

La relación terapeuta-paciente desde el enfoque Modular-Transformacional de psicoterapia psicoanalítica

M^a Dolores J. Díaz-Benjumea (*)

Resumen

Se presenta la visión propuesta desde el enfoque Modular-Transformacional de psicoterapia psicoanalítica sobre la relación terapeuta-paciente y su función en el cambio terapéutico. Se recopilan las aportaciones del autor del enfoque, Hugo Bleichmar, a lo largo de sus trabajos. Se empieza analizando las funciones terapéuticas del vínculo, luego se analiza la concepción de los procesos de transferencia-contratransferencia, y finalmente se describe una diversidad de formas específicas de vínculo dirigidas a distintos cuadros psicopatológicos.

Palabras clave: enfoque Modular-Transformacional, relación terapéutica, vínculo terapéutico, transferencia-contratransferencia.

El enfoque Modular-Transformacional de psicoterapia psicoanalítica desarrollado por Hugo Bleichmar aporta una visión compleja de la mente, proponiendo que el psiquismo no funciona de un modo homogéneo sino que está compuesto de múltiples componentes o módulos que procesan en paralelo, de origen independiente, pero que se relacionan entre sí influenciándose y produciendo transformaciones unos en otros. La aplicación de este principio de modularidad es manifiesta en el planteo de que existen diversos sistemas inconscientes: lo reprimido, lo no desarrollado, lo desactivado, y el inconsciente primario basado en la memoria procedimental y nunca simbolizado. Del mismo modo se plantea que existen múltiples sistemas motivacionales: de auto-heteroconservación, narcisismo, apego, sensual-sexual, de regulación psicobiológica. Se plantea también la existencia de múltiples tipos de operatorias o modos de procesamiento entre afectos, ideas y reacciones somáticas. Finalmente y en consecuencia, se plantea también una visión de psicopatología en la que el diagnóstico categorial ha de completarse con un análisis dimensional, esto es una exploración de los componentes del psiquismo, tanto a nivel de contenidos como de procesos, analizando los pasos mentales recorridos hasta llegar al resultado del cuadro psicopatológico presente. Y en consecuencia también, el tratamiento que se propone se caracteriza por la especificidad según la persona a la que se dirige: su cuadro psicopatológico, su estructural caracterológica, su historia y su momento vital. Tanto a nivel de contenido de interpretación como de forma de vínculo y de comunicación no verbal, se huye de las visiones monocordes y se aplican técnicas múltiples y modos específicos de intervención.

Me limito aquí a este conciso resumen porque para una explicación más detallada de los fundamentos de este enfoque sobre teoría y técnica psicoanalíticas puede consultarse el artículo de Méndez Ruiz (2009), publicado en el número anterior de esta revista.

La importancia del vínculo terapeuta-paciente en el enfoque Modular-Transformacional es primordial por diversas causas. En primer lugar por la asimilación que se hace en esta aproximación de los múltiples sistemas de memoria descritos por la psicología cognitiva y la neurociencia, la cual ha llevado a poder conceptualizar como memoria procedimental muchos fenómenos clínicos inconscientes, tanto intrapsíquicos como intersubjetivos. Uno de

los modos en que más se manifiesta el saber procedimental es en las reacciones y acciones en la relación con el otro. Por consiguiente, tanto como elemento de exploración que nos da información sobre los esquemas relacionales del paciente, como también por ser un elemento productor de cambio directo del inconsciente a través de la vivencia en la terapia de una modalidad de relación nueva, el vínculo es un factor terapéutico básico.

En segundo lugar, porque el enfoque hace una lectura compleja no sólo de lo intrapsíquico, sino de lo intersubjetivo, y por tanto se inscribe dentro de una visión de que lo que ocurre entre dos personas se debe siempre a ambos psiquismos, y por tanto ambos inconscientes, no sólo uno de ellos-el paciente-frente a otro supuestamente neutro-el analista. Por consiguiente lo que emerge con cada nuevo vínculo siempre contiene algo nuevo.

A continuación expondré las aportaciones de Bleichmar sobre la relación terapeuta-paciente, las cuales están distribuidas en muchas de sus obras. Me basaré para ello en sus últimos trabajos, así como en el reciente libro de Méndez e Ingelmo (2009) sobre la obra de Bleichmar, obras todas citadas en la bibliografía de este artículo. En mi exposición analizaré primero cómo concibe el autor la relación terapéutica y su importancia como motor de cambio en el tratamiento, después abordaré su concepción de los procesos de transferencia y contratransferencia, y finalmente describiré algunas modalidades de vínculo específicas con las que se muestra la importancia que tiene dentro del enfoque Modular-Transformacional el trabajar de modo diferente según sea el cuadro psicopatológico, la estructura de la personalidad y el momento del proceso terapéutico. Intentaré transmitir que en esta aproximación el énfasis en la especificidad del abordaje terapéutico se aplica también al tipo de relación que debe establecerse con el paciente para que el tratamiento sea productivo.

El vínculo terapeuta-paciente como productor de cambio en la terapia

Sostiene Bleichmar (1999b) que hay cuatro dimensiones del “estar con” el otro: afectiva, cognitiva, instrumental y corporal, y en la relación analítica se reducen a las tres primeras. La relación analítica está marcada por el contenido y el ritmo de la afectividad, por la labor compartida (la alianza de trabajo), por la consonancia o disonancia de los estilos cognitivos, y todo ello influye en la posibilidad de que se produzca un sentimiento de intimidad, con su placer y sus ansiedades, dentro del tratamiento.

La relación terapeuta paciente cursa no sólo a través de palabras, sino que se produce a través de entonación, gestos, actitudes latentes, en resumen por todo lo que se transmite por vía procedimental. Entre paciente y terapeuta se produce una mutua comunicación no verbal, emocional, que lleva a momentos de sintonización (entonamientos, en términos de Stern, 1985) y a momentos de ruptura del entonamiento, de desconexión, que siempre son producto no sólo de lo que se ha dicho, sino de lo que se ha transmitido por los canales no verbales.

El carácter del vínculo entre analista y paciente no es estático sino que pasa por muchas etapas y cambia a lo largo del proceso del tratamiento. Unas motivaciones se vuelven más importantes y otras se desactivan. Pero no sólo a través del tiempo, sino que en un mismo momento se pueden dar distintas formas de vincularse.

Dos mecanismos productores de cambio

Bleichmar (2001) identifica dos tipos de cambio en el tratamiento, el que se produce a nivel de conocimiento declarativo y a nivel procedimental. A nivel declarativo tenemos el cambio de los esquemas cognitivo-afectivos, esquemas incorporados en un tipo de memoria que puede hacerse consciente porque está constituida por inscripciones simbólicas de imágenes o palabras. A nivel procedimental, tenemos el cambio de los esquemas de acción y dentro de estos, en el campo del psicoanálisis nos interesan especialmente los tipos de esquemas de acción en la relación con los otros, reacciones ante el otro y acciones que provocan en el otro reacciones determinadas (Lyons-Ruth, 1999). Es la diferencia entre saber qué y saber cómo, que Bleichmar reformula como *saber hacer* y *saber sobre el saber hacer*. El conocimiento declarativo puede ser recordado, pero el conocimiento procedimental sólo puede ser actuado, por eso en el tratamiento este conocimiento sólo se recupera como actuación en la relación y no a través de escuchar la narrativa del paciente dado que éste no puede incluir en su narrativa- no sólo la consciente sino también la inconsciente- aquello que no ha sido simbolizado. En consecuencia, para el cambio a nivel procedimental el vínculo con el terapeuta, la relación emocional en la transferencia, es esencial como factor de transformación. Se trata de explorar en todo momento el tipo de vínculo que se tiene con el paciente y de poder generar tipos de vínculos y formas de relacionarse con él que favorecerán que se produzca cambio procedimental, que promoverán el cambio de esquemas relacionales inconscientes. Lo que no quiere decir que una vez que el terapeuta detecta una forma del paciente de relacionarse inscrita en éste en forma de memoria procedimental, el señalamiento al paciente de aquello de lo que nunca supo no tenga un importante valor para el cambio. Es, precisamente, el otorgar palabras a lo no simbolizado lo que permite que el paciente tenga acceso a la posibilidad de modificar algo que nunca supo que existía. El cambio mediante la relación y el cambio mediante la interpretación son componentes esenciales del proceso terapéutico, como lo veremos con más detalle a continuación.

Interpretación frente a relación, una aparente dicotomía

En la literatura psicoanalítica se han planteado en general dos grandes vías de cambio en la terapia, la interpretación por un lado, y el vínculo en sí mismo por otro, y esto ha dado lugar a autores que enfatizan uno u otro factor como principal. Frente a esta cuestión, Bleichmar va más allá de la discusión sobre si lo que cambia es la interpretación que hace consciente lo inconsciente, o el tipo de relación que se establece con el paciente. Para el autor todas las intervenciones son necesarias y el énfasis depende del momento en el proceso terapéutico.

Pero además, Bleichmar (2004) establece un puente entre ambos factores al argumentar lo siguiente. La interpretación para él es productora de cambio por dos razones. En primer lugar, la interpretación produce cambio si es congruente con el psiquismo del paciente, o bien libera al paciente de ansiedad, de sentimientos de culpa, o bien de obstáculos para su disfrute sensual/sexual, etc. En segundo lugar, la interpretación ubica al paciente en una posición determinada respecto al analista, estructura la relación. Por eso, sostiene el autor, *la interpretación también es relación*. La interpretación además implica siempre la subjetividad del analista, sus preferencias sobre el sentir, el pensar y el actuar del paciente, incluso sin la intención y sin la conciencia de aquél. Con esto el autor no pretende borrar la diferencia entre interpretación y vínculo como motor de cambio, pero sí enfatiza que los límites no son claros, que no son dos factores independientes sino entrelazados.

Bleichmar (2001) diferencia lo que el analista dice, lo que el analista hace, y lo que el analista estimula que el paciente haga. *Lo que el analista dice* trata del contenido de su

interpretación, que puede ser más o menos acertado respecto a lo que ocurre en el psiquismo del paciente, y que puede ser más o menos oportuno en el tiempo, según si es dicho en un momento en que el paciente puede asimilarlo o no. Pero por otra parte está *lo que el analista hace* cuando interpreta, cuando habla, cuando interviene en general, que se refiere a lo que produce en el otro con su intervención. Lo que el analista hace no depende de su esquema teórico solamente, sino también de sus propias necesidades emocionales, de las motivaciones propias que están en juego cuando interviene. Esto, sostiene el autor, es lo que más reprime el propio terapeuta en el tratamiento, lo que más nos cuesta percibir, y la solución no está en autoinculparnos por ello ya que es algo inevitable, sino en tomar la actitud de preguntarnos continuamente cómo influye nuestra intervención en el vínculo, qué relación hay entre nuestra intervención y la transferencias que se movilizan en el paciente; o sea, promover una actitud de autorreflexión y autocuestionamiento de modo que saltemos continuamente entre vivir la relación y observarla. Tenemos que preguntarnos qué identidades estamos adoptando cuando decimos algo al paciente (la de padre o madre y de qué tipo, la de amigo, de aplacador o perseguidor, la de perseguido asustado o la de seductor para ser idealizado, la de maestro que transmite verdades, etc.). Tenemos que preguntarnos qué deseos y qué defensas nuestros activan esas identidades, si por ejemplo estamos huyendo de plantear un conflicto en el vínculo porque nos causa ansiedad, si estamos adoptando una posición de apaciguador porque tememos la agresividad del paciente, si adoptamos el papel de calmantes de la ansiedad o de la culpa de éste porque no podemos verlo angustiado, o triste... Se trata en fin de adoptar la misma posición que le pedimos al paciente, con nosotros mismos, la de observador de nuestro propio psiquismo.

Cuestionamiento del beneficio terapéutico de la neutralidad afectiva

Siguiendo con lo anterior, cuando el paciente ofrece resistencia en el tratamiento, tenemos que plantearnos que éstas serán de distintos tipos, una puede basarse en un rechazo a lo que se le dice, al contenido temático, pero otras pueden deberse al tipo de vínculo que se establece con el otro. Se puede vivir al otro como que avasalla, que se entromete, que humilla o desprecia, que traumatiza, que controla, que presiona... Esto lleva a plantear el tema de la supuesta neutralidad. Los analistas que abogaban por la neutralidad en general niegan este tipo de resistencias, porque niegan la influencia de su propia actitud en el paciente, pensando que es posible adoptar una postura neutra en la que esta influencia sea nula, que no exista, la clásica teoría de la pantalla en blanco.

Bleichmar (1997) diferencia entre una neutralidad valorativa y una neutralidad afectiva; con la primera hay que ser muy cuidadoso, pero la segunda ni es posible ni por otra parte es conveniente de modo general. La neutralidad afectiva no existe, porque incluso un analista que no intervenga, que se quede en silencio, está haciendo algo que tiene un efecto específico sobre el paciente. Y por otro lado, es muy discutible que lo mejor para el paciente sea siempre que el analista oculte sus sentimientos. La neutralidad para Bleichmar no solo se cuestiona porque se vea imposible, sino porque puede ser claramente iatrogénica. Ante una persona insegura y con sentimiento de desvalorización, un analista silencioso, pasivo, que intervenga poco y no conteste preguntas, puede transmitir abandono, desprotección, y provocar en el paciente el sentimiento de que, una vez más, es inadecuado.

Bleichmar (2001) muestra claramente esto en una viñeta clínica sobre el tratamiento de una paciente desvitalizada. En la terapia se hizo una reconstrucción histórica de los vínculos con sus padres que fueron los que generaron su profundo sentimiento de inadecuación personal y de falta de esperanza en provocar en el otro reconocimiento. Pero lo transformador no fue

esta reconstrucción histórica, sino que en el proceso fue emergiendo otra imagen de sí misma producto del vínculo terapéutico con un analista que creía profundamente en que la paciente podía cambiar, que se implicaba en el vínculo, que intervenía activamente hablando de los proyectos y miles aspectos de la vida cotidiana de la paciente, manifestando con todo ello un compromiso emocional que para ella tuvo el significado vivencial de que podía ser valiosa y ocupar la mente de un otro significativo. Además, Bleichmar sostiene que el hecho de que él expresara su propia emocionalidad y se permitiera mostrar su entusiasmo y también su confrontación con cierta vehemencia fue haciendo participar a la paciente en un vínculo que era vitalizante, en el cual incluso el desafío y el desencuentro narcisiza porque afirma la propia posición del paciente como alguien que tiene derecho y posibilidad de cuestionar, de polemizar, y que tiene ideas que merecen atención e implicación.

Para el autor, el diálogo analítico no se limita al estereotipo de hacer asociar al paciente para luego interpretarle, sino que por el contrario debe tomar la forma de una conversación en la que se reflexione sobre los procesos mentales del paciente, a la vez que se buscan explicaciones sobre los contextos en que se desarrollaron, las condiciones en las que el sujeto creció, las identificaciones que hizo, las defensas que fue adoptando, etc.

En este diálogo, es necesario acudir a técnicas variadas y múltiples con el fin de hacer revivir al paciente experiencias concretas. Dice el autor “(la psicoterapia) No es una cuestión de poner en palabras lo vivido, es cuestión de vivir de otra manera, con palabras incluidas, una cierta experiencia, en donde la palabra forma parte de la experiencia pero no es la experiencia total, porque están los niveles de memoria procedimental que resultan ser tan importantes como la palabra” (2001).

Los conceptos de valencia motivacional y de transformación referenciada

Bleichmar (2004) enlaza el tema de los mecanismos que producen el cambio con su concepción de los múltiples sistemas motivacionales. El planteamiento es que tanto en la interpretación como en el vínculo, si una intervención tiene éxito es porque ofrece al sujeto algo que tiene más peso o valencia motivacional que su forma habitual de representarse a él y a su mundo, de su forma de sentir, de actuar y de relacionarse. El autor señala que al concebir de este modo la intervención terapéutica la ubicamos dentro de un modelo dinámico, no sólo cognitivo. No es saber más lo que fundamentalmente cambia, por más que sea importante, sino que este saber vaya en la dirección de alguna de nuestras motivaciones en un grado mayor de lo que van las formas de ser aprendidas y automatizadas, es decir, que para superar el automatismo de una modalidad de ser, de sentir, de pensar y de actuar, para reemplazarla por otra, ésta debe proporcionar al paciente algún tipo de ventaja/placer mayor que la automáticamente repetida hasta ese momento

Por otro lado, con *transformación referenciada* Bleichmar se refiere al mecanismo por el cual el paciente se va acomodando, se va modificando tomando como punto de referencia un indicador externo o interno, contrastando continuamente un estado de él con un referente que le sirve de guía al cual se va aproximando. Un modelo de esto es lo que ocurre en los intercambios afectivos entre el bebé y su cuidador, y que se puede aplicar también a la relación terapéutica. La transformación referenciada es un proceso que ocurre fuera de la conciencia y que fundamenta la identificación del infante y también del adulto con sus otros significativos. Es el proceso por el cual se aprenden los sonidos que son capaces de pronunciar los hablantes de las distintas lenguas y que hace que, sin ninguna conciencia, sea capaz de adoptar las posiciones –laringe, lengua, labios, etc. - que genera ciertos

sonidos peculiares de cada lengua. Es un proceso no sólo cognitivo, sino afectivo, el sujeto va adaptando su emocionalidad para acercarse a la figura que es su guía, bloqueando o suprimiendo emociones, o bien hiperdesarrollándolas. La vida emocional y motivacional es construida desde el comienzo en consonancia con el vínculo que tiene el sujeto con sus figuras significativas. Los deseos del analista pasan a ser guías, al igual que sucede en la infancia, para ser incorporados por el paciente –más allá que el analista desee o no que ocurra, que niegue la evidencia que los tiene.

En este contexto la resistencia puede verse ya no como algo exclusivo del paciente sino como una discordancia entre las metas internas del paciente, dentro de las que se incluyen sus automatismos de reacción y actuación, y las metas que plantea el analista, consciente o inconscientemente.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se trata entonces de que para que una intervención sea efectiva no sólo tiene que dar en el clavo, que ser verdadera, y que se produzca en el momento adecuado, sino que el paciente tiene que obtener un beneficio de ella desde algún sistema motivacional que sea más importante que los beneficios que aporten las formas antiguas de ser y actuar. No sólo depende de la verdad de la intervención, sino de la experiencia afectiva que aporte.

Esto es aplicable tanto a la interpretación como a la relación. El vínculo ha de aportar al paciente un bienestar mayor que otras formas anteriores de vincularse, de acuerdo a sus sistemas motivacionales.

En una viñeta Bleichmar (2004) ilustra esta propuesta teórica. Trata de un paciente con un narcisismo destructivo, que manifestaba agresividad tanto fuera del tratamiento como en éste, con intensa hostilidad en el vínculo con el analista, con sentimientos de sometimiento cuando se trataba de aceptar las intervenciones de éste y poniéndose en el papel del que humilla para no ser el humillado. El autor encara al paciente en primer lugar transmitiéndole su comprensión de que el origen de su comportamiento está originado en una infancia en que sufrió humillación por una madre arbitraria, y mostrándole también cómo en el presente ha necesitado ubicarse él como agresor y poner al otro en la posición que él mismo había sufrido. Comprende que además necesita compartir con él su código paranoide bajo el cual el paciente miraba todo. Pero también en determinado momento la intervención consistió en decirle al paciente que siempre había estado tan ocupado mirando las intenciones de los demás que eso le había impedido reflexionar sobre su propia mente, y que colocarse como observador de sus propios pensamientos y preguntarse por las necesidades emocionales que los hacían surgir sería un progreso decisivo para él, aunque nada fácil. O sea, el cambiar, el esforzarse por abandonar su visión paranoide, fue dotado de placer narcisista. Otra intervención consistió en decirle que siempre se había sentido muy diferente a los padres pero que, sin embargo, parecía tener con ellos algo en común, el desconocer que la realidad podía ser vista de muchas maneras, de modo que él tenía el mismo fanatismo del que criticaba a sus padres, aunque fuera para expresar ideas opuestas. En este ejemplo, ambas intervenciones conllevaban una apelación al narcisismo del paciente para promover el cambio, aportando así peso motivacional a la interpretación.

Veamos otra ilustración clínica de Bleichmar (2001) donde se muestra este aspecto, además de otros. Es el caso de una paciente que daba gran valor narcisista a su propia grandiosidad y exhibicionismo, a pesar de que le traían grandes problemas. El autor sostiene que mientras que la paciente no recibiera un placer alternativo que compensara el que se le

pedía que abandonara, seguiría con esos rasgos. En este caso el valor nuevo que le fue aportado consistió en apoyarse en el amor de transferencia, el hacer algo para obtener el amor de alguien a quien se valora, el terapeuta. Esto, dice el autor, es lo que produjo el cambio. Pero esto consistió en un progreso parcial, porque se conserva la dependencia frente al analista igual que antes la tenía respecto a su madre, y la paciente tuvo que vivenciar que el analista la estimaba con independencia del cambio que había realizado y de que adoptase criterios suyos sobre lo sano y lo enfermo, para que el cambio se hiciera estructural.

El acoplamiento de experiencias

El acoplamiento de experiencias (Bleichmar, 2004) es un proceso en el cual una vivencia o estado del self se da a la vez que se está dando otro. Por ejemplo, en un caso se narra la experiencia de una paciente que, cuando se repetía en el tratamiento el relato de sus conductas agresivas o exhibicionistas vanagloriándose de ellas, al mismo tiempo que tenía esas vivencias de exaltación narcisista –de placer- se daba una nueva experiencia producida tanto por la interpretación como por la actitud general del analista, en la que se desvalorizaba la conducta de exaltación narcisista exhibicionista, quedando así lo placentero antiguo acoplado a una sensación no placentera. La interpretación por tanto no actúa por el valor semántico en sí, no porque describa los mecanismos del paciente en términos cognitivos, sino por el valor afectivo que genera un significado y una valoración distintos dentro del vínculo terapéutico. El paciente vive a nivel profundo “esto no es válido para esta persona que significa tanto para mí”.

Teniendo en cuenta el conocimiento sobre la memoria con el que hoy día contamos, para que se produzca cambio es necesario provocar la vivencia de un estado afectivo, o sea un recuerdo vivenciado fuertemente, y a su vez asociar ese estado recordado con otras experiencias recordadas o bien otras experiencias nunca vividas anteriormente pero experimentadas en la relación de la terapia. En una viñeta clínica, Bleichmar (2004) expone el caso de una paciente con trastorno narcisista por déficit de narcisización o baja autoestima. En esta paciente no resultó suficiente reasegurarla, ni recordarle sus logros o méritos, ni tampoco tratar de mostrar que la inferioridad correspondía a falsas creencias, porque todas estas intervenciones reaseguradoras quedaban escindidas de las experiencias dolorosas y traumatizantes de haber sido desvalorizada. Lo que resultó indispensable para el cambio fue el conectar vivencialmente esas experiencias de inferioridad, en el momento en que se recordaban en el tratamiento (con la memoria en estado lábil), junto con otras experiencias del pasado y también con otras que estaba experimentando en la relación terapéutica en ese momento, que eran opuestas a su vivencia de inferioridad. De este modo, una nueva vivencia era unida a la pasada y el recuerdo pasado se reconsolidaba pero ahora bajo otra dimensión.

Con este objetivo, Bleichmar propone que el analista use todo lo que esté en su mano: traer fotos de la infancia, vídeos, cartas, todo lo que ayude a reexperimentar, a vivenciar, experiencias concretas. Supone para el autor retomar un aspecto parcial de la cura catártica pero agregándole una nueva dimensión, la de acompañar el recuerdo del pasado con vivencias nuevas en la relación presente aportada en el tratamiento. Se trata de aprovechar que la memoria está en estado lábil: un estado en que se recuerda con reviviscencia afectiva, y en el cual el recuerdo adquiere capacidad de cambio al quedar modificada la inscripción antigua por la experiencia presente que se está viviendo.

Cambio por la interpretación y cambio por la relación

¿Puede entonces la relación misma producir cambio en el paciente, modificar los procesos inconscientes, más allá de la interpretación? Bleichmar (2004) está conforme en que la relación misma, a través del aprendizaje procedimental, produce directamente cambios en la forma de estar con el otro. Pero a su vez el autor sostiene que esto tiene dos limitaciones: 1) Por un lado, en el vínculo terapéutico no se pueden reproducir todo el amplio repertorio de sentimientos y conductas que el paciente puede experimentar en otros vínculos, al estar limitado a aquellos que entren en consonancia con la subjetividad propia del terapeuta; 2) Si se confía en que el cambio se produzca sólo por la relación, sin que el paciente vaya conociendo y comprendiéndose más a sí mismo, a sus propios contenidos y procesos mentales, no se le está proveyendo de la libertad que sólo aporta la toma de conciencia. La conciencia es lo que convierte la reacción en acción, el acto automático en voluntario, y aunque este margen de libertad nunca es completo, es el único al que podemos acceder. Con la conciencia además, y esto es de enorme importancia, el paciente puede ser capaz de generalizar lo que aprende en el vínculo concreto de la terapia a otros vínculos.

Procesos de transferencia-contratransferencia en la relación terapéutica

Analizaré ahora más específicamente cómo se concibe la transferencia-contratransferencia en el enfoque Modular-Transformacional. En la actualidad hay autores de la línea relacional que proponen que todo el vínculo es transferencia-contratransferencia, mientras que desde una visión más clásicas se sostiene que hay que diferenciar la transferencia de otros aspectos de la relación, como la alianza terapéutica o de la relación que se da en todo momento en que la visión del otro no es “deformada” por los esquemas anteriores del paciente (Meissner, 2002). En mi visión, la delimitación de lo que es transferencia-contratransferencia y lo que no es no es, no es clara y definida hoy día tal como concebimos estos procesos (Díaz-Benjumea, 2009).

La concepción psicoanalítica clásica de la transferencia es que el paciente repite su pasado, al desplazar sobre el analista un valor afectivo y motivacional que originalmente se dirigía a figuras de la infancia. El fenómeno de la transferencia pronto fue visto como útil, como un medio importante de conocer al paciente. Se veía además que el paciente actuaba en la transferencia para no recordar, la transferencia era una defensa contra el recuerdo. Por otra parte, la contratransferencia en la teoría clásica se concebía como una reacción del terapeuta a la transferencia del paciente, basada en un análisis de sí mismo insuficiente por parte del propio analista, que perdía así su carácter neutral. Posteriormente se consideró que también la contratransferencia era positiva porque implicaba el asumir el rol que el paciente proyectaba en el analista, hacerse receptor de los afectos que éste disociaba o negaba, por tanto se consideró también un medio de conocer al paciente a través de las emociones, ideas y fantasías que el paciente provocaba en el analista y que en realidad eran vistos como propios del paciente.

Esta visión clásica de los procesos transferenciales y contratransferenciales ha cambiado en muchos sentidos y de forma diferente en distintas escuelas y autores. Desde el enfoque Modular-Transformacional, siguiendo lo desarrollado por las corrientes intersubjetivas en psicoanálisis, se concibe la transferencia-contratransferencia como producto del encuentro de dos psiquismos, un encuentro en el que influye el analista en el paciente y el paciente en el analista, poniéndose en marcha procesos paralelos que se influyen unos a otros. No

hay una sola configuración transferencia-contratransferencia, sino muchas, entre un mismo paciente y un mismo analista, del mismo modo que contamos con múltiples relaciones de objeto internas. Y al igual que en cualquier otra relación, el terapeuta puede ser efectivo para algunas funciones terapéuticas y carente para otras, podrá por ejemplo ser bueno para tratar temas relacionados con la sexualidad y sin embargo tener dificultades para tratar con temáticas narcisistas.

Desde un enfoque que aboga por la complejidad y la modularidad frente a la homogeneidad como principio para el funcionamiento de la mente, *la transferencia no puede verse como repetición de lo pasado, sino como creación de algo nuevo*. Sólo una visión homogeneizante ve el desarrollo como un proceso lineal en el que unas etapas suceden a otras, y en las que las causas son siempre seguidas por los efectos. En una visión compleja, la causalidad no es lineal, sino circular. El pasado influye en el presente, porque hace que se viva lo nuevo bajo esquemas antiguos, pero a su vez el presente influye en el pasado, cambiando los esquemas anteriores. Esto puede ocurrir para bien o para mal. El ejemplo que sirvió a Freud para aportar su concepto de *après coup* consistía en que la vivencia del deseo sexual desde la madurez sexual hizo que un antiguo recuerdo cobrara un significado traumático que antes no tuvo; pero esto puede ocurrir para bien si las nuevas vivencias cambian los esquemas previos hacia otros más adaptativos. Es el interjuego de asimilación y acomodación descrito por Piaget, pero ahora aplicado a esquemas afectivos y no sólo cognitivos. Es imposible concebir entonces que la transferencia sea sólo repetición, porque toda vivencia es una vivencia presente aunque condicionada por los esquemas anteriores, pero también transformadora. Veremos a continuación lo que Bleichmar sostiene en distintos trabajos sobre la transferencia-contratransferencia.

La transferencia depende no sólo de los esquemas previos del paciente, sino que supone el encuentro de dos psiquismos complejos. Bleichmar (2001) no ve que la transferencia se produzca sólo por la dinámica intrapsíquica del paciente que es transferida sobre el analista, sino que puede decirse que tiene una concepción relacional de la transferencia, pero dentro de su visión relacional, el autor está más de acuerdo con algunos autores relacionales y más alejado de otros. Coincide con Mitchell y Lichtenberg en que el proceso de transferencia-contratransferencia es creado en el encuentro psicoanalítico y específico de cada díaada terapeuta-paciente. Pero se aleja de otros como Stolorow y Atwood y Orange, porque mantiene la importancia de analizar el mundo intrapsíquico que el paciente trae consigo cuando viene a la consulta, el cual condiciona de modo importante el tipo de vínculo que tiende a crear. Es decir, frente al dilema de lo intrapsíquico frente a lo intersubjetivo, la orientación en el enfoque Modular-Transformacional es no desatender ni lo uno ni lo otro. Pero se resalta el papel del otro presente, real, en el tratamiento, en la creación del vínculo, al activar unas configuraciones específicas de relaciones objetales del paciente y no otras, y al contribuir al cambio de estas configuraciones internas con su propia actuación.

En resumen, las transferencias-contratransferencias son procesos en que intervienen analista y paciente y no provocados sólo desde el interior del paciente, ni que se desarrollarán igual con cualquier analista sea cual sea su personalidad, ya que aunque el analista haya pasado por la experiencia de formación y análisis personal, eso no impide que su propio inconsciente esté activo y actuando en todo momento. Pero esto no significa que el paciente pueda producir infinitas configuraciones transferencia-contratransferencia, el paciente viene con un psiquismo propio y tenderá a reproducir ciertos tipos de vínculo, y esto será proclive a ocurrir con una diversidad de terapeutas, si bien cada analista particular

contribuirá a que unos se manifiesten y otros se inhiban, o a que unos se activen y sobresalgan más que otros.

Gran parte de lo que el paciente transfiere no es el pasado, sino un intento de modificar ese pasado

En la línea de la propuesta de otros autores (Tolpin, 2002; Migone y Liotti, 1998), Bleichmar (en Méndez e Ingelmo, 2009) sostiene que al actuar determinadas configuraciones relacionales, el paciente no sólo busca repetir sino también resolver de un modo diferente. Para el autor es muy importante que el terapeuta capte esto, porque si no lo hace puede contribuir a perpetuar en el paciente un sentimiento de que no se pueden cambiar los hechos, que todo es repetición; sería por tanto una actitud iatrogénica.

Toda motivación activa en el paciente entrará en contacto con otra motivación en el analista. El paciente trae al tratamiento sus propias configuraciones de relaciones de objeto, pero también tiende a adaptar sus representaciones cognitivo-afectivas del objeto a la figura real del presente. De este modo, en el encuentro analítico surge un vínculo original conformado por el encuentro de sistemas motivacionales de ambos. Bleichmar (1997) pone como ejemplo de la diferencia entre un terapeuta que vea las conductas y fantasías del paciente que expresan rivalidad como una provocación y como una manifestación de transferencia negativa a resolver, mientras que otro puede sentir las como tolerables y legítimas.

El vínculo es una versión más de un mismo sistema codificador, no una defensa para ocultar otra cosa

La clásica explicación de Freud de que se actúa en la transferencia para no recordar no se mantiene. El paciente se manifiesta tanto en sus relaciones de fuera, que son narradas en el tratamiento, como en la relación terapéutica directamente, ambos fenómenos son dos versiones de un mismo hecho, los modos específicos que tiene el paciente de vincularse.

La transferencia como escape de la realidad

La transferencia puede significar un escape en aquellas ocasiones en que el paciente ofrece una imagen dentro del tratamiento diferente a la que ofrece fuera. Bleichmar (1994) lo compara con el adolescente que tiene conflictos en casa pero fuera de ella es dócil. En estos casos, la transferencia puede suponer una evitación y una excusa para no cambiar los esquemas relacionales de la vida fuera del tratamiento, el paciente lo mantiene como una coartada frente al vivir.

Las transferencias múltiples en un mismo momento

Sostiene Bleichmar (1994) que cualquier mención que el paciente hace de una figura de su vida dentro del tratamiento implica un tipo de vínculo en la transferencia, no porque se refiera con ella a la persona del analista, sino porque los sujetos de los que está hablando ocupan un lugar en la realidad psíquica presente; por ejemplo, al relatar que alguien lo maltrata puede colocar al analista en el lugar de la madre de la cual esperaba que lo protegiera del padre, o del hermano que compartía el mismo sentimiento de ser sometido por las figuras parentales. El paciente está en ese momento manifestando varios vínculos: el que sostiene con la persona de la que habla y el que tiene con el analista, al que habla de aquella tercera persona. Como acabamos de ver, puede criticar a su pareja y estar viendo al analista como al progenitor que era su cómplice cuando entraba en conflicto con el otro. De ahí que sea una simplificación suponer, como han hecho algunas escuelas en el pasado, que todo lo que el paciente dice refiriéndose a una figura de fuera se refiere

encubiertamente a la figura del analista, que si dice que alguien le maltrata es porque está aludiendo a la creencia inconsciente de que el analista le maltrata. No se trata de cambiar simplemente el sujeto al que se refiere el paciente en el enunciado para colocar en su lugar a la figura del analista.

Transferencia pre-estructural

En consonancia con las aportaciones de Killingmo sobre la aplicación en la técnica de los conceptos de conflicto y déficit, Bleichmar (1997) propone una transferencia pre-estructural, aquella que se da cuando el analista debe completar funciones psíquicas que no han sido suficientemente desarrolladas en el paciente, que no han logrado estructurarse en su psiquismo y por tanto que el paciente no puede realizar por sí mismo. El paciente demanda inconscientemente que el analista ejerza un determinado rol. Esto puede tener un papel defensivo si se da el caso de que el paciente podría hacerse cargo de algo pero no lo hace por angustia, y entonces identifica proyectivamente en el analista una capacidad que sí tiene. Pero también puede ser que realmente el paciente necesita que el otro cumpla esa función, siendo entonces importante que el analista valide la experiencia, que le calme la angustia o que le especularice, mientras que la interpretación de lo que está ocurriendo es secundaria en ese momento, aunque después pueda servir para completar el cambio estructural.

Tipos de vínculo en el trabajo con situaciones específicas

La piedra angular en el modelo de tratamiento del enfoque Modular-Transformacional es la especificidad en el abordaje terapéutico. La especificidad no sólo se refiere a la necesidad de contar con múltiples explicaciones teóricas para describir la complejidad de formas que el psiquismo de cada paciente pueda manifestar, de manera que podamos intervenir con interpretaciones suficientemente complejas y variadas. *Se propone la especificidad también refiriéndose al tipo de vínculo que establecemos con el paciente*, así como para diferenciar cuándo el peso de nuestra intervención debe recaer más sobre la interpretación o bien sobre la relación en sí misma.

Bleichmar argumenta (2001) que con los pacientes de Freud, varios de los cuales hoy día podrían ser descritos como padeciendo de un trastorno personalidad límite, la inmovilidad y el enfriamiento emocional podrían ser aconsejables, pero no todos los pacientes son así. Si tenemos un paciente con bloqueo afectivo, con déficit en su capacidad de entusiasmarse, de sentir interés o alegría, lo que el autor denomina déficit en la constitución de la función deseante, entonces no es suficiente que el terapeuta le describa su situación ni los orígenes de donde proviene. En este caso el nivel de funcionamiento emocional del analista, la intensidad afectiva y el tipo de emociones que despliegue con el paciente debe adaptarse al objetivo terapéutico perseguido, no al tipo de personalidad del analista ni a las prescripciones de escuela a la que pertenezca. Es necesario que nos preguntemos siempre qué tipo de vínculo establecemos con el paciente, si éste favorece su patología o favorece el cambio, si va en la línea de sus defensas, si es coherente con los objetivos planteados en el tratamiento. A continuación iremos viendo una diversidad de situaciones clínicas en las que el autor plantea diferentes modos de trabajar usando la relación como factor de cambio.

Los *casos de desvitalización crónica* son los de pacientes cuyas primeras figuras significativas han fallado en la función de aportar vitalización y sentimiento de legitimidad al desear. Aquí influyen según Bleichmar (2001) varios factores: la fuerza del desear, la

expectativa de que el deseo se realizará, la capacidad de pasar a la acción, la certeza de que el otro responderá al deseo del sujeto, y todo esto puede hacer que el deseo quede bien reprimido, o que pierda su fuerza. En estos casos, no basta con la reconstrucción histórica en la que se vea cómo los vínculos han llevado al sujeto a asumir esa identidad, sino que lo transformador es que esas intervenciones se den en un vínculo nuevo diferente, con un terapeuta que crea en que su paciente puede cambiar y que aporte el tipo de vínculo conducente a ese cambio. El vínculo ha de ser vitalizante, el terapeuta ha de hacer sentir al paciente que existe un compromiso emocional con él, que hay un lugar para él en la mente del otro. Es importante que el terapeuta manifieste su propia emocionalidad y que no reproduzca la apatía, el bloque afectivo que los padres del paciente tuvieron.

Es necesario preguntarnos qué afectos surgen entre paciente y analista, que pueden ser de aburrimiento y apatía, o de vitalidad y alegría, y los estados en un miembro de la pareja hacen que surjan los mismos en el otro. Bleichmar insiste en que no hay posibilidad de un analista afectivamente neutro, porque la presunta neutralidad tiene sus consecuencias, incluso iatrogénicas. Es esencial que el analista pueda aportar su carga afectiva genuina, sobre todo en estos casos en que estamos tratando con un inconsciente en que ciertas experiencias nunca quedaron inscritas, siendo el objetivo terapéutico el de promover intercambios a través de los cuales se produzcan experiencias nuevas capaces de constituir lo no constituido, o lo que quedó sólo esbozado pero no desarrollado.

En los casos de *patología del superyó* en que el paciente se persigue a sí mismo con sentimientos de culpa puede ser necesario pasar por una época en el tratamiento en que el terapeuta desarrolle el papel de superyó auxiliar benévolo -Strachey- que contrarreste la culpa, la vergüenza y la persecución del sujeto, que le calme. Sin embargo, Bleichmar (1997) plantea que esto nunca debe de ser un objetivo en sí mismo, sino sólo una etapa transitoria, porque de lo contrario existe el peligro de contrarrestar la culpa sin poner al descubierto el superyó inconsciente que ataca y critica, y sólo se consigue un alivio pasajero de la persecución interior. Por tanto, a la vez que se toma el papel de superyó auxiliar benévolo es necesaria la interpretación, el análisis del superyó, el tipo de vínculo que el sujeto tiene consigo mismo, de las normas e ideales con los que se compara, de las causas por las que se han incorporado esos ideales y se persiste en ellos. En definitiva, moverse permanentemente entre el apoyo y la búsqueda del insight pero dando finalmente más importancia a éste último.

En los casos de *carencia de regulación psicobiológica* (Bleichmar, 1999c), todas las intervenciones han de darse dentro de un clima relacional en el que prime la empatía con los estados emocionales del paciente, que no lo deje solo ante emociones que lo abruman y desbordan. Sobre todo cuando en el periodo en que se debió constituir la capacidad de tolerar y controlar la angustia el paciente sufrió un fallo en la capacidad de empatía de sus figuras de apego. Se trata de instaurar la capacidad de autocalmarse que en su momento no se pudo establecer.

Cuando el paciente resulta peligroso para sí mismo y para los demás, la tendencia debería ser la opuesta a los casos en que predomina el déficit. No se trata simplemente aceptar el deseo del paciente y dejarlo a merced de su patología, pero tampoco limitarse a cuestionarlo, sino aceptar la existencia de sus tendencias pero incluyéndolas en su historia, su contexto motivacional, señalarle las motivaciones que lo sustentan evitando reforzarlas; en definitiva, aquí la interpretación tiene un papel primordial.

Pero sería simplista pensar que el déficit o el conflicto son situaciones que cursan por separado. Por el contrario, aunque en la patología de un sujeto haya un profundo déficit, siempre existirá el conflicto, y lo mismo se puede decir del caso contrario. En los casos, o en los momentos, en que ambas condiciones se solapan no se trata simplemente de acoger al paciente con una actitud de aceptación y de empatía, sino que es necesario poner el foco en el análisis de la transferencia, mostrando cómo el sujeto tiende a ver al analista de una determinada manera -persecutoria, descalificadora, etc.-al estar condicionado por la propia historia de desvalorización y desafecto. El análisis del vínculo y de los motivos que influyen en la forma que tiene el paciente de captar al analista promueve la recuperación de un buen clima emocional, necesario para poder seguir interpretando después.

Vamos ahora a los casos de *angustias persecutorias*. Aquí Bleichmar (2001, 2005) sostiene que es importante evitar la dicotomía de tener que optar entre intervenir cuestionando o de apoyar. Uno se puede sentirse inclinado, al ver el sufrimiento del paciente, a validar y legitimar la experiencia de su sentimiento de persecución, pero esto no le ayudará. El autor aboga aquí por una cierta estrategia, coherente con su concepción de estar atento a alimentar un sistema motivacional para que el cambio se produzca, y no sólo pensar que la comprensión o autoconocimiento en sí mismo lo provocará, sobre todo cuando hay mucho riesgo de sentimientos negativos ante la actitud cuestionadora. De manera que un tipo de intervención posible sería “El criticar te sirvió para no sentirte mal, pero tienes suficientes valores como para que ahora lo puedas conseguir de otra manera”. De este modo se narcisiza al paciente a la vez que se le muestra su necesidad de criticar a los demás, una buena muestra de aplicación de la teoría del autor sobre la necesidad de apuntalar una interpretación dolorosa en un sistema motivacional del paciente.

En estos casos un buen vínculo es como siempre imprescindible, pero nunca suficiente, porque hay que interpretar para abordar las motivaciones y déficits subyacentes a las ansiedades paranoides, sea que se trate de agresividad proyectada, de defensas frente a la culpa o de otro tipo de causas como la defensa frente al terror que se siente como incontrolable. Es crucial en el paciente paranoide, así como en el trabajo en general con las creencias matrices pasionales de los pacientes, desarrollar lo que Bleichmar llama oscilación identificatoria entre la propia perspectiva y la del otro, un trabajo en que el sujeto aprenda a descentrarse de su mente. Pero para ello es indispensable que en la relación terapéutica no se reproduzca lo que el sujeto vivió en su familia, por el contrario se requiere un terapeuta que pueda favorecer esa oscilación identificatoria.

En el trabajo con el *duelo patológico* (Bleichmar, 1997), un aspecto a tener en cuenta es que a veces el sufrimiento sirve para obtener el beneficio secundario de mantener el vínculo con un objeto nuevo al cual se le reclama amor mediante el sufrir. Es importante que se capte en la transferencia si el paciente trata de reproducir este vínculo con el analista, porque aquí el riesgo es que una actitud presuntamente empática con el paciente, sin tener en cuenta otros factores implicados, puede reforzar la tendencia del paciente de verse como una víctima, dado que esta identidad le provee del amor del otro.

Así mismo, el duelo patológico puede estar fundamentado en una fijación secundaria y no primaria al objeto perdido, debida a la ansiedad producida por el sentimiento de impotencia de cara a vincularse nuevamente, por las limitaciones del sujeto para relacionarse con otros. Pero la confianza en que se puede salir adelante después de una pérdida importante depende de muchos factores, por un lado de la experiencia del propio sujeto, de las pérdidas que haya superado anteriormente, pero por otro lado también depende de las creencias que

sus figuras significativas le han transmitido acerca de que realmente se superan esas vivencias. Es importante que el analista transmita dentro de la relación terapéutica que él cree en la capacidad del paciente para superar sus dificultades, que no es irre recuperable, y también que cree en su propia capacidad como terapeuta y en la del instrumento terapéutico que maneja. Es una transmisión inconsciente que ayudará al paciente a sentir que puede cambiar la situación.

Hablando de los casos de *patología por identificación* con figuras de la infancia, Bleichmar (1997) señala que se trata de casos que suelen producir síntomas sintónicos, es decir, sin autoconciencia o crítica, y que a veces son muy difíciles de tratar si además el paciente se resiste a cuestionar a las figuras paternas, orígenes de la identificación, porque identifica ese cuestionamiento a un sometimiento a la figura del terapeuta, o porque están narcisizados los rasgos patológicos. Ante todo esto, el autor asume que para que se produzca ese proceso de desidentificación con las figuras patológicas es necesario pasar por una etapa de identificación con el propio terapeuta, algo hacia lo cual el psicoanálisis siempre ha estado alerta, pero sin embargo cierto nivel de identificación es inevitable. Incluso hay una identificación necesaria, la identificación con la capacidad analítica, la de interesarse por el mundo interno, la autorreflexión y el autoanálisis. En relación con el desarrollo de la autorreflexión, el autor avisa contra la iatrogenia de utilizar excesivamente y a destiempo la interpretación. En momentos en que el paciente está mostrando sus funciones autorreflexivas, por ejemplo cuando cuenta un sueño y él mismo ofrece una interpretación de éste, mostrando un buen insight, se obstaculiza el progreso en el tratamiento si el analista reacciona ofreciendo una interpretación alternativa o puntualizando ciertos aspectos adicionales, movido por sus propias necesidades de resaltar su papel, por su propio narcisismo, o por su necesidad de justificar el pago que recibe.

Es especialmente primordial el papel del vínculo en los casos de *inhibición para la acción*. Si la convicción profunda de que se puede hacer algo sólo surge de la experiencia de haberlo hecho, no podemos mantenernos en el nivel de narración e interpretación entre paciente y terapeuta. Bleichmar (1999a) introduce aquí intervenciones del analista en que busca directamente que el paciente viva ciertas experiencias que le aporten vivencias estructurantes, que produzcan un saber hacer, un trabajo con la modificación directa del inconsciente. La experiencia emocional en el vínculo con el terapeuta es decisiva aquí como factor de cambio, pero no hay que caer en la omnipotencia de creer que todo puede ser vivido en la relación con el analista, o que vivir algo en la fantasía del paciente (en la transferencia) puede equivaler a vivirlo en la realidad de fuera. Por el contrario, se trata de ayudar al paciente a seleccionar los tipos de relaciones y experiencias que puedan aportar vivencias estructurantes, que queden fijadas en su memoria procedimental. Este tipo de intervenciones, sostiene Bleichmar, no tienen nada que ver con el consejo u orientación psicológico ante una situación difícil, aquí se promueve una acción del paciente con el objetivo de promover el cambio de su estructura psíquica, dirigida con conocimiento de analista y paciente, de acuerdo entre ambos. El autor sostiene que hay que ayudar al paciente a discriminar entre medio patógeno, medio facilitador y medio proveedor, de manera que el paciente vaya discriminando qué condiciones externas le vienen bien, teniendo en cuenta que el psiquismo no cambia de un modo radical, y poder reconocer los límites internos y las propias vulnerabilidades.

Cuando nos encontramos con pacientes a quienes *falta un sentimiento de potencia en la relación*, en el vínculo terapéutico se vuelve importante que el paciente pase por la experiencia de poder hacer rectificar al analista, de poder defender sus ideas sin ser

perseguido por él, de poder mostrar su malestar sin ser culpabilizado. Todas estas son vivencias estructurantes que pueden no haberse vivido anteriormente con las figuras significativas y que son necesarias para instaurar un sentimiento de potencia, eficacia o legitimidad. Si el terapeuta responde con silencio, o con una interpretación sobre la resistencia del paciente, más allá de que esto pueda ser verdad, el efecto será iatrogénico. Si creemos que el paciente tiene razón, lo terapéutico es dársela, y después trabajar las otras motivaciones. Contra la idea de que no se debe ceder ante las demandas del paciente, Bleichmar sostiene que no se puede tomar esta aseveración como principio general, sino que hay que discriminar el tipo de demanda, de paciente y de situación terapéutica.

Tratemos ahora de los pacientes con *problemas de sometimiento*. El analista tendrá que preguntarse si tolera que su paciente se enfrente con él, que defienda su autonomía. El sometimiento en la transferencia deberá constituirse como foco de la terapia, algo que siempre es un reto para el analista, sobre todo si éste no se siente seguro y tiende a apuntalar su narcisismo a base de someter al paciente. Bleichmar (2008) pone el ejemplo de una paciente sometida a su marido que estaba superando esa posición con ayuda del tratamiento, pero a su vez reproduciendo ese mismo tipo de vínculo en relación al terapeuta, con una transferencia de sometimiento a éste. Es un ejemplo que incide sobre la necesidad de no sólo trabajar el sometimiento ante las figuras de fuera, sino también en la relación terapéutica.

Pero por otro lado, también hay que cuidar el sometimiento del propio terapeuta, que con la excusa de la empatía evita encarar contenidos que puedan desencadenar agresividad en el paciente o pudieran provocar que éste abandonase la terapia, aunque en realidad el paciente esté preparado para ir escuchando estos contenidos en el contexto adecuado. Muchas veces se evita tratar los aspectos intersubjetivos, los conflictos que existen entre necesidades del terapeuta y del paciente, y se acude a analizar lo intrapsíquico de un modo defensivo por parte del terapeuta.

Teniendo en cuenta que las personas inmersas en una relación de sometimiento viven una creciente descalificación y se ven a sí mismos de un modo muy denigrado, es necesario que en el vínculo terapéutico vivan una valoración genuina. Bleichmar señala que siempre hay pacientes más similares a nosotros que son los que preferimos, y que es necesario estar alerta ante esto y tener una mirada activa sobre lo que vemos en el paciente que nos parezca admirable, pues existen dos riesgos: que ese rasgo que admiramos nos impidan ver las implicaciones patológicas del mismo, o que provoquen envidia en el terapeuta, con lo que pasarán a ser descalificados.

Por otro lado, dado que en estos casos es necesaria la modificación de la representación que el paciente tiene del otro, Bleichmar sostiene la importancia de explicar al paciente lo que es necesario conseguir, hacia dónde va el tratamiento, como objetivo a largo plazo. Esto otorga al paciente autonomía porque le permite conocer la agenda del terapeuta, diferenciarla de la suya, y va creando así estructuras que le posibilitan reconocer lo que es de él y lo que es del otro, permitiendo a su vez la incorporación de un tercero simbólico que observa a esos dos en interacción que son él y el terapeuta.

Conclusiones

Una impresión general puede concluirse de todo lo anteriormente expuesto, la de que tenemos que trabajar nuestra relación con el paciente, reflexionar sobre ella, no dejarla al

azar, a lo espontáneo, a lo que nos salga, ni por otro lado buscar alivio en la posición supuestamente neutral y pasar a pensar que en realidad nosotros podemos retirarnos y así no influir. Ninguna de estas dos posturas es adecuada si trabajamos con el enfoque Modular-Transformacional. El tipo de vínculo que tenemos ha de convertirse en foco de nuestra atención tanto como el contenido de nuestras interpretaciones, tanto al menos como la reconstrucción histórica que hagamos de la vida del paciente y de su psicopatología y tanto como la selección del esquema teórico donde ubicar la realidad mental presente del sujeto que tratamos.

Sin embargo, podría objetarse que lo que se da en toda relación debe ser genuino, espontáneo, vivencial, y que por tanto todo intento de dirigirla es caer en una actitud estratégica que trae reminiscencias de la aportación de Alexander, tan criticada, de la experiencia emocional correctiva (Watchtel, 2008). ¿Cómo resolver esta paradoja de que es necesario ser genuino porque sólo lo auténticamente vivenciado puede ayudar al paciente y, por otro lado, no abandonarnos a nuestras propias tendencias conscientes e inconscientes? Tendencias marcadas por nuestros deseos, nuestros temores, nuestras predilecciones teóricas, todo lo que nos arrastra automáticamente a menos que las sometamos continuamente a un incesante cuestionamiento que, aunque tampoco libre de ser guiado por lo inconsciente, puede en un incesante proceso hacernos menos autómatas.

Este dilema no tiene otra solución que la de asumir que debe existir siempre una tensión continua dentro de la relación terapéutica entre la entrega y la prudencia, entre la intuición y la reflexión sobre lo que acaba de pasar o está ocurriendo en el mismo momento que lo sentimos. Ya ha pasado la época en que se pensaba que toda actuación en la terapia de los sentimientos del analista, o sea toda actuación contratransferencial, era contraproducente. Un acto contratransferencial puede dar lugar a efectos muy positivos, pero también puede perjudicar gravemente el proceso. Por otro lado, es imposible pensar que no actuamos porque no hay modo de evitarlo, no podemos refugiarnos en la supuesta neutralidad. La psicoterapia psicoanalítica se ha caracterizado siempre porque consideramos que los rasgos psíquicos que se desarrollaron en una relación significativa, sólo se modifican estructuralmente si el sujeto está inmerso en otra relación significativa (Bradeley y Westen, 2005); se trata de asumir esto con todas las consecuencias. El trabajo psicoanalítico se ha de caracterizar, por un lado, por nuestra implicación afectiva y, por otro lado, por la autorreflexión y autocuestionamiento continuos sobre dónde nos está llevando esta implicación. Y dentro de este autocuestionamiento tendremos en cuenta al otro interlocutor, el paciente, como alguien importante para hacernos pensar si estamos en el buen camino, no sólo lo que nos dice desde su actitud y desde su conciencia, sino también según vamos viendo cómo reacciona, y según si se alivian sus síntomas y si el cambio se va produciendo (Renik, 2007).

Bibliografía

Bleichmar, H. (1994) Aportes para una Reformulación de la teoría de la Cura en psicoanálisis: Ampliación de la Conciencia, Modificación del Inconsciente, *Revista Argentina de Psicología*, año XXV-nº44: 23-44.

Bleichmar, H. (1997) *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Bleichmar, H. (1999a) Fundamentos y aplicaciones del enfoque Modular-Transformacional, *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org> nº 1.

Bleichmar, H. (1999b) Del apego al deseo de intimidad: las angustias del desencuentro, *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org> nº 2.

Bleichmar, H. (1999c) El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque Modular-Transformacional, *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org> nº 3.

Bleichmar, H. (2000) Aplicación del enfoque Modular-Transformacional al diagnóstico de los trastornos narcisistas, *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org> nº 5.

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.

Bleichmar, H. (2003) Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico, *Aperturas psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org> nº 14.

Bleichmar, H. (2004) Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: some mechanisms of therapeutic change, *International Journal of Psycho-Analysis*, 85: 1379-1400.

Bleichmar, H. (2005) Consecuencias para la terapia de una concepción modular del psiquismo, *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org> nº 21.

Bleichmar, H. (2008) La esclavitud afectiva: clínica y tratamiento de la sumisión, *Aperturas Psicoanalíticas* <http://www.aperturas.org>, nº 28.

Bradley, R. y Westen, D. (2005) The psychodynamics of borderline personality: A view from developmental psychopathology, *Development and Psychopathology*, 17 (927-957).

Díaz-Benjumea, M.D.J. (2009) Utilidad y riesgos de la técnica de la autoapertura, *Aperturas Psicoanalíticas*, <http://www.aperturas.org> nº 31

Lyons-Ruth, K. (1999) El inconsciente bipersonal, el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actuada, y la emergencia de nuevas formas de organización relacional, *Aperturas Psicoanalíticas*, <http://www.aperturas.org> nº 4.

Meissner, W.W. (2002) The Problem of Self-Disclosure in Psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(3):827-867.

Méndez Ruiz, J.A. e 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.

Méndez Ruiz, J.A. (2009) La comprensión de los trastornos depresivos desde el enfoque Modular-Transformacional: el diagnóstico dimensional y las intervenciones terapéuticas específicas de los diferentes cuadros depresivos, *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, <http://www.revistadeapra.org> año II, nº 2.

Migone, P. y Liotti, G. (1998) Psychoanalysis and Cognitive-Evolutionary Psychology: an Attempt at Integration, *International Journal of Psychoanalysis*, 79:1071-1095

Renik, O. (2007) Intersubjetivity, Therapeutic Action and Analytic Technique, *The psychoanalytic Quarterly*, Volumen LXXXVI, Suplemento:1547-1562.

Stern, D. N. (1985) *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*, Barcelona: Paidós, 1901.

Tolpin, M. (2002) Doing psychoanalysis of normal development: Forward edge transferences, *Progress in Self Psychology*, Vol. 18, The Analytic Press, cap. 11.

Wachtel, P.L. (2008) *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy*, New York: The Guilford Press.

*jdbenjumea@yahoo.es

Doctora en psicología.

Psicóloga especialista en psicología clínica y experta universitaria en teoría y técnica psicoanalíticas.

Profesora de Psicopatología de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.

Miembro didacta y coordinadora en Sevilla de la Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica.

Miembro del Comité de Redacción de la revista Aperturas Psicoanalíticas.

Autora de numerosos artículos y reseñas publicados en Aperturas Psicoanalíticas.