

Psicoterapia psicoanalítica específica en dos subtipos de depresión

Autores: Méndez Ruiz, J.A.*; de Iceta Ibáñez de Gauna, M. **; Ramos Fuentes, M^a Isabel ***

* Psiquiatra - Psicoanalista. S.S.M. Majadahonda, Madrid.

** Psiquiatra - Psicoterapeuta. Madrid.

*** Psicóloga - Psicoterapeuta. Profesora Titular, Departamento de Farmacología y Psiquiatría. UEX, Badajoz.

(Publicado en: Archivos de Neurobiología, 1999; 62 (1): 7-22)

Resumen

Objetivos: Ejemplificar la necesidad de realizar intervenciones terapéuticas específicas dentro del campo de la psicoterapia psicoanalítica, considerando la diversidad de factores que intervienen en la génesis y el mantenimiento de los diferentes cuadros clínicos, así como los distintos momentos evolutivos por los que atraviesa cada proceso terapéutico concreto.

Método: Se presenta un resumen del desarrollo del proceso psicoterapéutico realizado con dos pacientes diagnosticados de episodio depresivo, partiendo de un enfoque de psicoterapia psicoanalítica de objetivos limitados en el contexto de una institución pública. Se trabajan estos casos considerando que un fenómeno puede definirse a partir de su génesis, lo que lo pone en marcha, o por su estructura, es decir, el modo en que se articulan los distintos elementos para el mantenimiento del cuadro una vez que se ha desarrollado. Ambos ejemplifican un tipo predominante de intervenciones: interpretativas y afirmativas (según la concepción del conflicto y el déficit, como los grandes generadores de las diversas patologías).

Resultados y Conclusiones: Las intervenciones afirmativas e interpretativas constituyen modos de actuación diferenciados, pero complementarios, que se dirigen a diferentes tipos de experiencia. La utilización de unas u otras debe basarse en las características particulares de cada cuadro y del momento del proceso terapéutico, pudiendo una misma intervención resultar adecuada o iatrogénica. El psicoterapeuta debe oscilar entre ambas intervenciones, aunque unas sean predominantes sobre las otras, según cada caso y momento.

Palabras clave: Psicoterapia psicoanalítica; intervenciones afirmativas; intervenciones interpretativas; iatrogenia; enfoque modular-transformacional; modelo multidimensional.

Specific psychoanalytic psychotherapy in two subtypes of depression

Summary

Objectives: Illustrate the need for specific therapeutic interventions in the field of psychoanalytic psychotherapy, taking into account the variety of factors which participate in the genesis and maintenance of different clinical pictures,

as well as the evolution of the psychotherapeutic process in each particular case.

Method: A summary of the development of the psychotherapeutic process done with two patients diagnosed as suffering a depressive episode, from a time and objective-limited psychoanalytic psychotherapeutic approach. To understand these two cases it has been considered that every phenomenon can be defined by its genesis, what starts it, or by its structure, that is to say, by the way in which all the different elements articulate to maintain the clinical picture once it has developed. Both cases exemplify two different types of interventions, interpretative and affirmative (as determined by the conceptions of conflict and deficit as the main sources of pathology).

Results and Conclusions: Affirmation and interpretation constitute non-exclusive and complementary modes of intervention, intended to address different kinds of experience. Using one or the other must be based both on the specific features of the clinical picture and the time of the psychotherapeutic process. Actually, the same intervention could result either adequate or iatrogenic depending on these factors. The therapist must oscillate between both types of interventions, although one may be predominant, depending on the case and its evolution.

Key words: Psychoanalytic psychotherapy; affirmative interventions; interpretative interventions; iatrogenia; modular-transformational approach; multidimensional model.

Introducción

Cualquier cuadro psicopatológico puede ser considerado y definido por su génesis, es decir, lo que lo pone en marcha, o por su estructura, es decir, el modo en que se articulan sus distintos elementos para el mantenimiento de dicho cuadro una vez que se ha desarrollado. Bleichmar (1) plantea una concepción del funcionamiento psíquico a partir, no de principios uniformes y estancos, sino de la articulación compleja de sistemas componentes, cada uno de ellos con su propia estructura y leyes de funcionamiento y, todos ellos, en interacción mutua, lo que dará lugar a una estructura modular articulada a partir de múltiples sistemas motivacionales, el enfoque modular-transformacional. En el caso de la depresión, sobre la que se centra este trabajo, y en relación con lo anterior, este autor plantea la utilidad de establecer un modelo integrado, que tome en cuenta las diversas vías por las que se puede llegar a diferentes subtipos de depresión. Un modelo que proporcione una orientación general sobre las condiciones que están sosteniendo la depresión de un paciente en particular y, por lo tanto, la mejor planificación de las estrategias terapéuticas (2).

En este sentido, las dos viñetas clínicas que se presentan ofrecen grandes diferencias en cuanto a sus condiciones de génesis y mantenimiento del trastorno. El enfoque utilizado como referente teórico a la hora de establecer las diferencias entre ambas coincide con lo planteado en otro lugar (3), al considerar la cuestión de la constitución del psiquismo (teoría del trastorno) desde dos posiciones bien definidas: la clásica teoría del conflicto y la más

reciente teoría del déficit. Esto es, el conflicto intrapsíquico y el déficit en la estructuración del psiquismo. La primera de estas posiciones, sobradamente conocida, sostiene que los trastornos mentales tienen su origen en un conflicto psíquico, que el principal factor terapéutico 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. Desde este punto de vista, la herramienta fundamental es la interpretación formulada por el terapeuta con el objeto de desvelar los significados que permanecen ocultos en el inconsciente, sacando a la luz de la conciencia aquello que se reprimió.

Desde la segunda posición, los trastornos por déficit serían el resultado de un fallo 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 manera adecuada porque faltó el aporte externo necesario, la provisión ambiental necesaria, generalmente como consecuencia de la patología parental o de los traumas infantiles. En este sentido, Kohut (4) pone en relación las insuficiencias de los objetos externos con una deficitaria constitución y desarrollo de la dimensión narcisista de la personalidad; pero resulta obvio el considerar que, como lo señalan Pine (5) y Bleichmar (1), otros tipos de aportes externos son absolutamente necesarios para la formación y desarrollo de otras áreas del psiquismo, por ejemplo los que tienen que ver con el control de impulsos, la constancia objetal, el reconocimiento y discriminación de los estados afectivos, etc. En coherencia con estos planteamientos, se considera que el factor terapéutico fundamental en los trastornos por déficit es la construcción de aquello que falta, es decir, construir aquellas dimensiones del psiquismo, aquellas funciones que no se formaron; por ello una de las funciones básicas del tratamiento sería ayudar al paciente a reconocer lo que está ocurriendo en su vínculo con el objeto externo y dotar de significado esa experiencia. La herramienta fundamental es la nueva relación con el terapeuta a través de intervenciones afirmativas, definidas éstas como aquellas comunicaciones que tratan de eliminar la duda sobre la experiencia de la realidad, restableciendo así, como afirma Killingmo (6), el sentimiento de identidad. Estos planteamientos centrados en la importancia del vínculo, llevan necesariamente a reflexionar sobre el modelo de transferencia que se considera en el proceso terapéutico cuando se trabaja con pacientes con trastornos por déficit, ya que el modo de entender la transferencia va a condicionar toda la tarea psicoanalítica. A este respecto, Fosshage (7) contrapone al clásico modelo de transferencia, que él denomina de desplazamiento, la transferencia como modelo de organización. Partiendo de la teoría de las relaciones de objeto, la psicología del self y la teoría interpersonal, Fosshage sitúa la transferencia en un contexto intersubjetivo, considerando la complejidad de la relación analítica como un campo de interacción de dos personas. Afirma que el modo de percibirnos o percibir la realidad está condicionado por esquemas o principios organizadores cargados de afectos, que contribuyen a la construcción de una realidad subjetivamente experienciada:

“El perceptor, tanto si es el paciente como el analista, siempre contribuye a lo percibido, tanto mediante el proceso perceptual en sí mismo como mediante su

efecto en el proceso interpersonal” (7).

Se destaca en este modelo de la transferencia que el paciente no transfiere por desplazamiento al terapeuta sus contenidos intrapsíquicos, sino que, mediante el uso de principios organizadores primarios, paciente y analista perciben y organizan la experiencia de la relación analítica. La transferencia es, por lo tanto, co-determinada por el analizado y el analista mediante sus respectivas subjetividades en interacción. Autores como Loewald (8), Stone (9), o Brenner (10) y, más recientemente, Lichtemberg (11), han reflexionado en esta dirección. La teoría sobre la transferencia en la que el paciente proyecta sus fantasías en la pantalla en blanco que resulta el analista, minimiza la contribución de éste, mientras que en la transferencia conceptualizada como actividad organizadora que tiene lugar dentro del contexto analítico se acentúa la importancia del campo intersubjetivo en el que tienen lugar tanto la contribución del paciente como la del analista. El ámbito de contribución de cada uno es variable, de un grado mínimo a uno considerable. El concepto de déficit puede entenderse como subsidiario de la concepción de las relaciones intersubjetivas como matriz del psiquismo. Concepción a la que han contribuido numerosos autores, provenientes de diversas orientaciones teóricas, pero que tienen en común haber puesto el acento en la influencia del ambiente externo en la constitución del psiquismo y en la génesis de la psicopatología: Balint (12), Winnicott (13), Fairbairn (14), Kohut (4) (15), o Kernberg (16), son sólo algunos de ellos. La situación de déficit tendría que ver, como afirma Stern (17) (autor que trata de definir y enmarcar el concepto de intersubjetividad), con una ausencia o falla en el establecimiento de una sintonización afectiva en la relación madre-hijo. Pine (5) da un paso más allá afirmando que se relaciona con insuficiencias en la relación de la persona con su medio ambiente cuidador fundamentalmente durante la etapa preverbal. Para Killingmo (18) el concepto de conflicto debe ser complementado con el déficit, como modo de poder enfrentar toda la gama de patologías estructurales que se encuentran en la clínica. Otros autores, como señala Sugarman (19), realizaron anteriormente esfuerzos integradores entre los conceptos provenientes de la teoría de las relaciones de objeto con el modelo clásico de conflicto. Sugarman afirma que desechar uno de estos constructos conduce a un empobrecimiento de la teoría y la técnica analíticas (19). A partir de estos presupuestos teóricos, en este trabajo se pretende ejemplificar la necesidad de realizar intervenciones específicas dentro del campo de la psicoterapia psicoanalítica, teniendo en cuenta la diversidad de factores que toman parte en la génesis y el mantenimiento de los diferentes cuadros clínicos y, por lo tanto, la multiplicidad de factores y procesos de cambio que desempeñan un papel en la mejoría o curación de los mismos. Y no sólo como medio para hacerla más eficaz, sino como forma de evitar caer en la iatrogenia, aspecto éste de importancia crucial en cualquier sistema terapéutico y que, sorprendentemente, casi no ha sido tomado en cuenta dentro del ámbito de la psicoterapia psicoanalítica. No debería olvidarse que, como ocurre por ejemplo en el área de los tratamientos biológicos, un fármaco no es útil en sí mismo, sino en relación al diagnóstico y a las circunstancias particulares del enfermo, especialmente la coexistencia de otras patologías que pudieran limitar su uso concreto. Por todo ello, resulta difícil sostener que un tratamiento tan complejo y poderoso en sus efectos como es la psicoterapia psicoanalítica, pueda ser

aplicado sin estas consideraciones de especificidad, sin tener en cuenta que cualquier herramienta técnica, más allá de su corrección intrínseca, será útil o iatrogénica, según el caso del que se trate e, incluso, según el momento evolutivo del proceso terapéutico. En el otro extremo se situarían las intervenciones que se realizan sin referente teórico alguno y que terminan en la indiferenciación técnica o el eclecticismo de los procedimientos. Debe tratarse de constituir lo que Tizón (20) denomina un sistema de psicoterapia, esto es, una interrelación y coherencia lógica entre la teoría del trastorno, la teoría de la cura y las técnicas empleadas. Además, la especificidad tiene que ver también con el marco asistencial en el que la psicoterapia tiene lugar, en este caso la asistencia pública, el cual exige una necesaria adecuación debida tanto al tipo de demanda psicopatológica a atender, siempre de mayor diversidad y, quizás, de mayor gravedad, como a las inevitables limitaciones temporales a las que hay que hacer frente.

Pacientes y Método

Se presenta un resumen global del tratamiento psicoterapéutico realizado sobre dos casos que clínicamente quedan encuadrados dentro del epígrafe de la depresión, pero que, desde un punto de vista de diagnóstico psicoanalítico, ofrecen enormes diferencias. El primero de ellos quedaría inscrito dentro de la génesis por conflicto, concretamente un conflicto intrapsíquico en el que predomina un vínculo destructivo con los mandatos superyoicos introyectados. En el segundo se produce una depresión en la que la tristeza no está en primer término, no existe conflicto intrapsíquico, por el contrario, aparece de modo predominante una desconexión con las vivencias internas, no hay fuerzas que se opongan activamente unas a otras, se trataría de un sufrimiento por trauma pasivo (18).

Ambos tratamientos se realizan en el marco de un Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid con un encuadre de una sesión semanal y una duración limitada a un año (en el caso 1 se amplió posteriormente, tras replantearse los objetivos iniciales).

Caso nº 1

Varón de mediana edad, casado y que trabaja como técnico especialista. Consultó por un cuadro de depresión mayor sin síntomas psicóticos (F32.2 del DSM-IV) (21), en el que predominaba una gran inhibición psicomotriz e intensos autorreproches. El factor desencadenante fue una frustración laboral al ser repudiado por el cliente para el que trabajaba desde hacía varios años. En las primeras entrevistas, aparte de su inhibición marcada, mostraba gran dificultad para expresar emociones, alternando los reproches hacia sí mismo con momentos de llanto que se siguen de tensos silencios. Su capacidad cognitiva global estaba alterada, con graves déficits de atención y memoria, y momentos de inquietud psicomotriz. No refería antecedentes somáticos ni psiquiátricos de interés, personales ni familiares. De su personalidad previa su mujer destacó un enorme nivel de exigencia y un gran rigor moral hacia sí mismo y los demás. Su historia vital estaba monopolizada por su padre, de quien afirmaba: "Es una persona admirable, honesto, trabajador... inflexible con sus ideas que no

variaban con el tiempo y sabiendo siempre asumir sus responsabilidades". Ofrecía ejemplos de la extrema rigidez y exigencia de la conducta paterna, sin expresar el más mínimo asomo de crítica, fruto de una idealización absoluta en la que asumía como culpa propia el no responder a sus expectativas (exigencia desmedida de éxito, humillándole después al no conseguirlo; duros e inflexibles castigos por infringir las normas, etc.). Afirmaba que tras su muerte 6 años antes "empezó todo, desde que murió me he ido apagando y he perdido la estabilidad psicológica". De su madre y hermanos los comentarios fueron reducidos y muy vagos, señalando una relación distante, de poco cariño, y reprochándoles un maltrato hacia su padre.

Caso nº 2

El segundo caso es una mujer joven, licenciada universitaria en paro que vivía con sus padres. Consultó por presentar un estado de ánimo depresivo, desvitalización, pérdida de peso, angustia, irritabilidad hacia sus familiares, ideas de muerte y aislamiento en su cuarto, donde pasaba casi todo el día contemplando su nariz en el espejo. Todo ello en relación con una preocupación desmedida sobre el tamaño y forma de su nariz, intensificada a raíz de una intervención de rinoplastia. Presentaba una actitud sumisa y pasiva, expresión emocional contenida, y un lenguaje parco y poco espontáneo, siendo necesario estimularle con frecuencia para que detallase sus respuestas. El discurso era exclusivo en torno al síntoma, que ocupaba todo su pensamiento; con un total desinterés por otros aspectos vitales. La representación de sí misma estaba, al igual que su discurso, centrada completamente en la nariz; para ella nada valía "mientras no me vea bien". Resultó muy difícil arrancar datos biográficos a la paciente. Ofrecía datos familiares concisos y poco relevantes. De sus padres comentó "no sé, son padres normales... buenos sí, siempre me han dado todo lo que he querido". La información sobre su infancia y etapa escolar carecía de datos significativos. En cuanto a sus relaciones interpersonales, expresaba sin entusiasmo que salía con un grupo de amigos no habiendo tenido nunca relaciones afectivo-sexuales significativas. Estos datos fueron obtenidos de manera dificultosa, pareciendo desconocer todo lo que ocurría en su interior. Para los padres el rasgo fundamental de su hija era que "va a lo suyo... lo suyo es la nariz y el resto no existe". Destacaban asimismo que siempre había sido "introvertida y poco cariñosa". Fue diagnosticada de Trastorno Depresivo Mayor (F32.2 del DSM-IV) (21), cumpliendo asimismo criterios de Trastorno Dismórfico Corporal (F45.2) (21).

Discusión

En el primer caso, el planteamiento terapéutico parte de considerar una identidad funcional dominante (22), es decir, un modo prevalente de relación del sujeto consigo mismo. Se pone en marcha un vínculo muy destructivo que da lugar a un enorme sufrimiento narcisista por no alcanzar el ideal que, a su vez, se muestra como un mandato amenazante que obliga a la grandiosidad. Aparece en primer término el mandato narcisista, que bajo ninguna circunstancia es cuestionado porque se construyó como una verdad absoluta. Por ello, el objetivo terapéutico de intentar entender al paciente trabajando la

temática concreta que aparece en su discurso, esto es, buscando la disminución de su culpa persecutoria ofreciendo un modelo de mandato superyoico menos exigente o más acorde con el sentido de realidad, lo que se podría definir como el constituirse en árbitro del sentido de realidad según el modelo descrito por Strachey (23) de superyó auxiliar, se mostró en este primer momento del tratamiento como contraproducente. En las primeras sesiones se le formularon señalamientos que giraban alrededor de esta idea: “¿no cree que las exigencias de su padre eran excesivas para un niño de corta edad?”. La reacción era siempre fulminante y rabiosa en defensa del padre: “¡Él podía exigirlo porque siempre fue consecuente en su vida!...¡era honesto!...¡usted no lo puede entender!”. Ello permitió constatar que los intentos terapéuticos de poner límite a la persecución superyoica mediante interpretaciones o señalamientos que pusieran en cuestión sus metas o ideales provocaban una inmediata agresión contra el terapeuta y obstaculizaban la transferencia, ya que para el paciente la defensa a ultranza de sus creencias se convirtió en un modo de autovaloración narcisista, de modo que cuestionarlas suponía un ataque a él mismo identificado con el superyó. Era un camino cerrado que comprometía las posibilidades de continuar el tratamiento. Por este motivo se dejó de lado cualquier evaluación (cuestionamiento) de sus metas grandiosas y, en cambio, la tarea se centró en poner al descubierto la agresividad por parte del superyó, esto es, el vínculo de odio consigo mismo, que se activaba en el paciente cuando sentía que sus metas grandiosas no eran alcanzadas. Este procedimiento de no cuestionar los ideales grandiosos, además de evitar el riesgo de que el terapeuta se transformase en árbitro del sentido de realidad, permitió que el paciente hiciera insight sobre la relación agresiva que mantenía consigo mismo. Por otra parte, con la finalidad de disminuir la agresividad del superyó, que constituyó el centro de funcionamiento dominante en muchos momentos del tratamiento, se trató de que el paciente se identificase con su yo sufriente. En este sentido se hicieron intervenciones que trataron de poner al descubierto el modo en que se provocaba dicho sufrimiento: “parece usted un hombre atormentado”...“realmente su forma de entender las cosas le está provocando un enorme sufrimiento”...“parece vivir sin un momento de paz”. El efecto de tranquilización se pudo apreciar en pocas sesiones. Nada en él se opuso a que, desde fuera, se reconociese su gran sufrimiento. Por este lado se afianzó el vínculo terapéutico y se disminuyó la persecución. El paciente, por primera vez en su vida, pudo distanciarse de su conducta y cuestionarla: “siempre me preparo para lo peor, como si lo organizase así, acaba ocurriendo y lo paso mal, muy mal”.

Lo anterior permitió poner en marcha un segundo momento en la estrategia terapéutica que fue el de la reconstrucción histórica, centrada alrededor de la búsqueda de la génesis de los mandatos superyoicos y de la agresividad vuelta contra sí mismo cuando estos mandatos no se cumplían. Se trataba con ello de poder transformar “verdades” que eran vividas como eternas, en “verdades” históricas y, por lo tanto, con un inicio en medio de circunstancias e influencias concretas (1). Dejando de lado cualquier tipo de juicio, las intervenciones buscaban hacer una reconstrucción histórica minuciosa del proceso de normativización; en nuestro caso llevando al paciente a relatar las pequeñas anécdotas cotidianas que habían ido dando lugar al modo en que enfrentaba su vínculo con la realidad y consigo mismo. No ha existido por parte del paciente

un rechazo a esta línea de trabajo, por el contrario ha permitido una sensible disminución de la tensión en el vínculo terapéutico y ha abierto la posibilidad de cambios en sus conductas de autoagresión, especialmente cuando hemos ido introduciendo la figura paterna como también sujeta al proceso de transmisión y creación temporal de valores y normas. En el segundo caso nada se sabe sobre la génesis del cuadro depresivo. Tan sólo podríamos aventurar hipótesis sobre las circunstancias que han llevado a que un determinado atributo corporal resignifique, desde un punto de vista narcisista, todas las representaciones que constituyen la identidad (valoración) del sujeto, o sobre cómo se ha producido el desplazamiento de esa minusvaloración concreta a la representación global. Lo que sí podemos comprobar es que la psicopatología se produce a partir de una situación de déficit en la que la paciente no ha podido afirmar el sentimiento básico del sí-mismo (18). No ha podido constituir un sentimiento de seguridad básica al no desarrollarse funciones esenciales para el buen funcionamiento del psiquismo, en este caso preferentemente dos: la capacidad de regulación de la autoestima y, en relación con ella, la capacidad de vitalizar el deseo. Así, en el transcurso de la terapia pudimos observar que cualquier intervención que toque estos aspectos era vivida con rechazo e indiferencia: “de nada sirve que te quieran si tú misma no te quieres”...”siempre ha sido así, desde que recuerdo”...”es cierto que algún chico se ha interesado por mí, pero al final bromean sobre mi nariz”, respuestas que eran dadas casi sin tonalidad afectiva. La autoestima sólo puede constituirse en el niño mediante la participación de un objeto externo significativo que le pueda hacer creer, ilusoriamente, que posee capacidades. La autoestima es siempre una creación en la que el medio externo es fundamental (1). Conceptos como el de especularización en Kohut (4) o de sostenimiento (holding) en Winnicott (13) apuntan en este sentido. Sin embargo, en este caso los intentos de investigación sobre su infancia o su relación con los objetos significativos recibieron respuestas evasivas y sin aparente interés. Eran vías cerradas en todos los casos a la hora de trabajar técnicamente con la paciente, que rehuía, mejor podríamos decir que se veía imposibilitada, para implicarse en cualquier abordaje que tuviese como objeto la búsqueda de insight mediante la interpretación. Los antecedentes de abandono terapéutico, su enorme dificultad, casi imposibilidad, de apartarse del discurso manifiesto, unidos a una escasa capacidad de introspección, así lo atestiguaban. Esto no era posible, no por mecanismos de represión, sino por la desconexión existente entre ella misma como sujeto y su síntoma. Por todo ello la tarea terapéutica se centró en la posibilidad que se abría de trabajar sobre el vínculo, lo que se pudo observar en su regular asistencia a las sesiones y en el interés que manifestaba por lo que en ellas ocurría, aún cuando rechazase o no se implicase en los contenidos que surgían. Se planteó entonces como objetivo el abrir un marco en el que la queja sintomática pudiera ser expuesta sin cuestionamiento, sino intentando su articulación con el resto de los componentes de la personalidad en un doble ámbito: articulación consigo misma, con su propio psiquismo, con la representación que tenía de sí, intentando ayudarlo a reconocer sus deseos, sistemas de ideales, obligaciones, etc. En segundo lugar, la articulación con lo intersubjetivo, con el reconocimiento de los estados afectivos que surgían en la relación con el otro, su ubicación frente a otros significativos, deseos o temores ante la intimidad, etc. El modo en que se llevó esto a la práctica fue mediante intervenciones

afirmativas (24), que, como dijimos antes, son aquellas que no buscan revelar significados ocultos, sino conseguir que el sujeto sienta que algo existe, o lo que es lo mismo, no se trata de revelar significados, sino de crearlos en el marco de la relación terapéutica. Resultaba sorprendente comprobar cómo la paciente no tenía capacidad para representar causas y efectos, atribuir y experimentar intencionalidad a su conducta o sentimientos: “me sentí bien en la fiesta con mis amigos, pero enseguida me miré y pensé...¿qué me importa?”... “siempre que salgo los fines de semana, al terminar me encuentro bien, me parece que estoy curada... pero cuando llego a casa y me miro, ya se me ha pasado”. La paciente no posee una representación de sí-mismo como responsable de sentimientos y necesidades, carece de lo que Killingmo (18) denomina intencionalidad primaria. Se trataba con las intervenciones del terapeuta de ayudarle a experimentar el significado mismo: “es interesante que pueda separar el verse y el sentirse, que, aunque se vea mal pueda sentirse bien”...”me hago cargo de su dificultad para reconocer de dónde viene ese bienestar y cómo se va”. Las intervenciones se dirigieron entonces a ayudarle a disipar las dudas sobre la validez de su experiencia, creando significados en el marco de la relación terapéutica.

La presentación separada de estos dos enfoques teóricos y sus implicaciones en la técnica no pretende plantearlos como antitéticos. Muy al contrario. La concepción que se defiende en este trabajo participa de la complementariedad de ambos para la comprensión del funcionamiento psíquico, pudiendo encontrarse elementos de conflicto y déficit tras el cuadro psicopatológico de cada paciente. A efectos expositivos se pretende ejemplificar sólo los aspectos predominantes en la actuación terapéutica en cada uno de los casos, sin descartar por ello intervenciones afirmativas en el primer caso ni interpretaciones en el segundo, sino planteando que la utilización aislada de unas u otras en estos pacientes resultaría insuficiente para el cambio y, posiblemente, incluso iatrogénica. Por último, insistir en que el trabajo psicoterapéutico propugnado se inserta en un modelo global (25,26) de la comprensión del funcionamiento mental, y los diferentes abordajes terapéuticos de la psicopatología, el enfoque modular-transformacional, integrando los diversos aportes del conocimiento (biológicos, psicológicos, sociales, etc.), y defendiendo la implantación de tratamientos combinados o multidimensionales, más necesarios cuanto más graves son los trastornos psicopatológicos a tratar (27).

Referencias

1. Bleichmar, H. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Paidós Ibérica, Barcelona, 1.997.
2. Bleichmar, H. Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic therapy. International Journal of Psycho-analysis, 1.996; 77: 935-61.
3. Ingelmo J., Ramos M.I., Méndez J.A. Intervenciones psicoanalíticas específicas: trastornos por conflicto intrasistémico y trastornos por déficit. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1998; 66: 235-49.
4. Kohut, H. Análisis del self. Amorrortu. Buenos Aires, 1.986.

5. Pine, F. Some impressions regarding conflict, defect, and deficit. En *The Psychoanalytic Study of the Child*. 49ª ed. Albert J. Solnit, Peter B. Neubauer, Samuel Abrams y A. Scott Dowling (eds.) Yale University Press, 1.994, pág. 222-40.
6. Killingmo, B. Affirmation in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 1.995; 76: 503-18.
7. Fosshage, J. Toward reconceptualising transference: theoretical and clinical considerations. *International Journal of Psycho-analysis*, 1.994; 75: 265-80.
8. Loewald H. On the therapeutic action of psycho-analysis. *International Journal of Psycho-analysis*, 1.960; 41: 16-33.
9. Stone L. Psychoanalytic Observations on the Pathology of Depressive Illness: Selected Spheres of Ambiguity or Disagreement. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1986; 34 (2): 329-62.
10. Brenner C. *The Mind in Conflict*. International University Press. Nuw York, 1982.
11. Lichtenberg, J.D., Lachmann F.M., Fosshage J.L. *Self and Motivational Systems: Toward a Theory of Psychoanalytic Technique*. The Analytic Press. Hillsdale, N.J., 1992.
12. Balint, M. *La falta básica: aspectos terapéuticos de la regresión*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1.989.
13. Winnicott, D. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós. Buenos Aires, 1.993.
14. Fairbairn, W.R.D. *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Hormé. Buenos Aires, 1990.
15. Kohut, H. *La restauración del sí-mismo*. Paidós. México D.F., 1.990.
16. Kernberg, O.F. *Trastornos graves de la personalidad. Manual Moderno*. México D.F., 1.987.
17. Stern, D. *The Interpersonal World of the Infant*. New York. Basic Books. 1.985. (Stern, D.N. *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología*. Paidós. Buenos Aires, 1.991.
18. Killingmo, B. Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of Psycho-analysis*, 1.989; 70: 65-79.
19. Sugarman, A. Psychoanalysis: Treatment of conflict or deficit?. *Psychoanalytic Psychology*, 12: 55-70.
20. Tizon, J.L. Una propuesta de conceptualización de las técnicas de psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. XII, 43: 283-294.
21. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona, 1.995.
22. Bleichmar, H. La estructuración del superyó y su transformación terapéutica. *Zona Erógena*, 1.995; 24: 4-13.
23. Strachey, J. The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 1.934; 15: 127-159.
24. Killingmo, B. Affirmation in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 1.995; 76: 503-517.
25. Engel, G.L. The clinical application of biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 1.980; 137: 535-44.
26. Gonzalez de Rivera, J.L. *La terapia multidimensional*. *Psiquis*, 1.990; 7:11-21.

27. Ingelmo J., Ramos M.I., Muñoz F. Psicoterapia psicoanalítica y psicofármacos en el tratamiento de pacientes psicóticos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1997; 63: 393-402.