

EL DIAGNÓSTICO EN LA PSICOTERAPIA BIOANALÍTICA

Ps. Juan V. Gallardo C¹.

RESUMEN

Una propuesta de la Psicoterapia Bioanalítica es desarrollada desde la perspectiva de los postulados de Sandor Ferenczi y el Bioanálisis. Al reconocimiento de los aportes de Ferenczi a la teoría de las relaciones objetales se le adicionan sus principios de “utraquismo”, “amfimixia” y bioanálisis, para integrar la noción de “paralelismo psicósomático” e “identidad funcional”, y derivar principios metateóricos y clínicos en un intento de sistematización de un modelo de psicoterapia. La importancia del rol diagnóstico en esta modalidad de intervención es discutida.

Palabras Claves: Ferenczi, Psicoterapia Bioanalítica, Bioanálisis, Amfimixia, Utraquismo, Diagnóstico, Paralelismo psicósomático.

SUMMARY

A Bioanalytical Psychotherapy scheme is presented, from the perspective of Sandor Ferenczi's postulates about bioanalysis. In addition to Ferenczi's contributions to Object Relation Theory, it is recognized the importance of his concepts of utraquism, amphimixis and bioanalysis, as a way to integrate the notion of psychosomatic parallelism and functional identity, and to draw some metatheoric and clinical principles, as an attempt to systematize a psychotherapy model. The importance of diagnosis is discussed.

Key Words: Ferenczi, Bioanalytical Psychotherapy, Bioanalysis, Amphimixis, Utraquism, Diagnosis, psychosomatic parallelism.

INTRODUCCIÓN

Ferenczi nos legó, testimonio de su propia existencia, una actitud sustantiva frente a la búsqueda del conocimiento, “no hay un derecho superior a aquel de la verdad” (Sabourin, P. 1985, p.33). Esta sentencia hondamente arraigada en su estilo de pensamiento, nos identifica, al punto de hacernos conscientes -en un nivel sincrónico- de la imposibilidad de distinguir entre pensamiento vanguardista y delirante, y -en un nivel diacrónico- de las complejidades existentes para alcanzar esa distinción. Ni el consenso de los pares, con su omnipresente riesgo de la colusión; ni la predictibilidad, tan cercanamente ligada a las profecías autocumplidas; ni la praxis eficaz, en tanto un logro no necesariamente deriva de un buen hacer, nos pueden orientar al momento de discriminar entre el delirio y lo real.

No obstante, Ferenczi, maestro del pensamiento hermenéutico “utraquístico” nos señala que “...cuando uno desea ir más allá de la descripción, para hacer afirmaciones con respecto al significado de un proceso, uno involuntariamente debe asirse de analogías pertenecientes a campos científicos ajenos” (Ferenczi, 1924e, p.305). Así, entendemos que esta recomendación de Ferenczi, nos señala, que en tanto uno mantenga la conciencia lúcida del riesgo de confundir un dominio con otro, tal vez sea posible orientarse hacia la distinción entre la “fantasía científica” y “lo real”.

1.- Psicólogo Clínico, Director del Instituto de Desarrollo Psicológico Indepsi. Miembro de la Sociedad Húngara Sándor Ferenczi.

Adicionalmente, nos indica que si contamos con la cautela necesaria, nos situamos al margen del dogma y nos protegemos del fanatismo, será posible encontrar el camino desde el cual construir el conocimiento. En este sentido, el presente artículo es un esfuerzo por sistematizar las sugerencias de investigación que nos legara Sandor Ferenczi en relación al Bioanálisis y ofrecer una síntesis de nuestra aproximación a este campo, a través de la explicitación de los postulados que fundan, desde nuestra perspectiva, a la Psicoterapia Bioanalítica.

Sin duda son numerosas las modalidades de psicoterapia con que contamos en la actualidad, a pesar de que han sido sistematizadas en cuatro grandes corrientes de intervención clínica: lo conductual, lo psicodinámico, lo sistémico y lo experiencial humanista (Tizón, J. L., 1992). Frente a este escenario tenemos tres posibilidades: la coexistencia de estos distintos enfoques, la confrontación hegemónica de ellos, o la búsqueda de modelos integrativos que organicen la información de un modo inédito, orientándose hacia un paradigma unificado, en el cual se posicionen los respectivos saberes en el nivel lógico al que ellos corresponden.

En el Instituto de Desarrollo Psicológico se trabaja hace más una década en una concepción psicoterapéutica adscrita a la búsqueda de una visión paradigmática de la psicoterapia², que enfatizando la praxis clínica de cuenta de las dificultades existentes a la hora de teorizar sobre dicha práctica. El presente texto es una exposición que intenta dar a conocer algunos aspectos conceptuales y prácticos dentro de un marco que llamamos Psicoterapia Bioanalítica, acotados a la temática del diagnóstico clínico dentro de dicho modelo.

LA PSICOTERAPIA EN SANDOR FERENCZI

Para comprender más acabadamente el por qué llamamos Psicoterapia Bioanalítica a este modelo de trabajo, pareciera necesario considerar previamente algunos antecedentes de la obra de Sandor Ferenczi, tanto en sus aspectos metapsicológicos, como clínicos.

En lo estrictamente metapsicológico, Ferenczi, inaugura junto a su producción teórica un particular modo de pensamiento, que podríamos denominar “utraquístico”, entendiéndolo como una orientación científica, que se confirma en la alternancia entre métodos de conocimiento objetivos y subjetivos, y que postula como método válido, el buscar analogías en terrenos científicos distintos, con la finalidad de “desmembrar la significación de un proceso” (Ferenczi, 1924e p. 305). Más sintéticamente este método refiere a cómo operar en “un plano de realidad, en otro plano o ambos planos” en un interjuego entre las relaciones de “lo uno, de lo otro, o lo de ambos”. Esta metodología, explícitamente, aparece como una búsqueda de hipótesis allí en el punto donde ocurre la interconexión de los planos de realidad, a la vez que sugiere, por lo tanto, la coexistencia de una suerte de identidad funcional o simbólica entre estos variados planos de realidad.

Ferenczi, a través fundamentalmente del “utraquismo” aplicado a la integración de lo psico- físico, y de lo psico-social, genera un saber que surge como la *vía regia* hacia una comprensión holística de la conducta humana. Desde esta particular perspectiva, a lo largo de su vida profesional producirá un conjunto de textos pre-analíticos, luego analíticos y, finalmente bioanalíticos³, en los que se va configurando un particular estilo de pensamiento, que adquiere su máxima expresión en 1924 en su texto “*Thalassa: Ensayo sobre una teoría de la genitalidad*” (Ferenczi, S., 1924e), en el cual, lo psicomórfico y lo “anfimíctico”⁴ transitarán de una “fantasía científica” a convertirse en el modelo orientador de un nuevo modo de reflexión. Es a partir de esta metodología “utraquística” que surgirá el desarrollo de un pensamiento heurístico, desde el cual derivar conocimiento científico⁵, sistema que denominado Modelo Bioanalítico, surge desde el pensamiento de Sandor Ferenczi, demandando una conceptualización y sistematización aún pendiente. Tal como Freud

2.- Para una discusión sobre eclecticismo, Paradigma unificado y el estado actual del desarrollo de las técnicas de psicoterapia, ver Tizón, J.L. Tizón, en Rev. Asoc. Esq Neuropsiq. Vol. XII N° 43, 1992, pp. 292.

3.- Ver “Los escritos de Budapest” C. Lorin, 1983, y “Sandor Ferenczi” Bokanowski, 1997.

4.- Anfimixia: término médico que denota la mezcla de dos sustancia diferentes para crear una tercera, cuyo principal ejemplo es la fusión del espermatozoide y el óvulo para crear el embrión. (Stanton, M: 1990, p.197); Una descripción del uso de Ferenczi de este concepto en Thalassa, Ferenczi, 1924e.

5.- “Sin conocer aparentemente los trabajos de Ferenczi, alguien como René Thom (matemático) adopta exactamente la misma posición que él, a la búsqueda de modelos que tomen un valor suplementario, en la medida justamente en donde son vehículos de lo imaginario. La ficción científica no es necesariamente un delirio.(...) Rene Thom escribe que este tipo de modelo ‘no postula necesariamente una verificación experimental, sino que le permite salirse de un positivismo limitado’” (Sabourin, 1985. p. 100).

mismo señalara: “No obstante quizás llegue a existir alguna vez realmente un “bioanálisis” como Ferenczi lo ha proclamado, y este tendrá que invocar sin duda el ensayo de una teoría genital” (Freud, 1933, p. 3238).

Desde lo epistemológico, este modelo se organiza en relación a dos conceptos centrales, el “Principio de Realidad”⁶ y el concepto de “Materialidad”⁷, en torno a los cuales se construye un discurso que pretende dar cuenta por una parte, de una serie de eventos propios del ámbito de la psicología clínica, y por otra parte de la problemática del “paralelismo psicofísico” y del “isomorfismo funcional”.⁸

Desde lo clínico, Ferenczi transita desde su condición de médico neurópata hacia la de psicoanalista clásico ortodoxo, desde donde explorará nuevos estilos de intervención psicoterapéutica: primero la “terapia activa” (1919-1926), luego la “terapia de la indulgencia y la relajación” (1929) para finalmente terminar con su particular propuesta del “análisis mutuo” (1929-1933). Pero este desarrollo, no solo devendrá en distintas estrategias de tratamiento, sino que, además, en cada una de ellas configurará una serie de implícitos, que progresivamente develarán las propiedades subyacentes al acto de la cura, la naturaleza del conflicto y las cualidades de la relación establecida entre sus participantes.

Estas dos dimensiones, tanto lo metateórico como lo clínico, nos refieren a un desarrollo en progresiva evolución, y sugieren la posibilidad de sistematizar algunos principios generales que le den forma y estructura a las propuestas teórico-prácticas implícitas en ellos. En este sentido, cabe destacar que la comprensión del quehacer clínico de Sandor Ferenczi, generalmente se ha realizado, bajo el entendimiento de una progresión lineal, de tipo exploratoria en la búsqueda de desarrollar un modo más eficaz de hacer psicoterapia, ahí donde él pensaba que se encontraban los límites del psicoanálisis clásico. Sin embargo, una lectura paralela, de tipo diacrónico, también sugiere la idea de que Ferenczi desarrolló distintas modalidades terapéuticas, dependiendo de las características del paciente, del terapeuta y de las condiciones en las que se desarrollaba el proceso de la cura.

En este sentido, la pregunta fundamental es si podría haber existido una propuesta de análisis mutuo, si antes no hubiese existido una terapia activa. Entendido de este modo, es posible suponer que para Ferenczi existían algunos implícitos básicos en el proceso psicoterapéutico que se relacionaban con: (a) las características clínicas y personales del paciente, (b) el nivel de desarrollo psicológico y personalidad del terapeuta, (c) el conjunto de parámetros técnicos con que se cuenta en un momento dado para el ejercicio de esa práctica, y (d) el clima emocional y los juegos recíprocos de interacción terapeuta/paciente.

En relación a *las características clínicas y personales del paciente*, resulta esclarecedor la comprensión de que en su exploración de mejores y más adecuados modos de intervención, Ferenczi incursiona en el espacio clínico que hoy por hoy, llamaríamos el espacio de los cuadros fronterizos o borderline, planteando muchos de sus aportes terapéuticos como desarrollos a ser usados estrictamente dentro de esta categoría diagnóstica. Del mismo modo, en otros cuadros clínicos, su quehacer se mantenía en la utilización de los parámetros de la técnica estándar del psicoanálisis.

Esclarecedor es en este sentido, considerar que la transición desde la técnica activa hacia la técnica de la indulgencia y la relajación, surge en Ferenczi como consecuencia de la reacción de los paciente obsesivos frente a las directrices emanadas desde la figura del terapeuta. Recordemos que la técnica activa significa un rol de “agente provocador”, que incita al paciente a asumir más activamente sus núcleos conflictuales (Stanton, 1990, p.150).

Esta idea sugiere que para Ferenczi la intervención adecuada, tenía más que ver con las características clínicas particulares de un paciente dado, que con la aplicación práctica de un modelo estándar, que si bien permitía un amplio rango de intervenciones y un cierto grado de eficacia en muchos cuadros clínicos, fallaba en curar aquellos considerados en su tiempo como casos difíciles, erróneamente rotulados desde la técnica estándar como

6.- El "Principio de Realidad" es un concepto que apunta a establecer un continuo de desarrollo en las estructuras del pensamiento, que operan desde un tipo de pensamiento llamado "primario" a otro "secundario", aludiendo a series de estrategias específicas para aprehender la realidad (Ver Ferenczi, S., 1913h).

7.- La “Materialidad” alude a la existencia en la realidad de los objetos “entes”, de la independencia de ellos con respecto al ser que los conoce; a la posibilidad de comprender la cualidad y dominio de la existencia de estos objetos, sus propiedades, principios y constantes que los definen, explican y determinan.

8.- Se usa el concepto de “paralelismo psico-físico” para designar una relación de correspondencia biunívoca entre dominios aparentemente distintos: lo “somático”, la materialidad física del cuerpo humano y el conjunto de producciones o representaciones que se engloban bajo el concepto de lo “psíquico”.

casos de “reacción terapéutica negativa”. En este sentido recordemos que “la mayor habilidad de Ferenczi en el tratamiento psicoanalítico fue con los ‘casos más desesperados y críticos’, se hizo cargo de los pacientes más difíciles y desarrollo grandes esfuerzos para darles lo mejor de sí” (op. cit. p.157). En relación *al nivel de desarrollo psicológico y personalidad del terapeuta* Ferenczi afirma que los analistas deben estar mejor y no peor analizados que sus pacientes (Ferenczi, 1932), y agrega que es utópico pensar que algún terapeuta llegue a estar completamente analizado. El sienta las bases de una actitud de alerta frente a las propias imperfecciones y al trabajo de autoexploración, sustentando el imperativo de que un terapeuta se asuma en la búsqueda de una mayor integración, tanto de sus objetos internos como de su mundo pulsional. En este sentido, devuelve una imagen de sí mismo como un arquetipo de terapeuta siempre en proceso de construcción o auto- construcción, tanto por la vía del autoanálisis como por la del encuentro cotidiano con sus pacientes.

En relación al *conjunto de parámetros técnicos*, cabe señalar que desde la asociación libre, hacia el análisis de la resistencia, el análisis de la transferencia, transitando por el análisis del carácter (Reich, 1949) es con Ferenczi con quien se inician todas aquellas intervenciones que hoy denominamos análisis y/o manejo de la contratransferencia. La afirmación de que los desarrollos teóricos ferenczianos, son complementarios a la técnica analítica estándar (Ferenczi, 1920), vienen a confirmar, desde esta perspectiva de análisis, que su propuesta psicoterapéutica, más que una definición de “un mejor hacer analítico”, intentaban acotar “una particular modalidad de intervención” en relación a determinados pacientes, y en un particular momento del proceso psicoterapéutico.

Finalmente, en relación al *clima emocional y el interjuego interaccional terapeuta/paciente*, Ferenczi, tanto como Freud, aceptaron más allá de sus diferencias, la gravitación, tanto de la experiencia como de la fantasía y lo fantasmagórico, en el acaecer de lo psíquico (primera y segunda teoría del trauma). De esta suerte, hacer de este espacio uno de los núcleos de divergencia entre el pensamiento freudiano y el ferencziano, pareciera ser más un problema de acento y de grado, que de diferencias radicales. En este sentido, la mantención de Ferenczi de la primera teoría del trauma, no refería a una relación unívoca entre trauma y traumatismo, sino más bien a la existencia de un evento externo, que a la luz de las vicisitudes del desarrollo de lo imaginario, devenía patógeno. Por su parte, Freud más de una vez afirmó, que él no negaba la existencia de eventos traumáticos reales, sino más bien cuestionaba la universalidad (y la literalidad) de los mismos. Las implicancias del impacto de la teoría del trauma en Ferenczi, signarán el rol que él atribuirá al “maternaje”, al clima emocional entre paciente y terapeuta, y a las definiciones de la relación terapeuta/paciente. Así, es posible afirmar que para Ferenczi, el clima afectivo y la relación entre dos sujetos, deviene distinto a partir de los peculiares momentos de evolución, de organización de lo psíquico, y del desarrollo tanto ontogénico como filogenético de sus participantes.

Todo lo anterior nos lleva a plantear la irreductibilidad del quehacer psicoterapéutico, a un patrón único de intervención, y por el contrario, nos acerca a la concepción de una propuesta de un modelo múltiple de intervención, en el cual el parámetro técnico a desarrollar, resulta una herramienta surgida a partir de la consideración de los cuatro aspectos antes mencionados.

LA PSICOTERAPIA BIOANALITICA

Llamamos a este modelo de intervención Psicoterapia Bioanalítica, en primer lugar debido a que es en torno al concepto ferencziano de “Bioanálisis” que se organiza el ordenamiento de las categorías clínicas diagnósticas, así como los parámetros técnicos adecuados a cada una de ellas; en segundo lugar, porque la lectura en torno a la cual se organizan los datos clínicos es del orden de la integración de aspectos fenomenológicos, psicoanalíticos y biológicos, (integración que llamamos “Bioanalítica”), y en tercer lugar porque es, en última instancia, en los cuadros más complejos, donde el quehacer psicoterapéutico adquiere un sentido técnicoparamétrico específico, a la luz de los principios teóricos y clínicos ferenczianos.

Se define como “Psicoterapia” porque es “una aplicación metódica de técnicas y procedimientos psicológicos en el tratamiento de los problemas de la conducta, los trastornos mentales o el sufrimiento humano” (Tizón, J.L, 1992). Y se adjetiva “Bioanalítica”, porque más allá de las consideraciones técnicas específicas, que según el diagnóstico, señalan el operar con determinadas técnicas -conductuales, experienciales, sistémicas, comunicacionales, o psicodinámicas- la epistemología última en la cual se sustenta el ejercicio psicoterapéutico, remite a los supuestos generales ferenczianos del “utraquismo”, del

“bioanálisis” y del “amfimizismo”, y por qué en el nivel más crítico de intervención psicoterapéutica, esto es, en cuadros fronterizos, limítrofes o borderline, los parámetros técnicos una vez más se orientan en torno a los desarrollos específicos de los aportes de Ferenczi a la clínica psicológica.

En líneas generales, la Psicoterapia Bioanalítica es una modalidad de intervención psicológica, que se funda en seis supuestos básicos: el continuo Normalidad-Anormalidad, la importancia del rol Diagnóstico, el modelo de los niveles de intervención múltiple, el proceso de evolución secuencial de cada proceso psicoterapéutico, la utilización de parámetros técnicos particulares a cada nivel de intervención, y la integración “utraquística” de factores biopsicológicos.

El *continuo Normalidad-Anormalidad*, plantea la existencia de una secuencia continua, que va desde lo normal a lo patológico, caracterizada por distintas organizaciones estables de funcionamiento. El continuo, delineado desde el polo de la normalidad hacia lo patológico, abarca los trastornos de desarrollo, los trastornos conductuales, los trastornos sintomáticos, los trastornos del carácter simple, los trastornos del carácter crónico, los trastornos fronterizos de la personalidad y los trastornos psicóticos.

La *importancia del rol Diagnóstico*, enfatiza esta función como variable fundamental para el ejercicio psicoterapéutico, en tanto es el diagnóstico clínico lo que determina la estrategia de enfrentamiento de un caso particular, distinguiéndose en este nivel la evaluación sintomática, la presencia de disfunción en las áreas vitales del sujeto -laboral, familiar, pareja, (sexual), social, afectiva, corporal y sensorio-cognitiva- y las perturbaciones en la función de identidad y la función de realidad.

El *modelo de los niveles de intervención múltiple*, sustenta la tesis de la existencia de distintos niveles de intervención clínica, que dan fundamento a diferentes enfoques técnicos, que se acercan con mayor o menor propiedad a una clínica eficiente. En este sentido, se considera la necesidad de ajustar el parámetro técnico de intervención a las características diagnósticas específicas.

La *utilización de parámetros técnicos particulares a cada nivel de intervención*, plantea la consideración de que las estrategias de abordaje de un diagnóstico particular, implican junto con la semiología, la etiología, el pronóstico y el encuadre, la determinación del objetivo terapéutico y las estrategias a implementar, poniendo especial énfasis en el hecho de que dichas estrategias no dependen del modelo teórico de un clínico particular, sino de las características del cuadro clínico.

El concepto de *evolución secuencial*, se refiere a la posibilidad de establecer ciertos criterios de evolución del proceso psicoterapéutico, los que dependiendo del nivel diagnóstico, indican que la resolución de un signo conflictual (reacción contrafóbica), devendrá en la aparición de otro signo de un nivel superior (reacción fóbica) -pudiendo ser éste conflictual o no, y que este nuevo signo será constitutivo de las fases del desarrollo psicosexual del organismo pudiendo esto determinar en algunos casos, la necesidad de redefinir el contrato terapéutico-.

La *integración “utraquística” de factores bio-psicológicos*, finalmente, establece que en toda manifestación psicológica, coexisten simultáneamente factores de orden psicológico y somático, los que si bien, aparecen operatoriamente como dominios distintos (p.e. obsesiones, delirios, alucinaciones) o como dominios relacionados (p.e. conversiones, somatizaciones, tics), se basan en la existencia de una relación unívoca en el orden del paralelismo psicosomático y de la identidad funcional de dominios.

Los supuestos anteriormente esbozados, se fundan en los lineamientos teóricos del Modelo Bioanalítico⁹, los que, tal como se desprende de los textos de Ferenczi, intentan integrar tres fuentes básicas del conocer. En primer lugar, la Fenomenología, de la cual rescata el modo como el dato observable se presenta a la conciencia, su presencia, los modos de aprehensibilidad posibles y los intentos por situar las cualidades del “hecho” en un orden cognoscitivo, esto es, en el marco del cómo son estudiados desde la perspectiva del sujeto del conocimiento.

En segundo lugar, la Biopsicología, de donde se recoge el orden de la ciencia natural, los aportes de la medicina psicosomática, la neurología, la fisiología, y el conjunto de disciplinas que -a través de una metodología experimental- describen los procesos mecánicos, físicos o químicos que fundan o se

9.- Un trabajo de sistematización de esta línea de pensamiento de Sándor Ferenczi, desde la perspectiva del Modelo Bioanalítico, propiamente tal, ha sido desarrollada en dos tesis de grado en la Universidad de Chile, “Fundamentos Teóricos y Epistemológicos del Modelo Bioanalítico”, de R. Cornejo y R. Osorio (1991) y “Una matriz diagnóstica Bioanalítica” de J. Yasky, J.C. Roldán (1993).

correlacionan con determinadas expresiones conductuales (genética, etología, psicofisiología, etc.).

Por último, el Modelo Psicoanalítico, del que recibe los conceptos fundamentales de inconsciente dinámico, estructura del aparato psíquico, desarrollo psicosexual, concepto de energía, proceso primario y proceso secundario, relaciones objetales tempranas y en general, gran parte del acervo psicoanalítico que conserva sus relaciones con aspectos biológicos y neurológicos, así como con las descripciones clínicas y dinámicas de los seres humanos.

EL DIAGNÓSTICO EN EL MODELO BIOANALÍTICO

De los distintos momentos que se pueden distinguir en el accionar clínico, el diagnóstico constituye para la psicoterapia bioanalítica, un pilar indispensable desde el cual orientar la acción psicoterapéutica misma. A pesar de las innumerables dificultades y críticas existentes, epistemológicas -“no existen categorías solo consenso de expertos”...“el riesgo de cosificar aquello que es clasificado”-, hegemónicas -“el ejercicio de grupos de poder a través de un sistema estigmatizante”- e ideológicas -“deshumanizante, absolutizante”-; de la existencia de distintas estrategias de categorización -ordenamiento de signos del paciente, agrupamiento de síntomas, ordenamiento de mecanismos subyacentes a la conducta, etc.- y de la coexistencia de concepciones o sistemas clasificatorios diversos -DSM-IV, ICD-X. Sistema psicoanalítico y otros- indicando más bien lo poco sistematizado de este dominio que la legitimidad del mismo, es posible afirmar que todos los enfoques técnicos en psicoterapia contemplan un primer momento en el encuentro terapeuta - paciente, en que el primero se aboca a identificar qué es lo que ha llevado al paciente a consultar y cuáles son los factores que lo aquejan.

Esta modalidad terapéutica enfatiza la importancia de la acción diagnóstica como variable fundamental de la cura psicológica, sosteniendo que es el conocimiento de lo psicopatológico que acontece al paciente, lo que posibilita la determinación de la estrategia de intervención específica. Esto quiere decir que los requerimientos de cada caso particular -y su diagnóstico- son los que determinan la técnica de intervención del clínico.

Es así como se postula que los distintos cuadros psicopatológicos dictan requerimientos técnicos distintos, un ejemplo de esto, es la indicación de tratar una disfunción sexual secundaria a un mal aprendizaje -en ausencia de indicadores de otra patología mayor- con un tratamiento conductual o cognitivo conductual, mientras que en el caso de una disfunción sexual en un cuadro limítrofe, la eficacia de la misma técnica disminuiría notablemente o podría tener inclusive efectos adversos, indicándose en tal caso un tratamiento orientado a la estructuración del aparato psíquico del paciente.

Desde esta particular visión, se propone que un posible eje integrador de la amplia y diversa batería de herramientas técnicas desarrolladas, sea justamente el diagnóstico. Se puede hipotetizar que una solución a la controversia en torno a la eficacia de las técnicas psicoterapéuticas, pudiera resolverse en la determinación de: qué técnicas son mejores, para qué cuadros clínicos, y con qué modelo teórico. Del mismo modo la controversia de la “sustitución de síntomas versus el tratamiento sintomático” quedaría resuelta en tanto el diagnóstico sería capaz de predecir en que cuadros el tratamiento sintomático daría lugar a una remisión del síntoma -probablemente en trastornos de aprendizaje y neurosis sintomáticas- y en cuales resultaría en una sustitución del síntoma por otro -en neurosis polisintomáticas y cuadros fronterizos-.

Resumiendo, la perspectiva bioanalítica sostiene la existencia de distintos niveles de patología psicológica, que pueden ser categorizados, como trastornos a nivel sintomático, al que corresponden los trastornos de desarrollo, del aprendizaje, y las neurosis sintomáticas, y trastornos a nivel estructural, esto es, neurosis de carácter, cuadros limítrofes y psicosis funcionales. Este modelo postula que el debate en relación a la efectividad de las distintas técnicas psicoterapéuticas se resuelve en el nivel del diagnóstico, existiendo técnicas que se adecuan a distintos diagnósticos, en términos de su efectividad, y por lo tanto pueden ser establecidas como estrategias clínicas con indicaciones específicas, y eventuales contraindicaciones.

PARÁMETROS CLÍNICOS DEL DIAGNÓSTICO BIOANALÍTICO

El diagnóstico Bioanalítico, se sustenta en la integración de elementos del plano *semiológico* - identificación de signos y síntomas indicadores de psicopatología-, del plano *fenomenológico* - descripción acuciosa del acontecer vivencial del paciente en sus distintas áreas vitales- del plano *etológico* -jerarquización de los indicadores a través de la evaluación del nivel de logro y goce creativo- y del plano *dinámico-estructural* -significación de la conducta, determinación de las condiciones estructurales del aparato psíquico (grado de estructuración del yo y el Superyó,

los mecanismos de defensa preponderantes, los conflictos esenciales, nivel de desarrollo de las relaciones objetales, etc.) y la evaluación de la función de identidad y de la función de realidad del paciente-.

Paralelamente, el diagnóstico se apoya como herramienta coadyudante, en la utilización de criterios diagnósticos basados en la lectura de parámetros corporales, los que intentan observar y registrar elementos tanto de morfología superficial y gestualidad, como signos indicativos del desarrollo y funcionamiento a nivel muscular, articulario, óseo, neurovegetativo, etc. El supuesto que funda la utilización de estos criterios, es la comprensión de que el ser psicológico, tal como lo propusiera Ferenczi, se funda en una materialidad biológica¹⁰, que permite obtener un referente más fidedigno -observable y contrastable- del funcionamiento del sujeto.

En este sentido el conjunto de indicadores utilizados, así como su fundamento teórico psicodinámico, esto es, su relación con las etapas del desarrollo psicosexual: esquizoide, oral, anal, uretral, gonadal y genital, son reflejo de la correspondencia biunívoca entre los substratos psíquico y biológico, que dentro del modelo Bioanalítico constituyen el eje cardinal en los intentos por develar la naturaleza del objeto de estudio en psicología.

FUNDAMENTOS DEL DIAGNOSTICO CORPORAL

La perspectiva bioanalítica sostiene una postura holística, gestáltica del organismo.

Siguiendo una deriva “utraquística” entre los estudios de personalidad y carácter -en la línea de la fisiognomónica- y los desarrollos psicodinámicos, en los que convergen los esfuerzos pioneros del estudio de las relaciones entre constitución y temperamento (Gall, Heymans y Wiersman, entre 1906 y 1918, Kretchmer, Sheldon), con las integraciones del orden de lo psicofísico y de lo psicoanalítico (Freud, Abraham, Ferenczi, Reich, Lowen), este modelo intenta el esfuerzo por establecer correlaciones psicósomáticas que coadyuden a la función diagnóstica. En este sentido, postulamos que las dificultades de sistematización del objeto de estudio en psicología se deben, en parte, al mantenimiento de una disociación básica mente-cuerpo, en la que los fenómenos psicológicos han sido referidos sin consideración de la materialidad neurofisiológica que los funda. Esta aproximación nos permitiría postular que el dominio en el que se expresa lo conductual y, por tanto, lo orgánico, demanda la necesidad de contemplar la indisolubilidad de los niveles psicológico, biológico y etológico, como forma de conocer el organismo humano¹¹. El concepto de “paralelismo psicofísico” es de singular importancia, en este sentido, en tanto de él se desprende la noción de diagnóstico Bioanalítico, basado en la utilización de parámetros corporales. El Bioanálisis pretende establecer los fundamentos de la correspondencia biunívoca entre dos dominios aparentemente disímiles: lo “somático” y lo “psíquico”. De esta correspondencia, derivamos la noción de una indivisible ligazón entre la manifestación de un dominio y su sistemática representación en el otro, de modo tal que una manifestación en el dominio somático se corresponde en el psíquico.

De tal forma, se hipotetiza la posibilidad de acceder a un dominio mediante la observación rigurosa del otro, es decir, que si fuera posible distinguir, descifrar y organizar claves y parámetros corporales específicos, equivalentes para todos los sujetos, se estaría en pie para poder inferir en base a ellos la estructura mental de cada sujeto.

MATRIZ DIAGNÓSTICA BIOANALÍTICA

En este modelo, se propone que el ser humano es una unidad psicósomática, un sistema, y como tal, una entidad global, holística, indivisible, cuyo funcionamiento es consecuencia de los variados e inseparables procesos psique-soma que en él operan, como procesos interconectados, e interregulados. La distinción en dos planos dentro de este modelo, sólo se realiza como una operación analítica provechosa para aislar alguna variable surgida en uno de estos ámbitos, pero que luego es retornada a la comprensión del organismo como un todo.

Tal como lo refiriera Ferenczi en su trabajo *“Thalassa: Ensayo sobre una teoría de la genitalidad”*, un organismo es reflejo de un desarrollo filogenético, y como tal, es la síntesis de las sucesivas adaptaciones experimentadas por la especie a través de los tiempos, y además en tanto unidad, llega a expresar en su

10.- En 1926, Ferenczi escribe que “el psicoanálisis, como toda psicología, debe topar en algún lugar con la roca de lo orgánico” (Stanton, M., 1990, p. 80).

11.- Ferenczi, en su ensayo “Thalassa” plantea que “todo fenómeno físico y fisiológico requiere también finalmente una explicación metafísica (o psicológica) y que todo fenómeno psicológico pide una explicación metapsicológica (o sea física)” (Ferenczi, 1924e p. 305).

propia evolución ontogenética, la posibilidad de realizar dicha síntesis.¹²

Debemos primariamente a Freud, a partir de las relaciones entre el carácter anal y determinados rasgos de conducta, su modelo del Desarrollo Psicosexual, y posteriormente a Abraham, la ampliación de este modelo a través de la consideración de la existencia de una fase activa y otra pasiva en cada estadio del desarrollo sexual. Finalmente debemos a Ferenczi el relacionar estas fases con una serie de momentos de evolución, enriqueciendo las categorías con la incorporación de lo esquizoide y de lo uretral.

De igual modo, es desde Ferenczi, que dichas fases convergerán “utraquísticamente” en el plano de la integración psico-física; en primer lugar, al correlacionar cada una de ellas con distintos momentos de la maduración orgánsmica, luego, al asociarlas a las vicisitudes del trauma, y finalmente, a las derivas de la precocidad o maduración acelerada (Ferenczi, 1933b, p.147), a través de la distinción que hace entre organismos “autoplásticos”^{13,14} y “organismos aloplásticos”¹⁵.

Es así que las fases del desarrollo psicosexual conforman en un primera aproximación, un continuo, que da lugar a un primer acercamiento explicativo¹⁶ de las condiciones secuenciales de desarrollo y maduración bio-psíquica filogenética potencial, cuya actualización se verá ontogenéticamente determinada¹⁷.

Las fases del desarrollo, que dan lugar a determinadas estructuras de carácter son:

1.-Fase Ósea: (pasiva)	estructura autista.
2.-Fase Ósea: (activa)	estructura esquizoide.
3.-Fase Oral: (pasiva)	estructura oral.
4.-Fase Oral: (activa)	estructura psicopática.
5.-Fase Anal: (pasiva)	estructura masoquista.
6.-Fase Anal: (activa)	estructura obsesiva-compulsiva.
7.-Fase Uretral: (pasiva)	estructura narcisista secundaria.
8.-Fase Uretral: (activa)	estructura fálico-narcisista.
9.-Fase Gonadal: (pasiva)	estructura pasivo-femenina.
10.- Fase Gonadal: (activa)	estructura histérica.
11.- Fase Genital:	estructura genital.

De esta suerte, se pueden representar distintos niveles de patología a partir de la consideración de las relaciones que una perturbación guarda con una determinada estructura de carácter. Según el estado de desarrollo psicosexual alcanzado por el organismo, identificamos determinadas estructuras de carácter

12.- Ferenczi en Thalassa menciona la ley biogenética fundamental de Haeckel, que dice que “el desarrollo embrionario reproduce abreviadamente toda la evolución de la especie”. En sus Escritos de Budapest señala que “el paralelo que nos autorizamos a hacer entre lo psíquico y lo físico, supone que el cerebro, así como el conjunto de funciones psíquicas, sentimientos, voluntad, conciencia, sean el producto de una evolución compleja a la vez ontogenética y filogenética” (Ferenczi, S., 1899-1907, p. 68).

13.- Ferenczi en 1921 define lo autoplástico como la “adaptación por modificación del propio cuerpo” (Ferenczi, S., a, p. 122). Para Stanton es la forma infantil temprana, pre-edípica que expresa las “memorias del cuerpo” (Stanton, 1990).

14.- Ferenczi en 1921 define lo autoplástico como la “adaptación por modificación del propio cuerpo” (Ferenczi, S., a, p. 122). Para Stanton es la forma infantil temprana, pre-edípica que expresa las “memorias del cuerpo” (Stanton, 1990).

15.- Lo aloplástico sería según Ferenczi “una huida y una defensa mediante la modificación del entorno” (Ferenczi, S., 1921a, p. 122). Stanton, lo define como un desarrollo post-edípico (donde el cuerpo)..se moldea sintomáticamente en torno a las interacciones con el mundo externo (Stanton, 1990).

16.- Según Ferenczi, “la teoría de la sexualidad de Freud es una teoría puramente psicoanalítica a la que los biólogos tendrán que aportar ulteriormente la confirmación fisiológica” (Ferenczi, S., 1924e, p. 312).

17.- En este sentido, Ferenczi señala que la teoría evolucionista, a la cual se adscribe, plantea que “para que un ser vivo pueda ser un representante significativo de su especie, debe, en cierto modo, encarnar todo el pasado y las transformaciones de la especie a la cual pertenece” (Ferenczi, S., 1899-1907, p. 67).

básicas, que reflejan la negociación entre pulsiones y defensas, tanto como el manejo de la angustia que el organismo ha realizado a través de su historia. Los grados y modos críticos de angustia asociados a la resolución de las tareas propias de cada etapa del desarrollo, perturban la continuidad del desarrollo psicosexual, y bajo la forma de experiencias traumáticas (Primera teoría del trauma) troquelan al organismo por haber implicado conflicto o haber expuesto al sujeto a montantes de angustia severos en una determinada fase. En el caso de una resolución adecuada de las contingencias normales de vida, que implica la resolución exitosa de las tareas del desarrollo, resultaría en el devenir de la siguiente etapa sin que se hayan establecido marcas o troquelaciones orgánicas.

Esta última consideración, viene a complejizar el panorama de las categorías del desarrollo sexual, debido a que una determinada troquelación caracteriológica no detiene necesariamente el desarrollo psicosexual, el que continúa inevitablemente, sin embargo, determina un punto de inflexión que signará el particular modo en que serán abordadas las nuevas contingencias vitales. De esta forma, un organismo puede ser conceptualizado a la luz de una estructura de carácter y de un rasgo caracteriológico secundario -o terciario según las circunstancias troqueladoras de su desarrollo psicosexual-. En el presente, nuestro trabajo se orienta a la distinción del rasgo estructural y del rasgo secundario, lo que permite por ejemplo, hablar de una estructura esquizoide fálico-narcisista, o estructura oral histórica, para significar el primer concepto como la estructura y el segundo como el rasgo adjetivante a dicha estructura.¹⁸ Resumidamente, la matriz bioanalítica es concebida como una herramienta diagnóstica de triple entrada, compuesta por tres ejes, los que se han denominado “X”, “Y” y “Z”. En el eje “X” y en el “Y” se describen determinadas fijaciones a las etapas del desarrollo psicosexual del organismo: una primaria que corresponde a la estructura caracteriológica general y una secundaria que corresponde al principal rasgo adjetivante de dicha estructura.

El tercer eje, llamado eje “Z”, corresponde a la organización de signos y síntomas, la estructura y las características corporales, relacionadas con cada organización caracteriológica. En este eje se distingue el nivel de patología (neurótico, limítrofe o psicótico) y los síntomas y signos, tanto a nivel psicológico como somático. Se organizan distintos indicadores semiológicos, conductuales y corporales, definidos nominal y operacionalmente, de modo tal que faciliten la utilidad práctica y la clara contrastabilidad del diagnóstico psicopatológico.

La Matriz Diagnóstica Bioanalítica, es en este sentido, un intento de dar cuenta del ordenamiento de estas categorías, a través de un sistema diagnóstico de uso clínico que utilice parámetros corporales como unidad básica contrastable, y que permita establecer el tipo de organización caracteriológica de determinado sujeto, accediendo de esta manera a su dinámica y funcionamiento psíquico. Ella intenta ser un aporte que recoja elementos estructurales, semiológicos conductuales y biológicos, de tal forma de abordar el objeto de estudio desde distintos ángulos, pretendiendo así acotarlo cabalmente. Se pretende incorporar, en un intento de síntesis, elementos rescatados desde los distintos sistemas diagnósticos de la psiquiatría tradicional, comprensiva y fenomenológica; elementos de diagnóstico psicoanalítico clásico y elementos de diagnóstico estructural, así como elementos de la caracterología constitucional y de la psicósomática.

CATEGORÍAS DE DIAGNÓSTICO CORPORAL

Esta última unidad del marco teórico del diagnóstico bioanalítico, nos remite a la exposición de ciertos parámetros corporales, que complementariamente a los aspectos desarrollados anteriormente, nos orientan en la consideración diagnóstica utilizada en esta línea de trabajo. El uso de parámetros corporales en este sentido corresponde a una variable complementaria, y coadyudante, que en su progresiva sistematización nos ofrece un soporte paralelo sólido y atractivo -toda vez que el compartir signos y códigos corporales, resulta más fácilmente comunicable, que las abstracciones lingüísticas o semánticas-. En este sentido cabe recordar que estos signos son comprendidos a la luz de la noción de isomorfismo funcional, que alude a que

18.- Alguna evidencia e torno a la utilidad de esta distinción puede ser encontrada en Ferenczi (1901d) donde señala que “los síntomas de identidades mórbidas heterogéneas se coordinan, es decir, permanecen perfectamente discernibles, los unos de otros” (Ferenczi, S., 1899-1907, p. 133).

todo fenómeno del orden de lo representacional simbólico tiene su correlato isomórfico en el plano de lo corporal- biológico¹⁹. Esta parte del diagnóstico transcurre simultáneamente a la interacción verbal con el paciente, e implica la observación y evaluación sistemáticas de distintos parámetros corporales que permiten deducir una determinada configuración caracteriológica.

A continuación presentamos los parámetros más comunes utilizados en el diagnóstico corporal. Sin embargo, es importante aclarar que muchos otros quedan excluidos en virtud de ser más sutiles de distinguir o digitalizar, porque su valor como signo no está claramente establecido o porque aún no han sido reconocido.

En la observación clínica cotidiana, la mayoría de los pacientes presentan variadas combinaciones de rasgos pertenecientes a distintos tipos, por lo que la evaluación de qué es lo preponderante y qué es lo adjetivante depende mucho de la experiencia en la lectura de estos parámetros. Presentaremos los parámetros más característicos según los diferentes tipos caracteriológicos.

La clasificación corporal, distingue entre dos niveles, los pre-edípicos y los edípicos, caracterizándose los primeros por no presentar referencias de identidad de género o de rol, y las segundas por poseer una cualidad que alude al carácter sexualizado del organismo. En esta primera parte se desarrollarán las estructuras pre-edípicas, esto es aquellas que se organizan desde el nacimiento hasta la resolución de los aspectos diádicos (niño-madre), que terminan con una adecuada consolidación de la función de identidad, la aceptación de las reglas de la realidad y la expresión de los afectos y cogniciones que se producen dentro del organismo; y posteriormente aquellas que se relacionan con el triángulo edípico, y que dan origen a las estructuras de interacción que posibilitan el encuentro afectivo con el gran Otro: el poder, el placer, el amor y la intimidad.

ESTRUCTURAS PRE-EDIPICAS

A) ESQUELÉTICO (PASIVO Y ACTIVO): AUTISTA (ÓSEA PASIVA):

La baja estatura es un signo asociado a lo autista, cuando se presupone una lesión articular severa que comprimió la expansión del tejido óseo. Se observa la presencia de rigidizaciones, tanto a nivel articular como posturales, con pérdida de motilidad, motilidad estereotipada o movimientos mecánicos. Se observan asimetrías faciales corporales o rostros rígidos. Tonos de piel céreos y palidez extrema. Cabeza y articulaciones pequeñas, o desproporción entre cabeza y tronco, cuerpo menudo, compactado. Mirada ausente, tono de voz impersonal, mecánico o ausente. Posiciones rígidas y carentes de espontaneidad.

ESQUIZOIDE (ÓSEO ACTIVO):

La estatura, también es un signo asociado con la distinción entre lo esquizoide y lo no esquizoide. Se postula que a mayor estatura, menor probabilidad de presencia de organización esquizoidea, y a la inversa, a menor estatura, mayor posibilidad de presencia de factores esquizoides. Se observa la presencia de rigidizaciones y quiebres articulatorios. Los quiebres articulatorios se refieren a la existencia de una laxitud ligamentosa a nivel de articulaciones móviles (ej. entre vértebras, hombros, rodilla, etc.), identificable por la presencia de un rango de movilidad en tal articulación mayor al rango normal, o a la inversa, de un rango significativamente menor de movilidad en determinada articulación, debido a espasticidades musculares compensatorias de la laxitud ligamentosa.

Los quiebres también pueden ser observados por la mantención constante de posturas que presentan un ángulo anormal (ej. la cabeza de lado). También cabe resaltar que es posible que la mantención rígida de una postura con ángulos normales sea indicativa de una compensación muscular de un quiebre, típicamente observado cuando la disolución de dicha rigidizaciones (“como sí” o “as if”), da paso a la observación corporal de dicho quiebre (irrupción de lo esquizoide) con la conducta esquizoide propia del segmento corporal involucrado.

Asimetrías faciales y corporales notorias, son también indicadores de posibles rasgos esquizoides. (ej. pronunciada mueca facial lateralizada). La presencia de desproporciones llamativas en el tamaño y tipo de

¹⁹ Un interesante ejemplo de la aplicación de este principio puede leerse en el análisis que hiciera Ferenczi acerca del significado de la obesidad, en “Fantasías a Propósito de un modelo biológico de la formación del super-yo”. (Ferenczi, S., 1920 y 1930-33, pp. 308-311) Nota del 7/9/1930.

tejido preponderante -óseo, muscular, adiposo- entre distintos segmentos del cuerpo, por ejemplo, piernas largas y un tronco estrecho- también son indicadoras de posibles rasgos esquizoides.

B) ORAL (PASIVO Y ACTIVO) ORAL (ORAL PASIVO)

La contextura preponderantemente delgada, con prominencia del esqueleto, pecho plano, sin desarrollo muscular notable y pelvis más bien angosta, son signos que apuntan a la existencia de un carácter oral puro. En este sentido la observación de musculatura longilínea, sin desarrollo de masa muscular, es la característica central. Simultáneamente, el desarrollo óseo de tipo longitudinal, -en desmedro de lo transversal- constituye una característica central. Otra versión corporal del oral, es la contextura obesa, pero sólo en el caso de que tal obesidad está preponderantemente constituida por tejido adiposo, encontrándose a la base, la contextura oral clásica, en la que el tejido muscular espástico se puede palpar por debajo del tejido adiposo (blando y desprendido de lo muscular). Pareciera que lo oral se apoya en su esqueleto más que en la musculatura.

PSICOPÁTICO (ORAL ACTIVO)

La misma contextura oral, pero en presencia de un acentuado desarrollo transversal, ofrece una estructura, con hombros anchos dando al tórax forma de “V”, pero sin ser profundo (poca volumen de caja torácica), dando como resultado un tórax ancho y plano. Presenta además angulosidad en la cara debido a la hipertrofia del masétero en el maxilar inferior, apuntando a un carácter psicopático frío de ánimo. La misma contextura delgada, pero sólo perceptible en las piernas y en la estrechez de la pelvis, junto a un tórax inflado, hiperdesarrollado, ancho y voluminoso, acompañada de un rostro redondeado, facciones gratas y más bien infantiles, apunta a un carácter psicopático seductor.

C) ANAL (PASIVO Y ACTIVO) MASOQUISTA (ANAL PASIVO)

La contextura corporal masoquista clásica se caracteriza por un desarrollo muscular hipertrófico, grueso, que deriva en movimientos lentos y torpes, en la línea de la contención (activación simultánea de grupos musculares antagonistas). Se observa una rotación hacia adelante de los hombros, el desarrollo de los trapecios (bovino) y cuello grueso. A nivel de la pelvis, se observa un desarrollo importante de los glúteos o la contracción de los mismos, lo que se acompaña de un hiperdesarrollo de los muslos.

OBSESIVO (ANAL ACTIVO)

Dentro de lo anal retentivo, también aparece el carácter obsesivo, el que corresponde a una corporalidad menos gruesa y contenida que lo masoquista, pero en la misma línea. Sin embargo cabe destacar que este biotipo no ha sido aun claramente tipificado en términos corporales, pero incluiría aspectos mixtos del tipo masoquista y del compulsivo.

ESTRUCTURAS EDÍPICAS

Recordemos que la referencia a lo edípico, se relaciona en su plena manifestación con el cierre de la configuración de una identidad de género y con el inicio de la configuración de lo triádico y de los parámetros de la identidad del rol sexual, proceso que imprime rasgos y características a la sexualización y erotización del organismo, determinando en definitiva las vicisitudes en la elección de pareja sexual y el sistema de defensas que se despliegue en este área (pudiendo incluso, en ciertos casos, llegar a establecer configuraciones de “hiperidentificación” con el rol sexual).

No obstante cabe señalar que debido a la presencia de lo que se denomina “precursores edípicos” o “edipo precoz”²⁰ también estas características se encuentran presentes en organismos pre-edípicos, en los cuales a pesar de ser un rasgo adjetivante, impactan por la intensidad con que se presentan, debido a la estructura esquizoídea a la base y que han fundado gran parte de la confusión semiológica existente a la fecha (al

20.- Premaduración o maduración acelerada en Ferenczi,. Ver “Confusión de lengua entre los adultos y el niño” (Ferenczi, S., 1933b).

igual que con los estudios caracterológicos). Por ejemplo: resulta altamente ilustrativo el hecho de que el lenguaje popular reconozca en la alusión a “personalidades históricas” (estructuras esquizoideas históricas, en estricto rigor) un determinado conjunto de características corporales, gestuales y posturales asociadas a una “teatralización, exageración, hipersexualización, o manipulación” lo que, independientemente del grado de veracidad o falsedad, testimonia una condensación de factores psicológico-corporales ligados a un determinado biotipo caracteriológico.

Las fases edípicas son básicamente tres: la fase uretral y la fase gonadal, por un lado, y la fase genital por otro, de las cuales clínicamente hemos considerado las dos primeras, ya que la última por lo general se asocia al llamado carácter genital, como concepto ideal de maduración psicológica, individuación o autoactualización. Estas, al igual que las fases pre-edípicas, a su vez cuentan con una dimensión activa y otra pasiva, las que podrían categorizarse como masculinas y femeninas. Sin embargo en el desarrollo actual de este modelo biotipológico, la investigación acerca de la distinción por sexos no parece aún prioritaria.

D) URETRAL (ACTIVO Y PASIVO) NARCISISTA (URETRAL PASIVO)

Este carácter presenta un desarrollo corporal proporcionado, armónico y atractivo, (“Belleza blanca”), con preponderancia de la forma tubular en el tronco. De contextura muscular normal, destaca por cierta rigidez, con tensión y autocontrol motor, incluyendo la expresividad facial: evidencia una sutil capacidad de moverse, de manera controlada. Se presenta rigidez a nivel del cuello y de la zona lumbar de la columna. En la acentuación de lo narcisista, la belleza está matizada por un carácter algo frío, con menos pigmentación e irrigación de la piel, y con movilidad y expresividad más dirigida, menos espontánea. Rostros atractivos, más bellos que eróticos, ojos negros con carga energética y una piel más bien blanquecina. Pleno de expresión facial, motilidad muscular general pero con un dejo de falta de espontaneidad, (en estos pacientes se observa poliuriuria, pero con baja concentración de la orina diluida). A nivel psicológico se presenta un predominio de pensamiento operatorio por sobre el pensamiento significado, con buen juicio de realidad. A nivel corporal una marcada “buena salud”, más producto de un funcionamiento “asintomático” que a una salud corporal -no hacen síntomas frente a las enfermedades.

FÁLICO- NARCISISTA (URETRAL ACTIVO)

A las características anteriores se les agrega una movilidad más agresiva, atlética, con acentuación de los rasgos corporales y una expresividad arrogante.

Además de la rigidez lumbar, el carácter fálico-narcisista presenta una crónica rotación de la pelvis hacia adelante, en una postura de penetración. En la acentuación de lo fálico, se observan rasgos faciales marcados, con piel turgente, más porosa. Una alta capacidad laboral, y alta potencia sexual aunque no orgásmica. Presentan además una marcada tendencia a poseer el control de las situaciones, conservando un adecuado juicio de realidad, razón por la que demuestran ser buenos líderes en situaciones de crisis, no así en los procesos de vida cotidianos. A nivel de pensamiento, se mantiene el pensamiento operatorio, con mayor juicio de realidad que las personalidades Narcisistas, y a nivel de estado corporal un predominio de “sintomatología psicósomática” producto del mecanismo “alexitémico” que en este nivel refleja la “neurosis de órgano”.

E) GONADAL (PASIVO Y ACTIVO) PASIVO-FEMENINO (GONADAL PASIVO)

Presenta una estructura corporal normal o atlética, rostro agraciado con facciones sexualizadas (“Belleza roja”) con un desarrollo acentuado a nivel del tórax (profundidad, voluminoso), y cinturón escapular. Su movilidad es ágil y más flexible en comparación al fáliconarcisista. Presenta rasgos faciales más suaves e inclusive femeninos, o con gran acentuación de suaves rasgos masculinos. Conservan un adecuado juicio de realidad, aunque se observa conflictos en el área de la sexualidad, en tanto dificultades con el placer y la intimidad. Blandura, cortesía y comportamiento adecuado con tendencia a evitar la confrontación, pero sin renunciar a sus objetivos (a diferencia de una formación reactiva). Sexualmente tienden a tener conductas más bien pasivas en la dirección de seguir las pautas de la pareja, y dificultades para experimentar el reflejo sexual y orgásmico.

HISTÉRICO (GONADAL ACTIVO)

Lo característico en la corporalidad histérica es una contextura esbelta y sensual, con acentuación en la curvatura a nivel de la cintura y de la pelvis. Es característico una rotación circular de la pelvis, con predominio de la movilidad lateral de la misma al caminar (movimiento en péndulo). Su movilidad es armónica, grácil y tiene un carácter sexuado. A nivel facial, también es distintivo la presencia de rasgos suaves y piel irrigada, con vivacidad y expresividad en los movimientos oculares. También se observan labios gruesos y bien irrigados. A la altura del diafragma, se observa que sobresalen las costillas flotantes y una sutil protuberancia en la boca del estómago. En el plano psicológico existe pensamiento significado, pero las reacciones efectivas se exageran como modo de mantener cierto grado de control de las mismas (lo que explica la acentuada conducta seductora para no quedar a merced de la espontaneidad, y la imposición de respuestas hipereexpresivas en el aparato mental reflejadas en los clásicos arrebatos histéricos), a nivel corporal se antepone la exageración gestual como modo de ocultamiento, y más complejamente, la presencia de ciertas características “autoplásticas” capaces de interferir en el somatotipo (traduciéndose en la posibilidad de afonías, embarazos histéricos, o conversiones en personalidades esquizoideas con rasgos histéricos).

Los parámetros anteriormente expuestos no conforman una simple tipología fenomenológica, sino que suponen la existencia de un plan filogenético de desarrollo bioneuropsicológico -que en interacción con la biografía del sujeto- es determinante tanto de una estructura somática dada, como de específicos correlatos a nivel del sistema nervioso central y del aparato psíquico.

También existen antecedentes fisiológicos, menos aparentes, pero igualmente correlacionados a determinadas estructuras de carácter (estitiquez en lo masoquista, trastornos del apetito en lo oral, trastornos psicósomáticos en lo fálico-narcisista, etc.) que usualmente son recolectados durante la exploración verbal del área corporal.

CONCLUSIÓN.

Durante más de quince años hemos trabajando en un modo de clínica psicológica, que ha enfatizado el proceso de cambio por sobre la teorización. La búsqueda permanente por encontrar respuestas a las dificultades surgidas al interior del proceso terapéutico, nos fue remitiendo directamente al modelo psicoanalítico, y de él hasta las obras de Sandor Ferenczi. De su obra, el enriquecimiento de la clínica ferencziana, sus investigaciones y sus comentarios lucidos sobre pacientes, para posteriormente ahondar en sus lineamientos teóricos y sus experimentos en los límites mismos de las dificultades técnicas. Más cercanamente, nos encontramos en el esfuerzo de sistematizar este modo de trabajo del cual este artículo pretende ser un reflejo, conscientes de que el pensamiento de Ferenczi atraviesa permanentemente los espacios teóricos y clínicos que pretendemos sustentar.

BIBLIOGRAFÍA

- Bokanowski, T., *Sandor Ferenczi*. Psychanalystes d'aujourd'hui. Presses Universitaires de France; Paris; 1997.
- Cornejo, H., Osorio, R., *Fundamentos Epistemológicos y Teóricos para una Matriz Diagnóstica Bioanalítica*. Memoria Universidad de Chile, 1991.
- Ferenczi, S., *Les écrits de Budapest (1899-1907)*. Tr. Claude Lorin; Györyi Kurcz, E.P.E.L.; Paris; 1994.
- Ferenczi, S., (1909c) Transferencia e Introyección. *Obras Completas. Psicoanálisis I*. Tr. Fco. J. Aguirre. Ed. Espasa Calpe. Madrid, 1981, pp. 99 -134.
- Ferenczi, S., (1919k) Fenómenos de Materialización Histérica. *Obras Completas. Psicoanálisis III*. Tr. Fco. J. Aguirre Ed. Espasa Calpe. Madrid, 1981, pp. 63-77.
- Ferenczi, S., (1920) Suplemento de la psicogénesis de la mecánica. *Obras Completas. Psicoanálisis* Tr. Fco. J. Aguirre. Ed. Espasa Calpe; Madrid; 1981, pp. 97-100.
- Ferenczi, S., (1921a) Reflexiones Psicoanalíticas sobre los Tics. *Obras Completas. Psicoanálisis III*. Tr. Fco. J. Aguirre Ed. Espasa Calpe. Madrid, 1981, pp. 101-132.
- Ferenczi, S., (1924e) Thalassa, ensayo sobre la teoría de la genitalidad. *Obras Completas. Psicoanálisis*

- III. Tr. Fco. J. Aguirre Ed. Espasa Calpe. Madrid, 1981, pp. 303-383.
- Ferenczi, S., *El Diario Clínico de 1932. Sin simpatía no hay curación*. Amorrortu; Buenos Aires; 1997.
- Ferenczi, S., (1933b) Confusión de lengua entre los adultos y el niño: El lenguaje de la ternura y de la pasión. *Obras Completas. Psicoanálisis IV*. Tr. Fco. J. Aguirre. Ed. Espasa Calpe. Madrid, 1984, pp. 139-149.
- Ferenczi, S., (1920 y 1930-33) Notas y fragmentos. Artículo postumo. *Obras Completas. Psicoanálisis* Tr. Fco. J. Aguirre. Ed. Espasa Calpe. Madrid, 1984, pp. 297-353.
- Freud, S., (1933) En Memoria de Sandor Ferenczi. *Obras Completas*. Tr. L. Lopez-Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva; Madrid; 1981. pp. 3237-3239.
- Furer, M., (1995) *Changes in Psychoanalytic Technique, Progressive or Retrogressive*. Conferencia dictada con ocasión del aniversario de Freud. 25 de abril de 1995.
- Gay, P., (1988) *Freud: Una vida de nuestro Tiempo*. Tr. J. Piatigorsky. Ed. Paidós. Barcelona. 1990. Jordan, J. F., Notas para una Definición de Psicoterapia. *Rev. Chilena de Neuropsiquiatría*. Vol. 29, 1991, pp. 9-14
- Reich, W., (1949) *Análisis del Carácter*. Tr. L. Fabricant, Paidós; Barcelona; 1995.
- Rojas, R., Toledo, A., *Sandor Ferenczi: Aportes Teóricos y Técnicos (Aproximación a un Temario Conceptual)*. Tesis Universidad Católica de Chile, 1994.
- Roldán, J. C., Yasky, J., *Construcción de un Instrumento para Diagnosticar Estructuras de Carácter Esquizoide desde una Perspectiva Bioanalítica*. Tesis Universidad de Chile, 1993.
- Sabourin, P., *Ferenczi: Paladin et grand vizir secret*. Éditions Universitaires; Paris; 1985. - Stanton, M., (1990) *Sandor Ferenczi. Reconsiderando la intervención activa*, Tr. Juan Gallardo C; Andrea Morgado G., Bio-Psique; Santiago; 1997.
- This, B., Introducción a la Obra de Ferenczi, en, Nasio, Juan, D., *Grandes Psicoanalistas*. Tr. V. Ackerman. Gedisa; Barcelona; 1996.
- Tizón, J. L., *Introducción a la Epistemología de la Psicopatología y la Psiquiatría*. Ariel; Barcelona; 1978.
- Tizón, J. L., Una Propuesta de Conceptualización de las Técnicas de Psicoterapia. *Rev. Asoc. Esq. Neuropsiq.* Vol. XII, N° 43, 1992, pp. 283-294.

Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.

ALSF-CHILE