

Psicopatología vincular

Hernán Kesselman

El trabajador de la Salud Mental se encuentra cotidianamente con dos colosales aportes para su práctica laboral: el de la clínica psiquiátrica, especialmente, la Fenomenología, y el de las llamadas corrientes dinámicas, en particular el Psicoanálisis.

Para su aprendizaje suele tener que realizar el esfuerzo de una formación paralela que, por lo general, no llega a ser convergente, sino al cabo de muchos años.

Este trabajo pretende realizar un aporte para el logro de ese encuentro, expresando la hipótesis de una nosografía alternativa y abarcativa de ambas concepciones.

Se propone para ello el uso, en términos de Pichón Rivière, de un E.C.R.O. (Esquema Conceptual Referencial Operativo) nosográfico, es decir, un sistema o esquema de conceptos a los cuales se puede hacer referencia para poder operar en la práctica psiquiátrica, tanto en el campo de la Psicohigiene y la Psicoprofilaxis como en el de la Psicoterapia.

1. Este E.C.R.O. consta de los siguientes conceptos fundamentales:

a) La psicopatología, como la psicología, es vincular. Con esto queremos expresar que las conductas, y en este caso particular las llamadas anormales o enfermas pueden comprenderse como formas de vinculación de un sujeto consigo mismo y con el mundo que lo circunda. El vínculo terapéutico tiene dos polos: el del terapeuta y el del paciente. Siendo así, sólo podemos hablar de vínculo como unidad mínima de enfermedad, y de objeto de curación. Esto incluye, naturalmente, a la persona del psicoterapeuta, como el otro polo del vínculo con lo cual debemos considerar el aporte psicopatológico propio del terapeuta para la creación de un vínculo llamado transferencia (neurosis, psicopatía o psicosis de transferencia), que intenta resolverse en el proceso terapéutico como fórmula de curación. Es el tipo de vínculo el que dibuja la forma psicopatológica que habremos finalmente de observar.

b) La psicopatología es dinámica En la consideración longitudinal de un individuo, la psicopatología es un edificio con una estructura de base que soporta una superestructura de superficie en un interjuego de fuerzas (dinámica), que se expresa horizontalmente a través de las áreas de la conducta y de los llamados ámbitos del comportamiento.

Las áreas de la conducta son (Bleger, Pichón) concebidas como formas de comprensión y expresión de la misma y aunque pueden ser sucesivas, simultáneas o alternantes, las clasificamos por su predominio en área 1 o área de las representaciones mentales, área 2 o área del cuerpo y área 3 o área de las relaciones interpersonales.

Los ámbitos los dividimos (Bleger) en psicosocial, o relación del sujeto con su mundo interno; sociodinámico o de relación con su grupo familiar y otros primarios e institucional o de relaciones del sujeto con las instituciones básicas de su vida comunitaria (laborales, educacionales, recreativas).

En su camino evolutivo el ser humano se vincula a través de mecanismos psíquicos de proyección e introyección, que le van dando una representación interior valorativa (buena, mala o confusa) de sí mismo y de quienes le rodean.

Estos mecanismos son más intensos en la infancia y van amortiguándose con la maduración, aunque por su persistencia en la base de la personalidad reciben el nombre de psicóticos lo que equivaldría a inmaduros (los objetos no son buenos o malos, sino ideal y omnipotentemente buenos o malos).

c) La nosografía (agrupamientos sistematizados de los cuadros clínicos) es convergente. A pesar de las disidencias formales mantenidas durante tantos años, creemos que es posible la agrupación convergente de los hallazgos más importantes de cada escuela, lo que redundará en beneficio de terapeutas y pacientes.

De la Fenomenología tomamos especialmente sus descripciones y comprensiones de las psicosis y psicopatías fundamentales y la importancia que para ella tienen diferentes grados de desestructuración de la conciencia.

Del Psicoanálisis fundamentalmente la concepción del Inconsciente y la teoría de las relaciones objetales con su interjuego dinámico entre ansiedades y defensas.

Es así como describimos una nosografía asentada básicamente en los fenómenos observados (síntomas y signos) que se explican por el tipo de relación objetal (vinculo con objetos buenos, malos y confusos) que el sujeto mantiene con sus objetos de interés.

En la base del esquema está la estructura, donde ubicamos la matriz de la personalidad bajo la forma de núcleos psicóticos de base (confusional, esquizofrénico y melancólico) y en la superficie está la superestructura bajo la forma de cuadros clínicos defensivos (neurosis o psicopatías), cuyo derrumbe pondría en evidencia la estructura de base (psicosis). Todo ordenado de acuerdo al sitio que ocupan en el interior y en el exterior del sujeto los objetos buenos, malos o no bien discriminados, según su percepción inconsciente. En la situación de indiscriminación (estado confusional) no es posible reconocer la calidad de los objetos internos o externos. Cuando existe predominio de objetos buenos dentro (esquizofrenia) quedará un complemento de predominio malo en el exterior del sujeto y cuando existe un predominio de percepción inconsciente de objetos malos dentro (melancolía) quedará un complemento de predominio bueno en el exterior del sujeto.

2. Desarrollo del esquema. (Ver cuadro.)

Veremos, por un lado, una estructura de base (psicosis) y, por otro, una superestructura defensiva que se desenvuelve con predominio en alguna de las tres áreas de la conducta (neurosis y psicopatía).

a) Estructura básica

Para Pichón Rivière todo ser humano dispone de un núcleo central en su personalidad a partir del cual se generan las distintas patologías (núcleo central patogénico) y que proviene del duelo central vital no elaborado.

Siguiendo los estudios iniciados por diversos investigadores (Mahler, Bion, Bleger, etc.) sostengo la existencia de un núcleo central de la personalidad en el que, si bien se encuentran presentes las relaciones de objeto desde el mismo comienzo de la vida, el sujeto es incapaz de discriminar o diferenciar la calidad de los objetos de su relación: No se diferencian los externos de los internos, el yo del no yo, los objetos persecutorios de los protectores, en fin, los objetos "buenos" de los objetos «malos».

Existe entonces relación de objeto, pero ésta no es discriminada.

La ansiedad que produce este núcleo es la ansiedad catastrófica o confusional, y lo llamamos núcleo confusional (bizarro, glischrocárico, epileptoide, etc. La angustia que provoca es similar a la que podría sentir cualquier sujeto que, encerrado en una habitación a oscuras, presintiera que hay allí una persona, sin poder localizar en qué sitio está y sin poder detectar si esa persona es tranquilizante o temible. Y cómo si para poder defenderse de esa ansiedad tratara de quedarse inmóvil o de comenzar a moverse, buscando un contacto que bueno o malo, le dé al menos un punto de referencia para orientarse en el futuro de su acción (parálisis o hiperkinesias).

Es el núcleo más regresivo de la personalidad, el primero en su desarrollo evolutivo y cuando se produce en estado puro, sin otras defensas que lo complementen su cuadro clínico está caracterizado por la total obstrucción de la conciencia: el coma del ataque epiléptico y los movimientos involuntarios que lo acompañan.

En menos grado. la psicosis confusional, se presenta con gran obnubilación de la conciencia desorientación témporoespacial y delirios oníricos con actividades motoras (paralíticas o hiperkinéticas). Por ejemplo, delirium tremens de la psicosis confusional de los alcoholistas. La discriminación de los objetos en dos grupos: objetos buenos y objetos malos es un primer paso para lograr una forma de reestructuración de la conciencia y, por tanto, de la personalidad. Así aparecen dos tipos de núcleos psicóticos derivados del anterior: uno, con los objetos buenos predominantemente en el interior del yo, es el núcleo esquizofrénico, y otro, con los objetos malos predominantemente en el interior, que es el núcleo melancólico.

En este estadio, los objetos no son sólo buenos y malos, sino ideal y omnipotentemente buenos y malos; es decir, delirantemente sobrevalorados por el sujeto que así los percibe, y es por ello que llamamos a estos núcleos: núcleos psicóticos.

Estos reciben el nombre de confusional o epiléptico, esquizofrénico y melancólico porque su sintomatología produce, en el caso de carecer de defensas superestructurales, los cuadros clínicos de la confusión o la epilepsia, de la esquizofrenia y de la melancolía o psicosis maníacodepresiva.

De acuerdo a esto, en el núcleo esquizofrénico el sujeto se hace extremadamente desconfiado con el mundo exterior (donde residen predominantemente los objetos malos) y, en cambio, tiende a confiar ciegamente en la percepción de su interior (donde residen predominantemente los objetos buenos. De aquí que el autismo o el recogimiento dentro de sí mismo sea el signo básico que caracteriza a este estadio.

El desapego por lo exterior culmina con actitudes de negativismo (oposición activa más que indiferencia) y delirios persecutorios (en una forma clínica de la esquizofrenia, la paranoide).

La atención del sujeto se vuelca vívidamente hacia su interior (risas "inmotivadas" o éxtasis de los esquizofrénicos) y su máximo de desconfianza eclosiona en convicciones delirantes impermeables al estímulo y al razonamiento de otras personas y actitudes de aparente desafectividad por todo lo exterior (viaje interior o "psicodélico" del esquizofrénico. Lo mejor está dentro del sujeto y hacia allí dirige toda su concentración. Lo peor está en la realidad externa, que le sirve de escenografía para ubicar fragmentos de su interior. El esquizofrénico anula la realidad externa apelando a su indiferencia Estos «matan con la indiferencia», que es el peor de los desdenes.

En el núcleo melancólico el sujeto se vuelve aparentemente dócil a su mundo exterior (donde residen los objetos idealmente buenos) y, en cambio tiende a desconfiar sistemáticamente de todo lo que viene de su interior (ya sean síntomas sensaciones, ideas, afectos. En realidad, lo que lo obsesiona es mucho más su mundo interior que lo externo (autismo melancólico del narcisismo negativo).

Entiendo por narcisismo positivo las preocupaciones del sujeto por salvaguardar el predominio de sus objetos idealmente buenos internalizados (tal como se dan en el autismo del núcleo esquizofrénico) y por narcisismo negativo la preocupación del sujeto por controlar el predominio de sus objetos idealmente malos internalizados (tal como se dan en el autismo del núcleo melancólico)

El melancólico desconfía así de su interior porque allí es donde percibe predominantemente a los objetos idealmente malos. Y es por ello que la tristeza, la sensación de vacío vital, los autorreproches y los sentimientos de desvalorización, el descenso de la propia estima, están en primera línea sintomatológicas. Es culpable de todo lo malo que pasa, se reprocha las peores conductas y se desvaloriza a límites exagerados. Nadie puede pensar peor de un melancólico que el propio melancólico de sí mismo. Nadie puede reprocharle más ni desvalorizarlo con más intensidad.

Por ello, es que la manía, forma de la alegría sin sentido y de exaltación banal del estado de ánimo, aparece como la defensa favorita del melancólico. Justamente, las crisis maníacas de las psicosis maniaco-depresivas que suelen alternar con las crisis melancólicas, demuestran como mecanismo básico, la negación del malestar consigo mismo, una voracidad insaciable por consumir y acumular objetos idealmente buenos, que son siempre envidiados, que están en el exterior del yo y una vocación de jugar infinitamente, que no da tiempo a pararse para pensar y deprimirse. Sin embargo, estas defensas no duran mucho tiempo, y suelen dejar paso a la autoagresión, al dolor moral del vencido y a una tristeza irreversible que muestran la actividad del objeto idealmente malo dentro del propio yo.

Lo mejor está afuera y es envidiado en su fantasía, hasta ser empapado por este flujo de malestar. ¿Cuántos familiares de melancólicos han sentido justamente nublada su felicidad y todo su bienestar por este malestar del melancólico que culpabiliza indirectamente, culpándose a sí mismo, que destruye la felicidad de los demás destruyendo la propia? ¿Qué adolescente no ha soñado a veces perversamente con el dolor que les causaría a sus seres allegados su propio suicidio (fantasías de presenciar el

propio velorio) Porque el suicidio es aquí la forma última de agredir a los que nos odian dentro nuestro y demostrar la envidia a los que siguen viviendo fuera de nosotros mismos.

El dolor moral del melancólico y los autorreproches llegan hasta tal punto que considerándose una carga feroz para sus seres más queridos, puede llegar a eliminarlos para que no sigan sufriendo, como sucede en el llamado «homicidio altruista» de los melancólicos. un ejemplo sería Steiner, el personaje cinematográfico de "La dulce vida", que mata sus hijos "por amor, para que no sigan sufriendo en este mundo cruel". Si el esquizofrénico soluciona la batalla con sus objetos malos exteriores. «matándolos con la indiferencia». el melancólico se mata con la indiferencia hacia sí mismo: si esto no llega a ser eficaz termina aniquilando en el yo, es decir aniquilándose con el sufrimiento y el dolor moral que hacen su vida insoportable.

El suicidio se convierte así, paradójicamente en su última defensa, su última carta.

Hasta aquí los núcleos fundamentales de la personalidad básica: el esquizofrénico y el melancólico.

Hemos descrito su actividad ejemplificándolos con la sintomatología de las así llamadas psicosis básicas: la confusión, la esquizofrenia y la melancolía. Y siguiendo a los fenomenólogos que clasifican las psicosis en endógenas y exógenas podríamos decir que en su forma pura o combinándose, podrían agruparse las psicosis que se ven en la práctica clínica en formas puras o mixtas de estos tres estados psicóticos vistos.

Por esa razón, consideramos a estos tres núcleos como las psicosis fundamentales hacia las que podría regresar cualquier ser humano, si no dispusiera de mejores defensas en las áreas 1, 2 y 3 de la conducta (áreas de las neurosis y de las psicopatías)

Así toda persona dispondría de tres núcleos básicos en la estructura de la personalidad: el confusional, el esquizofrénico y el melancólico.

El confusional, madre de todos los demás estadios, el primero evolutivamente, el más regresivo clínicamente, con una ansiedad catastrófica y sin poder discriminar los objetos protectores de los persecutorios, los buenos de los malos. El esquizofrénico y el melancólico como dos formas de diferenciación de este núcleo central confusional.

El esquizofrénico con desconfianza hacia el exterior y confianza en sus objetos idealmente buenos dentro del yo.

El melancólico, con envidia hacia el exterior (cualquiera es mejor) y desconfianza extrema hacia los objetos predominantemente malos ubicados dentro de su interior.

En todo ser humano trataríamos de distinguir entonces, el predominio, sucesividad, simultaneidad o alternancia de estos núcleos psicóticos, para configurar el diagnóstico de estructura psicótica básica de toda personalidad. Queremos decir con esto, que si encontramos predominio de un núcleo, como es lo habitual, podemos hacer un diagnóstico para ese momento de la clínica. Decimos entonces que para este momento, esta situación y estos vínculos sociales, el sujeto presenta un predominio de núcleo confusional, esquizofrénico o melancólico. (Diagnóstico situacional.)

Estaremos así configurando el diagnóstico presuntivo de estructura psicótica básica de predominio.

Esto nos permite no sólo el diseño de una estrategia clínica adecuada, interpretativa, farmacológica y medioambiental, sino también estar atentos para las posibles rotaciones del núcleo psicótico de base lo cual para nuestra valoración de la movilidad es un criterio de salud o de curación.

Ya veremos que un criterio de curación en el que podemos asentarnos para la evaluación de un tratamiento es justamente la posibilidad de que un paciente sea capaz a lo largo de éste de movilizar sus núcleos de predominio. Así nos lo ha enseñado la práctica clínica. Y es así como la aparición de la autocrítica lúcida y de sentimientos depresivos enmarcan el comienzo de curación de una esquizofrenia (momento peligroso por la posibilidad de suicidio. El comienzo de relaciones amables y persecutorias bien diferenciadas puede indicar el principio de curación de una confusión. (No confundir con empeoramiento, ya que la salida de la confusión consiste en poder ubicar objetos persecutorios en el exterior. La persecución sería así un momento evolutivo desde la confusión hacia la curación)

El momento de comenzar a sacar la agresividad para afuera puede indicar el comienzo de curación de un melancólico.

Todos podemos manifestar a lo largo de toda la vida y en todos los ámbitos el predominio del mismo núcleo psicótico de base. Vale decir que un sujeto puede ser esquizofrénico de base o melancólico, por ejemplo. A lo largo de toda su vida y en cualquier lugar en donde se lo examine.

Pero es frecuente que veamos que un sujeto puede ser diagnosticado como esquizofrénico de base en un lugar (por ejemplo, el grupo familiar) y sin embargo ser diagnosticado como confusional o melancólico en otros ámbitos (escuela, trabajo, tiempo libre). También es frecuente que una persona pueda ser diagnosticada de una forma durante los primeros años de su vida y cambie de diagnóstico luego (con el advenimiento de hijos, viudez, jubilación). Es decir que cambie según con quienes y cómo se vincule o según la situación y la época de la vida en que es realizado el diagnóstico.

En ocasiones, la alternancia casi simultánea o sucesiva de núcleos esquizofrénico y melancólicos puede ser observada como conducta confusional. Es decir, lo que confundiría al observador sería la actuación simultánea de núcleos esquizofrénicos y melancólicos.

En éste y en todos los casos nuestro método clínico nos indica la necesidad de ubicar un diagnóstico de predominancia, de ser posible, y este diagnóstico es descubierto gracias a la observación de síntomas y signos de las defensas que configuran las superestructuras (neuróticas y psicopáticas) de los núcleos psicóticos de la estructura de base. Es decir que la estructura de base se deduce según la superestructura de superficie que se manifiesta. En una palabra uno infiere la psicosis subyacente de acuerdo a la neurosis o psicopatía que se observe.

Como dije, estos núcleos psicóticos generan ansiedades, y las defensas que se levantan según su predominio en las áreas 1, 2 y 3 de la conducta (digo predominio, pues

la conducta siempre se expresa en las tres áreas), van a generar los distintos cuadros clínicos neuróticos y psicopáticos. Siguiendo a Schilder, Bleger, Pichón, definimos áreas 1 como el área de las representaciones mentales de la conducta, área 2 el área de la expresión corporal de la conducta y el área 3 como el área de las actividades interpersonales o relaciones humanas. Las defensas contra la psicosis generan: en las áreas 1 y 2, las neurosis y en el área 3, las psicopatías.

Vamos a ver, entonces, cómo las defensas predominantes en cada área y para cada núcleo psicótico, producen cada cuadro clínico superestructural observable en la práctica.

b) Superestructura

Comenzamos por el área lo de las ideas y representaciones mentales. La defensa en este área, contra la ansiedad del núcleo confusional produce un tipo de cuadro clásico caracterizado por una ligera capa de confusión que obnubila discretamente la lucidez de sectores parciales del sujeto, es la típica personalidad distraída que no se dio cuenta, olvidadiza (la falta de atención disminuye la percepción, se fijan mal los sucesos y entonces se recuerda peor con tendencia a amnesias parciales frecuentes y repetitivas). Son, como dije, personalidades distraídas que andan perdiendo las llaves de la casa, o dejando documentos o cosas importantes en cualquier lado. Son distraídos que no mantienen el alerta indispensable para cuidarse a sí mismos y se vuelven en la convivencia por ello, simpáticos y pesados al mismo tiempo. Hay dificultades de concentración en tareas monótonas. Esto, cuando se presenta en un adolescente, configura un estadio absolutamente «normal».

Las defensas en el área 1 contra las ansiedades que provoca el núcleo esquizofrénico produce el cuadro clínico de las llamadas fobias o histerias de angustia. El objeto «malo» es un lugar, un animal, una persona, una posible enfermedad, que se ubican en el exterior del sujeto y hacia el cual, el mismo presenta un pánico irremediable. La convicción de la peligrosidad del objeto nace del interior del sujeto que sólo confía en la bondad de su propio razonamiento (que a su vez es lo bueno que está colocado en su interior) y es impermeable a cualquier tipo de lógica que provenga de un observador exterior (desde donde siempre proviene lo malo). El fóbico, cuando tiene miedo es tan impermeable a la estimulación exterior como lo es el esquizofrénico cuando está en crisis de autismo. Sólo que la fobia es un mal menor (Leer «Mecanismos esquizoides subyacentes a las fobias» de Hanna Segal) y culturalmente mucho más aceptado y confesable. Incluso más curable y de mejor pronóstico por vía del tratamiento psicoanalítico. Pero el mecanismo de base es el mismo en la esquizofrenia que en la fobia. La fobia, repito, aparece así como una verdadera defensa de narcisismo positivo que conviene muchas veces respetar, a riesgo de que debajo de ella, eclosione una crisis de esquizofrenia (ojo con el atropello de las defensas: iatrogenia). Una forma particular es la fobia a la enfermedad que se caracteriza por temores corporales, productos de una desconfianza paranoica en el exterior y, por tanto, en el terapeuta, la cual debe ser diferenciada de las quejas hipocondríacas que como veremos son una defensa contra la melancolía, producto de la desconfianza del paciente en sus propias vísceras La diferencia es importante por que el primero intenta asesinar al terapeuta y el segundo suicidarse.

Las conductas con las que se expresa el fóbico son: la evitación y la contrafobia.

La evitación consiste en tratar de sortear y postergar al máximo posible cualquier contacto con el objeto fóbico («espera un momentito», retardando el tiempo). En casos de gran intensidad, la inhibición social es tal, que se confunde con el autismo (por ejemplo, el no salir a la calle del agorafóbico y el encerrarse en su habitación del esquizofrénico).

En la contrafobia parecería que es lo contrario, una especie de tratar de ponerse rápidamente en contacto con lo más temido («cuando antes pase, mejor»), simulando actitudes de osadía y audacia que no pueden mantenerse mucho tiempo sin denunciar el pánico que subyace a dicha conducta. Lo alternativo para el fóbico por lo general, es enfrentar el objeto temido con un acompañante significativo y rituales similares a los obsesivos (objetos, personas), llamados los acompañantes contrafóbicos (para la soledad, para dar un examen, para cruzar las calles, etc.) Al igual que el esquizofrénico, el fóbico, tiene la posibilidad de aparecer cada vez más como una personalidad empobrecida en lo explosivo, pero encubriendo una activísima vida interior implosiva, visible, claro, para los ojos que la quieran y la puedan compartir: es un mundo romántico y mágico, lleno de amores y odios secretos y de presentimientos funestos. Y todo absolutamente inconfesable, con un pánico permanente y pueril a hacer el ridículo.

Las defensas en el área 1 contra las ansiedades que provoca el núcleo melancólico adoptan dos formas clínicas: la conducta obsesiva y la conducta hipocondríaca.

La conducta obsesiva transparenta en todo su acontecer la enorme desconfianza que el sujeto que la padece siente por todo lo que le viene desde su interior y si esto que viene de su interior es una idea o un pensamiento, dudará sistemáticamente de la bondad del mismo, configurando la típica vacilación ambivalente y agotadora para sí mismo y para quienes lo rodean.

Sin embargo, con la duda, justamente el obsesivo se defiende contra la angustia melancólica y superestructura una defensa que, siempre es un mal menor que el intento de suicidio, última carta, como dijimos del melancólico de base.

Ningún pensamiento puede llevarse a la acción con certeza y confianza porque proviene de su propia mente y si viene desde afuera se torna desconfiable desde el momento que lo ha convertido en propio. Los rituales de limpieza y la desesperación por despojarse de la suciedad, revelan también con claridad, la «impureza» básica que ataca al obsesivo en su estructura de fondo. La búsqueda constante de «verificación» agrega otro síntoma al sentimiento impreciso e inseguro de sí mismo del paciente que no confía en las bondades de su propio interior.

La obsesión es una defensa en el área 1 contra la melancolía. (Cuidado con atropellar estas defensas que debajo puede estar el suicidio.) Quizá este sea el origen de la gran dificultad de curabilidad de estos pacientes con psicoterapias de las más diferentes orientaciones, y la clave del éxito en la disminución del recrudecimiento de síntomas obsesivos en pacientes tratados con drogas antidepresivas (al igual que en la hipocondría).

La otra forma es la hipocondría: Cuando las ideas acerca del malestar del propio yo están centradas en las propias vísceras, en el propio cuerpo, se establece, la hipocondría, especie de «neurosis obsesiva sobre el cuerpo» que es también una defensa contra la

melancolía. Reitero que esto debe diferenciarse de un cuadro análogo que es la fobia a la enfermedad o fobia a sufrir daños en el cuerpo, que es una variedad de las defensas contra la actividad del núcleo esquizofrénico y que, por tanto, en sus formas más graves cuando fracasan las defensas fóbicas, llega a localizar delirantemente un perseguidor exterior, llegando hasta el asesinato (ver homicidios de esquizofrénicos paranoicos corporales que pueden destruir a su médico o cirujano cuando éste, desapercibido de este cuadro, no ha tomado precauciones).

El paranoico desconfía de su médico y lo hace responsable de su peligro y destrucción corporal. En cambio el hipocondríaco desconfía de su cuerpo, parcial o totalmente, de sus vísceras y vive coleccionando intervenciones quirúrgicas, recetas, píldoras, médicos y conjuros de todo tipo con tal de controlar lo malo que tiene dentro suyo y que saldrá irremediadamente por su cuerpo, por sus vísceras. A veces esto puede hacerlo caer en una desesperación suicida. Aquí suelen tener éxito los antidepresivos porque actúan sobre la melancolía que se halla en la base de la hipocondría.

* * *

Continuamos ahora con el área 2 o área de la comprensión y expresión corporal de la conducta. Aquí es el cuerpo el que predominantemente expresa la defensa contra las ansiedades de base. Es el campo de las llamadas somatizaciones.

Las defensas que se provocan en el área 2 contra las ansiedades del núcleo básico confusional son difícilmente sistematizables, pero yo me inclino a pensar que comprenden el conjunto de neoformaciones y crecimientos anárquicos y anormales del estilo de las degeneraciones de sistema y tumoraciones específicas. Son las somatizaciones confusionales. Bastaría observar al microscopio la estructura de estos procesos para reconocer en su anarquía, en su mezcla de elementos "buenos y malos" para el organismo, una verdadera representación, un sospechoso símil a nivel biológico del caos que el comportamiento general y la mente presentan en el estado confusional típico. Es frecuente en la clínica, la aparición de estados confusionales posteriores a procesos degenerativos, tóxicos, infecciosos o tumorales que aparecerían como una defensa corporal previa contra la caída en la confusión.

1. Curiosamente, las verrugas, neoformaciones benignas, son sensibles al tratamiento hipnótico, como es de conocimiento de los dermatólogos experimentados. Si bien es cierto que es imposible y lejano aún establecer una relación directa causa-efecto que provenga de la psicología, también es cierto que aquí se encuentra un campo apasionante para ir arriesgando hipótesis que estimulen la investigación futura de los componentes psicológicos en la patogenia y terapéutica de los procesos degenerativos y tumorales (Uno de los terrenos más oscuros del campo de nuestros conocimientos psicológicos hasta la actualidad.)

Las defensas en área 2 contra las ansiedades que se levantan del núcleo esquizofrénico configuran los cuadros clínicos conocidos como reacciones alérgicas o fobias de contacto.

Son las somatizaciones fóbicas. En estos casos la piel y las mucosas (envoltura corporal de contacto con el exterior) funcionan como órganos de choque o como campo de Marte donde se neutralizan los objetos malos que vienen desde el exterior. Estos

objetos malos pueden ser de todo tipo: polen, plumas, plátanos, bebidas, alimentos, chocolate, guantes de goma, vestidos de lana, etc. (los alérgenos) originando las dermatitis de contacto, las inflamaciones de mucosas respiratorias, digestivas, etc.

Es interesante observar que las técnicas de tratamiento que utilizan los alergistas son las mismas que naturalmente emplea el yo para defenderse del objeto temible: la evitación y la contrafobia. La evitación consiste en la prohibición del contacto con el alérgeno ("no coma tal alimento" "no ingiera tal bebida", "no duerma con almohada de plumas", etc.).

La contrafobia consiste en breves contactos directos con el objeto temido: vacunas en dosis crecientes de alérgenos para lograr la desensibilización progresiva.

Las defensas en área 2 que se levantan contra las ansiedades que despierta el núcleo melancólico configuran el cuadro clínico conocido como histeria de conversión. En este caso el cuerpo es usado como sitio de residencia del objeto omnipotentemente malo y puede así ser castigado, atacado, controlado y paralizado por el propio sujeto.

Este objeto malo, simboliza los impulsos agresivos o eróticos prohibidos y censurables y su energía es convertida en síntoma que expresa al mismo tiempo que su deseo, su insatisfacción. Son las somatizaciones histéricas.

Así se comprenden las cegueras y las parálisis histéricas, las conversiones cardiovasculares y respiratorias y en fin, el cortejo sintomático de las conversiones somáticas que colorean estos cuadros clínicos. Los síntomas son llamadas de atención vincular sobre y hacia el medio ambiente en una clara actitud de búsqueda de estima. Es natural, porque en lo profundo, la histeria de conversión es una defensa contra la melancolía que a su vez se caracteriza por un tremendo descenso de la autoestima. El núcleo melancólico hace que el paciente recorte una conducta contradictoria ya que por una parte busca reconocimiento y estima desde fuera de sí (ya que él se odia a sí mismo) y por otra parte busca ser castigado (ya que por su melancolía de fondo se siente culpable) aunque se muestre sorprendido y ofendido por verse atacado.

Allí se asientan las conductas de seducción (atraer primero, para rechazar luego) que intentan paliar su narcisismo fracturado y la apariencia de representación teatral de un personaje imaginario típicas, del carácter histérico y que hace sentir al observador una sensación de falsedad, de no autenticidad. Sin embargo el resultado preponderante suele ser la agresión reactiva del otro polo del vínculo, es decir, del "espectador", lo que prueba que de fondo, sigue predominando en el histérico la necesidad de castigo. ¿Acaso no es de tiempo inmemorial que una crisis histérica suele ser tratada "domésticamente" con un par de bofetadas? Y nos preguntamos entonces: ¿por qué ceden las crisis frente a estos "electrochoques manuales" que son las bofetadas, si no es porque en su fondo está presente un núcleo melancólico repleto de culpas inconscientes, que sólo se calma con la ejecución del castigo? Así han explicado hasta ahora muchos psicoanalistas la dinámica por la que el electrochoque es tan efectivo como terapéutica, especialmente en la melancolía (como si el paciente lograra su libertad luego de pagar sus culpas, de haber sido ejecutado, como un reo castigado por esa especie de "silla eléctrica medicinal" que sería el electrochoque). Las conductas histéricas se defienden contra el objeto malo colocado en el cuerpo a través del "maquillaje" o arreglo personal excesivo, paralizándolo en una conversión muscular y castigándolo a través de las reacciones agresivas que

provoca su seducción en el medio que lo rodea (promete y desilusiona, excita y prohíbe). El histérico se vincula con el medio como con su propio cuerpo (lo estimula y lo frustra). A veces intenta el suicidio. Pero la histeria es un mal menor. Y digo esto para recordar que si todas estas conductas histéricas no existieran, triunfaría la melancolía y la autodestrucción sería inevitable. Desde este punto de vista, la discriminación sobre la naturaleza histérica o melancólica de un intento de suicidio no termina con el problema terapéutico. El intento teatral de suicidio, a la manera histérica, más o menos calculado, y con posibilidades de salvación es sólo un mal menor en relación al intento melancólico, el que puede aparecer si estas defensas no estuvieran presentes. Lo prueba en la práctica clínica, pacientes con algunos intentos fallidos previos y que van mostrando (si nos detenemos a examinar cada intento y sus pródromos con atención) cómo van fracasando los mecanismos histéricos entre uno y Otro, hasta lograr el suicidio, producto de la auténtica melancolía que estaba por debajo. Y por eso se dice en la clínica (sin que esto signifique un "elogio de las neurosis") que la histeria, lo obsesivo son en este sentido: "buenos defensores" (histérico y obsesivo serían los que pueden, no los que quieren).

Como en los casos descritos para las fobias, las obsesiones, y la hipocondría, también en las histerias debemos reflexionar contra el impulso o furor de curación que puede llevarnos a intentar barrer estas autodefensas a la manera de los furros terapéuticos de aquellos clínicos triunfalistas que "barren" con antibióticos y quimioterápicos no sólo los gérmenes patógenos sino también el sistema de defensa del organismo y haciendo verdadera la frase popular de que «peor es el remedio que la enfermedad».

La histeria tiene que ver con la melancolía y no con la esquizofrenia. Pueden llamar a engaño las escisiones o disociaciones llamadas esquizoides de la conciencia y del comportamiento en su conjunto. Las dobles o triples personalidades del histérico son la representación de diferentes personajes que enmascaran a una persona central, oculta tras los personajes representados, que se odia a sí mismo y que se siente culpable. Puede también llamar a engaño "la belle indifférence" histérica simulando un autismo esquizofrénico.

Pero la forma de vincularse resuelve las dudas diagnósticas. El histérico siempre representa para un público exterior a él y del que espera estima y reconocimiento.

El esquizofrénico se vincula con un público que lo estimula desde su propio interior y el mundo exterior es desdeñado más o menos activamente. Por eso decimos: La histeria de angustia o fobia es una defensa contra la esquizofrenia. La histeria de conversión o carácter histérico es una defensa contra la melancolía.

Así como tuvimos que diferenciar en área 1, la fobia a la enfermedad (defensa contra la esquizofrenia) de la hipocondría (defensa contra la melancolía), en área 2 tenemos que diferenciar las somatizaciones fóbicas (defensas contra la esquizofrenia) de las somatizaciones histérico-conversivas (defensas contra la melancolía). Aquí también la diferencia está en la ubicación vincular de los objetos buenos y malos.

Esta diferenciación es importante porque puede orientar un diagnóstico, un programa terapéutico y, por tanto, un pronóstico totalmente diferente de acuerdo que se trate de uno o de otro caso. Pueden llegar así a prevenirse o a tratarse a tiempo derrumbes psicóticos que, de otra manera pueden llegar, en su iniciación, a pasar

desapercibidos para el terapeuta o evitar que éste sólo pueda actuar cuando está instalado un cuadro groseramente demostrativo, o cuando ya es tarde.

* * *

Vamos finalmente a ocuparnos de las defensas que organiza la personalidad cuando se expresa y se comprende en el área 3, el área de las relaciones interpersonales. Es donde se expresan predominantemente Las psicopatías.

Aquí las defensas contra las ansiedades de los núcleos psicóticos se manifiestan en la actuación interpersonal. La dinámica consiste en la depositación proyectada de fantasías inconscientes en las personas-objeto del vínculo para «hacerlas actuar» por medio de las propias actuaciones, lo cual configura la descripción de lo que conocemos como conductas psicopáticas.

Concebimos entonces, a las psicopatías, como defensas contra las psicosis, que desarrollan su expresión predominantemente en el área 3 de la conducta (las neurosis, en áreas 1 y 2).

Schneider describió a estas personas como seres, que, por lo general, lúcidos y sin trastornos aparentes del juicio o del razonamiento, tienen un comportamiento por el que sufren y/o hacen sufrir a quienes los rodean. Algo así como gente cuya locura consiste más en "enloquecer" a los demás que enloquecer ellos mismos. Una especie de "psicosis" en área 3 casi exclusivamente (rara vez tienen síntomas corporales).

Justamente, nosotros vamos a clasificar las psicopatías de acuerdo al efecto final de la conducta, es decir, de acuerdo a que su actuación desemboque en la agresión destructiva hacia las demás personas, o que desemboque finalmente en la propia destrucción de la persona actuadora o a que pueda ocasionar indiferentemente la propia destrucción o la de los otros sin una línea directriz localizable, es decir ambigua.

Este último caso es el de la psicopatía ambigua o confusional. Las defensas de la personalidad en el área 3 contra las ansiedades que provoca el núcleo confusional adoptan la forma clínica de la psicopatía ambigua o confusional.

El cuadro se caracteriza, como dije, por una lucidez de razonamiento y de conciencia en la persona actuadora. Y se descubre generalmente porque la confusión mental de lo absurdo de su conducta la carga, justamente, el que observa o es objeto pasivo de la actuación.

La confusión no aparece ni en la mente, ni en el cuerpo del actuador, sino que es actuada por y depositada en el sujeto pasivo o el observador de la actuación. Este es el que carga con la confusión y los malestares corporales. (Esto es importante para el manejo contratransferencial del terapeuta.) Son características las actuaciones promiscuas "de mezcla y empaste» y vínculos en los que no se distinguen protectores de perseguidores. Un psicópata ambiguo puede simultáneamente "gamberrear" a un anciano y llorar porque a su gatito le falta la leche para alimentarse, sin apreciar las diferencias valorativas de su actuación. Afecto a las explosiones violentas y agresivas, lábil a las drogas y las ingestas alcohólicas, toda su personalidad denuncia el núcleo epiléptico o

confusional del que se defiende con estas conductas, que de no aparecer, cederían paso a una auténtica psicosis confusional.

Esto para no olvidar que la actuación es un intento de discriminación como defensa contra un mal mayor: la indiscriminación psicótica del estado confusional.

Es difícil que la gente pueda calificar a estas personas como "buenas" o "malas". Suelen ser catalogados como "raros", «extraños», «insólitos», imprevisibles", etc.

Su conducta ambigua no da como para calificarlo en uno u otro polo, aunque ocasione a veces odio, a veces pena y a veces fascinación. Las defensas de la personalidad en el área 3 contra las ansiedades que provoca el núcleo esquizofrénico adoptan la forma clínica de lo que se conoce como personalidad psicopática propiamente dicha o vulgarmente llamado psicópata. El psicópata tiende a una actuación vincular por la cual maneja las relaciones personales siempre a su favor y en detrimento o perjuicio de las personas que se vinculan con él. Tienen una característica por la cual ponen en juego todos sus argumentos, capacidad de seducción y liderazgo para utilizar las relaciones en su propio provecho. Sus audacias generalmente terminan en una catástrofe para las personas por él estimuladas, pero curiosamente siempre él se pone a salvo de la destrucción. Suelen "calentar la cabeza" a los demás y luego quedar en el papel de víctimas o inocentes, con gran desfachatez. En el fondo, no quieren a nadie más que a sí mismos.

La indiferencia con que agreden al prójimo, muchas veces les ha valido el apelativo de "encallecidos". "fríos", amorales" o con ausencia de posibilidades de sentir culpa por nada, aunque a veces parecen bondadosos, cordiales y solidarios, "encantadores".

En los casos más graves pueden recurrir al homicidio, la estafa y los actos más salvajes de crueldad.

Estas actitudes son defensivas de la esquizofrenia, justamente, a veces, las conductas psicopáticas defensivas aparecen en la forma maníaca o de excitación psicomotriz en pleno brote esquizofrénico, exigiendo un diagnóstico diferencial con la crisis de excitación de la psicosis maníaco-depresiva. La expansividad del psicópata puede llamar a engaño, pues se trata en realidad de autismos expansivos, que son la otra cara del autismo negativista con que se muestra el esquizofrénico, que ya tiene estas defensas.

Esta superestructura con su ausencia de culpa, su agresividad sutil o grosera, pero efectiva hacia las personas con las que se vincula y su forma narcisista positiva de intentar salvaguardarse a sí mismo revela la naturaleza del núcleo esquizofrénico subyacente. Es decir, con lo bueno dentro de sí y lo malo afuera. Más tarde o más temprano, quienes se vinculan con él terminan considerándolo "una mala persona", de la que hay que cuidarse.

Las defensas de la personalidad en el área 3 contra las ansiedades que provoca el núcleo melancólico adopta la forma clínica de psicopatía depresiva, caracteropatía o neurosis de carácter. El psicópata depresivo o caracterópata tiende a una actuación vincular por la cual también intenta un manejo de las relaciones personales, pero, a diferencia del anterior, estas actuaciones siempre terminan predominantemente en

detrimento y perjuicio propios. Parece que sus manejos fueran dirigidos con la intención de aprovecharse de los otros, pero finalmente sale mal parado. Sus audacias y osadías suelen llevarlo a la catástrofe a la cual arrastra a veces a sus seres más cercanos.

Es el prototipo del antihéroe, que en los casos más graves suele terminar una "operación delictiva genial" con las formas más pueriles e ingenuas, por las que puede ser descubierto, castigado, y que a veces terminan con su propia destrucción total.

Estas actitudes denuncian la actividad de su núcleo psicótico melancólico de base, pero con ellas intenta defenderse de la locura melancólica y el suicidio.

Suelen ser "pequeñas" maldades con las que se defiende de sucumbir a la tentación de autodestruirse, que, como dije, suele pagar a «alto precio» y con "grandes" castigos.

Este fondo culposo y con capacidad de autocrítica lo acerca a las neurosis de carácter o caracteropatías.

De todas maneras, no tienen lo que se llama «capacidad de "insight" y sus ciclos de arrepentimientos suelen ser "días de perdón», para poder «seguir pecando" (pseudo-insight), más que verdaderos cambios profundos de la personalidad.

Más tarde o más temprano, quienes se le vinculan terminan sintiendo por él más pena que odio, valorando que, finalmente por más inteligente que parezca se ha comportado como un tonto, perjudicándose a sí mismo más que a nadie.

Y con esto terminamos el esquema nosográfico de psicopatología vincular.

Hemos dejado algunos cuadros descritos en la clínica, como son las parafrenias, demencias y oligofrenias.

Pero lo hemos hecho así por considerar que estos cuadros pueden ser a su vez, o adoptar al menos clínica y dinámicamente formas arborizadas de algunas de las tres psicosis que la fenomenología clínico-psiquiátrica considera como básicas: la esquizofrénica, la melancólica o maníaco-depresiva y la confusional.

Tampoco hemos incluido los cuadros considerados como perversiones (adicciones, homosexualidad), porque no pueden, a mi entender, ser considerados como enfermedades, no sólo por el relativismo cultural que haría tambalear la solidez del diagnóstico, sino también porque cada uno de estos elementos (adicciones, homosexualidad) puede presentarse en cualquiera de las psicosis, psicopatías, o neurosis que hemos descrito anteriormente.

Hemos preferido describir la dinámica de las somatizaciones antes que seguir empleando el término "psicosomático" que a mi entender no arriesga concepciones útiles para manejarse en la práctica clínica, tal como creo lo permite el averiguar a qué núcleo psicótico de base corresponde cada tipo de somatización, de acuerdo a los vínculos que el sujeto organiza consigo mismo y con los demás.

Finalmente quiero señalar la importancia práctica que supone manejarse en la clínica con este esquema nosográfico de psicopatología vincular para el diagnóstico, la

planificación terapéutica, la táctica asistencial, la técnica de trabajo y la evaluación del proceso terapéutico.

En lo que se refiere al diagnóstico, todos los que hemos realizado práctica clínica y psicoterapéutica sabemos que, para nuestro aprendizaje, hemos recibido innumerables listas de enfermedades, síndromes y cuadros diversos, cuyo conocimiento se vuelve verdaderamente agotador y cuya importancia nos era imposible discriminar. ¿Qué sería más grave: una psicosis o una psicopatía? ¿Cómo memorizar el listado de padecimientos que van engrosando los tratados psiquiátricos? ¿Cómo recordar la variedad de los distintos tratamientos?

En ese sentido, creo que el esquema de psicopatología vincular proveniente de la teoría de una enfermedad única que puede adoptar, según sus relaciones de objeto (buenas malas o confusas) distintas geometrías y formas clínicas superestructurales conectadas a su vez con una infraestructura básica (confusa, melancólica o esquizofrénica), permite operar con un molde flexible, capaz de reconocer los cuadros más clásicos y de incluir los que vayan conociéndose. De la misma manera que, el conocer la fisiología y química básica del cerebro permite manejarse con los distintos psicofármacos que van apareciendo día a día en los vademecum de los laboratorios químicos y que si no conociéramos las 3 ó 4 estructuras químicas básicas de las que se deriva el resto de las drogas que se van descubriendo deberíamos tener una memoria elefantiásica para retener su sentido.

Por ello hemos intentado una nosografía psiquiátrica con los aportes sintetizados de la fenomenología y del psicoanálisis.

Pero a su vez. ¿Para qué la precisión de este diagnóstico? De que forma se convierte en un E.C.R.O. (Esquema de conceptos a los que se hace referencia para Operar en la práctica) en lugar de quedar encerrado en una ficha, para engrosar las estadísticas o para ser reformulado con el tiempo?

El sentido práctico se lo da la utilidad que puede suministrar en el resto de los pasos terapéuticos.

Para confeccionar una estrategia terapéutica. Porque todos hemos sufrido de alguna manera la enorme disociación que existe entre los pasos diagnósticos y los terapéuticos. Y si no, que lo digan los psicometristas y todos aquellos auxiliares de la práctica psiquiátrica que suelen ser empleados y convocados para afinar un diagnóstico y una cantidad de apreciaciones que luego, en la práctica no encuentran la menor unión con las actividades del terapeuta ya sea en sus indicaciones farmacológicas como en la confección de sus interpretaciones psicológicas.

¿De qué sirve un diagnóstico de melancolía o de psicopatía si luego no va a encontrar su lugar en la elección de una interpretación o a lo largo de las sesiones de psicoterapia? Quizá para calmar la angustia del psicoterapeuta, pero no la del paciente. Y a veces ni siquiera para eso.

La teoría de una psicopatología vincular permite al terapeuta revisar su propia psicopatología que consueña en su interior, y resuena ("escenas temidas" del psicoterapeuta) con la del paciente, obligándolo a reflexionar con cuáles pacientes puede

trabajar mejor, es decir, a cuáles les podría hacer un bien mayor y con cuáles trabajaría peor, a quienes les podría hacer poco o dañarlos (iatrogenia negativa; para diferenciarlo de la positiva que él ayuda a generar con la creación de la transferencia). Como dijimos, con la gestación de la transferencia, el terapeuta contribuye a crear un vínculo enfermizo con su paciente (tal como las vacunas, para producir un mal menor que genera anticuerpos y se resuelve en lo actual), que es lo que se trata de curar, y es por ello que si hay cura (o se puede hablar tímidamente de ella) la habrá por el encuentro operativo, en el vínculo terapeuta-paciente, de los núcleos psicóticos de ambos. Por ello se dice que lo que impide a un psicoterapeuta (que trabaja en un trabajo tan aparentemente insalubre como el psiquiátrico) enloquecer con su tarea, es que sus propios conflictos se van elaborando junto con los conflictos de sus pacientes. Si puede enfermarse, también es cierto que puede curarse trabajando.

La aceptación del psicoterapeuta de su propia psicopatología vincular, no sólo lo vuelve "persona" para relacionarse humanamente con sus pacientes, sino que permite a su vez que se oriente hacia una selección adecuada de los mismos, o a buscar los coterapeutas complementarios que le hacen falta para completar sus propias ausencias, criterios para la selección de pacientes y para formar equipos terapéuticos. Todo esto lo releva del duro papel de representar un personaje sano que lo tiene todo solucionado que es además tan ridículo como pesado. Para todo esto, aunque los seminarios y grupos de estudio sobre este tema le ayuden, nada mejor que el propio psicoterapeuta se someta a un tratamiento psicoterapéutico donde vaya tomando conciencia de sus núcleos psicóticos de base y sus defensas superestructurales.

Así plantado el psicoterapeuta deja de ser un mágico exorcista, un omnipotente deificado, para ejercer sólo una técnica con la que puede ayudar un poco a los demás y otro poco a sí mismo. Nada más que eso ni nada menos.

Esta nosografía vincular apunta, además, a definir la superficialidad o profundidad de una terapia.

De acuerdo a nuestro esquema serán profundas aquellas psicoterapias (cualquiera que sea su inspiración), que apunten a la movilización y tratamiento de los núcleos psicóticos básicos de la personalidad y serán superficiales aquellas que sólo se detengan a trabajar con las superestructuras defensivas como si fueran verdaderas estructuras primordiales.

Con esto quiero decir concretamente que un terapeuta que trabaja intentando desmontar una defensa fóbica, por ejemplo, creyendo que está haciendo con ello lo fundamental de la curación y sin tener en cuenta el núcleo psicótico esquizofrénico que da origen a las defensas fóbicas, es decir pensando que la fobia es en sí mismo el total del problema, está realizando una psicoterapia superficial o sintomática que, en el mejor de los casos, puede servir por algún tiempo pero que a la corta o a la larga exigirá un tratamiento más profundo y de base.

Como para el resto de las relaciones humanas (y la psicoterapia es una forma de ellas) no creo que la profundidad esté dada por la cantidad de sesiones, ni por la duración en años, ni por la técnica de la relación, sino por la posibilidad de lograr un nivel de comunicación que comprometa lo esencial de un ser y de otro (vínculo terapéutico), lo que

en el esquema que proponemos está representado por el trabajo realizado sobre los núcleos psicóticos de base de la personalidad.

Otro aspecto a señalar es la posibilidad de que este esquema pueda dar al psicoterapeuta, para comprender y evaluar correctamente, los juegos de regresión y progresión que se dan en la actividad de la psicoterapia.

Es corriente que el psicoterapeuta que se inicie, se encuentre sometido a una presión contradictoria.. por una parte debe y quiere producir movilizaciones regresivas en la relación con sus pacientes, de tal manera que se vuelva posible la movilidad de los estereotipos de conducta, estancados en las defensas actuales. Por otra parte teme que esta regresión aparezca y se torne algo inmanejable y sea sentida como un empeoramiento o como 'metedura de pata', es decir una equivocación suya. Es frecuente su temor expresado en la frase: "¿Y si se me psicotiza el paciente?"

Por ello, creo que el que un terapeuta opere con un esquema de referencia que le permita tener una hipótesis de hacia dónde o hacia qué tipo de psicosis se daría la regresión en el paciente (o en sí mismo) y, por tanto, hacia dónde podrían dirigirse las progresiones del mismo, lo llevaría a actuar con mucha menor oscuridad en el derrotero del camino terapéutico.

No podemos, como decía Freud, invocar a los fantasmas y cuando estos llegan salir corriendo. Y son distintas las precauciones a tomar cuando se piensa que el efecto de una movilización será un delirio persecutorio que cuando se piensa que será un intento de suicidio.

Es aquí donde la comprensión de que existe una progresión concatenada entre estructura psicótica de base y superestructuras neuróticas y psicopáticas defensivas, se torna más operativa.

Finalmente, el aporte de la psicopatología vincular para la evaluación de la terapia.

Siendo, como sabemos, tan relativos los conceptos de salud y de curación, siempre en revisión de acuerdo a la ideología, la época y los lugares de investigación, yo me manejo con el esquema de nosografía descrito, dando dos formas de mensurar las posibilidades de cambio del paciente, visualizada como dije, en sus vínculos terapéuticos y extraterapéuticos, a saber:

1) La posibilidad de encontrar movilidad en la expresión de los núcleos de base. Movilidad del predominio, es decir, alternancia según épocas o ámbitos distintos de tal manera que un sujeto pueda tener un predominio alternativo de otros núcleos.

Es decir, ser de predominio esquizofrénico de base, por ejemplo, pero ser capaz de tornarse melancólico o confuso, según épocas u ocasiones. Esto lo considero "saludable".

2) Tener el mismo núcleo de predominio, a lo largo de épocas y situaciones, pero poseer movilidad alternativa de las superestructuras neuróticas y psicopáticas que le corresponden. Es decir, tener un núcleo melancólico de predominio constante e invariable, por ejemplo, pero ser capaz de manejarse con defensas alternativas en distintas áreas (1, 2 y 3) sin oxidarse, sin estancarse en una sola de ellas. Desde este

punto de vista sería más saludable quien pudiera optar por un más rico y variado sistema defensivo, para defenderse de las mismas situaciones (teoría del aprendizaje). Desde este punto de vista, un melancólico que cuente con defensas obsesivas, histéricas y caracteropáticas flexibles está mejor que uno que sólo dispone de las obsesivas exclusivamente.

Y todo esto consiste, más o menos, en las dos visiones que suele tenerse en general de alguien a quien uno no ha visto en mucho tiempo y nos da la impresión de que tiene más salud mental. Decimos que "está cambiado, que es otra persona" o "que es el de siempre, sólo que mucho más maduro y que se relaciona mejor".

(Publicado por primera vez en Revista Clínica y Análisis Grupal Nº 4, Madrid, España, 1977)
