

TEMAS
DE
PSICOANÁLISIS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOANÁLISIS
GRUPO DE ANDALUCÍA

Vol. VII (2002)

LA TRAMA INTERACTIVA EN EL PROCESO PSICOTERAPEUTICO*

*Joan Coderch***

La trama interactiva es el resultado de la ininterrumpida interacción entre paciente y terapeuta, y entiendo que dentro de ella se desarrolla todo el proceso psicoterapéutico. Para comprender su significado y su papel será necesaria una breve reflexión acerca de las distintas vertientes del encuentro paciente - terapeuta.

Dado que paciente y terapeuta son organismos vivientes se hallan ambos en una continua interacción con el medio que les rodea, y en el curso de la sesión terapéutica cada uno de ellos es, para el otro, el punto de referencia en este "medio" interactivo. Podemos, primeramente, considerar esta cuestión desde el vértice etológico. Cuando dos animales se aproximan se inicia entre ellos un complicado proceso de reconocimiento mutuo en el que intervienen estímulos sensoriales y, a la vez, una serie de movimientos en cada uno de ellos que son captados por el otro como mensajes y señales, ya sea de amenaza, de recelo, de seguridad, de intenciones sexuales, agresivas o pacíficas, etc., la respuesta frente a los cuales influye en el comportamiento del emisor, de manera que se modifican las señales que éste emite, provocando una nueva respuesta en el receptor y así sucesivamente. De esta forma, se establece una regulación mutua de la relación que, a partir de este momento, prevalecerá entre ellos. Esto es lo que puede llamarse la *kinesia* de la interacción. En los humanos esta *kinesia* tiene lugar en el ámbito mental (Nahum, J.P., 2002), aun cuando conservamos vestigios de este primitivo mecanismo de interacción grabado en nuestro cerebro.

* Trabajo presentado en las X Jornadas de Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica, Sevilla, 2003

** Dirección: C/ Balmes 317 08006 Barcelona. Tel. 93 2003740 E-Mail :2897jcs@comb.es

Inmediatamente después de su nacimiento el bebé inicia su aprendizaje de la relación humana a través de la interacción con sus padres y primeros cuidadores. El bebé capta el efecto que los estímulos que provienen de sí mismo producen en los padres, adapta los signos que emite -llanto, gesticulaciones, balbuceo, sonrisa, etc.,- a las respuestas que precisa para la gratificación de sus necesidades, percibe la reacción que esta nueva emisión origina en ellos y modifica sus pautas de comportamiento para una nueva adaptación, etc. De esta manera, va construyendo una equipo de experiencias que, en cada ocasión, le permite configurar la conducta más favorables para la satisfacción de sus demandas, tanto de tipo físico - calmar el hambre la sed, el frío o el calor, etc.- como psíquicas, como pueden ser compañía, contacto, muestras de amor, etc. Estos juegos interactivos son progresivamente internalizados, dando lugar a representaciones mentales que actúan como pautas o esquemas que dan significado a los estímulos provenientes del mundo exterior y, por tanto, organizan las relaciones con las personas que rodean al bebé. En todo momento la interacción con los otros reactiva estas experiencias pasadas, de manera que se produce una respuesta tendente a conseguir la máxima satisfacción de las necesidades biológicas y afectivas, así como a evitar la frustración y el dolor. De acuerdo con la respuesta obtenida se estabilizan los esquemas empleados o se produce una reorganización de los mismos. Sucesivamente, se va acumulando una serie pautas de interacción, muy simples en un principio y más complicadas después, que dan significado a toda interacción con el mundo exterior y configuran ésta de acuerdo con las experiencias pasadas. Esta acumulación de pautas de la relación con los otros, basadas en la experiencia de las interacciones pretéritas, constituye lo que algunos autores agrupados en el "Boston Change Process Study Group" (CPSG) (Lyons - Ruth, K., Nahum, J., Sander, L., Stern, D., Tronick, E., etc.), llaman el *conocimiento relacional implícito*. Volveré más adelante sobre esto.

Así mismo, los investigadores de las relaciones bebé - padres consideran que las experiencias de las que estoy hablando se hallan almacenadas e integradas en la llamada memoria procedural. Este tipo de memoria fue por primera vez descrito por Brenda Milner en 1962. Descubrió que un paciente con un síndrome amnésico debido a lesiones en el lóbulo temporal medio, a quien había comenzado a estudiar en 1954, no podía tener ninguna memoria consciente de personas, objetos, lugares, sucesos, etc., es decir, carecía de lo que ahora llamamos memoria explícita o declarativa, pero que, en cambio, era capaz de aprender nuevas habilidades motoras y perceptivas. Esta clase de memoria es la que ahora llamamos memoria procedural, no declarativa o

implícita, la cual es inconsciente y evidente únicamente en la *performance* de determinadas actividades, no en el recuerdo consciente. (Kandel, E., 1999; Mora, F., 2002). La utilización de los dos sistemas de memoria, con predominio de una o de otra según la circunstancia, es la regla común en el comportamiento humano. En algunos casos, una memoria declarativa puede transformarse, a través de la práctica repetida, en memoria procedural, como es el caso de los movimientos necesarios para nadar, patinar, montar en bicicleta, conducir un automóvil, etc.

En la actualidad, son muchos los autores que, basándose en los estudios antes citados sobre la relación bebé - padres, cuya metodología han trasladado al estudio de la relación paciente- terapeuta, juzgan que las experiencias de la interacción paciente - terapeuta inciden y se conservan, predominantemente, en el nivel de la memoria procedural, lo cual les ha llevado a investigar hasta que punto los cambios psíquicos obtenidos en la terapéutica psicoanalítica son debidos, tanto o más que a la interpretación y el *insight*, a las modificaciones de la memoria procedural logradas a través de la interacción paciente - terapeuta (Boston ^{MSG}, 1998, 2002). Desde mi punto de vista no se trata de este "tanto o más", sino que pienso que no se produce una modificación en el *conocimiento relacional implícito* si no se halla sustentado en una serie de micro *insights*, generalmente inadvertidos por el propio paciente, y creo que no se presenta un verdadero insight, cognitivo y afectivo, si no tiene lugar un cambio en el *conocimiento relacional implícito*.

* No vale la enumeración.

Entiendo por interacción la ininterrumpida corriente de mutua influencia que paciente y terapeuta están ejerciendo el uno sobre el otro a través de su lenguaje, verbal y no verbal, sus silencios y todo su comportamiento (Ponsi, M., 1997; Tous, J.M^a, 1998) Para mejor comprender lo que acabo de decir hemos de tener en cuenta que la moderna lingüística nos advierte que todo acto de habla no es tan sólo una proposición o enunciado con el que describimos un objeto, un fenómeno, una parte de la realidad, un estado interno del hablante, etc., de acuerdo con el significado semántico de las palabras empleadas, sino que también es una acción por parte del que habla, dirigida hacia el interlocutor a quien quiere transmitir una determinada comunicación. Este componente de acción es el elemento pragmático del lenguaje. Así, por ejemplo, si el terapeuta le dice al paciente algo así como: "Vd. ha llegado tarde los últimos tres días y no ha comentado nada acerca de esta tardanza", se nos hace evidente que con esta proposición con la que describe una realidad, la de que el paciente ha llegado tarde y no se ha referido a ello, el tera-

peuta dice muchas más cosas de las que podrían deducirse de la simple semántica de las palabras empleadas en este enunciado. Pone de relieve que, para él o ella, el hecho de que el paciente llegue tarde a la sesión es algo a lo que hay que prestar atención y de lo que debe hablarse, ya que, de lo contrario, no lo mencionaría. Hay muchas cosas de la realidad del paciente a las que un terapeuta no alude porque no juzga de interés hacerlo. Pero al señalar la tardanza y la ausencia de asociaciones con relación a ella, el terapeuta pone de relieve que, según su criterio, este hecho no ha de pasar desapercibido, y que es importante que el paciente hable acerca de este evento para que pueda entenderse su significado. Con ello, comunica implícitamente al paciente su propia subjetividad, sus intenciones y sus teorías. Es decir, le hace saber que él o ella es partidario de una teoría según la cual el hecho de llegar tarde posee unos significados inconscientes que deben ser objeto de investigación, lo cual, a su vez, se halla enlazado con un caudal de conceptos e hipótesis (doy por supuesto su conocimiento por parte del lector) que no es el momento de desarrollar aquí. Cualquier intervención del terapeuta, interpretativa o no, transmite al paciente la subjetividad y las intenciones de aquél.

El primer componente de este sencillo acto de habla al que me he referido, es decir, en este caso la descripción de la realidad de la tardanza y de la ausencia de asociaciones respecto a ella, es el llamado componente o elemento semántico - referencial, mientras que el segundo es el llamado componente pragmático - comunicativo¹. Desde esta perspectiva, todo acto de habla cruzado entre los dos protagonistas de la sesión terapéutica es una acción dirigida hacia el interlocutor; acción que se añade al contenido simbólico referente a la realidad, ya sea ésta externa o de los hablantes. Así, pues, tanto en las comunicaciones del paciente como en las intervenciones del terapeuta, sean o no interpretativas, hemos de ver un componente semántico - referencial, es decir, una proposición que expresa algo referido a la realidad del paciente, y un componente pragmático - comunicativo, en el que se expresa la actitud, intenciones y sentimientos del hablante hacia el otro. Esto último es especialmente importante por lo que concierne a la actividad verbal del terapeuta, ya que si bien en la terapéutica analítica siempre se ha prestado atención a la revelación de sentimientos que se hacen patentes en la comunicación del paciente, no ha ocurrido lo mismo con las intervenciones, del primero. Tradicionalmente se ha pensado que, cuando el terapeuta interpreta, clarifica

¹ Debemos recordar que la semántica es la parte de la lingüística que se ocupa del significado de las palabras, siendo la pragmática el estudio del lenguaje considerado como una acción comunicativa de los hablantes, cuyo sentido no depende únicamente del significado semántico de las palabras y proposiciones empleadas.

o realiza una confrontación lo que hace es, simplemente, señalar y describir algo perteneciente a la realidad del paciente. Pero ahora, gracias al estudio en mayor profundidad de la relación paciente - terapeuta, a las investigaciones acerca del desarrollo infantil y a las relaciones bebe - padres (Stern, D. 1978, 1991, 1997; Emde, R., 1990), contando todo ello con el apoyo de la lingüística, se nos ha puesto de relieve que las cosas son mucho más enrevesadas. Sabemos que el terapeuta, cuando interviene, no se limita a hablar de la realidad de la mente del paciente, ni tan sólo de la relación transferencial, sino que en su intervención hace patente su propia actitud, subjetividad, conocimientos e intenciones. Por todo ello, hemos de considerar que toda intervención del terapeuta es un acto de relación con su paciente (Beà, P., y Coderch, J., 1998), de la misma manera que toda comunicación del paciente es, además de una descripción de sus pensamientos, fantasías, estados de ánimo, sueños, etc., un acto de relación con el terapeuta.

Pero hay todavía más variables que inciden en la enorme complejidad de la interacción paciente- terapeuta. Me refiero a los elementos prosódicos², en su sentido más amplio, del habla de ambos protagonistas: velocidad de emisión, timbre, tono, inflexión, melodía, etc. Estos elementos enriquecen el matiz emocional del lenguaje humano y son cruciales para la comprensión del "significado" en nuestro intercambio verbal. Mediante la prosodia, los hablantes detectan las emociones e intenciones del interlocutor. Debido a esto, por ejemplo, cuando se dirigen a nosotros en una lengua extranjera que no comprendemos podemos, hasta cierto punto, entender algo de las emociones e intenciones de quien nos habla, y por ello los bebés, en su etapa preverbal, mucho antes de conocer el significado semántico de las palabras, perciben muy bien las emociones que se revelan en el lenguaje de sus cuidadores y el sentido con el que se dirigen a ellos: amor, consuelo, irritación, reprimenda, etc.

Pero todavía hemos de adentrarnos más en esta enorme complejidad a la que me he referido. La moderna neurociencia nos ha enseñado que el hemisferio derecho es el dominante en la captación del funcionamiento socio-emocional, de la musicalidad, de las sensaciones somatoestéticas, del análisis global y de la información contextual, y, por tanto, se halla también especializado en la captación de las emociones y los significados comunicativos

² Prosodia es la parte de la gramática que enseña la recta acentuación y pronunciación de las palabras

que se transmiten a través del lenguaje y su prosodia, mientras que el hemisferio izquierdo posee el predominio en la identificación de los detalles, distinción entre diferentes inputs informativos, funciones del lenguaje, movimientos motores precisos y relaciones causales. Por ello, ha podido decirse que el hemisferio izquierdo lee el texto, mientras que el derecho lee el contexto (Pally, R., 1998). Sucede, por otra parte, que también sabemos ahora que el hemisferio derecho madura antes que el izquierdo, y que, además, el cuerpo caloso, que une a uno y otro, principia su maduración a los 18 meses aproximadamente y la termina a los 6-8 años. A partir de los 18 meses se inicia un nuevo proceso en la evolución cerebral y el hemisferio izquierdo comienza a madurar, al mismo tiempo que aparece el lenguaje hablado y que se inicia la mielinización del cuerpo caloso. (Joseph, R., 1988; Pally, R., 1998; Kandel, E., 1999; Mora, F., 2002). Estudios en pacientes que han sufrido un corte quirúrgico del cuerpo caloso, por ejemplo como tratamiento de una epilepsia incontrolable, ponen de relieve que la información que recibe un hemisferio puede permanecer totalmente fuera del conocimiento, al menos consciente, del otro hemisferio. Por lo que vengo diciendo, podemos suponer que, durante la primera infancia, muchas experiencias emocionales vividas gracias a la más temprana maduración del hemisferio derecho y a su disponibilidad frente a los elementos prosódicos, verbales y no verbales, no pueden transmitirse y ser conocidas por el hemisferio izquierdo debido a la inmadurez del cuerpo caloso (Levine, F., 1991; Pally, R., 1998; Pally, R. & Olds, D. 1998). Desde la perspectiva de la evolución, algunos especialistas en neurociencia (Joseph, R., 1988; Pally, R., 1998) piensan que gran parte, aunque no toda, de la información que posee el hemisferio derecho es recodificada en el izquierdo en el curso de la maduración, pero que otra parte de las experiencias emocionales ligadas a la relación con los primeros cuidadores continua almacenada en el hemisferio derecho. Esto, por tanto, nos permite suponer a nosotros, los psicoanalistas y psicoterapeutas, que existen experiencias emocionales que no pueden ser recuperadas y modificadas por el significado semántico - cognoscitivo de las intervenciones del terapeuta, por las interpretaciones de tipo causal y aquellas destinadas a promover *insight*, sino únicamente mediante el contacto relacional - afectivo que, esencialmente a través del componente pragmático - comunicativo de las intervenciones del terapeuta, se establece entre la mente de éste último y la del paciente.

Creo que todo lo dicho hasta ahora nos permite entrar ya más de lleno en la idea de la *trama interactiva* en cuyo seno se desarrolla el proceso psicoterapéutico. Entiendo por *trama interactiva* la compleja red de relaciones,

comunicación verbal y no verbal, transferencia - contratransferencia e influencia recíproca que se establece entre paciente y terapeuta (Greenberg, J., 1995). Esta trama se construye por el encuentro de dos mentes, cada una de las cuales aporta al encuentro, desde el inicio mismo del tratamiento, la totalidad de su ser, es decir, su equipo biológico genético- hereditario, sus fantasías conscientes e inconscientes, su historia, su cultura, sus experiencias, sus presupuestos previos, sus deseos, sus frustraciones, sus esperanzas y sus demandas. Esta *trama interactiva* no debe ser asimilada al campo psicoanalítico descrito por los Baranger (1969), sino que lo incluye. Lo que yo quiero poner de relieve es que todo aquello que sucede en el curso de la sesión terapéutica, verbal o no verbal, toda palabra, toda comunicación y toda interpretación, adquiere significado dentro de, y sólo dentro de, el contexto de esta *trama interactiva*. De la misma manera que, como nos dice Wittgenstein (1953), las palabras adquieren su significado por la manera como son empleadas por los hablantes, podemos decir que cada palabra pronunciada y cada gesto realizado por paciente o terapeuta adquiere su significado por el lugar que ocupa dentro del contexto general de la *trama interactiva*.

Sucede, a veces, que el énfasis en la interacción paciente - terapeuta lleva a pensar que ello conlleva una desvalorización de la transferencia o, incluso, una negación de la transferencia. Por otra parte, algunos autores, (M. Ponsi, 1997) piensan que se trata de dos distintos hechos clínicos. Deseo expresar mi punto de vista sobre esta cuestión. En el sentido que yo entiendo la transferencia, como aquella situación total de la que nos habla Betty Joseph (1985), la transferencia es universal. Es un proceso mental que tiene lugar en todo encuentro entre dos o más personas. No hay relación humana que no se halle impregnada, en mayor o menor grado, de transferencia, es decir, de la externalización del mundo interno que matiza y configura la relación con el otro. Por tanto, no puede haber en la relación paciente - terapeuta segmentos por completo al margen de la transferencia, porque no los hay en ninguna relación humana. Lo propio del *setting* analítico o psicoterapéutico es, tan sólo, favorecer la expresión de la transferencia y su investigación. Pero sí quiero subrayar que para mí es errónea la idea de que toda percepción y toda emoción del paciente en lo que concierne a su terapeuta se halla fundamentalmente distorsionada por la transferencia, sino que, por el contrario, como he dicho en otro lugar (2001), creo que la transferencia posee siempre cierto grado, mayor o menor, de *plausibilidad* (Gill, M., 1994; Hoffman, I., 1999), de acuerdo con las características personales del terapeuta y de la relación que entre ambos se ha fraguado. Hemos tener en cuenta que toda respuesta huma-

na frente a cualquier situación está compuesta de, al menos, tres elementos: a) identificación de la situación actual con una situación pasada, a fin de lograr una comprensión de la misma; b) repetición de esquemas y hábitos pasados para lograr la adaptación al presente; c) utilización, dentro de límites amplios y variables según las circunstancias, de nuevas pautas para abordar la situación actual. De acuerdo con ello, no podemos decir que el comportamiento del paciente en la situación terapéutica sea únicamente transferencial (una repetición del pasado), pero tampoco podemos decir que algunas de sus percepciones y formas de relación sean totalmente nuevas y no transferenciales, puesto que siempre se infiltran en ellas rasgos y patrones del pasado (transferencia). Y lo mismo hemos de decir de la contratransferencia del terapeuta.

Quiero, ahora, volver de nuevo a la consideración de los agentes terapéuticos, es decir, los agentes responsables de las modificaciones psíquicas, a los que ya me he referido brevemente hace unos momentos al hablar de la interpretación, el insight y la nueva experiencia de relación, vistos desde el vértice de la *trama interactiva*.

Como antes he dicho, la *trama interactiva* da significado a todo lo que sucede en la sesión psicoterapéutica. Pero al terapeuta no le basta con tratar de entender a su paciente desde la relativa inteligibilidad que esta situación le ofrece, sino que ha de percatarse de que la trama interactiva es, al mismo tiempo -y con lo que ahora voy a decir bordeo las fronteras entre el vértice clínico y el vértice hermenéutico- una cárcel formada por la malla tejida por el entrelazamiento de significados, presupuestos, sobreentendidos, formas lingüísticas etc., que, si por un lado otorga sentido a la comunicación de paciente y terapeuta, por otro les encierra y aprisiona dentro de sus límites. Cada uno de los dos protagonistas sólo puede "ver" y "entender" al otro y a la relación con la que con él o ella mantiene desde el bagaje personal, social, cultural e histórico con que cada uno concurre al encuentro, tal como anteriormente he señalado. Esto es, en un primer momento, necesario e inevitable a la vez. Pero también es preciso, para que el proceso terapéutico siga adelante, que ambos perciban los límites dentro de los que queda encerrada su relación a fin de que puedan brincar fuera de ellos y crear una relación nueva, momento en el que se habrá creado una nueva *trama interactiva*, con más abiertos horizontes, pero a la que también será preciso reconocer como prisión para poder saltar fuera de ella, y así sucesivamente. Cada uno de estos cambios en la *trama interactiva* conlleva una nueva organización mental, tanto en el paciente como en el propio terapeuta. Por esto los psicoanalistas y psicoterapeutas

sabemos, de antiguo, que cuando "curamos" a un paciente, al mismo tiempo nos curamos a nosotros mismos. Casi no es necesario decir que no existe ninguna fórmula que nos enseñe la manera de poder trascender los límites de la *trama interactiva* y construir otra y, sucesivamente, otras cada vez más amplias y flexibles. Acerca de esto sólo puedo repetir que la mutua relación comporta el esfuerzo de cada uno de los miembros de la pareja terapéutica para aprehender las razones y argumentos del interlocutor. Gracias a ello les es posible, a paciente y terapeuta, no tan sólo entender las motivaciones, formas de pensar y sentimientos del otro, sino también ver y pensar desde la perspectiva de este otro y, yendo más allá de sus propios presupuestos de partida, percibir una imagen distinta de él o ella. Desde el punto de vista de la hermenéutica este es el momento que Gadamer (1975) denomina "fusión de horizontes". Si adoptamos ese criterio podemos decir que paciente y terapeuta se comprenden mutuamente, y se comprenden a sí mismos, cuando son capaces de traspasar los confines de su propia historia, de aquello que han aportado previamente al encuentro, de desligarse de sus presupuestos y horizontes para adoptar otros nuevos. Dicho de otro modo, "el *insight* es escapar, gracias al diálogo comunicativo paciente - terapeuta, de algo que nos mantenía cautivos" (J. Coderch, 2001, 2002).

Creo que es necesario retomar ahora los conceptos de memoria declarativa o explícita, memoria procedural o implícita y *conocimiento relacional implícito* a que antes me he referido. Este *conocimiento relacional implícito* es de carácter inconsciente y se conserva en la memoria procedural. En el transcurso del proceso terapéutico, la continuada interacción entre paciente y terapeuta da lugar a una *relación implícita compartida* (Boston PCSG, 1998, 2002) en la que se integra la memoria procedural de ambos y, por tanto, *un conocimiento relacional implícito* en cada uno de ellos. La interpretación y el *insight* dan lugar al incremento, en el paciente, del conocimiento declarativo consciente de sus propios procesos intrapsíquicos y de su relación transferencial con el terapeuta. Pero los autores a los que acabo de citar, partiendo de su experiencia en las investigaciones acerca del desarrollo infantil y la relación bebé - padres, y de la aplicación de la misma metodología al estudio de la interacción paciente - terapeuta, plantean una vía, complementaria y no excluyente, para explicar las modificaciones que pueden producirse en la terapéutica psicoanalítica. Digamos, de forma breve, que todo organismo vivo tiende espontáneamente hacia la consecución de una mayor coherencia interna y entre él y su contexto. La díada paciente - terapeuta es un organismo vivo y, como tal, también tiende a evolucionar hacia una mayor coherencia, lo cual

da lugar a que en el nivel de la continua acción/reacción/interacción entre uno y otro se producen, "momento a momento", instantes de encuentro entre las dos mentes (*meeting of minds*), microprocesos de interacción en los que tiene lugar lo que podemos denominar acoplamiento o sintonización de las dos mentes. En estos momentos se desarrolla un microproceso, no verbal e inconsciente, a diferencia de la interpretación y el *insight*, conducente a un cambio en la *relación implícita compartida* y, por tanto a una modificación del *conocimiento relacional implícito*, es decir, de la memoria procedural que hasta aquel momento predominaba en las pautas de interacción con los otros. Y, yo añado, de las relaciones del *self* con los objetos internos. Se trata, por tanto, de un cambio provocado por una serie de microprocesos, inconscientes, al nivel de la interactividad. De esta interactividad emerge³ algo distinto, nuevas pautas y esquemas de la relación con los otros y con uno mismo.

Desde el punto de vista conceptual debe distinguirse el cambio psíquico promovido por una nueva organización del *conocimiento relacional implícito*, del cambio incitado por la interpretación y el *insight* consciente de algo que previamente era inconsciente, ya que el *conocimiento relacional implícito*, tal como he puesto de manifiesto cuando primeramente me he referido a él, no es un hecho psíquico que forma parte del inconsciente dinámico debido a la represión, sino que es inconsciente porque se halla incluido en la memoria procedural, y tampoco es algo que se transforma en consciente por la disolución de la represión. Ahora bien, una cosa es la distinción conceptual y otra la distinción práctica u operativa. En este sentido, quiero señalar que, para mí, como antes he dicho, no se trata de dos agentes terapéuticos aislados y competitivos entre sí, sino que se hallan en una relación dialéctica necesaria para el desarrollo y efectividad de uno y otro. Dicho con otras palabras, mi experiencia es la de que siempre que se produce un verdadero *insight* tiene lugar, a la vez, la sintonización de las dos mentes a la que antes me he referido, y por tanto, una modificación del *conocimiento relacional implícito*.

Antes he dicho que el concepto clínico del "encuentro de dos mentes" que da lugar a la reorganización del *conocimiento relacional implícito* puede ser visto como el equivalente de lo que, desde el vértice hermenéutico de Gadamer se denomina la "fusión de horizontes". Pues bien, por lo que concierne al vértice de las neurociencias parece que los investigadores en este

³ Entiendo por emergente una propiedad no prefijada en el desenvolvimiento de un organismo, la cual surge a partir de la relación del organismo con su contexto, sin que pueda identificarse con la suma de las propiedades de uno y otro.

campo se muestran partidarios de las ideas que acabo de exponer. Así, por ejemplo, quiero destacar que Eric Kandel, premio Nobel de medicina y fisiología del 2000, en un extenso trabajo publicado en la revista *American Journal of Psychiatry* (1999), titulado "Biology and the future of Psychoanalysis", piensa que la investigación acerca de la reorganización de la memoria procedural en el curso de la terapéutica psicoanalítica abre una vía de extraordinario interés para el desarrollo del psicoanálisis como teoría y como técnica.

Para concluir, pues, juzgo que el vértice de la *trama interactiva* en el proceso psicoterapéutico no sólo ofrece renovadas posibilidades de comprensión en torno a la naturaleza de los cambios psíquicos sino que, además, subsume en si mismo otros vértices como son el vértice clínico más tradicional, el vértice intersubjetivo, el vértice etológico, el vértice lingüístico, el vértice hermenéutico y el vértice de las neurociencias. Con ello, espero que quede cumplida mi aportación al tema general de esta Jornada.

BIBLIOGRAFÍA

- BARANGER, M. BARANGER, W.** (1969): *Problemas del Campo Psíquico*, Buenos Aires: Kargieman.
- BEÀ, P. y CODERCH, J.**(1998): "*La interpretación: violencia y experiencia*", Anuario Ibérico de Psicoanálisis, V: 35-58.
- BOSTON (ICSG)** (1998): "*Non interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy*", Int.J.Psychoanal., 79: 903 -922.
- CODERCH, J.** (1987): *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*, Barcelona: Herder.
- (1995): *La Interpretación en Psicoanálisis*, Barcelona: Herder.
 - (2001): *La Relación Paciente- Terapeuta*, Barcelona: Vidal i Barraquer - Paidós.
 - (2002): "*Contribució a la concepció pluralista de la psicoanálisi*". Trabajo Presentado en la Sociedad Española de Psicoanálisis. En prensa.
- GREENBERG, J.**(1995): "*Psychoanalytic Technique and the interactive matrix*", Psychoanal. Q., LXIV: 1-21.
- JOSEPH, BETTY** (1985): "*Transference: The total situation*", Int.J. Psychoanal., 66: 447-454.
- JOSEPH., R.**(1988): "*The right cerebral hemisphere: emotions, music, visual-spatial skills, body image, dreams and awareness*", J.Clinic. Psycho., 44: 770-779

- KANDEL, E.** (1999): "*Biology and the future of psychoanalysis*", Am. J. Psychiat., 156: 505-524.
- LEVINE, F.** (1991): *Mapping the Mind*, Londres: The Analytic Press.
- MORA, F.** (2002): *Continuum: ¿Cómo funciona el cerebro?*, Madrid: Alianza Editorial
- NAHUM, J.**, for BOSTON CPSG, (2002): "*Explicating the implicit*", Int. J. Psychoanal. 83: 1017-150
- PALLY, R.** (1998): "*Bilaterality: hemispheric integration and specialization*", Int. J. Psychoanal. 79: 565-587.
- y **OLDS, D.** (1998): "*Consciousness: a neuroscience perspective*", Int. J. Psychoanal., 79: 971-990.
- PONSI, M.**(1997): "*Interaction and Transference*", Int. J. Psychoanal., 78: 243-265.
- STERN, D.** (1978): *La Primera Relación Madre - Hijo*, Madrid: Morata.
- (1991): *El Mundo Interpersonal del Infante*, Buenos Aires: Paidós.
- (1997): *La Constelación Maternal*, Barcelona: Paidós.
- TOUS, J.M^a** (1998): "*Interacció analítica: la participació emocional de l'analista*".
Revista Catalana de Psicoanàlisi, vol. XV, nº2: 21-32
- WITTGENSTEIN, L.**(1953): *Investigaciones Filosóficas*, Barcelona: Crítica.