

Abitare le frontiere per non rimanere preso in mondi frammentari

Hugo Bleichmar

Traduzione: Giovanni Cioli

Living in the interface so as not to be trapped within fragmentary worlds è stato originariamente pubblicato in *Psychoanalytic Inquiry*, 35, 172-186, 2015. Tradotto e pubblicato con autorizzazione della rivista.

Psychoanalytic Inquiry mi chiede di scrivere qualcosa di personale sul percorso che mi ha condotto alla psicoanalisi, così come le tendenze che mi hanno influenzato e determinato la mia posizione attuale nel panorama psicoanalitico. È una specie di biografia che si muoverà sempre tra il desiderio di mostrare e quello di nascondere. Le idee che uno difende per il fatto di crederle migliori sono il prodotto delle molteplici prospettive ideologiche e affettive che dominano nel periodo in cui una persona vive. Perfino quando uno pensa di poter sfuggire a tali condizioni e seguire un percorso differente la forza necessaria per farlo è data dalle condizioni che lo rendono possibile e lo contestualizzano. Tale è la posizione dello storiografo – in questo caso dello storiografo di una evoluzione personale che non sa delle motivazioni profonde attraverso cui va costruendo la sua narrazione per quanto questa si possa avere un nucleo in accordo a ciò che chiamiamo verità. Non si tratta del nichilismo post-moderno che si compiace nel sostenere l'assoluta ignoranza riguardo ciò che è reale e nemmeno la cieca credenza in presunte spiegazioni che si appellano a una ragione sempre spinta da motivazioni inconse.

Dalle neuroscienze alla psicoanalisi

Durante la mia formazione alla facoltà di medicina, all'università di Buenos Aires, mi sentii affascinato dalla cellula, dalla complessità del suo interno, e successivamente dalla fisiologia, dalla influenza reciproca degli organi. Questa attrazione mi condusse durante i primi anni successivi alla laurea in medicina a dedicarmi alla ricerca – microscopia elettronica, neurofisiologia, impianto di elettrodi nei neuroni-, e successivamente a una tesi di dottorato sul recettore del calore del serpente a sonagli, organo meraviglioso che permette di cacciare nell'oscurità grazie al calore che emette il corpo del ratto. Più tardi scrissi su 'Endocrinology' riguardo all'influenza dell'ipofisi sui mitocondri della corteccia surrenale. Domanda: questo transitare tra microscopico e macroscopico, tra quello che accade nella cellula e nell'organismo in cui si trova, che influenza può aver avuto in ciò che poi sarebbe stato il mio interesse per l'articolazione tra l'intrapsichico e l'intersoggettivo? O, viceversa, è una concettualizzazione a posteriori – cioè un'azione differita, un apres coup freudiano (1896) - in oggi do significato a quel

periodo della mia vita? Forse entrambe le cose, qualcosa del passato segna il presente e dal presente il passato acquisisce nuovo senso. Tuttavia, vedremo che il mio interesse per l'intrapsichico e l'intersoggettivo ha radici più profonde.

Più avanti, negli anni 60, scoprii la psicoanalisi, Freud, l'inconscio, le difese rispetto a ciò che ci fa vergognare o ci spaventa sapere riguardo noi stessi; un progetto prodotto da una mente formidabile come quella di Freud e con un alto senso morale: non auto ingannarsi, affrontare noi stessi per ciò che siamo. Al tempo della mia formazione nell'Istituto di Psicoanalisi dell'Associazione Psicoanalitica Argentina (IPA) ero responsabile del dipartimento di terapia familiare nell'ospedale Lanús. Lì appresi la terapia familiare sistemica, i suoi contributi e i suoi limiti. Qui, nuovamente, mi trovavo tra l'intrapsichico e l'interpersonale.

Il periodo all'istituto di psicoanalisi fu fecondo: una lettura sistematica di Freud, di M. Klein, della psicologia dell'Io, ma non di Sullivan e nemmeno di Lacan che non si insegnavano. Mi sentivo ambivalente rispetto a M. Klein. Rifiutavo i suoi presupposti riguardo ai primi mesi di vita, il suo modo di rapportarsi ai pazienti, il suo modo di accedere alla fantasia inconscia in cui l'immaginazione dell'analista e il suo indottrinamento gli fanno credere di scoprire ciò presumeva. Allo stesso tempo ammiravo il suo acume clinico, la sua capacità di seguire i movimenti dello psichismo, la sua nozione di mondo interno e di relazioni oggettuali. Fu un colpo di fortuna che Willy Baranger, che scriveva della situazione psicoanalitica come campo dinamico, ci insegnasse Melanie Klein. Ci parlava della influenza reciproca tra analista e paziente e affermava con passione che "il paziente non è un insetto che vediamo attraverso una lente di ingrandimento". Nelle supervisioni settimanali che ebbi con lui per anni mi trasmise una visione globale del paziente, della sua vita, delle relazioni in cui si trovava immerso, così come la sua opinione che il transfert e il controtransfert – che si vivificavano reciprocamente- erano fondamentali per il cambiamento terapeutico, ma che il paziente aveva una vita fuori dalla stanza che doveva essere analizzata.

Le idee di Willy e Madeleine Baranger sono state riprese dai neo-kleiniani/ neo bioniani che le hanno inserite nelle loro concezioni dell'inconscio intersoggettivo, la qual cosa costituisce un avanzamento riguardo alle concezioni antecedenti (sia veda la sintesi di Brown, 2011). Tuttavia, questo punto merita una riflessione.

Primo, i tentativi di dimostrare che la Klein e Bion avevano già una visione intersoggettiva appaiono molto forzati. M. Klein considerò che il paziente realizzava identificazioni proiettive sull'analista, ma nei suoi scritti non analizzò il suo contro transfert e come esso poteva influire sul paziente. Anche Bion, nonostante i suoi contributi teorici non considerò il contro transfert nel modellare il paziente, anche quando considerava la sua identificazione proiettiva come una comunicazione. Per lui l'analista è un lettore delle fantasie del paziente che con la sua capacità di rêverie e contenimento, può restituire qualcosa dopo che è stato modificato. A differenza della Klein e Bion, Willy e Madeleine Baranger si esposero con estrema chiarezza una visione intersoggettiva (Baranger e Baranger, 2008, 2009).

Secondo: non basta avere una concezione intersoggettiva dell'inconscio, nemmeno qualora si dica che ci sono fantasie condivise tra paziente ed analista. Il problema è che si continua a difendere l'idea che l'analista possiede una capacità speciale che gli permette di captare tale fantasia attraverso la sua rêverie, i suoi sogni, e trasmettere successivamente questa conoscenza al paziente. Il rinnovamento della posizione teorica

–con la nozione di fantasia inconscia condivisa- non è seguito dalla modificazione dell’atteggiamento ermeneutico: l’analista è il conoscitore delle profondità dell’inconscio dell’analizzato, ed eleva persino le proprie fantasie a strumento ermeneutico. Penso che il superamento di questa posizione permetterebbe ai neokleiniani/neobioniani di collocare i loro validi contributi all’interno di un quadro più fecondo.

Analisi personale ed evoluzione della mia posizione psicoanalitica

La mia prima analisi personale fu con un Kleiniano. Quattro sedute alla settimana, alle otto del mattino, al termine delle quali uscivo per telefonare a mia moglie e scusarmi per come l’avevo trattata la notte prima. Il beneficio, mostrarmi i miei meccanismi proiettivi; svantaggi, rafforzare i miei sentimenti di colpa, il severo super-io derivante da mio padre. Successivamente, quando cominciai la mia analisi con un analista che si era formato con il middle group di Londra le mie prime sedute consistettero in una esposizione delle mie mancanze, dei miei aspetti inadeguati. C’era la convinzione che una analisi dovesse essere così e, senza dubbio, anche le auto-accuse per anticipare la persecuzione analitica, finché un giorno, di fronte alle mie auto-accuse, il mio analista mi disse qualcosa che fu trasformativo: “Sembra che le abbiano fatto il lavaggio del cervello”. Egli non conosceva Kohut, e nemmeno il costruttivismo sociale, ma l’influenza delle figure significative nel creare le credenze che uno ha su di sé, e il modo in cui uno si tratta, così come il potere dell’analista nel trasmettere narrative che divengono sentite come proprie, sì.

Durante gli anni 60 in Argentina c’era un grande fervore intellettuale, una avidità di conoscenza. Ci trovavamo continuamente in gruppi di studio. Conoscevamo lo strutturalismo. Lévi-Strauss (1958) il suo capitolo irriverente in *antropologia strutturale* sulle similitudini tra lo Sciamano e lo psicoanalista. Studiammo anche l’analisi strutturale del racconto di Vladimir Propp, che immediatamente mi sembrò applicabile alla psicoanalisi: pazienti intrappolati in narrative che al di là delle loro varianti, dei personaggi che in esse circolavano, ripetevano pattern di relazione: Persecutore/perseguitato, protettore/protetto, ecc. Avevamo gruppi che studiavano l’epistemologia, prima sotto il peso del positivismo, dei giochi del linguaggio; successivamente, l’ermeneutica con Schleiermacher, Dilthey e, soprattutto, Gadamer. La linguistica, a quei tempi, era considerata una scienza di base che gli psicoanalisti dovevano imparare. Perciò studiavamo De Saussure ed il linguaggio come un sistema in cui ciascun elemento acquisisce il suo valore attraverso la posizione che occupa rispetto agli altri, niente ha significato in sé. Imparammo la semiotica e il decostruzionismo in Derrida e Foucault e conoscevamo il mondo intellettuale francese, che vedevamo con un misto di ammirazione per il fatto di ampliare gli orizzonti e di malessere per la tendenza alla genericità, alla preoccupazione per la forma letteraria e la riflessione filosofica a spese dei dati. Perciò mi impressionò il libro di Chomsky (1957) *Syntactic Structures*, che esaminava con profondità e specificità, con grande attenzione al dettaglio, le possibilità di una grammatica generativa. Più avanti Chomsky avrebbe esercitato una grande influenza nello sviluppo delle mie idee.

Mi sentivo anche attratto da Marx, non per il suo progetto politico e nemmeno per il suo contributo alla teoria economica, ma per la sua enfasi sul ruolo che il periodo storico in cui un uomo vive esercita nel generare le sue concezioni. Non solamente viviamo come pensiamo ma anche finiamo per pensare in accordo a come viviamo. Mi sembrò che il principio di Marx potesse essere applicato alla psicoanalisi: gli psicoanalisti finiscono per

pensare a seconda di dove e come vivono. Al di là delle identificazioni affettive, delle ideologie, i gruppi psicoanalitici si adattano a ciò che offre sicurezza materiale, in modo che oltre ad essere un progetto scientifico la psicoanalisi diventi un'attività professionale retta dalle necessità del mercato che contribuisce in gran misura alla divisione in gruppi dogmatici, con sistemi chiusi che escludono e squalificano gli altri. I membri di questi gruppi si adeguano per timore di essere esclusi.

In quel periodo, Lacan (1966) irruppe nel panorama psicoanalitico dell'Argentina. Formammo il primo gruppo di studio della psicoanalisi in Buenos Aires per sviscerare un'opera la cui deliberata oscurità già indicava la strategia di potere del suo autore. Da parte ci fu una valorizzazione del ruolo che Lacan assegna all'altro nella costruzione dell'identità, della riformulazione dell'edipo freudiano, della sua distinzione tra la credenza – l'immaginario – e il simbolico e del superamento del realismo ingenuo di Freud e di M. Klein. Per me la parte migliore del suo contributo si trova nel primo periodo della sua opera. Su questo scrissi un libro (Bleichmar, 1974) in cui cercai di rendere accessibili le sue idee mantenendo al tempo stesso una prospettiva critica. Tuttavia, successivamente giunsi a respingere Lacan. Il mio rifiuto fu dovuto al fatto che Lacan disistimava tutto ciò che aveva a che fare con l'Inter soggettività, al suo disprezzo per l'affettività che considerava mero effetto del significante e trappola in cui l'analista non doveva rimanere catturato, alla tesi secondo cui l'interpretazione debba essere un enigma che sorprenda il paziente per dislocarlo dal suo falso sapere. Inoltre, al di là delle questioni concettuali, sentivo un rifiuto profondo per il personaggio, per i suoi abusi di potere, per il maltrattamento di pazienti e discepoli, per il suo porsi come Guru di una verità squalificando grossolanamente degli psicoanalisti che non appartenevano al suo movimento finendo per creare una modalità che si perpetua nei suoi successori ed in cui lo spirito settario rende difficile arricchirsi di altri contributi. Tutto ciò sarebbe stato sufficiente a rifiutare Lacan, ma a tutto questo si aggiunse qualcosa di decisivo per me: l'uso distorto della matematica – i suoi matemi – come presunto strumento per formalizzare le sue idee e dargli il rigore che secondo lui scarseggiava nel resto della psicoanalisi. Quando presentò i suoi matemi nel Massachusetts Institute Of Technology, fu segnalato che il suo uso della matematica era una distorsione; la sua risposta voleva essere poetico. Lo stesso fece con la sua concettualizzazione dell'inconscio: prima lo sbandierò come ritorno a Freud, tradito, secondo lui, da tutti gli altri psicoanalisti. Poi, di fronte all'evidente differenza tra lui e Freud, finì per dire che “il mio inconscio non è quello di Freud”, giocando con il doppio significato di questa formulazione.

Ma nonostante l'evidenza dell'uso del potere da parte di Lacan, dei suoi limiti concettuali, il lacanismo come movimento ideologico/politico si impadronì di buona parte del pensiero psicoanalitico argentino, come prima a Parigi. Parafrasando Freud (1924) – “l'anatomia è il destino” – uno potrebbe affermare che la geografia è il destino: concordemente a dove una persona si forma psicoanaliticamente, che sia Londra, Parigi, Buenos Aires o Chicago, esistono alte probabilità che uno si auto convinca che le idee dominanti del posto in cui vive siano quelle giuste. Da ciò deriva la necessità di riflettere sulle pressioni delle circostanze che condizionano gli analisti, per quanto contemporaneamente li nutrano e li rafforzino.

Più tardi scoprii Kohut e la psicologia del sé, con la sua enfasi sull'importanza degli oggetti sé e sui deficit dovuti ai fallimenti delle figure empatiche significative. Adesso l'analista può essere messo in discussione; può far danno, ed il paziente può rispondere al fallimento empatico coerentemente con le proprie vulnerabilità. In questo

modo, risulta chiaro che l'analista non è neutrale. Si riconoscono qui gli echi di Ferenczi, specialmente nel suo notevole lavoro sulla confusione di lingue presentato nel 1932 e pubblicato dopo la sua morte (Ferenczi, 1949). Kohut riprese una lunga tradizione nella psicoanalisi sul ruolo decisivo delle figure esterne nel prodursi della psicopatologia. Così, descrisse l'intensa necessità del bambino di essere rispecchiato, di sentirsi unito ad una figura idealizzata, di sentire che l'altro sente e pensa come lui (gemellarità), di sentirsi parte di un gruppo. Il ruolo che Kohut assegnò all'oggetto esterno nel regolare il narcisismo fornì un impulso a che altri autori ampliassero le funzioni da lui descritte e le applicassero a tutto lo spettro delle forme di regolazione emotiva che dipendono da un oggetto esterno specificando i meccanismi che rendono possibile tale regolazione.

Kohut (1971,1977) descrisse anche le costellazioni transferali non centrate sulla aggressività o la sessualità ma nella necessità di auto affermazione. L' aggressività non è solamente il prodotto dell'invidia e della rivalità – come M. Klein aveva segnalato- ma si deve anche alla necessità di superare i sentimenti di vuoto e di devitalizzazione. L'immersione empatica come modo di stare con il paziente – per quanto sia illusoria la possibilità di realizzarla completamente- segna un orientamento in cui si cerca di comprenderlo dal suo interno, a partire dalle sue motivazioni. D'altra parte, prestare attenzione solo ai fallimenti delle figure parentali nel rispecchiamento e nel permettere la fusione con la figura idealizzata, lascia fuori tutto un settore della patologia: le persone iper narcisizzate per aver avuto genitori che li hanno inglobati nella loro grandiosità. La strategia terapeutica descritta da Kohut per i casi di narcisismo compensatorio non sembra adeguata al narcisismo grandioso primario dovuto a iper narcisizzazione, specialmente quando si complica con tratti paranoide e distruttivi. In questi casi, sembra essere essenziale l'interpretazione delle origini dell'identificazione primaria del paziente con genitori narcisisti grandiosi, l'analisi del sentimento fondante di essere eccezionale e del piacere derivato dall'esercizio dell'aggressività per riaffermare tale sentimento. Tuttavia, nonostante questi limiti – specialmente il credere che se l'analista si comporta adeguatamente si dispiegheranno in maniera naturale i transfert oggetto-sé, senza vedere che ci sono sé multipli (Broomberg, 1996), e che ci sono diversi tipi di vincolo che si manifestano in modo diverso a seconda del modo di relazionarsi del proprio analista-, la teoria di Kohut rappresentò un punto di svolta per la psicoanalisi. Ad un livello maggiormente personale – poiché uno psicoanalista continua ad analizzarsi sempre attraverso quegli autori che lo toccano sotto aspetti importanti-, Kohut fu per me una specie di analista immaginario che si unì a me e fece parte dei miei analisti reali.

Il movimento Intersoggettivista

Arrivai in Spagna nel 1984, dopo otto anni di permanenza in Venezuela durante la dittatura militare in Argentina. Arrivato in Spagna mi chiamarono dall'Università pontificia Comillas di Madrid (Università dei gesuiti) per organizzare un programma post-laurea per medici e psicologi sulla terapia psicoanalitica, programma pionieristico in Spagna. C'era un clima di enorme libertà intellettuale. Fu un piacere l'incontro con gesuiti intelligenti, aperti, con un enorme senso dell'umorismo riguardo se stessi e gli altri. Fare parte dell'università, lavorare clinicamente con i miei pazienti e avere la libertà di leggere e pensare quello che volevo rappresentò per me una base sicura. Risultò chiaro che qualunque limitazione dipendeva da me.

In quel periodo cominciarono a sorgere con forza nuove correnti all'interno della psicoanalisi che risvegliarono il mio interesse. Agli interpersonalisti della scuola di

Sullivan, si aggiunsero gli Inter soggettivisti nel senso ampio del movimento. All'interno di questo modo nuovo di pensare, l'analista non è soltanto l'autorità che legge l'inconscio del paziente ma colui che contribuisce alla sua costruzione. La coppia paziente analista crea qualche cosa di singolare attraverso un andare e venire tra loro, tale che la storia i desideri e le angosce di ciascuno vengono attivate. Questi nuovi contributi ebbero un'influenza duratura dentro di me; la relazione analitica adesso si considera conflittuale non solamente a causa del paziente ma anche per via dell'analista. Risulta necessario negoziare tra le parti, con inevitabili fallimenti che richiedono uno sforzo reciproco per sapere chi è l'altro e come convivere con le differenze. Esiste anche un apprezzamento per la spontaneità dell'analista e per l'esistenza di sé multipli (nuclei identitari).

Nonostante i contributi del movimento inter-soggettivista, credo che in settori importanti di tale movimento vi sia una contraddizione fondamentale rispetto al modo di intendere il cambiamento nel corso del trattamento. Essi credono che: a) ogni coppia paziente-analista sia unica e che la relazione si co-costruisca, insistendo sempre su questo termine; b) il cambiamento terapeutico debba avvenire all'interno della relazione grazie ad una modificazione dei pattern relazionali a livello procedurale. Tuttavia, allora, se ogni coppia è singolare e ciò che si co-costruisce è qualcosa di specifico di quella coppia, se si manifestano altri aspetti della personalità in contesti Inter soggettivi differenti perché esistono molteplici sé, come è possibile che il cambiamento che ha luogo all'interno di un pattern relazionale specifico produca un cambiamento in altri pattern relazionali che, necessariamente, saranno unici e differenti? Questo è ciò che considero il paradosso della teoria del cambiamento terapeutico che gli Inter soggettivisti dovrebbero spiegare e risolvere.

Una teoria della cura così impostata, basata su un unico presupposto, in cui c'è solo un asse della psicopatologia e del cambiamento, non è strutturalmente differente da altre teorie che indicano un unico fattore a base del trattamento, come può essere l'ansia di castrazione, il superamento della posizione paranoide, o quella del terzo che deve rompere la relazione duale – supponendo che sia quest'ultima la causa della patologia-, o che tutto giri intorno al narcisismo, o all'attaccamento. Non si tratta di mettere in discussione l'importanza di questi fattori ma, piuttosto, di mettere in discussione la nozione secondo cui uno qualsiasi di essi, di per sé, possa spiegare la vita mentale. Ciò che oggetto è il riduzionismo che implicano tali posizioni e come ciascuna di esse trascuri la complessità dello psichismo con cui ci confrontiamo.

All'interno dell'ampio ventaglio di scuole del pensiero psicoanalitico che prendono la Inter soggettività come fuocus, la posizione di Stephen Mitchell ha sempre suscitato in me particolare apprezzamento. Il suo rispetto per le diverse correnti psicoanalitiche, il suo riconoscimento grato agli apporti delle grandi figure della psicoanalisi – pur essendo capace di essere critico con esse -, la sua idea che prestare attenzione all'importanza della Inter soggettività non dovrebbe andare a detrimento dell'intrapsichico, mi hanno ispirato rispetto per lui. Nel suo ultimo libro *Relationality: From attachment to intersubjectivity* (2000) mostra la potenzialità del suo pensiero e quanto avrebbe potuto produrre una persona la cui vita fu interrotta da una morte precoce.

Verso un mio modello di psicopatologia: l'approccio modulare trasformazionale

L'opera di Noam Chomsky, con le successive modificazioni che introdusse nella sua grammatica generativa a partire da strutture sintattiche (1957), offrì un paradigma

nuovo non solo nella linguistica ma anche nell'euristica, che costituì uno strumento che poteva produrre conoscenze in ambiti diversi. Chomsky prospettò che nella produzione di qualunque frase si articolino tre componenti: la componente semantica che fornisce il significato; la componente sintattica che rende possibile che gli elementi della frase-soggetto, articolo, verbo, congiunzioni, eccetera-si combinino concordemente a certe regole formali; e il livello fonologico che permette che una frase sia verbalizzata. L'importante per me fu che ciascuna delle componenti aveva condizioni originarie diverse e le sue specifiche regole. Chomsky era interessato alla capacità del soggetto parlante di produrre linguaggio, per questo non si limitò alla linguistica ma si preoccupò anche di cercare di capire come la psiche produce linguaggio, conseguenza dell'articolazione dei diversi moduli. Nel Libro *Modular Approaches to the Study of the Mind* (Chomsky, 1984) proponeva, tra molte altre cose, che non si possa spiegare un sistema complesso come se fosse basato su un unico principio. Criticava così le posizioni riduzioniste fondate sul principio di omogeneità: un unico elemento spiega gli altri, essendone la causa.

Mi parve che la sua idea potesse essere ripresa e applicata alla psicoanalisi e alla psicopatologia. Sapevo dei rischi implicati nel cercare di importare da un campo di conoscenza ad un altro, delle limitazioni nell'utilizzare la linguistica come strumento concreto per studiare una seduta analitica. A me era chiaro che non avrei trasferito i risultati specifici di Chomsky sulla struttura del linguaggio o i suoi strumenti linguistici specifici all'analisi dell'affettività, dei desideri, delle angosce di una persona. Ma avevo anche chiaro che potevo utilizzare l'episteme più generale di Chomsky, cioè la nozione che componenti che si articolano in una entità maggiore crea un prodotto specifico secondo la loro combinatoria. Di fronte a una psicopatologia fatta di entità chiuse, isolate, si apriva la possibilità di pensare a componenti che si articolano per generare un certo quadro psicopatologico. Una volta che un episteme, un modello di pensiero, viene integrato, c'è uno sviluppo. Cominciai a vedere i disturbi depressivi come prodotti finali di una serie di fattori e processi che vanno mettendosi in movimento. L'immagine degli alberi linguistici di Chomsky si formò nella mia mente – come mi resi conto molto più tardi- I diagrammi della biochimica che cercano di descrivere i processi enzimatici che permettono le molecole si vadano combinando, attraverso molteplici passi, fino a dare origine ad un'altra molecola, e come quest'ultima fuori esca dalla cellula intervenendo su un'altra cellula per iniziare un nuovo albero generativo di passi successivi. Non potrebbe tutto questo essere applicato allo studio psicoanalitico della depressione, di disturbi narcisistici, o di altri quadri? Non potrebbero essere questi disturbi nodi all'interno di una rete -simile ad una rete ferroviaria- soggetta a continue trasformazioni? Ci sarebbe allora un compito doppio: 1) da un lato, cercare di stabilire quale sarebbe il nucleo comune di certi quadri psicopatologici; e 2) descrivere gli schemi delle trasformazioni attraverso i quali le distinte componenti conducono a questo nucleo. Pensai i disturbi depressivi come aventi un elemento condiviso: il sentimento di impotenza e disperazione presente nella realizzazione di desideri significativi per ciascuna persona, e la fissazione a tali desideri. In questo lavoro mi ispirarono Edward Bibring (1953) E gli studi di Martin Seligman sull'impotenza come condizione importante nei disturbi depressivi. Anche il concetto di depressione anaclitica di Spitz supportava questa idea, insieme alla concezione di Joseph Sandler e W. G. Joffe (1965) sulla depressione come perdita di uno stato ideale. Molto prima Freud aveva considerato la depressione come una reazione alla perdita oggettuale in *Lutto e Melanconia* (1917), e più tardi sottolineò l'inappagabile sentimento nostalgico [Più letteralmente "l'elevato ed inappagabile investimento della perdita oggettuale" (Citato nella edizione di Amorrotu, Vol. XX p. 161)] come caratteristico della reazione

alla perdita oggettuale. Si trattava allora di cercare di descrivere alcuni percorsi attraverso cui una persona poteva giungere a questo stato di impotenza/ disperazione e vedere se tali percorsi, a loro volta, potevano influenzarsi gli uni gli altri; cioè, se si potevano descrivere sottotipi quanto all'origine ed al mantenimento dello stato depressivo. Per esempio, qualcuno può deprimersi per essersi identificato con genitori depressi che trasmisero rappresentazioni di sé e del figlio come impotente e del mondo come frustrante rispetto al desiderio. Genitori che non solo forniscono queste rappresentazioni, ma che anche si relazionano affettivamente e cognitivamente con mancanza di speranza di fronte alle contingenze avverse della vita. Ma è anche possibile che qualcuno possa deprimersi a causa di situazioni traumatiche passate o presenti che lo fanno sentire impotente: abuso fisico o emotivo, malattie gravi, perdite significative o perfino angosce persecutorie che creano inibizioni fobiche severe che impediscono la soddisfazione ed il raggiungimento di ciò che si desidera. L'aggressività può condurre alla depressione attraverso molteplici percorsi (Bleichmar 1996).

Non entrerà nel merito di questi sottotipi né dei tipi di intervento specifico per ciascuno di essi. Quello che invece desidero sottolineare è come i vari elementi possano reciprocamente influenzarsi e produrre una reazione a catena. Per esempio: le angosce persecutorie possono dar luogo ad aggressività difensiva che, a propria volta, può generare un disturbo narcisistico a causa delle reazioni dell'ambiente. Successivamente questo disturbo narcisistico fa sì che la persona diventi ancora più aggressiva per difendersi dalla propria sofferenza la qual cosa, a causa della risposta dell'ambiente, incrementa le angosce persecutorie.

Nel mio articolo "Alcuni sottotipi di depressione e le loro implicazioni per il trattamento psicoanalitico" (Bleichmar, 1996) descrissi tali interazioni e presentai un modello psicodinamico di interazioni tra componenti. Questo articolo contiene solo uno dei diagrammi che mostrano i percorsi dell'aggressività verso la depressione sia di tipo narcisistico sia per colpa. Riproduco in questa sede l'altro diagramma (omesso in quell'articolo), che indica le interazioni tra differenti settori che conducono alla depressione (vedere figura 1). Questi sottotipi permettono di riconoscere i contributi di Freud, Klein e Kohut -tra gli altri- in un modello integrato che aspira a essere concettualmente ampio.

Questo modello ha anche importanti implicazioni cliniche. Posto che ci siano sottotipi di disturbo depressivo che, a propria volta, si sviluppano in strutture di personalità differenti, possiamo applicare a tutti i pazienti gli stessi tipi di intervento terapeutico? Non è necessario superare la nozione che si possa applicare la stessa tecnica a non importa quale quadro psicopatologico e struttura di personalità?

Sistemi motivazionali e loro trasformazioni.

La psicopatologia non può distaccarsi dalle concezioni che si hanno sul funzionamento dello psichismo, delle motivazioni che spingono necessità, desideri e angosce. In questo senso, il libro di Lichtenberg (1989) *Psychoanalysis and Motivation*, ebbe una grande influenza su di me. Apprezzai le sue concettualizzazioni derivate dalla ricerca sull'infanzia e sulla situazione analitica. Mi sembrò concordare con l'idea di Chomsky sui moduli e con i contributi delle neuroscienze sull'organizzazione modulare del cervello, ma, nel suo caso, centrandosi sull'organizzazione dello psichismo. Alla concettualizzazione di Lichtenberg incorporai un sistema motivazionale narcisistico

(Bleichmar, 1997) ed un altro che chiamai di etero conservazione, cioè cura e preservazione dell'altro (Bleichmar, 2004). Dall'etero conservazione derivano i sentimenti di colpa che non sono necessariamente collegati all'aggressività. L'etero conservazione ha alla base una tendenza evolutiva a prendersi cura dei piccoli anche a costo della propria vita, ma questa tendenza biologica dipende da circostanze psicologiche specifiche, tali come la cura ricevuta dai genitori, i valori culturali, l'interazione tra paure riguardo all'autoconservazione, le necessità narcisistiche ed i processi difensivi.

I sistemi motivazionali hanno una origine propria, propri processi regolativi, mentre si rapportano gli uni con gli altri e danno luogo a trasformazioni. Così, per esempio, la sessualità come motivazione viene modificata da una motivazione narcisistica: può essere annullata se genera malessere narcisistico, o può essere incrementata perché offre una certa immagine di sé – come nel caso di Casanova. La sessualità può anche servire a fini di autoregolazione (diminuzione dell'angoscia) come strumento al servizio dell'attaccamento – idea anticipata da Fairbairn (1943). D'altra parte, l'attaccamento può mettersi al servizio della autoconservazione, per sentirsi sicuri, ma vi si può rinunciare quando l'altro è sentito come pericoloso o psicobiologicamente disturbante. Esistono perciò molteplici articolazioni e trasformazioni possibili tra i sistemi motivazionali dell'autoconservazione e dell'etero-conservazione, dell'attaccamento, della sessualità, del narcisismo, e della regolazione emotiva. Posto che questi moduli e queste trasformazioni organizzano e dirigono lo psichismo, mi sembra adeguato denominare questa concettualizzazione *approccio modulare trasformazionale*. Avevo molto chiaro che il concetto più generale di moduli in trasformazione e l'articolazione di componenti era applicabile allo studio di strutture complesse. In realtà, il campo psicoanalitico è complesso, le cose non possono essere viste da una sola prospettiva. Le domande riguardo a ciò che intendiamo per realtà, neutralità, analisi, spontaneità, posizione dell'analista, obiettivi della terapia, eccetera, richiedono esami dettagliati e sofisticati. Un buon esempio in *the Anatomy of psychotherapy* di Lawrence Friedman (1988), che studia con grande sottigliezza la tensione dialettica tra le proposte delle diverse prospettive per ciascuno di questi temi.

Un'area che accese il mio interesse fu quella dello studio del sentimento di intimità, il sentimento di due persone di trovarsi nello stesso spazio psicologico. Ciò è differente dai bisogni di attaccamento per assicurarsi l'autoconservazione, dal narcisismo, o dalla regolazione emozionale, o dal piacere sessuale. Nonostante una persona possa soddisfare tutte si può sentire il dolore dell'incontro mancato, cioè “tu non senti quello che sento io”.

Per molti anni rimase fluttuante dentro di me il ricordo di un vecchio test di Laing, Phillipson e Lee, *Interpersonal Perception* (1966) in cui si facevano alle coppie domande del tipo “Lei che cosa pensa di ciò che lei/lui pensa di ciò che Lei pensa riguardo ciò che pensa lui/lei di Lei?”. Il fine era quello di mostrare ai membri della coppia le molteplici prospettive attraverso le quali si guardavano reciprocamente. Questo test mi fece pensare sulla necessità di specificare attraverso quali forme concrete una coppia può raggiungere un sentimento di intimità, di abitare all'interno dello stesso spazio mentale. Ci sono quelli che raggiungono questo stato di intimità quando condividono uno stato affettivo, altri quando condividono un'ideologia, altri quando fanno qualcosa insieme come, per esempio, ascoltare una musica che piace a entrambi. Pensai che si potesse specificare maggiormente l'idea Kohutiana di gemellarità e, inoltre, che la forma preferita

dall'analista per sentire questa intimità poteva essere differente da quella del paziente. Pensai all'angoscia che deriva dal mancato mutuo incontro in una coppia analista-analizzato in cui uno cerca comprensione e l'altro affettività. Ciò diede luogo alla domanda che tutti gli analisti dovrebbero farsi: il mio modo di trovare l'intimità corrisponde a quella del paziente? La mia scuola di appartenenza privilegia un modo determinato di trovare l'intimità?

Mi interessai al fatto che per alcune persone il sentimento di intimità si raggiunge attraverso la condivisione della sofferenza, il che può prospettare una minaccia al trattamento dato che rafforza la tendenza del paziente a sentirsi vicino all'analista attraverso il dolore, specialmente quando l'analista travisa l'empatia senza cogliere che la sua presunta attitudine empatica rappresenta una messa in atto che rafforza la patologia del paziente. Questo fu il tipo di questioni che esaminai in *attachment and intimacy in adult relations* (Bleichmar, 2003).

Oggetto dei diversi sistemi motivazionali

Se le necessità che un paziente mostra nel trattamento sono molteplici – autoconservazione, etero conservazione, attaccamento, narcisismo, regolazione psico-biologica, sensualità/sexualità-, l'analista rappresenta allora oggetti molteplici per il paziente. Ci sarà incontro o mancato incontro tra i sistemi motivazionali di entrambi i partecipanti alla relazione analitica. Un analista potrà essere una figura di attaccamento relativamente sicura – essere presente, essere regolare, non abbandonare-, e perfino un oggetto che soddisfi le necessità narcisistiche del paziente, ma il suo ritmo può essere troppo eccitante e pertanto potrà turbarne la regolazione psico-biologica. È possibile pensare a ciò come una tabella con diverse combinazioni possibili, compreso ciò che il paziente rappresenta all'interno dei sistemi motivazionali dell'analista.

Applicazione del concetto di sistemi motivazionali ai sottotipi di lutto patologico

È possibile descrivere le diverse forme del lutto se si applica allo studio del lutto patologico negli stati depressivi il ruolo che l'oggetto perduto era solito svolgere per i sistemi motivazionali del paziente (Bleichmar, 2010). Per esempio, se una persona perde una figura che agiva come oggetto della propria autoconservazione, perdendo la protezione che tale oggetto offriva (sia che fosse reale o immaginaria), alla tristezza per la perdita si aggiungerà la paura e l'angoscia persecutoria. Inoltre, se la persona ha una predisposizione alle preoccupazioni ipocondriache il lutto può avere l'ipocondria come componente visibile. D'altra parte, se l'altro sosteneva il narcisismo, la sua perdita può tradursi in sentimenti di vuoto, producendo una depressione narcisistica. Oppure se la figura perduta agiva come regolatore emozionale, allora la persona può soffrire di disregolazione o confusione al livello cognitivo.

Applicai anche la mia idea di profili psicopatologici come risultato dell'articolazione dei sistemi motivazionali e di condizioni che producono sottotipi di disturbi di panico (Bleichmar, 1999) e di disturbi narcisistici (Bleichmar, 2000). Ciò permette di pensare la psicopatologia in termini non categoriali ma come una articolazione di dimensioni. Ciò concorda con gli sforzi che da 20 anni a questa parte una serie di ricercatori stanno facendo per cercare di modificare le categorie diagnostiche del DSM.

Perché l'interpretazione e la relazione producono cambiamento.

Nella controversia tra quelli che difendono l'interpretazione come strumento per il cambiamento terapeutico e quelli che vedono la relazione come fattore essenziale -per esempio il gruppo di Boston- la soluzione non consiste nel sostenere che sono entrambe necessarie -questa è la mia posizione- ma essere capace di spiegare perché è così. Questa è la questione che esaminai in "Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: Some mechanisms of therapeutic change" (Bleichmar, 2004). Questo articolo si centrava su un'idea di base: se ciò che dice il terapeuta è accettato ad un livello profondo e promuove il cambiamento non è tanto perché descrive il funzionamento del paziente -desideri, angosce, difese- ma perché mette in moto certi sistemi motivazionali -quello dell'attaccamento, quello narcisismo, o della regolazione Psico biologica. Lo stesso accade con la relazione terapeutica. Il punto in comune tra il cambiamento attraverso la relazione e il cambiamento mediante la interpretazione -lascio da parte le enormi differenze tra uno e l'altro per sottolineare ciò che hanno in comune- è che sono capaci di vincere le resistenze coscienti ed inconscie grazie al fatto che l'equilibrio tra i sistemi motivazionali su cui si basa il cambiamento e quelli che gli si oppongono si sposta a favore dei primi. L'intervento terapeutico può entrare in sincronia o in contraddizione con le necessità dei sistemi motivazionali del paziente. Citando l'articolo che ho menzionato:

Se l'intervento si appoggia, per esempio, sul sistema motivazionale dell'attaccamento ma entra in contraddizione con quello narcisistico, fa sentire la persona inferiore o umiliata, provocando perciò una accettazione formale per mantenere l'attaccamento ma profondamente rifiutata per il danno narcisistico che provoca? O, al contrario, si rivolge al narcisismo promuovendo per esempio un sentimento di autonomia del soggetto, facendogli sentire che può seguire un cammino indipendente rispetto ai personaggi a cui fino ad oggi si sottometeva, ma provoca angosce di attaccamento, di separazione, di perdita delle figure significative, per cui si genereranno resistenze profonde? Tutto ciò indica che il peso motivazionale di un intervento terapeutico è un peso ponderato: è il bilancio risultante dal suo ingresso all'interno di un sistema dinamico in cui il potere dei diversi componenti -sistemi motivazionali- si sommano, si sottraggono, interagiscono per dare una direzione determinata all'elaborazione delle fantasie, dei sentimenti e delle tendenze all'azione (p. 1386)

Perciò proponi la necessità di valutare il peso motivazionale dell'intervento terapeutico tanto per l'interpretazione quanto per la relazione terapeutica, ai molteplici livelli in cui agiscono (memoria procedurale). Ciò significa collocare l'intervento terapeutico in un campo dinamico di sistemi motivazionali in cui l'intervento non vale per sé stesso ma per il peso che ha nell'incontro con l'attività dei sistemi motivazionali del paziente nel momento preciso in cui avviene.

Non possiamo ripercorrere e discutere l'ampia letteratura su verità narrativa e verità storica o sulla memoria esplicita e procedurale (Lyons-Ruth, 1999), ma possiamo sottolineare che nella relazione terapeutica è possibile affrontare la "memoria incarnata" (memoria nel corpo, reazione fisica come memoria di una situazione) come dimostra clinicamente Leuzinger-Bohleber (2008).

Psicoanalisi e neuroscienze

Risulta evidente a tutti gli psicoanalisti che la conoscenza del funzionamento mentale ad un livello profondo – cioè le motivazioni e le fantasie che muovono lo psichismo, le angosce da esse provocate, il modo in cui uno se ne difende, il modo in cui uno si rapporta con gli altri- trova la sua indispensabile cornice di riferimento per la ricerca nella situazione analitica, nell'incontro tra analista e paziente. Le neuroscienze non possono spiegare i tratti psicologici particolari di un individuo, così come le sue identificazioni e inclinazioni. Tuttavia, il formidabile progresso delle neuroscienze cognitive e affettive rispetto ai diversi tipi di memoria, centri neuronali, eccetera., obbliga gli psicoanalisti a domandarsi in che modo specifico e concreto queste scoperte contribuiscono a sviluppare, confermare, o modificare la teoria e la tecnica. Se dico in che modo specifico e concreto è perché considero indispensabile che gli psicoanalisti vadano oltre al generale e si domandino in ogni occasione quali implicazioni potrebbero avere questi risultati delle neuroscienze e come si potrebbero applicare alla psicoanalisi e alla psicoterapia. Per fare un esempio che rifletta l'orientamento che ho descritto, e cioè cercare applicazioni particolari derivate delle neuroscienze, potremmo considerare gli studi sull'attivazione neurovegetativa, sul ruolo nella memorizzazione e le sue implicazioni per il trattamento e l'elaborazione. Lo studio pionieristico di Cahill e collaboratori (O'Carroll y col., 1999) con soggetti a cui venivano mostrate scene di grande valore affettivo, trovò che i soggetti che ricevevano la yohimbina, stimolante che attiva il sistema adrenergico, ricordavano e riconoscevano il materiale affettivamente importante più di quelli a cui venne somministrato metoprololo, che blocca questo sistema. Il gruppo di McGaugh (Roozendaal e col., 2006) dimostrò che basse dosi di glucocorticoidi, che agiscono attraverso il sistema noradrenergico, aumentavano il consolidamento della memoria a lungo termine, ma la perturbavano a grandi dosi. Esiste un'abbondante letteratura che conferma queste ricerche. Possiamo anche ricordare la legge di Yerkes-Dodson in psicologia relativa alla correlazione tra livelli di attivazione (arousal) e rendimento, che stabilisce che l'efficacia nel portare a termine un compito, specialmente un compito complesso come l'elaborazione analitica, segue una curva ad U invertita, il che significa che l'efficacia è bassa quando i livelli di attivazione sono bassi, aumenta quando aumenta l'attivazione, raggiunge un punto ottimale e, se lo stato di attivazione aumenta ancora, l'efficacia diminuisce progressivamente.

I risultati delle neuroscienze dimostrano che lo stato neurovegetativo/ ormonale di arousal/attivazione nel momento in cui il soggetto sperimenta una certa situazione marca la memoria, il riconsolidamento e il mantenimento del ricordo di materiale con carica affettiva. Questo è interessante per il trattamento analitico perché la questione che si pone è se un intervento psicoanalitico, o qualcosa che si è sentito nel transfert/ contro transfert, ha lo stesso valore per l'elaborazione quando il paziente ha un basso oppure alto livello di attivazione. Ci si potrebbe anche domandare: qual è il livello ottimale di attivazione in modo che ciò che si sta sviluppando nel trattamento sia registrato e integrato allo psichismo? In ogni caso, è chiaro che l'uso dell'affettività e del livello di attivazione neurovegetativa dell'analista come componente della tecnica terapeutica è un tema importanti che deve essere esplorato e che richiede ricerca clinica e concettuale (Jiménez, 2007; Leuzinger-Bohleber y Fischman, 2006).

Gli psicoanalisti si trovano attualmente nelle migliori condizioni per studiare i processi consci ed inconsci, la relazione tra essi, i fenomeni Inter soggettivi, e di avere modelli più ampi che spieghino l'influenza reciproca tra la mente ed il corpo. Ciò che

avviene nel corpo attiva certe rappresentazioni e crea stati affettivi. Questo è evidente, per esempio, nell'effetto che gli antidepressivi hanno sulla cognizione e sull'affettività, o su come l'attivazione elettrica di una certa zona del cervello è capace di provocare una depressione acuta e transitoria, con tutte le caratteristiche cognitive di una depressione maggiore (cioè, pessimismo estremo, ideazioni suicidarie, eccetera.), che cessa quando termina la stimolazione elettrica (Bejjani e collaboratori, 1999), o di come la somministrazione di ossitocina può stimolare l'attaccamento.

D'altra parte, è anche vero il contrario. Gli studi recenti sull'effetto placebo evidenziano che la suggestione non è un semplice problema di rappresentazioni. Eippert e collaboratori (2009) hanno potuto dimostrare che la diminuzione del dolore che il placebo produce di fronte a stimoli dolorosi è dovuta all'inibizione fisiologica del corno posteriore del midollo spinale -la porzione sensitiva- che si trova sullo stesso lato dello stimolo doloroso. La sequenza è questa: il cervello anticipa una diminuzione del dolore dovuta alla suggestione prodotta dal placebo; a partire da ciò si disattiva il corno posteriore del midollo spinale, e questo trasmette allora una sensazione dolorosa minore al cervello. Oltre all'effetto placebo, si è anche dimostrato che, mediante condizionamento classico è possibile che uno stimolo che produce un determinato effetto si associ ad un altro stimolo in modo che quest'ultimo, anche se non è capace di produrre quell'effetto di per sé, possa averlo a causa dell'associazione. Per esempio, si è dimostrato che persone che avevano ricevuto l'immunosoppressore ciclosporina insieme ad una bevanda che non conteneva il farmaco, dopo pochi giorni producevano immunosoppressione prendendo solo la bevanda senza medicazione (Goebel, 2002). Inoltre, persone con rinite allergica che avevano ricevuto antistaminici associati ad una bevanda, dopo alcuni giorni, prendevano solo la bevanda senza medicamento e questa bevanda aveva lo stesso effetto degli antistaminici (Goebel e collaboratori, 2008).

Sono consapevole che ci sono posizioni nella psicoanalisi che ritengono che le neuroscienze abbiano poco da offrire, che si deve preservare la specificità del nostro campo, la mia posizione, come risulta chiaro dal primo paragrafo di questa sezione, è che la psicoanalisi ha una specificità che non permette di essere assorbita da altre discipline. Ma, per quanto gli psicoanalisti debbano approfondire la loro teoria e i presupposti della nostra tecnica terapeutica, non possono ignorare che i fenomeni mentali, la struttura del carattere e la psicopatologia richiedono modelli a cui possono contribuire, ma anche che devono rimanere aperti ai contributi di altri campi come le neuroscienze, la psicologia cognitiva, le teorie dell'apprendimento, l'epistemologia costruttivista ed altre. Vivere nell'interfaccia non significa stare fuori ma muoversi continuamente tra i campi, entrare ed uscire da ciascuno di essi, lasciandosene influenzare.

Epilogo

Se dopo tutto questo percorso dovessi distanziarmi rispetto all'approccio modulare trasformazionale e alle sue applicazioni cliniche, direi che non riflette neanche un po' la complessità della mente umana, ma nemmeno vorrei cadere nel dogmatismo rispetto a cui ho messo in guardia. Ma credo che questo approccio stia nel cammino della ricerca di modelli che descrivono lo psichismo attraverso l'articolazione di molteplici fattori, livelli e processi, sapendo che non si possono ridurre gli uni agli altri. Si tratta anche di un modello che punta ad una psicoterapia con differenti tipi di interventi con maggior grado di specificità in funzione del sottotipo di patologie e di strutture di personalità. In questo senso, lo psicologico si può articolare con il biologico,

Bibliografía

- Abelin-Sas, G. (2008), Recent work by Hugo Bleichmar. *J. Amer. Psychoanal.*, 56: 295–304.
- Baranger, M., & W. Baranger. (2008), The analytic situation as a dynamic field. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 89: 795–826.
- , & W. Baranger. (2009), *The Work of Confluence. Listening and Interpreting in the Psychoanalytic Field*, ed. L. G. Fiorini. London: Karnac.
- Bejjani, B.-P., P. Damier, I. Arnulf, L. Thivard, A.-M. Bonnet, D. Dormont, P. Cornu, B. Pidoux, Y. Samson, & Y. Agid. (1999), Transient acute depression induced by high-frequency deep-brain stimulation. *N. Eng. J. Med.*, 340:1476–1480.
- Bibring, E. (1953), The mechanism of depression. In: *Affective Disorders. Psychoanalytic Contributions to Their Study*, ed. P. Greenacre. New York: International University Press, pp. 13–48.
- Bleichmar, H. (1974), *Introducción al estudio de las perversiones. El Edipo en Freud y Lacan*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- . (1996), Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *Int. J. Psychoanal.*, 77: 935–961.
- . (1997), *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- . (1999), El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. www.aperturas.org
- . (2000), Aplicación del enfoque Modular-Transformacional al diagnóstico de los trastornos narcisistas. *Aperturas Psicoanalíticas*, 5. www.aperturas.org
- . (2003), Attachment and intimacy in adult relations. In: *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process*, ed. M. Cortina & M. Marrone. London: Whurr, pp. 382–406.
- . (2004), Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: Some mechanisms of therapeutic change. *Int. J. Psychoanal.*, 85: 1379–1400.
- . (2010), Rethinking pathological mourning: Multiple types and therapeutic approaches. *Psychoanal. Quart.*, 79: 71–93.
- Bromberg, P. M. (1996), Standing in the spaces: The multiplicity of self and the psychoanalytic relationship. *Contemp. Psychoanal.*, 32: 509–535.
- Brown, L. J. (2011), *Intersubjective Processes and the Unconscious. An Integration of Freudian, Kleinian and Bionian Perspectives*. London: Routledge.
- Chomsky, N. (1957), *Syntactic Structures*. The Hague, Netherlands: Mouton & Co.
- . (1984), *Modular Approaches to the Study of the Mind*. San Diego, CA: San Diego State University.
- Eippert, F., J. Finsterbusch, U. Binget, & C. Büchel. (2009), Direct evidence for spinal cord involvement in placebo analgesia. *Science*, 326: 404.
- Fairbairn, R. (1943), The repression and the return of bad objects (with special reference to the ‘War Neuroses’). In: *Psychoanalytic Studies of the Personality: Collected Papers*, ed. R. Fairbairn. London: Routledge, 1994, pp. 59–81.
- Ferenczi, S. (1949), Confusion of the tongues between the adults and the child (The language of tenderness and of passion). *Int. J. Psychoanal.*, 30: 225–230.
- Freud, S. (1896), Further remarks on the neuro-psychosis of defence. *Standard Edition*, 3: 162–185. London: Hogarth Press, 1962.
- . (1917), Mourning and melancholia. *Standard Edition*, 14: 237–258. London: Hogarth Press, 1957.

- . (1924), The dissolution of the Oedipus Complex. *Standard Edition*, 19: 171–179. London: Hogarth Press, 1961.
- . (1926), Inhibitions, symptoms and anxiety. *Standard Edition*, 20: 77–172. London: Hogarth Press, 1959. [Inhibición, síntoma y angustia. *Obras Completas*, 20: 71-161. Buenos Aires: Amorrortu]
- Friedman, L. (1988), *The Anatomy of Psychotherapy*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Goebel, M. U., N. Meykadeh, W. Kou, M. Schedlowski, & U. R. Hengge. (2008), Behavioral conditioning of antihistamine effects in patients with allergic rhinitis. *Psychother. Psychosomatics*, 77: 227–234.
- . A. E. Trebst, J. Steiner, Y. F. Xie, M. S. Exton, S. Frede, A. E. Canbay, M. C. Michel, U. Heemann, & M. Schedlowski. (2002), Behavioral conditioning of immunosuppression is possible in humans. *FASEB J. (Fed. Amer. Soc. for Experimental Bio.)*, 16: 1869–1873.
- Jiménez, J. P. (2007), Can research influence clinical practice? *Int. J. Psychoanal.*, 88: 661–679.
- Kohut, H. (1971), *The Analysis of the Self*. New York: International University Press.
- . (1977), *The Restoration of the Self*. New York: International University Press.
- Lacan, J. (1966), *Écrits*. Paris: Editions du Seuil.
- Laing, R. D., H. Phillipson, & A. R. Lee. (1966), *Interpersonal Perception: A Theory and a Method of Research*. London: Tavistock.
- Lévi-Strauss, C. (1958), *Antropología Estructural*. Buenos Aires: Paidós, 1987.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2008), Biographical truths and their clinical consequences: Understanding ‘embodied memories’ in a third psychoanalysis with a traumatized patient recovered from severe poliomyelitis. *Int. J. Psychoanal.*, 89: 1165–1187.
- , & T. Fischmann. (2006), What is conceptual research in psychoanalysis? *Int. J. Psychoanal.*, 87:1355–1386.
- Lichtenberg, J. D. (1989), *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- , F. M. Lachmann, & J. L. Fosshage. (2011), *Psychoanalysis and Motivational Systems: A New Look*. London: Routledge.
- Lyons-Ruth, K. (1999), The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization, *Psychoanal. Inq.*, 19: 576–617.
- Mitchell, S. (2000), *Relationality: From Attachment to Intersubjectivity*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- O’Carroll, R. E., E. Drysdale, L. Cahill, P. Shajahan, & K. P. Ebmeier. (1999), Stimulation of the noradrenergic system enhances and blockade reduces memory for emotional material in man. *Psychol. Med.*, 29: 1083–1088.
- Roosendaal, B., S. Okuda, D. J. de Quervain, & J. L. McGaugh. (2006), Glucocorticoids interact with emotion-induced noradrenergic activation in influencing different memory functions. *Neuroscience*, 138: 901–910.
- Sandler, J., & W. Joffe. (1965), Notes on childhood depression. *Int. J. Psychoanal.*, 46: 88–96.