

Algunas contribuciones de la investigación empírica de infantes al psicoanálisis de adultos¹

Frank Lachmann

Cuando comencé mi entrenamiento psicoanalítico, aprendí que el psicoanálisis postulaba un patrón para el desarrollo, un modelo de la estructura de la mente y una teoría del tratamiento basada en el análisis de la transferencia. Los vínculos entre estos tres dominios –desarrollo, estructura y transferencia– guiaban el tratamiento (Lachmann & Beebe, 1992). Aprendí que el infante era todo ello y que el apego a objetos procedía a través de la satisfacción pulsional. Cuando el entorno restringe las pulsiones, lo que había sido ello se convierte en yo. El desarrollo y la estructura de la mente estaban, con ello, ligadas de manera directa. En cuanto a la psicopatología, el conflicto entre las estructuras de la mente daba lugar a la sintomatología. Estos conflictos, cuando son transferidos por parte del paciente al analista, podían entonces ser analizados y resueltos. Ese era el lazo entre estructura y tratamiento. O, tal como Mahler (1971) observó, cuando un paciente cambia entre quejas, rabia y admiración por el analista, estas transferencias pueden atribuirse a experiencias formativas durante la fase de separación-individuación. En tales instancias, las interpretaciones se centraban en la proyección y en la escisión o fracaso a la hora de integrar imágenes buenas y malas de la madre –ilustrando los lazos entre transferencia, desarrollo temprano y organización de la mente.

Además de aprender sobre el infante ello de Freud y el infante simbiótico de Mahler, también aprendí que el infante de Melanie Klein era un pequeño demonio, un infante demoníaco, listo para arrancarle las tripas a su madre. A través de mecanismos proyectivos e introyectivos, este demonio podía ser civilizado, sentirse culpable y alcanzar la posición depresiva. Observé cómo el péndulo del desarrollo temprano oscilaba hacia la otra dirección –el infante como totalmente moldeado por el ambiente. Esta era la era del infante ambientalista, el infante como tabula rasa, formado o mal formado por la experiencia. Ahora estamos en la era del infante constructor, el infante que co-construye su mundo en la interacción con su entorno. Este es el infante concebido por los investigadores empíricos de infantes.

Los lazos directos entre desarrollo temprano, un modelo de la mente y el contenido de la transferencia habían sido desafiados desde diversos lugares (p ej., George Klein, 1959; Gill, 1982), antes del advenimiento de los hallazgos empíricos. Sin embargo, la investigación empírica de infantes asestó tres golpes llamativos. En

¹ Artículo publicado originalmente con el título “Some contributions of empirical infant research to adult psychoanalysis: What have we learned? How can we apply it?” (2001) en *Psychoanalytic Dialogues*, 11 (2), 167-185. Traducción por Ps. André Sassenfeld J.

primer lugar, si el infante co-construye su mundo con su cuidador, entonces el infante está "apegado" desde el nacimiento. El apego no tiene que ser adquirido. El infante trae consigo su propia organización a la díada cuidador-infante (Stern, 1985). Segundo, la mente no se desarrolla en aislamiento, sino en una matriz relacional a través de procesos organizados diádicamente (ver también Stolorow & Atwood, 1992). Tercero, así como infante y cuidador co-construyen su mundo, también lo hacen analista y paciente. Y, así como ocurre en la díada infante-cuidador, en la organización de la transferencia las contribuciones de la pareja no son ni iguales ni similares (Beebe & Lachmann, 1994). En consecuencia, la transferencia no puede pensarse como un despliegue directo de los conflictos irresueltos del paciente, sino como co-construida por analista y paciente (Stolorow & Lachmann, 1984/1985).

Cruciales en estas revisiones del psicoanálisis como teoría del desarrollo y tratamiento y como modelo de la mente son los conceptos de co-construcción y transformación. En el proceso de desarrollo, en cada momento del tiempo, el infante afecta y es afectado por su entorno. En el próximo momento temporal, existe un infante ligeramente distinto y un entorno ligeramente distinto. A través de su interacción, tanto infante como ambiente se ven transformados (Sameroff, 1983). Las transformaciones van desde una rigidez aumentada por ejemplo en la patología (como en el caso de negligencia, abuso o trauma) hasta la flexibilidad aumentada a la hora de acceder y utilizar los propios recursos en la autorregulación y en la regulación interactiva.

Un modelo transformacional cambia el paradigma del desarrollo. Nos hemos movilizado desde una teoría de fases secuenciales de desarrollo libidinal hacia una teoría de construcción continua, como en el retrato del desarrollo de los sentidos del self realizado por Stern (1985). Nos hemos movilizado desde un modelo clínico que enfatiza la compulsión de repetición hacia un modelo que visualiza la repetición y la transformación en una dialéctica. Tenemos ahora un infante que da forma y que es formado por su ambiente. Por lo tanto, nos hemos movilizado hacia un modelo extraordinariamente complejo de la mente, del desarrollo y, consecuentemente, del tratamiento. Nos hemos movilizado hacia un modelo evolutivo que da cuenta al mismo tiempo de la mantención de un sentido de la propia continuidad mientras sufre continuas transformaciones. Nos hemos alejado de los constructos de estructura y nos hemos acercado a los constructos de procesos y sistemas, de una persona y un entorno (infante-madre, paciente-terapeuta) que influyen y co-construyen la experiencia del otro con el otro (Stolorow, 1997; Lachmann, 1998).

Como psicoanalistas, ahora tenemos que enfrentarnos a dos modelos del desarrollo temprano. El psicoanálisis tradicional, derivado en gran medida de las reconstrucciones retrospectivas del desarrollo temprano mediante el análisis de la psicopatología adulta, produjo el "infante clínico" de Freud, Mahler, Melanie Klein y otros. Las observaciones directas de infantes normales produjeron el "infante empírico". Más que emplear el vocabulario del psicoanálisis tradicional, estos

“observadores de bebés” hablan un lenguaje “nuevo”, el lenguaje de la psicología del desarrollo y de la psicología cognitiva. Utilizan términos que son nuevos en el psicoanálisis –por ejemplo, *expectativas*. Los nuevos términos aumentan las diferencias en el punto de vista de las dos perspectivas. Sin embargo, Stern (1985) argumentó en contra del abandono de los constructos del infante clínico. Sostiene que necesitamos ambos modelos de la infancia en nuestro trabajo clínico.

La investigación empírica de infantes retrata a un infante en relación con un enorme repertorio de capacidades innatas, tales como la detección de contingencias entre eventos y la traducción de experiencias de una modalidad sensorial a otra. Nos proporciona una base a partir de la cual inferir el desarrollo de la psicopatología. De la mayor importancia, nos ha sensibilizado o re-sensibilizado respecto de las dimensiones a menudo no-verbales y no verbalizadas en curso de la interacción analista-paciente.

Para el tratamiento de adultos, el infante clínico provee metáforas ricas que retratan la historia y experiencia subjetivas codificadas sostenidas por los adultos respecto de su desarrollo. El infante clínico está fuertemente influenciado por teorías psicoanalíticas específicas a la hora de retratar la forma en la que el desarrollo se descarriló y la forma en la que esto fue experimentado por la persona. Al abrazar ambos infantes, estamos en una mejor posición para interrogarnos acerca de las consecuencias para la teoría y el tratamiento psicoanalíticos cuando incluimos una teoría del desarrollo basada en observaciones del desarrollo normal y no patológico.

Tales preguntas y cambios capturan la esencia de las contribuciones con las cuales la investigación empírica de infantes desafía al psicoanálisis. Una nueva base de datos ha emergido a raíz de la rápida multiplicación de estudios, observaciones y experimentos que involucran la infancia normal. Mis colegas Beatrice Beebe, Joseph Lichtenberg, James Fosshage y yo afirmamos que estos estudios marcan una profunda diferencia para el clínico practicante.

Mis colaboraciones con Beebe y mis colaboraciones con Lichtenberg y Fosshage en realidad parten de distintos puertos. El punto de partida de Beebe y yo son los análisis microanalíticos cuadro-a-cuadro de interacciones madre-infante cara-a-cara en el tercer y cuarto mes de vida, cuando la capacidad para el compromiso visual sostenido se ha vuelto confiable. Hemos estado examinando la vasta investigación sobre la díada infante-cuidador y hemos identificado tres principios organizadores de la experiencia del infante –patrones en curso de auto-regulación y regulación mutua, disrupción y reparación de regulaciones en curso, y momentos afectivos elevados (Beebe & Lachmann, 1994; Lachmann & Beebe, 1996).

Central a estos tres principios es el concepto de expectativas. Los infantes detectan orden, repetición y consecuencias predecibles que siguen a sus acciones. La confirmación de expectativas da lugar a regulaciones predecibles “en curso”. La violación de expectativas da lugar a disrupciones que van desde lo lúdico y placentero hasta lo traumático y difícil de reparar. Los tres principios

organizadores y la confirmación y violación de expectativas operan durante toda la vida y también pueden ser aplicados mediante metáforas y analogías al tratamiento psicoanalítico de adultos. Nuestra comprensión de la acción terapéutica en el psicoanálisis de adultos se ve con esto mejorada.

En mi entrenamiento, aprendí a pensar en la psicopatología adulta en términos de sus prototipos infantiles. Al revisar la investigación empírica de infantes, me he sentido impactado por las profundas diferencias entre el infante normal y el adulto neurótico o “límitrofe”. El lazo entre la patología adulta e infancia normal –como en el concepto de la detención del desarrollo– me parece ahora altamente cuestionable. No se puede decir que la patología adulta alguna vez haya sido “normal” en ninguna edad. No obstante, Beebe y yo hemos propuesto lazos entre infantes normales que organizan su experiencia y adultos que organizan su experiencia tanto dentro como fuera del tratamiento psicoanalítico.

Lichtenberg, Fosshage y yo (1992, 1996) nos embarcamos en nuestro viaje de exploración desde el punto de vista de la situación psicoanalítica adulta. Aunque usamos estudios de infantes en la formulación de los cinco sistemas motivacionales, que discuto más adelante, el desarrollo de una teoría del tratamiento ha sido nuestra preocupación primaria. Específicamente, al traducir nuestros hallazgos de la investigación de infantes a principios para la conducción del tratamiento psicoanalítico adulto, hemos buscado ampliar, modificar y expandir la psicología del self en relación con la técnica. Conceptos tales como *escenas modelo* y *seguirle la pista* [tracking] *al afecto del paciente* ilustran la aproximación desde este punto de vista.

Eventualmente, los dos enfoques –a partir del trabajo de infantes y a partir de la situación analítica con adultos– debieran encontrarse. Los principios de la organización de la experiencia y el modelo del desarrollo derivados de los estudios de infantes debieran conectarse con los supuestos acerca de la organización de la experiencia derivados del tratamiento psicoanalítico de adultos. Más allá, el modelo del desarrollo debiera conectarse con una teoría que explica cómo se desarrolla la psicopatología. En la actualidad, algunas conexiones están en su lugar, pero aún hay mucho que hacer. En la discusión presente, me centro en cuánto hemos avanzado y en cómo podemos aplicar lo que hemos aprendido. Este es un trabajo en progreso en un campo que está constante y fascinadamente evolucionando.

He reunido algunas contribuciones provenientes de la literatura empírica de infantes que mis colegas y yo hemos discutido y que, a mi parecer, han afectado la conducción del tratamiento de adultos. Primero, la postura del analista respecto del paciente ha cambiado. La investigación empírica de infantes desafía tanto al infante reconstruido como el modelo basado en la patología del desarrollo asociado que los analistas han usado tradicionalmente (Beebe & Lachmann, 1988a, 1988b, 1994; Lachmann & Beebe, 1992; Beebe, Lachmann & Jaffe, 1997). La atención pasa desde un interés predominante en lo que resultó mal en la vida del paciente

hacia los esfuerzos transformacionales del paciente en una dialéctica con los patrones repetitivos.

Las vicisitudes de la auto-regulación y de la regulación interactiva pasan a un primer plano (Beebe, Jaffe & Lachmann, 1992; Lachmann & Beebe, 1996). Se considera que la transferencia engloba la organización en curso de la experiencia que el paciente tiene de la relación analítica (Stolorow & Lachmann, 1984/1985), co-construida por analista y paciente (Lachmann et al., 1992, 1996). La co-construcción de escenas modelo por parte de analista y paciente provee una entrada a aspectos de la experiencia del paciente que habían sido difíciles de comprender y poco claros con anterioridad (Lachmann & Lichtenberg, 1992). El análisis cuadro-a-cuadro de las interacciones madre-infante sirve como modelo para la atención cercana a los detalles continuamente cambiantes de las interacciones analista-paciente en el tratamiento de adultos, incluyendo sus comunicaciones no-verbales (Beebe & Lachmann, 1994; Lachmann & Beebe, 1996). Por último, la teoría de los sistemas motivacionales les proporciona a los analistas un amplio mapa para capturar la experiencia del paciente. En total, tal como ilustro aquí en dos viñetas clínicas, estas contribuciones de los investigadores empíricos de infantes afectan la postura del analista, el ambiente del análisis y, específicamente, la interacción analista-paciente.

Discutir cada una de estas contribuciones en detalle, de modo individual, fallaría a la hora de aprovechar su sobreposición y natural "agrupamiento". Hacer justicia a la complejidad de los esfuerzos y las auto-regulaciones y regulaciones interactivas y la variedad y complejidad de los contextos, continuo discutiéndolos en forma narrativa en vez de ilustrar cada una de manera individual y separada. Ya he hecho alusión a algunas de estas contribuciones –la organización y co-construcción de la experiencia en la infancia y las transformaciones de esa experiencia.

Tal como propuso Stern (1985), no existe una fase clara del desarrollo en la cual el infante y el cuidador no se encuentran en una "relación". En ningún momento puede describirse el infante como viviendo en un estado "carente de objetos" o autístico normal. Por cierto, existen pacientes adultos, aquellos diagnosticados con patología limítrofe o narcisista, que pueden ser descritos como habiendo fracasado a la hora de separarse de un cuidador primario o como siendo incapaces de formar apegos. Estos son pacientes cuyo sentido del self es difuso o que sufren de necesidades extremas de dependencia y que con facilidad se derriten hacia un estado fusionado con otra persona. Sin embargo, ya no podemos seguir asumiendo (a) que esta patología refleja la retención de un estado normal temprano de fusión self-otro, un estado al cual la persona se ha aferrado por demasiado tiempo, y (b) que esta patología invariablemente se origina en las fases más tempranas del desarrollo. La patología, tal como una incapacidad para reconocer el hecho de estar separado respecto del otro, indiferencia hacia los demás o tender a la disociación, no es un indicador de la retención de una fase normal del desarrollo. De hecho, nunca se puede presumir que tal patología se ha

originado en fases muy tempranas del desarrollo. Tales supuestos han tendido a hacernos investigar para encontrar, en ocasiones implacablemente, una base preverbal para la patología de un paciente descuidando la significación de eventos posteriores en la vida de un paciente.

En 1980, a partir de una lectura de Freud, Mahler, Jacobson, Kernberg y Kohut, Robert Stolorow y yo (1980) formulamos tres tareas que el infante en desarrollo tiene que cumplir: (a) aprender a diferenciar representaciones de self y objeto, (b) superar la escisión inicial de imágenes de objetos totalmente buenos y totalmente malos e integrarlas en representaciones totales de un objeto que a veces es bueno y a veces malo, y (c) establecer la constancia del self y del objeto. Antes del advenimiento de los estudios empíricos de la infancia, estas tres tareas formaban parte del modelo aceptado del desarrollo temprano y representaban el origen de la patología adulta.

En 1991, la investigadora de infantes Lyons-Ruth indicó la contradicción lógica entre postular que, por un lado, el infante debe aprender a diferenciar el self del otro porque se presume que inicialmente self y otro están fusionados y que, por otro lado, el infante tiene que aprender a llevar a cabo la tarea opuesta, a integrar representaciones objetales buenas y malas porque se asume que esas representaciones están “escindidas” en el nacimiento. Lyons-Ruth (1991) afirmó:

Las conductas ambivalentes y enojadas que alterna con conductas positivas, que parecería ser el sello distintivo de tal organización psicológica subyacente, no prevalecen entre los infantes antes de los 15 meses de edad, durante el tiempo en el cual se hipotetiza que existen estas representaciones objetales “escindidas” [...] Estas conductas enojadas ambivalentes se hacen crecientemente relevantes entre los niños en serio riesgo social. Por lo tanto, la evidencia evolutiva es más congruente con la noción de que, bajo condiciones de regulación adecuada por parte de los cuidadores, el infante desarrolla patrones conductuales y representaciones fluidamente integradas, involucrando tanto componentes positivos como negativos. En contraste, cuando la regulación por parte de los cuidadores es inadecuada, el infante desarrolla representaciones cada vez mejor articuladas y distintivamente negativas de self y otro, que están pobremente integradas con representaciones de interacciones positivas [...] Las representaciones positivas y negativas pobremente integradas no son intrínsecas al funcionamiento infantil temprano, sino una adquisición evolutiva gradual bajo condiciones de regulación perturbada. (p. 13)

Cuando Lyons-Ruth re-examinó las películas hechas por Mahler, concluyó que, al nombrar una fase *separación-individuación*, Mahler (Mahler, Pine & Bergman, 1975) basó su nomenclatura más en el legado teórico que en la conducta de los infantes. Lyons-Ruth propuso renombrar esta fase del desarrollo *apego-individuación* porque observó mucho más evidencia de las conductas continuadas de apego de los niños pequeños de Mahler que de conductas de “separación”. Su propuesta es consistente con una idea pocas veces publicitada de Mahler (que las necesidades simbióticas existen en realidad durante toda la vida) y con la

propuesta de Kohut de que la necesidad de experiencias selfobjetales existe durante toda la vida. La implicancia para el tratamiento de adultos es que el apego y la separación no necesariamente están en conflicto, sino que trabaja de modo cooperador uno con la otra. Autonomía y auto-afirmación, y la individuación con un sentido distintivo del self, no se desarrollan a través de la separación respecto de un cuidador primario, sino que requieren la retención del apego. Mediante su retención, un apego puede ser abstraído de manera gradual. Con ello, la persona se vuelve capaz de formar apegos con personas diferentes a su cuidador primario. La capacidad de apego entonces se hace más generalmente aplicable. Más allá, a través de su retención, un apego con un cuidador primario puede volverse cada vez más de-personificada, de manera que la presencia literal de los cuidadores primarios es menos y menos necesaria para sostener el sentido del self. El papel de la transferencia a la hora de promover la abstracción y de-personificación de un apego primario se ilustra en la siguiente viñeta.

Después de un considerable tiempo, una mujer divorciada de 39 años (discutida con mayor detalle en Lachmann & Beebe, 1992) había establecido una transferencia selfobjetal de idealización conmigo en su análisis. Gran parte del contenido de las sesiones de los años precedentes del análisis trataron de su tendencia a establecer relaciones masoquistas. Se tornaba la cuidadora de otros, entonces se sentía victimizada, enojada y explotada. Se quejaba con resentimiento de que siempre tenía que adaptarse a los intereses de alguien más. En el curso de nuestro trabajo, eventualmente buscó un mejor trabajo. Al describir la prometedora entrevista de trabajo que había tenido, me dijo que esta fue particularmente bien porque ella pensó que el entrevistador y yo nos conocíamos y que, por lo tanto, el entrevistador había sido particularmente receptivo respecto de ella. Yo no conocía de ninguna conexión de este tipo y pensé que atribuirme a mí y mi influencia la entrevista positiva constituía aún otro intento de su parte de negar evidencia de su competencia e independencia. A mí me sonaba como otra instancia de su auto-desvalorización masoquista. Así, interpreté su desgana de aceptar su competencia y habilidades como algo que podía dar cuenta de que me atribuyera el éxito a mí.

En este punto del análisis, en respuesta a mi interpretación, la paciente fue capaz de decir, "Mire, usted asegúrese de que nuestro lazo se mantenga, y yo me haré cargo de mi propia autonomía". A continuación, procedimos a encontrar el "granito de verdad" en su atribución. Fue efectivamente mi presencia a través de su sentimiento de conexión conmigo –su lazo continuado conmigo– lo que le había permitido llevar una entrevista exitosa. Yo había interpretado su relato de manera demasiado literal y, con ello, había amenazado con rupturar la conexión.

Con anterioridad, en el análisis, las rupturas más frecuentes del lazo selfobjetal se habían producido cuando yo desentonaba respecto de la necesidad de esta paciente de sentir mi involucramiento en la retención de nuestro lazo. Por medio de nuestro trabajo previo, sus expectativas respecto de sí misma y sus expectativas respecto de mí se habían transformado. En la instancia presente, ella

fue capaz de iniciar la restauración de la ruptura. Yo contribuí en la restauración del lazo disruptado al reconocer la validez de su sentimiento de que me tenía consigo en la entrevista. Su comentario lúdico, un momento afectivo elevado para los dos, fue evidencia de la transformación de su auto-organización frágil hacia una auto-organización más cohesiva, en la cual podía acceder a un sentido de humor. Su apego conmigo se había vuelto menos concreto. Se había abstraído de manera que ella podía “llevarme consigo” y sentir mi presencia en la entrevista. Sus ambiciones y su capacidad de ser más competitiva y asertiva florecieron. Pero, en su apego conmigo, yo aún no me había de-personificado lo suficiente. Al llevarme junto a ella a la entrevista, ella aún requería de mi participación. Su comentario lúdico hacia mí me señaló su mayor resiliencia y autonomía.

Si esta interacción se hubiese producido después de que me hubiese familiarizado más con la dialéctica entre repetición y transformación, es posible que no me hubiese focalizado meramente en el agarre de su patrón masoquista, un patrón que tanto ella como yo sabíamos estaba relacionado con su apego temprano respecto de su madre. Esto es, también podría haber reconocido la transformación que había tenido lugar en el curso de su análisis.

La repetición de un apego masoquista remitió al temor de la paciente a ser abandonada por su madre, la cual había estado preocupada del cuidado de sus propios padres y su hermana. Para asegurarse la atención de su madre sobrecargada, la paciente se restringió a sí misma y se convirtió en una cuidadora no demandante pero resentida. Con ello, aplacó temporalmente las expectativas de ser abandonado. Más tarde, durante la pubertad, la paciente –con su tendencia y auto-organización masoquistas– pasó por una transformación crucial en relación al padre.

Hasta que la paciente alcanzó la pubertad, su padre había sido una figura valiente y políticamente activa, un tanto romantizada por ella y sus amigos políticos. Era visto como fuerte y carismático. Su apego con su padre idealizado la sacó de su apego masoquista y el mundo deprimido de su madre.

La paciente recordaba ser llevada por su padre a sus reuniones políticas. Allí, la cogía y la sentaba en una mesa en la plataforma desde la cual se dirigía al grupo. Ella se sentía alborozada sentada ahí con él y lo observaba con admiración durante la reunión. Después, él nuevamente la levantaba y bajaba. Ser elevada a esta altura por su padre –con sus sentimientos concomitantes de alegría– emergió como escena modelo del tratamiento. La escena modelo capturaba su experiencia de regocijo cuando su padre se encontraba en la cumbre de sus poderes y la exhibía. Ella sentía que compartía su triunfo. No obstante, esta experiencia también anticipó una decepción. La decepción inmediata era la vuelta al hogar donde la madre deprimida. Más tarde, había una decepción adicional. Hacia el fin de su pubertad, por medio de “juicios equivocados” por su parte, su padre vio caer en picada sus fortunas y su posición en la comunidad.

La paciente experimentó la declinación de su padre como golpe devastador. Para sostenerse a ella misma, se imaginó que era capaz de hacerlo volver a su

antigua gloria y, de mayor importancia, que él necesitaba que ella lo hiciera. Entonces ella podía volver a compartir su poder y protección y sentir la excitación y seguridad de la que había disfrutado antes de su declinación. Con este lazo idealizado respecto de su padre en su lugar, ella podía retener y acceder a una visión más amplia del mundo, la “visión desde la plataforma”, y a un rango de valores intelectuales y sociales. La calidez y apertura de su padre respecto de intereses culturales y sensuales (p. ej., música, arte, comida), en comparación con las severas limitaciones de su madre, le abría un nuevo mundo.

La sostenida transferencia selfobjetal idealizadora de los años tempranos del análisis derivaba del lazo de la paciente con su padre idealizado. Mientras sentía que yo era fuente de fortaleza y poder que ella podía compartir, el tratamiento podía seguir adelante. Con ello, ella gradualmente re-adquirió y reafirmó el legado de los recursos de su padre. Para que la transferencia idealizadora se haya podido sostener con tanto éxito como lo hizo, mi aceptación e incluso gusto por ser idealizado contribuyó a la oportunidad de la paciente de establecer esta transferencia. Mi aceptación de la idealización de la paciente era mi contribución no-específica a la transferencia a través de la cual ella restauró su sentido de competencia y re-adquirió recursos que le permitieron buscar el mejor trabajo.

Los recursos de la paciente, intrínsecos a su auto-organización, eran sostenidos por su fantasía inicial –de que su padre la necesitaba– y por su nueva fantasía de que, en el tratamiento, yo necesitaba que ella me mantuviera en una posición preeminente. Ella se sintió capaz y podía funcionar mientras se sentía segura de que yo necesitaba que ella me sostuviera. En el transcurso del análisis, cuando yo hacía intervenciones que indicaban que yo no necesitaba que ella se hiciera cargo de mí (tal como se ve ilustrado en mi interpretación de sus auto-sacrificios como masoquismo), esta transferencia idealizadora se rupturaba. Subsiguientemente, a través de estas rupturas, la naturaleza del lazo, su historia y su papel en la transferencia se clarificaron. Por ejemplo, en el curso de estas exploraciones, descubrimos que mis comentarios acerca de su auto-sacrificio significaban para ella que yo no necesitaba que ella sacrificara por mí. Más allá, mis “juicios equivocados” al momento de hacer tales interpretaciones revivieron sus desilusiones causadas por los juicios equivocados de su padre.

Al asumir que la transferencia es co-construida, asumo que la disrupción de la transferencia también es co-construida. La disrupción no es meramente una consecuencia de la patología del paciente, de su reacción terapéutica negativa, mi teoría, la contratransferencia o la falla empática. Fue mediante una investigación detallada, análoga a un análisis cuadro-a-cuadro de las interacciones madre-infante, que descubrimos la medida en la cual ella necesitaba reforzarme de manera de poder sentirse segura y competente.

Las disrupciones del lazo selfobjetal, o rupturas en el lazo empático, no pueden ser evitadas. Sin importar cuánto tacto, cuidado o sensibilidad un analista

puede intentar demostrar, las disrupciones ocurren y son esenciales a la hora de traer a la luz las vulnerabilidades específicas del sentido del self del paciente.

Una segunda dificultad con mi interpretación fue lo literalmente que escuché el relato de la paciente acerca de su entrevista de trabajo. ¿Por qué hice eso? Puedo tomar en consideración varios asuntos personales en este contexto. ¿Respondí demasiado concretamente porque estaba ansioso? ¿Me puse ansioso porque sentí que la paciente estaba recurriendo a un patrón antiguo y que años de trabajo analítico estaban a punto de deshilacharse? ¿Me sentí incómodo por la medida en la que esta paciente me idealizaba? ¿Me gustaba la idealización y me sentí incómodo porque me gustaba? Al enumerar estas posibilidades, estoy especulando acerca de algunas de mis contribuciones a la construcción de la transferencia y a su disrupción y reparación. No discutí ninguna de estas posibilidades con la paciente y no creo que tales auto-revelaciones necesitan hacerse. No creo que estas temáticas personales fueron evocadas, inducidas o proyectadas en mí por parte de la paciente. Tales conceptualizaciones de la transferencia-contratransferencia asumen una perspectiva en la cual la paciente es hecha responsable de transferencia y contratransferencia. Creo que yo traigo a la transferencia ciertos principios organizadores propios. Mis temáticas son instrumentales a la hora de dar forma a la transferencia de la paciente así como las suyas a la hora de dar forma a la mía. Cada paciente activará y contribuirá a dar forma a varios aspectos de estas temáticas personales.

Al discutir este caso, he hecho referencia a una escena modelo que mi paciente y yo co-construimos –ser subida a la plataforma y compartir la fuerza idealizada del padre. Cuando la paciente recordó la experiencia, yo la comprendí como algo que capturaba sus fluctuaciones afectivas en relación a mí, su relación con sus padres y su estilo caracterológico de buscar estar “en la plataforma con su padre”, lo que la aislaba socialmente y alienaba a sus colegas profesionales.

Las escenas modelo son metáforas (Lachmann & Lichtenberg, 1992). Pueden ser derivadas de experiencias tempranas, pero no de modo exclusivo. Eventos en la vida del paciente, imágenes oníricas o incluso escenas de la literatura pueden proporcionar escenas modelo. Pueden retratar un estilo de carácter, una temática relacional o una interacción transferencial y, por lo tanto, puede clarificar aquello que puede haber sido desconcertante. Pueden ser derivadas de cualquier edad del paciente.

El concepto de las escenas modelo es una extensión de las RIG de Stern (1985) –*representaciones de interacciones* que son *generalizadas*. Las RIG pueden ser organizados por medio de una acumulación y “promediación” de experiencias (Stern, 1988) y por medio de experiencias vividas específicas, tales como momentos afectivos elevados y traumas. Además son subsiguientemente elaboradas, a través de la fantasía y la elaboración defensiva, y siguen siendo transformadas en los procesos de crecimiento y desarrollo.

Se nos hace ahora clara una relación cercana entre representaciones (como en las RIG) y la internalización. A diferencia de otros teóricos que enfatizan la

frustración en alguna forma como camino real a la formación de la estructura psíquica, las experiencias no-frustrantes como también las interacciones en curso y las intervenciones “no-interpretativas” conducen a la elaboración de un mundo interior de expectativas y restricciones.

La escena modelo de ser subida a la plataforma representaba un momento afectivo elevado entre la paciente y su padre. Es una RIG elaborada, derivada de recuerdos de la paciente que eran relativamente únicos en el transcurso de su vida cotidiana. El recuerdo y su afecto asociado fueron elaborados con una multitud de significados. Capturar estas temáticas en forma gráfica, pictórica y metafórica nos permitió hacer sentido de rupturas transferenciales, tal como decepcionarla, que sin esta perspectiva había sido bastante desconcertante.

En otro caso, un paciente que estaba acostado en el diván de pronto empezó a experimentar un desagradable cosquilleo en sus piernas. Exploramos el contexto de la sesión en la cual el cosquilleo se produjo. Después de que el cosquilleo volvió a ocurrir en varias sesiones, el paciente reportó que, basándose en algún cambio que percibió en mi respiración, sentía que yo estaba a punto de decir algo. Justo antes, ambos habíamos estado en silencio. Había tenido lugar un intercambio basado en el significado de sonidos sin que ninguno de nosotros haya sido consciente de este. A través de su descripción de su estado afectivo y la particular cualidad de su incomodidad, yo utilicé su cosquilleo y su posición en el diván para construir una escena modelo.

El paciente estaba tendido en el diván. Sus pies, extendidos, cosquilleaban y temblaban. Dije que se parecía a un bebé, tendido sobre su espalda en una cuna, que desea ser cogido. Al escuchar que se acerca alguien, el bebé podría sentir una excitación anticipatoria respecto de que está a punto de ser cogido –en este caso, por parte del padre. Pero entonces el sonido de los pasos sigue de largo y él se queda solo en su estado de activación.

No teníamos ninguna idea si acaso esta experiencia ocurrió realmente alguna vez en su vida. No intentamos reconstruir un evento; en cambio, intentamos construir una metáfora que captura la experiencia corporal de este paciente de esperar ser cogido pero de ser ignorado. La escena capturó una dimensión sobresaliente de su ansiedad general y clarificó su experiencia en el análisis. De modo similar, en realidad no sabíamos si acaso la paciente previamente descrita fue alguna vez subida a la plataforma por parte de su padre tal como ella relató. La realidad de estos eventos no es tan significativa como sus implicancias organizadoras. Esto es, describen en forma gráfica temáticas que organizan experiencias vitales, sintomatologías y configuraciones transferenciales dominantes.

La exploración de la escena modelo del paciente que “desea ser cogido” esclareció su siempre presente expectativa de que sería ignorado. Se anticipó característicamente a la circunstancia de que se excitaría y que a continuación sería dejado solo para regular su excitación por su propia cuenta. Comenzamos a prestar particular atención a los momentos en el análisis en los cuales él esperaba que algo

vendría de mí pero, en vez de ello, yo esperaba demasiado largo o no encontraba nada que decir. Después de haber explorado la escena modelo, no volvió a experimentar el cosquilleo.

Seguirle la pista al afecto de aflicción de este paciente nos permitió identificar qué era lo que mandaba escalofríos hacia sus pies. Temía alienar a otros. Sentía que, si llegara a expresar sus expectativas y desilusiones, arruinaría toda posibilidad de recibir atención. De manera reactiva, se volvía demasiado complaciente y manejaba su desilusión suprimida por su propia cuenta. Sin embargo, siendo su analista, yo no tenía que hablar más, más rápido o con menos vacilación. Más bien, exploramos las instancias en las cuales su afecto reflejaba una sensación sutil de que estaba siendo dejado en la estacada por alguien cuya atención ansiaba desesperadamente. Este paciente se describía a sí mismo como indefenso e incapaz de regular su propio estado de aflicción. Describía a otros como preocupados por sí mismos y poco atentos hacia él. Estas descripciones del self y del otro cargadas de afecto eran organizadas en línea con facetas de la interacción actual analista-paciente e incluían expectativas derivadas de épocas anteriores. Tales expectativas eran entonces rígidamente repetidas e impuestas a la experiencia actual. En el caso óptimo, las expectativas son flexibles. Transforman y son transformadas por la experiencia en curso. Una investigación de la expectativa de recibir respuesta, de ser ignorado y entonces de tener que regular la propia excitación puede ser traída a la diada analítica. Además de las intervenciones interpretativas, la interacción analista-paciente en curso, que forma parte del proceso de transformación que se encuentra en una dialéctica con la repetición, organiza expectativas “nuevas” de ser entendido y de recibir respuesta.

Con Beebe, he descrito cómo el catalogamiento del conjunto de capacidades del infante proporciona un mundo ricamente detallado del self, del otro y de su interacción. Ahora paso a la otra entrada a las contribuciones de la investigación de infantes al psicoanálisis de adultos –el trabajo que he estado realizando con Lichtenberg y Fosshage.

El repertorio de capacidades infantiles catalogado por los observadores de bebés también ha llevado al desarrollo de una teoría de la motivación que asume cinco sistemas motivacionales distintivos. Los cinco sistemas motivacionales son la necesidad de regulación psíquica de requerimientos fisiológicos, la necesidad de apego y más tarde de afiliación, la necesidad de aserción y exploración, la necesidad de placer sensual y excitación sexual, y la necesidad de reaccionar aversivamente a través del antagonismo y/o la retirada. Cada uno de estos sistemas se basa en conductas que son observables con claridad al comienzo del período neonatal. Cada sistema se basa en necesidades innatas mutuamente reguladas. Cada sistema está diseñado para promover la satisfacción y regulación de una necesidad básica y fundamental.

Durante la infancia, cada sistema contribuye a la auto-regulación en la regulación interactiva con los cuidadores. En cada etapa de la vida, los deseos y metas que derivan de las necesidades en cada sistema motivacional pueden ser

reordenados en diferentes jerarquías, indicadas por diferentes preferencias, opciones y tendencias conscientes e inconscientes. De momento a momento, las actividades de cualquiera de los sistemas pueden verse intensificada hasta el punto en el cual proporciona una dominancia motivacional para el sentido del self.

En el caso de la mujer que “se hacía cargo de su propia autonomía”, se produjo un cambio en la jerarquía de sus motivaciones en el transcurso de su análisis. Cuando empezó el tratamiento, sus prioridades motivacionales se centraban en la mantención de los apegos a expensas de la aserción y exploración. Para mantener su sentimiento de inclusión en el mundo de su padre, sacrificaba la aserción de sus preferencias y reaccionaba de modo aversivo con sentimientos suprimidos de resentimiento. Más allá, se retiraba de situaciones competitivas que podían indicar que ella era auto-suficiente y que no necesitaba a nadie. No obstante, al mantener su lazo con su padre, también mantenía viva su curiosidad respecto del mundo y su capacidad de goce sensual. Sin embargo, el placer sexual era problemático porque para ella involucraba un grado de auto-aserción que amenazaba su necesidad de mantener a su padre en una posición idealizada. En el curso de su análisis, empezó a sentirse más segura acerca de su apego conmigo. En cambio, se volvió más asertiva, ambiciosa y competitiva.

Durante un período considerable, las interpretaciones de su resentimiento suprimido destruían su lazo selfobjetal conmigo y producían disrupciones serias en su vida y en el tratamiento. El reconocimiento de la naturaleza y el contexto de las disrupciones restituía el lazo.

La dimensión selfobjetal de la transferencia articula la media en la cual la experiencia que un paciente tiene de su analista gradualmente resulta en la cohesión del self del paciente y en su vitalidad. Beebe y yo (Lachmann & Beebe, 1992, 1995a, 1995b) hemos expandido esta visión de la transferencia al concederle un reconocimiento igualitario a una dimensión representacional que engloba las variedades de las experiencias relacionales. Cuando la dimensión selfobjetal está intacta y en el fondo, las temáticas contenidas en la escena modelo ocupan el primer plano de la transferencia. Esta dimensión representacional de self, otro y su interacción, a menudo retratada en las escenas modelo, puede entonces ser investigada.

En el caso del paciente cuyos pies cosquilleaban, un lazo selfobjetal de espejeamiento se había establecido. En el transcurso del análisis, él fue gradualmente capaz de experimentar un sentido de cohesión corporal y psíquica. Las disrupciones de ese lazo selfobjetal lo dejaban con sentimientos de desorientación e indefensión con respecto a su auto-regulación. Comprender la naturaleza de la disrupción restituyó el lazo y el cosquilleo retrocedió hacia el fondo. Entonces los aspectos representacionales de la transferencia de este paciente, su temor a alienar aquellos por parte de quienes deseaba ser cogido, pasaban al primer plano.

Emerge ahora una nueva visión del cambio terapéutico. Esta visión puede inferirse a partir de seis temáticas: (a) un énfasis en la co-construcción, (b) la

contribución del intercambio analista-paciente en curso, (c) el reconocimiento de las tendencias al desarrollo, (d) seguirle la pista a las secuencias de disrupción y reparación, (e) el potencial organizador de momentos afectivos elevados, y (f) la dialéctica entre repetición y transformación. Estas interacciones conducen a nuevas expectativas de ser comprendido, de ser comprensible y de participar en un diálogo que no requiere reforzar al otro o sacrificarse a uno mismo por el otro. Estas nuevas expectativas llevan tanto a nuevas temáticas como a la transformación de temáticas antiguas. Asumo que las temáticas antiguas nunca desaparecen y que no se puede “renunciar” a ellas. Permanecen, pero se tornan menos dominantes junto a las expectativas nuevamente organizadas. Por ejemplo, temáticas nuevamente organizadas como “Puedo esperar ser entendido y recibir atención” capturan la reconfiguración de los sistemas motivacionales de apego y aserción. Puede entonces disfrutarse de motivaciones sobrecargadas y no disponibles con anterioridad –por ejemplo, exploración y aserción en situaciones competitivas, excitación sexual y apegos sin auto-sacrificio.

¿Por qué creo que la teoría psicoanalítica que está emergiendo a partir de la investigación empírica de infantes y los cinco sistemas motivacionales es preferible a otras teorías psicoanalíticas? En primer lugar, la teoría emergente deriva del desarrollo normal. Establece supuestos básicos acerca de la potencial disponibilidad de una variedad de motivaciones sin reducir el comportamiento a una o dos pulsiones. Más allá, proporciona categorías más finas –incluyendo el reconocimiento de la comunicación no-verbal– con las cuales explorar las interacciones terapéuticas. Por último, esta teoría emergente reconoce la relación analista-paciente como el sistema que afecta la acción terapéutica.

Como cualquier teoría, esta teoría emergente dirige las intervenciones clínicas en una dirección particular, hacia el reconocimiento de recursos de adquisición evolutiva a lo largo del continuo de edades. Al usar la visión transformacional del desarrollo, el origen de la patología no se reduce a los años más tempranos de vida y la relación temprana madre-niño no es postulada como el cimiento de toda patología. Las tendencias organizadoras de un paciente y la influencia potencialmente decisiva de las experiencias desde la infancia temprana hasta la pubertad o incluso después pueden reconocerse en las escenas modelo. En las dos escenas modelo co-construidas en las ilustraciones de caso, el padre de los pacientes figuraba como participante significativo. Una escena, derivada del significado de sonidos, capturaba una temática perdurable en el vínculo del paciente con su padre. La otra escena derivaba de los años de pubertad de la paciente, cuando la paciente y su padre organizaron una experiencia de elevación y descenso.

Con mis colegas Beebe, Lichtenberg y Fosshage, he estado explicando dos perspectivas sistémicas distintivas pero relacionadas –auto-regulación y regulación interactiva y sistemas motivacionales. Aunque las dos perspectivas sistémicas difieren en cuanto a su nivel de abstracción y en su relación con datos empíricos, juntas ofrecen una contribución única al tratamiento del paciente difícil de

alcanzar. En esos tratamientos, la interacción entre analista y paciente requiere una atención especialmente cercana y continua. El modelo del desarrollo derivado de los estudios empíricos de infantes ofrece patrones de interacción que dirigen nuestra atención más allá de los intercambios verbales usuales. La investigación también proporciona metáforas y analogías que contribuyen a la construcción de escenas modelo y que amplían nuestra comprensión de la interacción analista-paciente. Al tratar al paciente difícil de alcanzar, la atención al proceso de tratamiento, análoga a un análisis cuadro-a-cuadro de las díadas infante-cuidador, porta la influencia terapéutica.

Al estudiar la neurobiología de la motivación, Hadley (1989) propuso una jerarquía de maneras en las cuales el cerebro procesa información. *Familiaridad y novedad* cubren repetición y transformación, así como motivaciones en respuesta a necesidades de aserción y exploración; *mantener la activación dentro de límites tolerables* incluye auto-regulación y regulación interactiva en el marco de las necesidades de apego de cuidador e infante; y *placer y dolor* incluyen motivaciones en respuesta a necesidades de regulación fisiológica, placer sensual, excitación sexual y respuestas aversivas tales como antagonismo y/o retirada. Creo que la investigación empírica de infantes nos ha cubierto de novedad y ha desafiado nuestra tendencia a buscar lo familiar. Para los psicoanalistas, lo familiar está demasiado a menudo ligado con el placer de la autocomplacencia, de aferrarse a lo conocido y de darle la espalda a lo "nuevo". No obstante, también estamos neurológicamente preparados para ser curiosos y explorar. Aprendamos de los infantes que estamos estudiando y busquemos novedad, retengamos lo familiar, retengamos nuestro principio de repetición, mientras damos la bienvenida a las nuevas experiencias y a los nuevos datos para transformar nuestras teorías del desarrollo y la práctica clínica del psicoanálisis.