

MEMORIA Y CONOCIMIENTO RELACIONAL IMPLÍCITO

Rosa Velasco

1. Introducción

¿Qué es lo común a todo tratamiento psicoanalítico? O dicho de otra forma, ¿cuál sería uno de los objetivos centrales en toda terapia psicoanalítica? O lo que es lo mismo, ¿qué me planteo en cada una de las sesiones de terapia con cada paciente?

Para dar respuesta a esta pregunta voy a tratar de desarrollar en este artículo la principal conceptualización psicoanalítica del Grupo de Boston (*Boston Change Process Study Group*): el objetivo central del tratamiento psicoanalítico es la transformación del *conocimiento relacional implícito* (CRI).

2. Sistemas de memoria y desarrollo evolutivo

La memoria es más de lo que podemos recordar conscientemente sobre los acontecimientos del pasado. *La memoria es el modo en que los acontecimientos pasados influyen sobre la acción futura* (Siegel, 1999).

Nuestras experiencias pasadas modelan nuestras formas de conducta, incluyendo los patrones a través de los cuales nos relacionamos con los demás. Este proceso no es consciente. En el futuro tendremos una alta probabilidad de

activar una dinámica relacional similar al patrón relacional en el que nos hemos desarrollado. El cerebro está moldeado por la genética, la fisiología (nutrientes, hormonas) y la experiencia. Un bebé que ha contado con la experiencia repetida de respuestas protectoras, perceptivas, sensitivas y de atención por parte de sus padres es un bebé que ha codificado implícitamente estas respuestas en su cerebro. Su *memoria implícita* anticipa que el futuro seguirá aportándole una comunicación reguladora de sus emociones. La idea de que la *memoria implícita* influye sobre nuestras experiencias con los demás constituye un modo de comprender los complejos sentimientos y percepciones que surgen de las relaciones interpersonales.

Hacia el segundo año de vida, los niños empiezan a desarrollar nuevas capacidades para hablar sobre sus recuerdos de los acontecimientos del día y ya cuentan con capacidad para recordar experiencias del pasado. Estas habilidades reflejan la maduración del lóbulo temporal medial del cerebro (hipocampo) y del córtex orbitofrontal. Este proceso de maduración les permite disponer de *memoria explícita*. Es a la *memoria explícita* a lo que la mayoría de las personas se refieren con la idea genérica de memoria.

A partir del segundo año de vida el niño puede recordar el orden en que suceden las cosas. El recuerdo del orden en que se producen los acontecimientos en el mundo permite al niño desarrollar un sentido del tiempo y de la secuencia de las cosas. La habilidad del cerebro para crear representaciones espaciales y temporales es central para la supervivencia. La *memoria explícita* es fundamental para la creación de un sentido del espacio y del tiempo porque nos permite saber dónde están las cosas y cuándo estuvieron allí. En el segundo año de vida, el niño ha desarrollado un sentido del mundo físico, un sentido del tiempo y un sentido de la secuencia, así como un sentido de sí mismo. Este conjunto constituye la *memoria explícita autobiográfica*.

Hacia la mitad del tercer año de vida, el niño ya empieza a colaborar con sus cuidadores en la construcción conjunta de relatos creados a partir de hechos reales de la vida y también de hechos imaginados. La co-construcción de narraciones sobre los acontecimientos externos y sobre las experiencias

subjetivas promueve el desarrollo del autoconocimiento. Los dos sistemas de memoria (el implícito y el explícito) son distintos y complementarios en la construcción del sentimiento de sí. En los momentos en que se produce una buena integración de los dos sistemas de memoria se consigue una vivencia subjetiva de cohesión del *self* (Fosshage, 2005).

Si tenemos una sensación consciente de recordar es gracias a la *memoria explícita*, así recordamos situaciones, personas, hechos o datos autobiográficos. En cambio, la *memoria implícita* no es consciente. Podemos repetir un gesto espontáneo en una experiencia nueva porque en nuestra memoria implícita un conjunto de sensaciones y emociones están activos y son susceptibles de intervenir en nuevas interacciones. Podríamos decir en cierto modo que la *memoria implícita* es la responsable de los rasgos del carácter. Si en la vida cotidiana se activa un rasgo de nuestro carácter (por ejemplo una actitud malhumorada) no solemos ser conscientes de que estamos reactivando (“recordando”) un patrón que aprendimos en nuestro pasado ya que forma parte de nuestra *memoria implícita*.

3. Conocimiento relacional implícito

El *conocimiento relacional implícito* (CRI) es la manera particular que tenemos de estar en el mundo, la manera que cada uno tiene de estar con otro. Esta manera de estar con otro es espontánea e inconsciente. Nos estamos refiriendo al intercambio de subjetividades que está en juego en toda relación. Esta manera particular que tenemos de estar en el mundo la aprendemos desde la primera interacción con un adulto. Hoy sabemos a través de los investigadores de la *infant research* (Beebe, Lachmann, 2002; Lyons-Ruth, 2006, 2010; Main, 2000; Tronick, 1998, 2002, 2005) que un bebé de 12 meses ya sabe si en caso de apuro le convendrá o no recurrir a su madre o a su padre. Así, por ejemplo, el bebé denominado *evitativo*¹, a los 12 meses ya sabe que ante

¹ “Evitativo” según la teoría del attachment (Bowlby) es el bebé que ha tenido una experiencia de apego inseguro con el adulto significativo que lo ha cuidado (habitualmente, sus padres). Su

un problema (como puede ser el hecho de quedarse solo con un extraño) no le conviene pedir ayuda a sus cuidadores. Este bebé, en la *situación extraña*, actuará como si no se diera cuenta de que su madre (o su referente) abandona la habitación. Así pues, a partir de los 12 meses existe un saber implícito (que no se puede pensar con palabras) que se ha formado a partir de las sucesivas interacciones relacionales sin la participación de la capacidad reflexiva (puesto que antes de los 12 meses no existe la maduración neurobiológica que posibilita el pensamiento simbólico). Aprendemos este patrón relacional, nos acompaña durante toda la vida y es susceptible de transformación en función de las sucesivas relaciones significativas ocurridas a lo largo de la vida. También hoy sabemos, a través de los resultados de recientes investigaciones de estudio de seguimiento longitudinal, que uno de los más altos predictores de disociación en la etapa adulta es la experiencia de rol invertido de la díada niño-adulto cuidador (Lyons-Ruth, 2010).² En esta situación el pequeño tiene la experiencia (a menudo sin conciencia explícita) de priorizar el bienestar del cuidador por encima del propio. Si el marco de desarrollo no ha sido suficientemente facilitador, en aquellas circunstancias en que el adulto con función parental no está en buenas condiciones para ejercer su función (por ejemplo, por enfermedad física o mental), el niño se relaciona con el adulto en actitud de “cuidarse” de su madre o de su padre, en lugar de a la inversa.

Hoy en día, en psicoterapia psicoanalítica, consideramos de vital importancia observar el patrón relacional que se abre a la relación terapéutica con la finalidad de poder comprender y validar la experiencia vivida aún no formulada (Stern, 1997) o explicitada y que está en la base de cada particular manera de estar en el mundo.

En cada una de las sesiones de terapia con cada paciente se transforma el CRI (coloquialmente, la manera de estar con otro); esta transformación es inconsciente y depende de la experiencia vivenciada de la interacción

vínculo principal es inseguro y su gesto espontáneo es el de evitar la reacción emocional frente a la ausencia de la madre.

² En febrero de 2010 Karlen Lyons-Ruth presentó en Barcelona los resultados de sus estudios longitudinales de seguimiento de la díada adulto cuidador-niño, llevados a cabo por su equipo de investigación en la Harvard Medical School, Cambridge, Boston.

terapéutica. Lo que resulta de este intercambio de subjetividades es sobre todo un desarrollo de la subjetividad que estaba en déficit (Velasco, 2002). Y este desarrollo es central en toda terapia psicoanalítica. Podríamos decir que los psicoanalistas estudiamos la subjetividad, nos interesa la manera de ser, la manera que tenemos de reaccionar emocionalmente. Nos preguntamos de qué depende esa manera particular y genuina de ser y nos interesamos en cómo podemos cambiar para desarrollarnos emocionalmente. La emoción es la forma espontánea de reconocer, de darle valor al interjuego relacional. Es la principal forma de aprehender³ el mundo que nos rodea. La emoción es la manera no reflexiva de evaluación de una situación y nos prepara para poder reaccionar frente a ella.

El CRI es lo que queda en nosotros después de cada interacción. Un conocer o “saber implícito”, sin la existencia de una expresa atención consciente sobre lo que “implícitamente” sabemos. El Grupo de Boston⁴ considera que la modificación del CRI es lo central en cualquier tratamiento psicoanalítico. En la comprensión de cómo se produce el cambio en la terapia psicoanalítica el énfasis se desplaza del *insight* a través de la interpretación (psicoanálisis tradicional⁵) a la modificación del CRI a través de la experiencia de la relación (psicoanálisis relacional, Mitchell, 1998). Clásicamente el acento del proceso de cambio recaía en “hacer consciente lo inconsciente”, es decir, el analista suministraba una información explícita (interpretación verbal) que ayudaba a poner en palabras lo que estaba inconscientemente reprimido. En cambio, el Grupo de Boston considera que lo central en un tratamiento analítico es que paciente y terapeuta construyen una manera de relacionarse que resulta nueva para el paciente (a menudo también para el analista), y es este nuevo estilo relacional lo que modifica el CRI o las antiguas maneras de estar con el otro. La manera espontánea y particular que tenemos de estar en el mundo es inconsciente. Entendiendo el inconsciente no como algo aislado y cerrado sino

³ En el sentido de captar.

⁴ Actualmente el grupo de Boston (BCPSG) está formado por: Nadia Bruschweiler-Stern, Karlen Lyons-Ruth, Alexander C. Morgan, Jerremy P. Nahum, Louis W. Sander y Daniel N. Stern.

⁵ En referencia a la consideración de que el cambio psíquico es atribuible a la interpretación mutativa de Strachey (1934).

abierto, relacional. En una terapia observamos la manera de “estar con” y entendemos que esta manera de “estar con” se encuentra almacenada en el sistema de *memoria implícita*. Como ya hemos visto, al activarse la *memoria implícita* no tenemos la sensación de estar recordando: así, cuando ante una situación reaccionamos emocionalmente, no solemos tener la sensación subjetiva de estar recordando aquella manera de reaccionar que aprendimos en nuestro pasado. Lo central es cómo se crea un nuevo saber implícito. Un nuevo conocimiento implícito deriva de la práctica relacional continuada en donde se producen intercambios intersubjetivos (Stolorow, Atwood, Orange, 1997). Ocurre en la medida en que se produce un genuino reconocimiento, una sutil interacción que se valida en la relación terapéutica. En el marco de un tratamiento psicoanalítico se llega al cambio psíquico a través de la co-creación de un nuevo conocimiento implícito.

4. Viñeta clínica

A continuación ilustraremos el concepto de CRI con un ejemplo clínico. Un hombre de unos 40 años, es decir, con una identidad adulta construida, ejerce su profesión con éxito, está casado y es padre de dos niños. Sigue un tratamiento psicoanalítico desde hace, aproximadamente, un par de años. Consultó por sentimiento de inseguridad que relaciona con su edad, la misma que tenía su madre cuando murió. Esta experiencia traumática dejó huella en él, siendo un chico de 11 años.

Víctor, como nos referiremos a este paciente, empieza su sesión diciendo: “Mientras esperaba el ascensor me ha venido a la mente una idea que suena bastante a esotérica, de todas formas, la comentaré ahora: después de pulsar el botón del ascensor, esperándolo... me decía para mis adentros, será mejor que mire hacia arriba no siendo que alguien se suicide y me caiga el muerto encima”.

Le comento que aunque a él le parezca que la idea suena a esotérica, rara o loca, la comparte conmigo ahora, con la confianza de que juntos le

encontremos un sentido. El verdadero interés por conocer el origen de los contenidos mentales causantes del daño psíquico promueve en el terapeuta una actitud de auténtica motivación. En palabras de Lichtenberg, Lachmann y Fosshage es *el espíritu de investigación* (2002). El analizado anticipa que vale la pena compartir este hecho conmigo, aunque, al mismo tiempo, tema ser pensado como alguien esotérico. Esto ocurre probablemente porque ya contamos con una experiencia en que el paciente ha podido compartir contenidos mentales sin sentirse rechazado o raro. Éste es un resultado del trabajo realizado conjuntamente. Ahora, él se anima y expresa su idea, sin barreras, incluso podríamos decir que tiene depositadas en mí, anticipadamente, expectativas de recibir una respuesta menos rechazante que la suya propia para consigo mismo. Víctor tiene pues un nuevo CRI que le “informa” (a nivel no verbal) de que puede compartir este hecho conmigo sin demasiado peligro, y por ello siente el impulso de contármelo.

Víctor añade: “Estoy contento de que esta imagen me haya venido a la mente antes de entrar y no al salir como me ha sucedido otras veces”. Él ahora anticipa mentalmente de forma inconsciente que puede compartir su “paisaje mental” o “estado anímico” condensado en esta u otra “imagen mental” conmigo, en esta sesión y en este momento. Seguidamente, relata que la final del mundial de fútbol España-Holanda resultó ser un encuentro con un resultado justo y satisfactorio. “De los dos equipos, uno trabajaba, creaba juego, se entregaba, y el otro era pesado, no creaba, se arrastraba...”. Yo le comento: “Incluso podríamos decir que el campeón jugó, creó y luchó aun teniendo que soportar el peso del muerto encima”.

Estamos conectando ahora la “esotérica imagen mental” con la inmediata secuencia de la final del mundial de fútbol que a él le llamó la atención. Y añado: “El chico de 11 años, creativo, que jugaba con pasión al fútbol tuvo que seguir luchando después de la enfermedad y la muerte de su madre, con el añadido de la experiencia de crecer con un padre triste y decaído, un verdadero peso muerto encima”.

Probablemente el chico de 11 años desamparado y triste después de perder a la madre tuvo que enfrentarse a la depresión de un padre viudo. Víctor se emociona, se le resbalan unas lágrimas. En este momento de conexión emocional (Riera, 2010) el *conocimiento relacional implícito* cambia, la experiencia de “yo siento que tu sientes lo que yo siento” se produce en la sesión. Nuestro trabajo compartido conecta ahora al chico de 11 años con el adulto de 40 que, con su identidad construida, piensa sobre sí mismo, dialogando con su analista. Se valida así la subjetividad que estaba en parte anulada y en parte bloqueada desde sus 11 años. Los niveles de integración son ahora más altos y consecuentemente las cotas de autonomía real también aumentan con una experiencia de *expansión diádica de la conciencia*, según la formulación de Tronick (1998, 2005).

Víctor tenía la sensación de ser esotérico (por tanto, sentía una vergüenza⁶ que lo impulsaba a retraerse). En esta ocasión él se atreve y comparte su sensación esotérica. Entendemos y le damos un sentido a su sentimiento de amenaza, su CRI de que le caiga encima “el muerto”. La conexión emocional (“yo siento que tu sientes lo que yo siento”) experimentada en la sesión activa sus sistemas de neuronas espejo (Rizzolatti, 2006), él se emociona y ahora “lo sentimos” juntos de manera distinta.

Se podría pensar, desde otra perspectiva, que lo que impulsa el cambio es la interpretación “mutativa”, en palabras de Strachey (1934), se podría interpretar, por ejemplo, que existe un paralelismo entre su fantasía y la depresión de su padre. Desde la perspectiva relacional, hoy pensamos que lo que realmente resulta central son las repetidas experiencias de conexión emocional. Víctor puede transformar el sentimiento de “ser esotérico” en sentimiento de “ser alguien valioso”, es decir, sentido genuinamente por su analista como alguien valioso que se esfuerza a pesar de las dificultades.

Lo que siguió a este momento fueron comentarios de precisos detalles que fluyeron de su memoria en los que él y sus hermanos tenían que ocuparse

⁶ En “La vergüenza en la de-construcción y construcción del sentimiento de sí” (2008) publicado en la revista *CeIR* está desarrollado ampliamente el sentimiento de vergüenza relacionado con la iniciativa.

de todo: la ropa, la casa, no había organización alguna, las imágenes eran desoladoras para un joven inexperto en muchos temas que por edad no le correspondían. La historificación que se produce en este momento de la sesión conlleva la validación de la dura experiencia (no formulada nunca antes de este momento) en la sesión. Únicamente podemos acceder a esta validación de la percepción-experiencia de un padre triste y decaído si previamente hemos podido identificar y reconocer con Víctor sus esfuerzos hasta ahora no valorados por nadie.

Una sensación continuamente analizada durante el tratamiento de Víctor era la de que “solo” estaba mejor que “con alguien”. Incluso venir a la sesión e interactuar conmigo era algo muy costoso. Poco a poco esta desagradable sensación se transformó en “otras” de tono muy distinto. Recuerdo como un día él empezó su sesión compartiendo conmigo lo siguiente: “Noto una especie de hormigueo de tensión e ilusión parecida a la sensación de antes de empezar a jugar un partido de fútbol”.

La convicción “estar con alguien es pesado y duro” (absolutamente comprensible por su experiencia vivida) se ha ido transformando en la relación terapéutica en “es emocionante dialogar y encontrar sentido a los diferentes estados de ánimo que surgen de mi experiencia de estar con alguien”. El desarrollo emocional que estaba detenido se desbloquea poco a poco, hasta que Víctor consigue tener una imagen de sí mismo vital y creativa. Esta experiencia es sensiblemente revitalizadora. El *sentimiento de sí* de Víctor ha cambiado. La imagen que tenemos de nosotros mismos depende de las sucesivas interacciones con personas significativas. El cambio del *conocimiento relacional implícito* incluye una transformación del *sentimiento de sí*.

Éste sería un claro ejemplo clínico de cómo el trabajo analítico promueve el cambio psíquico. Se crea un nuevo conocimiento implícito en la experiencia nueva del tratamiento que revitaliza al paciente, que se siente más lleno de sí, con su subjetividad, sin que ésta quede disociada e incluso condenada a vivirse como un cuerpo extraño, una condensación *esotérica*, en las palabras del paciente en esta escena clínica. También en el analista se produce una

transformación revitalizante, la que sirve para sostenerse en una actitud de paciencia y perseverancia para tolerar el no entender. Podríamos decir como ya anteriormente me he referido en otros artículos (Velasco, 2008, 2009, 2010) que tratamos las secuelas emocionales de la experiencia de los años del desarrollo temprano con empatía (en su doble vertiente, con emoción y con cognición). Es decir, en sintonía con la emoción del analizado y en actitud de darle valor, de reconocerla. Emocionarnos es la mejor manera de aprehender el mundo que nos rodea, y en esta tarea influye determinantemente la forma, el ritmo, la sensorialidad⁷ que está en la base de cada singularidad, de cada manera de ser. En esta escena clínica, la sensación del analizado comparando la experiencia vivida del hormigueo que sentía antes de empezar un partido de fútbol en su adolescencia con la vivencia intensa sentida antes de empezar la sesión es realmente significativa. Podemos pensar esta nueva experiencia surgida en la sesión analítica como una experiencia que ha podido traspasar el aislamiento defensivo (“yo conmigo mismo estoy mejor que con alguien”) que formaba parte de su manera de estar en el mundo. Un CRI, en consecuencia, reactivo a la onda expansiva del trauma infantil. Entendiendo la experiencia traumática como aquella experiencia emocional ocurrida en etapas de desarrollo temprano y que de manera repetida no se valida en el contexto relacional en el que nos desarrollamos. Son experiencias que quedaron en “lo implícito” y que se pueden resignificar en el marco de las nuevas experiencias relacionales. Los dos sistemas de memoria, *la memoria implícita* (no consciente) y *la memoria explícita* (consciente), en su doble vertiente (los hechos y su secuenciación), nos proveen de una integración necesaria para sentirnos cohesionados en el momento presente. Los hechos traumáticos biográficos (en este ejemplo clínico, la muerte de la madre siendo Víctor un chico de 11 años) pudieron contribuir en la rotura de la cohesión del *self* (Kohut, 1984, 1999) frente a las vicisitudes actuales, pero no únicamente.

⁷ Julia Corominas desarrolla este concepto en “Nuclis de sensorialitat no mentalitzada: les seves manifestacions en la clínica analítica” (1998). *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol. XV (I).

Un desarrollo del *sentimiento de sí*⁸ que abarca las perspectivas intersubjetiva (Stolorow, Atwood y Orange) y relacional (Mitchell) junto a las recientes aportaciones del Grupo de Boston, incluye:

1º, las dinámicas relacionales del desarrollo temprano de las que derivan las maneras de “estar con otro” y que están presentes implícitamente en el momento actual (*memoria implícita*).

2º, la experiencia de dolor mental que se recuerda explícitamente, en este ejemplo podría ser el recuerdo de la muerte de la madre cuando Víctor contaba con 11 años de edad (*memoria explícita*).

3º, el *contexto relacional* en el que sucedieron los hechos (Stolorow, 1992, 2007). En este ejemplo clínico, un marco relacional formado por un padre que quedó mermado en su función parental con la enfermedad y muerte de su compañera. Sólo desde la creación de un nuevo marco relacional (la relación terapéutica, en la que tenemos una experiencia nueva) podemos captar el *contexto relacional* en el que se metabolizaron los hechos traumáticos. Esta “aprehensión” del marco relacional del pasado es un resultado del trabajo analítico.

4º, *el momento actual*. En este ejemplo clínico, un hombre que se siente con demasiado peso como para enfrentar su inmediato presente (su trabajo y sus relaciones personales), de donde se derivan las sensaciones de disconfort (sintomatología) que nos conducen a buscar ayuda terapéutica. La única manera de transformar estas sensaciones es a través de poder construir una relación lo suficientemente *encajada*⁹ (BCPSG, 2010) como *para* comprender la experiencia pasada desde la experiencia presente. También cabe incluir en este punto, aquellos momentos del proceso terapéutico en que se producen desacompasamientos relacionales porque no se consiguió alcanzar un suficiente funcionamiento *encajado* de la díada analista-analizado. En estos momentos, es central la tolerancia de la díada analítica frente al “no entender” junto a la

⁸ Un primer desarrollo del *sentimiento de sí* está en el artículo “El sentimiento de sí: estudio de la subjetividad” publicado en la revista *Intercambios/Intercanvis*. 8 (2002). Barcelona.

⁹ Este concepto está desarrollado en el capítulo 8 “Un enfoque del proceso relacional implícito en la acción terapéutica” del último libro del Grupo de Boston. *Change in Psychotherapy* (2010).

perseverancia para continuar buscando un nuevo encaje desde el que podamos reconocer aquellas fallas empáticas, que se produjeron en ese particular *momento presente* de la sesión terapéutica. Sólo así podremos continuar avanzando “juntos” (analista y analizado) en una misma dirección: *el desarrollo emocional*. El trabajo terapéutico repara de esta forma la *experiencia de déficit* en la validación emocional.

La experiencia (*memoria implícita y explícita*) y el *contexto relacional* (marco de desarrollo) influyen en la posibilidad de poder mantener un *self* cohesionado con suficiente espacio mental para enfrentar las vicisitudes de la vida. La *experiencia actual* deviene traumática (el sentimiento de desánimo del adulto de 40 años en este ejemplo clínico) si el dolor mental del presente (la vivencia subjetiva de peso frente a su trabajo y frente a sus relaciones personales actuales) no se puede transformar porque se repiten en el contexto actual las antiguas dinámicas de no validación de las emociones.

¿Cuál fue el *contexto relacional* de Víctor después de la enfermedad y muerte de la madre? Y, aquella realidad psíquica, ¿pudo ser tenida en cuenta por alguien? Esta experiencia en sus años de crecimiento configuró el carácter de Víctor. “Si no puedo recurrir a mi padre para sentirme protegido y reconfortado porque él no está en condiciones”, éste es el viejo conocimiento implícito, “mejor me espabilo solo, con mucho esfuerzo, con una profunda tristeza”. Esta experiencia (“mejor me espabilo solo”) es susceptible de repetirse en las sucesivas relaciones, con las consecuentes repercusiones tanto para sus nuevos vínculos como para consigo mismo.

El nuevo CRI (“es estimulante estar con alguien”) es un nuevo punto de partida que abre la posibilidad de un desarrollo distinto de la subjetividad. El niño vital que disfrutaba jugando a fútbol se encuentra con un marco (el que hemos sido capaces de construir conjuntamente) para facilitar el desbloqueo del *desarrollo emocional*. Desarrollo que estaba detenido como secuela de dinámicas relacionales no conscientes. Esta experiencia traumática se repetía en el presente.

Uno de los trabajos que más me impresionaron en mi etapa de formación como psicoanalista fue *Recordar, repetir y reelaborar* (Freud, 1914). La idea de “detención del desarrollo emocional” que acompaña al sufrimiento mental, en parte, arranca del impacto que produjo en mí la lectura de este trabajo. La repetición sería “una particular manera” de “recordar”. A esta manera particular de recordar, “la repetición”, la podríamos explicar hoy, desde las conceptualizaciones contemporáneas del grupo de Boston, como aquel conocimiento relacional implícito, susceptible de transformación en un tratamiento psicoanalítico. Freud desarrolló sus conceptualizaciones en el marco científico disponible para su época. Pensar sobre lo observado es una premisa que sigue vigente. Los actuales desarrollos sobre los sistemas de memoria, que incluyen los nuevos descubrimientos en neurociencias junto a los resultados derivados de la investigación del desarrollo temprano, nos permiten avanzar en la búsqueda de una mayor comprensión del sufrimiento humano.

5. Conclusión

Una respuesta a la pregunta que planteaba en el inicio de este artículo sería la de que nuestro trabajo consiste en facilitar el *desarrollo emocional* del paciente. Desarrollo que estaba detenido, en parte, por el efecto traumático de experiencias continuadas de “estar con otro” que no se pudieron transformar en los distintos *contextos relacionales* de la vida. Este trabajo complejo incluye la modificación de la *memoria procedimental o implícita* (es lo que queda en nosotros de aquellas experiencias vividas) y el esfuerzo de comprensión que permitirá la interacción con participación de la emoción del analista. Nos queda lejos la imagen antigua del analista neutral. Desde este enfoque, el analista es alguien comprometido emocionalmente con el analizado (Velasco, 2009). La predisposición a ser entendido está del lado del paciente y la predisposición a entender, del lado del analista. La iniciativa la lleva a cabo el analizado, el clima facilitador surge de la dinámica relacional que se va estableciendo, de forma

parecida al funcionamiento *encajado* (BCPSG, 2010) de un equipo formado por un piloto (el analizado) y su copiloto (el analista). Juntos recorren el camino desde el más inmediato presente (sensaciones, imágenes mentales, pensamientos) hasta su conexión con aquellos detalles, cargados de emoción, de antiguas experiencias, susceptibles, ahora, de ser experimentadas de nuevo, en esta significativa relación, la relación terapéutica.

El concepto *conocimiento relacional implícito* (CRI) es de una gran utilidad clínica. ¿Una forma actualizada de referirnos al inconsciente? ¿Una forma natural y consecuente de la evolución de nuestra disciplina, el psicoanálisis? Interrogantes que dejaré abiertos con la expectativa de que el lector encuentre sus propias respuestas.

Rosa Velasco es Médico Psicoanalista. Miembro de la SEP (Sociedad Española de Psicoanálisis) y de la IPA (Asociación Psicoanalítica Internacional). Miembro de IARPP (Asociación Internacional para el Psicoanálisis y Psicoterapia Relacional). Conductora de la Sesión Clínica de la Unidad de Salud Mental Collblanch-Hospitalet. Barcelona. Institut Català de la Salut (ICS). Profesora del Master en Psicoterapia Relacional. Madrid. Directora del Seminario Patrón Relacional y Experiencia Subjetiva en el Instituto de Psicoanálisis de Barcelona. Trabaja en Barcelona. C/ París, 170 5º 2ª Tel. 934102813. Correo electrónico: velascorosa@telefonica.net

Resumen

El concepto de conocimiento relacional implícito (CRI), una aportación del Grupo de Boston para el Estudio del Cambio Psíquico (BCPSG)¹⁰ (1998), es de gran utilidad en la práctica clínica psicoanalítica contemporánea. Una viñeta clínica ejemplifica este concepto, y la conclusión es una invitación para pensar en nuevas formas de referirnos al inconsciente. Palabras clave: Conocimiento relacional implícito (CRI), memoria explícita, memoria implícita.

¹⁰ El primer trabajo que publica el Grupo de Boston es del año 1998. Mecanismos no interpretativos en la terapia psicoanalítica: El “algo más” que la interpretación. *Libro Anual de Psicoanálisis*. XIV. (2000).

Resum

El concepte coneixement relacional implícit (CRI), una aportació del Grup de Boston per a l'estudi del Canvi Psíquic (BCPSG) (1998), és molt útil en la pràctica clínica psicoanalítica contemporània. Una vinyeta clínica exemplifica aquest concepte, i la conclusió és una invitació per a pensar en noves formes de referir-nos a l'inconscient. Paraules claus: Coneixement relacional implícit (CRI), memòria explícita, memòria implícita.

Abstract

Implicit Relational Knowing (IRK), a contribution from the Boston Change Process Study Group (BCPSG) (1998), is of great use in contemporary psychoanalytical clinical practice. A clinical vignette illustrates the concept, and the conclusion is an invitation to think about new ways of referring to the unconscious. Key words: Implicit Relational Knowing (IRK), explicit memory, implicit memory.

Bibliografía

Bowlby, J. (1999). *Attachment and loss*. NY: Basic Books.

The Boston Change Process Study Group - BCPSG - (2010). *Change in psychotherapy*. W.W. London/EE.UU.: Norton & Company.

BCPSG. (2010). El nivel constituyente del significado psicodinámico. Procesos implícitos en relación al conflicto, la defensa y el inconsciente dinámico. *Clínica e Investigación Relacional* Vol 4 (2): 362-380.

Beebe, B., Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. N.Y.: The Analytic Press.

Corominas, J. (1998). Nuclis de sensorialitat no mentalitzada: les seves manifestacions en la clínica analítica. *Revista Catalana de Psicoanàlisi* Vol. V.: 5-14.

Fosshage, J. (2005). The explicit and implicit domains in psychoanalytic change. *Psychoanalytic Inquiry* (25): 516-539.

Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. *Obras Completas*, Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu.

Kohut, H. (1984/1986). *¿Cómo cura el análisis?* Buenos Aires: Paidós.

Kohut, H. (1999). *La restauración del sí mismo*. México: Paidós.

Lichtenberg, J., Lachmann, F., Fosshage, J. (2002). *A spirit of inquiry: the communication in psychoanalysis*. The Analytic Press. Recensión de Ramon Riera (2004). *Un espíritu de indagación: la comunicación en psicoanálisis*. *Aperturas*, 17.

Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M.R. I Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America* (29): 63-86.

Lyons-Ruth, K. (2010). El desarrollo de los conflictos y las defensas en los procesos relacionales implícitos. *Clínica e Investigación Relacional* Vol. 4 (2): 327-335.

Main, M. (2000). Categorías organizadas del apego en el niño y en el adulto: atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. *Aperturas psicoanalíticas*, 8. Original en: *Journal of the American Psychoanalytic Association* Vol. 48 (4) 1055-1127.

Marrone, M. (2001). La teoría del apego. Madrid: Psimática.

Mitchell, S. (1998). Conceptos relacionales en Psicoanálisis. Madrid. Ed. Siglo XXI.

Riera, R. (2010). La connexió emocional. Barcelona: Octaedro.

Riera, R. (2010). Una breve introducción a las aportaciones del Grupo de Boston para el Estudio del Cambio Psíquico. *Clínica e Investigación Relacional* Vol. 4 (2): 315-320.

Rizzolatti, G., Sinigaglia, C. (2006). Las neuronas espejo. Barcelona: Paidós.

Siegel, D. (2007). La mente en desarrollo. Bilbao: Desclée de Boruwer.

Stern, D. y col. (1998). Mecanismos no interpretativos en la terapia psicoanalítica. El “algo más” que la interpretación. (2000). *Libro Anual de psicoanálisis* (XIV): 207-225.

Stern, D (1997). Unformulated experience: from dissociation to imagination in psychoanalysis. Hillsdale. NJ: The Analytic Press.

Stolorow, R. (1992/2004). Los contextos del ser (Las bases intersubjetivas de la vida psíquica). Barcelona: Herder.

Stolorow, R., Atwood, G., Orange, D. (1997). Working intersubjectively. NY: The Analytic Press.

Stolorow, R. (2007). Trauma and human existence: autobiographical, psychoanalytic, and philosophical reflections. NY: Routledge.

Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 15:127-159. Traducción en: La naturaleza de la acción terapéutica. (1977). *Revista de Psicoanálisis* (4): 951-983.

Tronick, E., Brushweller-Stern, N., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, R., Nahum, J., Sander, L., Stern, D. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal* (19): 290-299.

Tronick, E. (2002). A model of infant mood states and sandarian affective waves. *Psychoanalytic Dialogues* 12 (1): 73-99.

Tronick, E. (2005). Why is connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness and the expansion of individuals states of consciousness: coherence governed selection and the co-creation of meaning out of messy meaning making. En Nadel I Muir (ed.). *Emotional Development*. Oxford: Oxford University Press.

Velasco, R. (2002). El sentimiento de sí: estudio de la subjetividad. *Revista Intercambios/Intercanvis* (8): 37-47.

Velasco, R. (2008). La vergüenza en la de-construcción y construcción del sentimiento de sí. *Clínica e Investigación Relacional* Vol. 2 (1): 58-67.

Velasco, R. (2009). ¿Qué es el psicoanálisis relacional? *Clínica e Investigación Relacional* Vol. 3 (1): 58-67.

Velasco, R. (2010). Dismorfofobia o vergüenza del cuerpo. *Clínica e Investigación Relacional* Vol. 4 (1): 208-220.