

---

## DISTINTOS TIPOS DE INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN LOS TRASTORNOS DE ANGUSTIA.

*La concepción modular vs. el principio de homogeneidad\**

Hugo Bleichmar\*\*

En primer lugar quiero agradecer a los amigos de ADEP esta oportunidad de estar con ustedes y, especialmente, con los viejos amigos que fui reencontrando esta mañana. Muchos de ustedes saben que la línea en la cual estoy trabajando es una concepción del psiquismo como estructura modular. Esta concepción, y la denominación de modularidad, es antigua, viene ya de los estudios de la neurología y la neurociencia, habiendo sido retomada en lingüística tanto por Chomsky como por Fodor con la idea de que cuando se estudia un sistema complejo no solamente hay que descomponer los distintos elementos que integran ese sistema sino estudiarlos como el resultado de la articulación de subsistemas –módulos–, cada uno de los cuales tiene cierta autonomía *en su origen, en sus leyes de desarrollo y funcionamiento*, aun cuando estén articulados, produciendo transformaciones los unos en los otros.

En conferencias anteriores y en mi libro *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica* desarrollé la forma en que entiendo la modularidad del psiquismo, habiéndome referido a los distintos sistemas: sistema narcisista, sistema sensual-sexual, sistema de la hetero-autoconservación (cuidado del otro y cuidado del propio sujeto), sistema del apego, sistema de las defensas, etc. No deseo hoy detenenerme en la descripción de los mismos sino que, basándome en las ideas sobre la modularidad, las aplicaré a la relación entre la mente y el cuerpo, con especial atención a la angustia y a las crisis de pánico.

---

\* Conferencia dictada en ADEP (Asociación Argentina de Epistemología de Psicoanálisis), el 8 de agosto de 1998.

\*\* Psiquiatra y psicoanalista. Profesor de la Universidad Pontificia Comillas, Madrid; Presidente de la Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica.



Uno de mis intereses es cuestionar ciertas concepciones desde las que se comprende al cuerpo en psicoanálisis, a su relación con el orden representacional, así como a las enfermedades psicosomáticas. A éstas se las ve como consecuencia de un déficit de simbolización. Lo que quiero plantearles es que esta concepción se halla, a su vez, basada en un principio de orden más general, el “principio de homogeneidad”, en que se supone que los distintos integrantes de un sistema complejo están ubicados en un mismo plano al tener las mismas leyes de organización, no habiendo salto entre uno y otro, y que las relaciones no son, en todo caso, de causalidad, de acción, de implicación del uno sobre el otro, sino de traslado de las combinaciones de uno a otros. Muy brevemente, dentro del orden psicológico, esta concepción presupone que la sexualidad, el apego, y el narcisismo –por ejemplo– tienen un desarrollo en que uno esos módulos –cada escuela privilegia alguno– está en la base de los otros, no siguiendo éstos un desarrollo propio, con sus propias leyes de organización, sino que lo que pase en el módulo que es privilegiado automáticamente, e *inexorablemente*, es la causa de lo que ocurra en los demás. La homogeneidad organizacional atraviesa a todos los sectores.

Este principio de homogeneidad es el que domina algunas teorizaciones sobre la relación entre el orden representacional y el corporal. Un ejemplo de ello son las interpretaciones en términos de: “hace tal o cual enfermedad (dermatopatía, hipertensión, diabetes, etc.) para no psicotizarse, o para reestructurarse, o para mantener al otro alejado (en caso de eczema), o para no enterarse de..., etc.”. El supuesto implícito es que el cuerpo obedece, en su reacción, a una necesidad del orden representacional, a una intencionalidad de éste. Los movimientos intencionales de la mente pasarían al cuerpo y guiarían las reacciones de éste en la dirección que se le propone desde lo representacional. El cuerpo, en vez de regirse por las leyes que le son propias, lo haría siguiendo el tipo de combinaciones del orden representacional.

Obedecen también al principio de homogeneidad tanto la concepción de la alexitimia como causa de las psicosomáticas, y la de Pierre Marty sobre el déficit de simbolización. El concepto de alexitimia lo desarrolló Sifneos, que es un psicoanalista, psicoterapeuta, que trabaja en Boston. La idea era que aquellas personas que no podían ni expresar sus emociones ni eran capaces de leer las emociones en los otros (de ahí la denominación de alexitimia), hacían enfermedades psicosomáticas. Idea que logró una gran difusión debido a que como todas las teorías globales, simples, es enormemente seductora para el intelecto. Sifneos lanzó esta teoría de la alexitimia, y después, como es una persona que también tiene en cuenta la experiencia, hizo una rectificación, la que se conoce poco. Está publicada en *el International Forum of Psychoanalysis*, publicación nórdica que agrupa a una serie de sociedades de psicoterapia psicoanalítica que no están en la IPA y que tienen influencia en Europa. Sifneos reconoce que aunque la alexitimia sigue siendo interesante en cuanto describe ciertas caracte-

rísticas de la persona, sin embargo, no se puede correlacionar con la enfermedad psicosomática.

Lo que Sifneos desarrolló en Estados Unidos, Marty lo trabajó en Francia (por supuesto, con todas las diferencias del caso y el papel adjudicado a la pulsión de muerte): aquello que no estaría simbolizado, el célebre déficit de simbolización, el pensamiento operatorio, daría lugar a la afección psicosomática. Por tanto, habría un nivel regulatorio homogéneo entre mente y cuerpo de modo que si algo falta en uno, aparecería patología en el otro. Como si el cuerpo requiriera, para su funcionamiento, de la simbolización. Basta escuchar a la clínica y constatar que hay gente enormemente sensible, con enorme capacidad empática de detectar estados emocionales en los demás, capaces de expresar su sentimiento y de simbolizar al mayor nivel, que son verdaderos radares afectivos, pero ello no los libra de las enfermedades psicosomáticas. Más aún, aquellas características los hacen más vulnerables. Otras personas, en cambio, que desde el punto de vista de su capacidad para la captación emocional, de sí y de los otros, de expresión emocional, funcionan casi como corchos, es decir, impermeables a la emocionalidad del otro e impermeables a la comunicación emocional, sin embargo, tienen una estabilidad corporal tal que nunca les pasa nada. O sea, que la clínica misma nos muestra que las cosas tienen que ser más complejas, que hay dos órdenes de determinación –lo que pasa en la mente y lo que pasa en el cuerpo– que se articulan; y lo que tenemos que estudiar, y muy en particular –la ciencia progresa porque hay una idea general válida, pero después hay estudios particulares–, es cuál es esa articulación entre la mente y el cuerpo.

Hecha esta introducción en que planteo, entonces, a la mente como un sistema modular –con diversos módulos que la integran–, y al cuerpo como otro sistema modular, con vulnerabilidades propias, puedo encarar los trastornos de angustia, en especial, los trastornos de pánico. Estos son un sector muy interesante para la clínica no solamente desde el punto de vista de la frecuencia con que se presentan sino porque constituyen una condición que permite profundizar en la idea de la articulación entre sistemas modulares sujetos a leyes propias, pero en continua interrelación.

En el estudio de los trastornos de pánico hay que separar, por un lado, las fuentes de la angustia, los temas, las fantasías que preocupan al sujeto. Por el otro, cómo reacciona el cuerpo de ese sujeto en particular ante la angustia, más allá de la diversidad de sus contenidos. Y en tercer término, la codificación que la mente hace de lo que le pasa a la mente y al cuerpo en el momento de la crisis de pánico; es decir, la reacción representacional ante el desequilibrio en la mente y en el cuerpo.

En otros términos, y aún a riesgo de redundar: orígenes de la angustia; después, la forma de reaccionar el cuerpo ante la angustia; y, en tercer lugar, los significados que los sistemas de codificación consciente e inconsciente otorgan a



todo lo anterior. Tres momentos, en que cada uno actúa sobre el otro, en una realimentación continua.

Con respecto a las fuentes de la angustia –el sector donde trabajamos básicamente los psicoanalistas–, aquello que determina la emergencia de la angustia, sabemos que hay angustias que surgen del conflicto, por la persecución del superyó, por las problemáticas del narcisismo, del apego, de la sexualidad, de la hetero-autoconservación, por el carácter traumático de la realidad –por algo Freud planteó que el yo lidia con el ello, con el superyó y con la realidad. Este es el nivel de las significaciones, de la peculiaridad de las representaciones que actúan como vectores de fuerza en el psiquismo.

Cuando estas angustias crecen, en algunas personas –no en todas–, por una disposición de naturaleza biológica, se producen ciertos fenómenos de tipo neurobiológicos, de procesos corporales que son los que componen el cuadro típico de la crisis de pánico –fenómenos cardiovasculares, sensaciones de ahogo y opresión, mareos, etc.

La crisis de pánico tiene un antecedente psicológico, pero el cuadro no es el estado psicológico en sí mismo, es el efecto sobre el cuerpo y sobre ciertas regulaciones neurovegetativas, neuroendocrinas, sobre la secreción de catecolaminas, y la vuelta sobre el psiquismo para su codificación de lo que está sucediendo.

La pregunta que nos formulamos es si resulta suficiente ofrecer como explicación del ataque de pánico que la persona que lo presenta muestre la existencia de conflictos o situaciones vitales estresantes. La refutación viene de la mano de otra pregunta: ¿por qué algunas personas presentan conflictos tanto o más severos que los que padecen ataques de pánico y, sin embargo, la angustia no toma esa modalidad? Nos enfrentamos al error tan frecuente de encontrar que dos condiciones se hallan presentes –conflicto y/o trauma, por un lado, y trastorno de pánico, por el otro– y creer que su copresencia explica todo, olvidándonos los tan antiguos principios de condiciones necesarias y suficientes. El conflicto o las situaciones traumáticas actuando desde el inconsciente no son condición suficiente para originar los ataques de pánico: se les debe agregar la especificidad de la reacción neurobiológica y, sobre todo, la codificación que se haga de cuáles son los peligros que la angustia implica.

Por lo cual no es la falta de simbolización lo que produce la reacción corporal sino una particular predisposición biológica que puede hacer que ante la angustia se responda con la crisis de pánico o, en otros casos, con una crisis de asma, una diabetes, un trastorno inmunológico, una úlcera, o una dermatopatía. Hay una especificidad en la reacción corporal que no depende de lo que falta o sobra a nivel representacional, sino que lo que suceda en el cuerpo derivará de las regulaciones específicas que marquen su funcionamiento en cada sujeto en particular –vulnerabilidad biológica.



Esta forma de entender la interrelación –tomando, para facilitar la explicación, sólo una de las direccionalidades posibles– entre la mente y el cuerpo es lo que entendemos por concepción modular. Los módulos –para el caso, la mente y el cuerpo– interactúan, no existe encapsulamiento, pero lo hacen para activar procesos que siguen las leyes del ámbito respectivo.

Bien, una vez producida la descarga de tipo corporal, a su vez, el inconsciente y la conciencia “escuchan” al cuerpo, captan algo que pasa y le dan un significado. Para alguna gente, la representación de la muerte es una representación continuamente presente, o las representaciones hipocondríacas forman parte esencial de su dispositivo representacional. Pero no todo el mundo tiene igual miedo frente a la muerte. Hay quienes temen más al deshonor. Por tanto, la ulterior significación de lo que suceda en el cuerpo dependerá del sistema modular –narcisista, autopreservación, etc.– que sea el hegemónico. Hay quienes sienten vergüenza de marearse y otros creen que preanuncia la muerte.

Otra cuestión interesante es la siguiente: ¿es por lo terrorífico de las fantasías que activaron al cuerpo y desencadenaron efectos en éste que se atribuye gravedad a las manifestaciones corporales secundarias a aquéllas? Mi respuesta es no. ¿Qué sucede si la gravedad de una situación se aprendió a codificar en términos de la reacción corporal? Aclaro: ¿qué pasa si para un niño la gravedad de una situación le fue codificada por la cara, la expresión, de la madre o del padre, por el grado de emocionalidad, por el grado de excitación, el grado de dilatación de los ojos, de la pupila, por la respiración entrecortada de éstos? Pensemos en hijos de padres que tienen este tipo de reacción afectiva, que son muy expresivos. Cuando el hijo de esos padres capte lo que sucede en su cuerpo, eso que sucede en el cuerpo va a evocar el significado de peligro que los padres atribuyeron. O sea, que si nosotros aprendemos a codificar lo que pasa en nuestro cuerpo en base a lo que pasó en el cuerpo del otro, y en base a cómo el otro codificó lo que estaba pasando en el cuerpo, en ese circuito complejo que pasa por el otro, cada vez que una persona tenga una crisis de descarga neurovegetativa, de descarga de tipo hormonal, de taquicardia, entonces el sujeto se podrá alarmar porque en su mente quedó asociada la reacción corporal del otro, de hiperactivación, con los indicadores de alarma y gravedad que ese otro ofreció como codificación. El cuerpo pasa a ser el que sirve de indicador de la gravedad de la situación: si respiro entrecortado, si tengo taquicardia, entonces, la situación es grave.

¿Qué es lo que nos va indicando lo que vengo de proponer? Primero, que si nosotros planteamos un encadenamiento de procesos de este tipo, en que hay algo del orden de lo representacional, hay algo del orden de lo corporal y, después, existe una representación de lo corporal, entonces tendremos tres áreas de intervención posible. Podremos trabajar en las fuentes de la angustia. Eso es lo que hemos hecho siempre los psicoanalistas. Es evidente que si se ayuda a alguien a disminuir el conflicto, si disminuyen “los afluentes” al Amazonas de la



angustia, entonces el Amazonas tendrá menos caudal; y al tener menos caudal, si hay un cierto umbral de angustia necesario para la descarga corporal o para la psicósomática, al no alcanzarse ese umbral, entonces mejorará la psicósomática. Existen ya trabajos psicoanalíticos de evaluación de resultados que muestran la eficacia del tratamiento que hacemos.

La experiencia de todos los psicoanalistas es que habitualmente se comienza un análisis desentendiéndonos de la especificidad del síntoma psicósomático y, sin saber porqué, al cabo de un tiempo de analizar conflictos, disminuye el nivel de angustia, y la persona mejora en su afección psicósomática. Eso no significa que la persona, cuando se encuentre de nuevo ante una exacerbación de la angustia, y ninguno de nosotros estamos exentos de que eso no vuelva a suceder en algún momento de la vida, tenga lo que se llama una recaída. Por ejemplo, eso tan frecuente de que algunas psicósomáticas, al final del análisis, vuelven a resurgir, y se interpreta como que se trata de prolongar el análisis, conservando el síntoma para volver al comienzo y recuperar el vínculo, etc. Hay otra explicación posible. El final del análisis es una situación enormemente angustiante porque nuevamente coloca al sujeto en la condición de ser un "self en peligro"; es decir, alguien que se representa como amenazado.

Como les decía, los psicoanalistas trabajamos disminuyendo las fuentes de la angustia, pero ¿qué pasa si dejamos incólume ese nivel de actividad corporal sobre el cual, obviamente, como psicoanalistas, no trabajamos? Nos dedicamos a las representaciones del cuerpo pero no al cuerpo real. Ahora, ahí se abre una cuestión importante, ¿qué se hace con los que tienen una tendencia a hacer descarga de tipo corporal a la menor angustia? Ese ámbito excede a la intervención psicoanalítica pero no nos libera de la responsabilidad, dado que estamos a cargo del tratamiento del paciente.

Por otra parte, si el paciente con trastorno de pánico posee la representación de ser un self en peligro, algunas modalidades de comienzo de tratamiento hacen sentir al sujeto todavía más en peligro. Como analistas, ¿qué es lo que hacemos frecuentemente? Lo colocamos en el diván, somos silenciosos y, así, lo llevamos a un país extranjero. No hay situación de país más extranjero que la experiencia del diván. Altera todo lo conocido, la forma de control sobre el otro, la forma de pensar, la forma de organizar la mente, las formas de intercambio. Ahí hay un acrecentamiento de la angustia. El marco analítico, a largo plazo, sin lugar a dudas, va a crear las condiciones que posibiliten una mejoría pero, en el plazo inmediato, es capaz de acrecentarla severamente. Aquí existe una condición que no se puede resolver burócráticamente con una técnica monocorde. ¿Cuál es la característica de la crisis de pánico? Que la persona siente que ha perdido el control de su mente y de su cuerpo. Es el equivalente a la irrupción de las ideas obsesivas. Equivalente en el sentido que algo emerge bruscamente, algo que la persona no puede controlar. El marco analítico es una condición que

a alguna gente le hace sentir con menor control aún que el poco que creía tener. Si el trastorno de pánico sobreviene en alguien con fuertes componentes paranoides, con desconfianza acerca de que recibirá ayuda, el uso del diván incrementará el sentimiento de peligro y, en consecuencia, los mecanismos paranoides. Es una condición distinta de la persona con necesidades de dependencia, de apego, de ser recogido en brazos del otro para obtener un sentimiento de seguridad. En este caso, el diván puede adquirir, desde el comienzo, el significado: "me dejo en brazos del otro que va a calmar mi angustia".

La conclusión es que no se puede generalizar acerca de cómo abordar, ni siquiera en los aspectos formales del encuadre, el comienzo de un tratamiento de crisis de pánico, dependiendo de cuál es la estructura de personalidad en la que la crisis de pánico se inscribe.

Respecto al sentimiento de control perdido, que es lo que experimentan las personas con crisis de pánico, hay otras cuestiones que nos obligan a reflexionar sobre nuestra técnica de abordaje. Durante buena parte de nuestra vida lo que adquirimos es un sentimiento de previsibilidad sobre nuestras reacciones y sobre las reacciones de los demás. El sentimiento de identidad es, en parte, un sentimiento de previsibilidad sobre quiénes somos, cómo funcionamos, cómo van a responder los demás a nosotros; es esa previsibilidad la que genera el sentimiento básico de seguridad.

Para algunas personas, el sentimiento de control implica "yo me voy a poder regular; no voy a necesitar de la regulación del *otro*". Por tanto, si nosotros tenemos un paciente con estas características, nuestra técnica analítica tendrá que amoldarse. Tendrá que ser una técnica que al comienzo no produzca ansiedad, que haga sentir a la persona que está en control, con un analista que no dé interpretaciones profundas de lo desconocido ni intervenga mediante conductas que sorprendan al paciente. Enorme paradoja: a alguien que siente que le emerge algo de lo desconocido –el trastorno de pánico– nosotros, a su vez, le decimos que todo lo que pasa en su interior es desconocido, que le viene de un inconsciente que desconoce. Nosotros estamos dando mensajes, aunque no lo digamos explícitamente. Cuando le decimos "sí pero, además, por detrás...", en realidad lo que le estamos diciendo, es "ahí en las profundidades va a aparecer algo...". ¿Cómo es captado por alguien que, por su parte, sintió que le surgía algo de las profundidades de su ser? Como total pérdida de control. Entonces, parecería indispensable hacer participar muy activamente al paciente –tanto al comienzo, durante, como al final del tratamiento– de modo que sienta que él (o ella) se va dando cuenta, o va teniendo un sentimiento de control, en donde, en vez de proveerle el analista una interpretación de lo que le pasa, se requiere que le ayude a construir una. Se trata de un trabajo sobre lo imaginario, pero de uno muy particular: la reconstrucción del sentimiento de *self* no en peligro, sino de *self* en control.



En vez de elegir las intervenciones en base a que se acomoden a cierto procedimiento estandarizado o ritualizado, lo que debemos preguntarnos: ¿esto que hago, que dejo de hacer, este dispositivo analítico, hace sentir al sujeto que pierde el control, que tiene un self en peligro, o que es reasegurado, etc.? Por tanto, la cuestión no es si lo que hacemos se acomoda a una técnica prescrita, sino cuáles pueden ser las consecuencias, en lo imaginario, y en la reestructuración procedimental de lo que estamos haciendo, qué mensajes implícitos van transmitiendo, en qué posición colocan al paciente, cómo operan sobre su inconsciente.

A mi modo de ver, desatender el concepto global de self en peligro es una de las limitaciones enormes de la psicoterapia cognitiva. Trabaja con representaciones parciales, preconscientes, tratando de mostrar que los síntomas corporales no son peligrosos. Incluso, cuando incorpora técnicas de exposición interoceptiva –mediante ejercicios hace que el paciente se agite, tenga taquicardia, se maree–, intentando que reestructure la llamada falsa creencia de que estos estados preanuncian la muerte, no va a las fuentes de la angustia que hacen sentir al sujeto en peligro.

Revisemos lo planteado hasta ahora: por un lado, trabajo psicoanalítico clásico, diríamos, sobre las fuentes de la angustia, sobre la persecución, los sentimientos de culpa, los sentimientos de vergüenza, la ruptura del apego, la angustia de separación. Pero, junto a esto, que es disminución, como les dije metafóricamente, de los afluentes del Amazonas, trabajar sobre la representación del *self*, y cómo se ha construido ésta. Si a alguien le hicieron sentir desde pequeño o pequeña que estaba en peligro, después, cuando tenga distintos tipos de conflictos, esos conflictos lo que determinarán será la evocación de la situación del *self* en peligro.

Siguiendo con el problema terapéutico, y yendo al tiempo de la reacción corporal, es útil que el paciente sepa que así como a algunos cuando se ponen ansiosos le sobrevienen fenómenos digestivos, o hipertensión, de igual manera, en su caso, es la reacción corporal cuyos síntomas son los que integran el trastorno de pánico aquello que es distintivo. Y si a alguien que tiene tendencia a fenómenos de descompensación somática, asma, hipertensión, diabetes, etc., además del trabajo analítico destinado a modificar las condiciones que subyacen, le damos medicación, ¿no resulta pertinente hacer lo mismo en el caso de los trastornos de pánico, en que el nivel biológico está comprometido? Creemos necesario, diríamos indispensable, en algunos casos, incorporar los psicofármacos.

La reacción del cuerpo es una reacción fisiológica, una reacción en más pero de algo que originalmente fue adaptativo ante el peligro. Lo adaptativo es la taquicardia, la hiperventilación para conseguir oxígeno, para colocar al organismo en mejores condiciones para atacar o para fugarse. Es similar a las enfermedades hiperinmunes en las que un mecanismo tan necesario como la inmunidad, cuando es desregulado, produce toda una serie de fenómenos patológicos. Por



ello, lo que hay que transmitir al paciente es que lo que le pasa en el cuerpo es una reacción aumentada, por cierta sensibilidad, de dispositivos normales y evolutivamente adaptativos. A la gente le ayuda saber que no es que el cuerpo enloqueció, sino que está funcionando en más pero sobre la base de un mecanismo adaptativo. Nivel informacional que forma parte del bagaje con que encaramos los trastornos de pánico. Sabemos del rechazo por parte de muchos psicoanalistas a ofrecer información, sabemos de "Freud antipedagogo", pero el tratamiento ante una condición tan invalidante y compleja como el trastorno de pánico no puede limitarse a una sola área de intervención.

¿Cuál es la diferencia con la psicoterapia cognitiva del trabajo sobre cómo el paciente reacciona representacionalmente a los fenómenos corporales? La psicología cognitiva le dice: –"Usted cree que se va a morir. ¿Cuál es la evidencia empírica que tiene de que está en peligro?" Y, en un intento de reestructuración, apela al "empirismo colaborativo" de Aaron Beck: "¿Qué prueba puede aportar en contrario?" No es esa nuestra aproximación al tiempo de recodificación del fenómeno corporal. Lo que transmitimos al pacientes, de mil maneras, es: "Esto que está sucediendo en el cuerpo, usted lo capta desde sistemas de significación que tienen origen en su historia, en fantasías suyas, en fantasías de sus padres". Con lo cual lo que enfatizamos es el análisis de los códigos que otorgan significación y cómo se constituyeron esos códigos; o sea, el examen de las estructuras profundas que condicionan sus creencias conscientes.

Cada vez soy más explícito en el diálogo con el paciente acerca de que esté ubicado sobre qué es lo que estamos haciendo, cuál es la concepción de fondo que subtiende al trabajo que vamos realizando en conjunto. Reparen en el efecto que tiene para alguien encontrarse con una persona que en vez de someterlo al tren fantasma de no saber qué va a emerger en el próximo momento de su asociación libre, o de la intervención psicoanalítica "que sorprenda al paciente", en cambio, se le ayuda a recorrer un camino que, sin estar cerrado, por lo menos lo ubica sobre las líneas de fondo que lo organizan. Lacan y sus seguidores plantearon que la interpretación, en la reformulación que hicieron del concepto, debe sorprender al paciente y al analista; sí, con algunos pacientes estructurados, con un yo rígido. Pero con alguien que precisamente tiene la sensación de que todas las seguridades han tambaleado, reparen en el efecto iatrogénico de incrementar la incertidumbre y la sorpresa.

El diálogo analítico no puede tomar la forma "el paciente asocia, el analista interpreta, y no únicamente por respeto a la individualidad del paciente, sino por una finalidad terapéutica: la de colocar al paciente como alguien a quien se le ve, y se le transmite el mensaje de que es capaz de pensar.

Igualmente, con el problema de la regresión. Indudablemente hace aparecer ciertos fenómenos interesantes, niveles muy primitivos del psiquismo. Pero que aparezcan esos niveles primitivos del psiquismo en alguien que ya tiene la



emergencia de niveles primitivos de la organización psicoafectiva, resulta problemático. Ejemplifico con un caso.

Se trata de un paciente, hijo de alguien muy pudiente, que estudiaba una carrera técnica. Se estaba por graduar y el padre le había comprado una fábrica de las que se llaman "llave en mano": vienen, la instalan, la ponen en funcionamiento y, por fin, la entregan para que los dueños se hagan cargo. Mi paciente iba a ser nombrado director de esa fábrica. El muchacho comenzó, en esas circunstancias, con crisis de pánico. No tenía la menor idea de lo que le pasaba, vino por su crisis de pánico, con lo cual desconocía su componente psicológico activador en el encadenamiento psíquico, en este encadenamiento modular de las fuentes de la angustia que les estoy planteando.

Cuando pude ubicarme respecto a lo que le angustiaba, le pregunté si no le parecía que tenía que ver con el sentimiento de responsabilidad y el temor a fallarle al padre. Padre protector e invasor. Por lo cual, con este paciente lo que hice fue preguntarme: ¿Soy de nuevo como el padre, alguien que dispone todo, que sabe qué es lo que le conviene? O, en cambio, le pregunto "¿cómo ves esto?". Incluso "¿qué no te parece claro de lo que te estoy diciendo?" o "¿te parece que no es adecuado, que no encaja exactamente con lo que te está pasando?".

En la actualidad, en forma creciente, les pregunto a mis pacientes qué es de lo que yo digo lo que no encaja con su experiencia. Esto tiene una intencionalidad; no es solamente recibir información; no es solamente corregir mis distorsiones; no es solamente darle un lugar y que emerja el sujeto del deseo. Es la construcción de un imaginario de alguien al que veo como capaz de hacerse cargo de sus pensamientos, de contribuir a orientar el tratamiento. Lo que es particularmente relevante cuando se trabaja con pacientes con trastorno de pánico y con la pérdida del sentimiento básico de seguridad y confianza en sí mismo.

Ahora, para abundar más en esta relación entre la mente y el cuerpo, entre lo representacional y lo corporal, como dos órdenes distintos con sus propias leyes, y como desde el cuerpo se puede influenciar a la mente, quiero pasar a mencionar ciertas investigaciones en neurociencia de la emoción. Éste es el lugar adecuado para hablar de ello dado que hay muchos de ustedes con interés en neurociencia. Lamento que no esté Issaharoff, porque seguro sobrevendría algún tipo de intercambio interesante alrededor de la neurociencia.

Les quiero traer las experiencias de dos investigadores, Cahill y MacGauh. (Lo pueden encontrar en Internet en la página web de Cahill). Realizaron una serie de experimentos muy interesantes que muestran que, además del nivel representacional, el estado neuroendocrino es decisivo para la reacción de tipo emocional. Antes había dicho que el inconsciente "escucha" al cuerpo en el sentido que otorga significados, dentro de su imaginaria, a lo que pasa con él. Pero el inconsciente escucha al cuerpo de una manera más radical: los cambios neurohormales modifican las representaciones. Es lo que muestran las investiga-



ciones de Cahill y McGaugh quienes en experimentos con humanos aportaron pruebas de que las catecolaminas (epinefrina y norepinefrina) contribuyen a fijar las memorias emocionales, con la prueba adicional que si se dan bloqueantes de esas catecolaminas la misma situación (por ejemplo, ver una escena en que ocurre un accidente) produce un otro efecto sobre la memoria emocional. Una prueba más, que se agrega a la abundante información que disponemos, de que el nivel biológico actúa sobre el representacional.

Si a lo anterior se le agrega el fenómeno que se conoce como "Kindling" (estar preparada, a la manera de un arma de fuego lista para ser disparada), una vez que el nivel representacional disparó la primera crisis de pánico, cada vez se requiere de menor estímulo para que se vuelva a producir. De ahí la importancia de cortar el circuito neurobiológico lo más rápidamente posible. Es una de las razones que fundamentan el uso de psicofármacos que no curan pero que sí permiten que no haya una sensibilización creciente, a medida que transcurre el tiempo del nivel biológico. Y ello hasta que la psicoterapia, siempre lenta, actúe.

Para terminar, después de tanta "heterodoxia", conviene volver a Freud. Uno vuelve a Freud y, entonces, "la Inquisición" no lo quema. Además de la ironía, lo hago porque lo creo, porque Freud era un gran observador. Cuando él diferenció neurosis actuales de psiconeurosis (dejemos de lado la teoría de la libido estancada) lo que le llamó la atención fue que algunos pacientes reaccionaban de una manera muy extraña, y tenían una descarga de ansiedad para la cual él buscaba y no encontraba un componente psicológico. Uno puede decir (y es factible que sea así) que el hecho de que uno busque y que no encuentre no significa que no esté en el inconsciente, hay gente que tiene un inconsciente muy poco permeable para la búsqueda, no solamente para su conciencia sino para la búsqueda analítica, salvo que uno invente las fantasías.

Lo que le llamó la atención a Freud era lo diferente que eran determinados pacientes con cuadros cuya descripción corresponde a lo que hoy el DSM-IV clasifica como trastorno de pánico, de aquellos otros –las psiconeurosis– cuyas fuentes de la angustia se hacían comprensibles. Es interesante pensar que uno puede retomar el concepto de *neurosis actual*, desligándolo, o sea, no refrendando lo de la libido estancada, pero sí como un subgrupo de pacientes que tienen un cuerpo que reacciona de una manera diferente. De modo que uno tendría que caracterizar a pacientes, que a pesar de grandes niveles de angustia, el cuerpo no sufre los efectos de ésta y no hace psicósomáticas; y otros pacientes, que con niveles moderados, o pequeños, de angustia, hacen psicósomática. Uno tiene que estudiar, entonces, las leyes (y eso estará en un nivel de especificidad, y no seremos los psicoanalistas los que, desde el escritorio, haremos hipótesis sobre niveles tóxicos o niveles de la pulsión de muerte). Eso lo tendrá que investigar la gente que trabaja a nivel de la neurofisiología, a nivel de la neuroendocrinología. Nosotros tenemos que ser respetuosos de otros campos

y trabajar en colaboración.

Vuelvo ahora al comienzo de la presentación de hoy, al énfasis en una concepción modular. Entonces, *modularidad de los sistemas complejos del psiquismo*, *modularidad del inconsciente* (a la cual me referí en otras reuniones), *modularidad de los sistemas motivacionales* y *modularidad en la articulación entre el cuerpo y la mente*. No subsumir un módulo dentro del otro, de modo que lo que faltaría en uno sería la causa de lo que sucede en el otro.

Es notable constatar que esta concepción de la psicósomática es debida a un mismo paradigma cognitivo de teorización que la comprensión que Freud empleó en muchas de sus conceptualizaciones ¿Qué es lo que decía el principio económico de Freud? Hay algo que, cuando no está en un lugar, está en otro lugar. Si se descarga la libido a través de la sexualidad, no aparece el síntoma; si no se descarga la libido, aparece el síntoma; si algo no está en la conciencia, está en el inconsciente, está el síntoma. Si hay mucha libido narcisista, hay poca libido de objeto. O sea, sistema de “sube y baja”; lo que falta en un lugar, aparece en otro. Lo mismo sucede con Lacan y su concepción de la psicosis: lo que falta en lo simbólico (el nombre-del-padre) reaparece en lo real. La célebre forclusión como origen de la alucinación o el delirio.

En las concepciones a las que acabo de referirme nos encontramos ante un molde del pensamiento, una estructura mental que permite múltiples versiones. Utilizamos, sin percatarnos, grandes matrices del pensamiento que aplicamos a campos particulares. En el sector que nos ocupa hoy, se lo ha utilizado para explicar las afecciones psicósomáticas.

El modelo que les propongo es otro: los sistemas modulares producen efectos en los otros pero no por una relación de ausencia-presencia sino por activar procesos que después siguen las leyes del módulo en cuestión. El principio de homogeneidad no tiene validez para sistemas complejos como el psiquismo o para la relación de éste con el cuerpo.\*

**Daniel Biebel:** Bueno, muchas gracias Hugo. Vamos a ir haciendo lugar a las intervenciones.

**Alicia Gibert:** Algunos de nosotros que estamos acá presentes, justamente estamos hace unos años en un grupo en el que estamos trabajando neurociencia con Eduardo Issaharoff. Como vos lo mencionaste, y además te referiste mucho a una temática que nosotros tocamos bastante dentro del problema del grupo, que es el de los miedos tempranos, las situaciones emocionales primarias que no pudieron ser resueltas a lo largo de la evolución y que, de alguna manera, adquieren una independencia del sistema de significaciones y de conflictos. En una de las cosas que nosotros estuvimos pensando y trabajando respecto a estos miedos tempranos; yo tengo la impresión de que, con todo el planteo que vos

hiciste, habría una coincidencia. Es decir, cómo, a través del tratamiento analítico es posible articular estas situaciones emocionales y de miedo tempranas que se desatan con autonomía o con independencia. ¿Es posible articularlas, o el análisis tiene que llegar a poder funcionar como una ayuda a un sistema de control de esta situación? O sea, que lo que serían adquisiciones yoicas del paciente servirían para poder moderar, o modular, esta situación, que posiblemente, frente a situaciones que aumentarían en intensidad, de todas maneras volverían a repetirse. Por eso me parecía interesante lo que vos planteabas; que el nivel de información, el nivel de explicitación, el trabajo con el paciente cara a cara (donde puede hacer una corrección a través del gesto del otro), puede hacer que éste aprenda a modular sus propias situaciones de invasión. Pero me parecería interesante que apuntes a la posibilidad de si sería articulable con el sistema de identificaciones, o si, de todas maneras, mantendría una independencia.

**Hugo Bleichmar:** No solamente Freud pensaba que lo que estaba inscripto en el inconciente perduraba, sino que algunos neurocientíficos, como Ledoux, plantean que esas inscripciones, a niveles muy básicos, son de muy difícil modificación. Lo que sucede es que hay datos actuales que muestran que los sistemas simbólicos sirven para desactivar, no sólo para reinscribir. Sirven para desactivar a sistemas más primitivos de funcionamiento. O sea, no es que uno no pueda reinscribir totalmente lo que está inscripto a nivel de un condicionamiento, sino que se desactiva, porque uno podría pensar “a esa misma experiencia yo le doy un significado diferente”. No está tan claro si la experiencia queda así o, en realidad, toma el comando otro sistema. Hay un investigador, Davidson, que muestra que las experiencias positivas quedan registradas, prevalentemente, en el hemisferio izquierdo (no significa que no se registren experiencias negativas en el lóbulo pre-frontal izquierdo); y las experiencias negativas, en el lóbulo pre-frontal derecho, ambas con afectividad. Esa bipartición de que el cerebro izquierdo es el cerebro de la cognición y que derecho es el cerebro de la afectividad, fue una primera aproximación muy gorda al problema. En este momento, hasta el mismo Gazzaniga que trabajo en cerebro dividido, muestra que las cosas son más complejas. Pero, ¿qué es lo interesante de esto? Que, si se activan una serie de experiencias positivas, éstas pasan a tomar comando, relevancia. Y uno lo que hace en psicoanálisis no es solamente reinscribir lo negativo —en algunos casos sí—, sino que se posibilita que se vayan inscribiendo nuevas experiencias positivas. Porque cuando nosotros le decimos algo a un paciente, o el paciente

\* Para exposición más detallada del enfoque “Modular-transformacional”, véase en “Aperturas Psicoanalíticas” <http://www.aperturas.org> los artículos: “Fundamentos y aplicaciones del enfoque Modular-Transformacional”, en el No. 1. “Aplicación del enfoque Modular-Transformacional al diagnóstico de los trastornos narcisistas”, en el No. 5

descubre algo, hace que todo lo que siga, y todo lo que le vaya ocurriendo durante la semana y en los meses siguientes, vaya activando un orden diferente de experiencias, muchas de ellas afectivamente positivas, con toda la ambigüedad de la expresión afectivamente positivas. Entonces, hay algo que queda desactivado, y esto relaciona, a mi modo de ver, la neurociencia con el concepto freudiano de *Untergang*.

Esto es algo para investigar, no se puede decidir *a priori* cuánto hay de reinscripción y cuánto de reactivación de ciertas experiencias que hacen pasar a otras a un segundo plano y, por lo tanto, no se reacciona. Entonces, habría reinscripción de algunas experiencias y otras no. Ciertas reacciones, como, por ejemplo, el reaccionar frente a la nata con asco, y supongo que en un grupo como el de hoy aquí encontraremos algunos que reaccionan frente a la nata con asco; son reacciones muy primitivas. Yo podré saber que es grasa, y que la grasa simplemente se ha solidificado; pero nuestra reacción emocional igual tiende a producirse. Es de muy difícil reinscripción. Creo que ese es un problema abierto. No es un problema de simbolización o no, sino del tipo de experiencias que se han vivido. Hay gente que simboliza muy poco pero no tuvieron experiencias traumáticas y, entonces, no tienen los efectos que cuando éstas sí existieron. De modo que no es el déficit de simbolización, sino la forma en que se inscribió. Eso sería una aproximación, pero entiendo la coincidencia.

**Enrique Loffreda:** Pasaron muchos años, pero sigue siendo tu exposición tan clara como siempre; te agradezco lo bien que pudiste plantear esto que fuiste diciendo, lo cual, obviamente, no implica que coincidamos, como sabés. Voy a hacerte una pregunta que, a lo mejor, parece muy simple, pero que, por ahí, puede delimitar sobre qué estamos hablando. Todos creemos saber a qué nos referimos cuando hablamos de cuerpo, aunque es mucho más complejo de lo que suponemos. Pero también creemos saber que, cuando decimos mente, sabemos a qué nos referimos. Mi pregunta es: ¿Con qué concepto de mente nos estamos manejando?; ¿es más que *quē*, ¿dónde está? Se confunde con el alma, con el cerebro, con la anatomía, y en ese caso está en el cuerpo, por qué esta diferencia. Evidentemente ahí hay algo que merece una definición precisa.

La otra cuestión, que en todo caso sería una diferencia planteada, es: si efectivamente dijo Lacan que una interpretación era algo que debía sorprender, tanto al paciente como al analista, también dijo que el que creía que ser psicoanalista era nada más que interpretar, era un tonto. Y esto lo acredita su clínica que era absolutamente original. Justamente, lo que Lacan planteó es que lo que se discute no es la eficacia, sino los fundamentos de la eficacia. Y en ese sentido, mi idea es que, yo no dudo de la eficacia de estas explicaciones, que vos decías, al paciente. Porque seguramente producen efectos, lo cuales pueden ser muy beneficiosos. Quizá no podamos coincidir sobre cuáles son los caminos por los

que esa intervención se hace realmente eficaz. Que lo es, lo es; eso es indiscutible. Pero, ¿por qué? Ese es el asunto.

**Hugo Bleichmar:** Bueno, te agradezco la explicitación de diferencias, porque eso es lo único que puede hacer que yo me vaya de aquí, de Buenos Aires, sabiendo algo más que lo que traje. Cuando se me plantean cuestionamientos, se me abren posibilidades de pensar.

Con respecto a lo que llamo *mente*, me refiero a un sistema representacional, una organización de las representaciones y de creación de significaciones, con un componente imaginario dado por las representaciones concientes e inconscientes, por creencias matrices pasionales, por niveles de distinto grado de simbolización, y por leyes operatorias que rigen las combinaciones y transformaciones de las representaciones, leyes operatorias que, a su vez, no están representadas en lo imaginario. Por supuesto tiene una base material, depende de la existencia de un cerebro, a tal punto que si hay anomalías a nivel de la base material del cerebro se producen anomalías a nivel del sistema representacional. Con respecto al cuerpo, no me estoy refiriendo a la representación del cuerpo, porque la representación del cuerpo es, en última instancia, parte de lo mental: el inconsciente, el preconsciente y la conciencia, captan a ese cuerpo, pero éste tiene una existencia independientemente de que sea captado por la mente; tiene ciertas correlaciones intrínsecas a ese cuerpo. Por ejemplo, si a uno le disminuye la presión arterial, hay sensores que ponen en marcha procesos que, a su vez, desencadenan otros procesos de orden fisiológico. Eso es *cuerpo*. No quiero decir que está en el orden de lo real, porque lo real, en la teorización psicoanalítica, es más complejo; en Lacan es lo excluido de lo simbólico, inaccesible, aquello a lo que se puede acceder solamente por vía matemática. Pero cuando hablo de cuerpo, me refiero a una organización bioquímica, fisico-química, estructural, que existe independientemente de la mente, a tal punto que los mecanismos de nuestro funcionamiento corporal humano, con todo nuestro alto nivel simbólico, sin embargo, son bastante similares a los funcionamientos corporales fisico-químicos de organismos que no tienen, ni por asomo, ya no digo el lenguaje, sino que se caracterizan por niveles de representación y de organización muy simples; y que hacen enfermedades somáticas. Entonces, cuando yo utilizaba cuerpo con esa definición, lo que decía es lo siguiente: algo que pasa en el orden de la representación repercute, de una cierta manera, sobre niveles fisiológicos, no solamente del cerebro, sino el cuerpo *extra-cerebral*, a nivel de la presión, a nivel de la taquicardia, a nivel de la ventilación, etc. Entonces, hay un cuerpo que, a su vez, será representado, pero que existe independientemente.

Ahora, con respecto a la complejidad y creatividad de la clínica lacaniana, a mí no me cabe duda de que Lacan tuvo creatividad. Sin embargo, lo veo limitado por lo que denomino "principio de homogeneidad", en el sentido de que, en cada



período, hay una condición que es determinante de todas las otras. En el primer período, aterrizó a medio mundo con las ideas sobre el lenguaje y con el orden simbólico. Y, respecto del lenguaje él, incluso, llegó a decir, cuando hablaba de los significantes que éstos eran los fonemas de la lingüística. Por supuesto que ulteriormente amplió el concepto de significante. Después viene la clínica de lo real, que a mí me parece interesante en el sentido de que hay un “otro orden” que no es del orden de lo representacional y que, a su vez, incide sobre el orden de lo representacional. Sin hacer equiparaciones, porque el sistema lacaniano es un sistema en sí mismo, creo que se acerca más a esta concepción de que hay algo que está por fuera lo interpretable. En ese sentido yo lo tendría en cuenta.

Ahora, con todo, creo que no es solamente un problema de la eficacia; es un problema de los fundamentos; yo concuerdo contigo. Creo que yo “propongo” unos fundamentos. Y que el lacanismo propone otros fundamentos. Los fundamentos no se prueban por la eficacia, porque nada más falso que la conexión entre los fundamentos de la teoría freudiana y la eficacia que tuvo en la solución de síntomas como consecuencia de la transferencia. Curaba por sugestión, y creía que curaba porque hacía consciente lo inconsciente, por la resignificación en la conciencia. De modo que la eficacia no nos dice cuál es la causa. Los fundamentos son una construcción imaginaria sobre la eficacia, porque, en última instancia, es teorización, y la ciencia ha mostrado que lo que se explica como causa, con el paso del tiempo, se encuentran otras condiciones explicativas.

Por tanto, no es en base a la eficacia que yo estoy planteando esto; cuestión que para nada es despreciable, porque si uno es terapeuta, tiene que ser eficaz. Yo digo que si uno es un terapeuta lacaniano, tiene un compromiso con el paciente; si uno es un teórico lacaniano, tiene compromiso con los colegas y con la producción teórica. De modo que la eficacia es importante. Pero admito que en el plano de la relación entre fundamentos y eficacia, la relación no es relación directa, que la eficacia no prueba los fundamentos, que en el análisis pasan muchas cosas, que en un análisis lacaniano, en uno kleiniano, pasan muchas cosas. Por ejemplo, los kleinianos hacen conductismo y desensibilización sistemática en el sentido de que si le cuentan a uno todo lo horrible que es, y todas las fantasías de todo lo que le puede suceder, uno se va “vacunando”, desensibilización sistemática. Es irónico, pero es rigurosamente así: si se me dice, reiteradamente, que yo quise morder el pecho, y que creo que me quieren orinar dentro de la cabeza, y cortar en pedacitos, al cabo de estar mucho tiempo creyéndomelo, ya no me asusta tanto. ¿Vieron ustedes con qué tranquilidad los sepultureros sepultan? Bueno, ahí hay desensibilización sistemática. Los fundamentos supuestos serán uno, pero en la cura interviene la desensibilización sistemática. Yo creo que pasa con todos, no sólo con los kleinianos. Los psicoanalistas tenemos muchísimo más conductismo y cognitivismo del que creemos tener. Pero, para no rehuir a la cuestión que me planteás, ¿cuáles serían los funda-



mentos? ¿Cuál es la limitación grande que le veo al lacanismo? O, ¿cuáles son las limitaciones?, dado que lo que está en discusión es eso.

Primero, que surge de una especulación que tiene y busca la coherencia sistémica, coherencia epistemológica sistémica, en donde se construyen tres o cuatro categorías y, a partir de esas categorías, el principio de coherencia sistémica guía a todo el procedimiento. A mí me parece que el procedimiento de coherencia sistémica es peligroso en ciencia, porque si hay algo que muestra la realidad, es que no es tan sistemática. Entonces, como estrategia heurística, me parece peligrosa.

Segundo, que al utilizar un número de conceptos reducidos, y bastante cerrados, y como un sistema absolutamente autónomo, no está expuesto, verdaderamente, a la refutación. No soy popperiano, pero creo que la posibilidad de refutar, de dar un contraejemplo, es importante. En la obra lacaniana, ni en Lacan, ni entre sus discípulos, existe quien se levante y cuestione “eso está en contradicción con alguna otra cosa”. Es decir, hay siempre como una cierta oposición. No me resulta atractiva una orientación cerrada, especulativa, tan poco sujeta a la refutación, incluso desde adentro mismo.

Ahora bien, sé que todo esto es cuestionable porque me podés decir “que no, que hay discusiones, etcétera”. Lo sé; yo te digo como yo lo veo. Y mi idea es que nadie va a convencer a nadie. Como estamos en el campo de las ideologías, y lamentablemente nuestro campo del psicoanálisis es ideológico, y fíjense cómo han perdurado ideologías que chocan totalmente contra la realidad (ideologías religiosas), yo no creo que de la confrontación surja el acuerdo. Mi idea es que cada uno siga produciendo en una línea determinada en la cual cree, y, más allá de nuestros intereses particulares, la historia barrerá las concepciones inadecuadas. Yo tengo mi apuesta, obvio; y vos tenés la tuya. Es decir, cada uno piensa que la historia barrerá al otro. Pero como a la historia no le interesa a quién barrerá, y como no estaremos cuando seamos barridos, yo creo que nos podemos manejar con gran soltura, tranquilidad y comodidad.

**Toba Fundia:** Klimovsky dice que el que tiene las ideas claras expone y habla muy claro; yo te felicito por la sistematización tan clara de un tema tan complejo. Mi pregunta es: este planteo, ¿requiere un enfoque interdisciplinario?, porque estás hablando del compromiso de estudiar muchas diferentes disciplinas. El enfoque interdisciplinario, en lo teórico, es muy conocido, pero yo veo mucha dificultad en el enfoque interdisciplinario en el abordaje clínico, y me interesa mucho saber si ustedes lograron algo en un abordaje clínico interdisciplinario. Y, la otra pregunta, respondiendo al deseo de Freud de una base científica del psicoanálisis, ¿hay estudios empíricos, experimentales, algo del contexto de verificación en este tema?

**Hugo Bleichmar:** Yo creo que hay que diferenciar nuestra práctica clínica de la investigación. Nuestra práctica clínica es una práctica compleja, determinada por necesidades profesionales, con limitaciones exclusivamente desde el punto de vista profesional, y no guiada por la curiosidad. Yo recuerdo la época en la que hacía investigación en microscopía electrónica y en neurofisiología, cuando uno tenía una problemática que le apasionaba, entonces buscaba cómo abordarla, con los instrumentos que fueran necesarios. Nosotros los psicoanalistas, en cambio, tenemos un instrumento, y buscamos qué problemáticas puedan ser abordadas por ese instrumento. Supongamos que los psicoanalistas fuéramos personas que tuvieran nada más que martillo y clavos, y por una cinta transportadora delante nuestro pasan cristales, madera, hierro, agua, arcilla; y nosotros a todo lo que pasa le clavamos un clavo. Tenemos un instrumento privilegiado; y la práctica profesional es horrible porque obliga a que, como somos expertos, y vivimos de eso, esa mezcla entre ciencia, práctica profesional, supervivencia, obliga a tomar posiciones, muchas veces. La ciencia, a diferencia de la práctica clínica, no tiene ni apuro, ni necesidades de afirmación de las personas, y sí tiene problemas a resolver para los que se puede tomar más tiempo.

Yendo concretamente a lo que me planteabas, nosotros estamos en contacto con alguna gente; no tenemos una práctica interdisciplinaria; no la tenemos por la compartimentalización que hay de la profesionalidad, porque ya tenemos tanto para desarrollar en nuestro campo. Pero creo que el hecho de que nosotros, en nuestra práctica, estemos limitados, no nos tiene que limitar mentalmente. Tenemos que saber cuáles son los límites de nuestra práctica, y que yo nunca vaya a hacer neurociencia, no significa que no tenga que estar interesado en los límites y alcances de la neurociencia, porque si yo invado el campo de los neurocientíficos con mis teorías mentalistas, entonces los neurocientíficos pueden invadir nuestro campo con sus teorías de tipo organicista.

**Daniel Biebel:** Estamos ya en hora. Te agradecemos muchísimo Hugo, y nos vamos muy contentos de la reunión.

**Hugo Bleichmar:** Yo les agradezco a ustedes la amabilidad; son muy buenos, porque uno dice tantas cosas y yo sé que cada analista es cada analista, y cada analista piensa de determinada manera; y han sido muy tolerantes. Yo les agradezco la tolerancia. ♦