

La comprensión de los trastornos depresivos desde el enfoque Modular-Transformacional: el diagnóstico dimensional y las intervenciones psicoterapéuticas específicas de los diferentes cuadros depresivos.

Dr. José. A. Méndez Ruiz (*)

Resumen

Este artículo presenta las propuestas teórico-clínicas del enfoque Modular-Transformacional para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos (dentro de un marco de psicoterapia psicoanalítica). En el enfoque Modular-Transformacional, los trastornos depresivos, al igual que cualquier condición psicológica o psicopatológica, deben entenderse desde el punto de vista del principio de modularidad. Este principio tiene en cuenta la articulación y múltiples combinaciones entre los diferentes componentes o dimensiones del psiquismo. Dicha combinatoria configura la psicopatología y la personalidad. Así, el diagnóstico categorial es inútil a la hora de planificar un tratamiento psicoterapéutico. El diagnóstico dimensional, que describa los diferentes componentes o dimensiones que toman parte en cualquier configuración dada y el modo en que se articulan, es un requisito imprescindible si se va a desarrollar un tratamiento psicoterapéutico específico. Se presentan dos viñetas clínicas de trastornos depresivos ilustrando este proceso.

Palabras clave: enfoque Modular-Transformacional, diagnóstico dimensional, vías de acceso a la depresión, intervenciones específicas.

Abstract

This paper presents the Modular-Transformational approach's theoretic and clinical proposals for the diagnostic and treatment of depressive disorders (within a psychoanalytic psychotherapy framework). In the Modular-Transformational approach, depressive disorders, as any psychological or psychopathological condition, must be understood from a standpoint of the modularity principle. This principle takes into account the articulation and multiple combinations between different component or dimensions of the psyche. Such combinatory configures the psychopathology and the personality. Thus, categorical diagnosis is useless in terms of planning psychotherapeutic treatment. Dimensional diagnosis, describing the different components or dimensions taking part in any given configuration and the way they are articulated, is a must if a specific psychotherapeutic treatment is to be implemented. Two clinical vignettes of depressive disorders are presented illustrating such a process.

Keywords: Modular-Transformational approach, dimensional diagnosis, depressive disorders, specific interventions.

Desde el enfoque Modular-Transformacional desarrollado por Hugo Bleichmar¹⁻³ se pretende tomar en cuenta la diversidad de los cuadros clínicos, considerando todas las variantes y subtipos en cuanto a la configuración psicopatológica presente en cada uno de ellos. También se pretende asentar, fundamentándola, una práctica terapéutica que supere las intervenciones monocordes aplicadas a no importa qué tipo de cuadro psicopatológico o estructura de personalidad del paciente. Y ello, seguido de una fundamentación teórica que permita explicitar con detalle las modalidades técnicas de intervención que resulten lo más específicas posibles. Teniendo como objetivo último de todo ello el favorecer el cambio terapéutico.

Vamos a centrar este trabajo en las propuestas clínicas que se plantean desde el enfoque Modular-Transformacional para el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos depresivos, pero antes parece importante exponer de modo breve los principios básicos que dicho enfoque mantiene con respecto al modo en que se estructura el psiquismo y al modo en que se originan y mantienen los diferentes cuadros clínicos, ya que ello nos permitirá entender lo que se plantea en cuanto a la comprensión diagnóstica y el tratamiento psicoanalítico específico que se propone para los trastornos depresivos.

La estructura del psiquismo que propone el enfoque Modular-Transformacional

El enfoque Modular-Transformacional parte del *principio de modularidad*, esto es, aquel que establece que el funcionamiento psíquico no depende de unos principios uniformes que trascienden a todo el conjunto, por importantes que estos sean, sino de la articulación compleja de sistemas componentes, cada uno de ellos con su propia estructura, contenidos y leyes de funcionamiento. Esto se contrapone radicalmente con cualquier tipo de pensamiento teórico reduccionista. Así, se considera que el funcionamiento global del psiquismo, no

sólo del sistema de lo inconsciente, es el resultado de una estructura compleja que está integrada por numerosos componentes o *módulos*.

Dichos módulos o sistemas se van articulando entre sí y con el resto de las dimensiones del psiquismo, lo cual provoca diversas transformaciones de cuyo resultado final depende el funcionamiento global del psiquismo de cada uno de nosotros. Es un modelo basado en concebir una estructura en la que se consideren los múltiples sistemas motivacionales intervinientes. Los cuales se organizan primero a partir de las necesidades y deseos específicos a cada uno de ellos: *narcisismo, apego, hetero-autoconservación, sensualidad-sexualidad y regulación psicobiológica*, y, en segundo lugar, por su articulación con el resto de las dimensiones del psiquismo, especialmente con los diferentes tipos de angustia que ponen en marcha y los sistemas defensivos tendentes a contrarrestarlas. Dichos sistemas motivacionales y, por lo tanto, los diferentes deseos vehiculados por cada uno de ellos, constituyen los contenidos de lo inconsciente, los deseos que nos mueven a los seres humanos.

Por lo tanto, se trata de tomar los diferentes *módulos o sistemas motivacionales* en su interjuego permanente entre ellos mismos, con el resto de las *dimensiones* del psiquismo, con los niveles neurofisiológicos del sujeto y con los diferentes tipos de vínculo que el sujeto va estableciendo. Es la articulación de todo esto el motor que genera la actividad psíquica. Y ello, tanto en lo que respecta a su potenciación o freno, como a la dirección que vaya a tomar. De este modo, los diferentes módulos se erigen en los gestores de los tipos de deseo que se ponen en funcionamiento, de las angustias predominantes, de las modalidades de defensa frente a esas angustias, los modos de vínculo etc.

Otro aspecto definitorio de este modelo teórico-clínico es la equiparación que realiza⁴, en cuanto a importancia, entre contenidos del psiquismo, a los que acabamos de referirnos, y las leyes de funcionamiento del psiquismo, especialmente de lo inconsciente, en las que aquellos se inscriben. Podríamos

decir que si no hay contenidos inconscientes que sean iguales en todos los sujetos, tampoco son iguales los tipos de organización psíquica, con referencia especial a lo inconsciente. Es por ello que, la diferenciación entre contenidos, es decir, temas y narrativas de los procesos inconscientes, por un lado, y la operatoria que manipula esos contenidos, por el otro, resulta esencial.

Por este motivo, el concepto de inconsciente en singular es sustituido por el de *lo inconsciente* en sentido abarcativo y complejo⁴. Es decir, queda enmarcado como una estructura compleja, fruto de la interrelación entre múltiples sectores. Una estructura que no puede ser considerada como homogénea, sino como un sistema heterogéneo. Al decir esto queremos decir que es posible distinguir en lo inconsciente diferentes sectores en función de los mecanismos que intervienen en su constitución y en función de las leyes que regulan su funcionamiento. Se trata de superar la idea de un inconsciente constituido exclusivamente a partir de lo excluido de la conciencia por la represión, primaria o secundaria. A este inconsciente fruto de la represión, que siempre quedó como idea prioritaria de la obra freudiana⁵ y en el psicoanálisis en general, se le añade la consideración de otros tipos de constitución y estructuración de lo inconsciente fruto de los diferentes tipos de procesamientos inconscientes con que nos encontramos. De modo que desde el *enfoque Modular-Transformacional* se diferencian cuatro sectores en lo inconsciente: *lo secundariamente inconsciente*, al que nos acabamos de referir y que ha sido el eje clásico del psicoanálisis; *lo originariamente inconsciente*, que toma en cuenta los planteamientos iniciales de Freud^{6, 7} sobre lo que él denomina la inscripción originaria (*tener vivenciado*) y la identificación, y los estudios actuales sobre la memoria procedimental, con todo ello se hace referencia a lo que es del orden de lo vivencial subjetivo que los padres, u otros objetos significativos, transmiten y que queda inscrito en lo inconsciente sin que los padres ni el sujeto tengan la más mínima conciencia; *lo no inscrito en lo inconsciente*, es decir, aquello que no llegó a constituirse porque faltaron las experiencias, las identificaciones, los intercambios con la función complementaria aportada por el otro que pudiera hacer surgir lo que es un potencial del sujeto, pero que requiere de ese otro para llegar a tener existencia

(otra forma de entender este sector de lo inconsciente es pensar su existencia en relación de oposición con lo originariamente inscrito en lo inconsciente, en el sentido de que, en ocasiones, algo se inscribe de tal manera que impide, obstruye, la inscripción de lo contrario); finalmente, *lo desactivo en lo inconsciente*, que es un sector de lo inconsciente que Bleichmar^{4, 8} rescata, dándole un lugar primordial en su descripción de la estructura de lo inconsciente, a partir del concepto freudiano de *sepultamiento del complejo de Edipo*⁹, en el que Freud sostiene que en cierto momento el complejo de Edipo sufre una vicisitud que va más allá de una simple represión y debido a la falta de la satisfacción esperada, del fracaso de lo deseado, y por la amenaza de la castración, sufre un sepultamiento o cancelación. Es decir, algo que está en lo inconsciente puede perder fuerza y dejar de constituir una presencia activa.

La idea básica que integra todo lo que acabamos de referir y que centra las propuestas teórico-clínicas que realiza el *enfoque Modular-Transformacional* es la de tener permanentemente en cuenta la complejidad del psiquismo, con sus múltiples componentes en continua articulación entre sí y con el resto de las dimensiones en juego. Y es en este punto donde es necesario resaltar algo que ya he señalado en otro lugar¹⁰ y que creo fundamental para establecer la verdadera importancia de este modelo y es que permite un desarrollo armónico entre la *teoría del trastorno*, es decir, cómo se produce el trastorno; la *teoría la cura*, es decir, cómo se produce el cambio psíquico; y una *teoría de la técnica*, es decir, cuáles son los instrumentos técnicos específicos a utilizar en cada caso para conseguir el cambio que se pretende. Llegando, gracias a todo ello, a constituir un verdadero modelo para el desarrollo de una teoría del cambio terapéutico, con un desarrollo igualitario de la teoría y la técnica.

La comprensión de los trastornos depresivos desde el enfoque Modular-Transformacional

El modelo de psicopatología que propone el enfoque Modular-Transformacional

El modelo de aparato psíquico que propone el *enfoque Modular-Transformacional* permite dar un nuevo rumbo al estudio de los procesos que se ponen en marcha en la génesis de los trastornos psíquicos y al modo de considerarlos en la clínica¹¹. Se parte de la idea de evitar que las grandes categorías psicopatológicas, de gran complejidad, sean descritas con tan alto grado de abstracción que no lleguen a tomar en cuenta lo que ocurre en el interior de esa complejidad. O por el contrario, evitar el que se trabaje con formas muy cercanas a lo empírico y observable, pero utilizando unas pocas variables o dimensiones a las que se quiere dar una capacidad explicativa totalizadora, de modo que todo pueda deducirse de ellas. Y esto, incluso en el caso que se trate de dimensiones de gran importancia como la sexualidad, el narcisismo, la agresividad, la intersubjetividad etc.

Es decir, la solución no estaría en optar entre soluciones más empíricas en oposición a propuestas abstractas. En ambos casos podemos estar ante fenómenos de psicopatología reduccionista o pensamiento simplificante, así, frente a esta disyuntiva, Bleichmar, desarrolla una idea de la psicopatología que toma en cuenta lo que Morin¹² denomina como pensamiento complejo. La propuesta es entonces a partir del concepto de *modularidad* al que nos hemos referido antes y que en este caso consiste en buscar la génesis de los trastornos mentales pensando en múltiples componentes en permanente proceso de articulación. De modo que se propone en cada uno de los diferentes cuadros clínicos una interrogación sobre cuál es el elemento distintivo que permite construir la categoría, poniendo el énfasis en la articulación de ese núcleo básico con el resto de las dimensiones intervinientes. Este modelo psicopatológico está basado en los presupuestos que acabamos de mencionar y tiene como objetivo llegar a conocer los componentes y las dimensiones de análisis que definen y dan lugar a cada estructura psicopatológica. Pensemos que es el modo en que todo ello se articula lo que dará lugar a la configuración particular que constituye la totalidad a la que aluden las diferentes denominaciones categoriales. Las cuales, al final, constituyen la psicopatología psiquiátrica clásica.

Todo esto lo veremos con detalle en el siguiente apartado cuando se exponga el desarrollo que desde el *enfoque Modular-Transformacional* se hace de los trastornos depresivos. Pero antes es necesario realizar algunas reflexiones a propósito del diagnóstico, ya que no podemos olvidar que diagnosticar correctamente es el primer paso para poder realizar un buen tratamiento psicoterapéutico posterior. Bleichmar¹³ insiste en que es indispensable ir más allá de los agrupamientos psiquiátricos sintomatológicos, los cuales son fenómenos de superficie, resultado final de procesos que les subyacen. En este sentido, y a pesar de su utilidad epidemiológica para determinadas investigaciones o como medio unificador de criterios diagnósticos psiquiátricos, las clasificaciones internacionales como el DSM-IV¹⁴ o la C.I.E-10¹⁵ poseen , con respecto a la psicoterapia psicoanalítica una limitación de fondo que no es superable por las sucesivas revisiones que pudieran sobrevenir. Esto es debido a que al no especificar ni los componentes de las estructuras psicopatológicas que describen, ni las condiciones motivacionales que originaron y mantienen esos componentes, no se puede derivar de todo ello ningún plan de acción psicoterapéutica.

Todo lo anterior sirve a Bleichmar^{13, 16} para insistir en la insuficiencia que, para el trabajo en psicoterapia psicoanalítica, tiene el diagnóstico de tipo categorial proveniente de la psiquiatría, el cual obedece a los presupuestos de un modelo biológico de la psicopatología. Lo que, por cierto, no ha impedido que sea de uso corriente en el trabajo clínico de los psicoanalistas. Sin embargo, debemos insistir en que el problema del modelo de diagnóstico de tipo categorial no radica en lo que éste representa, que es de gran valor clínico, como por ejemplo se recoge en el libro compilado por Guimón, Mezzich y Berrios¹⁷, sino en una utilización abusiva de grandes categorías fenomenológicas (histeria, fobia, psicosis, anorexia, etc.) construidas exclusivamente en torno a la descripción de síntomas y a las que se somete a un doble proceso de simplificación según el autor¹¹ : el de una *unificación categorial forzada* y el de la *personificación*. El primero lleva a convertir grandes categorías, de amplísimo espectro explicativo, en entidades homogéneas, de modo que se acaba hablando de *la histeria, la fobia, la psicosis, la anorexia* y se llega a

ignorar la complejidad y rica diferencia que existe en cada uno de estos grupos. En cuanto a *la personificación*, el reduccionismo se produce cuando las categorías psicopatológicas, que son entidades separables y que pueden oponerse entre sí dentro del sistema clasificatorio, tienden a ser correlacionadas con personas concretas. De este modo, se habla *del depresivo o la anoréxica*, olvidando que una misma persona puede presentar simultáneamente rasgos pertenecientes a diferentes categorías. Incluso que categorías que, en un principio, pudieran parecer incompatibles u opuestas pueden darse en una misma persona y no solamente en la diacronía, sino en la sincronía de un momento determinado.

Un intento de resolver estos problemas ha sido la puesta en marcha de la idea de la *multifactorialidad*, es decir, tratar de tomar en cuenta el mayor número de factores que intervendrían en la producción de un cuadro clínico, seleccionando las más importantes teorías etiopatogénicas que circulen sobre él: intrapsíquicas, interpersonales, familiares, sociales, biológicas etc. A esto habría que decir que si bien siempre es mejor considerar muchos factores que unos pocos, esto no resuelve el problema fundamental de fondo: dilucidar cuáles son los componentes, las dimensiones de análisis que definen y conforman cada estructura psicopatológica. Esto incluye el modo en que se relacionan dichos componentes o dimensiones entre sí y como se han ido articulando para conformar la configuración particular de cada categoría. Ante este problema, el *Enfoque Modular-Transformacional* desarrolla un modelo de articulación de componentes que no quedan adheridos a las categorías de la fenomenología descriptiva y que llevan a un más allá de la mera etiquetación del paciente. Este modelo diagnóstico trata de responder a la pregunta de *¿qué tipo de intervención terapéutica específica para qué tipo de configuración diagnóstica?* O, de manera más precisa: *¿qué tipo de intervención para qué componente de la estructura psicopatológica y de personalidad?*

La conclusión a todo esto es que las clasificaciones categoriales, es decir, la organización de la psicopatología y de la estructura de personalidad en grupos separados, estancos, definidos por unos pocos atributos, deben ser

reemplazadas por *diagnósticos de tipo dimensional* en el trabajo psicoterapéutico. Con ello, nos referimos a un diagnóstico que tome en cuenta la articulación de diferentes dimensiones o componentes, los cuales, van a dar lugar en su combinatoria a las diferentes configuraciones psicopatológicas y de personalidad. Se propone que la psicopatología en general, y muy especialmente la psicoanalítica, debe recorrer un camino que le lleve a poder describir los componentes que dan lugar a las grandes estructuras y los modos en que su articulación originan configuraciones nuevas, que no estaban previamente en los componentes aislados.

En este sentido, desde el *Enfoque Modular- Transformacional*¹⁸, se piensa en una doble propiedad de la estructura del psiquismo que requiere de una metodología de investigación que refleje la misma. Por un lado, un trabajo de análisis, en el sentido de descomposición, *deconstrucción*, búsqueda de componentes. Por otro, recomposición en múltiples combinatorias que trascienden a las categorías clásicas de la fenomenología psiquiátrica.

El proceso de la deconstrucción de la categoría psicopatológica depresión: las diferentes vías de acceso a los trastornos depresivos.

Esta propuesta del *enfoque Modular-Transformacional* de buscar en los cuadros psicopatológicos la articulación de componentes, su historia generativa y las transformaciones de estos componentes en el proceso de articulación, abre unas enormes posibilidades a la hora de mostrar las múltiples vías por las cuales se generan las diferentes formas de trastornos depresivos que encontramos en la clínica, así como el resto de los cuadros psicopatológicos. A este respecto, la obra de Bleichmar^{3, 4, 19-23} ofrece múltiples ejemplos de deconstrucción de las grandes y menos grandes categorías psicopatológicas y dimensiones del psiquismo, con lo que está abriendo nuevas y diversas posibilidades diagnósticas y de abordaje terapéutico. En su desarrollo del *enfoque Modular-Transformacional*, Bleichmar ha trabajado sobre muy variadas dimensiones del psiquismo: los trastornos narcisistas²⁴⁻²⁸, los cuadros

paranoides^{3, 29}, las situaciones de duelo patológico^{23, 30-32}, los trastornos de angustia³³⁻³⁷, los cuadros de masoquismo^{19, 38}, la agresividad²¹; los trastornos debidos al superyó³⁹⁻⁴² etc. De todos ellos y de acuerdo al objetivo de este trabajo, nos vamos a centrar ahora en el proceso de *deconstrucción* de los trastornos depresivos, mostrando las bases teóricas en las que se asienta y siguiendo la exposición con la presentación de algunas viñetas clínicas.

Cuando nos encontramos frente a un paciente que refiere sufrir síntomas depresivos, éstos son el resultado final de un proceso en el que intervienen, con diferente peso según cada caso, diferentes factores psíquicos además de otros externos al sujeto o de aquellos que tienen que ver con la genética. Es decir, lo que nos encontramos en la clínica es el resultado final de un largo proceso, pues bien, en lo que pensamos cuando hablamos de *deconstruir* es precisamente el tratar de delimitar cada uno de los eslabones psíquicos del proceso. Veamos entonces el modo en que, desde el *Enfoque Modular-Transformacional*⁴³⁻⁴⁶ se muestran las múltiples vías por las cuales se pueden generar los estados depresivos. La consecuencia clínica directa es que con ello podemos diferenciar subtipos entre los trastornos depresivos según los factores psicológicos intervinientes y, consecuentemente, podemos encarar intervenciones psicoterapéuticas que les sean específicas. Es esta una concepción de los trastornos depresivos que cuestiona determinadas hipótesis psicoanalíticas que hablan de una psicogénesis basada en la consideración de una o unas pocas condiciones causales y que, por el contrario, proclama la intervención de múltiples dimensiones que se interrelacionan influenciándose entre sí.

Así, partiendo de la obra de Bibring⁴⁷, cuando afirma que es la *impotencia y la desesperanza para la realización de un deseo significativo*, al cual el sujeto está intensamente fijado, el núcleo común de todo estado depresivo. Bleichmar desarrolla la idea de que a este estado afectivo puede llegarse por múltiples caminos, ninguno de los cuales es condición obligada.

a) A la depresión por acción de la agresividad

Es esta una condición largamente estudiada en psicoanálisis, ya sea como condición universalmente presente, este es el caso de la escuela kleiniana⁴⁸⁻⁵⁰, o como parte de un proceso. Sin embargo, la importancia del trabajo de Bleichmar es que permite entender cómo y por qué las distintas formas de agresividad son capaces de provocar sentimientos de desesperanza e impotencia para la realización del deseo⁴⁵. Para ello, separa los efectos de la agresividad cuando recae sobre el otro, ya sea sobre la representación que de él tiene el sujeto o sobre el objeto real, de aquellos casos en los que los efectos recaen sobre el propio sujeto, también separando que sea sobre su propia representación o sobre su funcionamiento real.

En el primer caso, se pierde el objeto, ya que al desgastarse éste internamente mediante la crítica corrosiva y la desvalorización que provoca la agresividad, se le está perdiendo en tanto objeto valorizado, como estimulante necesario para sostener el narcisismo del sujeto. Estos ataques conducen a un mundo vacío de objetos valiosos y estimulantes. Pero Bleichmar particulariza aún más esta situación cuando diferencia entre un ataque que recaiga sobre objetos que actúan como *posesiones narcisistas* o aquellos que son *objetos de la actividad narcisista*. Esta diferencia es introducida por Bleichmar en su trabajo de 1981 sobre el narcisismo²⁴, en él caracteriza las *posesiones narcisistas* como todo aquello, personas o cosas, con lo que se mantiene una relación tal que el mérito o las fallas del objeto en cuestión recaen sobre la representación del sujeto. Con la posesión narcisista existe una identificación parcial, exclusivamente en una de sus dimensiones, la de su valía, por ello no es necesario que sea una persona, pudiendo ser cualquier cosa. En el caso del *objeto de la actividad narcisista*, hablamos de aquel que permite realizar una actividad que otorga valoración narcisista al sujeto. Se trata del objeto-instrumento para una actividad narcisísticamente catectizada, sin el cual dicha actividad no puede llevarse a cabo, su actividad sería entonces equivalente a la desempeñada por el objeto de la pulsión, esto es, permite que alcance su meta. En resumen, todo ataque o descalificación a los objetos de la actividad narcisista deja un vacío en el sujeto para la puesta en actividad de las funciones que, dependiendo de ese objeto, contribuyen a sostener no sólo la autoestima sino, también, diferentes niveles de organización del psiquismo.

Pero la agresividad puede recaer sobre el objeto real y no sobre su representación, en ese caso se acaban destruyendo relaciones familiares y de amistad, relaciones laborales, oportunidades en la vida real; todo ello desemboca en situaciones de deterioro que dificultan que se puedan llevar a cabo deseos que son centrales para la persona.

En otros casos la agresividad se dirige contra la propia persona, en una actitud de permanente odio contra sí mismo. Lo cual provoca que ante la menor frustración el sujeto se castigue, en una constante hostilidad que va creando, en cada situación, el argumento que se usa para ir atacándose. El resultado final es la inhibición del yo, la producción de déficit yoicos, que coartan la posibilidad de realización de sus deseos.

b) A la depresión por la culpa

Para Bleichmar⁴⁵ los sentimientos de culpabilidad se sostienen en una estructura de la fantasía compuesta de varios componentes. Primero, una doble identidad que el sujeto atribuye al otro y a sí mismo. Segundo, el sujeto se representa como infractor de ciertos mandatos superyoicos. Tercero, y esto es lo esencial, el sujeto tiene que identificarse con el sufrimiento del otro, ya que sin identificación y amor por el objeto no hay culpa aunque se cumplan las condiciones anteriores.

En lo que respecta al origen de los sentimientos de culpabilidad, Bleichmar diferencia entre cuatro fuentes en las que puede beber la culpa. Primero, la culpa que se debe a *la cualidad de los deseos inconscientes*. Segundo, la culpa debida al tipo de *codificación que se hace de los impulsos y deseos*; es decir, ya que el ideal y la instancia crítica evaluadora son diferentes en cada persona, lo que queda señalado como agresivo o dañino es variable en cada sujeto y depende de su biografía. Tercero, la culpa *por identificación*, es decir, cuando el sujeto adopta una identidad básica global de ser malo o agresivo. Se trata de una representación inconsciente del sujeto como dañino desde la cual, a partir de ese prejuicio, se terminará concluyendo en cada oportunidad que se es malo. Cuarto, la *culpa defensiva* que Fairbairn⁵¹ denominó como *defensa moral*

y que es un medio ilusorio de conseguir un sentimiento de control sobre el curso de los acontecimientos y también como forma de aplacar al objeto.

Finalmente, Bleichmar recalca que la culpa produce depresión no sólo porque haga sentir indigno al sujeto o no satisfaga una imagen ideal con la que el sujeto desea identificarse, sino también porque puede activar conductas masoquistas de sometimiento a objetos patológicos que hacen al sujeto impotente para la consecución de sus deseos.

c) A la depresión desde los trastornos narcisistas

Se trata de aquellos casos en los que la depresión se produce por los sentimientos de frustración en el logro de aspiraciones narcisistas. Tomando los trabajos de Kohut⁵²⁻⁵⁴ plantea Bleichmar⁴⁵ los casos de depresión por falla estructural de los objetos parentales en la formación de un self cohesivo capaz de mantener la autoestima.

Es fundamental en estos casos la presencia del sentimiento de *vergüenza*, considerada como angustia narcisista en la intersubjetividad y no mero sentimiento de inferioridad por tensión entre el ideal del yo y una cierta representación del sujeto, es decir, por un conflicto intrapsíquico. Así, cuando el sujeto siente que dañó al otro podrá sentir culpa si su preocupación es básicamente por el bienestar del otro, culpa persecutoria si teme ser castigado por esa acción, y vergüenza si lo que predomina es el código narcisista en que la consideración de su valía está por encima de cualquier otra.

Por otro lado, Bleichmar²⁷ diferencia dos tipos de trastornos narcisistas: aquellos caracterizados por permanente baja autoestima o la dificultad para mantener sostenidamente una imagen valorizada del self; y aquellos caracterizados por un despliegue de omnipotencia, grandiosidad y denigración al objeto, todo ello mantenido gracias a una intensa escisión. En el caso del primer grupo, la depresión ocurre directamente por la pobre representación del sujeto, que le hace sentir que se es impotente, incapaz de alcanzar el objeto del deseo. O bien indirectamente como consecuencia de las defensas puestas en juego: no exposición a situaciones que producen temor o vergüenza, a contactos interpersonales y experiencias de aprendizaje etc., todo lo cual

puede llegar a provocar grandes déficit yoicos. En el caso del segundo grupo, la depresión no es crónica sino que irrumpe cuando se colapsa una grandiosidad que había servido para negar la realidad y las limitaciones personales.

d) A la depresión por la angustias persecutorias

Las angustias persecutorias, sean el temor al castigo de la retirada de amor o a las distintas formas de agresión verbal, corporal etc., son capaces de llevar a la depresión⁴⁵ por el camino indirecto de las consecuencias que tienen sobre el funcionamiento mental: perturbación de las capacidades cognitivas, de las sublimaciones, de las capacidades expresivas emocionales y relacionales, de las habilidades instrumentales etc.

También son causa posible de depresión las defensas que se activan para contrarrestarlas o disminuirlas. El que se ponga en marcha la agresividad, la evitación fóbica, los rituales obsesivos, determinados trastornos caracterológicos, entre otros, limitan seriamente las capacidades del sujeto. En este sentido, un circuito posible podría ser: *angustias persecutorias → evitación fóbica → inhibición → fracaso en los logros narcisistas → deterioro de la representación del self → depresión.*

e) A la depresión por identificación

Para Bleichmar⁴⁵, la identificación es factor de depresión de diferentes modos. Por vía indirecta como elemento estructurante para cada uno de los factores por los cuales se puede llegar a la depresión. Por vía directa mediante la identificación con padres depresivos se puede llegar a producir una verdadera organización del carácter depresivo. En este caso, la representación del sujeto como impotente para realizar lo deseado puede tener su origen en la identificación con otro significativo que, a su vez, se sintió impotente.

Se trata de los efectos que la transmisión, desde las *creencias matrices pasionales*¹ y desde los vínculos de tipo procedimental de mensajes y actitudes depresivas de impotencia, pueden tener para el sujeto, especialmente para los casos de depresiones de tipo caracterial. Se conoce bien cómo hay una correlación entre depresión parental y filial. Más allá de los innegables factores de transmisión genética, es evidente que estos casos derivan de la falta por parte de los padres de una respuesta adecuada hacia las necesidades emocionales de los hijos. También de la atmósfera de tristeza y culpa que generan. Pero para Bleichmar es necesario insistir en la identificación que el niño hace, como rasgo caracterológico, con la depresión parental.

Aunque es necesario insistir en que la identificación no sólo interviene en la construcción de una determinada representación del sujeto, sino también en la representación que se hace de la realidad, en el modo de aproximarse a ella y en lo que se espera de ella. Tomando el concepto freudiano de “culpa prestada”⁷, Bleichmar habla de, *sentimiento de impotencia y desesperanza prestada* por identificación con padres que así se sienten.

En ocasiones, la persona no se identifica con el otro sino con la imagen que el otro tiene de ella.

f) A la depresión por los déficit yoicos

En no pocas ocasiones, el sentimiento de impotencia para la realización del deseo⁴⁵ puede ser la consecuencia de un déficit real de recursos yoicos: capacidades cognitivas, captación de los estados emocionales de los otros, instrumentales de la organización del tiempo, habilidades para iniciar y mantener relaciones interpersonales etc.

Bleichmar plantea el variado origen de estos déficit, por ejemplo la identificación con las insuficiencias reales de los padres, ya que nadie puede incorporar de los personajes significativos aquello que éstos no poseen. También la simbiosis con esos objetos significativos que, por su propia

¹ La creencia matriz pasional es un concepto desarrollado por Bleichmar^{4, 55, 56} que hace referencia a los juicios emitidos sobre el sujeto y que se transforman en representaciones del sí-mismo, así como a las reglas transmitidas por los otros significativos para construir representaciones de uno mismo.

patología, tienden a usurpar funciones e impiden que se desarrollen en el otro, desde las más instrumentales a otras correspondientes a desarrollos de funciones psicológicas: la capacidad de mentalización, de desarrollar la intimidad etc.. Y ello porque el yo se desarrolla a partir de posibilidades madurativas, pero también a partir de las identificaciones y las interacciones con otro que permite y posibilita ese desarrollo.

g) A la depresión por efecto de la realidad externa

Sabemos que el acontecimiento vivido adquiere siempre su significación merced a la fantasía desde la cual se capta y, a su vez, que la fantasía no surge exclusivamente por pura generación intrapsíquica sino que hacen su contribución a ella los discursos parentales conscientes e inconscientes, más específicamente, las fantasías inconscientes de los padres, en un permanente proceso de ida y vuelta. Tomando en cuenta estos fenómenos, Bleichmar⁴⁵ no deja de considerar aquellas situaciones en las que la realidad resulta apabullante, jugando un papel decisivo en la creación del sentimiento de impotencia y desesperanza. Las situaciones son muy diversas: sometimiento, y no sólo en la infancia, a personas patológicas, tiránicas o agresivas; enfermedades serias e invalidantes; situaciones traumáticas; condiciones de abandono o desarraigo etc. Las mil formas de dolor físico y/o psíquico, se incorporan en el psiquismo como sentimiento de fondo que hace sentir a la persona que nada de lo que haga puede ser suficiente frente a la realidad, vivida como abrumadora.

h) Transformaciones entre los distintos circuitos que conducen a la depresión

Se puede llegar a la depresión a través de cualquiera de los circuitos mencionados de forma independiente. Sin embargo, siguiendo los encadenamientos de procesos propios a cada uno de ellos, Bleichmar^{57, 58} insiste en la posibilidad permanente de que estos circuitos se articulen y ello en forma de dos modalidades diferentes:

- como una *serie complementaria*, cuyos componentes sobredeterminan a la depresión, es decir, la depresión como el resultado de la participación simultánea de varios factores.
- Como una *serie secuencial*, en la que un circuito produce consecuencias y movimientos defensivos, los cuales, en un paso posterior, activan o inhiben otro circuito o grupo de circuitos, lo que, a su vez, activa o inhibe a otros, que pueden retroactuar sobre los precedentes.

Se producen una serie de pasos y circuitos que finalmente conducen a la depresión en sus múltiples formas. Resultan evidentes las consecuencias fructíferas que, para la puesta en marcha de intervenciones psicoterapéuticas específicas, tiene este modelo de articulación de componentes⁵⁹. La ventaja de conceptualizar de este modo las fuerzas que actúan en la génesis y mantenimiento de las depresiones es que permite entenderlas en término de procesos y no de categorías estancas, posibilitando penetrar en la descripción de cómo se pasa de un estado a otro, de las razones dinámicas de esas transformaciones, de los circuitos que se articulan para llegar a las mismas y para sostenerlas en el presente.

Finalmente quiero señalar que no sólo debemos tomar en cuenta el modo en que se ha producido el cuadro, sino también describir los procesos actuales que mantienen las condiciones generadoras de depresión.

Dos viñetas clínicas

Caso nº 1

Mujer de 42 años de edad, casada y que trabaja en el mundo financiero. Consulta por un cuadro depresivo que, categorialmente, podemos diagnosticar como *episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos* (F32.2, CIE-10), en el que predomina, además de un estado de ánimo intensamente decaído con tristeza persistente, una gran inhibición psicomotriz e intensos autorreproches. El factor desencadenante es una frustración laboral tras ser ascendida en su trabajo y “descubrir que era mucho para mi. No di la talla”.

En las primeras entrevistas, muestra una gran inhibición, le es muy doloroso expresar las emociones vividas alrededor de lo que para ella es un gran fracaso personal, durante muchas sesiones casi no habla, se muestra muy abatida y crítica contra sí misma. Cuando empieza a hablar de modo regular es para autoreprocharse, en ocasiones denigrándose con mucha dureza. Son pensamientos y sentimientos compulsivos que es incapaz de controlar, por momentos rozan características que se mueven entre lo obsesivo y lo casi delirante. Su funcionamiento mental está muy afectado: las capacidades cognitivas están muy disminuidas, también las capacidades relacionales (cuando la veo lleva de baja laboral dos meses). No refiere antecedentes somáticos ni psiquiátricos de interés, personales ni familiares. De su personalidad previa se describe como alguien que “siempre ha tenido que pelear por todo ... pero siempre he salido adelante”. Aprecio un gran nivel de exigencia hacia sí misma. Los datos de su biografía tardan meses en aparecer porque el relato siempre se ve infiltrado por el intenso nivel de los autorreproches. Voy sabiendo que su padre fue un humilde funcionario que ella describe como alguien muy recto pero cariñoso y siempre atento a ella “pero no pintaba mucho en casa ... Mi madre es quien ha llevado siempre las riendas ... nunca se sabía cómo iba a reaccionar ... por cosas muy pequeñas le montaba a mi padre o a mi grandes escenas en las que gritaba y tenía como ataques ... a mi me decía que tenía que salir adelante y no acabar como ella (aludía a su condición de ama de casa sin estudios) ... que el mundo era malo y tenía que tener armas para defenderme ... conmigo siempre fue muy fría”. Es hija única.

Se instaura en los primeros meses un tratamiento farmacológico (antidepresivo y neurolépticos a dosis bajas) y una postura psicoterapéutica de escucha empática con el fin de ayudarla a que se aplaquen los constantes autorreproches, los cuales le provocan un gran dolor y bloquean el funcionamiento de su psiquismo.

Caso nº2

C. es un paciente que me llega remitido con un diagnóstico de *episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos* (F32.2, CIE-10) y *Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol* (F10, CIE-10). Se trata de un hombre de 35 años que consulta tras un accidente de tráfico que se produce estando bebido y en el que agrede a los policías que quieren hacerle el control de alcoholemia. Este episodio, uno más de los episodios agresivos y de descontrol que ha tenido en los últimos años, le tiene al borde de una condena judicial y le coloca cercano al despido de su empresa (donde se mantiene por su buen trabajo, pero de la que no ha sido ya despedido por ser los dueños familiares suyos). Las secuencias afectivas que se ponen en marcha se repiten de dos maneras: la culpa de haber hecho algo mal, casi siempre el sentir que ha dañado a alguna de las personas de su entorno afectivo tras una crisis de rabia, que le hace sentirse muy dolido, destruye la representación que tiene de si mismo y le introduce en un episodio depresivo que le mantiene encerrado en su casa y en cama durante días o semanas; o bien, maneja ese sentimiento de malestar con una secuencia de conductas muy descontroladas y de carácter psicopático (consumo excesivo de alcohol, prostitución, juego patológico, etc.). Vivido todo ello de modo tenso, sin placer.

Desde la adolescencia, en su vida ha tenido varios episodios depresivos que duran entre semanas y meses y por los que ha recibido diversos tratamientos psicofarmacológicos, el primero de ellos con 20 años. Su biografía nos habla de una crianza turbulenta, su madre muere en un accidente cuando él tiene 9 años ... “era muy buena, yo era pequeño, pero creo que me entendía”. Desde entonces es criado por un padre impulsivo, con grandes cambios de humor ... “es cariñoso conmigo, pero tiene unos arranques terribles. No se sabe con él”. La nueva pareja de su padre es descrita como alguien anodino, con el que nunca ha tenido mucha relación.

A lo largo de todo el tratamiento siempre he mantenido el tratamiento antidepresivo que traía, aunque no siempre lo toma de un modo regular, en el último año he introducido fármacos que le ayuden a estabilizar el humor.

Trabajo psicoterapéutico diferenciado

Sin entrar en el análisis detallado de la complejidad de cada uno de estos procesos psicoterapéuticos, de todos los elementos que propician los dos cuadros clínicos, de todos los factores técnicos intervinientes en el abordaje de ambos casos, lo cual excedería los objetivos de este trabajo, quiero apuntar algunas características fundamentales de cada uno de ellos para poder ejemplificar la enorme utilidad clínica que supone contar con un modelo de trabajo como el *enfoque Modular-Transformacional* basado en considerar el psiquismo en toda la complejidad de sus elementos en interacción. En primer lugar quiero destacar cómo dos casos con diagnóstico categorial muy semejante, conllevan un muy diferente diagnóstico dimensional y cómo éste va a ser definitivo para poder poner en marcha estrategias psicoterapéuticas específicas.

Si pensamos en **el primer caso** estamos ante una vía de acceso a la depresión basada preferentemente en las angustias narcisistas. Existe una frustración en el logro de sus aspiraciones narcisistas y ahí se produce la ruptura de lo que en términos kohutianos podemos denominar como su self cohesivo, responsable en último término del mantenimiento de la autoestima. En esta paciente se da una permanente tensión entre su ideal, fuertemente inducido por unos mandatos maternos cargados de elementos persecutorios, y la propia representación de sí misma, de gran fragilidad^{II}. Los ideales que incorpora no sólo son desmesurados sino que están impregnados del tono rencoroso y a la defensiva de su madre. En relación a esto debemos pensar entonces en el factor de la identificación como otra de las vías que llevan a esta

^{II} Bleichmar desarrolla las dimensiones intervinientes en la consecución de lo que denomina como *balance narcisista*²⁸. Con ello, el autor se refiere al grado subjetivo, consciente e inconsciente, de satisfacción del sujeto consigo mismo y los efectos que ello tiene sobre la operatoria del psiquismo. Propone construir el polígono de fuerzas que intervienen en que se produzca uno u otro balance narcisista. En principio, habla del *triángulo básico del balance narcisista*, el cual se compone de tres vértices: en primer lugar *las representaciones*, en las diferentes áreas, que el sujeto tiene de sí mismo (lo que se ha considerado clásicamente como “yo representación” o representaciones del self). En segundo lugar, *el área de las ambiciones narcisistas*. En tercer lugar, *el grado de vigilancia, de autoobservación, de severidad o de tolerancia de la función crítica del superyó* en sus dos variantes: aquella que no tolera nada que se aparte de los ideales, ambiciones y normas; y aquella en el que la hostilidad hacia el propio sujeto es predominante, con una intencionalidad agresiva previa al proceso de autoevaluación. El ejemplo que ahora consideramos sería un buen ejemplo de la interacción entre estos elementos.

paciente a su ruptura depresiva. El trabajo analítico de este caso nos ha permitido desvelar cómo la identificación con los códigos maternos no sólo le ha proporcionado la construcción de una determinada representación de sí-misma, sino una representación de la realidad y del modo en que hay que acercarse a ella. Sometida a la presión narcisista que supone tener que conseguir metas profesionales cada vez más altas, cuando este progreso se detiene, incluso más en su fantasía que en la realidad, se produce la depresión narcisista con características muy persecutorias contra sí-misma; quizá como rememoranza de aquellas situaciones infantiles de sufrimiento en las que el temor a la retirada del amor por parte de una madre impredecible en lo emocional bloqueaba sus proyectos. Es decir, las angustias de tipo persecutorio resultan también relevantes en este caso. En definitiva, su colapso depresivo viene condicionado por una serie de causas en interacción. Lo que quiero subrayar es que lo importante de tener en cuenta las diferentes vías por las cuales se genera su cuadro clínico es el poder *deconstruir* los elementos intervinientes. En nuestro caso permite establecer el modo en que estas dimensiones mencionadas interaccionan entre sí y con el resto de las dimensiones psíquicas (agresividad, regulación psicobiológica, sistemas de defensa etc.), con el fin de poner en marcha estrategias psicoterapéuticas específicas. Por ello, en el planteamiento psicoterapéutico considero desde el primer momento la necesidad de contrarrestar la identidad asumida por la paciente, es decir, la existencia de unos mandatos superyoicos que provocan un modo muy destructivo de relación de la paciente consigo misma. Esto le provoca un gran sufrimiento pero, a la vez, son mandatos difícilmente cuestionables porque están narcisizados y contruidos como verdades absolutas. En realidad ambas características son las dos caras de una misma moneda ya que al provenir los mandatos del vínculo con su madre, y también de algunas de las características del vínculo con su padre en las que no entraremos ahora, aparecen como idealizados y, le resultan, por lo tanto, incuestionables. Por ello, enseguida queda claro que cualquier interpretación, o incluso señalamiento, que pongan en cuestión sus metas o ideales provocan una inmediata reacción defensiva y genera enormes resistencias. Es un camino cerrado que puede acabar con las posibilidades de continuar el tratamiento y que me obliga a poner en marcha un *minucioso proceso de reconstrucción*

histórica del origen y desarrollo de sus ideales y mandatos. Se trata de de que la paciente vea que ciertas verdades que le transmitieron no son verdades eternas, sino que se han adquirido poco a poco en un contexto histórico concreto, es decir, construidas bajo ciertas circunstancias y por la influencia de determinadas personas. Es decir, se trata de centrar la tarea en poner al descubierto la persecución (agresión) activa por parte de su superyó.

El segundo caso es de una complejidad terapéutica enorme. En los tres años que llevamos de tratamiento éste ha pasado por permanentes situaciones límite. Se suceden temporadas en las que es posible el trabajo psicoanalítico clásico que nos aproxima a la comprensión de su mundo psíquico, sus motivaciones, sus angustias y defensas, que nos permite entender los efectos que sobre él han tenido sus vínculos familiares, en especial la pérdida de su madre; con otras en la que todo se rompe cuando ocurre alguno de sus episodios de descontrol, en muchos casos influidos por haber consumido alcohol en exceso. Entonces tenemos que estar durante semanas atendiendo las consecuencias de lo ocurrido, tratando de que se recupere él y que se minimicen los efectos devastadores sobre el entorno (pérdida de sus relaciones de pareja, ruptura con familiares y conocidos, problemas laborales etc.). Este caso clínico es un buen ejemplo de cómo las transformaciones entre las diferentes vías que conducen a la depresión y su interacción con otras dimensiones del psiquismo pueden llegar a ser responsables del resultado final y también de las ventajas de tomar en cuenta los diferentes tipos de inscripciones y operatorias inconscientes. De este modo, quiero apuntar la forma en que he trabajado en este caso el modo en que se encadenan los diferentes elementos intervinientes, con especial mención a la articulación con el tipo de activación neurovegetativa que se da en este paciente. Así, en una primera aproximación resulta evidente que los factores que tienen que ver con sus heridas narcisistas y los efectos de la culpa, aunque ésta sea de poca utilidad en cuanto a las posibilidades de reparación y modificación de su conducta, ocupan un lugar preponderante en el cuadro clínico. Estos factores actúan en forma de serie complementaria, es decir, sobredeterminan el cuadro depresivo cuando participan simultáneamente en su causación. Esto me ha

llevado, a lo largo del tratamiento, a intervenir permanentemente sobre los contenidos, ya que me parece necesario que ponga palabras a sus secuencias emocionales descontroladas, que comprenda que tras ellas se esconde una secuencia de significados que ayudan a ponerlas en marcha. Sin embargo, los efectos de este tipo de intervención son limitados, ya que en este paciente se produce un tipo de inscripción y operatoria inconsciente que está más allá de los efectos que la cognición tiene a la hora de activar determinados estados o secuencias emocionales, por el contrario, buena parte de su descontrol tiene que ver con el proceso inverso en el que los diferentes estado afectivos se van retroalimentando unos a otros y, sólo en un segundo momento, se van dotando de contenido ideativo. Efectivamente, a lo largo del tratamiento hemos acumulado datos sobre su identificación con los modos impulsivos y descontrolados emocionalmente de su padre, con sus formas procedimentales de actuación. La propuesta técnica entonces es la de intervenir sobre el modo e intensidad emocional con que son vividos dichos contenidos. El objetivo es ayudarle a contactar con los sentimientos intervinientes, con todos los intervinientes, a conocerlos individualmente y en la secuencia en la que se inscriben, tratando de dilucidar los factores comunes a todos los episodios, mostrando mediante el trabajo minucioso de episodios emocionales, sobre ejemplos muy concretos, que las situaciones vitales variaban, pero la secuencia de emociones era básicamente la misma. Todo ello a modo de una *reconstrucción emocional* que permita un diálogo emocional interior, es decir, dejar de lado las motivaciones subyacentes y centrarnos en sacar a la luz la secuencia de sentimientos tal y como se producen en sus episodios de pérdida de control.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bleichmar H. (1990). *Respuesta al reduccionismo en psicopatología: un modelo generativo de articulación de componentes*. Actualidad psicológica. 170: pgs. 2-6.
2. Bleichmar H. (1997). Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Barcelona, Paidós Ibérica.

3. Bleichmar H. (2005) Consecuencias para la terapia de una concepción modular del psiquismo: *Aperturas Psicoanalíticas*. <http://www.aperturas.org>. **No.21 (diciembre)**
4. Bleichmar H. (2001) El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes: *Aperturas Psicoanalíticas*. <http://www.aperturas.org>. **No.9 (Noviembre)**
5. Bleichmar H. (1999) Fundamentos y aplicaciones del Enfoque Modular-Transformacional: *Aperturas Psicoanalíticas*. <http://www.aperturas.org>. **No.1 (Abril)**
6. Freud S. (1915): *Lo inconsciente*. En. Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu. **vol. XIV**.
7. Freud S. (1923): *El yo y el Ello*. En. Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu. **vol. XIX**.
8. Bleichmar H. (1997): *Desactivación sectorial del inconsciente y la Untergang freudiana*. En: Lo reprimido, lo no constituido y la desactivación sectorial del inconsciente: intervenciones terapéuticas diferenciadas. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona Paidós Ibérica.152-156.
9. Freud S. (1924): *El sepultamiento del complejo de Edipo*. En. Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu. **vol. XIX**.
10. Méndez Ruiz JA, Ingelmo Fernández,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.
11. Bleichmar H. (1997): *Formas de reduccionismo en psicopatología*. En: El reduccionismo en psicoanálisis: el modelo doctrinal especulativo. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.17-20.
12. Morin E. (1977). La méthode: 1. La nature de la nature. Paris, Du Seuil.
13. Bleichmar H. (1997): *Una alternativa: el modelo modular-transformacional*. En: El reduccionismo en psicoanálisis: el modelo

- doctrinal-especulativo. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.20-35.
14. D.S.M.-IV. (1995). Criterios diagnósticos (A.P.A.). Barcelona, Masson.
 15. C.I.E.-10. (1992). Trastornos mentales y del comportamiento (O.M.S.). Madrid, Técnicas gráficas FORMA.
 16. Bleichmar H. (2000) Aplicación del enfoque Modular-Transformacional al diagnóstico de los trastornos narcisistas: *Aperturas Psicoanalíticas*. <http://www.aperturas.org>. **No.5 (Julio)**
 17. Guimón J, Mezzich, J.E., Berrios, G.E. (1989). Diagnóstico en psiquiatría. Barcelona, Salvat Editores.
 18. Bleichmar H. (1997): *El reduccionismo en psicoanálisis: el modelo doctrinal especulativo*. En. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.13- 33.
 19. Bleichmar H. (1997): *El masoquismo*. En. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.81-117.
 20. Bleichmar H. (1997): *El modelo Modular-Transformacional y los subtipos de depresión*. En. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.35-81.
 21. Bleichmar H. (1997): *La agresividad: variantes y especificidad de las intervenciones terapéuticas*. En. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.221-243.
 22. Bleichmar H. (1997): *La modificación terapéutica del superyó*. En. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.275-303.
 23. Bleichmar H. (1997): *Psicoterapia del duelo patológico*. En. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.303-321.
 24. Bleichmar H. (1981). El narcisismo. Estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente. Buenos Aires, Nueva Visión.

25. Bleichmar H. (1997): *Psicoterapia de los Trastornos Narcisistas*. En: Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.243-274.
26. Bleichmar H. (1997): *El balance narcisista: polígono de fuerzas*. En: Psicoterapia de los trastornos narcisistas. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.248-250.
27. Bleichmar H. (1997): *Subtipos de trastornos narcisistas*. En: Psicoterapia de los trastornos narcisistas. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.243-248.
28. Bleichmar H. (1997): *El balance narcisista intrapsíquico y su relación con el objeto externo*. En: psicoterapia de los trastornos narcisistas. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.250-254.
29. Bleichmar H. (2005). Psicoterapia de los trastornos paranoides. Curso de Formación de Psicoterapeutas de la Sociedad FORUM de Psicoterapia Psicoanalítica; Madrid, (22 de octubre).
30. Bleichmar H. (1997): *Elaboración del duelo: el tratamiento*. En: Psicoterapia del duelo patológico. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.319-320.
31. Bleichmar H. (1997): *Funciones que el objeto perdido cumplía para el sujeto*. En: Psicoterapia del duelo patológico. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.305-307.
32. Bleichmar H. (1997): *La pérdida del objeto interno*. En: Psicoterapia del duelo patológico. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.313-315.
33. Bleichmar H. (1997): *Estados emocionales y angustias: el sistema de alerta y emergencia*. En: Algunas dimensiones para un modelo modular-transformacional en psicopatología y psicoterapia. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.329-3334.
34. Bleichmar H. (1997): *Dos teorías sobre la relación entre angustia y deseo*. En: Lo reprimido, lo no constituido y la desactivación sectorial del

- inconsciente: intervenciones terapéuticas diferenciadas. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.172-175.
35. Bleichmar H. (1997): *Las angustias de desintegración y fragmentación*. En: Algunas dimensiones para un modelo Modular-Transformacional en psicopatología y psicoterapia. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.338-341.
 36. Bleichmar H. (1997): *Apaciguamiento de la angustia*. En: Lo reprimido, lo no constituido y la desactivación sectorial del inconsciente: intervenciones terapéuticas diferenciadas. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.122-125.
 37. Bleichmar H. (1999) El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque Modular-Transformacional: *Aperturas Psicoanalíticas*. <http://www.aperturas.org>. **No.3 (Noviembre)**
 38. Bleichmar H. (1997): *Subtipos de masoquismo*. En: El masoquismo. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.83-90.
 39. Bleichmar H. (1997): *Superyó normativo y superyó indiferenciado*. En: La modificación terapéutica del superyó. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.277-279.
 40. Bleichmar H. (1997): *Mandatos superyoicos morales y narcisistas*. En: la modificación terapéutica del superyó. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.283-286.
 41. Bleichmar H. (1997): *Resistencias a la modificación del superyó*. En: la modificación terapéutica del superyó. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.288-291.
 42. Bleichmar H. (1997): *Modificación del superyó: la desidentificación*. En: La modificación terapéutica del superyó. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.291-294.
 43. Bleichmar H. (1976). La depresión. Un estudio psicoanalítico. Buenos Aires, Nueva Visión

44. Bleichmar H. (1996). *Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment*. International Journal of Psycho-Analysis. **77(5): 935-961**.
45. Bleichmar H. (1997): *Diferentes caminos de entrada a la depresión*. En: El modelo Modular-Transformacional y los subtipos de depresión. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.43-62.
46. Bleichmar H. (2003) Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico: *Aperturas psicoanalíticas*. <http://www.aperturas.org>. **No.14 (Julio)**
47. Bibring E. (1953). The mechanism of depression, en P. Greenacre (comp.), Affective disorder. New York, International Universities Press
48. Klein M. (1935): *A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states*. En. The writings of Melanie Klein. London, Hogarth Press (1985) **Vol. I**.
49. Klein M. (1937): *Love, guilt and reparation*. En. The writings of Melanie Klein. London, Hogarth Press (1985). **Vol. I**.
50. Klein M. (1957): *Envy and gratitude*. En. Envy and gratitude and other works. London, Hogarth Press and the Institute of psychoanalysis (1984).
51. Fairbairn WR. (1952). Psychoanalytic Studies of the Personality. Londres, Tavistock
52. Kohut H. (1971). El análisis del self. Buenos Aires, Amorrortu.
53. Kohut H. (1977). La restauración del self. Buenos Aires, Amorrortu.
54. Kohut H. (1984). ¿Cómo cura el psicoanálisis? Buenos Aires, Paidós.
55. Bleichmar H. (1986). Angustia y fantasma: matrices inconscientes en el más allá del principio del placer. Madrid, Adotraf.
56. Bleichmar H. (1997): *Trabajo terapéutico con las creencias matrices pasionales*. En: Lo reprimido, lo no constituido y la desactivación

sectorial del inconsciente: intervenciones terapéuticas diferenciadas. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.138-145.

- 57.** Bleichmar H. (1997): *Transformaciones entre los distintos circuitos que conducen a la depresión*. En: El modelo Modular-Transformacional y los subtipos de depresión. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.62-63.
- 58.** Bleichmar H. (1997): *Utilidad del modelo modular de articulación de componentes*. En: El modelo Modular-Transformacional y los subtipos de depresión. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.63-66.
- 59.** Bleichmar H. (1997): *Consecuencias para la terapia del modelo Modular-Transformacional de la depresión*. En: El modelo Modular-Transformacional y los subtipos de depresión. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, Paidós Ibérica.66-69.

(*) Doctor en medicina. Especialista en psiquiatría.

Especialista Universitario en Clínica y Psicoterapia psicoanalítica.

Miembro didacta y profesor de la sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica en temas de técnica psicoanalítica. Autor de artículos sobre tratamiento psicoanalítico de trastornos borderline y adicciones, sobre nuevas técnicas de análisis de los sueños, sobre la interrelación entre neurociencias y psicoanálisis, entre otros.