

Intervenciones psicoanalíticas específicas: trastornos por conflicto intersistémico y trastornos por déficit

J. Ingelmo, M. I. Ramos, J. A. Méndez

RESUMEN: Debe existir una coherencia lógica entre la teoría del trastorno, la teoría de la cura y los instrumentos técnicos.

PALABRAS CLAVE: Psicopatología psicoanalítica, conflicto, déficit, intervenciones psicoanalíticas específicas.

1. Introducción: estado actual de la psicopatología psicoanalítica

Una revisión de la bibliografía psicoanalítica de los últimos años -por ejemplo, Gedo (1, 2), Stolorow y Lachman (3), Eagle (4), Killingmo (5, 6), Stolorow y cols. (7), Stolorow y cols. (8), Sifneos (9), Pine (10, 11), Sugarman (12)- muestra que los trastornos mentales son comprendidos en función de dos mecanismos psicopatológicos diferentes: el conflicto intrapsíquico y el déficit en la estructuración del psiquismo. Los trastornos por conflicto serían el resultado de una oposición entre representaciones psíquicas de distinta valencia, de una oposición entre metas intrapsíquicas diferentes: generalmente, y siguiendo la tradición freudiana, serían el resultado de una oposición entre los deseos pulsionales y los códigos morales y/o entre los deseos pulsionales y los códigos narcisistas; códigos, que, obviamente, son aportados por el medio externo, por los objetos externos, constituyendo, en estos casos, su aportación a la génesis de la patología. Por su parte, los trastornos por déficit serían el resultado de un fallo, de un daño en el seno mismo de la estructura psíquica: es decir, determinadas dimensiones del psiquismo, determinadas funciones esenciales para el funcionamiento del psiquismo, no llegaron a constituirse de forma adecuada porque faltó el aporte externo necesario, porque faltó la provisión ambiental necesaria, generalmente como consecuencia de la patología parental o de los traumas infantiles. En este sentido, por ejemplo, las aportaciones de Kohut (13-15) permiten comprender cómo insuficiencias específicas de los objetos externos tienen serias consecuencias en la constitución y el desarrollo de la dimensión narcisista de la personalidad, tanto en el ámbito de la constitución y regulación de la autoestima como en el ámbito de las ambiciones, metas e ideales. Obviamente, cabe pensar, como lo señalan Pine (11) y Bleichmar (16), que otros tipos de aportes externos son absolutamente necesarios para la formación y desarrollo de otras áreas del psiquismo diferentes de la narcisista: por ejemplo, control de los impulsos, reconocimiento y diferenciación de los estados afectivos, formación de las defensas, constancia objetal, tolerancia a la ansiedad, estructuración de la función deseante, etc.

En coherencia con estos planteamientos sobre la existencia de dos mecanismos productores de psicopatología, se sostiene -por ejemplo, Gedo (1, 2), Stolorow y Lachman (3), Cooper (17, 18), Killingmo (6, 19), Fonagy y Moran (20), Pine (10, 11), Rayner (21), Baker (22), Bleichmar (23), etc.- que la curación de los trastornos mentales se produce a través de dos mecanismos diferentes, íntimamente relacionados con sus mecanismos de producción. En este sentido, se considera que en los trastornos por conflicto el factor terapéutico fundamental es la ampliación del saber de la conciencia, el desvelamiento de los significados ocultos a la misma, el levantamiento de la represión, para que, de esta manera, y sometidos a la corrección asociativa, los contenidos inconscientes pasen a funcionar según la lógica de la conciencia. En los casos de patología por conflicto la misión del tratamiento consiste, por tanto, en volver a sacar a la luz de la conciencia aquello que se reprimió: es decir, la función del tratamiento es desvelar los significados que permanecen ocultos en el inconsciente y que desde allí producen sus efectos patógenos. Por el contrario, en los trastornos por déficit se considera que el factor terapéutico fundamental es la construcción de aquello que falta: es decir, la misión del tratamiento es construir aquellas dimensiones del psiquismo, aquellas funciones del psiquismo que no se formaron. Si en los trastornos por conflicto el paciente, por angustia o culpa, reprime algo que conoce, en los trastornos por déficit, el paciente, por terror persecutorio, no llega a conocer algo, no llega a dotar de significado alguna de las experiencias afectivas que está teniendo con los objetos externos, los cuales no responden adecuadamente a las necesidades emocionales del paciente. De ahí, precisamente, que una de las funciones básicas del tratamiento en este tipo de trastornos sea, como señalan, entre otros, Killingmo (6, 19) y Pine (11), ayudar al paciente a reconocer lo que le estaba ocurriendo en su vínculo con el objeto externo y a dotar de significado a esa experiencia.

Por último, y en línea con la teoría de los trastornos y la teoría de la cura de los mismos, se sostiene que las herramientas técnicas a emplear en cada caso deben ser diferentes. Desde esta perspectiva, y siguiendo los clásicos planteamientos de Strachey (24), se considera que las intervenciones interpretativas serían los instrumentos fundamentales en los trastornos por conflicto, ya que son las herramientas técnicas que permiten, precisamente, ampliar el saber de la conciencia, levantar las represiones y, en base a ello, permitir la reorganización del psiquismo del paciente. Por el contrario, en los trastornos por déficit, y siguiendo los clásicos planteamientos de Loewald (25), se considera que las herramientas fundamentales serían las intervenciones que permiten constituir lo que falta, que permiten estructurar el psiquismo del paciente. Este tipo de intervenciones han sido denominadas, por Killingmo (6, 19), intervenciones afirmativas, y de ellas existen muchos ejemplos en la literatura psicoanalítica: entre otros, la interpretación empática reconstructiva (26), la explicación

empática (27), la reconstrucción (28), y, en cierto modo, la contención bioniana (29) y el sostenimiento winnicottiano (30).

Una vez expuesto este breve resumen sobre el estado actual de la psicopatología psicoanalítica (en lo relativo a los mecanismos de producción de la patología, mecanismos de la cura e instrumentos de la misma), cabría, cuando menos, plantear las dos siguientes cuestiones: por una parte, ¿qué factores han intervenido para que se haya producido esta ampliación de la comprensión psicoanalítica de los trastornos mentales?, y, por otra, ¿qué perspectivas inauguran estos planteamientos en torno al conflicto y al déficit, es decir, qué cambios introducen en los modelos psicopatológicos con los que en psicoanálisis se intenta comprender y modificar los cuadros clínicos?

2. Factores que han determinado la ampliación de la comprensión psicoanalítica de los trastornos mentales

En relación con la primera de las preguntas, cabría afirmar que tres factores, íntimamente relacionados, han sido los que han determinado esta ampliación de la comprensión psicoanalítica de los mecanismos que intervienen en la génesis y curación de los trastornos mentales. En primer lugar, un factor importante es la experiencia clínica que se ha ido acumulando en el ámbito psicoanalítico a lo largo de las últimas décadas; experiencia clínica que, por una parte, ha mostrado que determinadas patologías mentales (básicamente, los trastornos mentales más graves) se iniciaban antes de que la diferenciación estructural del psiquismo se hubiera consolidado, y por otra, que las necesidades que estaban en juego en esos procesos patológicos no eran de naturaleza pulsional. Debido a ello, el modelo psicopatológico clásico, centrado en la noción de conflicto intrapsíquico, no parecía el más adecuado para la comprensión y modificación de estos problemas clínicos. Los trabajos de Ferenczi (31), Balint (32, 33), Fairbairn (34), Guntrip (35), Winnicott (30, 36), Kohut (13, 14), Aulagnier (37, 38), Bollas (39, 40), Laplanche (41, 43), Modell (44), etc., han sido, en este sentido, absolutamente esclarecedores, al mostrar, desde posiciones teóricas muy diferentes, la enorme importancia que adquiere la realidad exterior no sólo en la estructuración del psiquismo y de la fantasía inconsciente sino también en la génesis de la patología mental.

En segundo lugar, las investigaciones sobre el desarrollo temprano -por ejemplo, Lebovici (45), Stern (46, 47), Cramer y Stern (48), Brazelton y Cramer (49), etc.- han mostrado que el comportamiento de los seres humanos está determinado por una amplia gama de sistemas motivacionales que tienen su origen en el vínculo interhumano, como ya anticipaban los trabajos de Balint (32, 33), Winnicott (30, 36), Bowlby (50, 53) Kohut (13, 14), Mahler y cols. (54), Tolpin (55), Killingsmo (5), etc. Éstos ya plantearon que las motivaciones de los seres humanos no podían quedar reducidas a la satisfacción de las pulsiones en el

encuentro con el objeto; por el contrario, señalaron que existían múltiples sistemas motivacionales: por ejemplo, necesidades de apego, necesidades de fusión simbiótica, necesidades de afirmación del sentimiento de sí mismo, necesidades de idealización, etc. Debido a ello, algunos autores -así, Stern (46), Bleichmar (16, 56), Kulka (57)- han planteado que, en los momentos actuales, hay suficientes evidencias como para sostener que en los seres humanos existen diferentes sistemas motivacionales, que no derivan, como señala Stern (46), de un único sistema motivacional y que pueden interrelacionarse de forma complementaria o, por el contrario, de forma opuesta, dando lugar a múltiples configuraciones. En este sentido, Kulka (57), por ejemplo, sostiene que existen, cuando menos, tres sistemas motivacionales en la vida humana: el sistema pulsional, el sistema relacional y el sistema narcisista. Por su parte, Bleichmar (16), plantea que existen cuatro sistemas motivacionales, organizados en torno a diferentes tipos de deseos: el sistema sensual-sexual, el sistema narcisista, el sistema derivado de los deseos de apego y el sistema destinado a la evitación del displacer.

Por último, cabría señalar la crítica que algunos autores -por ejemplo, Lacan (58), Aulagnier (37, 38), Laplanche (41, 43), etc.-, han realizado de los fundamentos mismos del psicoanálisis: es decir, la crítica de las bases conceptuales sobre las que el psicoanálisis se sustenta. Como consecuencia de esta crítica de fundamentos, se ha pasado, en los últimos tiempos, de una conceptualización de los orígenes, la constitución y el funcionamiento del psiquismo en términos de un modelo endógeno a una conceptualización de los orígenes, la constitución y el funcionamiento en términos de un modelo exógeno.

Desde la perspectiva del modelo endógeno -sustentado por el propio Freud (así, en Tres ensayos sobre teoría sexual) y de forma aún más radical por la teorización kleiniana (por ejemplo, el clásico trabajo de Isaacs sobre la fantasía y, más recientemente, el correspondiente de Hayman)-, el psiquismo se origina, se constituye y funciona a partir de la inscripción psíquica de las pulsiones, entendidas como excitaciones endosomáticas y sometidas, como cualquier aspecto de lo biológico humano, a un proceso de crecimiento, en todo caso, de desarrollo. Desde la perspectiva del modelo exógeno, presente también en Freud (por ejemplo, en la Carta 52, en el Manuscrito M y en Proyecto de una psicología para neurólogos) y desarrollado, entre otros, por Ferenczi (31), Balint (32, 33), Winnicott (30) y Kohut (13), el psiquismo se origina, construye y funciona a partir de la inscripción de las huellas mnémicas procedentes de la relación con el objeto exterior: es decir, a través de un proceso de estructuración en el que lo externo, representado por el otro, tiene, como diría Laplanche (42), prioridad.

En los últimos tiempos, la polémica endógeno versus exógeno, que, en nuestra opinión, no hacía más que traducir la existencia de una serie de problemas de tipo epistemológico en el seno del psicoanálisis, parece

haberse apaciguado, como consecuencia, precisamente, de la crítica epistemológica a la que han sido sometidas las bases conceptuales del psicoanálisis. Como consecuencia de ello, el denominado modelo intersubjetivo (59) ha comenzado a actuar en psicoanálisis como un paradigma unificador en el sentido de Kuhn, tanto para explicar los orígenes, la constitución y el funcionamiento del psiquismo como para dar cuenta del fenómeno de la cura.

3. Perspectivas de la psicopatología psicoanalítica

Antes de entrar en las cuestiones que plantea la segunda de las preguntas formuladas (que tenía que ver con los cambios que los planteamientos en torno al conflicto y al déficit introducen en los modelos psicopatológicos que utilizamos en la comprensión de los trastornos mentales), cabría establecer algunas matizaciones. La comprensión de la patología mental en términos de conflicto y déficit, aunque remite a una realidad clínica obvia, ejerce una suerte de fascinación sobre los clínicos que, en cierto modo, puede resultar sumamente peligrosa, ya que permite plantear la cuestión de la génesis y del tratamiento de los trastornos mentales en términos relativamente simples: existen dos patogenias de los trastornos mentales y, por tanto, dos tipos de curas, polarizadas en torno a la interpretación y la afirmación. Y es precisamente esta fascinación la que dificulta, en nuestra opinión, comprender en todas sus dimensiones la aportación que, para la psicopatología psicoanalítica suponen estos planteamientos en torno al conflicto y al déficit. En otras palabras, la comprensión de la psicopatología en términos de conflicto y déficit -sobre todo, teniendo en cuenta los factores que la han hecho posible (experiencia clínica acumulada, ampliación del concepto de motivación y crítica de las bases conceptuales del psicoanálisis)-, debería llevar a una reflexión crítica sobre los modelos psicopatológicos que utilizamos para la comprensión y modificación de los cuadros clínicos que enfrentamos en la práctica.

En el ámbito del psicoanálisis -y, evidentemente, también en el ámbito psiquiátrico, a pesar del avance que supuso el modelo biopsicosocial de Engel- los modelos psicopatológicos con los que aprehendemos los cuadros clínicos suelen ser, por lo general, reduccionistas, como ha señalado, entre otros, Bleichmar (16, 60, 61). Y reduccionistas por dos razones fundamentales: por una parte, porque describen categorías diagnósticas aisladas y separadas entre sí (aunque, en los últimos tiempos, los estudios sobre comorbilidad están cuestionando esta separación tajante de las categorías diagnósticas), y por otra, porque suelen explicar la génesis de estas categorías en función de un único mecanismo, que suele ser elevado a la categoría de causa única y fundante de la patología.

Y, sin embargo, la clínica psicoanalítica, desde los historiales clínicos de Freud, muestra, precisamente, que en la práctica no suele estar en juego una única dimensión del psiquismo, sino, por el contrario, una multiplicidad de dimensiones psíquicas que se articulan e influyen mutuamente, para dar lugar, como resultado final, al cuadro clínico presentado por el paciente. Por su parte, la clínica psiquiátrica muestra -por más que se empeñe el movimiento de los neokraepelinianos, gestores del DSM-IV- que las entidades nosológicas no son más que síndromes, que pueden estar determinados por causas muy diferentes, como ya pusieron de manifiesto a comienzos del presente siglo, con un material clínico irrefutable, los autores que realizaron la crítica del sistema nosológico kraepeliniano (básicamente, Hoche y Bonhöffer).

Teniendo en cuenta lo que muestran la clínica psicoanalítica y la clínica psiquiátrica, podría decirse que la homogeneidad que se encuentra a nivel de los síntomas presentados por los pacientes no se corresponde con una homogeneidad a nivel de los mecanismos de producción de esos síntomas; por el contrario, la homogeneidad a nivel clínico se corresponde con una heterogeneidad a nivel de los mecanismos de producción de esas manifestaciones clínicas. Heterogeneidad de los mecanismos de producción de los cuadros clínicos, que, como ha señalado recientemente Bleichmar (16, 61), debería tenerse en cuenta a la hora de elaborar los modelos psicopatológicos, no sólo para reflejar la complejidad de la realidad clínica (y tener, obviamente, un conocimiento más completo de la misma), sino también, y sobre todo, para poder diseñar intervenciones terapéuticas que apunten específicamente a los componentes singulares, a las dimensiones específicas que están en juego en los diferentes cuadros psicopatológicos.

Por tanto, a la hora de encarar desde una perspectiva psicoanalítica los distintos cuadros clínicos que se nos presentan en la práctica sería necesario disponer de dos tipos de instrumentos íntimamente relacionados. Por una parte, de unos modelos psicopatológicos que mostraran con claridad la articulación de las diferentes dimensiones del psiquismo que están en juego en cada caso particular así como los caminos seguidos para configurar ese cuadro clínico. Nos estamos refiriendo a la necesidad de un diagnóstico que no sólo se centre en la identificación de los síntomas presentados por el paciente o en la identificación de las características de la organización estructural de la personalidad del mismo (en el sentido, por ejemplo, de Kernberg o Bellak), sino que también ponga de manifiesto las dimensiones esenciales del psiquismo que están en juego y sus formas de articulación. Por otra parte, y en íntima conexión lógica con el modelo psicopatológico, deberíamos disponer de intervenciones encaminadas a modificar específicamente los componentes que intervienen de forma preferente en la configuración del cuadro clínico. En este sentido, la problemática central de la psicoterapia psicoanalítica no consiste sólo en precisar el marco formal de la misma (es decir, determinación del número de sesiones semanales, utilización o no del diván, duración

total de la misma, etc.), sino también, y sobre todo, en precisar el modelo psicopatológico a utilizar para comprender y modificar el cuadro clínico.

Y, obviamente, la problemática central de la psicoterapia psicoanalítica es también la articulación de estos modelos psicopatológicos con la teoría general del inconsciente, de la cual dependen en última instancia. Sin embargo, en psicoanálisis, incluso en la propia obra de Freud, la necesaria coherencia lógica entre la teoría del inconsciente y la teoría psicopatológica -que permite hacer derivar la psicopatología de la concepción del inconsciente- no se ha establecido de una forma adecuada: es decir, las modificaciones introducidas en la teoría del inconsciente, algunas de ellas sustanciales (como, por ejemplo, las introducidas por el propio Freud en Inhibición, síntoma y angustia), no han dado lugar, en términos generales, a modificaciones similares en el ámbito de la teoría psicopatológica, a pesar de los esfuerzos que en este sentido han realizado en los últimos tiempos algunos autores: por ejemplo, Kernberg (62), Killungmo (5, 6, 19) y Bleichmar (16, 56, 60, 61), entre otros.

Teniendo presente que debería existir siempre una coherencia lógica entre la teoría que da cuenta del inconsciente (de sus orígenes, constitución y funcionamiento) y la teoría que da cuenta de los trastornos mentales (de sus mecanismos de producción, de sus mecanismos de curación y de los instrumentos de su cura), quisiéramos referirnos a algunas cuestiones que derivan directamente de los esfuerzos realizados en los últimos años -por ejemplo, Aulagnier (37), Laplanche (41, 42, 43, 63), Bleichmar (16, 56)- para desarrollar una teoría del inconsciente que, por una parte, dé cuenta de la complejidad del mismo (en el sentido de poner de manifiesto que existen sectores con contenidos y leyes diferentes), y por otra, dé cuenta de su construcción a través de un proceso de inscripción histórica de los discursos parentales y sociales que van siendo transmitidos a lo largo de la vida y que, obviamente, no hacen referencia sólo a los discursos verbales, sino también a ciertos mensajes en los que prima el componente pulsional y afectivo sobre el verbal.

Estos planteamientos sobre la teoría del inconsciente ponen en tela de juicio principios muy arraigados en el pensamiento psicoanalítico. Por una parte, y en base a la complejidad del inconsciente, cuestionan que un único tipo de intervención terapéutica pueda ser válido para la totalidad de los sectores del inconsciente; por el contrario, estos planteamientos sobre la complejidad del inconsciente muestran la necesidad de elaborar intervenciones terapéuticas específicas en función del sector del inconsciente que intervenga de forma preferente en la determinación de la psicopatología. Por otra parte, y en función de la construcción del inconsciente mediante la inscripción de los discursos procedentes del exterior, cuestionan la neutralidad del terapeuta (al menos la neutralidad afectiva, ya que la neutralidad

valorativa es un ideal al que hay que tender), según la cual los terapeutas sólo ponen al descubierto lo ya existente en los pacientes, pero en ningún caso construyen estructuras psíquicas a través de sus intervenciones, a no ser que se cometa algún error técnico; por el contrario, estos planteamientos sobre la construcción del inconsciente en el vínculo con el otro nos hablan de los efectos estructurantes que poseen para el psiquismo del paciente los diferentes tipos de intervenciones del terapeuta.

En relación con la complejidad del inconsciente, el propio Freud -a partir de Recordar, repetir y reelaborar (64) y, posteriormente, de los trabajos metapsicológicos: sobre todo, La represión (65) y Lo inconsciente (66)- estableció dos sectores en el inconsciente, diferentes no sólo en cuanto sus contenidos sino también en cuanto al mecanismo que los constituye. En los trabajos citados, Freud, por una parte, habla de lo secundariamente reprimido, consecuencia de la actuación de la represión secundaria. Es decir, habla de todo aquello del orden de lo vivencial subjetivo que habiendo sido alguna vez consciente es relegado al inconsciente por la angustia o la culpa que genera. Por otra parte, Freud habla de lo originariamente reprimido, consecuencia de la actuación de la represión primaria. Es decir, habla de todo aquello del orden de lo vivencial subjetivo que nunca estuvo en la conciencia, pero que se encuentra activo en el inconsciente produciendo sus efectos. Para conseguir que el paciente pueda tener algún grado de acceso al conocimiento de los contenidos que nunca estuvieron en su conciencia pero que sí se inscribieron en su inconsciente, Freud, en Construcciones en el análisis (67), elaboró unos procedimientos técnicos (construcción o reconstrucción) diferentes a la interpretación y al deshacer la compulsión a la repetición.

En la actualidad, lo originariamente inconsciente -referido básicamente, a todo aquello del orden de lo vivencial subjetivo que los padres transmiten y que, por tanto, ha quedado inscrito en el inconsciente sin que los padres ni el sujeto tengan la menor conciencia de ello- es trabajado, desde posiciones teóricas muy diferentes, por numerosos autores. Los conceptos, entre otros, de enunciados identificatorios (37), objeto transformacional (39, 40), mensaje enigmático (41), etc., a pesar de haber sido elaborados en contextos teóricos muy diferentes, se refieren todos ellos a las emociones del otro significativo que quedan inscritas en el inconsciente del sujeto, sin haber pasado previamente por la conciencia ni de éste ni del otro significativo. En los autores citados, así como en otros muchos (por ejemplo, algunos continuadores de la obra de Kohut), hay una continua referencia a aquello que nunca estuvo en la conciencia del paciente pero que es lo decisivo en la configuración del inconsciente. En resumen, según sus planteamientos gran parte de los intercambios del sujeto con el otro significativo se inscriben directamente en el inconsciente, fundando sectores de éste.

De cara al tratamiento psicoterapéutico, estos planteamientos en torno a lo originariamente inconsciente deberían llevarnos, por una parte, a considerar la necesidad de establecer intervenciones específicas encaminadas a que el paciente pueda tener acceso a su conocimiento. En este grupo de intervenciones específicas, tal vez podríamos incluir la reconstrucción histórica, en la que terapeuta y paciente van construyendo un nuevo relato en el que algo que nunca estuvo presente en la conciencia pasa a tener existencia: por ejemplo, las representaciones y estados emocionales de los padres, sobre los que el paciente nunca tuvo la posibilidad de pensar, pero cuyos efectos sufría y fueron los que contribuyeron a conformarlo como sujeto.

Por otra parte, estos planteamientos sobre lo originariamente inconsciente nos deberían llevar a pensar que en el transcurso de la psicoterapia se van produciendo inscripciones en el inconsciente del paciente, consecuencia de los intercambios pasionales y afectivos que se van produciendo en el momento a momento de las sesiones. Es decir, en el transcurso de la terapia, y más allá de lo que el terapeuta dice conscientemente y del significado manifiesto de sus intervenciones (ya sean estas interpretaciones, afirmaciones, preguntas, etc.), el contacto con el paciente activa en el terapeuta afectos y movimientos pasionales que van a quedar inscritos en el inconsciente del paciente, sin que éste ni el terapeuta sepan de las influencias mutuas que se están produciendo. Se trata de efectos inconscientes estructurantes, dados por la relación terapéutica; por tanto, no nos estamos refiriendo a las formas más manifiestas de la contratransferencia.

En otros términos, estos nuevos planteamientos sobre la teoría del inconsciente traen a primer plano una serie de cuestiones de enorme interés para el tratamiento psicoterapéutico de orientación psicoanalítica: ¿qué efectos estructurantes, es decir, creadores de estructura psíquica, tienen las intervenciones del terapeuta, el tipo de vínculo que promueve, el tipo de marco terapéutico que establece, el contenido y la forma de las intervenciones realizadas y, sobre todo, cómo se articulan específicamente con las características psicopatológicas del paciente? ¿Las intervenciones para este paciente en particular van en la dirección de los cambios que se desea estimular o, por el contrario, consolidan su psicopatología? ¿Qué modelo identificador se le está ofreciendo al paciente mediante la posición adoptada por el terapeuta en la situación de tratamiento? Estas son algunas de las preguntas que comienzan a abrirse camino dentro de una línea de trabajo que parece sumamente prometedora. Los recientes trabajos de, entre otros, Schwaber (68), Meissner (69), Cooper (18), Pulver (70), Rayner (21), Jiménez (71), Kantrowitz (72), Myerson (73) y Bleichmar (23), pueden considerarse como ejemplos de esta línea de trabajo, centrada en los efectos estructurantes que para el psiquismo del paciente poseen diferentes tipos de intervenciones, tanto por su contenido y por su forma como por la modalidad de vínculo que a través de ellas se establece.

Por último, quisiéramos referirnos a otros sectores del inconsciente, sobre los que Bleichmar (16) ha llamado la atención en los últimos tiempos y que, en nuestra opinión, están más directamente relacionados con los trastornos por déficit, aunque lo originariamente inconsciente, y dependiendo de lo inscrito, también podría tener que ver con los trastornos por conflicto, como ha mostrado la escuela de la psicología del self. Nos estamos refiriendo, por una parte, a lo no inscrito en el inconsciente y, por otra, a lo desactivado en el inconsciente (es decir, la descactetización en el seno del inconsciente de determinadas inscripciones del deseo porque el objeto externo falla y no da una respuesta emocional adecuada, o la descactetización de determinadas funciones del sujeto por la angustia narcisista que generan o porque el sujeto no logró el placer que esperaba en el ejercicio de las mismas).

En relación con lo no inscrito en el inconsciente, quisiéramos referirnos a un trabajo que realizamos hace muchos años en torno a la esterilidad femenina primaria (es decir, mujeres que nunca habían conseguido tener un hijo y en las que se había descartado patología orgánica, tanto de ellas como de sus parejas). Para interpretar los datos que la clínica nos mostraba, así como para realizar el tratamiento psicoterapéutico de alguna de estas mujeres mediante psicoterapia de grupo, utilizamos la teorización psicoanalítica sobre la psicología femenina: básicamente, la obra de Freud y la obra de Klein, incluyendo las contribuciones que Langer (74), desde una perspectiva kleiniana, había hecho precisamente al tema de la esterilidad femenina.

En nuestro estudio, pudimos establecer que existían dos grupos de mujeres estériles totalmente diferentes, con rasgos característicos que mostraban diferencias estadísticamente significativas. Uno de estos grupos, al que denominamos grupo de estériles tipo I, no nos planteó ninguna duda a la hora de establecer el mecanismo psíquico determinante de la esterilidad: se trataba de mujeres que reprimían sus deseos de maternidad porque éstos, a pesar del placer que su realización les podría aportar, les generaban intensos sentimientos de ansiedad y de culpa por ser vividos como deseos incestuosos y por sentir que si se transformaban en madres usurpaban el lugar de sus propias madres. En las pacientes de este grupo, la esterilidad era consecuencia de un conflicto intrapsíquico, generador de ansiedad y culpa, de características claramente edípicas. A nivel terapéutico, esta posible psicogénesis de la esterilidad femenina primaria no planteaba excesivos problemas técnicos: básicamente, se trataba de hacer consciente a través de la interpretación, el conflicto intrapsíquico que las aquejaba, para que, de esta manera, y sometido a corrección asociativa, pasase a funcionar según la lógica de la conciencia.

Por el contrario, en el otro grupo, al que denominamos grupo de estériles tipo II, encontramos que el embarazo y el parto, así como todos los procesos relacionados con el aparato genital (incluida la actividad

sexual), eran vividos como fuentes de sufrimiento y de peligros terribles, consecuencia, entre otros factores, de la existencia en la infancia de estas mujeres de acontecimientos traumáticos reales en torno a la maternidad (entre otros, muerte de la madre en el parto, psicosis puerperales, depresiones postparto, muerte del hermano en el parto, muerte del hermano como consecuencia de alguna enfermedad perinatal, nacimiento del hermano con alguna enfermedad congénita, etc.). A la hora de establecer el mecanismo psíquico de su esterilidad optamos por entenderlo, siguiendo a Langel (74), sobre la base del odio y la envidia que durante la infancia de estas mujeres generaron los embarazos de sus madres. Odio y envidia que habían dado lugar a fantasías inconscientes en las que atacaban a sus madres embarazadas, surgiendo como consecuencia de estos ataques un temor retaliativo que impedía que ellas se transformaran a su vez en madres. En este sentido, tales acontecimientos traumáticos habrían actuado confirmando el poder de las fantasías agresivas de estas mujeres. En última instancia, interpretamos su esterilidad en términos de un conflicto intrapsíquico no ya en torno a los deseos que configuran la situación edípica sino a los deseos agresivos que configuran la relación más temprana con la figura de apego.

Sin embargo, hoy, y sin restar importancia a los conflictos objetales más tempranos, tenderíamos a entender la psicogénesis de estos casos de esterilidad primaria desde otra perspectiva teórica, posiblemente más coherente con los nuevos enfoques sobre los orígenes y constitución del inconsciente: en las mujeres que hemos denominado estériles tipo II como consecuencia de los acontecimientos traumáticos vividos en torno a la maternidad (y también, posiblemente, como consecuencia de la actitud familiar ante los mismos y como consecuencia de la ideología materna sobre las funciones femeninas en general), la maternidad no se inscribió en el inconsciente como fuente de placer y de goce, sino como fuente de sufrimientos y de peligros. A nivel terapéutico, esta posible psicogénesis de la esterilidad femenina primaria plantea una cuestión de suma importancia: ¿qué pasa cuando alguna inscripción del deseo no se construyó porque lo que se inscribió en el inconsciente y que daría lugar a ese deseo tomó un aspecto totalmente diferente? En estos casos, el tratamiento debería centrarse no en intervenciones que ayuden a hacer consciente lo inconsciente sino en las que ayuden a construir aquello que no se inscribió en el inconsciente.

Para realizar el tratamiento psicoterapéutico de algunas de las pacientes estudiadas, realizamos dos grupos terapéuticos orientados psicoanalíticamente: en uno de ellos integramos a las pacientes estériles tipo I (en las que el conflicto intrapsíquico era evidente) y en el otro, a las denominadas estériles tipo II (en las que, desde la perspectiva actual, el déficit era evidente).

Hoy día, y más allá de las críticas que se le podrían hacer al trabajo realizado hace años, nos interrogamos sobre los factores terapéuticos

que pudieron estar en juego en el grupo de estériles tipo II y que debieron intervenir en la consecución de los embarazos de estas mujeres estériles. Obviamente, los factores terapéuticos que intervienen en los grupos de psicoterapia son múltiples, como ha mostrado la investigación más reciente en este ámbito (75). Con todo, un factor terapéutico importante fue el hecho de que todas las personas que realizamos el estudio y el tratamiento de estas mujeres teníamos una enorme ilusión con el trabajo que realizábamos y considerábamos, más allá de las fantasías de omnipotencia que pudieran estar en juego en todos nosotros, que era bueno conseguir que esas mujeres que atendíamos quedaran embarazadas y pudieran llevar ese embarazo a buen puerto. Por eso creemos que, sin saberlo ni ellas ni nosotros, les inoculamos, les contagiamos, una idea en la que la maternidad era algo gozoso y deseable, que contrarrestó o desarticuló la inscripción de la maternidad como algo peligroso. En última instancia, debimos inscribir en su inconsciente, a través de los intercambios emocionales y pasionales que surgían en nuestro largo contacto con ellas, un deseo de maternidad que aparecía como algo placentero y deseable y que, obviamente, en un principio no estaba en las mujeres sino en los miembros del equipo terapéutico que trataba a esas mujeres. Por decirlo en otros términos, con nuestro trabajo, con nuestra atención, con la contención que podía ejercer la institución, es probable que en estas mujeres construyéramos fantasías inconscientes que contrarrestaron a otras fantasías inconscientes patógenas, sin que las mujeres ni nosotros fuéramos conscientes de ello.

Posteriormente, y como una forma de confirmar lo que habíamos observado en la clínica, nos interesamos por el estudio de los personajes femeninos estériles que aparecían en la literatura española: básicamente, las protagonistas de las novelas de Clarín (*La Regenta*) y Galdós (*Fontunata y Jacinta*), de las novelas y obras teatrales de Unamuno (*La tía Tula*, *Dos madres*, *Raquel encadenada*) y de la poesía y el teatro del García Lorca (*Yerma*, *Bodas de sangre*, *La casa de Bernarda Alba*, etc.). Mediante estos estudios de psicoanálisis aplicado pudimos comprobar que la mayoría de los autores citados hacían derivar la esterilidad de sus heroínas de una concepción de la maternidad en términos de sufrimiento y peligro. Como siempre, las intuiciones de los grandes escritores van por delante de las afirmaciones de la ciencia.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) GEDO, J. E., *Beyond interpretation. Toward a revised theory for psychoanalysis*, Nueva York, International Universities, 1979.
- (2) GEDO, J. E., *Advances in clinical psychoanalysis*, Nueva York, International Universities, 1981.
- (3) STOLOROW, R. D.; LACHMAN, F. M., *Psychoanalysis of developmental arrests. Theory and treatment*, Nueva York, International Universities, 1980.

- (4) EAGLE, M. N., *Desarrollos contemporáneos recientes en psicoanálisis. Una evaluación crítica*, Buenos Aires, Paidós, 1988.
- (5) KILLINGMO, B., «Problems in contemporary psychoanalytic theory. II. Lines of advance», *Scand. J. Psychol.*, 1985, pp. 63-73.
- (6) KILLINGMO, B., «Conflict and deficit: implications for technique», *Int. J. Psycho-Anal.*, 1989, 70, pp. 65-79.
- (7) STOLOROW, R. D.; ATWOOD, G. E.; BRANDCHAFT, B., *The intersubjectivity perspective*, Nueva York, Jason Aronson, 1983.
- (8) STOLOROW, R. D.; BRANDCHAFT, B.; ATWOOD, G. E.; *Psychoanalytic treatment. An intersubjective approach*, Hillsdale, Analytic Press, 1987.
- (9) SIFNEOS, P., «Affect emotional conflict and deficit: an overview», *Psychother. Psychosom.*, 1991, 56, pp. 116-122.
- (10) PINE, F., «From technique to theory of psychic change», *Int. J. Psycho-Anal.*, 1992, 73, pp. 251-154.
- (11) PINE, F., «Some impressions regarding conflict, defect and deficit», *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1994, 49, pp. 222-240.
- (12) SUGARMAN, A., «Psychoanalysis: treatment of conflict or deficit», *Psychoanalytic Psychology*, 1995, 12, 1, pp. 55-70.
- (13) KOHUT, H., *The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*, Nueva York, International Universities, 1971.
- (14) KOHUT, H., *The restoration of the self*, Nueva York, International Universities, 1977.
- (15) KOHUT, H., *How does analysis cure?*, Chicago, University of Chicago, 1984.
- (16) BLEICHMAR, H., *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*, Barcelona, Paidós, 1997.
- (17) COOPER, A. M., «Concepts of therapeutic effectiveness in psychoanalysis: a historical review», *Psychoanal. Inq.*, 1989, 9, pp. 4-25.
- (18) COOPER, A. M., «Psychic change: development in the theory of psychoanalytic technique», *Int. J. Psycho-Anal.*, 1992, 73, pp. 245-250.
- (19) KILLINGMO, B., «Affirmation in psychoanalysis», *Int. J. Psycho-Anal.*, 1995, 76, pp. 503-518.
- (20) FONAGY, P.; MORGAN, G. S., «Understanding psychic change in child psychoanalysis», *Int. J. Psycho-Anal.*, 1991, 72, pp. 15-22.
- (21) RAYNER, E., «Matching attunement and the psychoanalytic dialogue», *Int. J. Psycho-Anal.*, 1992, 73, pp. 39-54.
- (22) BAKER, R., «The patient's discovery of the psychoanalyst as a new object», *Int. J. Psycho-Anal.*, 1993, 74, pp. 1.223-1.233.
- (23) BLEICHMAR, H., «Aportes para una reformulación de la teoría de la cura en psicoanálisis: ampliación de la conciencia, modificación del inconsciente», *Revista Argentina de Psicología*, 1994, pp. 23-44.
- (24) STRACHEY, J., «The nature of the therapeutic action of psychoanalysis», *Int. J. Psycho-Anal.*, 1934, 15, pp. 127-159.
- (25) LOEWALD, H., «On the therapeutic action of psychoanalysis», *Int. J. Psycho-Anal.*, 1960, 41, pp. 16-33.

- (26) ORSTEIN, P. H.; ORSTEIN, Y., «Formulating interpretations in clinical psychoanalysis», *Int. J. Psycho-Anal.*, 1980, pp. 203-211.
- (27) TÄKÄ, «Psychoanalytic treatment as a developmental continuum: considerations of disturbed structuralization and phase-specific encounter», *Scand. Psychoanal. Rev.*, 1984, 7, pp. 133-159.
- (28) SANDLER, «On interpretation and holding», *Scand. Psychoanal. Rev.*, 1984, 7, pp. 161-176.
- (29) BION, W., *Learning from experience*, Nueva York, Basic Books, 1962.
- (30) WINNICOTT, D., *The maturational processes and the facilitating environment*, Londres Hogarth, 1965.
- (31) FERENCZI, S., «Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión», en *Psicoanálisis*, Madrid, Espasa-Calpe, 1984, vol. IV.
- (32) BALINT, M., *Primary love and psychoanalytic technique*, Londres, Tavistock, 1952.
- (33) BALINT, M., *The basic fault*, Londres, Tavistock, 1968.
- (34) FAIRBAIRN, D., *Psychoanalytic studies for the personality*, Londres, Tavistock, 1952.
- (35) GUNTRIP, H., *Personality Structure and Human Interaction*, Londres, Hogarth, 1961.
- (36) WINNICOTT, D., *Playing and reality*, Londres, Tavistock, 1971.
- (37) AULAGNIER, P., *La violence de l'interprétation. Du pictogramme a l'énoncé*, París, PUF, 1975.
- (38) AULAGNIER, P., *L'apprenti-histoire et le maître-Sorcier. Du discours identifiant au discours délirant*, París, PUF, 1984.
- (39) BOLLAS, C., *The shadow of the object: psychoanalysis of the unthought known*, Londres, Free Association Books, 1987.
- (40) BOLLAS, C., *Forces of destiny. Psychoanalysis and human idiom*, Londres, Free Association Books, 1989.
- (41) LAPLANCHE, J., *Nouveaux fondements pour la psychanalyse. La séduction originaire*, París, 1987.
- (42) LAPLANCHE, J., *La révolution copernicienne inachevée*, París, Aubier, 1992.
- (43) LAPLANCHE, J., *La fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud*, París, Synthélabo, 1993.
- (44) MODELL, A. H., *Other times, other realities. Toward a theory of psychoanalytic treatment*, Cambridge, Harvard University Press, 1990.
- (45) LEOVICI, S., *La nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*, París, Centurios, 1983.
- (46) STERN, D., *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*, Nueva York, Basic Books, 1985.
- (47) STERN, D., «Maternal representations: a clinical and subjective phenomenological view», *Infant Mental Health Journal*, 1991, 12, pp. 174-186.
- (48) CREMER, B.; STERN, D., «Evaluation of changes in mother-infant brief psychotherapy: a single case study», *Infant. Mental Health Journal*, 1988, pp. 20-45.

- (49) BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G., *The earliest relationship. Parentes, infants and the drama of earl attachment*, Massachussets, Addison-Wesley, 1990.
- (50) BOWLBY, J., *Attachment and loss. I: Attachment*, Nueva York, Basic Books, 1969.
- (51) BOWLBY, J., *Attachment and loss. II: Separation*, Nueva York, Basic Books, 1973.
- (52) BOWLBY, J., *Loss: sadness and depresion: Attachment and loss, III*, Londres, Hogarth Press, 1980.
- (53) BOWLBY, J., *A secure base. Clinical applications of attachment theory*, Londres Routledge, 1988.
- (54) MAHLER, M.;PINE, F.; BERGMAN, A., *The psychological birth of the human infant*, Nueva York, Basic Books, 1975.
- (55) TOLPIN, M., «Self-objects and eodipal objects: a crucial developmentalists istinction», *Psychoanal., Study Chil.*, 1978, 3, pp. 167-186.
- (56) BLEICHMAR, H., *Angustias y fantasmas. Matrices inconscientes en el más allá del principio del placer*, Madrid, Adotraf, 1986.
- (57) KULKA, R., «Narcisismo y neurosis: una oportunidad de integración en la teoría y la técnica psicoanalítica», *Libro Anual de Psicoanálisis*, Lima, 1988, pp. 65-76.
- (58) LACAN, J., *Écrits, 2 vols.*, París, Le Seuil, 1966.
- (59) DUNN, J., «Intersubjectivity in psychoanalysis: a critical reveiw», *Int. J. Psycho-Anal.*, 1995, 76, pp. 723-738.
- (60) BLEICHMAR, H., «Respuesta al reduccionismo en psicopatología: un modelo generativo de articulación de componentes», *Actualidad Psicológica*, 1990, 170, pp. 2-6.
- (61) BLEICHMAR, H., «Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment», *Inst. J. Psycho-Anal.*, 1966, 77, pp. 935-961.
- (62) KERNBERG, O., *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutics Strategies*, Yale Univ., 1984.
- (63) LAPLANCHE, J., *Problématiques. IV. L'inconscient et la ça*, París, PUF, 1981.
- (64) FREUD, S., «Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)», *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1980, XII, pp. 145-157.
- (65) FREUD, S., «La represión», *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1979, XIV, pp. 152-153.
- (66) FREUD, S., «Lo inconsciente», *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1979, XIV, pp. 153-213.
- (67) FREUD, S., «Construcciones en el anáisis», *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1989, XXIII, pp. 255-322.
- (68) SCHWABER, E. A., «Interpretation and the therapeutic action of psychoanalysis», *Int. J. Psycho-Anal.*, 1990, pp. 229-240.
- (69) MEISSNER, W. W., *Waht is effective in psychoanalysis: the move from interpretation to relation*, Nueva York, Jason Aronson, 1991.
- (70) PULVER, S. E., «Psychic change: insight or relationship», *Int. J. Psycho-Anal.*, 1992, 73, pp. 199-208.

(71) JIMÉNEZ, J. P., «A fundamental dilemma of psychoanalytic technique: reflections on the analysis of perverse paranoid patient», Int. J. Psycho-Anal., 1993, 74, pp. 487-504.

(72) KANTROWITZ, J. L., «The uniqueness of the patient-analyst pair: approaches for elucidating the analyst's role», Int. J. Psycho-Anal., 1993, 74, pp. 893-904.

(73) MYERSON, P. G., «Listening for the effects of psychoanalytic interventions», Contemporary Psychoanalysis, 1993, pp. 397-418.

(74) LANGER, M., Maternidad y sexo, Buenos Aires, Paidós, 1951.

** Joaquín Ingelmo, psiquiatra, psicoterapeuta, profesor titular de Psiquiatría. M.^a Isabel Ramos, doctora en Psicología, psicoterapeuta, profesora asociada de Psiquiatría. José A. Méndez, psiquiatra, psicoterapeuta.

** Correspondencia: Joaquín Ingelmo. Facultad de Medicina, Av. de Elvas, s/n, 06071 Badajoz.