

## Después del pluralismo: Hacia un nuevo paradigma psicoanalítico integrado

Juan Pablo Jiménez

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.  
Av. Salvador 486. Santiago de Chile. E-mail: [jjimenez@med.uchile.cl](mailto:jjimenez@med.uchile.cl)

**Resumen.** Después de constatar el aislamiento 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 intenta integrar conocimiento clínico con ciencias neurocognitivas, hallazgos de investigación en proceso y resultados en psicoterapia, investigación en relación temprana madre-bebé y psicopatología evolutiva. Se examinan los modelos teórico-técnicos basados 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 al descrédito 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 el futuro de la profesión psicoanalítica. También ha quedado clara la controversia en torno a los procesos de acumulación de conocimiento clínico, 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, celebramos con entusiasmo la constatación de que el monismo es una ilusión, que la diversidad teórica y técnica es la regla (Wallerstein 1988, 1990). Tal posición epistemológica monista estaba sostenida por un ambiente autoritario en nuestras instituciones y cada escuela de pensamiento psicoanalítico creía poseer la "verdadera" herencia de Freud.

Por cierto, Freud siempre pensó en la posibilidad de una ciencia psicoanalítica unificada e integrada. Para llegar a ella, los conocimientos clínicos deberían "amalgamarse" hasta constituir una disciplina científica (Freud 1923a). Pero, también hay múltiples indicios de que Freud pensó que el psicoanálisis sólo provisoriamente se desarrollaría independientemente de la biología. El caso 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 (Solms 2003).

Sin embargo, aún si sostenemos que el psicoanálisis puede constituirse como una disciplina autónoma, debemos reconocer que los conocimientos psicoanalíticos, más que acumularse ordenadamente, parecen haberse ido "amontonando", precisamente sin mucha "disciplina", hasta el punto de que Fonagy (1999) habla de "fragmentación del conocimiento psicoanalítico" y de la "aparición caótica del psicoanálisis moderno" (2000, p.821). La verdad es que, en psicoanálisis, más que pluralismo, 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. 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 que guíen un progreso hacia la integración" (Wilson, 2000, p. 412). Ricardo Bernardi (2004) parece compartir los mismos temores cuando se pregunta sobre lo que 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. Porque, por mucho que aplaudamos la diversidad en psicoanálisis, ésta no deja de tener lados oscuros. No es exagerado afirmar que, cada vez que clínicos formados en diferentes culturas psicoanalíticas intentamos comunicarnos, reproducimos la "babelización" del psicoanálisis. Las investigaciones de Bernardi (2002, 2003) sobre la manera como los psicoanalistas argumentamos en nuestras controversias, dejan una sensación pesimista sobre nuestra capacidad para encontrar una salida a esta situación. A mi entender, es imposible superar este *impasse* sin modificar el paradigma de construcción de teoría en psicoanálisis, porque la tendencia a la fragmentación del conocimiento parece ser inherente al desarrollo de un psicoanálisis que se basa solamente en principios hermenéuticos (Thomä & Kächele, 1987; Strenger 1991; Fonagy 1999; Jiménez 2004). Para Fonagy (1999), problemas relativos al razonamiento inductivo explican la sobreabundancia de teorías y la fragmentación del conocimiento psicoanalítico y serían los responsables últimos del aislamiento del psicoanálisis.

La estrategia básica de construcción de teoría en psicoanálisis calza dentro del llamado "inductivismo enumerativo". 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 nuestro

paciente. El analista estará así predispuesto a fijarse en aquellos aspectos de la relación con el paciente que hacen sentido en términos de los propios constructos privilegiados. Desde luego, estos últimos también han surgido de las “teorías clínicas” de otros analistas, construidas a propósitos de otros casos (Fonagy 2003, p.287). Klimosky afirma que el método inductivo 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, éstos no son suficientes como criterio de verdad para la validación de la teoría psicoanalítica como conocimiento nomotético (Rubovitz-Seitz 1992). Como lo afirma Strenger (1991), además de demostrar coherencia, las proposiciones teóricas deben ser consistentes con el conocimiento generalmente aceptado, incorporado en disciplinas vecinas, y ser afines a él. 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, los procesos de validación de hipótesis psicoanalíticas exigen moverse hacia la búsqueda de una correspondencia externa, esto es, hacia una validación en un contexto distinto de la situación analítica. El cambio de contexto está dado aquí por el uso de métodos de investigación que no sean el método psicoanalítico clínico (Thomä & Kächele 1975; Wallerstein 1993; Main 1995; 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 proveerá el mejor apoyo para las teorías de la mente propuestas por el psicoanálisis” (p.45).

### **Las neurociencias necesitan del psicoanálisis**

Por otro lado, y en contraste con el panorama 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” (Kandel 1999, p. 521). 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 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 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). De este modo, se propone un nuevo paradigma metodológico que busca integrar el enfoque “subjetivo” de la mente, propio del psicoanálisis, con el enfoque “objetivo”, propio de las neurociencias. Particularmente, 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 es que el modelo emergente en la última década en neurociencias ha resultado altamente compatible con el modelo psicoanalítico de la mente (véase Levin, 1991, 2003; Siegel 1999, Kandel 1998, 1999; Kaplan-Solm & Solms, 2000; Solms & Turnbull 2002; Cozolino 2002; Green 2003)

En lo que sigue presentaré algunas ideas sobre lo que pienso significa este paradigma emergente para la teoría psicoanalítica. Creo, eso sí, que el nuevo paradigma 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.

Para entender mejor el giro en la teoría al que aludo en esta presentación me apoyaré en el análisis de las teorías psicoanalíticas hecho por Jay Greenberg y Stephen Mitchell en su libro pionero, *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.

Para el modelo de la pulsión, el paciente llega al tratamiento con conflictos patógenos intrapsíquicos y encapsulados. El analista debe hacer conscientes tales conflictos. Pero, 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” resume la manera de aproximarse a la situación terapéutica. La relación con el analista se entiende básicamente en términos de desplazamientos del pasado. 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. La contratransferencia es 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. 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 concibe 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. Sin embargo, esta construcción difiere 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, 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 penetran recíprocamente.

Pero, además de la repetición de patrones antiguos, sucede “algo más” en la experiencia del paciente 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.

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 de aspectos previamente rechazados, el paciente estará en condiciones de renunciar a antiguos objetos y de embarcarse en metas más realistas. La transferencia, supuesta la abstinencia y la no participación del analista, se la ve como una “re-presentación” en el presente de antiguos conflictos que, precisamente por virtud de su representación, se hacen accesibles a la interpretación. El efecto terapéutico surge del autoconocimiento: La interpretación conduce al *insight* y éste a la curación.

Para los analistas que trabajan guiados por el modelo basado en la relación, la acción terapéutica del psicoanálisis se funda no sólo en el autoconocimiento, sino también en la habilidad del terapeuta para remediar 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 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. A través de una nueva interacción con el paciente, el terapeuta será capaz de entrar en este mundo 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.

Ciertamente, *todos* los autores y escuelas de pensamiento psicoanalítico combinan ambos modelos, si bien la proporción técnica entre interpretación y relación es diferente, del mismo modo como varía la valoración de la ausencia y de la presencia en el tratamiento. En América Latina, en especial en el psicoanálisis rioplatense, la concepción relacional es antigua. En una revisión reciente, 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 de que los dos modelos básicos en psicoanálisis son irreconciliables por corresponder a radicales antropológicos

irreductibles entre sí, pienso que los conocimientos actuales permiten una reformulación de esta dicotomía y apuntan a una nueva integración entre pulsión y relación. La irrupción en los años noventa del llamado psicoanálisis relacional, en sus versiones intersubjetivas (Stolorow & Atwood 1993) e interactivas (Beebe & Lachmann 2002), en especial la brillante argumentación de Stephen Mitchell (1988, 2000), podría parecer suficiente para expulsar definitivamente la noción de pulsión del universo teórico psicoanalítico. Sin embargo, creo que un modelo relacional sin el concepto de pulsión es incompatible con los hallazgos de las ciencias neurocognitivas, aun cuando debamos entender la pulsión de una manera muy diferente de como se la ha entendido tradicionalmente.

Con todo, pienso que la crisis del modelo pulsional fue precipitada por la clínica. El modelo pulsional, que sustenta el psicoanálisis clásico, estaba orientado al tratamiento de la neurosis. Sin embargo, en los últimos cincuenta años la consulta psicoterapéutica ha sufrido un cambio epidemiológico hacia los pacientes más perturbados, hacia los llamados “casos límites” (Green 1975). Límites porque éstos son pacientes que están precisamente en el límite de la *analizabilidad* 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 como ambiente facilitador del trabajo terapéutico. 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 trabajo de contención.

Con todo, ha sido la investigación en desarrollo temprano y en proceso y resultados en psicoterapia y psicoanálisis, las que han otorgado mayor legitimación a los postulados relacionales. En este contexto, Daniel Stern (1995 [1997 p.240; énfasis mío]) 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 por la ausencia de acción o de un objeto sobre el que actuar... 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)*”. Las consecuencias para la técnica del tratamiento surgen inmediatamente: el cambio terapéutico surge 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 en proceso y resultados en psicoterapia y psicoanálisis, la relación entre vínculo terapéutico y resultados es el área más estudiada. La *calidad global de la relación terapéutica* se asocia consistentemente con resultados positivos (Horvath et al 1993; Orlinsky 1994; Wampold 2002; Horvath 2005). Orlinsky (1994 p.116) se pregunta acerca las implicancias para la práctica y la teoría psicoanalítica de estos hallazgos, concluyendo que sería un serio error interpretarlos como una validación de la

concepción de “cura transferencial”. Si 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 fracaso terapéutico, para Orlinsky, la investigación apoya el concepto winnicottiano de “holding environment” como una manera más adecuada para entender el modo como el vínculo contribuye al éxito terapéutico. Si los pacientes experimentan el vínculo como un entorno que ofrece seguridad 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 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 al funcionamiento adulto del paciente.

Lo cierto es que hay un enorme cúmulo de evidencias empíricas y un 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 de la interacción de transferencia y contratransferencia, subvierten permanentemente el “mejor vínculo posible” entre analista y paciente.

Investigaciones empíricas 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 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).

The findings of the Stockholm outcome study of psychoanalysis and Psychotherapy, by Sandell et al. (2001), have shown “that a significant part of the outcome differences between patients in psychoanalysis and in psychotherapy



could be explained by the adoption, in a large group of therapists, of orthodox psychoanalytic attitude that seemed to be counterproductive in the practice of psychotherapy but not in psychoanalysis.” (p.921) Sin duda, esto no quiere decir que la neutralidad como recurso, o el insight como objetivo, sean inadecuados. El punto crítico parece ser que la perspectiva psicoanalítica clásica, bajo el pretexto de la regla de abstinencia, parece no dar mucho valor a la calidez, al relacionarse intensamente 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. 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). Para los autores, las intervenciones de más ayuda para los casos más complejos difirieron de aquellas que son habitualmente descritas como centrales en 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 los casos más graves. Los jóvenes menos perturbados, en cambio, si parecen beneficiarse de un abordaje interpretativo.

Finalmente, los estudios de proceso- resultado muestran que es la convergencia entre un tipo de paciente dispuesto a trabajar psicoterapéuticamente y un analista con determinadas características personales y profesionales, capaz de salir al encuentro de este paciente en particular, lo que puede explicar el éxito o el fracaso del tratamiento. The finding of the Boston outcome study of psychoanalysis (Kantrowitz 1995) corroborate that it is not the personal characteristics of the patient and the analyst that are important, but the *match* between them. “While there may be some characteristics of particular patients and analysts that seem to make them either well- or ill-suited partners from the outset, the dynamic aspect of their interactions, their resonances and dissonances, and their joint capacity or limitation in expanding the ‘blind spots’ or bridging the differences that develop over the course of the analytic work are likely to be central to the outcome” (p.326).

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 conceptos relacionales como ambiente facilitador, sostén o contención, serían una metáfora vacía sin tales microprocesos. El estudio de los procesos 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. Diversos estudios han mostrado que la conducta facial, especialmente la conducta facial afectiva de paciente y terapeuta, en 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 y la interacción afectiva (Benecke, Krause, & Merten, 2001; Benecke, Peham & Bänninger-Huber, 2005).

El grupo de estudios del proceso de cambio de Boston (Stern et al. 1998, 2004), ha propuesto un modelo de cambio en terapia psicoanalítica que incluye conocimientos modernos de ciencias cognitivas. Partiendo de investigaciones 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 últimamente. 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 y así de reorganizar el conocimiento implícito del paciente sobre la manera como se relaciona con los demás. Este conocimiento no es consciente, está inscrito en la memoria procesal de largo plazo e incluye los modelos de apego. Los distintos momentos de interacción entre paciente y terapeuta toman forma en un proceso secuencial dirigido por el intercambio verbal que puede incluir variadas intervenciones. 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. 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 conscientemente. Sin embargo, puede también permanecer implícito. Esto ilumina 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 neurocognitivas sobre el funcionamiento de la memoria. Estos estudios están siendo incorporados 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)

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 de *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*) ... 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.” (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. 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 andar en bicicleta o cómo “estar con los otros”).

A los modelos de relación almacenadas en la memoria procesal, que se entienden mejor en el marco de la interacción de un organismo con su entorno, 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 (Cohen & Varela 2000; Leuzinger-Bohleber & Pfeifer 2002; Stern 2004). El concepto de representación fija el conocimiento a un mundo externo que está dado de antemano. Sin embargo, nuestra actividad 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”, emergen desde un trasfondo y lo relevante es aquello que nuestro sentido común juzga como tal, siempre dentro de un contexto (Varela 1990). En esta emergencia se juega más bien la memoria procesal y no la declarativa. La memoria implícita 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 o cuando es reificado en una fantasía inconsciente. Para Fonagy (1999), 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” (2002, p 25)

Todo lo anterior nos lleva a la conclusión que las experiencias tempranas 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 <sup>1</sup>. Más aún, la modificación de tales modelos de apego 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

---

<sup>1</sup> 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).

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; énfasis mío). 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 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. Tales investigaciones sugieren 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. Solms y Turnbull (2002, p.117; énfasis mío) sostienen que “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*”,

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)

Stephen Mitchell ha desarrollado una brillante argumentación con el objeto de expulsar el concepto de pulsión de la teoría psicoanalítica. Sin embargo, admite sus dudas al respecto. 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 ... Con frecuencia –continúa–, 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 Mitchell es plausible suponer que para el modelo relacional la pulsión es considerada como externa a la mente. Detrás de esta concepción parece haber una concepción que separa demasiado la mente del cerebro, equivalente a la dicotomía entre constitución y medio ambiente que ha imperado por décadas en la psiquiatría y también en el psicoanálisis. Sin entrar en detalles en esta fascinante controversia, sólo señalo 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. 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, 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*. Así, se concluye que la psicoterapia produce cambios persistentes en la conducta a través del aprendizaje, promoviendo cambios en la expresión de los genes, alterando 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, 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* (Fonagy 2003).

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 self 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. 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, temblor muscular, llanto, risa, es decir, a través de todas aquellas conductas que llamamos, precisamente, expresivas, esto es, 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 nuestra historia biológica. 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 como un hipotético conjunto homogéneo de neuronas responsables del estado motivacional. Existen entonces estructuras anatomo-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.

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. Desde el punto de vista clínico, sin embargo, el asunto parece ser más complejo, y el psicoanálisis puede hacer aquí un aporte significativo. For instance, Rizzuto, Meissner & Buie (2004) have recently presented a new, overarching, theory of aggression “as the capacity of the mind to carry out any psychic or physical activity directed to overcoming any obstacle interfering with the completion of an intended internal or external action. The motive for aggressive activity is overcoming and obstacle in order to complete the action and achieve the intended goal. *Affects experienced in the effort of attempting to overcome the obstacle are dependent on motivational sources related to the specific intended action and the obstacle(s) interfering with its goal-attainment*” (p. 6s; my italics).

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 definitivos de aspectos momento a momento de la experiencia y están constantemente fluyendo, cada sistema puede ser dominante en un momento determinado de la experiencia, mientras los otros entran en un estado latente o de menor actividad. 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. Asimismo, 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, Stern (2004) postula el deseo de intersubjetividad como un sistema innato y primario de motivación, esencial para la supervivencia de la especie. 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” innato 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 en términos de estados mentales, deseos, intenciones y creencias. En condiciones de apego seguro, se expresarían los genes responsables de la estructura neuronal mentalizadora, probablemente localizada en la corteza pre-frontal medial (medial prefrontal cortex) y en el surco ténporo-parietal (temporo-parietal sulcus) (Gallagher et al. 2000; Zimmer 2003).

Todo esto 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 heterogéneas. Krause (1990) ha agregado el desprecio a la lista de emociones básicas. Los afectos básicos se caracterizan por una configuración situacional que desencadena una emoción y una expresión facial específicas que comunica a la pareja de interacción un deseo también específico (Krause 1998). Diversos estudios en condiciones psicopatológicas singulares y situaciones terapéuticas variadas han permitido describir interacciones de expresiones faciales virtuosas o 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 técnicas psicoanalíticas adaptativas (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, en el cual las sensaciones y afectos se entienden como apetencias, esto es, como deseos que el sujeto puede expresar en relación con el objeto. Por su parte, los sistemas motivacionales son dinámicos, es decir, jerarquizados pero conflictivos.

### **Conclusiones: Los desafíos actuales**

La posibilidad de adoptar una técnica psicoanalítica que se adapte a cada paciente particular 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 la mente evolucionaría como un todo, de modo que en cada etapa del desarrollo todos los elementos dependerían de las mismas leyes. Sólo ahora, después del cambio paradigmático descrito, estamos en condiciones para pensar en tal posibilidad. En este sentido, Gabbard & Westen (2003) plantean que las teorías de mecanismo único de acción terapéutica, sea cual sea su complejidad, tienen poca probabilidad de resultar útiles, por la variedad de las metas de cambio y de los métodos eficaces para efectuar el cambio en tales metas, como también la diversidad en las técnicas dirigidas a alterar diferentes tipos de procesos conscientes e inconscientes. Por ello, nos invitan a diferir la discusión técnica sobre aquello que es psicoanalítico y “focalizar, en cambio, en aquello que es terapéutico” (2003, p.826). En la misma línea, Bleichmar (1997, 2005) propone la adopción de una concepción modular para el psicoanálisis, guiado por la idea que la mente está constituida por la articulación de módulos o sistemas que obedecen a diferentes regulaciones, 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 interdisciplinarios, Bleichmar sugiere que es posible desarrollar una técnica con intervenciones terapéuticas específicas y flexible en sus múltiples formas de intervención y que, junto al papel fundamental de hacer consciente lo inconsciente, enfatice la importancia de la memoria procesal, de la reestructuración cognitiva, del cambio en la acción y la exposición a nuevas experiencias. Terapia 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?

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 y que deberá ser validada por investigación empírica en proceso y resultados. 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 significar un renacimiento del psicoanálisis que redunde en beneficio de quienes nos buscan como pacientes para aliviar su sufrimiento.

## Referencias

- Andreasen NC (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. [On the significance of the intersubjective field in psychotherapy] *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.
- Bernardi R (2003) What kind of evidence makes the analyst change his or her theoretical and technical ideas. In: *Pluralism and unity? Methods of research in psychoanalysis*, ed. M Leuzinger-Bohleber, A.U. Dreher, & J. Canestri. London: International Psychoanalytic Association, pp. 125-136.
- Bernardi R (2004) ¿What after pluralism? Ulises still on the road. *Psychoanalytic Inquiry* (in press).
- Bleichmar H (1997) *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Píados
- Bleichmar H (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, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. (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.
- Cohen AE, Varela FJ (2000) Facing up to the embarrassment. The practice of subjectivity in neuroscientific and psychoanalytic experience. *Psychomedia – Journal of European Psychoanalysis*. Number 10-11 – Winter-Fall 2000.
- Cozolino L (2002) *The neuroscience of psychotherapy. Building and rebuilding the human brain*. New York: Norton.
- Ekman 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.

- 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) Instincts and their vicissitudes. SE XIV pp.109-140.
- Freud S (1923a) Two encyclopaedia articles. SE XVIII pp 233–259.
- Gabbard GO & Westen D (2003) Rethinking therapeutic action. *Int.J.Psycho-Anal.* 84: 823-841.
- Gallagher HL, Happe F, Brunswick N, Fletcher PC, Frith U, Frith CD (2000) Reading the mind in cartoons and stories: An fMRI study of “theory of mind” in verbal and nonverbal tasks. *Neuropsychologia*, 38 (1): 11-21.
- 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.
- Green A (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 JR, Mitchell SA (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, L Luborsky, 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 ER (1998) A new intellectual framework for psychiatry. . *Am J Psychiatry* 155 (4): 457-469.
- Kandel ER (1999) Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 156 (4): 505-524.
- Kantrowitz J (1995) Outcome Research in psychoanalysis: Review and reconsiderations. In: T Shapiro & RN Emde (eds.) *Research in psychoanalysis. Process, Development, Outcome.* Madison Connecticut: International University Press, pp. 313- 328.
- 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 Emotionsstörungen. [Psychodynamic of emotional disorders] In: KR Scherer (ed.) *Psychologie der Emotionen. Enzyklopädie der Psychologie IV/3*, pp. 630-705. Göttingen: Hogrefe.
- Krause R 1998) *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre* [General psychoanalytic theory of illness]. 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
- Levin F (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.
- Lichtenberg J (1989) *Psychoanalysis and Motivation.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Lichtenberg J (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, 1993.
- Mitchell S (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 PF Talley, HH Strupp & SF Butler (eds.) *Psychotherapy research and practice. Bridging the gap* (pp.99-123) New York: Basic Books.
- Rizzuto AM, Meissner WW, & Buie DH (2004). *The Dynamics of Human Aggression. Theoretical foundations, clinical applications*. Hove New York: Brunner-Routledge.
- Rubovits-Seitz PFD (1992). Interpretive methodology: Some problems, limitations, and remedial strategies. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 40: 139-168.
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, & Schubert J (2001). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy (STOPP). *Int J Psychoanal.* 81: 921-942.
- Sandler J, & Joffe WG (1969). Towards a basic psychoanalytic model. *Int. J. Psychoanal.* 50: 79-90.
- Siegel D (1999). *The Developing Mind. How relationships and the Brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press.
- Solms M (2003). Preliminaries for an integration of psychoanalysis and neuroscience. In: *Pluralism and unity? Methods of research in psychoanalysis*, ed. M Leuzinger-Bohleber, AU Dreher & J Canestri. London: International Psychoanalytic Association, pp. 184-206
- Solms M & Turnbull O (2000). *The Brain and the Inner World. An introduction to the neuroscience of the subjective experience*. New York: Other Press.
- Stern D (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books. In Spanish, translated by Mireille Jaumà Classen: *La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Madrid: Paidós, 1997.
- Stern D (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, Bruschiweiler-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.
- 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 (1987). *Psychoanalytic Practice. 1 Principles*. Heidelberg New York: Springer.
- Varela F (1990). *Conocer. Las ciencias cognitivas: tendencias y perspectivas. Cartografía de las ideas actuales*. Barcelona: Gedisa.
- Wallerstein R (1986). *Forty two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford.
- Wallerstein R (1988). One psychoanalysis or many? *Int. J. Psycho-Anal.* 69: 5-21.
- Wallerstein R (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.
- Zimmer C (2003). How the mind reads other minds. *Science* 300: 1079-1080.