



Trastornos graves de la personalidad en el contexto social¹

Neil Altman²

New York, USA

En este trabajo, considero el diagnóstico de pacientes con trastorno grave en el contexto de las psicologías de dos y tres personas. Sugiero que el enfoque del diagnóstico tradicional, desde la psicología de una persona, el modelo médico o la perspectiva clásica psicoanalítica, deja imposible de comprender al paciente con trastorno grave. Por consiguiente, el paciente queda excesivamente patologizado. Las perspectivas de dos y tres personas nos permiten dar un sentido a la fenomenología y al comportamiento de estos pacientes diagnosticados con trastorno grave.

Palabras clave: Personas con trastorno mental grave, Psicologías de una, dos y tres personas, trauma, transmisión transgeneracional, conocimiento impensable.

In this paper, I consider the diagnosis of severe disturbed patients in the context of two and three-person psychologies. I suggest that a traditional diagnostic approach, from a one-person, medical model or classical psychoanalytic perspective, renders the severely disturbed patient incomprehensible. Thus the patient is overly pathologized. Two and three person perspectives help to make sense of the phenomenology and behaviour of patients who are diagnosed with severe disturbance.

Key Words: Severely disturbed people, one, two and three person Psychologies, trauma, transgenerational transmission, unthought known.

English Title: Severe personality disorders in social context.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Altman, N. (2014). Trastornos graves de la personalidad en el contexto social. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (1): 144-159. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

Introducción

La Psicoterapia Psicoanalítica en pacientes con trastorno mental grave plantea la pregunta sobre la relación entre las psicologías de una, dos y tres personas. La pregunta sobre la relación entre lo interior, siendo esto, el mundo intrapsíquico de la fantasía, y el mundo externo de las relaciones interpersonales, el contexto social y el marco histórico, es la pregunta de cómo inter-relacionan las psicologías de una, dos y tres personas. Otros aspectos son planteados por medio de categorías diagnósticas como “trastorno grave”. Por un lado, un diagnóstico o un sistema de diagnósticos parecen hacer referencia al individuo aislado, es decir, al factor de una persona. En cambio, los diagnósticos siempre hacen referencia a la interacción entre el diagnosticador, quien emplea el término, el marco social e histórico de las categorías de diagnóstico utilizadas, el uso que se pretende dar a los diagnósticos, las implicaciones de tratamiento y, más ampliamente, el sistema de significados que constituyen la noción misma de diagnóstico y la categorización de los seres humanos.

En este trabajo quiero sugerir que para las psicosis y los trastornos graves de personalidad, ambas bajo la categoría de trastornos mentales graves, la perspectiva de una persona deja a los síntomas, y de hecho a las personas mismas, incomprensibles y/o inaceptables. Las personas psicóticas y con trastornos graves de personalidad producen ansiedad en los otros, una intensa ansiedad; entre el paciente y las personas que le rodean, incluidos aquellos que están encargados del diagnóstico y del tratamiento, hay una fuerte tendencia hacia el distanciamiento defensivo y la desidentificación. La perspectiva de una persona, tanto si toma la forma del modelo médico tradicional, el modelo psicoanalítico tradicional o el modelo cognitivo-conductual, aporta una polaridad doctor-paciente, un yo-tú que con gran facilidad puede servir a la función defensiva. La perspectiva de dos personas nos permite tener en cuenta tales operaciones defensivas de los clínicos y otras personas del entorno; la perspectiva de tres personas permite prestar atención a los mecanismos de las funciones de control social que aparecen cuando las personas se salen de la normalidad, así como la transmisión transgeneracional del trauma que puede aparecer bajo manifestaciones encriptadas en el comportamiento de un individuo especialmente vulnerable o receptivo. De este modo, la mayor inclusividad que proponen las perspectivas de dos y, especialmente, de tres personas contienen de manera inherente la corrección aquellas personas utilizadas como cabezas de turco y de individuos patologizados.

Los individuos psicóticos y las personas con trastorno de personalidad, incluyendo también aquellos con trastornos afectivos son en cierta medida diferentes con respecto a las dinámicas que estoy describiendo. Aunque efectivamente, no encontramos unos límites claros entre estas categorías diagnósticas, sí podemos decir que los trastornos de personalidad, especialmente el trastorno límite de personalidad, y los trastornos afectivos son trastornos de

la regulación del afecto. Pero, desde las perspectivas de dos y tres personas, ¿cómo decidimos que nivel o patrón de la regulación afectiva se encuentra alterado? Por supuesto, debemos siempre considerar el sufrimiento de aquellos individuos que puedan ser prisioneros de su propia reactividad y emociones. Tomando una visión externa, hay normas culturales que influyen en aquello que es percibido como normal o anormal con respecto a la expresión emocional; asimismo el entorno interpersonal próximo ejerce una fuerte influencia. Nada es más probable para enfadar a una persona que su pareja refiriéndose a un estado afectivo de esta primera como desregulado. Por supuesto, una persona de temperamento fuertemente emocional o volátil es más previsible que suscite en otras personas maniobras de distanciamiento, en comparación a una persona de temperamento menos reactivo; distanciamiento que, si bien ya he comentado, provoca mayor reactividad. En definitiva, un proceso que hace evolucionar y fortalece la volatilidad de una persona y el distanciamiento de otra. Sobre esto, nosotros como terapeutas también sabemos que nada es más calmante para una persona desregulada que el acercamiento, aceptación e interés hacia sus sentimientos. Sobre otros trastornos de la personalidad, tales como las personalidades obsesivas-compulsivas e histriónicas son categorizadas como tal no por determinar desregulación *per se*, sino por síntomas que probablemente contribuyen a las funciones de regulación del afecto.

Haciendo uso de los trabajos de Davoine y Gaudilliere, Abraham y Torok, mi intención es la de sugerir que las personas psicóticas, especialmente aquellos que presentan síntomas extraños o bizarros, pueden portar el legado de un trauma de guerra, esclavitud, terrorismo o genocidio, que ha sido transportado a través de generaciones. Tal y como estos autores han propuesto y documentado, aparentemente los síntomas bizarros pueden, en algunos momentos, ser descifrados en modos que los hacen comprensibles en referencia a un momento histórico específico y/o a un trauma familiar. Tal y como Davoine y Gaudilliere señalan, la siguiente generación tras un trauma, como puede ser una guerra o un genocidio, en muchas ocasiones olvida o nunca piensa acerca de lo que ocurrió. De hecho, los sucesos en cuestión son literalmente impensables. Tomando algo más de distancia, tal trauma evoca vergüenza y culpabilidad, no pensar ni recordar puede entonces servir a las funciones defensivas ordinarias en aquellas personas pueden eliminar lo impensable de estos sucesos. Pero el trauma no desaparecerá, buscará su expresión de algún modo, según el trabajo de Davoine y Gaudilliere, pueden aparecer de formas bizarras en aquellos individuos especialmente vulnerables o receptivos. Entonces, esta persona probablemente será aislada y patologizada debido al interés de mantener el equilibrio de la sociedad, así pues desde este punto de vista, no hay evaluación de síntomas psicóticos válida si ella no incluye la amplia historia familiar en su contexto histórico.

Las consideraciones desde la perspectiva de una persona ciertamente tienen un lugar

dentro de las psicologías de dos y tres personas. Esto no significa que no haya trastornos que tengan que ver con el funcionamiento de los individuos, lo que aquí estoy sugiriendo es que el significado de la sintomatología y de los patrones de personalidad sólo puede ser entendido cuando los contextos inter-personal e histórico son tomados en cuenta.

Modelos teóricos y la defensa psíquica

De lo que acabo de decir hasta el momento se deduce que aparte del modo en el cual las consideraciones de la persona son incluidas dentro de una perspectiva integral, dar un énfasis excesivo o una importancia exclusiva a las consideraciones de una persona, puede servir a funciones defensivas del diagnosticador o terapeuta. Personas psicóticas pueden llevar consigo eventos impensables a través de generaciones, así como personas con trastornos de la personalidad pueden portar un sentimiento perturbador y espantoso del que otras personas quisieran renegar, estas personas con trastornos graves llevan y provocan ansiedad que es rehuida por las personas de su entorno. Las perspectivas de una persona les llevan a la escisión entre yo-tú y les conducen al rechazo, cumpliéndose de este modo las funciones defensivas. La ansiedad perturbadora, los sentimientos perturbadores y los efectos tras un trauma son aislados y alejados junto con las personas que los portan y experimentan.

En los procesos que acabo de describir tiene lugar la convergencia de la posición teórica con las operaciones de defensa psicótica. Cuando esta posición teórica no es contemplada de ninguna manera como una elección, sino como un reflejo de cómo son las cosas, o cuando la posición teórica no se considerada una elección personal, entonces las funciones psicóticas presentadas quedan ocultas. En muchas ocasiones, la naturaleza subjetiva del posicionamiento teórico al modelo médico, psicoanalítico tradicional o cognitivo-conductual no queda evidente en el modo en que han sido desplegados. La complejidad aquí está en que los enfoques de una persona reflejan estrictamente aspectos de la realidad, y se les debe dar la importancia que poseen dentro de los modelos de dos y tres personas. Un énfasis en los factores de los modelos de una persona, tanto los fisiológicos, los intrapsíquicos o los relacionados con las conductas aprendidas y modificables, no implica necesariamente una cosificación defensiva de los pacientes, pero los problemas aparecen cuando se excluyen los factores de los modelos de dos y tres personas.

Parece entonces un asunto sencillo otorgar a los factores de dos y tres personas la importancia que merecen, en cambio, el problema para nosotros como psicoanalistas es que muchos de nuestros colegas no entienden tales factores como esencialmente psicoanalíticos. Uno puede escuchar algo como esto: “por supuesto que el campo interpersonal existe, pero de eso se encarga la sociología”, o “claro que hay un contexto histórico, pero eso es historia del

mundo, no psicoanálisis”. Cuando tomamos tal posición podemos incluso estar a favor de la colaboración interdisciplinaria, pero cuando estamos con nuestros pacientes, como psicoanalistas, el modo que tengamos de definir nuestro campo de trabajo en relación al mundo interno del paciente construye una identificación proyectiva en nuestra postura. El esfuerzo de ser plenamente psicoanalíticos, en el sentido de estar abiertos a la vigilancia de nuestra propia resistencia y evitación de la ansiedad, nos conduce nuevamente a la inclusión de los contextos de dos y tres personas dentro del modelo que nos guía. Poner el foco, de manera exclusiva, en la perspectiva de una persona como el dominio del psicoanálisis anula a éste por completo. No hay psicoanálisis que no incluya los campos de estudio de dos y tres personas como aspectos de indagación.

La práctica médica puede orientarse al campo de estudio de una persona como su dominio en su propio detrimento como práctica terapéutica, pero quizás sin las mismas contradicciones internas. En cambio cuando el psicoanálisis se alía con el modelo médico definido en las últimas líneas, incorpora entonces la función defensiva. El psicoanálisis debe dirigirse hacia un modelo médico de dos o tres personas, o renunciar a la exclusividad del modelo médico de una persona.

Interacción de los modelos de una, dos y tres personas

Parece relativamente sencillo decir que las psicologías de una y dos personas poseen cada una su lugar y se complementan entre sí. Sin embargo, si analizamos ambas perspectivas seriamente, cada una modifica a su vez a la otra por lo que uno se enfrenta de manera simultánea a perspectivas diferentes que le llevan a una gran confusión. Siendo más específico: uno puede hablar acerca del mundo del yo y las relaciones objetales que cada uno lleva consigo en cualquier particular contexto interpersonal, sin embargo, el paradigma acerca del yo y el otro, bajo la perspectiva de la psicología de dos personas, es activado por la influencia del contexto interpersonal. A su vez, uno nunca entra dos veces en el mismo paradigma yo-otro. Pero, esperen, ya que esto aún es más complicado. El contexto interpersonal está moldeado por el modelo pre-existente de las relaciones yo-objeto que cada persona lleva consigo, tampoco ninguna persona se encuentra dos veces en el mismo contexto interpersonal. Por ello, el marco de una persona siempre lleva la huella del marco interpersonal pasado y presente, a la vez que el marco interpersonal se carga de la huella de los mundos internos pasados y presentes de aquellas personas que se encuentran envueltas en tal marco. Lo intrapsíquico da forma a lo interpersonal, mientras que a su vez lo interpersonal da forma a lo intrapsíquico. Estamos verdaderamente frente a un asunto de qué fue primero, de huevos y gallinas.

El tema se vuelve aún más complicado cuando entra en consideración lo que yo llamaría el “tercero” social, esto es, las influencias culturales e históricas que modulan a los individuos y las relaciones entre ellos. La geometría tradicional fracasa cuando uno trata de imaginarse en tres dimensiones las interacciones que se constituyen y dan forma mutuamente entre los siguientes tres ámbitos diferenciados: el intrapsíquico, el interpersonal y el amplio terreno social e histórico.

Considerando esto, ¿en qué posición nos situamos al tratar términos como “trastorno grave”? La forma más sencilla es pensar en una “trastorno” o “enfermedad” como algo que se encuentra dentro del individuo. Desde este punto de vista centrado únicamente en el ámbito de una persona, se podría apuntar hacia un mal funcionamiento dentro del cuerpo/mente en sí mismo, considerarse como un patrón defectuoso de aprendizaje de las estructuras cuerpo/mente, o podría observarse como una internalización errónea (situada por ello dentro de la estructura intra-personal) de las configuraciones de relación del yo con los otros.

Situándonos en una perspectiva de los aspectos de dos personas, se podría apuntar que la interacción entre la persona y las personas del entorno (incluyendo al diagnosticador) organiza el comportamiento, cognición o el afecto de esta primera de un modo que parezca que está gravemente trastornada. En cualquier caso, es importante tener en cuenta que la psicología de dos personas incluye a dos personas, por lo que se da una interacción entre estas dos personas, teniendo en cuenta que ambas poseen cuerpo, mente, afectos, etc. que influyen a la otra. Desde este punto de vista, se podría hablar de biología de dos personas por ejemplo, tal y como Adrienne Harris⁵ hizo, según la cual el afecto puede ser considerado como contagioso o compartido.

Considerando la visión que nos aporta la psicología de tres personas, se podría considerar el modo en que normalidad y patología, así como, funcionalidad y disfuncionalidad son definidos dentro de un particular contexto social. Foucault, por ejemplo, señaló cómo algunos particulares acuerdos de poder organizan el modo en que la enfermedad, incluyendo la enfermedad mental, la criminalidad y muchos otros conceptos, son definidos. Se puede observar el funcionamiento que cumplen los sistemas de valores en la definición de lo que es normalidad y patología, esto se plasma en los movimientos de vaivén alrededor de la “normalidad” o “patología” de la homosexualidad, “trastorno de identidad de género”, o en el modo en el que las resistencias de Dora, paciente de Freud, hacia las proposiciones de carácter sexual de Herr K fueron consideradas y tratadas de patológicas. La organización de las teorías actuales dentro de psiquiatría, psicología y psicoanálisis refleja un amplio sistema de valores culturales e influye en lo que es considerado normal y patológico. En nuestra actual economía, una persona no llegará muy lejos si no sabe leer, mientras que en una economía agrícola tradicional no se da el mismo valor decisivo a la lectura. De ahí que se entienda la “dislexia”

como una disfunción, o incluso como una enfermedad. De igual manera que, cuando se da una bonificación por permanecer sentado y en silencio en una clase llena de personas, un determinado patrón de despliegue de la atención puede convertirse en una enfermedad, es el caso del “trastorno por déficit de la atención”. Los valores culturales respecto a la expresividad influyen en aquello que es considerado como una correcta regulación afectiva, por tanto también deciden quiénes pueden ser diagnosticados como histriónicos, obsesivos o límite. Esto no quiere decir que no exista correlación biológica o relación con el aprendizaje en algunos particulares modos de ser sensible, ni tampoco que un particular contexto interpersonal no influya en los patrones de la expresividad afectiva.

Cabe destacar, otra vez, que las psicologías de tres personas engloban a las psicologías de una y dos personas, del mismo modo que las psicologías de dos personas incluyen a las de una persona. Por ello cuanto más grande sea el número de personas incluidas, más amplio será el alcance de la perspectiva. De esta manera, los enfoques de tres personas son preferibles, pero dentro de la psicología de tres personas, las perspectivas de una, dos y tres personas se encuentran a un mismo nivel de prioridad. A un nivel más alto de abstracción, las distinciones entre las diferentes perspectivas son arbitrarias, ya que cada una de ellas es transformada teniendo presente las otras.

Resumiendo lo comentado hasta el momento, sugiero que el énfasis sólo en una cara de los aspectos, esto es dentro de los factores de una persona, pueden ayudar al rechazo defensivo de la ansiedad, al afecto perturbado y a los efectos continuos del trauma. Una simple manifestación de estos procesos puede conllevar el aislamiento y cosificación de las personas que son entonces diagnosticadas, de una manera u otra, con un trastorno grave. Por tanto, el proceso diagnóstico en sí mismo se encuentra incorporado dentro del modelo teórico que inevitablemente le coloca en relación con factores de una, dos y tres personas, y que a su vez sitúa a cada uno de estos factores en relación con los otros.

Integrando los modelos de una, dos y tres personas: mis experiencias en Estados Unidos

Ahora conviene analizar algunos esfuerzos para conseguir integrar el mundo interno y el externo, situando el proceso psicoanalítico en los contextos de dos y tres personas. Comenzaré por explicar el trabajo psicoanalítico que realicé en varias clínicas públicas de estados Unidos.

Al reflexionar sobre el significado de la falta a las citas que se daba en un centro ambulatorio al sur del Bronx, donde trabajaba en ese momento, fue cuando pensé acerca de las ideas de Fairbairn sobre la organización de la transferencia en base a objetos necesitados o rechazados, yoes libidinosos y anti-libidinosos. Los objetos necesitados prometían el

suministro, mientras que los objetos rechazados fracasaban en tal suministro. Los yoes libidinosos experimentan deseo, los yoes anti-libidinosos odian el deseo y el *Self* que los desea. En aquel momento, entendí la posibilidad de que en las situaciones en que un paciente faltaba a una cita sin avisar, dicho paciente pasaba a ser al menos potencialmente, objeto necesitado y a la vez objeto rechazado para el terapeuta. El paciente promete aparecer, pero no lo hace. De este modo, el terapeuta desea que el paciente acuda a la cita, entonces, odiándose a sí mismo por desear un objeto inasequible actúa defensivamente negando el deseo, denigrando y rechazando al paciente quizás por medio de un proceso diagnóstico que le categorice de “inanalizable”, con “yo deficiente”, “falta de constancia de objeto”, “falta de tolerancia a la ansiedad” o de “necesidades primarias concretas”.

Al mismo tiempo, se me ocurrió pensar que el sector público actuaba y actúa de algún modo como un objeto necesitado y también rechazado para los propios pacientes. En aquel momento, había un sistema de asistencia social en los pagos para personas indigentes y sus familias, de este sistema dependía la subsistencia de muchas personas del sur del Bronx. En aquella época y en la actualidad, había un seguro social por discapacidad, asistencia de alimentos, ayudas para el alquiler y para gastos médicos. En pocas palabras, el sector público prometía. Y, de hecho, entonces y ahora el sector público fallaba en el suministro. Los solicitantes para estas asistencias y ayudas muy a menudo se encontraban con una anti-dependencia (anti-libidinoso, en términos de Fairbairn) que aparecía sesgada en la cultura norteamericana dando forma a empleados hostiles y con exceso de trabajo. Los propios empleados de los sistemas de ayudas públicas recibieron indicaciones de rechazar, siempre que fuera posible, las solicitudes de demandantes de las ayudas. Los beneficiados fueron agobiados con procedimientos farragosos para conseguir la recertificación de su idoneidad a los requisitos. Podemos decir entonces que el sector público encajaba bien con el esquema de Fairbairn. En muchas ocasiones pensé que nuestros pacientes se dirigían a la clínica de salud mental con una organizada transferencia institucional de forma paralela a cómo está organizado el mundo intrapsíquico según las descripciones de Fairbairn. Entonces, sin duda, la transferencia o contratransferencia del terapeuta estaría ordenada también en esta citada dicotomía entre lo necesitado/rechazado. En mi caso, me sentí abandonado en algunos momentos cuando los pacientes no acudían a las sesiones, mientras que en otros agradecí una pausa a la ansiedad y frustración que genera el trabajo. Esto supone, en otras palabras, que los pacientes que faltaban a las visitas actuaban para mí como objetos necesitados y rechazados; ya que ellos me rechazaban en algunas ocasiones y en otras los rechazaba yo a ellos.

La tradicional interpretación que desde la perspectiva de la psicología de una persona se ofrecía a estas faltas a las sesiones, se centró en el déficit de los pacientes, la inadecuación del paciente a un trabajo “orientado al *insight*”. En cambio, desde la perspectiva inspirada en las

relaciones objetales de Fairbairn, la reacción del diagnóstico era una muestra de la contratransferencia de objeto necesitado/rechazado.

Puede observarse el modo en que la transferencia del paciente, la contratransferencia del analista, la interacción de los aspectos de dos personas y la interacción con las amplias estructuras socio-económicas se superponen dando forma a esta reflexión. La falta de consideración de este amplio sistema de factores puede hacer que el paciente sea excesivamente e innecesariamente patologizado, incluso cuando el propósito es interaccionar e intervenir en la vida individual. Para actuar con justicia con las personas que trabajamos, tenemos que tener presente el amplio contexto social en el cual nuestro trabajo se encuentra necesariamente integrado. Lo interior y lo exterior son separados sólo a costa de una distorsión en nuestra visión de nuestros pacientes y de nosotros mismos.

Los ejemplos más terribles acerca de la transmisión transgeneracional del trauma en Estados Unidos se refieren al legado del genocidio de los nativos americanos y la esclavización de los afroamericanos. A continuación expongo un ejemplo de cómo cambie desde una perspectiva de una persona a una de dos y tres personas en el tratamiento de una niña afroamericana. Este caso fue previamente presentado en Altman (1994).

Taisha era una niña de 8 años de edad que no quería ir a la escuela, vivía con su abuela materna, Mary, en un barrio de clase media baja del Bronx. Su madre y su padre estaban en paradero desconocido, ambos eran consumidores de drogas. La tía abuela materna de Taisha vivía cerca de su casa; cumplía los criterios diagnósticos de “trastorno de personalidad paranoide”, en el sentido de que presentaba delirios paranoides estables y organizados sin una desorganización psicótica, por ejemplo, mantenía la idea de que le habían instalado dispositivos de escucha en las paredes de su casa. Por otro lado, el tío materno, hermano de su madre, era alcohólico crónico y estaba la mayor parte del tiempo ausente y fuera del hogar. Esporádicamente aparecía en la casa a media noche y demandaba, borracho, que su hermana le prestara atención.

Tras un breve periodo de terapia, Taisha pudo ser capaz de regresar a la escuela siguiendo mi propuesta de que fuera su tía abuela, en lugar de su abuela, quien la acompañara. Desde una perspectiva de una persona el trabajo quizás estaba hecho.

Durante el desarrollo de un estudio más amplio de la historia de los síntomas del caso, pude descubrir que el rechazo a acudir al colegio había comenzado tras un incidente con el tío materno, él había entrado en la casa y había tenido una confrontación física con su madre, abuela de Taisha, esto había sido presuntamente presenciado o escuchado por Taisha. Llegué a la idea de que Taisha había tratado de tranquilizarse a sí misma acerca de la seguridad de su

abuela, y trataba por ello de vigilarla estando en casa.

Teniendo en cuenta esta hipótesis, recomendé a Mary poner límites a su hijo, y no permitirle entrar en el apartamento cuando él estuviera borracho y se mostrara ofensivo. La abuela estuvo de acuerdo e intentó llevarlo a cabo, pero después de un periodo de tiempo corto, volvió a permitirle la entrada tal y como había hecho hasta el momento. Me sentí impacientado cuando discutí el suceso con Mary y quedé sorprendido cuando ella me dijo las siguientes palabras: “pero él es mi hijo. No puedo dejar que duerma en la calle cuando está borracho”. Sugerí en aquel momento a Mary que le invitara a una sesión con nosotros; ella, él y yo. Ella comentó que nunca le veía excepto en estos encuentros a media noche. El encuentro nunca tuvo lugar. Por otro lado, la terapia individual con Taisha continuó productivamente por algún tiempo, en tanto que nos centramos por medio de terapia de juego en los miedos que ella tenía a ser agredida y a la vulnerabilidad que mostraba su abuela.

Quisiera centrar aquí el foco de atención en cómo mi perspectiva cambió tras oír las palabras de Mary sobre su hijo. Mary era una mujer dulce y de voz cálida, que en general no ponía límites con firmeza. Cuando sus hijos, la madre y el tío de Taisha, eran pequeños ella pasaba muchas horas trabajando como empleada doméstica mal remunerada para familias de barrios adinerados de Manhattan. Ella tuvo muy poco tiempo para sus hijos. Pensé en Mary como alguien que había sido algo parecido a una esclava, mal pagada, sin beneficios y sin una provisión de recursos para su vejez, la cual ya había llegado. Ella llevó a cabo todo esto porque no tenía otra opción, inclinando dócilmente su cabeza y haciendo lo que tenía que hacer para poder alimentar a su familia. Pero sus hijos recibieron y expresaron la rabia y la desesperación que circulaba a través de las generaciones. En este sentido, las ansiedades y miedos de Taisha reflejaban de forma precisa el sentimiento de la situación psicológica familiar. Pero la situación no tenía que ser transformada cerrándole la puerta al tío de Taisha, mi fantasía era que pudiera estar reflejada en mi propio deseo de dar un portazo a mi conciencia de la magnitud del dolor y el sufrimiento que había atravesado, y se había incorporado, en estas 3 generaciones de la familia de Taisha. Defensivamente, yo tuve la esperanza de que toda esta impensable situación transgeneracional fuera desterrada por medio del exilio de un hombre, una cabeza de turco. Fue Mary quien, gracias a sus palabras, me puso los puntos sobre las íes.

Teniendo en cuenta estas observaciones, cambié la actitud pragmática de solución de problemas hacia la situación familiar y asumí la modalidad trágica. Esto me llevó a dejar de centrarme en localizar el “problema” en Taisha, bajo términos del modelo médico, o en la abuela o el tío, dentro del sistema familiar. Abandoné así toda pretensión de ser capaz de resolver el problema, en cambio, fui capaz de resonar emocionalmente con Mary y Taisha, mientras aprendía de ellas.

Las consideraciones del modelos de dos personas en el trabajo de psicoanalistas norteamericanos

El trabajo de Philip Bromberg, Margaret Black y Jody Davies entre otros, sigue los pasos de la tradición de Sandor Ferenczi, clarificando cómo las dinámicas de dos personas están envueltas en los procesos de diagnóstico y tratamiento. Desde el punto de vista de Philip Bromberg, por ejemplo, los sentimientos del terapeuta y sus experiencias en los enactments con el paciente constituyen la entrada principal a la experiencia de éste. Cuando el analista se distancia del paciente, resaltándole dentro de categorías diagnósticas desde una perspectiva “objetiva”, puede perderse información importante que estaría disponible por medio de una inmersión más amplia en su experiencia. Para todos estos autores citados, los enactments constituyen calles de dos sentidos, sustentadas tanto por el analista tanto como por el paciente; poner el foco de un modo parcial sólo en la contribución del paciente distorsiona la propia naturaleza del proceso y niega al analista cualquier punto de acceso al inconsciente del paciente.

Bromberg escribe con respecto a los enactments: “se puede decir que el analista se encuentra inmerso, al menos durante un tiempo, en un proceso disociativo de sí mismo que está a su vez conectado con el paciente y que objetiviza a éste no menos de lo que el paciente también objetiviza al terapeuta. Es debido a la ausencia de intersubjetividad durante el enactment, que el analista delimite el suceso como algo que ocurre dentro del paciente. Más tarde el analista “despierta” y siente que algo está ocurriendo entre él y su paciente (una experiencia “aquí y ahora”) en vez de seguir creyendo que el fenómeno se encuentra únicamente dentro de su paciente, quién “está haciendo lo mismo otra vez”. (2006, p.34). De este modo Bromberg reformula el proceso diagnóstico como, a menudo, un enactment disociativo entre dos personas.

La transmisión transgeneracional de un trauma de guerra

Davoine y Gaudlliere (2004), basándose en el trabajo de Abraham y Torok (1994), proponen una perspectiva sobre el modo en que lo interior y lo exterior se reflejan mutuamente en aquellas personas que han crecido con experiencias de guerra en Europa. Abraham y Torok sugieren que los traumas de generaciones previas pueden atormentar a las siguientes generaciones en forma de fantasmas psíquicos. Aquellos traumas que no pueden ser reconocidos, simbolizados y puestos en palabras pasan a ser enterrados en una pequeña parte apartada dentro de la psique, quedando su expresión encriptada en forma de código secreto.

Entre padres e hijos son transmitidos estos mensajes encriptados, de modo que la psique de los hijos llega a contener los fantasmas de las generaciones anteriores. Tal y como observan Loewald, Abraham y Torok, es en el proceso analítico dentro del cual los fantasmas son llamados a aparecer y a ser vividos dentro de la relación analítica, teniendo entonces su oportunidad de ser oídos y tomados en cuenta, dándoles así una digna sepultura. Abraham y Torok no se centran especialmente en la transmisión transgeneracional del trauma social, relacionado con episodios de guerra. Por su parte, sus ejemplos clínicos ponen en foco en el nivel familiar, pero sus análisis son también aplicables a los marcos sociales y pueden ser empleados para investigar sobre el modo en que la vida psíquica de las comunidades y los países puede organizarse debido a fantasmas heredados del pasado. La idea que acabo de comentar sobre los mensajes encriptados, es potencialmente útil para reflexionar los usuales mensajes enigmáticos que se reciben de los pacientes psicóticos.

Davoine y Gaudilliere comparten una serie de ideas, centradas especialmente en traumas relacionados con la guerra. Ellos declaran con respecto a las personas con trastorno grave lo siguiente: “el estudio de la locura siempre nos hace volver la vista atrás hacia el ámbito histórico y social del trauma” (p. 23) y “las formas en que se ven representadas las guerras pasadas en el individuo, se ven provocadas y aceleradas a aparecer en las sesiones apoyándose en la base de resonancias con la línea de descendencia y las relaciones históricas del terapeuta.” (p. 23). Es evidente que en aquellos lugares donde muchos analistas tengan en común sus “líneas de descendencia y relaciones históricas” como en Israel, la Europa de la postguerra y otros muchos lugares del mundo, todos los elementos están reunidos para que las sesiones puedan servir a modo de escenarios para representar traumas que no se han simbolizado y los cuales han ido pasando a través de las generaciones. “A veces, un ataque de locura aporta más información que todo el montón de información dada sobre los hechos a excluir que no tienen derecho a la existencia” (p. 23). Este escenario también está organizado por el terapeuta, quien a su vez puede poseer en su inconsciente similares, si no los mismos, residuos traumáticos y trata de acompañar al paciente en su proceso de traer el trauma al escenario social. “En el caso de la locura, ¿acaso no ha ocurrido siempre de puertas hacia dentro cuando los viejos e insensatos soldados, que continuaban relatando la misma historia, se encontraban con aquellas personas, niños o terapeutas, que no podían servirles de ayuda por medio de la escucha y los cuales, de diversas maneras dependiendo del momento y del lugar, han tratado de comprender aquello que no se les ha transmitido por medio de palabras? (p. 28). Davoine y Gaudilliere informan de experiencias clínicas que parecen sugerir que aquellos traumas relacionados con sucesos de guerra negados y no simbolizados pasan a depositarse en el miembro más vulnerable y psicológicamente permeable de la familia. Esta persona, en quien reside el trauma de forma “encriptada” (Abraham y Torok), permite la

expresión del trauma, el “elemento beta” según Bion, en formas que parecen raras y misteriosas (Freud, 1919) para aquellos que han construido sus vidas alrededor de la exclusión y negación. En estas familias, aquellos cuyas emociones eran “alteradas y anestesiadas” (p.50) debido a la exclusión del trauma aparecen a menudo como “supernormales”. (Bollas emplearía la palabra “normaticos³”) “Esta grave distorsión caracteriza la trasmisión del trauma: una insensibilidad marca todo recuerdo de la catástrofe mientras una pseudo-normalidad reina en la familia. Únicamente uno de sus miembros persiste en señalar que algo está mal, que hay una historia de vínculos sociales devastados pero que su expresión está en peligro de extinción. Si se deciden a ir a un terapeuta, estos descendientes pueden manifestar una vergüenza omnipotente, una gran desgracia, una radical injusticia y una tristeza general, siendo todo ello señales de una inminente catástrofe que no pueden ni nombrar ni disipar. Durante algún tiempo el diagnóstico inicial de depresión prevalece y se prescriben anti-depresivos. Recetados de por vida, aumentará en las personas la aparición periódica de “shocks”, que serán minimizados bajo las siglas de “ECT” y serán ordenador para el “alivio sintomático”. En el presente, algunos pacientes se muestran distantes en un primer momento de la sesión, como zombies con la mirada fija, con voz siniestra y aspecto apagado o marcado por una falsa sonrisa, lo cual coincide con el resto de su aspecto”. (p. 50-51)

Davoine (2007) cree que los “dobles⁴” (Artaud, 1938) a menudo llevan consigo el misterioso impensable conocimiento de una experiencia traumática. Ella considera que dentro del análisis se activa también un “doble”, que facilitando la representación de una experiencia no simbolizada hasta el momento, permite hacer frente a una correcta sepultura de los fantasmas (Loewald) consiguiendo así avanzar y seguir adelante.

En el caso que presenta Davoine, una mujer, a quien recientemente han dado de alta en un hospital psiquiátrico, aparece en un primer momento con una insólita palidez, poco después vuelve a tener color en sus mejillas y, por último, se convierte en una anciana demacrada. Al mismo tiempo, Davoine tiene un sueño que le permite conectar con su propio “conocimiento impensable”; su madre, embarazada de Davoine, fue encarcelada por los Nazis tras haber sido pillada llevando mensajes al bando enemigo, a través de la frontera germano-francesa. Davoine había vivido esta experiencia prenatal mucho antes de obtener la capacidad para simbolizar. El conocimiento impensable de la paciente con la que trabajaba Davoine era el de su madre, quien había sido prisionera en Auschwitz. El recuerdo que la paciente tenía de cuando su madre volvió a casa, siendo ella aún una niña, nunca había sido hablado con la familia y por ello nunca pudo ser puesto en palabras, pero sí había estado presente como una imagen que necesitaba ser representada dramáticamente, de manera tal y como se hace en el teatro.

De un modo más global, Davoine y Gaudilliere sostienen que aquellas personas con

“trastorno grave” captan el negado y rechazado trauma y otras experiencias. El proceso consiste en que el paciente menciona alguna impresión que desencadena “una falsa respuesta o en un incómodo silencio”. El paciente, sometido a estas respuestas de manera reiterada “le lleva a la inexistencia de tales aspectos. Así pues, él mismo se lleva a su propio exilio, quedando en silencio y volviéndose loco” (p. 70). Este proceso, el cual incluye lo que Davoine y Gaudilliere llaman “impresiones eliminadas” (p.64) puede ocurrir también entre el analista y el paciente, siendo el trabajo del analista el de proveer de realidad a aquello que el paciente pudiera percibir. Este proceso puede requerir de importante revelación personal por parte del analista, algo que desde una mirada analítica tradicional podría entenderse como “descargar los propios problemas en el paciente, ocurre todo lo contrario: lo que se lleva a cabo es la descarga de toda extraña y misteriosa impresión que el paciente pueda tener”. (p.64)

Por ejemplo, uno de los pacientes de Davoine, Henry, dijo a su terapeuta “estás apagada”. La analista mantuvo el silencio y finalmente dijo algo sobre el cansancio que se acumulaba al final de la semana. En la siguiente sesión Henry le dijo que quería finalizar la terapia. El acontecimiento impactó a la analista y le hizo reconsiderar su comentario sobre qué parecía “apagada” en la sesión anterior, entonces ella dijo “el viernes viste algo que yo no pude sentir cuando percibiste mi rostro ensombrecido. Aquella mañana había acudido al entierro de un amigo y esa misma tarde lo olvidé por completo. En cambio, tal olvido no fue prueba de mi indiferencia. Por el contrario, he estado conmocionada por el hecho de que él ha sido puesto bajo tierra sin la palabra de nadie, sin un entierro justo. Llegué con mi mente en blanco, vacía. Lo que pudiste ver en mi rostro fue el color de una impresión que no estaba tan reprimida como suprimida, por ello imposible de poner en palabras. Henry le miró con atención y volvió a sentarse. (p. 61-62).

Conclusiones

Todos los autores que han sido tratados en este trabajo nos plantean el reto de pensar sobre de qué manera las comunicaciones psicóticas, lejos de ser entendidas como “locuras” sin sentido o trastornadas, pueden ser vistas como portadoras de un significado profundo y específico. Estos autores nos llevan a pensar en las personas con trastorno grave, tanto “psicóticos” como pacientes “límite”, de forma que actúan transmitiendo información sobre experiencias que las personas “normales” no quieren pensar o que son, a decir verdad, impensables. La chocante y extraña característica que posee las comunicaciones de estas personas radica en su rechazo o incapacidad de huir del impensable trauma de guerra, de la tortura, el maltrato familiar o el abandono.

Estos autores también señalan la manera en que las comunicaciones de las personas con

trastorno grave no pueden ser recibidas y entendidas sin superar el concepto de la mente humana como independiente. Tenemos que pensar en el inmediato contexto diádico en el cual se lleva a cabo la comunicación y, también, en el amplio contexto en el que ocurre, teniendo en cuenta tanto las dimensiones sociales y temporales del mismo.

Todo aquello que no se quiere, o no se puede, pensar sobre generaciones pasadas puede convertirse en el significado oculto o secreto que caracteriza una psicosis. Aquí se vuelve a poner de manifiesto cómo pueden coincidir la necesidad defensiva de evitar lo impensable y un enfoque pobre y estrecho en lo intrapsíquico.

REFERENCIAS

- Abraham, N. & Torok, M. & Torok (1994). *The Shell and the Kernel: Renewals of Psychoanalysis*. Chicago: University of Chicago Press. p.2
- Altman, N. (2009). *The Analyst in the Inner City: Race, Class and Culture through a Psychoanalytic Lens*. New York and London: Routledge p. 7
- Artaud, A. (1958). *The Theater and its Double*. Tr: Mary Caroline Richards. New York: Grove Weidenfeld. (p. 11)
- Bion, W. R. (1988). Attacks on linking. In: E. Bott Spillius, (Ed.) *Melanie Klein Today* (Vol. 2 pp. 17-21) London: Routledge. p. 10.
- Black, M. J. (2003). Enactment: analytic musings on energy, language, and personal growth. *Psychoanalytic Dialogues* 13: 633-655. p. 9.
- Bollas, C. (1989). *Forces of Destiny: Psychoanalysis and Human Idiom*: London: Free Association Books. p.11.
- Bromberg, (2006). *Awakening the Dreamer: Clinical Journeys*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press. p. 9.
- Davies, J.M. (1999). Getting cold feet, defining “safe enough” borders: dissociation, multiplicity and integration in the analyst’s experience. *Psychoanalytic Quarterly* 68:184-208. p. 9.
- Davoine, F. (2007). The characters of madness in the talking cure. *Psychoanalytic Dialogues* 17(5) 627-638(p.11).
- Davoine, F. and Gaudilliere, M.-J. (2004). *History Beyond Trauma*. New York: Other Press. p. 2.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). Endopsychic structure considered in terms of object relationships. In: *Psychoanalytic Studies of the Personality*. (pp. 82-136) London: Routledge and Kegan Paul. P. 7.
- Freud, S. (1905). *Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria*, Standard Edition, Vol. VII, p. 64.p. 5.
- Harris, A. (2006). *Gender as Soft Assembly* Hillsdale, N.J.: The Analytic Press. p. 5.

Original recibido con fecha: 26-9-2013 Revisado: 21-10-2013 Aceptado para publicación: 28-2-2014

NOTAS

¹ Este trabajo fue presentado en el centro ambulatorio, Abarbanel, centro de Salud Mental, y en la Asociación “L’Chol Nefesh”, Bay Yam, Israel, 17 de Mayo de 2011. Traducción al castellano de Andrea Iturriaga Medrano.

² Psicólogo clínico, psicoanalista y escritor. Actualmente su consulta privada está situada en Nueva York, ciudad en la que obtuvo su título de Doctor en Psicología clínica (Universidad de Nueva York) así como donde realizó su programa postdoctoral de Psicoterapia Psicoanalítica (Universidad de Nueva York). Actualmente trabaja también como editor emérito y editor asociado para la revista *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*.

³ N. de T: Concepto de “normótico” de Bollas, proviene del original en inglés “normotic” dentro de toda su concepción de lo “normopático” o “normopathic”.

⁴ N. de T: Davoine emplea el concepto de “dobles” o “doubles” en inglés, termino sacado de uno de los ensayos más conocidos del escritor, director de teatro y actor francés Antonin Artaud, *Le théâtre et son doublé* (1958), en castellano *El teatro y su doble*. Es interesante hacer referencia a la filosofía de este autor, para quien la imaginación era la realidad, para Artaud los sueños, pensamientos e ideas delirantes no eran menos reales de lo que el mundo “exterior” es.