

Recibido: Junio 5 de 2011
Aceptado: Septiembre 27 de 2011

Sobre déficit y conflicto: dos modos de producción psíquica coexistentes ¹



Rubén Zukerfeld²
Sociedad Argentina de Psicoanálisis

ABSTRACT

The aim of this paper is to make a critical presentation of the concept of deficit with rank equivalent to that of conflict. It is proposed –following Killingmo’s ideas– a definition of deficit as a way of psychic functioning characterized by the need for affirmation of the self and the difficulty in the mentalization of affects, with no primary intent which is reflected in the existence of diffuse anxiety with low activity of fantasy and monotonous defense mechanisms. There are presented the way of mental functioning associated with the conflict, which coexists with the deficit way, and a review of current clinical issues of identity, emotions and impulses, according to the predominance of conflict way or deficit way. Thus It is developed Killingmo’s ideas

RESUMEN

El propósito de este trabajo es realizar una presentación crítica de la noción de déficit con valor jerárquico equivalente a la de conflicto. Se propone –siguiendo ideas de Killingmo– una definición de déficit como un modo de funcionamiento psíquico caracterizado por la necesidad de afirmación del si mismo y por la dificultad en la mentalización de los afectos, donde no existe una intencionalidad primaria que se traduce en la existencia de ansiedad difusa con escasa actividad fantasmática y en la conformación de mecanismos defensivos monótonos. Se presentan las diferencias con el modo de funcionamiento psíquico asociado al conflicto, que coexiste con el de déficit, y una revisión de las problemáticas clínicas actuales de la identidad, los afectos y los impulsos, de acuerdo al predominio conflictivo o deficitaria-

¹ Este trabajo está inspirado en una presentación realizada en SAP el 9 de Mayo de 2006 que fue publicada en el número 26 de Aperturas Psicoanalíticas, www.aperturas.org. *Todas las itálicas en el texto pertenecen al autor, salvo indicación en contrario.*

² Agradezco la revisión crítica de la Lic. Raquel Zonis Zukerfeld.

about the differences between interpretive interventions that attempt to decipher a meaning, and affirmative interventions seeking to establish and give validity to the experience. It is discussed various theoretical and clinical implications around the ideas of predominance, mentalization, suggestion, intent, symmetry and relational aspects from the heuristic value of the notion of deficit.

rio. Se desarrollan las diferencias que propone Killingmo entre las intervenciones interpretativas que intentan descifrar un significado y las afirmativas que procuran establecer un sentido y darle validez a la experiencia. Se discuten diversas implicancias teóricas y clínicas alrededor de las ideas de predominio, mentalización, sugestión, intencionalidad, simetrización y aspectos relacionales a partir del valor heurístico de la noción de déficit.

DESCRIPTORES: DÉFICIT - MODOS DE FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO -
INCONSCIENTE ESCINDIDO - MENTALIZACIÓN -
INTERVENCIONES AFIRMATIVAS - CLÍNICA ACTUAL

1. Introducción

*Lo uno y lo otro yacen bajo el sol.
La luz ilumina a uno y a otro.
A veces la sombra se ciernen sobre otro.
Y la luz sobre uno.
A veces la sombra irrita a uno.
Y la luz ciega a otro.*

Atribuido a Wang Wéi
Dinastía Táng-Año 626

Puede inferirse que la noción de *déficit* está implícita en los primeros escritos freudianos sobre las neurosis actuales. Justamente sus manifestaciones clínicas eran propias de lo que hoy en día denominamos *déficit de actividad fantasmática o déficit representacional*. Como se sabe es esta última actividad la que define a las psiconeurosis, es decir al síntoma como expresión de un conflicto entre impulsos y defensas o entre instancias. Por lo que veremos más adelante también nos es útil recordar la idea freudiana de la existencia permanente de un núcleo de neurosis actual en toda manifestación psiconeurótica. Ya desde Freud el concepto de inhibición y las formaciones de carácter problematizaron la clásica noción de conflicto y su valor simbólico. No desa-

rollaremos aquí la revisión exhaustiva de la obra freudiana pero es conocido cómo en su pensamiento ha habido consideraciones metapsicológicas y clínicas más allá del conflicto psíquico tradicional.

El concepto de déficit también está casi explícito en las concepciones de Ferenczi (1931) donde la falta de cuidados parentales y lo traumático en general obligaría al analista a cumplir una función de suplencia radical: “puedo afirmar con justicia que el método que utilizo con mis analizados consiste en mimarlos [...] en cierto modo como una madre amorosa” (Ferenczi, 1931, p.119).

Otro antecedente de la noción de déficit son las ideas de Fairbairn – citadas por Coderch (2010). Señala que la base principal de las perturbaciones psíquicas es una *deficiente* estructuración de la mente originada por la división e internalización de los objetos insatisfactorios o agresivos y la consecuente división del yo para controlarlos.

La concepción de la escuela inglesa de la “parte psicótica de la personalidad” también tiene valor explicativo de lo deficitario, aunque sostenido en función de conflictos arcaicos. El concepto de “falla básica” de Balint, los desarrollos winnicotianos, los de la teoría del apego y en especial los de la psicología del *self* kohutiano, son distintos modos de poner en evidencia que no es suficiente la concepción clásica de conflicto para explicar numerosas manifestaciones clínicas.

La escuela psicosomática de París ha desarrollado lo que Marty (1980) denomina “insuficiencia comprobada del funcionamiento mental” (p.35) que incluye las nociones de pensamiento operatorio, vida operatoria, depresión esencial y alexitimia. Todas estas categorías describen de una forma u otra actividad psíquica deficitaria que será conceptualizada como “lagunas de la organización preconciente” (p.57) definidas como “insuficiencias cuantitativas y cualitativas de las representaciones psíquicas” (p.57) y posteriormente como mala mentalización.

El propósito central de este trabajo es intentar una presentación crítica de la noción de déficit con valor jerárquico equivalente a la de conflicto. Killingmo (1989) reintrodujo esta noción en la teoría cuando afirma que “a nivel de principios, debemos hablar de dos mecanismos patológicos separados, el del *conflicto* y el del *déficit*”. (p.111). Plantea asimismo las implicancias del déficit para la técnica analítica y señala que “el concepto de mentalización es útil para tratar lo que Anna Freud designa como patología del desarrollo y a la cual yo llamaré patología de déficit” (Killingmo, 2005, p.170).

2. Algunas definiciones necesarias

2.1. *Angustias y culpas deficitarias y conflictivas*

Killingmo (1989) señala que en buenas condiciones ambientales el yo del niño puede desarrollarse hasta ser “capaz de experimentar y representar la *intencionalidad primaria*” (p. 113). Esto significa que puede representarse a sí mismo como un agente de su propia vida, también tendrá la capacidad de atemorizarse ante sus propias malas intenciones. En consecuencia, el yo establecerá mecanismos para engañarse a sí mismo, principalmente la represión, con el fin de evitar de quién teme qué. De esta manera, podemos conceptualizar la esencia de la patología basada en conflictos como una *patología de significados ocultos*.”

[...] [En cambio] “el déficit hará referencia a una patología donde no existe una intencionalidad primaria. Debido ya sea a un estímulo abrumador, a un estímulo inadecuado o a la privación, el yo ha sido dañado en un momento en el que su capacidad para representar causas y efectos y su capacidad para experimentar al sí mismo como un centro estratégico no se han desarrollado todavía (p.113).

En principio no hay aquí algo enigmático u oculto sino una carencia, un exceso o una inadecuación que pueden pensarse en relación al orden de lo traumático en el vínculo primario. Así es que Killingmo (2005) define el origen del déficit como las “fallas en la capacidad de feedback emocional del cuidador del infante que provocan incapacidades estructurales en el infante” (p.172), las que describe como *mentalización deficiente*.

Consideramos importante, entonces, contrastar estas caracterizaciones con las clásicas que consideran al conflicto (edípico en especial) como constitutivo del ser humano (Laplanche y Pontalis, 1971). De allí que propongo definir al conflicto como *modo de funcionamiento psíquico caracterizado por la existencia de una tensión entre fuerzas, instancias o sistemas, donde existe una intencionalidad primaria (la del deseo), que se traduce en:*

- a) *la existencia de angustia, con o sin síntomas,*
- b) *la conformación de mecanismos de defensa variados.*

Y el concepto de déficit, en cambio, como un *modo de funcionamiento psíquico caracterizado por la necesidad de afirmación del sí mismo* —que se corresponde con una concepción de raigambre kohutiana dentro del psicoanálisis—

sis— y por la dificultad en la mentalización de los afectos, donde no existe una intencionalidad primaria que se traduce en:

- a) la presencia de ansiedad difusa con escasa actividad fantasmática y
- b) la conformación de mecanismos defensivos monótonos.

Desearía aclarar el término: mentalización. Si bien hay distintas versiones acerca del concepto de este concepto, la que estoy utilizando se refiere al modo en el que las excitaciones somáticas y/o intersubjetivas sufren un proceso que las transforma en contenidos mentales. Tal vez es la versión más abarcativa de mentalización, en la que también debe considerarse una dimensión intersubjetiva.³

Killingmo plantea características diferenciales entre las nociones de conflicto y déficit que pueden observarse simplícidamente en la figura 1. Allí se muestra que en el modo de funcionamiento conflictivo hay una historia con predominio de constancia objetal, mientras que en lo que se llama funcionamiento de déficit suele haber una historia de falta de constancia objetal, ya sea por carencia, por exceso o por inadecuación.

Figura 1. Diferencias ente conflicto y déficit

CONFLICTO • <i>Historia con predominio de constancia objetal.</i> • <i>Tendencia a una posición de responsabilidad compartida.</i> • <i>Sentimiento de culpa por deseo prohibido hacia el objeto.</i> • <i>Ansiedad vinculada con el sentido.</i> • <i>Transferencia de objeto.</i> • <i>Repetición de necesidades dirigidas a las representaciones de objeto.</i> • <i>Manifestaciones sintomáticas sustitutivas y con valor simbólico (histéricas, fóbicas, obsesivas, etc.)</i>	DÉFICIT • <i>Historia de falta de constancia objetal (carencia, exceso, inadecuación).</i> • <i>Tendencia a una posición de víctima.</i> • <i>Sentimiento de culpa autoimpuesto para control del objeto.</i> • <i>Ansiedad vinculada con el ser.</i> • <i>Transferencia de objeto-sí mismo.</i> • <i>Repetición de necesidades a objetos no internalizados.</i> • <i>Manifestaciones “directas” y amorfas (confusión, vacío, facticidad, etc.)</i>
--	--

³ Se debe tener presente que este término fue desarrollado con perspectivas diferentes por Pierre Marty y por Peter Fonagy, quien desarrolló la noción de función reflectiva y puso el énfasis en la percepción de los propios estados mentales y los de la mente del otro.

Es útil agregar que Bleichmar (1997) desarrolla las ideas de Killingmo realizando una diferenciación entre lo que es funcionamiento deficitario, específicamente por trauma, y lo que es funcionamiento deficitario por déficit primario o por inscripción patológica (p.162). En el funcionamiento al modo conflictivo hay, en general, una tendencia a una posición subjetiva, que Killingmo plantea como de responsabilidad compartida, es decir, un sujeto que de alguna manera es —más allá de la toma o no de conciencia de sus propios deseos y fantasías— suspicaz respecto de la responsabilidad por sus deseos y su propia intencionalidad. En cambio, cuando predomina el modo deficitario, por lo general, el sujeto tiende a posicionarse en el papel de víctima. En estas diferencias, entre quien asume responsabilidad y quien no lo hace, conviene diferenciar los aspectos objetivos de los subjetivos. Coderch (2005) señala que:

cuando hablamos de déficit nos referimos a la insuficiente recepción o suministro de algo que el sujeto debería haber recibido por parte de sus padres o primeros cuidadores en una época determinada de su vida, [...] hemos de distinguir este hecho de la experiencia subjetiva; la experiencia subjetiva de no recibir aquello que se necesita en un momento determinado de la vida, cosa que puede o no coincidir con la supuesta realidad objetiva (p.120-121).

En el texto del '89 Killingmo insiste claramente en la diferenciación entre dos tipos de sentimientos de culpa, el propio del conflicto por deseo prohibido hacia el objeto, y el propio del déficit que se corresponde con lo que va a llamar intencionalidad *secundaria*, que implica la autoimposición del sentimiento de culpa para control del objeto, es decir, hacer lo fuera necesario con tal de conservar al objeto. En términos generales la ansiedad relacionada al conflicto se vincula con algún sentido, mientras que la ansiedad asociada al déficit es más difusa, se vincula con una condición ontológica, la condición de ser, de necesitar ser afirmado. Como es notorio Killingmo está haciendo uso de terminología kohutiana, por lo que no sorprende que en el modo de funcionar a predominio del conflicto, Killingmo hable de preeminencia de transferencia de objeto y en el modo de funcionar a predominio del déficit, hable de supremacía de transferencia de *self object*. En el trabajo del '89 utiliza la metáfora de la lente divergente transferencial donde el analista puede recibir, a veces una transferencia de conflicto y otras una transferencia de déficit, lo que implica la coexistencia de dos efectos diferentes transferenciales y contra-transferenciales.

2.2. *Cinco modalidades deficitarias en tres dimensiones*

De acuerdo a lo planteado anteriormente es fácil inferir que existe relación íntima entre distintos niveles de carencias y vivencias traumáticas y la noción de déficit y en especial lo que se denomina “patologías de déficit”. Veremos más adelante (ver 4.2) que en nuestros programas de investigación (Zukerfeld & Zonis Zukerfeld, 2011) relacionamos directamente las vivencias traumáticas con la noción de vulnerabilidad que es sinónimo de predominio deficitario. Así es que considero que para estudiar teórica y clínicamente esta problemática, conviene hacerlo con un modelo o instrumento dimensional con el que hemos investigado las vicisitudes de lo traumático donde la condición vulnerable se determina a partir de demostrar el déficit en las capacidades o estructura del Yo, en la calidad de la tramitación representacional o actividad fantasmática y en el grado de vivencia de sostén vincular. Este instrumento se compone de tres dimensiones cada una de las cuales puede evaluarse cuali y cuantitativamente con distintos recursos metodológicos.

2.2.1. *Dimensión Recursos Yoicos*: En términos generales incluye las funciones del Yo que pueden ser caracterizadas de distintos modos de acuerdo al esquema referencial del investigador. En nuestros estudios la hemos definido como la dimensión que incluye la regulación de la autoestima y un conjunto de comportamientos y actitudes frente al evento disruptivo en un gradiente determinado. Estaría asociada a la noción de afrontamiento (Lázarus & Folkman, 1986) y a los mecanismos de defensa y sus distintas combinatorias. Aquí es posible establecer un polo que corresponde a un “déficit de autoestima o narcisista” y/o un “déficit de recursos de afrontamiento”, y otro polo que expresa el conflicto a través de la mayor riqueza y variabilidad de los mecanismos defensivos. Por lo general las puntuaciones hacia el polo deficitario de esta dimensión corresponden a sujetos en condición vulnerable o de resolución neurótica de lo traumático.

2.2.2. *Dimensión Funcionamiento Psíquico Global*: En términos generales se refiere a la productividad inconsciente-preconsciente y toda su actividad fantasmática. La hemos definido como la dimensión que abarca un conjunto de condiciones subjetivas previas y/o activadas por el evento disruptivo, que incluyen distintas variaciones de tramitación representacional, en un gradiente determinado. Estaría asociada al desarrollo de potenciales transformadores que se supone están en relación con las puntuaciones positivas, que a

su vez implican conflicto como contraposición al déficit psíquico asociado a puntuaciones negativas. Depende de la atribución entendida como operación psíquica de otorgar valor o sentido en función de creencias preconscientes y significados inconscientes con los que se ha conformado una determinada condición subjetiva. Aquí se puede hablar de un polo de “déficit de actividad fantasmática o de tramitación psíquica” a otro polo de riqueza representacional. Por lo general las puntuaciones hacia el polo deficitario de esta dimensión corresponden a sujetos en condición vulnerable o sobreadaptados a lo traumático.

2.2.3. *Dimensión Vincularidad*: Se define como la dimensión que incluye un conjunto de condiciones intersubjetivas e identificatorias preexistentes y/o producidas a partir del evento disruptivo), en un gradiente determinado. Estaría asociada al estilo de apego, la percepción de sostén y a la posibilidad de desarrollar nuevos vínculos. En esta dimensión describimos un polo donde se puede establecer un “déficit de constitución de un objeto bueno interno” y/o un “déficit de cuidados parentales” y otro polo de vincularidad conflictiva con sus diversas características y producciones singulares. Por lo general las puntuaciones hacia el polo deficitario de esta dimensión corresponden solo a sujetos vulnerables.

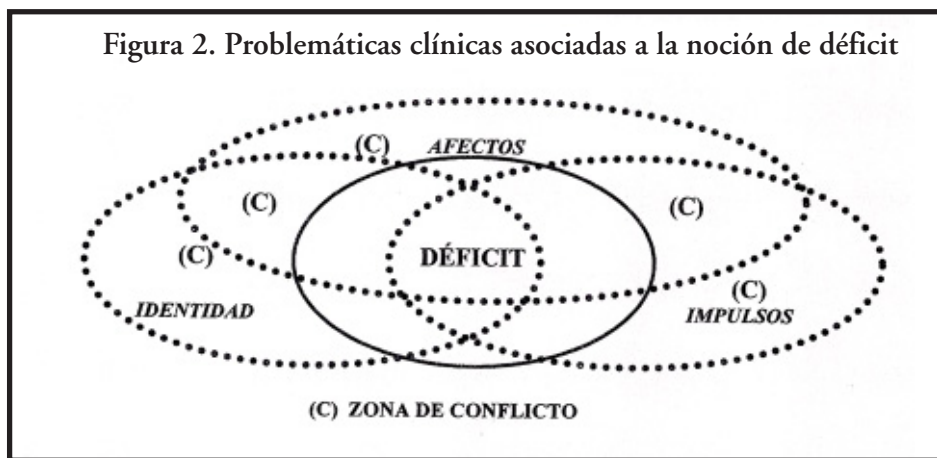
Entiendo que tiene valor heurístico pensar en estas cinco modalidades de déficit solapadas entre sí e interconectadas, pero posibles de diferenciarse. Es claro que una historia de “déficit de cuidados parentales” (dimensión vincular) suele asociarse a un “déficit narcisista” (dimensión yoica) y a un “déficit de actividad fantasmática” (dimensión funcionamiento psíquico), pero a veces lo que se destaca en la clínica es una sola de estas caracterizaciones.

Por otra parte, la introducción jerárquica de la noción de déficit estableció una separación, tanto clínica como teórica, entre “patologías del conflicto” y “patologías del déficit”, lo cual suscita un problema al darse un nuevo nombre a las problemáticas clínicas actuales, que puede generar una suerte de saturación ontológica. De ahí que es necesario insistir en aquellos aspectos que están en Kohut y en Killingmo, hecho que Coderch (2010) remarca cuando dice: “la diferenciación hemos de verla tan sólo en términos de *predominio* de sintomatología de conflicto intrapsíquico o bien de déficit” (p.122). Nemirovsky (2005) a su vez enfatiza que “las estructuras psíquicas deficitarias suelen estar acompañadas y combinadas con aspectos derivados del conflicto psíquico, y nos llevan siempre a plantearnos hipótesis diversas respecto a aquello que ha generado esta particular organización psíquica” (www.aperturas.org. no hay página).

3. Problemáticas clínicas: del borde a la coexistencia

3.1. *Afectos, impulsos e identidades*

Hemos planteado la importancia que tiene en la clínica hablar en términos de gradiente o predominio. Me parece útil señalar que cuando se habla de *predominio* ya se incluye la noción de coexistencia y simultaneidad. Esto implica ciertas revisiones teóricas de los modelos del llamado aparato psíquico. *Cuando hay predominio del conflicto, hay manifestaciones sintomáticas sustitutivas con valor simbólico, mientras que en el funcionamiento de predominio deficitario hay manifestaciones directas más amorfas, asociadas a la idea de cierta confusión, vacío, o facticidad.*



En la figura 2 se intenta, de manera sintética y en relación con las problemáticas actuales, ubicar cuestiones clínicas asociadas a la noción de déficit. Tradicionalmente, el conjunto de las problemáticas de los afectos, la constitución identitaria y la regulación de los impulsos, se estudia sólo desde la perspectiva del conflicto (C). Aquí se está agregando el conjunto conformado por la noción de déficit, el que también se instala en los tres subconjuntos nombrados: afectos, identidad e impulsos. De esta manera se cambia y se complementa la forma de comprender la problemática de los trastornos de los afectos, la de los trastornos identitarios y la de aquellos trastornos vinculados con la manifestación, regulación y control de los impulsos ya que ellos intersectan tanto con el conjunto conflicto como con el conjunto déficit. Esto permite

que los déficits puedan describirse con diferentes matices de acuerdo al área en que predominen, al igual que los conflictos. Esto permite, entonces, que las problemáticas psicosomáticas, la llamada patología del desvalimiento, del vacío, las problemáticas narcisistas, las perturbaciones caracterológicas, ciertas problemáticas depresivas, las problemáticas *borderline*, los pasajes al acto, adicciones, trastornos alimentarios, etc. se estudien tanto en sus aspectos conflictivos como deficitarios. Estoy tratando de decir que, probablemente, la terminología de Killingmo —inclusive las consideraciones clínicas que hace al instalar la noción de déficit— se superpongan con las formaciones clínicas llamadas “no neuróticas - no psicóticas”, que por lo general se suelen agrupar en la patología “borde” o “de frontera” y que reciben distintos nombres según el lugar donde se ponga el énfasis teórico clínico⁴. Sostengo, además, que las llamadas psiconeurosis clásicas también incluyen funcionamientos deficitarios, en la nomenclatura de Killingmo. *De este modo, de acuerdo con las nociones de coexistencia y predominio no existen “centros” y por tanto no habría “bordes”*.

Esta forma de pensar la clínica se apoya en la heterogeneidad del inconsciente y en dos grandes modos universales de producción: lo inconciente reprimido y lo inconciente escindido, como veremos más adelante (ver 4.1).

3.2. Intervenciones y relaciones

3.2.1. *Intervenciones afirmativas*: Una de las cuestiones importantes para la clínica, es la introducción y desarrollo que hace Killingmo sobre las *intervenciones interpretativas y afirmativas*, en especial las que llama “interpretaciones afirmativas” (2005). El concepto de intervención afirmativa fue erróneamente subsumido en la noción de construcción freudiana por su propuesta de construcción de sentido, pero no son estrictamente equivalentes. Killingmo dice en itálicas de ellas: *“la intervención afirmativa es una comunicación formulada de tal modo que consigue disminuir la duda sobre la validez de la experiencia del sujeto”* (p.175). Se trata de una comunicación que incluye la manera de formularla con el objeto de disminuir la duda, que presupone tiene el sujeto⁶.

⁴ El campo clínico es muy amplio en nomenclaturas: “las locuras privadas” de Green, el paciente “operatorio” de Marty, las “normopatías” de Mc Dougall y también la concepción milleriana de las “psicosis ordinarias”.

⁵ El modelo “neuroticocéntrico” generó naturalmente la noción de borde o frontera, a mi modo de ver como una forma de sostener estructuras psicopatológicas algo sacralizadas.

⁶ Es interesante señalar que el sujeto para poder interrogarse debe, primero, afirmarse. De este modo se enriquece el concepto freudiano de alianza terapéutica.

Se refiere especialmente a la entonación para formularla, lo que es fundamental porque “es una forma de comunicación somática de mensajes afectivos y [...] transmite de un modo directo, sin el rodeo que representan los símbolos del lenguaje semántico” (p.183). Agrega luego que lo que hace la intervención afirmativa es expresar y convalidar de modo empático. Lo hace también a través de ejemplos para destacar que lo importante es lo que el paciente siente. Desarrolla una forma de secuencia lógica característica de la intervención afirmativa:

- 1) “Él me ve, el analista me ve, ergo debo ser visible, ergo, *existo*”.
- 2) “Él me entiende, ergo, puedo ser entendido por él, ergo *tengo relación con él*”.
- 3) “Él me escucha, lo cual significa que merezco ser escuchado y tiene valor lo que digo, ergo, *valgo algo*”.

El primer objetivo es lograr existencia, relación y valor. En este sentido es obvio que tiene poco que ver con la construcción freudiana. No implica una narrativa de reconstrucción histórica aunque puede ser el primer paso para hacerlo. El tema de *establecer* sentido también es un problema interesante ya que aparece siempre como contrapunto de *descubrir* un significado. No sé todavía las derivaciones que podrían surgir si el establecer sentido implicara revelar un significado mucho más profundo. Tampoco es posible determinar si el establecer sentido para Killingmo se da sólo en el marco de la experiencia vivida *en ese momento* con el analista, o si es extensible a la inclusión de elementos históricos, no creo que los incluya en un primer momento, creo que todo se juega en el contexto relacional con el analista.

Figura 3. Características diferenciales de las intervenciones

INTERVENCIÓN INTERPRETATIVA	INTERVENCIÓN AFIRMATIVA
Procura descifrar un significado	Procura establecer un sentido
“Descubro y conecto”	“Soy visto y entendido”
a) Resistencia a algo. b) Reedición de algo. c) Recuerdo de algo. d) Reconstrucción elaborativa. (Sesgo “di levare”)	a) Existencia de algo. b) Relación con algo. c) Valor de algo. d) Validez de la experiencia. (Sesgo “di porre”)

Es importante insistir que los dos tipos de intervenciones⁷ –Killingmo lo dice en varios lugares– *coexisten* dentro del trabajo del analista y tienen una suerte de alternancia estratégica. Se puede observar en el ejemplo dialogal y transferencial que trae, en él muestra que, al principio, el analista no percibe que el paciente no está en condiciones de descifrar significados y que necesita cierta afirmación de existencia. Por eso, sostiene con claridad, que la intervención interpretativa procura descifrar significados y que el paciente debería sentir la noción de descubrimiento y conexión, mientras que la intervención afirmativa procura establecer un sentido que debe vivenciar como “soy visto y entendido”. Es en el texto de 2005 donde Killingmo insiste fuertemente en la cuestión de ser visto y escuchado: eso es lo que permite dar existencia, relacionar con algo, y darle valor a algo.

La intervención interpretativa –muy a la manera clásica– trabaja con la resistencia a algo, con la repetición, inclusive con la revisión de algo; intenta hacer aparecer en la conciencia el recuerdo de algo, y procura una reconstrucción reelaborativa. Por el contrario el eje central de la afirmación se basa –según Killingmo– en dar *validez a la experiencia*. En ese sentido la intervención interpretativa –a mi modo de ver– tiene un sesgo *di levare* y la intervención afirmativa uno *di porre*. De todas maneras esto último tiene varios matices ya que Killingmo sostiene que la intervención afirmativa no consiste ni en adular ni en suministrar. Por otra parte no es casual que gran parte de sus ideas hayan sido tomadas por el pensamiento psicoanalítico relacional: la afirmación está indisolublemente ligada a un campo analítico donde la *relación en sí misma* es necesariamente terapéutica. Pero me pareció importante e interesante el agregado del 2005 de que las intervenciones afirmativas procuran desarrollar “mentalización”. De esto se infiere que en la clínica hay una decisión estratégica que implica que *primero* se debe llevar a la mente lo que le está pasando al paciente, es decir, darle condición de existencia. Es como decir: primero es importante que usted está conmigo, que usted existe y que vale lo que a usted le sucede. Después juntos (en alianza de trabajo) procuraremos entender y descifrar qué le sucede. De todas maneras, me parece que ciertos términos o ciertas categorías que utiliza Killingmo, pueden tener connotaciones que generen particulares respuestas emocionales en los analistas. Por ejemplo, el término ‘afirmativo’. Ya he señalado que la palabra “afirmativa” conlleva, en principio, un sesgo *di porre*, creo que por eso es fácil asociarlo con el tema de la *sugestión*. Lo que sucede, según mi modo de ver, es que la sugestión

⁷ Importa pensar en la pregnancia del término “interpretación”, que es el que usa Killingmo. Aquí utilicé el de intervención interpretativa e intervención afirmativa.

está relacionada con la intervención *interpretativa* de un analista ubicado en el lugar oracular del saber. (Zukerfeld, 1990). Sin duda lo que aquí Killingmo llama intervención afirmativa está incluida en una perspectiva relacional que ya ubica al analista en otro lugar. Es por esto que, para valorar su efecto, considero más importante la *descripción* de lo que acontece; en ese sentido Killingmo señala que la intervención afirmativa intenta dar forma a la experiencia, pero lo que sucede es que al lado del “oro” del desciframiento, el “sencillo” hecho de dar forma se percibe como tema menor.

3.2.2. *Entonación, simetrización e intencionalidad*: Considero muy importante la descripción en la clínica, ya que Killingmo, en el artículo del 2005, le dedica un par de páginas nada más que al valor de la *entonación* del analista. Hay un trabajo importante en el acto de describir, que él lo conceptualiza en términos de objetivación, justificación y aceptación. En realidad, ese momento descriptivo incluye también el *aspecto relacional* y el contexto; y fundamentalmente remarca la idea de buscar la condición del analista de estar *disponible* emocionalmente para el paciente. Esta idea de disponibilidad emocional – tomada en parte de Bowlby– implica que para que haya proceso el analista debe alcanzar esa posición de disponibilidad para el paciente.

Otro aspecto clínico a discutir es el de *simetrización*. Daría la impresión que en las intervenciones que Killingmo llama afirmativas hay una modalidad que tiende a ello, diferenciándose así de la intervención interpretativa o de aquel tipo de intervención interpretativa que se acerque a la del “psicoanalista oráculo”. Pero, si la intervención interpretativa es parte de un trabajo de desciframiento realizado *en conjunto*, se simetriza nuevamente. Pienso que es bueno discutir esto porque permite realizar una especie de semiología de los errores técnicos, ya que él es muy enfático en señalar que si uno intenta interpretar lo que él llama conflicto, sin haber posibilitado primero que el paciente tenga experiencia de existencia, además del malentendido, se correrían otros riesgos clínicos más importantes. Parecería que el malentendido da la impresión de un tema menor, un tema que el análisis de la contratransferencia del analista podría resolver, sin embargo Killingmo lo transmite con más dramatismo al asociarlo a cierta iatrogenia. Por otra parte Coderch (2005) plantea que la buena relación terapéutica que funciona como un agente curativo es asimétrica aunque *igualitaria*, donde asimétrico alude a alguien que solicita ayuda y a alguien que la brinda con una metodología que minimiza la asimetría, es decir con tendencia a la igualación.

Otro tema central es el de la *intencionalidad*. Me parece especialmente

interesante lo que Killigmo (1989) llama intencionalidad *secundaria* frente al padecimiento. En ese artículo señala que:

[...] el mundo puede resultarle más tolerable a un niño pequeño si piensa que su madre lo dejó porque era un niño malo, en vez de tener que enfrentar el hecho de que su madre simplemente lo abandonó. Además, esta realidad simple probablemente desencadenaría una ira de una naturaleza tan amenazadora que resulta más seguro culparse a uno mismo (p.115-116).

Y en el trabajo del 2005 plantea la atribución errónea de responsabilidad como una “estrategia puesta en juego para sobrevivir. En un sentido más profundo, el paciente no siente que haya sido un agente activo en todo esto” (p.179). Como .se comprenderá esto plantea una discusión acerca del concepto de agencia, pero clínicamente permitiría no caer en la trampa o en el error de atribuir manifestaciones de culpa solamente en la versión tradicional del deseo prohibido.

4. Consideraciones teóricas y discusión

4.1. *Lo inconsciente escindido, la tercera tópica y la vulnerabilidad*

La reintroducción del concepto de déficit en la teoría y clínica psicoanalítica implica –a mi modo de ver– la necesidad de cierta revisión metapsicológica pues significa pensar en dos grandes modos de funcionamiento psíquico coexistentes: un modo que se centra en el conflicto – es decir en última instancia en Edipo y otro modo que aquí es llamado déficit –podría decirse centrado en Narciso. En este sentido es que hemos planteado en otra parte (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld, 1999, 2005; Zukerfeld, 2009) la existencia del inconciente escindido y de sus producciones en paralelo y simultáneo con las del inconciente reprimido, a partir de una lógica de coexistencia, simultaneidad y predominio. Esta concepción teórica implica una revisión metapsicológica que hemos descripto como una *tercera tópica*. Se trata de un modelo del aparato psíquico, entendido como la construcción del psiquismo entre soma y otro, caracterizado por la introducción en la segunda tópica freudiana de *la escisión como mecanismo universal y estructurante que permite la coexistencia universal de dos grandes modos de funcionamiento psíquico, cada uno de los cuales puede estudiarse desde distintas perspectivas*. Green (1998) –en uno de sus

importantes desarrollos sobre la noción de escisión— señala que “[...] la considero una actividad fundamental del psiquismo porque con la escisión, comienza justamente una diferenciación” (p.22). En forma sintética planteamos que lo que llamamos inconsciente escindido —es decir lo *apartado estructuralmente* de la trama representacional ordenada por la represión— puede ser caracterizado de distintas maneras de acuerdo a distintas teorías psicoanalíticas, investigaciones de las neurociencias, de la psicología cognitiva y de las disciplinas de la subjetividad. Creo que desde el primer Freud —que describe y diferencia los signos de percepción de las huellas mnémicas— hasta el último Freud que teoriza el fetichismo, existe lo escindido-apartado y sus efectos estructurales. Dentro del psicoanálisis postfreudiano para las teorías pulsionalistas lo escindido se correspondería con el campo de la descarga, de lo tanático, de lo negativo o de lo Real; para las teorías del narcisismo con el lugar del teatro de lo Imposible (Mc Dougall, 1991) y la sede del Yo Ideal (Marty, 1980) o del doble inmortal (Aragón, 1999); para las teorías de la identificación con las identificaciones primarias pasivas (Marucco, 1999) y las identificaciones patógenas (Bleichmar (2001). Para las disciplinas de la subjetividad lo escindido correspondería a lo irrepresentable y a lo transubjetivo. Para la psicología cognitiva habría puntos de contacto con el “inconsciente cognitivo” y el espacio de los procesos subsimbólicos, y en general para las neurociencias sería el lugar de las memorias implícitas (procedimentales, emocionales y *priming*) con sus diferentes redes neuronales.

Esta condición universal de coexistencia de lo inconsciente reprimido-represor con lo inconsciente escindido tiene manifestaciones clínicas cuando existe un predominio de este último modo de funcionamiento, generalmente asociado a vivencias traumáticas y/o déficit de sostén vincular. Por eso adquiere relevancia determinar la existencia de *vulnerabilidad*, es decir de un funcionamiento psíquico donde predomina lo escindido. Obsérvese que aquí que el constructo ‘vulnerabilidad’ no es estrictamente sinónimo de fragilidad o predisposición (que es el uso habitual del término) sino más bien lo contrario a la noción de mentalización⁸. De allí que *el síntoma psiconeurótico no expresa vulnerabilidad alguna*. La mayor o menor vulnerabilidad la entendemos directamente asociada a la intrincación entre la adversidad histórica y actual y la existencia o no de una red vincular que brinde sostén y modelos identificato-

⁸ Tanto a la noción desarrollada por Marty (1980) (calidad, cantidad y disponibilidad de representaciones preconcientes) como a la que plantea Fonagy (1999) (condición de desarrollo de la función reflexiva, es decir percibir los estados mentales propios y del otro, capacidad asociada al apego seguro).

rios . De este modo a mayor persistencia de lo traumático y menor capacidad de sostén de la red vincular, mayor será la vulnerabilidad y por lo tanto las probabilidades de exacerbación y complicaciones de patología preexistente o inclusive de generación inespecífica de enfermedad. En cambio el predominio del modo de funcionamiento ordenado por la represión conlleva la noción de resignificación y el desarrollo de mecanismos de defensa. Pero lo que interesa destacar es que la noción clínica de vulnerabilidad –en la medida que es solidaria con la noción teórica de inconsciente escindido– es universal y no significa patología en el sentido médico del término. Esto quiere decir que alude solamente a un predominio de un funcionamiento psíquico que puede devenir en patología pero puede también reintegrarse de modo homeostático y que siempre convive con las manifestaciones sintomáticas de lo reprimido.

En relación a este último aspecto, toda manifestación clínica es mestiza y lo que hemos denominado *vulnerabilidad* sería condición que expresa el predominio de lo deficitario, que entendemos escindido, es decir apartado de la tramitación representacional. Rodríguez Sutil (2009) plantea que “en el adulto los dos procesos se nos presentan en forma simultánea en el aquí y ahora” y señala que “parafraseando a Balint, podemos hablar de “el ámbito edípico” y “el ámbito de la falta básica” (p.21). El uso del término escindido reconoce numerosos antecedentes terminológicos en casi todos los autores postfreudianos⁹ y modernamente se corresponde con lo que el Boston Change Process Study Group (2009) plantea cuando señala que:

el concepto de conocimiento relacional implícito mantiene la idea de que los procesamientos inconsciente dinámico (reprimido) y *no-conciente* son centrales en la vida afectiva y relacional, a la vez que nos libera de un modelo del inconsciente dinámico como la única o necesaria manera de comprender la esfera intrapsíquica (p.226).

El uso del término “no conciente” es habitual como estrategia de diferenciación de modos de funcionamiento. Leffert (2010) señala que:

El término *no-conciente* es usado para referirse a las funciones mentales descritas como implícitas o no declarativas. El término *inconsciente* se refiere al concepto usual de inconsciente dinámico con el que el psi-

⁹ En otra parte hemos citado exhaustivamente las distintas terminologías (inconsciente primario, prepsíquico, inconsciente originario, etc.) que aluden a aquello que no se encuentra ni en el *topos* ni en la dinámica de lo reprimido y que en línea con el último Freud consideramos escindido. (Zukerfeld, 2009)

coanálisis tiene una prolongada y ambivalente problemática [...] finalmente es necesario considerar el rol de la represión y la posible existencia de diferentes atributos de distintos modos inconscientes.(p.127)

4.2. *El lugar del conflicto y de lo nuevo*

Un viejo debate que se da en los ámbitos psicoanalíticos en mayor o menor medida, es el que se plantea entre tradición y novedad. En este sentido pienso que la cuestión es no tirar el agua sucia con el bebé adentro, aunque creo que periódicamente hay que estar recogiendo antecedentes contextuales e históricos de muchas ideas teóricas y clínicas, para evaluar su grado de novedad u originalidad. Es a veces difícil valorar qué es lo estrictamente nuevo en la producción teórica; de todas maneras es en principio útil pensarlo como nuevo, en la medida pragmática de que pueda tener un mínimo valor heurístico.

Otro problema teórico es delimitar el uso del concepto de conflicto. Un ejemplo es la noción de “histeria arcaica” que plantea Joyce Mc Dougall (1991). Se usa ahí el término “histeria” indisolublemente ligado al conflicto edípico, para describir una condición deficitaria. ¿Se puede plantear un tope, un límite hasta el que uno puede usar el término conflicto intrapsíquico para explicar una manifestación clínica? ¿Es posible utilizar el término “conflicto arcaico” en lugar de déficit y reintroducir el componente impulso-defensa, y de esa manera mantener la relación consolidada conflicto-interpretación? No me parece una buena estrategia¹⁰. Creo que en Killingmo ‘déficit’ no es sinónimo de conflicto pregenital, noción propia de la terminología clásica que explicaba todo en términos conflictivos.

Bleichmar (1997) introduce alguna variación teórica en lo que se entiende como déficit cuando introduce el tema de si en la validación de la experiencia existe o no *creación de algo nuevo*. Killingmo no tiene posición tomada respecto a esta cuestión pero es insistente en lo que llama validez de la experiencia como elemento central de la relación terapéutica. Tal vez, en el paciente con intenso predominio deficitario, dicha validación en el campo transferencial constituya algo nuevo. En las investigaciones del Boston Change Process Study Group (BCPSG, 2009) se ha planteado que el proceso analítico en tanto intersubjetivo es intrínsecamente desordenado y que está asociado a “la *co-creación* como un proceso autorganizado de dos mentes actuando jun-

¹⁰ Hoy en día a esta forma de pensar la entiendo como “procurstiana”, es decir, como la tendencia a desconocer lo nuevo o desconocido reduciéndolo rápidamente a lo que resulta familiar.

tas que aprovechan el desorden inherente a la interacción para *crear algo psicológicamente nuevo*" (p.230)¹¹. Y señalan:

[...] la complejidad mental y el sentido de agencia¹² de cada uno de los participantes inevitablemente introducen elementos *impredecibles e improvisados*¹³ en el modo en que cualquier dirección compartida será elaborada. Esta negociación conjunta y co-creación de intención y dirección puede considerarse como la esencia de la interacción terapéutica (p. 238).

5. Reflexiones finales

La introducción de la noción de déficit tiene cierto valor para la teoría psicoanalítica y en especial para la clínica actual, más allá de su condición discutible de novedad. Estimo importante para la investigación en psicoanálisis el poder delimitar características diferenciales en la descripción del funcionamiento deficitario. De allí que pienso que no es lo mismo establecer un déficit de recursos de afrontamiento, que diagnosticar un déficit de tramitación psíquica o de mentalización. También es claro que puede ser distinto el proceso terapéutico cuando predomina un déficit de autoestima o narcisista, de cuando se trata de un déficit vincular de sostén. Por otra parte aceptar que la carencia, exceso o inadecuación relacional generan zonas deficitarias en la constitución subjetiva, paralelas a las estructuras propias del conflicto, es decir del deseo y la interdicción, integra vastos campos de trabajo clínico y producción teórica de la historia del psicoanálisis.

Pero fundamentalmente en la teoría creo que es necesario la revisión metapsicológica que han provocado el conjunto predominante de configuraciones patológicas asociadas a algún tipo de déficit, que se han llamado "de borde", cuyas nomenclaturas varían si se pone el énfasis en su etiología (desva-

¹¹ Hemos dado una definición equivalente basada en la noción de "trabajo terapéutico en proceso terciario" como forma de creación de lo nuevo (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld, 2005).

¹² Aquí se abre la discusión acerca del término *agency*, de uso habitual en varios autores americanos y anglosajones.

¹³ Recientemente hemos desarrollado la noción de improvisación y su correlato de plasticidad para lograr cambios relacionales de efecto terapéutico en los pacientes y de mejoría en la comunicación entre analistas. (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld, 2010). Asimismo Gabbard y Ogden (2010) consideran el valor de la improvisación como fundamental para volverse psicoanalista.

limiento) en el observable clínico (acto, impulso) o en la atribución de cierta condición estructural (narcisista, vacío). Estimo que la categorización estructural de lo que llamamos lo inconsciente escindido implica incorporar lo deficitario al funcionamiento psíquico universal y solo considerar patología a un predominio de manifestaciones cristalizadas. Esto se apoya en la noción de heterogeneidad de los procesos inconscientes y jerarquiza el valor decisivo tanto de la intersubjetividad como el de las vicisitudes pulsionales.

Finalmente, en la clínica, pensar en la coexistencia de conflicto y déficit en cualquier demanda terapéutica, ayuda a legitimar prácticas diversas, que a veces han quedado estigmatizadas como transgresoras o superficiales, y favorece la perspectiva interdisciplinaria. Esto permite que hoy en día, déficit y conflicto puedan considerarse como intrínsecos a la condición humana, es decir —en términos del poeta del epígrafe inicial— como lo uno y lo otro iluminados por un sol que a veces irrita y a veces se oculta en su sombra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aragonés, R. J. (1999) *El narcisismo como matriz de la teoría psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleichmar, H. (1997) *Avances en psicoterapia psicoanalítica* (pp. 162-172). Barcelona: Paidós.Ibérica
- (2001) El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamiento inconscientes”, *Aperturas Psicoanalíticas*, 9, www.aperturas.org
- Coderch, J. (2010) *La práctica de la psicoterapia relacional*, Madrid: Ed. Agora Relacional. Colección Pensamiento Relacional.
- Ferenczi, S. (1931[1997]) Análisis de niños con adultos. En *Obras Completas, Psicoanálisis*, Tomo IV (pp. 109-124). Madrid: Espasa-Calpe.
- Fonagy, P. (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3, Noviembre, [tp://www.aperturas.org](http://www.aperturas.org)
- Gabbard, G.O. & Ogden, T.H. (2010). Sobre volverse psicoanalista. En *Libro Anual de Psicoanálisis XXV* (pp. 227-238) Londres-Buenos Aires.
- Green, A. (1998) Teoría. En Fine, A y Schaeffer, J., *Interrogaciones Psicosomáticas*, Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- Killingmo, B. (1989). Conflicto y déficit: implicancias para la técnica. En *Libro Anual de Psicoanálisis* (pp. 111-126). Londres-Lima: Ediciones Psicoanalíticas Imago SRL.
- (2005). Una defensa de la afirmación en relación con esta-

- dos de afectos no mentalizados. En A. Maladesky, M.B. López, y Z. López Ozores, (comps.) *Psicosomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. (pp.169-186). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1971) *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Ed. Labor.
- Lazarus, RS. & Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca Editores.
- Leffert, M. (2010) *Contemporary Psychoanalytic Foundations. Postmodernism, Complexity and Neuroscience*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group Ed.
- Marty, P. (1980) *La psicosomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- McDougall, J. (1991) *Teatros del Cuerpo*. Madrid: Ed. Julián Yebenes.
- Marucco, N. (1999) *Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Nemirovsky, C. (2005) Correlato al trabajo de Franco Borgogno. *Aperturas Psicoanalíticas*, 20, Julio, www.aperturas.org (no hay página)
- Rodríguez Sutil, C. (2009) *Introducción a la obra de Ronald Fairbairn. Los orígenes del Psicoanálisis Relacional*. Madrid: Ed. Agora Relacional. Colección Pensamiento Relacional.
- The Boston Change Process Study Group. (2009) El “algo más” que la interpretación revisitado: desorden y co-creatividad en el encuentro psicoanalítico. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 13, 221-259.
- Zukerfeld, R. (1990). Transferencia y Sugestión. En E. Braier, *Psicoanálisis: Tabúes en teoría de la técnica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- (2009) Splitting and psychosomatics: on a third topography. En T.Bokanowsky & S.Lewkowicz (eds). *On Freud's "Splitting of the Ego in the Process of Defence"* (pp.172-188). London: Karnac.
- Zukerfeld, R. & Zonis Zukerfeld, R. (1999) *Psicoanálisis, Vulnerabilidad somática y Tercera tópica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- (2005) *Procesos Terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- (2010) Sobre la cultura psicoanalítica: alegato por un pluralismo riguroso. Premio Especial Creación de la IPA (1919-2010) “Cien Años de Psicoanálisis: Subjetivación y Cultura”, APA, Octubre 2010. *Revista de Psicoanálisis* (en prensa). *Aperturas Psicoanalíticas*
- (2011) Vicisitudes traumáticas, vincularidad y desarrollos resilientes: un modelo de investigación dimensional. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, vol. 5 (2), Junio 2011, pp. 349-369, www.psicoterapiarelacional.es