanalysis*, ed. M Leuzinger-Bohleber, A.U. Dreher, & J. Canestri. London: International Psychoanalytic Association, pp. 184-206
- STERN, D. (1997) *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Madrid: Paidós.
- . (2004) *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York London: W.W. Norton & Company.
- STERN, D. SANDER, L., NAHUM, J., HARRISON, A., LYON-RUTH, K., MORGAN, A., BRUSCHWEILER-STERN, N., & TRONICK, E. (The process of Change Study Group) (1998) Non-interpretive mechanism in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.* 79: 903-921.
- STRENGER, C. (1991) *Between hermeneutic and sciences. An essay on the epistemology of psychoanalysis*. Psychological Issues. Monogr. 59. Madison Connecticut: IUP.
- STOLOROW, RD., & ATWOOD GE. (1992) *Contexts of Being. The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale NJ: The Analytic Press.
- SZECŚÓDY, I (1990) *The learning process in psychotherapy supervision*. Stockholm: Karolinska Institut.
- THOMÄ, H. (2000), Gemeinsamkeiten und Widersprüche zwischen vier Psychoanalytikern. [Commonalities and contradictions between four psychoanalysts] *Psyche*. 54: 172-189.
- THOMÄ, H. & KÄCHELE, H. (1975) Problems of metascience and methodology in clinical psychoanalytic research. *Annu Psychoanal*, vol III. Int Univ Press, New York, pp 49–119.
- THOMÄ, H., & KÄCHELE, H., (1989), *Teoría y práctica del psicoanálisis. I Fundamentos*, Trans. G. Bluhm & J.P. Jiménez. Barcelona: Herder.
- WALLERSTEIN, R. (1986) *Forty two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford.
- . (1988) One psychoanalysis or many? *Int. J. Psycho-Anal.* 69: 5-21.
- . (1990) Psychoanalysis: the common ground. *Int. J. Psycho-Anal.* 71: 3-20.
- WAMPOLD, B (2002) *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum.
- WILSON, A. (2000), Commentaries to Robert Michels's "The Case History". *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 48: 411-417.
- WINOGRAD, B. (2002) El psicoanálisis rioplatense. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. 5: 9-29.