



PATOGÉNESIS Y TÉCNICA PSICOANALÍTICA: UNA PERSPECTIVA DESDE EL ENFOQUE MODULAR-TRANSFORMACIONAL

Joaquín Ingelmo Fernández¹, José Antonio Méndez Ruíz²

y Mariano de Iceta Ibáñez de Gauna³

Psiquiatras y Psicoterapeutas, FORUM

El presente trabajo trata de reflexionar, bajo la orientación del enfoque modular-transformacional propuesto por Bleichmar, sobre dos aspectos fundamentales de la terapia analítica. Por una parte, sobre la etiopatogenia de los trastornos mentales, agregando a la teoría más clásica todo aquello que ha aportado el enfoque de Bleichmar, tanto en lo referente a la teoría del conflicto como a la teoría del déficit. Por otra parte, trata de reflexionar sobre la teoría de la técnica en psicoterapia analítica, haciendo especial hincapié en las denominadas por Bleichmar "intervenciones específicas".

Palabras clave: Teoría del conflicto. Teoría del déficit. Déficit del ello. Déficit del yo. Déficit del superyó. Teoría de la técnica. Intervenciones específicas.

This paper tries to reflect, under the guidance of the modular-transformational approach proposed by Bleichmar on two fundamental aspects of psychodynamic therapy. On the one hand, the pathogenesis of mental disorders is analyzed, adding to the classical theory everything Bleichmar approach has contributed, both in terms of the theory of conflict as well as the theory of deficit. On the other hand, offers a reflection on psychodynamic therapy technical theory, with special emphasis on the so-called by Bleichmar "specific interventions".

Key Words: *Modular-Transformational Approach. Conflict Theory. Deficit theory. Deficit of the it. Deficit of the self. Deficit of the superego. Technical theory. Specific interventions.*

English Title: Pathogenesis and technical psychotherapy: A Modular-transformational perspective approach.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Ingelmo, Fernández, J. Méndez Ruíz, J.A., de Iceta Ibáñez de Gauna, M. (2013). Patogénesis y técnica psicoanalítica: Una perspectiva desde Enfoque Modular-Transformacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (3): 569-585. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

PARTE I. Un modelo de Psicopatología Psicoanalítica General: Comprensión teórico-clínica de las categorías psicopatológicas

INTRODUCCIÓN: breve recorrido por el estado actual de la génesis de los trastorno mentales

Freud consideró que los trastornos mentales tenían su origen en el denominado *conflicto intrapsíquico* (tanto inter como intrasistémico); sin embargo autores posteriores plantearon que existían, cuando menos, dos mecanismos etiopatogénicos diferentes: por una parte, el *conflicto intrapsíquico* y, por otra, el *déficit estructural* o *déficit en la estructuración del psiquismo* (Mitchell, 1988; Killingmo, 1989 y 1995; Stolorow y Atwood, 2002, entre otros).

¿Qué aporta el *enfoque modular-transformacional* a la problemática de la génesis de los trastornos mentales? Consideramos que este enfoque permite una mejor comprensión de los mecanismos de génesis apuntados (conflicto y déficit), al ampliar los conceptos que habitualmente utilizamos para dar cuenta de ellos. En este sentido, y en primer lugar, podemos decir que el enfoque de Bleichmar (Bleichmar, 1997, 1999 y 2005) posibilita una ampliación de los conceptos que tradicionalmente utilizamos en la teoría de conflicto intrapsíquico. Y, en segundo lugar, y esta es la aportación fundamental del *enfoque modular-transformacional*, elabora nuevos conceptos y nuevas formas de aproximación teórica y clínica a los trastornos mentales debidos a un déficit estructural.

EL CONFLICTO INTRAPSÍQUICO DESDE EL ENFOQUE MODULAR TRANSFORMACIONAL

¿Qué aporta el enfoque modular-transformacional a los planteamientos freudianos en torno al *conflicto intrapsíquico*? Por una parte, Bleichmar (1997, 1999 Y 2005) propone una ampliación de los elementos que constituyen los pares en oposición en el conflicto intrapsíquico. En este sentido, hay que considerar que la riqueza que supone la introducción de los sistemas motivacionales (sensual-sexual, narcisista, del apego, de la regulación psicobiológica, de la hetero-autoconservación, etc.) como vehiculadores de múltiples deseos. La teoría del conflicto queda, de esta manera, enmarcada en el interjuego que se produce entre sistemas motivacionales, en la alternancia que puede haber, en el predominio de cada uno de ellos, así como en los conflictos o sinergias intermotivacionales. Por otra parte, el enfoque modular- transformacional introduce también una aclaración sobre los orígenes del conflicto. En este sentido, son especialmente relevantes las aportaciones que realiza sobre la realidad externa, sobre las propias producciones del psiquismo y sobre la relación entre ambos. Y, por último, es de una gran importancia la insistencia de Bleichmar en señalar la permanente articulación y la relación que se establece entre todos los sistemas intervinientes.

La consideración de los sistemas motivacionales nos permite tener una amplia perspectiva sobre qué tipo de deseo se pone en marcha y qué tipo de angustia o de prohibición puede llegar a producir. La diferencia entre unos y otros tiene una gran importancia cuando se trata de realizar la intervención terapéutica más adecuada a cada caso (Bleichmar, 2001). Por ejemplo, el conflicto puede originarse porque el predominio de los deseos de apego pone en marcha las angustias de abandono o porque el paciente llegue a inhibir la expresión de muchos tipos de deseos ante el temor a que se produzca el abandono tan temido por él. En otras ocasiones, el conflicto deriva del choque entre deseos o pensamientos que ponen en marcha angustias de conservación o narcisistas. Así mismo, los deseos sexuales pueden producir ansiedad porque chocan con códigos morales o familiares del paciente. Sin embargo, en otras ocasiones, los deseos sexuales generan conflicto porque ponen en marcha temores narcisistas, de apego, de autoconservación, etc. En resumen, en la medida que disponemos de un modelo que nos permita *deconstruir* los elementos intervinientes en ese proceso global que denominamos conflicto intrapsíquico podemos acercarnos de un modo más eficaz, primero, a su comprensión y, después, a su abordaje terapéutico.

En cuanto a los orígenes de las partes en conflicto, sabemos que Freud creyó, en un primer momento, en los relatos traumáticos de sus pacientes histéricas. En 1897 cambió de punto de vista y pasó a considerar que sus pacientes se auto-engañaban, produciendo ellas mismas esos recuerdos traumáticos. Debido a ello, surge en la teoría psicoanalítica el concepto de *fantasía inconsciente* como un derivado de la fuerza pulsional. Melanie Klein (1958) lleva esta concepción endógena de la fantasía a su extremo, haciéndola derivar de los aspectos más instintivos del sujeto. Freud también participa de esta concepción; sin embargo, hay muchos momentos en su obra en los que deja traslucir que no todo puede ser considerado como interno y constitucional y que es preciso dar un papel importante a lo externo. Bleichmar rescata estos aspectos de la obra de Freud, de modo que, tomando lo que afirma en *El yo y el ello* (Freud, 1923) y en *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 1926), sobre la diferencia entre angustia neurótica y angustia realista o sobre la necesidad del yo de lidiar con el ello (con los deseos e impulsos), pero también con el superyó y la realidad, recalca los aspectos de constitución exógena de la fantasía y de las prohibiciones.

Desde el enfoque modular-transformacional se apuesta por el papel decisivo del otro significativo, sin por ello olvidar la existencia de todo un poderoso mundo intrapsíquico. Su respuesta a la dicotomía entre una concepción endógena de la fantasía y el papel de la realidad externa es tomar en cuenta que, si bien no hay duda en considerar el papel fundamental y constituyente del otro significativo en la aparición de los deseos, tanto en lo que respecta a su intensidad como a su temática, tampoco hay olvidar que la realidad externa es siempre captada desde un código interno. De modo que lo externo actúa porque encuentra algo interno que le otorga significado (Bleichmar, 1999 y 2001). No existe un estímulo puro independiente del estado pulsional y de la fantasía desde los cuales adquiere valor (Bleichmar, 1997). Y ello sin olvidar que esos códigos internos de captación de la realidad que todos ponemos en marcha se han originado en las mil formas de interacción

simbólica y procedimental con el otro significativo.

Esta postura teórica y sus consecuencias clínicas quedan bien patentes si tomamos como ejemplo clínico el trabajo sobre las angustias persecutorias. Si las pensamos como surgiendo exclusivamente de una situación de conflicto, dichas angustias estarían determinadas por la existencia de deseos transgresores sexuales o agresivos. Esto es cierto en no pocos casos, pero no es la explicación única de estas angustias. Especialmente si pensamos en los efectos a los que pueden dar lugar la relación con personas que mantienen vínculos realmente persecutorios y traumatizantes con el sujeto. En realidad, se trata de un movimiento en red en el que continuamente se está produciendo una articulación entre factores externos e internos, no siendo ninguno de ellos ni totalmente externo ni totalmente interno.

Por último, es necesario destacar (Bleichmar, 1997) la permanente articulación entre las situaciones de conflicto y las situaciones de déficit estructural. Tomemos, por ejemplo, las representaciones desvalorizadas del sí mismo. No siempre se deben a situaciones de déficit estructural. En ocasiones, pueden ser igualmente consecuencia de un conflicto intrapsíquico. En general, ambas situaciones están presentes en cuantía variable y se afectan mutuamente.

EL DÉFICIT DESDE EL ENFOQUE MODULAR-TRANSFORMACIONAL

El *enfoque modular-transformacional* permite abordar, desde una perspectiva diferente, una serie de problemas que aparecen siempre que abordamos la patología por déficit.

Uno de los problemas con los que se han encontrado los autores que han trabajado sobre los trastornos por déficit, es dónde ubicarlos en la teoría estructural del aparato psíquico. En general, este problema se ha resuelto afirmando que los trastornos por déficit afectan básicamente a la estructura del *yo*. Sin embargo, los trabajos de Bleichmar (1997 y 2001) nos permiten pensar que los trastornos por déficit afectan también al *ello* y al *superyó*.

En relación con el *déficit del ello*, la problemática más frecuente se relaciona con la intensidad de los deseos, con su vitalidad. Así podemos encontrarnos que cualquiera de estos deseos pueden existir con poca fuerza, con poca intensidad o incluso no existir cuando suponíamos que debían estar presentes. Y esto ocurre no porque esos deseos estén reprimidos, sino porque no están constituidos, ya sea porque no se inscribieron originariamente en lo inconsciente o porque se desactivaron sectorialmente en un momento ulterior (Bleichmar, 1997).

Tomando como punto de partida algunos desarrollos de Laplanche (1981), Bleichmar aplica también estas ideas a la génesis del *ello*. En este sentido, insiste en que la fuerza del desear, la intensidad de los deseos, se construyen a partir del otro humano; no están aseguradas por la biología, sino que se originan en la identificación a un otro humano con fuerza en el desear y con deseos intensos (Bleichmar, 1997).

El *enfoque modular-transformacional*, en definitiva, nos propone, como aporte fundamental, diferentes formas de inscripción inconsciente posibles para cada uno de los deseos. Así, gracias a los desarrollos del inconsciente complejo (Bleichmar, 1997, 1999 y 2001), podemos superar la idea de la represión (básicamente, la represión secundaria) como única forma de inscripción de los deseos. Se abre, entonces, un amplio abanico de posibilidades en el que nos encontramos con aquellos deseos no constituidos, ya sea porque no se inscribieron originariamente en lo inconsciente o porque se desactivaron sectorialmente en un momento ulterior. Es evidente que esto supone un enorme reto en el trabajo analítico, ya que son pacientes en los que no hay nada que desvelar, nada de lo que entresacar un significado oculto. Es decir, no hay nada que des-reprimir, sino algo que construir en la terapia.

Además, es importante considerar el papel que en todo esto tiene la falla del objeto externo. Por ejemplo, si nos planteamos la pregunta de qué ocurre cuando a uno le tocan en suerte padres apagados, desvitalizados, sin ilusiones, que no se entusiasman con nada, que no se implican en ningún tipo de actividad, etc., parece evidente que la constitución de uno como sujeto deseante va a sufrir una falla. Pero no se trata sólo del efecto de los contenidos temáticos de los deseos como mencionábamos antes, de qué es lo que se desea, que también depende de los padres, sino de la fuerza misma del desear. El sujeto se puede identificar con unos padres apagados y ser él mismo un sujeto apagado, pero también pueden producirse desactivaciones sectoriales sólo ante determinados deseos, manteniendo la vitalidad en otros, que pueden ser intensos, si el sujeto, pudo identificarse, a lo largo de su vida, con otros objetos significativos, que sí eran vitales. En otras palabras, en algunos pacientes puede no haber deseos, o hallarse presentes en grado mínimo, porque sus padres no les aportaron la fuerza del desear, porque no estimularon el desarrollo de las potencialidades deseantes que existían en sus hijos. El resultado es un déficit a este nivel de la función deseante, de forma que no es que falten los deseos porque estos estén reprimidos en lo inconsciente, sino que directamente los deseos no existen o son muy débiles.

Desde la perspectiva de los trastorno del déficit a nivel yoico, si retomamos la distinción freudiana entre el *yo-función* y el *yo-representación* (Freud, 1923), o la posterior diferenciación de Hartmann (1939 y 1951) entre el *yo*, para hacer referencia a las funciones que éste debe desempeñar, y el *self*, para hacer referencia a las representaciones del sí mismo que tiene el sujeto, desde la perspectiva de los trastornos del déficit, tanto las funciones del yo como las representaciones del yo pueden estar afectadas.

Una situación emocionalmente deficitaria puede dar lugar a severas fallas estructurales yoicas, tanto en lo que respecta al correcto cumplimiento de sus funciones como al modo en que va a representarse la propia imagen. Esto supone una enorme dificultad para el sujeto a la hora de adecuarse tanto a los requerimientos de la realidad externa como a los provenientes de la realidad psíquica.

La problemática del *déficit del superyó* puede estar relacionada con su ausencia, por falta

de construcción, o por los déficits en algunas de sus dimensiones, lo cual determina algunas patologías mentales características: por ejemplo, el trastorno antisocial de la personalidad. Pero Bleichmar también insiste en las problemáticas a que da lugar la falta de idealización del superyó, por ejemplo, en algunos cuadros depresivos. Asimismo, considera como uno de los déficits del superyó (Bleichmar, 1997), la diferenciación entre *superyó indiferenciado* y *superyó normativo*. Con ello, quiere establecer la diferencia de efectos, tanto en lo que respecta al déficit como al conflicto, entre un superyó que no tiene normas con las que medir al yo y un superyó que se atiende, de modo más o menos estricto según los casos, a normas más o menos severas. En casos extremos, esto dará lugar a la problemática y efectos del superyó sádico.

Todos estos tipos de situaciones que hemos estado viendo provocan muy diversos tipos de fallas. Fallas porque los padres no fueron capaces de especularizar al hijo como valioso (*patología por déficit del objeto externo*) o porque éste, el hijo, se identificó con unos padres desvalorizados (*patología por inscripción patológica originaria*) o porque el sujeto se construye con un déficit en el sentimiento de seguridad básica por falla del ambiente en proveérselo, o porque el sujeto fue realmente traumatizado, culpabilizado o perseguido por sus figuras significativas (*patología por trauma*), etc.

En todos estos casos, se van a producir situaciones que impiden el desarrollo de funciones esenciales para el funcionamiento del psiquismo. En este punto, hay que dejar claro que cuando hablamos de funciones no nos vamos a referir a aquellas descritas por la psicología clásica o las descritas tradicionalmente en psicoanálisis como funciones del yo (memoria, percepción, control de la motilidad, etc.); por el contrario, nos referimos a capacidades mucho más complejas. Hablamos de verdaderas estructuras en las que se hayan incluidos elementos de aprendizaje afectivo y discursivo, provenientes de interacciones simbólicas y procedimentales. La descripción de las más significativas de estas funciones es uno de los más importantes aportes del *enfoque modular-transformacional* a la problemática de los trastornos por déficit del objeto externo. Expondremos ahora algunas de estas funciones: función de apaciguamiento de la angustia, función de permitir un desarrollo tranquilizador y seguro, función de favorecer el surgimiento y sostén de la función deseante y función de proporcionar potencia y capacidad.

Bleichmar considera que la *función de apaciguamiento de la angustia* es la primera de las funciones que debe proveer el objeto externo al niño (Bleichmar, 1997). La capacidad del objeto externo para apaciguar los estados de malestar del niño, tanto los psicológicos como los biológicos, es incluso anterior a la problemática narcisista. Hay que pensar que la capacidad de hacer frente a las exigencias pulsionales, calmar las angustias que se generan en el mundo de las fantasías, afrontar de manera eficaz los diferentes malestares y dolores orgánicos que se vayan produciendo, o el aprendizaje de control de la angustia debida a las diversas situaciones con las que nos encontramos en la vida corriente o en las situaciones traumáticas, no es algo que aparezca de manera espontánea en el niño. Por el contrario, es preciso que exista un objeto externo que apacigüe y, sobre todo, que enseñe a apaciguar. Es

decir que, por encima de todo, es necesario que el objeto externo haga vivir experiencias en las que el malestar no sea sentido como infinito e insoportable en el sentido temporal y en el sentido de la intensidad. Por lo tanto, se trata que queden inscritas en el psiquismo experiencias en las que el sufrimiento pueda ser dominado y que éste, el sufrimiento, termina en algún momento. En el otro extremo se situaría el caso en que el objeto externo no sólo es incapaz de calmar los estados de angustia y malestar, sino que es él quien los provoca: es el denominado *objeto perturbador* (Bleichmar, 1999). Es decir, aquel que, en vez de apaciguar la angustia, la aumenta o incluso desequilibra las funciones y que adquiere su especificidad de acuerdo al sistema motivacional o la función que desequilibre. En definitiva, el sujeto tiene la experiencia y el sentimiento de que la angustia no tiene límites en su duración o magnitud, o que la angustia implica una situación peligrosa por despertar, a su vez, la angustia, la ira o la burla del objeto externo. El resultado de todo esto son pacientes que se angustian ante la angustia, que temen que si ésta, la angustia, comienza será abrumadora y sin fin.

El papel jugado en la constitución del sujeto por el objeto externo ha sido ampliamente tratado en la bibliografía psicoanalítica. Por ejemplo, los clásicos trabajos de Bion (1959 y 1962) y Winnicott (1965 y 1989), que están en el origen de muchos desarrollos posteriores. Estos autores proponen los conceptos de *reverie* (*ensueño*) y *holding* (*sostén*). Bleichmar retoma estos conceptos y hace una propuesta más general y compleja a partir de sus planteamientos sobre el sistema motivacional de la *regulación psicobiológica*. Desde este punto de vista, el papel fundamental jugado por el objeto externo es el de codificar la realidad externa e interna de manera no angustiante. La falta de empatía parenteral ante el estado emocional del niño deja al sujeto sin capacidad para hacer frente a las exigencias emocionales que lo sobrepasan o lo cogen por sorpresa. Si esta falla empática tiene lugar en los periodos en los que se constituye la capacidad de tolerar y controlar la angustia, la capacidad de autoapaciguamiento no llega a constituirse.

La función de permitir un desarrollo tranquilizador y seguro, es también, según los planteamientos de Bleichmar, una función esencial para el sujeto. Con esta función, lo que se pretende es propiciar una crianza que permita que el niño pueda desarrollar un manejo adecuado de sus ansiedades persecutorias. Que pueda mantener el control de la angustia frente a situaciones en las que se ve amenazado por el temor al daño que le pueda infligir el otro, sea éste real o proveniente de su fantasía. Así mismo, implica que puedan llegar a adquirirse los mecanismos necesarios para saber reaccionar frente a situaciones que impliquen algún tipo de agresión.

Como mencionamos antes, esta cuestión puede verse claramente en los diversos orígenes de las ansiedades persecutorias. Dicho origen va más allá de la teoría psicoanalítica clásica de que las angustias persecutorias aparecen cuando se proyecta un conflicto debido a la existencia de deseos transgresores sexuales y agresivos en el interior del propio sujeto. Esta posición, claramente extendida en la historia del psicoanálisis, no sólo es insuficiente porque el posible origen de la angustia persecutoria es mucho más variado, sino porque cuando existen esos deseos en el niño, siempre es necesario preguntarse cómo han llegado a

implantarse en él.

En este sentido, la relación que podemos tener con las angustias persecutorias es muy variada y compleja. Así, cuando en la clínica nos encontramos con angustias, estemos muy atentos al papel que juega el objeto externo en su aparición, así como en los modos vinculares que se establecen y que propician su mantenimiento, Y esto, sabiendo que podemos estar frente a situaciones directamente traumáticas, en las que la agresión sigue estando presente en el momento en que nos enfrentamos al problema, o tener su origen en situaciones antiguas que han provocado la introyección de códigos y modos de conducta. Todo ello tiene importantes repercusiones en la relación terapéutica analista-paciente.

Como aspecto particular, pero de gran interés clínico, Bleichmar plantea, tomando los trabajos de Shengold (1979), aquellos casos en los que el sujeto tiene que distorsionar la representación del objeto agresor y verlo como bueno porque es el único objeto que posee. Incluyendo los casos en que situaciones de agresividad obligan a captar al progenitor *delirantemente* como bueno, en un verdadero auto-lavado de cerebro (Bleichmar, 1997). En estos casos, existe la desesperada necesidad de aferrarse a la promesa de unos padres buenos para contrarrestar la intensidad del temor a la persecución y la rabia. Esta situación puede llevar al sujeto a negar en el futuro todas las situaciones de agresión y abuso en las que se vea envuelto.

Otro tipo de mecanismo patogénico es el planteado por Skogstad (2013) al describir el “objeto impenetrable” en la transferencia y contratransferencia. Dicho mecanismo está fundamentado en conceptos teóricos como los “elementos alfa y beta” de Bion, la “madre muerta” de Green y la “reversión de la relación continente-contenido” de Williams (citados en Skogstad, 2013). En relación con el analista surge un objeto impermeable a las proyecciones del paciente y que a sus vez le invade proyectándose en él. Procede de la relación temprana con una madre (traumatizada o perturbada) que no pudo acoger las proyecciones del niño y lo usó como receptáculo para sus propias proyecciones, a veces agresivas. A nivel técnico, las interpretaciones dirigidas hacia el paciente (por más atinadas en cuanto a su contenido), no producen el efecto deseado. Sólo a partir del análisis de sus enactments contratransferenciales, y de centrar sus interpretaciones en sí mismo se consigue un cambio en el clima terapéutico y el “desatascó” del proceso terapéutico (Skogstad, 2013).

La *función de favorecer el surgimiento y sostén de la función deseante*, es otra de las funciones complejas fundamentales a las que estamos haciendo referencia. Partiendo de la idea de que la función deseante no está garantizada por su origen en la pulsión, que el deseo no está asegurado por la biología, como ya hemos expuesto, debemos pensar en el papel del objeto externo en el surgimiento de esta función. En este sentido, la obra de Bleichmar (1999) propone el concepto de *medio proveedor* en contraposición al de *medio facilitador* de Winnicott. El concepto de medio facilitador alude a que lo esencial del sujeto está garantizado por la biología. Por lo tanto, la función del medio externo sería la de facilitar el desarrollo de lo que ya está en el sujeto. Si esto no ocurriese, sobrevendría la patología.

El concepto de *medio proveedor*, por su parte, hace referencia a que la presencia del objeto externo es indispensable para aportar lo que sin él no podría existir. Es decir, no es suficiente con que el medio externo no obstaculice o favorezca algo que estaría asegurado por un programa interno del sujeto, sino que se requiere algo que vaya más allá y aporte lo que sin el no puede existir. En este sentido, se puede hablar de la existencia de potencialidades en el surgimiento y asentamiento de la función deseante, y que ello ocurra depende de la actividad del objeto externo, de que sepa transfundir vitalidad, erogeneidad, creación de emociones, etc. La adquisición de esta función va a producirse, esencialmente, por vía de la relación, de lo procedimental, siendo reestructuradas y asentadas esas experiencias mediante el lenguaje.

Este es un proceso en el que algo que no estaba antes del encuentro pasa a desarrollarse e inscribirse en la estructura del sujeto. Es por ello que los objetos emocionalmente significativos transmiten, además de las temáticas del deseo, la fuerza del desear, generando lo que antes no existía. Por ello, hay que insistir en que el objeto externo no es solo el factor necesario para desarrollar lo ya existente, sino que aporta elementos que no están previamente en el sujeto. Dicho de otro modo, el otro humano activa y desarrolla estados pulsionales que, sin su participación estructurante, es decir, indispensable, no existirían en el sujeto. En este proceso tiene un papel fundamental la identificación, pero también los efectos estimulantes/estructurantes que ciertas actividades del otro generan en el sujeto. Sus efectos no quedan registrados meramente como representación/recuerdo, sino como función, esto es, como capacidad de poner en acto, de ejecutar una cierta actividad.

Por último, nos ocuparemos de la *función de proporcionar potencia y capacidad* (Bleichmar, 1997), en ella se toma muy en cuenta el complejo proceso de la adquisición por parte del sujeto de un sentimiento de potencia y capacidad en la resolución de los problemas que le van a ir surgiendo a lo largo de su vida, teniendo en cuenta el enorme grado de precariedad con el que nace el ser humano. Es esta una problemática de gran interés, ya que una vivencia subjetiva de impotencia e invalidez puede llegar a inhibir la aparición del deseo, y no sólo porque haya algo que lo prohíba y se cree un conflicto, sino por la convicción de que no se podrá conseguir por falta de poder o recursos personales.

En un primer momento, se produce un sentimiento de impotencia por parte del lactante, el cual se ve incapacitado para hacer frente a las exigencias de la pulsión y la supervivencia. En un segundo momento, se busca la necesaria intervención del objeto externo, que, si falta, ya sea por propia incapacidad para proveer el adecuado sentimiento de potencia o por ser el mismo objeto externo el que directa y activamente provoca el sentimiento de impotencia, genera el sentimiento de desvalimiento. Sea por un motivo u otro, una vez que el sentimiento de impotencia y desvalimiento queda instalado, una falla fundamental se produce en el desarrollo del sujeto, el cual va a quedar a merced de múltiples desarrollos de la angustia o alguna forma de depresión.

La creencia en la impotencia del sujeto y su contrapartida, las creencias omnipotentes,

son los extremos de una dimensión que forma un trasfondo de toda la vida mental. En este sentido, se puede decir que lo primero que todo sujeto piensa, de manera más o menos inconsciente, ante cualquier deseo es si será capaz de realizarlo o no. Además, subraya que ese sentimiento básico de potencia para enfrentar los distintos peligros es un producto complejo que se va generando con el aporte de muchos elementos y situaciones que se dan a lo largo del proceso de crianza y en el que va a ser fundamental la identificación con padres potentes o que supieron representar adecuadamente, a través del discurso y las pautas relacionales, la potencia del hijo.

PARTE II. Un modelo de Psicopatología Psicoanalítica General:

La teoría de la técnica

El último paso necesario para construir una *teoría psicopatológica psicoanalítica general* que pueda considerarse como un verdadero modelo científico, consiste en desarrollar una *teoría de la técnica*, esto es, consiste en concretar cuáles son los instrumentos técnicos específicos a utilizar en cada caso para conseguir el cambio que se pretende mediante la terapia (Méndez e Ingelmo, 2009). El desarrollo del psicoanálisis debe tener como premisa indispensable mantener una coherencia lógica interna entre la teoría y la técnica. De modo que, así como se vayamos progresando en el entendimiento del funcionamiento del psiquismo, así podremos ir entendiendo el modo en que se configuran las diferentes categorías psicopatológicas y podremos ir ampliando las posibilidades de las intervenciones psicoterapéuticas. La idea central es que de acuerdo a cómo comprendamos el funcionamiento del psiquismo, así deberíamos pensar las propuestas técnicas con las que enfrentamos los tratamientos.

La gran tarea que debemos enfrentar los terapeutas es la de conseguir la mayor eficacia en la consecución del cambio terapéutico en los pacientes. Para ello, es necesario adecuar la práctica de la psicoterapia psicoanalítica a las diversas variantes psicopatológicas que se encuentran en la clínica. La técnica analítica no puede dejar de tomar en consideración la diversidad de los cuadros clínicos, teniendo en cuenta todas las variantes y subtipos en cuanto a la configuración psicopatológica presente en cada uno de ellos, así como las características de los sujetos que las sufren, los diversos contextos en los que se desarrolla la tarea y, por supuesto, los diferentes tipos de vínculos a que da lugar la díada paciente-analista.

El psicoanálisis sólo podrá tener un lugar destacado en la enseñanza universitaria y en la práctica clínica si consigue alejarse de la tradición de las intervenciones monocordes, aplicadas a no importa qué tipo de cuadro psicopatológico o estructura de personalidad del paciente. Los terapeutas debemos desarrollar intervenciones que no sólo resulten lo más específicas posibles, sino que permitan diferenciar aquellas que son terapéuticas para una

determinada estructura de personalidad de aquellas que refuerzan la patología. Porque no se puede olvidar que las intervenciones terapéuticas no sólo pueden llegar a ser ineficaces, sino también dañinas, reforzadoras de la patología previa. De esta manera, se ponen en un primer plano los posibles *efectos iatrogénicos* del tratamiento analítico, los cuales no siempre han ocupado un lugar destacado en la investigación analítica. Desde el enfoque Modular-Transformacional cabría formular que la verdadera especificidad viene de la singularidad de cada encuentro terapéutico y es ahí donde debemos centrar las investigaciones.

La cuestión, entonces, es definir qué entendemos por intervenciones específicas y salvar el riesgo de caer en un mero eslogan sin que se conozca su contenido. Quizá podamos dar una primera respuesta si se planteamos que una intervención se puede denominar específica por los efectos de cambio terapéutico que provoca sobre un caso concreto. También podría decirse que específica es aquella intervención que responde a la pregunta ¿qué tipo de intervención?:

- ¿para qué tipo o subtipo de cuadro psicopatológico o dimensión a tratar?;
- ¿para qué estructura de la personalidad?;
- ¿para qué momento vital del paciente?;
- ¿para qué tipo de vínculo paciente-terapeuta?; y
- ¿para qué condiciones del tratamiento?

Pero para aproximarnos a qué entendemos por intervenciones específicas podría ponerse como ejemplo paradigmático la denominada, desde los inicios del psicoanálisis, como técnica básica del tratamiento analítico: pensar en todos los casos en el paciente como alguien que se opone, por acción de *la represión*, al saber y en el analista como alguien que le ayudará a desvelar lo oculto, por ser lo inconsciente. Esto, siendo indudablemente cierto para muchos pacientes, resulta insostenible como pensamiento único aplicable de modo general. Se trata, en estos casos, de aquellas inscripciones que en su momento fueron conscientes y que por efecto de los diferentes tipos de angustia, por la culpa, por la vergüenza que generan, pasan a ser inconscientes. Por supuesto se trata de esa parte de lo inconsciente constituida a partir de los contenidos simbólicos que llegan a reprimirse por el mecanismo de la *represión secundaria*. En todos estos casos se debe intervenir con *interpretaciones* o cualquiera de los otros tipos de intervenciones verbales: *señalamiento*, *confrontación*, etc., que comparten el objetivo de desvelar el sentido inconsciente oculto en el discurso manifiesto del paciente.

Si todas las inscripciones fueran de este tipo siempre sería necesario desvelar ese sentido simbólico oculto, inconsciente, que escapa al sujeto y la *interpretación* sería el gran instrumento técnico del trabajo analítico. Sin embargo, no siempre es así. Buena parte del inconsciente se construye a partir de aquello de lo vivencial subjetivo que los padres, u otros objetos significativos, transmiten y que queda inscrito en lo inconsciente sin que ni el sujeto que lo recibe ni el que lo emite tienen conciencia de ello, es decir, se trata del mecanismo de la *represión primaria*. Lo que define verdaderamente a este sector de lo inconsciente es todo

aquello que se inscribe a partir de las interacciones y las identificaciones. Desde muy diferentes aproximaciones teóricas, autores como Aulagnier (1975), Laplanche (1981), Bollas (1987), Lyons-Ruth (1999) o el Grupo de Boston (2002, 2005, 2007, 2008, 2010), entre otros, han desarrollado el estudio de este tipo de comunicación entre paciente y terapeuta, que el Grupo de Boston denomina *conocimiento relacional implícito*.

La inscripción de este tipo de sucesos, esto es, lo vivenciado en el curso de las interacciones o identificaciones, es totalmente diferente al anterior y hoy se sabe que en ambos casos intervienen tipos de memoria diferentes, cada una con sus diferentes orígenes neurofisiológicos y con diferentes modos de procesar la información. En el primer caso actuaría la *memoria declarativa o explícita*, que el sujeto puede llegar a poner en palabras, es decir, “declararla” y, en el segundo, la *memoria procedimental o implícita* que remite a las formas en que se han inscrito los modos de vincularse, o las reacciones afectivas automáticas que los sujetos desarrollan ante el contacto con el otro significativo.

Este tipo de inscripción procedimental hace inútil la *interpretación* como herramienta técnica. No se puede desvelar el sentido inconsciente de aquello que nunca fue consciente porque se corresponde con mensajes y conductas procedimentales repetidas en la interacción cotidiana, y no se puede poner en palabras aquello que nunca las tuvo ya que se dio en el terreno de la interacción o la identificación. En estos casos habrá que priorizar un proceso de *reconstrucción histórica* intensamente vivencial mediante el que ir reconstruyendo paulatinamente la historia de las interacciones en las cuales se transfundió parte del mundo emocional de las figuras significativas al sujeto, con el fin de ir rescatando a éste de sus efectos. Es un lento proceso de acompañar al paciente en la revisión del origen y el establecimiento de su historia emocional, buscando construir nuevas formas de concebir los estados y reacciones emocionales. Este proceso se produce preferentemente, aunque no totalmente, en el aquí y ahora del vínculo terapéutico, es ahí donde se van desentrañando los diferentes tipos de fantasía, donde se puede seguir la secuencia del proceso y donde terapeuta y paciente pueden aprender a detectar cómo ha sido la relación emocional que el sujeto ha vivido.

Otro frecuente ejemplo clínico de esto es el de esos pacientes a los que sus figuras significativas no le han provisto de la *función de apaciguamiento de la angustia*, ya sea calmar las angustias de sus fantasías aterradoras, o calmar el dolor físico como consecuencia de las diversas circunstancias vitales. Son pacientes que no han sido enseñados, enseñanza que se realiza preferentemente de un modo procedimental, a apaciguar o disminuir el malestar psicobiológico, especialmente en lo que se refiere a la dimensión temporal, esto es, que ese malestar no sea vivido como algo sin fin, eterno, de modo que pueda inscribirse el sentimiento y también la creencia de que el sufrimiento puede ser dominado y termina en algún momento. En algunas ocasiones estos pacientes no sólo no pudieron aprender esta regulación, sino que era el propio objeto significativo el que reaccionaba con su propia angustia, o con agresividad, perturbando la puesta a punto de esa función de apaciguamiento. En estos casos, la labor terapéutica debe incluir, en primer término, el

enseñar al paciente a codificar de manera no angustiante la realidad externa e interna, en unos niveles que van de la fantasía a los acontecimientos más cotidianos. Los tipos de intervenciones son variados, y abarcan desde aquellas situaciones que incluyen el trabajo concreto sobre situaciones cotidianas, ayudando al paciente a ordenar sus tareas sin que la angustia le bloquee en su hacer de todos los días, a otras en que es necesario trabajar sobre los contenidos temáticos que codifican las situaciones de angustia. El sustrato a todos estos tipos de intervenciones es el desarrollo en la terapia de un clima relacional en el que pueda darse una empatía con los estados emocionales del paciente que no lo deje librado a exigencias emocionales que lo sobrepasan. Sobre todo, cuando la falla empática ha tenido lugar en los períodos constitutivos de la capacidad de tolerar y controlar la angustia.

Pero la diferenciación entre memoria declarativa y procedimental tiene otra dimensión en cuanto a la técnica específica por las consecuencias que tiene sobre el objetivo terapéutico psicoanalítico de la búsqueda del *insight cognitivo/afectivo* para la consecución del cambio terapéutico. Así, para lo procedimental habrá que tomar en cuenta también el *cambio mediante la acción*, esto es, actuar sobre aquello que se inscribe en lo inconsciente en forma de esquemas de acción. Esta diferenciación, de gran calado en el trabajo psicoanalítico diario con los pacientes, lleva a Bleichmar (1997 y 2001) a introducir una diferencia más, tan importante en muchos casos, como es el diferenciar entre *el saber inconsciente sobre el hacer* y *el saber hacer*, y es que, en ocasiones, el hacer del inconsciente, su modo de funcionar, no necesariamente tiene un correlato en la inscripción en el inconsciente de una descripción, de un relato inconsciente sobre ese hacer. El psiquismo se estructura en acciones de intercambio con la realidad y los otros significativos, y en esos intercambios se generan inscripciones en forma de narrativa de los mismos, tanto consciente como inconsciente, pero también como memoria procedimental inconsciente, que es la que puede proveer la convicción profunda de que se puede hacer algo porque ya se ha hecho. Ejemplos como haber provocado una determinada respuesta afectiva del otro, tener un orgasmo o provocarlo, etc., son experiencias que no se pueden jugar en el nivel del relato entre paciente y terapeuta. Son planos diferentes, que requieren de intervenciones diferentes, por más que exista una influencia mutua entre ambos. Los pacientes con inhibición para la acción, no para una acción concreta, sino para la acción en general, serían un buen ejemplo de lo planteado. Y esos análisis eternos en los que una y otra vez se analizan las causas subyacentes a dicha inhibición, sin trabajar sobre el estímulo directo a la acción, por más que esto se realice tras un análisis previo y posterior de sentimientos, fantasías, sensaciones, etc., sería un buen ejemplo de la técnica reductora que hay evitar.

Otra ejemplificación para completar esta exposición, que pretende ofrecer una aproximación general al porqué es necesario que las intervenciones terapéuticas sean lo más específicas posibles, se refiere a algo que en la primera parte del artículo se ha destacado: la importancia que en la clínica tiene la patología por déficit. Aunque conflicto y déficit se suelen entremezclar en la clínica, hay pacientes cuya patología es básicamente por déficit y otros en los que será por conflicto y hay pensar que, según los momentos o dimensiones, en un mismo paciente predomina uno u otro. Desde Killingmo (1989 y 1995) se sabe que, en estos casos,

no deben predominar las *intervenciones interpretativas* que desvelan significados ocultos, sino las denominadas *intervenciones afirmativas*. Su función sería devolver al sujeto un sentimiento de identidad de su self, de validez de su experiencia, los cuales están amenazados por las dudas sobre una realidad que le ha sido distorsionada por una figura externa que le impide representarse de modo adecuado aquello que el sujeto está viviendo.

Desde el enfoque Modular-Transformacional, y a partir de los aportes de Bleichmar (1997, 1999 y 2001), para los pacientes en los que predomina la patología debida a los efectos de la realidad traumática o a severos fenómenos de déficit se propone agregar a la técnica fundamentalmente interpretativa otra serie de intervenciones que, en conjunto, se podrían denominar *intervenciones reparadoras*. En ellas, el analista asume transitoriamente ciertas funciones que el paciente no puede asumir, en la mayoría de los casos porque no las posee. En este sentido, se piensa en el tratamiento no sólo como mera repetición de situaciones pasadas, sino que supone también un movimiento de creación, de inscripción de lo nunca inscrito. Algunas de estas intervenciones serían:

- La legitimación del sujeto global por encima de rasgos parciales, de fallas e insuficiencias;
- La catectización afectiva de la función deseante;
- El favorecer el desarrollo de nuevas capacidades en el manejo de la realidad interna y del mundo externo; y
- El ayudar a la discriminación entre medio patógeno, medio facilitador y medio proveedor.

A estos ejemplos se pueden añadir otros muchos, pero no es, lógicamente, objeto de este trabajo abarcarlos todos. Sólo una última mención a algo que se comentaba en la primera parte del artículo: cómo el dejar de lado una nosología basada en entidades estancas y considerar otra en que se consideren los diferentes cuadros psicopatológicos y sus subtipos como el resultado de la articulación de componentes. Esto abre unas enormes posibilidades a la hora de mostrar las múltiples vías por las cuales se generan los diferentes cuadros clínicos que componen la psicopatología y, por lo tanto al abordaje terapéutico diferenciado. Desde el enfoque Modular-Transformacional se está desarrollando ese trabajo en diferentes cuadros psicopatológicos y dimensiones del psiquismo, buscando la *deconstrucción* de los diferentes componentes intervinientes: trastornos depresivos, trastornos adictivos, trabajo sobre la agresividad, trastornos graves de la personalidad, entre otros.

Se pretende que todos estos ejemplos sirvan para asentar la necesidad de pensar que, a la complejidad del psiquismo, tanto en sus contenidos como en sus leyes de funcionamiento, tipos de inscripción, etc., debe seguirle en buena lógica, una terapéutica diversa y, por lo tanto, específica que afronte cada una de las situaciones singulares, internas o externas al sujeto, dependiendo del tipo de vínculo, etc.

REFERENCIAS

- Aulagnier, P. (1975). *La Violence de l'interprétation*. París: PUF.
- Bion, W. (1959). *Attacks on linking*. En E.B. Espilius (comp), *Melanie Klein Today Developments in theory and practice, vol.1: Mainly theory*. Londres: Tavistock/Routhledge.
- Bion, W. (1962). *A theory of thinking*. En E.B. Espilius (comp), *Melanie Klein Today Developments in theory and practice, vol.1: Mainly theory*. Londres: Tavistock/Routhledge.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia un técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bleichmar, H. (1999). Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular-transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 1, <http://www.aperturas.org>
- Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 9, <http://www.aperturas.org>
- Bleichmar, H. (2005). Consecuencias para la terapia de una concepción modular del psiquismo. *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 21. <http://www.aperturas.org>
- Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. Londres: Free Association Books.
- Boston Change Process Study Group (2002). Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *Int. J. Psycho-Anal.* 83: 1051-1062.
- Boston Change Process Study Group (2005). The Something more than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Int. J. Psycho-Anal.* 85: 693-729.
- Boston Change Process Study Group (2007). The foundational level of psychodynamic meaning: Implicit process in relation to conflict, defense and the dynamic unconscious. *Int. J. Psycho-Anal.* 88: 843-860
- Boston Change Process Study Group (2008). Forms of Relational Meaning: Issues in the Relations Between the implicit and Reflective-Verbal Domains. *Psychoanalytic Dialogues*. 18: 125-148.
- Boston Change Process Study Group (2010). *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*. Nueva York. Norton & Company.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. USA: Other Press.
- Freud, S. (1892-99). *Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Obras Completas*, vol.1, Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello. Obras Completas*, vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas*, vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hartmann, H. (1939): *Ego psychology and the problema of adaptation*. Nueva York: International Universities Press.
- Hartmann, H. (1951). Technical implications of ego psychology. *Psychoanalytic Quarterly*. 20: 31-43.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal Psycho-*

Analysis. 70: 65-79.

- Killingmo, B. (1995). Affirmation in Psychoanalysis. *International Journal Psycho-Analysis*. 76: 503-517.
- Klein, M. (1958). On the development of mental functioning. En *The writings of Melanie Klein*. Londres: The Hogarth Press, 1984.
- Laplanche, J. (1981). *Problématiques IV: l'inconscient et le ça*. París: Presses Universitaires de France.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*. 19 (4): 576-617.
- Mendez, J.A. e Ingelmo, J. (2009). *La psicoterapia psicoanalítica desde la perspectiva del enfoque modular-transformacional. Introducción a la obra de Hugo Bleichmar*. Madrid. Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica.
- Mitchell, S. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge (Massachusetts): Harvard University Press.
- Shengold, LL. (1979). Child abuse and deprivation: soul murder. *JAPA*, 27: 533-560.
- Skogstad, W. (2013). Imprevious and intrusive: The impenetrable object in transference and countertransference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 94: 221-238.
- Stolorow, R.D. y Atwood, G.E. (1992). *Contexts of Being. The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale (Nueva Jersey): Analytic Press.
- Winnicott, D. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. Londres: The Hogarth Press.
- Winnicott, D. (1989). *Holding and interpretation. Fragment of an analysis*. Londres: Karnac Books.

Original recibido con fecha: 19-9-2013 Revisado: 28-10-2013 Aceptado para publicación: 30-10-2013

NOTAS

¹ Psiquiatra. Psicoterapeuta. Doctor en Medicina. Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura (Badajoz). Jefe de Sección de la Unidad de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. jingelmo@unex.es

² Psiquiatra. Psicoterapeuta. Doctor en Medicina. Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia de Comillas (Madrid). Consulta Privada. j.a.mendezruiz@gmail.com

³ Psiquiatra. Psicoterapeuta. Profesor Asociado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Jefe de Psiquiatría del Hospital Universitario Infanta Sofía (Madrid). mariano.iceta@salud.madrid.org