

## RECURSOS PSICOTERAPÉUTICOS N° 40.

### PSICOTERAPIA BIOANALÍTICA Y PARÁMETROS CLÍNICOS. (Parte II)

#### 4EFM - Cuatro Estadios de la Mente.



Ps. Juan Gallardo Cuneo.

Continuando con nuestra aproximación al estudio de los Parámetros Clínicos en Psicoterapia Bioanalítica, y habiendo desarrollado anteriormente el marco general en que el Modelo Bioanalítico se funda a partir del Constructivismo monolético y sus principios axiomáticos principales -entendido como un modelo paradigmático que aspira a sintetizar e integrar la información acumulada sobre la Biopsicológica- desarrollamos en este Recurso aquello que refiere a los Cuatro Estadios Funcionales de la Mente (4EFM). Recordemos que este modelo propone Módulos cognoscitivos dentro de los cuales el Psicoterapéutico con sus aspectos prospectivos y resolutivos, es uno de los más importantes. Dicho modulo considera los submódulos: Fundamentos psicoterapéuticos, con sus Condiciones y Parámetros Clínicos; las Categorías Clínicas, que incluyen los Cuadros Clínicos; y las Modalidades de Intervención dentro de las cuales la Psicoterapia Bioanalítica es el concepto general aplicado a los casos más difíciles y graves.

Entendiendo por Salud, el “estado del conjunto de las condiciones operacionales en que se encuentra un organismo en un momento determinado, y el ejercicio que ese ser orgánico ejerce normalmente de dichas funciones constitutivas” –noción que permite hablar de buena salud, mala salud, salud inestable, etc...- consideramos dos pares antitéticos: sano-enfermo y normal-anormal. Estos dos pares antitéticos, si bien aún cuentan con una amplia y compleja penumbra de asociaciones y son aún un asunto pendiente de consensuar, representan no obstante un adecuado punto de partida para reflexionar sobre las Condiciones y los Parámetros Clínicos.

Para ello consideramos que los pares antitéticos Sano-Enfermo, y Normal-Anormal son dos valores extremos de un continuo dinámico: utraquístico, anfimíctico y mutual; y que sería la *condición anómala* el representante de lo mórbido, en tanto indicio o causa de enfermedad. Igualmente, consideramos lo médico y lo terapéutico -conspectivo uno, y resolutivo el otro- a lo que refiere a la función de prevenir y cuidar proveyendo los medios para la curación o facilitar la sanación, (*Nasamecu: la naturaleza sana, el médico cura*).

En este encuadre, las Condiciones, son entendida como “el conjunto de circunstancias que determinan el estado de un acto curativo”, ellas demandan inicialmente la comprensión: del terapeuta, del paciente, de la condición anómala, de los alcances de las intervenciones de ambos miembros, del tipo de relacionalidad, y de un conjunto de elementos que en base a un orden ternario, y referido a la noción de Edipo sintetizamos: en el Héroe (el paciente, el self, el Yo, el Ello), en el Tu (el tratante, lo diádico, la relacionalidad) y en el Otro (lo triádico, la enfermedad, el tercero excluido, las reglas de la realidad del proceso patológico, la Salud y así sucesivamente)<sup>1</sup>

Con relación a los Parámetros, estos son entendidos como “indicadores operatorios que se encuentran presentes en el plano constitutivo propio al que pertenecen, y que mantienen entre unos con otros relaciones dinámicas, cinéticas y continuas de operatoriedad, de niveles, de jerarquías y de dominancia. Estos parámetros están presentes en el nivel genérico de lo terapéutico -aunque también médico- (tales como: Nasamecu, cuatro estados de la mente, abreacción, interpretación epigenética y otros); en un nivel categorial o particular (por ej.: para trastornos del desarrollo, psicoterapia sintomática, de carácter, otros), en las diferentes matrices operacionales específicas subyacentes a cada nivel (psicosomático: alopecia, bruxismo, ulcera duodenal), y que en función de sus características específicas determinan la prevalencia, dominancia o urgencia de utilización o consideración en tal o cual intervención terapéutica.

De tal suerte la sujeción de una praxis clínica a determinados parámetros optimiza su operatoriedad, modulando las intervenciones, reduciendo los sesgos y las iatrogenias, y aumentando la probabilidad del éxito curativo. De hecho, la desatención de un determinado parámetro solo incide en una praxis asistemática, desregulada y de incierto resultado, y que aleatoriza el resultado alcanzado, vulnerabilizando al paciente incluso a pesar de una praxis aparentemente exitosa o exponiéndole a condiciones iatrogénicas encubiertas.

Finalmente, debe considerarse que en un Continuo Normalidad-Anormalidad mientras más crítico sea el cuadro clínico, más necesario será la atención de los parámetros genéricos, pues ellos dan cuenta de aquellos aspectos estructurales del aparato psíquico, resultando ser indicadores fundamentales para alcanzar el éxito terapéutico.

Habiendo descrito previamente los tres tipos de parámetros: genéricos, categoriales y específicos<sup>2</sup>, el objeto del presente texto es presentar aquel parámetro genérico que refiere a la existencia de cuatro estadios funcionales de la mente (4EFM), a saber: a) la producción de pensamiento, b) la parálisis de la mente, c) la identificación con el agresor y el desmentidor: intrapsíquica y relacional, y d) la capacidad de pensar y soñar.

Iniciamos este punto, destacando que en todo proceso curativo -también de sanación- el aparato psíquico -tanto del paciente como del terapeuta- opera y se desplaza en un continuo dinámico que transita desde la producción de pensamiento hacia la capacidad de pensar y viceversa. Esta condición descrita por Freud originalmente como el tránsito del pensamiento primario al secundario, analizada profundamente por W. Bion, a partir de los elementos alfas y beta, y la tabla de la Cesura, también encuentra su referente la teoría genética de Piaget y los estadios evolutivos cognitivos: sensoriomotriz (0 a 2 años), preoperacional (2 a 7 años), de operaciones concretas (7 a 12 años) y la de operaciones formales (12 años en adelante), y los esquemas cognitivos de asimilación, y acomodación; y en Ferenczi con los estadios de la mente: período de omnipotencia incondicional, período de la omnipotencia alucinatoria mágica, período de la omnipotencia con la ayuda de gestos mágicos, período de los pensamientos y palabras mágicas.

Del terapeuta, cabe recordar aquello que Ferenczi señalaba sobre la necesidad de que éste estuviera suficientemente analizado (o autoanalizado), y de cómo un paciente no podría llegar más allá del estado de desarrollo de su propio terapeuta. No obstante, más allá de esto, para el terapeuta sigue siendo crucial la afirmación de que solo alcanzará su condición *sine qua non*, en la medida que logré el estadio cuatro de capacidad de pensar y soñar, en tanto se desarrolle la experiencia emocional de dudar, de reversibilidad de la perspectiva, de tolerancia del principio de incertidumbre, de un pensamiento rizomático y tetralógico, y de un *vox temporare*, luego de haber transitado por los cuatro estadios de la mente.

Para el paciente o analizando, el tema es distinto pues dado que este es un parámetro genérico su presencia dependerá del nivel diagnóstico (tipo de cuadro clínico), del pronóstico (posibilidad de curación) y de la magnitud de afecciones estructurales en el aparato psíquico, Existenciarios Básicos y Estructuras Nucleares Secundarias, de tal suerte que a mayor Sanidad y Normalidad menor impacto de este parámetro en el curso del tratamiento, en tanto que a mayor Enfermedad y Anomalía este parámetro requerirá mayor atención. Se suele creer que los Parámetros son subsidiarios a los modelos teóricos y no a las técnicas de intervención, a pesar de que en estricto rigor los modelos teóricos solo captan fragmentariamente aspectos de la realidad, en tanto que las técnicas son recursos o estrategias resolutivas cuando se corresponden acertadamente con el diagnóstico, y en ese sentido los parámetros emanan directamente del nivel terapéutico al que pertenecen.

#### **4 EFM - CUATRO ESTADIOS FUNCIONALES DE LA MENTE.**

En el Modelo Bioanalítico el funcionamiento del aparato psíquico y la capacidad de pensar es un capítulo del Módulo Psicología General, submódulo: Cerebro, Psiquis, Aparato psíquico, una unidad a la que le corresponde definir todos los procesos y fenómenos que son propios de la mente humana en tanto una unidad, así como su estructura, propiedades, desarrollo y patologías, y las interacciones entre las variadas funciones de dicho acontecer psíquico: sensación, percepción, pensamiento, afectos, memoria, voluntad, creatividad y aprendizaje. Sí bien esto es algo para nada resuelto y que bien demanda un retorno disciplinario con mira a consensuar y discriminar entre lo *conocido definitorio*: vida, unidad biológica, conciencia, representación, Primera y segunda tópica, relacionalidad; lo *conjeturado*: identidad, pulsiones, paralelismo psicofísico; lo *irresuelto*, o pendiente aun indefinido: alma, espíritu, energía, libido, arquetipos, memorias filogenéticas; y lo *descartable*: homúnculo cerebral, corazón como locus del pensamiento, frenología, y así sucesivamente;

el presente texto reconociendo la importancia de la construcción de un paradigma unificado, en este punto se orienta a describir cuatro estados funcionales de la mente en tanto Parámetro Clínico Genérico.

Como se ha formulado, en el funcionamiento psicológico una vez configurado el dominio de lo mínimamente funcional -utraquísticamente, al modo de una pantalla audiovisual<sup>3</sup>- identificamos: un espacio atópico, la representación como unidad básica; elementos visuales, auditivos, cenestésicos; un par ordenado (alfa, beta) como representantes de realidad y representante interno del sistema; una catexia como carga positiva o negativa de los elementos de la representación; y un conjunto de reglas precisas: de orden, equivalencia, sintácticas, económicas, dinámicas, relacionales y otras, que regulan el dominio intrapsíquico; así como otras reglas que regulan relaciones biyectivas con otros dominios: lo somático, y la realidad material en sus tres niveles: M1, M2 y M3.

En este contexto se entiende los cuatro estadios de la mente: la) la producción de pensamiento, b) la parálisis de la mente, c) la identificación con el agresor y el desmentidor: intrapsíquica y relacional, y d) la capacidad de pensar:

a) Este corresponde al estado mental de mayor prevalencia en los seres humanos siendo lo que le da la cualidad de ser racionomorfo, y que se caracteriza por un amplio espectro que en un extremo contempla las alucinaciones, imágenes eidéticas, voces de la mente, representaciones autosimbólicas, miméticas y órficas, y en el otro extremo la producción de pensamiento de alta calidad ajustada a reglas precisas sintácticas, lógico-formales y operatorias. Corresponde a una modalidad de pensamiento lineal y secuencial de ideas de variada calidad ideo-asociativa, reglas semánticas {p+y un vínculo K (conocimiento) con baja o ausente función de duda . Este estado ha sido desarrollado prolijamente por Bion en su Teoría del pensamiento, los procesos de mentalización y sus respectivas transformaciones en el curso del desarrollo y evolución del aparato psíquico.

Para decirlo directamente, la persona produce pensamiento (o habla) en ausencia de un pensador que piense dichos pensamientos, lo que es independiente de su carácter de validez o falsedad que más bien depende de la calidad de la información introyectada. Desde un marco tetralógico, el individuo no distingue o confunde lo fenoménico y lo significado. El pensamiento suele ser connotativo o pseudo denotativo, y cuando alcanza niveles denotativos esto son mas bien de tipo operatorio y giran en torno a la conjunción constante de datos y no a hechos significativos. La relación entre dos mentes ocurre en torno a “narrativas” que consensuan los pensamientos producidos con relativas penumbras de asociaciones, dificultad de predictibilidad y carencia de índices de realidad.

b) la parálisis de la mente, es un breve estado transitorio que refiere a un estado de suspensión de la actividad psíquica, el cual puede suceder a partir de inducciones hipnóticas parentales o maternas, siendo la primera una reacción a una orden autoritaria perentoria: ¡no! ¡para! ¡basta! o amenaza explícita, y la segunda como reacción a una saturación sensorial monótona o perversa: parloteo excesivo, acunamiento y/o seducción extrema. Ambos inductores son entendidos como “terrorismo de sufrimiento” y comprenden mecanismos tales como la “intimidación por la desnudez” (llevar al sujeto a un estado en que no pueda manejar su pulsionalidad) , “intimidación por saturación” (atiborrar a la persona de sensorialidad inapropiada) e “intimidación por la pasión” (exponer al individuo al odio enmascarado en conductas de amor). Este es un estadio bisagra que señala el pasaje de ida y de vuelta de un funcionamiento órfico a uno límbico; que permite la inoculación de ideas sin capacidad analítica crítica, y corresponde a un estado de aletargamiento que anula la voluntad y embota los sentidos. En procesos de cronificación debilita y anula la fortaleza yoica, aumenta los niveles de angustia, e incrementa la producción de pensamiento como mecanismo compensatorio: omnipotencia de pensamiento, *splitting* estático y/o dinámico. En estado de retorno, la fortaleza yoica debe tolerar mediante un mínimo de elemento alfa, contener la sensorialidad de parálisis mental, el “amor al odio del Otro” y permitir la activación de un proceso de pensamiento con reversibilidad y *reverie* personal.

c) la identificación con el agresor y el desmentidor: intrapsíquica y relacional, esta es un estado extremadamente crítico pues el sujeto reproduce pensamientos que tiene como fundamento la repetición de un esquema relacional de abuso al que se estuvo sometido, repitiendo alternadamente el esquema del abusador-abusado y el del desmentidor-abandonado. Huelga decir que este es un estado parcial, coexistente

con otras áreas que empiezan a desarrollar capacidad de pensar (a diferencia del estadio 1, en donde ambos esquemas son las matrices nucleares de la producción de pensamiento). El sujeto produce pensamientos que en el dominio *intrapsíquico* dan cuenta de relaciones de objetos que alternan representaciones de autoabuso (ideación suicida, de automutilación, auto devaluatorias, autorreproches u otras) y de indiferencia a dichas ideaciones (*bella indiferencia*, olvido, minimización, sensorialidad de culpa u otros) y de desatención a dicho modo de trato interno. En un segundo momento el individuo produce pensamientos que en el dominio de lo *relacional* dan cuenta de la reedición de los mismos esquemas relacionales, manteniendo vínculos con los otros que alternan pensamientos propios de un perpetrador y de un sujeto abusado, desmintiendo luego, en la dinámica de dichas relaciones la naturaleza de estas reacciones: Esto representa, lo que comúnmente se han llamado transferencias, retorno de lo reprimido, regresiones benignas u otras reacciones del tenor de la compulsión a la repetición.

La resolución de este estadio en el continuo de los estadios de la mente, conlleva un aumento de la función yoica que permite discriminar entre los estados internos de lo intrapsíquico y las relaciones del individuo con el mundo externo; la distinción entre introyección, proyección y reintroyección; la representación como actividad simbólica o como representante de la realidad y el reconocimiento y subordinación a un orden organizador que está más allá de los alcances de la función yoica, los fundamentos del Ello.

d) la capacidad de pensar, implica la instauración de una capacidad de pensar que involucra un vínculo K (knowledge) con la experiencia emocional de dudar, la reversibilidad de la perspectiva, el principio de tolerancia de la incertidumbre, un pensamiento rizomático y tetralógico, y una *vox temporare*. El predominio del factor alfa del par (alfa, beta) posibilita la instauración del pensamiento conjetural, la aceptación el error como núcleo central del aprendizaje, la separación del no saber de la función de identidad. Adicionalmente a la capacidad de pensar convirtiendo la racionomorfo en racional, se instaura la capacidad de soñar, que implica identificar la actividad del sueño como lo que es, un lenguaje analógico cuya función de realización virtual de deseos y de recalculamiento de datos de realidad, así como su consecuente función como organizador del ideal del Yo, de mecanismos de aprendizajes por realización positiva y negativa, y develamiento de hechos significativos de la realidad complementa y adelanta la digitalización de la realidad.

Este parámetro 4EM, permite considerar los desplazamientos funcionales entre diversos estadios de la mente en un continuo dinámico bidireccionalmente, y es del tipo genérico pues está presente en todo proceso terapéutico, si bien su consideración se hace más relevante en los casos más críticos y complejos. El paciente -al igual que cualquier persona, por lo tanto, también el terapeuta- opera generalmente en el estadio de la producción de pensamiento: imaginario, simbólico o racionomorfo, sujecionado a la mejor o peor adquisición automática de estructuras lingüísticas, bajo un esquema lógico-formal, operatorio, dicotómico y saturado de factores judicativos<sup>4</sup>. Dependiendo del criterio de normalidad la resolutivez del tratamiento: donde haya dolor que no duela, limpieza de áreas, adaptación funcional a las circunstancias, condicionamientos, y procesos de aprendizajes virtuosos; pueden desarrollarse en la matriz de “narrativas” en tanto estas no se ideologizan y cuenten con una base valórica (moral-ética) ajustada a las normas del medio, no obstante estar expuesta permanentemente a sugestión, adoctrinamiento e iatrogenia.

En pacientes complejos, el parámetro con ser genérico, también adquiere la cualidad de un parámetro categorial y particular siendo necesario atender a los movimientos de aparición en tanto sintomatología de retorno. Adicionalmente, también cabe destacar que, en los procesos de individuación, de autoconocimiento e incluso transpersonales (verdaderos) la irrupción de los 4EFM está siempre presente pues ellos son imprescindibles para la comprensión de que, si bien muchos aprendizajes vitales ocurren por voluntad, los estructurantes y relacionales lo hacen por la metabolización de las experiencias tanto gozosas como dolorosas vía realización positiva y negativa.

## **Notas al final**

- 1.- Ver: Psicoterapia Bioanalítica y Parámetros Clínicos. (Parte I). en Recursos Psicoterapéuticos N° 40.
- 2.- op. cit.
- 3.- Ver: Introyección, Proyección y Reintroyección. en Recursos Psicoterapéuticos N° 22
- 4.- Ver: Sobre distintos Tipos de Discursos. Recursos Psicoterapéuticos N° 23.