

ARTÍCULO-OBJETIVO

TARGET ARTICLE



Pasos para una psicopatología relacional

JUAN LUIS LINARES¹ Y JOSÉ A. SORIANO²

¹*Escola de Teràpia Familiar. Barcelona. España.*

²*Universitat de Barcelona. Barcelona. España.*

Resumen

La terapia familiar sistémica nunca se sintió cómoda con el diagnóstico psicopatológico, lo que la hizo descuidar la tarea de dotarlo de contenido relacional. Por otra parte, en los últimos tiempos abundan las críticas contra los sistemas clasificatorios de los trastornos mentales, procedentes de diversos campos de la psicología y la psiquiatría. Por todo ello, se hace más necesario el esfuerzo de investigar las bases relacionales de la psicopatología, con el fin de ofrecer una alternativa sólida al diagnóstico fundamentado en el modelo biomédico. El autor propone el concepto de 'metáfora guía', como referente de un diagnóstico inspirado en la complejidad relacional. La salud mental es el resultado de una correcta 'nutrición relacional', entendida como la vivencia subjetiva de ser complejamente amado. El 'amor complejo' es más que un fenómeno afectivo, pues incluye componentes cognitivos, emocionales y pragmáticos. Por tanto, un sujeto mentalmente sano deberá experimentar vivencias de ser objeto de pensamientos y sentimientos amorosos, así como de ser tratado amorosamente. El bloqueo o la interferencia de cualquiera de estos componentes redundará en un déficit de nutrición relacional, parcial y relativamente específico, que estará en la base de los distintos trastornos psicopatológicos. Se describen cuatro grandes universos psicopatológicos: las psicosis, las neurosis,

las depresiones y los trastornos de la vinculación social, que reúnen las correspondientes manifestaciones sintomáticas con los respectivos trastornos de personalidad, cuya separación diagnóstica en un nivel distinto no es aceptable. Y se establecen correlaciones entre las cuatro grandes agrupaciones diagnósticas y otras tantas disfuncionalidades relacionales que remiten a la familia de origen, donde la conyugalidad y parentalidad se combinan, generando tres modalidades básicas de maltrato psicológico: las triangulaciones, las deprivaciones y las caotizaciones. La definición de las bases relacionales de los trastornos psicopatológicos debe permitir avanzar en la fijación de criterios específicos para guiar la intervención terapéutica.

Palabras clave: *terapia familiar, sistémica, diagnóstico, psicopatología, metáfora guía*

Steps to a Relational Psychopathology

Abstract

Systemic family therapy was never comfortable with the way in which psychopathology was diagnosed, and as a result it failed to take on the task of giving it relational content. In recent years, various fields within psychology and psychiatry have also launched critiques of the systems used to classify mental disorders. Consequently, greater efforts now need to be made to investigate the relational bases of psychopathology so as to offer a sound alternative to diagnosis based on the biomedical model. The author proposes the concept of *guiding metaphor* as being the key to a diagnosis inspired by relational complexity. Mental health is the result of correct *relational nurturing*, a notion that implies the subjective experience of being loved in a complex way. *Complex love* is more

Dirigir toda correspondencia a: Juan Luis Linares. Escola de Teràpia Familiar. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Calle Polònia 2, 3º 1ª. 08024 Barcelona. España. Teléfono: 0034 677524488. www.etsantpau.com
Correo electrónico: eterapia@santpau.cat
RMIP 2013, vol. 5. núm. 2. pp. 119-146.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ©RMIP

than just an affective phenomenon that includes cognitive, emotional and pragmatic components. Therefore, a mentally healthy individual should have the experience not only of being the object of loving thoughts and feelings, but also of being treated in a loving way. Blocking or interfering with any of these components can lead to a partial and relatively specific deficit of relational nurturing, and such deficits underlie various forms of psychopathology. The paper describes four broad areas of psychopathology, namely psychosis, neurosis, depression and social attachment disorders, each with its corresponding set of symptoms and its respective personality disorders, which are inappropriately separated into different diagnostic levels. Correlations are also established between the four broad diagnostic groups and other relational dysfunctions linked to the family of origin, where the marital and parental functions combine to produce three basic kinds of psychological maltreatment: triangulation, deprivation and chaoticization, the establishment of chaotic relationships. Defining the relational bases of psychopathology should enable us to take steps towards the establishment of specific criteria that could guide therapeutic intervention.

Key words: *Systemic, family therapy, psychopathology, diagnosis, guiding metaphor*

1. INTRODUCCIÓN

La terapia familiar sistémica no ha sido muy proclive al diagnóstico, y, aún ahora, persisten fundadas reticencias frente a lo que es percibido como un proceso clasificatorio de la conducta desviada, facilitador del etiquetaje y de la marginación de los pacientes psiquiátricos. Bateson (1976) definió el diagnóstico psicopatológico como un proceso dormitivo, y con esa expresión vertió sobre este la más extrema descalificación de que era capaz un hombre como él, radical en los conceptos, pero moderado en las formas. Si la ‘teoría del doble vínculo’, en sus primeras formulaciones, pudo ser entendida como una aproximación etiológica a la esquizofrenia desde posiciones comunicacionistas, pronto hubo una renuncia explícita a tal empeño, haciéndose hincapié en su carácter circular, ajeno a cualquier intención causal.

La ‘antipsiquiatría’, en su versión de mayor radicalismo epistemológico (Laing, 1972), constituyó una de las fuentes de inspiración de la primera terapia familiar, a la que transmitió gran parte de su ambigüedad respecto del diagnóstico. La esquizofrenia existía, fundamentalmente, como pretexto para acusar a la familia y poner de manifiesto sus graves disfuncionalidades. Esa carga descalificadora estuvo en la base del sesgo que adquirieron algunos derroteros sistémicos, responsables del conflicto que opuso a la terapia familiar y a las asociaciones de familiares de enfermos mentales en Estados Unidos, que a punto estuvo de sacar a las psicosis del campo de la psiquiatría para integrarlas, como resultado de maniobras políticas exentas de cualquier reflexión científica, en la neurología.

En la actualidad, la terapia familiar sistémica ha continuado alejándose de la psicopatología, en gran parte por influencia de un postmodernismo que se siente más cómodo abordando problemáticas menos comprometidas y más sensibles a sus planteamientos blandos. Existen, desde luego, importantes excepciones que, sin embargo, no han bastado para modificar la tendencia a disminuir su influencia en el campo de la salud mental.

Pero sería injusto atribuir a la terapia familiar toda la responsabilidad de su divorcio con el diagnóstico psicopatológico. En los últimos tiempos, la psiquiatría ha conocido una radicalización biologicista, en gran parte debida a la influencia de la industria farmacéutica, que, acusando al reduccionismo positivista, la ha alejado de las sensibilidades psicoterapéuticas tributarias de la complejidad y, especialmente, de los planteamientos relacionales.

Mención especial requieren los esfuerzos de la *American Psychiatric Association* por actualizar y hacer más manejables los criterios diagnósticos. Concretamente, la separación de los síntomas psicopatológicos y la personalidad, en dos ejes diagnosticables separadamente, puede ser interpretada como una loable tentativa de

complejizar el resultado final, añadiendo matices que enriquezcan el proceso clasificatorio. La intención de los autores de los DSM y, en particular, de los de la cuarta edición, seguramente era buena. Sin embargo, las buenas intenciones no han podido evitar que el desastroso resultado sea la consagración de una dicotomía de la mente, en la cual síntomas y personalidad pueden ser diagnosticados independientemente y combinados entre sí de forma aleatoria. No solo no es necesario comprender nada de lo que ocurre en el psiquismo humano, sino que resulta prácticamente imposible hacerlo, puesto que, con tal concepción, los síntomas se convierten en hongos mentales que crecen sin apenas raíces. La medicación ve así legitimada plenamente su actuación sintomática, sin mayores interferencias de una fastidiosa personalidad subyacente que exija un discurso comprensivo conducente a la psicoterapia.

No es de extrañar que cunda el descontento con tales instrumentos diagnósticos, y que instituciones prestigiosas del campo de la salud mental se planteen su recusación. El *National Institute of Mental Health (NIMH)*, la agencia oficial norteamericana de investigación biomédica, considerada la institución que más invierte en investigación en salud mental mundialmente, ha anunciado que dejará de utilizar el DSM, y que incluso a partir de ahora, financiará preferentemente los proyectos que no se atengan a dicho sistema clasificatorio. También la Asociación Americana de Psicología, con el apoyo de más de 50 organizaciones de salud mental en todo el mundo, entre las cuales se cuenta el Consejo General de la Psicología de España, han expresado su rechazo de las categorías diagnósticas del DSM-V.

De mayor interés aún es la postura de la *British Psychological Society (BPS)*, que ha manifestado su oposición a la aplicación del modelo biomédico a los trastornos mentales, y cuya división de psicología clínica ha reclamado un cambio de paradigma que acabe definitivamente

con el modelo de ‘enfermedad y diagnóstico’ en salud mental. Según esta institución, los llamados diagnósticos funcionales (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, etc.) se pretenden descripciones objetivas cuando no son sino juicios clínicos basados en la observación y la interpretación de la conducta y del autoinforme (De Vicente y Berdullas, 2013). En consecuencia, toma posición a favor de la formulación psicológica frente al diagnóstico psiquiátrico y opta por elaborar un sistema que parta de la naturaleza biopsicosocial del sufrimiento humano.

Finalmente (por el momento, porque la tendencia parece imparable), un numeroso grupo de psiquiatras británicos, con el Dr. S. Timimi a la cabeza (De Vicente y Castilla, 2013), han elaborado un documento dirigido al Colegio de Psiquiatras del Reino Unido, solicitando la abolición de los sistemas de clasificación diagnóstica CIE y DSM. Afirman que el proyecto del DSM no se puede justificar ni en sus principios teóricos ni en la práctica, debiendo ser abandonado para que se puedan encontrar ‘formas más humanas y eficaces de responder a la angustia’. Respecto de la etiología, el documento sostiene la estrecha vinculación existente entre situaciones traumáticas, vividas principalmente en la infancia y adolescencia, y trastornos mentales graves, como la psicosis, lo cual apunta a la necesidad de contar con los factores contextuales en cualquier investigación de este tema. Y en cuanto a la intervención terapéutica, destaca la ausencia de mejoras significativas en la farmacología en los últimos años, así como la necesidad de incorporar elementos como la alianza terapéutica o el apoyo social. En definitiva, apuestan por enfoques basados en la ‘recuperación’ o la ‘rehabilitación’, en vez de en la enfermedad o la clasificación diagnóstica.

Nosotros llevamos veinte años pugnando por conciliar la sensibilidad psicoterapéutica y la epistemología relacional con lo que existe en la psicopatología al servicio de la comprensión

del sufrimiento mental humano. Y, a tal efecto, acuñamos el término de ‘metáforas guía’ (Linares, 1996) para aludir a las referencias diagnósticas en el campo psicopatológico. No hay duda de que, usadas como simples etiquetas clasificatorias, expresiones como psicosis, neurosis, depresión y tantas otras pueden convertirse en instrumentos de discriminación y marginación social, carentes de cualquier contenido científico e incompatibles con la dimensión comprensiva inherente al proceso terapéutico. Pero también es cierto que en la larga historia de las ideas psiquiátricas, los movimientos clasificatorios han sido consustanciales a los más serios intentos por penetrar en los misterios de la locura y de otras formas de sufrimiento psicológico. Y tal es la tradición heurística, que queremos reivindicar aplicando el concepto de metáfora guía como alternativo en cierto modo al de enfermedad. Si esta implica una referencia médico-biológica, inadecuada al carecerse de etiologías, patogenias, anatomías patológicas y formas clínicas precisas, aquella nos ubica en un territorio narrativo que, inevitablemente, comporta movimientos conceptuales centrípetos y centrífugos. Y, entre los primeros, la clasificación ocupa un lugar destacado.

El diagnóstico psicopatológico, en tanto que metáfora guía relacional centrípeta, debe servir de brújula orientadora en los primeros pasos del proceso terapéutico, pero nunca convertirse en un corsé intelectual que aprisione al terapeuta en las celdas del prejuicio. Por eso, su peso específico debe disminuir de forma inexorable a medida que se construya el universo único de cada terapia, bajo la influencia centrífuga de la singularidad psico-relacional y de la alianza terapéutica.

Las propuestas que a continuación se vierten son el resultado de muchos años de investigación clínica, primero desde la óptica de la psiquiatría social alternativa, y luego desde la de la terapia familiar sistémica. Son responsabilidad del autor y de muchos de sus colaboradores en la

Unidad de Psicoterapia y la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la *Santa Creu i Sant Pau* (Universitat Autònoma de Barcelona). El mundo de la familia multiproblemática (Coletti y Linares, 1997), que es en gran medida el de la sociopatía, fue explorado en una experiencia realizada en Ciutat Vella de Barcelona, en colaboración con el *Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale de Roma* (Cancrini, 1994) entre 1991 y 1994. Los territorios depresivos y neuróticos –estos últimos centrados fundamentalmente en la distimia, pero con incursiones en otros trastornos neuróticos clásicos, como la histeria, las fobias y la ansiedad– sirvieron de base a una investigación iniciada a mediados de la década de los noventa (Linares y Campo, 2000) y continuada hasta la actualidad con ritmos diversos. Los trastornos psicóticos han sido el tema principal de actividad clínica y de investigación del autor desde sus inicios como psiquiatra formado en hospitales mentales. A la espera de la pronta aparición del libro *La terapia familiar de las psicosis: entre la destriangulación y la reconfirmación*, que recogerá los hallazgos de los últimos diez años de investigación formalizada sobre el tema, algunos artículos dan cuenta de sus ideas al respecto (Linares, 2001; Linares, 2007; Linares y Vallarino, 2008). Por último, los llamados trastornos de personalidad, de modo especial, el trastorno límite de personalidad, está siendo objeto de una investigación clínica, que ya ha empezado a dar frutos (Linares, 2006; Linares, 2007), generando también una necesaria reflexión sobre su engarce en el conjunto de la psicopatología.

2. LA PERSONALIDAD RELACIONAL

Este no es el lugar adecuado para desarrollar detalladamente una teoría sistémica de la personalidad, cuyos fundamentos hemos propuesto recientemente (Linares, 2012). No obstante, la comprensión de nuestras ideas a propósito de la psicopatología hace necesario plantear algunos de sus conceptos básicos. Avancemos, pues, que,

Personalidad individual	Familia de origen
IDENTIDAD (Narrativa identitaria)	ORGANIZACIÓN
NARRATIVA No identitaria	Mitología

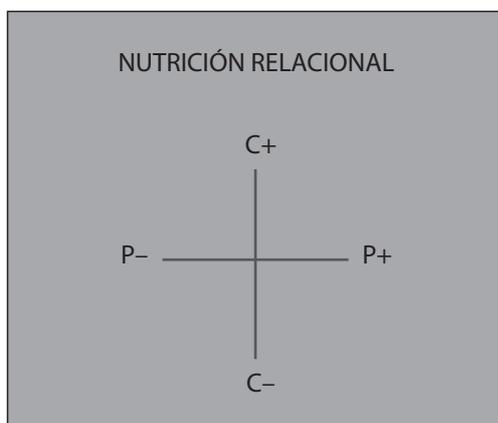


Figura 1

desde un punto de vista relacional, consideramos la personalidad, como refleja la figura 1, articulada en cuatro instancias: narrativa, identidad, organización y mitología, a su vez regidas por una quinta, la nutrición relacional.

Entendemos por narrativa la atribución de significado a la experiencia relacional. Es algo que el ser humano hace ininterrumpidamente a lo largo de su existencia en un proceso de complejidad progresiva, desde la vida intrauterina hasta bien avanzada la edad adulta. Solo en la vejez, y probablemente no en todos los casos, puede llegar un momento en que dicha complejidad se congele o, incluso, disminuya. Por eso, y dado que la narrativa es, digámoslo ya, el magma constitutivo de la personalidad, es lícito

afirmar que su proceso de construcción dura prácticamente la vida entera.

Sin duda, el bebé y el niño, en forma arrolladora, son auténticas máquinas narrativas que construyen infinitas historias de ternura, soledad, alegría, tristeza, miedo, consuelo y de tantos matices como se nos puedan ocurrir. Frente a ellas, reaccionan con confianza o con recelo, con entrega o con hostilidad, poniendo en juego los componentes cognitivos, emocionales y pragmáticos de la narrativa en un fascinante y abigarrado panorama en el que se combinan ideaciones, afectos y comportamientos. Las historias que constituyen la narrativa incluyen, pues, un pensar, armazón cognitivo que brinda una estructura coherente a la atribución de significado; un sentir, resonancia afectiva que le hace vibrar, confiriéndole una relevancia específica para el propio sujeto; y un hacer, que le aporta una dimensión pragmática imprescindible en el plano relacional. Solo porque son pensadas, sentidas y actuadas, las historias se convierten en narraciones psicológicamente operantes, y trascienden el mero plano literario. Esa característica de complejidad resulta fundamental como garantía de equilibrio, madurez y salud mental futuros, que solo se aseguran si el individuo dispone de una amplia gama de narraciones con múltiples opciones coherentes con su realidad relacional. Podemos afirmar que, a narrativa más abundante y variada, personalidad más rica y sana.

Pero, paralelamente a la proliferación de la narrativa, también desde los inicios de la actividad relacional se desarrolla un segundo proceso decisivo para la constitución de la personalidad: la construcción de la identidad. El sujeto elige algunas narraciones como definitorias de sí mismo y, con ellas, ciertamente no acepta transacciones ni negociaciones: este soy yo, me tomas o me dejas, pero no pretendas convencerme de que sea otro. Tal es la relación de un individuo con su identidad, una cerrada y absoluta defensa. Esto es comprensible, porque en ello le va la existencia psicológica, es decir, la integridad de

su personalidad. *Idem ens*, el mismo ser, es decir, lo que no cambia; he ahí la etimología de identidad, que resulta por sí sola bastante expresiva del concepto que estamos proponiendo. Y no es que la identidad rotundamente no pueda cambiar, sino que, en el mejor de los casos, sus cambios se producirán lentamente y no como respuesta a cualquier confrontación directa. Ante las presiones externas, la identidad se comporta como un tozudo adolescente, cerrando filas y parapetándose tras una muralla de rígida autoafirmación. Por otra parte, como se verá oportunamente, la identidad es muy vulnerable a determinadas situaciones relacionales negativas, capaces de lesionarla de forma decisiva.

De esta definición se siguen algunas consecuencias importantes. Por una parte, se hace evidente que, a diferencia de la narrativa en su conjunto, la identidad no posee un valor absoluto. Es decir, no cabe afirmar, contra lo que pueda sugerir el lenguaje popular, que mientras más identidad, mejor. De hecho, quizás estemos más cerca de la afirmación contraria. La identidad debe limitarse a unas pocas narraciones, claramente definidas y delimitadas, correspondientes, por lo general, a temas como género y orientación sexual, pertenencia nacional, filiación política y religiosa, y poca cosa más. Lo contrario, es decir, un individuo excesivamente identitario, o es un psicótico, como veremos más adelante, o un peligroso y rígido fanático que pone todo su ser en juego por cualquiera de sus narraciones. De todas formas, las narraciones seleccionadas por el sujeto como identitarias nunca lo son al cien por cien, como tampoco carece de un cierto baño identitario la narrativa restante. De hecho, la 'narrativa identitaria', que así podemos llamar también a la identidad, sirve de amarre o ancla al conjunto de la personalidad, y muy especialmente a la 'narrativa no identitaria', mediante las sutiles prolongaciones con las que asegura una leve presencia en esta. Como resultado, el sujeto se reconoce en todas sus narraciones, pero solo se emplea a fondo en la defensa de algunas

de ellas, obviamente las identitarias. Desde este punto de vista, la identidad no es un territorio propicio para la intervención terapéutica. El terapeuta deberá soslayarla, so pena de encontrar un rechazo frontal a cualquier sugerencia que pueda ser interpretada como cuestionadora.

Ya hemos visto cómo narrativa, identidad y personalidad se construyen 'en relación'. Por eso, tal y como ocurría con el concepto de 'mente' de Bateson (1976), que, en el clásico ejemplo del leñador, se prolongaba hacia el brazo, el hacha y el tronco del árbol, la personalidad individual se prolonga a los sistemas relacionales de pertenencia: dime a qué sistemas relacionales perteneces y te diré quién eres.

La 'familia de origen' es, con mucha diferencia, el sistema relacional de mayor relevancia en lo que a la construcción de la personalidad se refiere, puesto que en ella se producen los intercambios más influyentes sobre el desarrollo narrativo e identitario. Pero también existen otros sistemas relacionales muy relevantes para la construcción de la personalidad, como por ejemplo la 'escuela' a la cual se pertenece en épocas tempranas de la vida, y de forma muy intensa, el 'grupo de pares', que obtiene su máxima importancia en torno a la adolescencia, o la 'familia creada', que, aunque se alcanza ya en plena edad adulta, genera vivencias extraordinariamente fuertes. La influencia de estos sistemas se ejerce principalmente mediante su 'organización' y su 'mitología', instancias lo suficientemente importantes como para requerir una descripción pormenorizada.

La organización es la dimensión diacrónica de la estructura, es decir, lo que permanece de la estructura del sistema a lo largo del tiempo. Desde este punto de vista, en el contexto del sistema, la organización equivale a la identidad del individuo, pero solo parcialmente, por su condición perdurable, y no necesariamente porque el sistema se reconozca en ella más que en la mitología. Las principales propiedades estructurales de un sistema, 'cohesión', 'adaptabilidad' y 'jerarquía', son también cualidades de la organización. De

cierta manera, la cohesión se vincula preferentemente con el universo 'emocional' (el sentir), la adaptabilidad con el 'cognitivo' (el pensar) y la jerarquía con el 'pragmático' (el hacer).

Venimos definiendo la mitología (Linares, 1996) como el espacio de confluencia de las narrativas de los miembros de un sistema. O, indistintamente, como el espacio común del sistema del que emergen las narrativas individuales de sus miembros. De cualquier forma, se trata de un territorio narrativo consensuado, ocupado por las narraciones de los miembros del sistema que pueden ser negociadas y compartidas. Desde esta perspectiva, la 'cultura' es la mitología del más amplio sistema relacional representable, es decir, la 'sociedad'. Los individuos piensan, sienten y actúan, pero no se puede decir lo mismo de los sistemas, so pena de sacrificar su complejidad relacional en una caricatura 'individuomorfa'. Sin embargo, es fácil detectar en ellos los ingredientes cognitivos, emocionales y pragmáticos, es decir, el pensar, el sentir y el hacer, aunque cristalizados respectivamente en los 'valores' y 'creencias', en el 'clima emocional' y en los 'rituales'.

En una breve recapitulación, podemos afirmar que el destino de la personalidad individual se juega en la encrucijada de los principales sistemas de pertenencia, con la familia de origen en primera posición. La madurez psicológica y la salud mental dependerán, pues, de una ecuación compleja en la que intervienen decisivamente, junto a la narrativa y la identidad individuales, la organización de los mencionados sistemas de pertenencia, con su cohesión, su adaptabilidad y su jerarquía, así como la mitología, con los valores y creencias, el clima emocional y los rituales que la conforman.

3. LA NUTRICIÓN RELACIONAL

La figura 1 muestra en su parte inferior lo que hemos anunciado como el quinto elemento fundamental en la construcción de la personalidad: la nutrición relacional, resultado de la ecuación

compleja que es la atmósfera relacional en la familia de origen, definida fundamentalmente por la conyugalidad y la parentalidad.

«Morir de amor... enloquecer de amor...». La sabiduría popular siempre ha reconocido que esos fenómenos podían existir. Pero es necesario puntualizar algo: lo que enloquece y hasta puede llegar a matar es la falta de amor. El amor, en sí, sana.

A pesar de su evidente importancia en el ámbito psicológico, el amor se ha resistido a la mayoría de teóricos de la psicoterapia. Ello se debe, sin duda, a la enorme cantidad de atribuciones de significado que ha acumulado a lo largo de siglos de literatura, filosofía y religión. Pronunciar la palabra amor evoca las más variadas representaciones, desde las románticas hasta las místicas, pasando por las heroicamente solidarias, las ecológicas y tantas otras, bajo el común denominador de la intensidad y del apasionamiento. Tan extraordinaria polisemia convierte el amor en un concepto fascinante, pero también incómodo para su uso en disciplinas científicas.

La propuesta que aquí hacemos se distancia de las acepciones habituales para optar por una definición multifactorial. El amor es un fenómeno relacional complejo que añade elementos cognitivos y pragmáticos a los componentes emocionales. Existen, pues, un pensar, un sentir y un hacer amorosos que, dirigidos hacia la persona objeto de los mismos, deben ser percibidos por esta como tales. Al resultado de este proceso lo llamamos 'nutrición relacional', que no es sino la conciencia de ser complejamente amado. Se trata de un fenómeno subjetivo, por lo que importa poco que alguien asegure amar si el objeto de ese amor no alcanza a percibirlo. Además, el hecho de ser un fenómeno complejo exige que se manifieste en todos sus componentes, de modo que un bloqueo parcial cancela la efectividad del conjunto.

Así concebida, la nutrición relacional es el motor que rige la construcción de la personalidad, animando los procesos madurativos del

psiquismo de forma continuada, en el niño y en el adulto. Y, como se verá más adelante, sus diversos bloqueos parciales, generados complejamente por interferencias de un poder igualmente complejo, podrán provocar alteraciones varias de la personalidad y diferentes trastornos psicopatológicos.

El 'reconocimiento' es un componente cognitivo de la nutrición relacional, consistente en la aceptación de la existencia del otro. Parece una banalidad, pero dista de serlo, ya que aceptar la existencia del otro implica, en cierto modo, limitar la propia. Cuando se estabiliza en una pauta relacional permanente, la falta de reconocimiento se convierte en 'desconfirmación', percepción de la no existencia propia en términos relacionales. El reconocimiento implica la percepción de las necesidades del otro, a diferencia de lo que ocurre en la desconfirmación, en la que estas quedan supeditadas a las propias. Todo el proceso se desarrolla de forma implícita, lo cual dificulta aún más la comprensión del fenómeno.

La 'valoración' también es un componente cognitivo del amor, consistente en apreciar las cualidades del otro aunque sean distintas de las propias. Tampoco es despreciable su trascendencia, puesto que aceptar el valor del otro puede poner en peligro el valor propio. La 'descalificación' es la falta de valoración que se pone de manifiesto en actitudes tan extendidas como el racismo o el machismo, en las que el desprecio de individuos de otro color o género parece condición necesaria para autoafirmarse.

La 'aceptación' y la 'ternura' son los componentes emocionales de la nutrición relacional más importantes en el contexto parento-filial, del que nos estamos ocupando preferentemente, casi exento de elementos pasionales si se compara con el amor conyugal. Sentimientos de entrega y de disponibilidad para el otro, por quien se haría cualquier cosa, incluso el sacrificio de la propia vida en situaciones extremas. El bloqueo de estos sentimientos puede dar lugar a la indiferencia, pero es más fácil que el efecto péndulo

conduzca a las emociones inversas. No es raro que la aceptación pueda tornarse en 'hipercriticismo' y 'rechazo', y que la ternura devenga en 'desapego e irritación'. Por lo demás, no es raro que cualquier otra interferencia parcial de la nutrición relacional acabe generalizándose y comprometiendo también la ternura. Como regla general, cabría afirmar que los componentes emocionales del amor complejo, la aceptación y la ternura, son los más inestables en el corto plazo, pero los más resistentes a largo plazo: se afectan fácilmente en el trato cotidiano, pero se recuperan rápidamente con igual facilidad.

En el contexto 'familia de origen', la más importante dimensión pragmática de la nutrición relacional siempre está representada por la 'sociabilización', que supone el compromiso indeclinable de los padres por garantizar la viabilidad social de sus hijos. Tiene una doble vertiente, definida por la 'protección' y la 'normatividad' como las dos caras de una misma moneda. Mediante la protección, los padres defienden a los hijos frente a las eventuales agresiones procedentes del entorno social, mientras que la normatividad asegura que sean los hijos los que, a su vez, respeten a la sociedad. Ambas son igualmente importantes y necesarias, pudiendo las familias fracasar con las dos o, independientemente, con alguna de ellas, tanto por defecto como por exceso.

4. EL MALTRATO PSICOLÓGICO

A nadie debería escaparle que los procesos de bloqueo de la nutrición relacional que estamos describiendo constituyen pautas más o menos específicas de maltrato psicológico. En efecto, y contrariamente a las definiciones banales que lo presentan como versiones menores del maltrato físico, el maltrato psicológico es el verdadero problema en salud mental, en cuanto constituye la antesala de la psicopatología. Lo que de verdad hace sufrir a un niño no es el hematoma que, si se lo hubiera causado en una pelea con un igual o en una caída de bicicleta, resultaría

banal desde todos los puntos de vista, sino que se lo haya provocado alguien de quien depende y en quien debería poder confiar, por no hablar de la dimensión estrictamente física, lesional, del abuso sexual, carente por lo general de importancia o ni siquiera existente. El dolor, y con él la hipoteca para la maduración y el desarrollo psíquico del niño, están vinculados a la pauta relacional subyacente, es decir, al maltrato psicológico.

Podemos, pues, definir al maltrato psicológico familiar como toda pauta relacional disfuncional que involucra a miembros de una familia, generando sufrimientos que comprometen el equilibrio psicológico y la salud mental de alguno de ellos. Desconfirmación, descalificación, hipercriticismo, rechazo, desapego, irritación, desprotección, hiperprotección, hiponormatividad, hipernormatividad, he aquí algunos mecanismos del maltrato psicológico familiar de que nos acabamos de ocupar. Pero, ¿a qué pautas relacionales remiten en la familia de origen?

Puesto que el objetivo de este artículo es introducir un sesgo explicativo de naturaleza relacional en la comprensión de la psicopatología, priorizaremos la reflexión sobre el maltrato parento-filial, bajo cuya influencia se generan los principales trastornos psicopatológicos, sobre otras modalidades de maltrato, con independencia de la alarma social que, coyunturalmente, estas puedan causar. Ello implica focalizar la 'atmósfera relacional' de la familia de origen, prestando atención a dos dimensiones fundamentales, también de naturaleza relacional, presentes en estas: la conyugalidad y la parentalidad. Se trata de dos funciones relativamente independientes entre sí que se comportan de forma autónoma aunque pueden influirse recíprocamente.

La conyugalidad es una ecuación que refleja la manera en que los miembros de la pareja parental, o las figuras en que se delega parcial o totalmente el ejercicio de las funciones parentales, se relacionan entre sí. Puesto que los conflictos

son inevitables, la conyugalidad puede definirse, a efectos prácticos, como la manera en que se afrontan los conflictos inherentes al ejercicio compartido de la gestión de los hijos, pudiendo representarse como un *continuum* inscrito entre dos polos ideales de 'armonía' y 'disarmonía'. Se trata de una dimensión independiente del estado civil de la pareja, puesto que, aun en el caso de que estén separados, sus miembros tendrán que seguir en contacto y colaborando con el bienestar de los hijos. La conyugalidad, en tal caso, se prolonga sin solución de continuidad convertida en post-conyugalidad.

La parentalidad es, a su vez, una ecuación que recoge el ejercicio de las funciones parentales (amor complejo, nutrición relacional) por parte de los padres o de las figuras delegadas responsables de estas. Se inscribe en un *continuum* entre dos polos ideales de 'conservación primaria' y de 'deterioro primario', en donde la condición 'primaria' refleja su independencia de un hipotético impacto de la conyugalidad. Es decir, que la parentalidad puede estar primariamente conservada o deteriorada, sin que en ello intervenga de forma relevante el estado de la conyugalidad, pero también puede verse secundariamente afectada por una influencia negativa de parte de esta cuando es disarmónica.

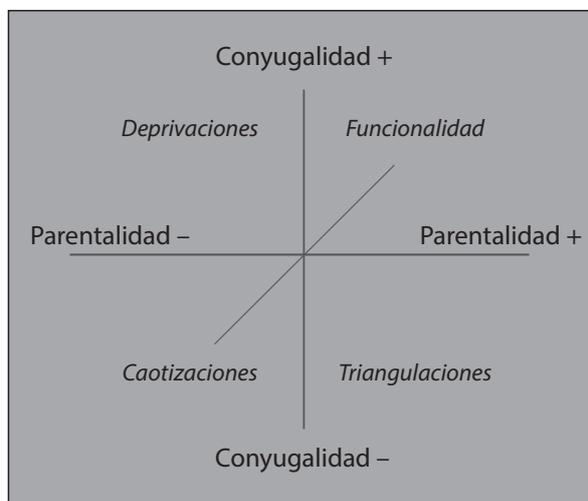


Figura 2

El cruce de estas dos dimensiones, conyugalidad y parentalidad, crea, como muestra la figura 2, cuatro espacios o cuadrantes correspondientes a otras tantas atmósferas relacionales definidas por ellas. La tercera dimensión, 't', corresponde al tiempo, cuya representación indica que este esquema dista de ser estático, pudiendo evolucionar a lo largo de las etapas del ciclo vital. Cambiando con el tiempo, la conyugalidad y la parentalidad pueden generar atmósferas relacionales que se superponen, que diversifican y hacen mucho más complejo el panorama.

El cuadrante superior derecho corresponde a la 'funcionalidad', lo cual indica que, bajo las circunstancias relacionales favorables que son la conyugalidad (o post-conyugalidad) armoniosa y la parentalidad primariamente preservada, los niños tienen las mejores opciones para construir una personalidad madura y equilibrada. Los hijos se sienten queridos y bien tratados por los padres, y perciben que estos resuelven bien sus diferencias, principalmente las que les atañen a ellos. La nutrición relacional cuenta con condiciones básicas positivas, pero eso no quiere decir que otros factores, en el insoslayable contexto de la complejidad ecosistémica, no puedan interferirla de múltiples maneras. Las 'dinámicas postraumáticas' son algunos de esos factores capaces de influir negativamente en la nutrición relacional, pero la bondad de la situación básica será siempre una circunstancia que operará a favor de una evolución positiva.

El cuadrante inferior derecho, definido por una conyugalidad disarmoniosa y una parentalidad primariamente preservada, aloja a las *triangulaciones*. Es previsible que, ante una dificultad considerable para resolver sus conflictos, la pareja parental tienda a buscar aliados que, de una u otra forma, inclinen la balanza de un lado. Se puede recurrir a familiares, amigos o incluso terapeutas (¡tantas terapias individuales fracasan porque las expectativas de conseguir un aliado «contra el otro» no se ven oportunamente reformuladas por el terapeuta!), y no es de extrañar

que también se involucren los hijos. Desde luego que la disfuncionalidad puede ser evitada, tanto si los padres mantienen sus dificultades conyugales «fuera del alcance de los niños», como si estos consiguen mantenerse fuera del pernicioso juego de la pareja. Para tal efecto, será de gran utilidad la existencia de una red social amplia, con presencia de otras figuras que ejerzan funciones parentales en la familia extensa. Por ejemplo, unos abuelos bien ubicados pueden constituir una buena defensa contra la triangulación. Sin embargo, con bastante frecuencia esta se hace inevitable.

Se trata de situaciones en las que los padres se muestran de entrada razonablemente implicados en el bienestar y la salud de sus hijos, pero son incapaces de controlar el impacto negativo de la disarmonía conyugal. En la modalidad más frecuente, los padres trianguladores bombardean a los hijos con mensajes del tipo «vente de mi lado, yo te ofrezco más», o bien «si no te vienes de mi parte, atente a las consecuencias». En definitiva, propuestas de alianza basadas indistintamente en estímulos positivos o negativos, combinados de forma compleja con formulaciones a veces burdas y otras sutiles, pero siempre con notable eficacia. Un suspiro o una subida de cejas pueden constituir mensajes poderosísimos. Se trata de un modelo parecido al que desarrolló la 'reflexología pavloviana' a propósito de las neurosis experimentales, asociando un calambrazo o un desagradable soplo en el morro de un perrito con el suministro de una galletita o de un hueso. El animal se paraliza temblando y, eventualmente, se orina: es la ansiedad. También el psicoanálisis describió en términos de coaliciones trianguladas (¡mata al padre y se casa con la madre!) el substrato relacional de la ansiedad.

En el cuadrante superior izquierdo, definido por una conyugalidad armoniosa y una parentalidad primariamente deteriorada, se ubican las deprivaciones. Se trata de una combinación menos popular que las triangulaciones, que suele pasar desapercibida a los profesionales ingenuos,

que parecen buscar siempre alta conflictividad conyugal tras los problemas de los hijos. Y no necesariamente es así, porque los hijos pueden ser privados de nutrición relacional por unos padres razonablemente bien avenidos, que, en cambio, fracasan en el ejercicio de las funciones parentales. En tales casos (como, por lo demás, en la mayoría de los restantes), no hay que imaginar a unos padres desnaturalizados que, de forma deliberada, buscan la desgracia de sus hijos. Se trata más bien de personas atrapadas en los avatares del ciclo vital por dificultades que desbordan sus capacidades parentales.

Tales dificultades pueden expresarse en altos niveles de exigencia, desmesurada respecto de las posibilidades de los hijos (o, mejor, del hijo, porque suele tratarse de pautas personalizadas), y no compensada por una valorización proporcional de los esfuerzos que provoca. La personalidad forjada en semejante atmósfera relacional, incorporará una también alta autoexigencia que, al verse inevitablemente frustrada, se reconvertirá en baja autoestima y culpabilidad. En el fondo, además, subyace una hostilidad hacia un entorno percibido como injusto y contra el cual no es posible rebelarse.

Otra pauta relacional deprivadora se plasma en una combinación de rechazo e hiperprotección. El hijo sometido a ella se percibe como no grato a sus padres, pero, al mismo tiempo, recibe de ellos un exceso de mimos con los que intentan neutralizar sus sentimientos de culpabilidad o, simplemente, acallar las demandas de auténtica valoración. Su personalidad se resentirá de una profunda desconfianza en las relaciones interpersonales, que percibe como engañosas, y de una carencia de normatividad que hipotecará su capacidad de adaptación social.

Por último, las caotizaciones ocupan el cuadrante inferior izquierdo, caracterizado por unas condiciones relacionales de base sumamente deficitarias: conyugalidad disarmónica y parentalidad primariamente deteriorada. Tanto la relación de pareja como las funciones parentales

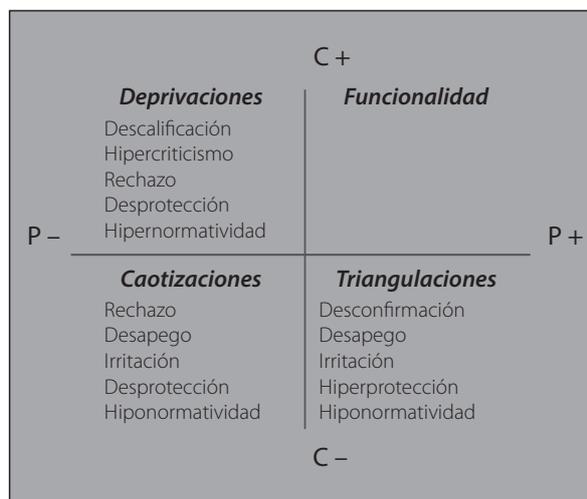


Figura 3

arrancan del nivel mínimo o hacen crisis precozmente (Cancrini y cols. 1997), estableciendo una situación gravemente carencial en lo que a nutrición relacional se refiere. Es tan así que, si esas condiciones se mantienen, la personalidad desarrollada bajo su influencia será de las más inquietantes, puesto que adolecerá de una significativa carencia de experiencias de amor.

Por fortuna, la lógica ecosistémica impone la aparición de mecanismos compensatorios, tanto internos como externos a la familia, que, desperdidos por lo dramático de la desnutrición relacional, inyectan recursos nutricios alternativos: padres que en momentos cruciales sacan fuerzas de flaqueza, abuelos o tíos oportunos, vecinos caritativos o instituciones sociales capaces de intervenir de forma adecuada a las necesidades. El resultado, siempre imprevisible, no deja de ser de alto riesgo, pero ofrece múltiples alternativas a la intensa carencia de partida.

Triangulaciones, deprivaciones y caotizaciones son las tres grandes variedades de maltrato psicológico, cuyas infinitas combinaciones muestran el complejo panorama propio de este campo. También ofrecen terrenos específicamente abonados al desarrollo de las diversas modalidades de maltrato físico (Linares, 2002; Linares, 2006b), así como de los trastornos psicopatológicos que serán examinados más ade-

lante. La figura 3 muestra los mecanismos de maltrato psicológico que se suelen encontrar preferentemente en sus tres grandes modalidades.

Las familias trianguladoras pueden desarrollar pautas relacionales muy variadas. En algunas de ellas, la desconfirmación encuentra un terreno abonado: la atmósfera intensamente pasional que impregna la conflictiva relación entre los padres se convierte en un obstáculo significativo para el reconocimiento de algún hijo. Por lo demás, los juegos de coaliciones que caracterizan a estas familias facilitan la instauración de vínculos de desapego e irritación con los hijos percibidos como antagonicos y de actitudes de hiperprotección e hiponormatividad con los aliados.

Las familias deprivadoras, en las que las necesidades de los hijos no son prioritarias, constituyen el caldo de cultivo ideal para la hiperexigencia, antesala de la hipernormatividad y de la descalificación. La autocomplacencia narcisista de los padres también puede generar pautas de hipercrítica y rechazo hacia los hijos, que, eventualmente, pueden incurrir en situaciones de indefensión. No obstante, se trata siempre de dinámicas complejas en las que se pueden encontrar los fenómenos más variados. Por ejemplo, un hijo hiper criticado y rechazado, paradójicamente puede ser hiperprotegido, como mecanismo reactivo compensatorio.

En cuanto a las familias caotizantes, todo puede ocurrir en ellas, dadas sus muy carenciales condiciones de base, así como, precisamente por ello, su capacidad de estimular, de forma ciertamente imprevisible, los recursos del ecosistema. Quizás su característica más destacada sea la coexistencia de desprotección e hiponormatividad, consecuencia de la precariedad de su vinculación social. Tampoco es raro que los hijos se vean sometidos a desapego, irritación y rechazo, lo cual aumenta el riesgo de que sean víctimas de diversas modalidades de maltrato físico. Y no se puede descartar que la carencia y la

precariedad acaben por desencadenar dinámicas desconfirmadoras.

5. LOS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

Etimológicamente, 'diagnóstico' significa conocimiento mediante la diferencia, y ello nos remite a un proceso mental que nos hace agrupar y contrastar o comparar para comprender. El hecho de que se haya terminado asociando a la medicina es circunstancial y, desde luego, muy secundario en términos epistemológicos. Se habla con toda soltura del diagnóstico de la situación de una empresa o de las condiciones de seguridad de una obra pública. No se debería, pues, incurrir en la simplificación de identificar el diagnóstico con la medicalización, aunque existan indudablemente razones que justifican el prejuicio.

En efecto, la naciente psiquiatría voluntariamente médica y pretendidamente científica del siglo XIX, se construyó sobre el modelo de la Parálisis General Progresiva (PGP), cuya etiología infecciosa acababa de ser establecida por Bayle en 1822. Se comprende que el 'descubrimiento' de las causas de la PGP causara un profundo impacto en los psiquiatras decimonónicos. Téngase en cuenta que se trataba de una enfermedad maldita y misteriosa, que había suscitado toda suerte de especulaciones mágicas, incluyendo obviamente atribuciones diabólicas y explicaciones pseudocientíficas. ¡Y ahora resultaba que todo era tan sencillo como puede serlo una infección! Pronto, además, se descubrió que el agente causal era el *treponema pallidum*, y que la PGP no era sino una manifestación cuaternaria de la sífilis. Tras años de latencia y de síntomas varios, la lúes acababa por provocar una meningo-encefalitis, cuyo desarrollo, de curso crónico, podía distar mucho tiempo de la primoinfección venérea. Ello explicaba que hubiera sido tan difícil asociar ambos elementos.

En definitiva, un gran avance científico que paradójicamente se convirtió en una cortina de

humo para el progreso de la ciencia en el campo de la salud mental, puesto que las desmesuradas expectativas despertadas por él hicieron suponer que toda la psicopatología sería reducible a una etiología infecciosa o, cuando menos, burdamente biológica. Ni qué decir tiene que todavía estamos pagando las consecuencias de haber construido la nosología psiquiátrica sobre tan endeble bases epistemológicas, y que ello explica parcialmente la ferocidad de las críticas que recibió el diagnóstico psicopatológico por parte de los antipsiquiatras de los años sesenta y... de los fundadores de la terapia familiar.

Sin embargo, agrupar y comparar han sido siempre movimientos mentales asociados a comprender, por lo que rechazar globalmente el diagnóstico psiquiátrico equivale a tirar al bebé junto con el agua sucia. Vale la pena respetar el esfuerzo acumulado a lo largo de los siglos por quienes han abordado el estudio de los trastornos mentales, aprovechando lo mucho que en su trabajo hay de útil. Y, desde luego, no bajar la guardia para rechazar cualquier simplificación reduccionista.

Una puntualización necesaria atañe a la utilización del concepto de 'enfermedad'. La patología mental existe desde el momento en que existe un inmenso sufrimiento asociado a comportamientos y estados de conciencia generadores de fracaso individual y desajuste social. Pero ello no justifica el uso del concepto de enfermedad, asociado en la medicina moderna, desde los tiempos de Virchow y de Bernard, a una anatomía patológica y una fisiopatología determinadas, inexistentes en el terreno psicopatológico. Y mucho menos autoriza el empleo de expresiones como «estamos ante una enfermedad (léase esquizofrenia o depresión) como las demás». No es así. Los trastornos mentales (probablemente la mejor traducción del término inglés *mental disorders*, consagrado por la *American Psychiatric Association*), no son enfermedades «como las demás», por eso es fundamental reivindicar su singularidad respecto de la pato-

logía orgánica. Afortunadamente, frente a las afirmaciones dogmáticas de los portavoces de la ideología biologicista, la gente tiene sentido común y sabe distinguir.

Con el referente de la PGP en el horizonte, la 'nosología psiquiátrica' se construyó en Europa, muy especialmente en Alemania, durante el siglo XIX y las primeras décadas del XX. Los monumentales tratados que pusieron a punto los sesudos profesores alemanes tienen su ejemplo más ilustrativo en la obra de Emil Kraepelin, considerada la línea de partida de la psiquiatría moderna como especialidad médica.

Para Kraepelin (1883), el objetivo de individuar enfermedades en función de sus causas biológicas debió quedar aplazado en una serie de trastornos que habrían de constituir el cuerpo central de la psiquiatría: las llamadas 'psicosis endógenas', principalmente la 'demencia precoz' y la 'psicosis maniaco-depresiva', así como las 'personalidades desviadas' y los 'estados reactivos'. Las aportaciones subsiguientes de Bleuler (1924), Schneider (1923) y el mismo Freud sentaron las bases para la consolidación de la nosología psiquiátrica en tres grandes ramas: a) las 'psicosis' paradójicamente llamadas 'endógenas' para diferenciarlas de las orgánicas o 'exógenas' (de origen infeccioso, tumoral, traumático, endocrinológico, tóxico, etc.). En ellas se agrupan la 'esquizofrenia' (reformulación de Bleuler de la vieja demencia precoz), la 'paranoia' y la inmodificada psicosis maniaco-depresiva, un 'potpurri' en el que coexisten las psicosis delirantes con los trastornos afectivos; b) las 'neurosis', bajo el común denominador de la ansiedad, beneficiadas en su coherencia recíproca por la ingente obra de Freud, y c) las 'psicopatías' o 'personalidades psicóticas', estudiadas exhaustivamente por Kurt Schneider, caracterizadas por una conducta socialmente inadaptada de supuesta causa 'heredodegenerativa', que hace sufrir a quienes la manifiestan y a quienes se relacionan con ellos.

Tres grandes ramas se distinguen, a saber: la de la locura, poblada por sujetos alienados de la

realidad socialmente consensuada y refugiados en un mundo propio (con la depresión encajada un tanto forzosamente); la de la ansiedad, transitada por inseguros de todo tipo, en lucha permanente contra sus síntomas; y la de la inadaptación social, frecuentada por personajes auto y hétero-marginados por sus dificultades en establecer vínculos significativos duraderos.

Pero la psiquiatría no ha cesado de evolucionar, y su nosografía ha experimentado cambios significativos, sobre todo en las últimas siete décadas, a raíz de que, con la Segunda Guerra Mundial, el centro de gravedad se desplazara de Europa a Estados Unidos.

La integración de los trastornos mentales en la nueva sensibilidad americana, inicialmente provocó algún cambio derivado del énfasis cultural en lo social. Efectivamente, en plena euforia del *new deal* rooseveltiano y de la victoria en la guerra, todo en la cultura americana era social, por lo que el concepto de psicopatía, con sus connotaciones heredodegenerativas y su agrio olor nazi, no fue bienvenido. Fue, en cambio, sustituido por el de 'sociopatía', que encajaba mejor en los nuevos valores vigentes.

Pero, con el cambio de nombre, se produjo igualmente un cierto desplazamiento del significado. Si el psicópata por antonomasia era el 'desalmado' (expresión de Schneider), capaz de llevar su incapacidad de empatía hasta infligir infinitos sufrimientos a quien se encontrara en el camino, el sociópata sería más bien el habitante de los guetos de las grandes ciudades de la costa este, producto del fracaso del sueño americano, definido principalmente por la violencia delin cuencial.

Más no cesaron ahí los cambios. En plenos años cincuenta, el movimiento americano de 'trabajo social' inició su singladura como nueva profesión con entusiasmo, prestigio y capacidad de influencia. Desembarcados en los territorios de la sociopatía, encontraron el término excesivamente médico, por lo que tendieron a sustituirlo por el recién acuñado de 'familia mul-

tiproblemática'. De nuevo, el cambio de denominación implicaba un desplazamiento semántico, puesto que desaparecía el individuo como referencia para ser sustituido por una entidad colectiva: la familia. Se extremaba, pues, el viraje desde lo individual-privado hacia lo colectivo-público, en unas condiciones inaceptables para el *establishment* psiquiátrico, que, por supuesto, nunca aceptó el nuevo término.

Pero, simultáneamente, se estaba produciendo un nuevo fenómeno psicodiagnóstico: la irrupción del concepto de 'personalidad *borderline*', traducida como 'fronteriza', 'limítrofe' y, finalmente, 'límite'. Descrita inicialmente por autores psicoanalíticos (Gunderson et al., 2003) para denominar fenómenos que ocurrían en zonas intermedias entre la psicosis y la neurosis (episodios depresivos, crisis de despersonalización, ansiedad...), la personalidad límite se fue desplazando hacia territorios psicopáticos a medida que en su descripción ganaba terreno la dificultad para el establecimiento de vínculos sociales significativos. Así, este diagnóstico funcionó como complemento del de familia multiproblemática, completando el espectro en el polo de las opciones privadas. Quien se desadaptaba socialmente en la retirada calma de la familia, fuera de los focos de los servicios sociales, de los juzgados y de los servicios de atención al menor (al menos, durante el largo período de gestación del problema), incurría en el diagnóstico de personalidad *borderline*. Por el contrario, las familias multiproblemáticas exhibían sus carencias ante Dios y ante el mundo, abiertas en todo momento a las intervenciones profesionales más variadas.

Así las cosas, la *American Psychiatric Association* (APA, 2000) emprendió la tarea de organizar un nuevo sistema clasificatorio de los trastornos mentales que aunara rigor conceptual y espíritu práctico. En 1952 apareció la primera versión del D.S.M. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y, desde entonces, se han sucedido las versiones actualizadas, hasta alcanzar el D.S.M.-IV-TR (el V

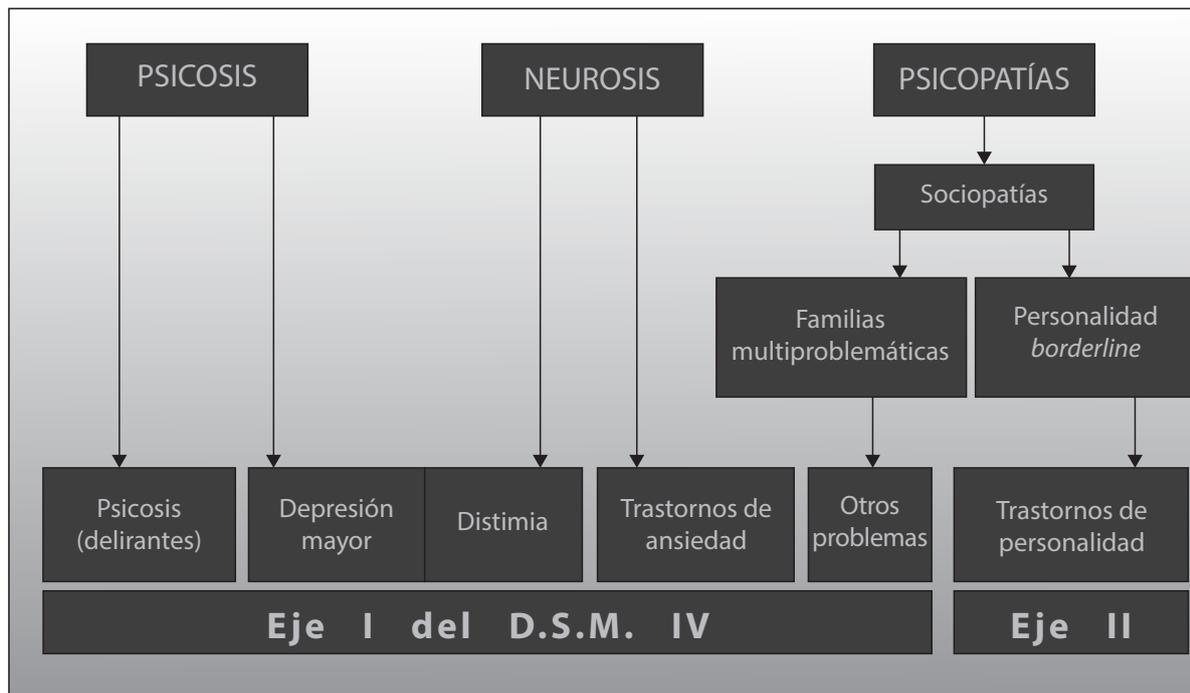


Figura 4

sigue su danza eterna en torno a su aparición), verdadero referente diagnóstico de alcance universal. La figura 4 recoge algunos de los principales cambios que esta nueva nosología propone.

Las psicosis se depuran, limitándose a las delirantes, al desgajarse las depresiones de su primitivo tronco común. Desaparece la psicosis maníaco-depresiva, que se convierte en ‘trastorno bipolar’, y aparece un espacio diferenciado para los ‘trastornos afectivos’ (trastornos del estado de ánimo), donde este último convive con la ‘depresión mayor’ y con la ‘distimia’ (heredera de la antigua depresión neurótica).

Desaparecen las neurosis, siendo sustituidas por una serie de trastornos bajo el denominador común de la ‘ansiedad’ (crisis de angustia, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés post-traumático, etc.). También se agrupan algunos antiguos fenómenos neuróticos en los nuevos apartados de ‘trastornos somatomorfos’ (somatizaciones, hipocondría, trastorno de conversión, etc.), ‘trastornos facticios’ (fingimiento patológico) y ‘trastornos disociativos’ (amnesia disocia-

tiva...). Parece haber un especial ensañamiento con la ‘histeria’, que no solo desaparece como término reconocido, sino que se ve desmenuzada entre estos últimos apartados citados.

Pero el apartado que más transformaciones experimenta es el de las antiguas psicopatías. De entrada, como era previsible, el concepto de ‘familia multiproblemática’ es absolutamente ignorado, procediéndose, en cambio, a una descripción pormenorizada, uno a uno, de los diversos problemas que suelen presentar tales familias, bajo el rubro general de «otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica». Y es preciso añadir que todos estos ‘problemas’ quedan indefinidos en cuanto a su ubicación, entre los ejes I y II, muy al final de la parte clínica, justo antes de los apéndices. En definitiva, en una zona que podríamos definir como de ‘letra pequeña’, donde existen fundadas sospechas de que la mayoría de lectores no llega a consultar.

Todo ello nos conduce a otra peculiaridad del D.S.M.-IV digna de ser examinada aquí. El diagnóstico es multiaxial, concretamente en cin-



Figura 5

co ejes numerados del I al V. De ellos interesan en este momento los dos primeros, dedicados respectivamente a los 'trastornos clínicos' y a los 'trastornos de personalidad'. La intención de la *American Psychiatric Association* y de los autores personales del manual fue sin duda buena: aumentar la flexibilidad y la riqueza en matices del diagnóstico, permitiendo esa doble definición superpuesta, la de los síntomas y la de la personalidad subyacente. Sin embargo, en la práctica, el sistema incorpora una doble perversión. Por una parte, el doble diagnóstico produce una disociación entre síntomas y personalidad que, al poderse combinar aleatoriamente, sugieren la terrible falsedad de no tener nada que ver los unos con la otra. Por otra parte, la rutina terapéutica conduce a enfatizar el tratamiento farmacológico de los síntomas, relegando el trastorno de personalidad a un plano secundario saturado de pesimismo e impotencia.

Resulta evidente que los principales trastornos de la personalidad se agrupan en espacios que corresponden a los tres grandes territorios de la psicopatología histórica: el grupo A en las psicosis, el grupo B en las psicopatías y el grupo C en las neurosis. El único pequeño ajuste necesario es trasladar el 'trastorno histriónico de personalidad', correspondiente a la clásica

personalidad histérica, del grupo B al C, donde encaja mejor, junto a las otras personalidades neuróticas. Además, hay que reivindicar la vigencia de un 'trastorno depresivo de personalidad', anunciado ya en el D.S.M.-IV, pero incomprensiblemente aplazado en su formulación concreta y definitivamente relegado en el D.S.M. V. Para cualquier clínico experimentado, no existe la menor duda de que las personalidades depresivas son una realidad: gentes que arrastran tristes existencias marcadas por la descalificación y la culpabilidad, sin que lleguen a desarrollar síntomas depresivos agudos.

Porque ese es el matiz que, con el máximo énfasis, se quiere afirmar aquí. No existe una discontinuidad psicológica entre la personalidad y, eventualmente, los síntomas correspondientes a un trastorno mental. No está justificado, por tanto, inscribir a estos y a aquella en ejes o dimensiones diferentes. Y, desde luego, los grandes patrones relacionales que subyacen a unos y a otra son, en lo fundamental, los mismos.

6. HACIA UNA PSICOPATOLOGÍA RELACIONAL

Así queda definida nuestra propuesta, que delimita cuatro grandes áreas psicopatológicas, a saber: neurosis, psicosis, depresiones y trastornos

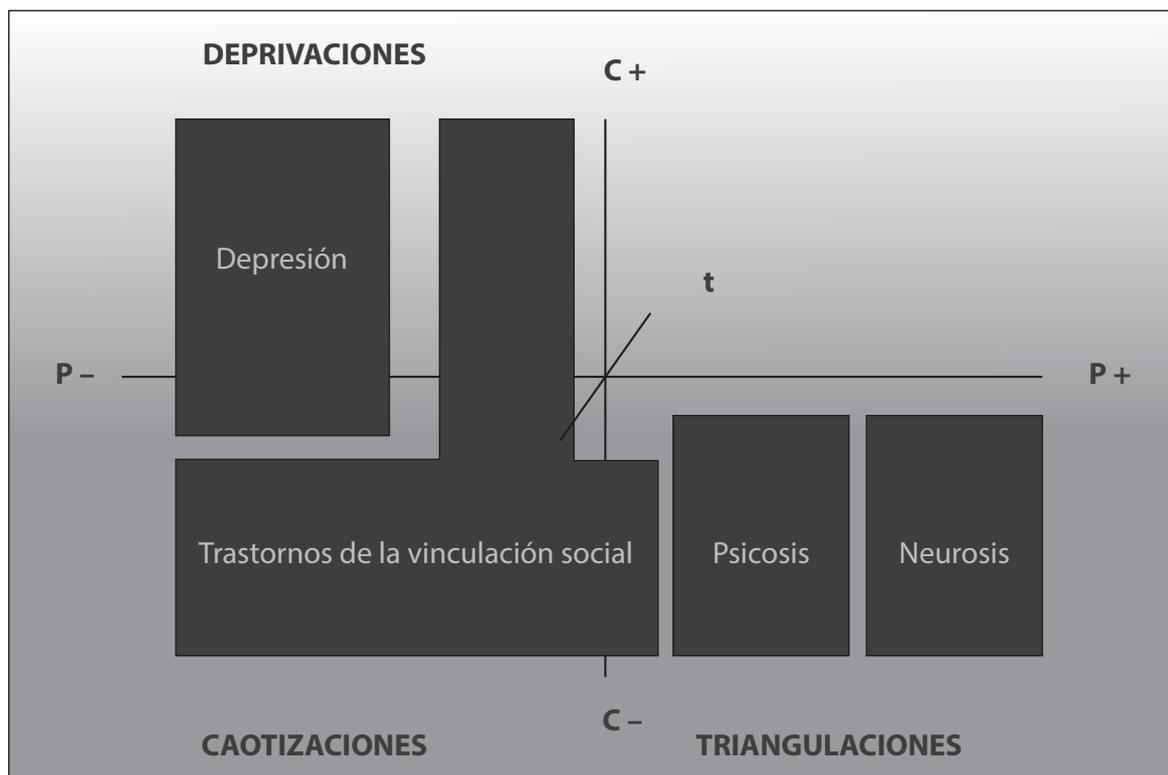


Figura 6

de la vinculación social. Cada una de ellas se continúa sin interrupción con sus correspondientes trastornos de personalidad, tal y como muestra el figura 5. Las psicosis, depuradas como trastornos delirantes, se prolongan en los trastornos de personalidad del grupo A, caracterizados por la susceptibilidad, la rareza y el repliegue sobre sí mismo. La depresión mayor, de estirpe psicótica, pero desgajada de ese tronco, comparte el espacio de las depresiones con la distimia, de estirpe neurótica, y se prolonga en el trastorno depresivo de personalidad, que, como acabamos de ver, puede aunar tristeza y sentimientos de descalificación y de culpa. A su vez, las neurosis se extienden hacia los trastornos de personalidad del grupo C (con la incorporación del trastorno histriónico), bajo el denominador común de la ansiedad y la inseguridad.

En cuanto a los ‘trastornos de la vinculación social’, es la denominación que atribuimos a los fenómenos de vieja estirpe psicopática, sucesiva-

mente conocidos como sociopatías, personalidad *borderline*, familia multiproblemática y “otros fenómenos que pueden ser objeto de atención clínica”. Su prolongación natural es hacia los trastornos de personalidad del grupo B, con la mencionada salvedad del trastorno histriónico.

Si recordamos ahora el esquema de la atmósfera relacional en la familia de origen (a la luz de la parentalidad y la conyugalidad), podremos plantearnos la posibilidad de extenderlo también al figura 5 y a su representación de los principales trastornos psicopatológicos. El resultado es la figura 6.

Las psicosis y las neurosis encuentran su espacio en el cuadrante inferior derecho, correspondiente a las triangulaciones. Se trata, no obstante, de distintas modalidades de triangulación, desconfirmadoras y manipulatorias respectivamente, con consecuencias psicopatológicas muy diferentes. Las depresiones se ubican en el territorio de las deprivaciones, en el cuadrante superior

izquierdo, excepto la prolongación inferior que se adentra en el territorio de las caotizaciones, correspondiente al trastorno bipolar. Por último, el trastorno de vinculación social carece de la especificidad de los otros tres, aunque su núcleo central y más significativo se sitúa en el área de las caotizaciones. Desde él, emite prolongaciones a las triangulaciones y a las deprivaciones.

A continuación describiremos con más detalle parte de la diversidad y complejidad de este panorama, que dista de poder ser abarcado con el limitado instrumento que aquí proponemos. Adelantemos, de momento, que, con la sola inclusión de la dimensión tiempo, se produce una extraordinaria complejificación de la situación, puesto que los distintos problemas se superponen en infinitas amalgamas. Las familias no se instalan de forma estática en una combinación de conyugalidad y parentalidad, y, menos aún, en una modalidad de maltrato psicológico; en consecuencia, de propensión a cierta psicopatología. Por el contrario, la rueda de la fortuna (léase la infinitud del ecosistema) gira ilimitadamente a lo largo del ciclo vital, generando la más variada gama de situaciones imaginable. Tal es la realidad humana y clínica que encontrará el terapeuta en su práctica. No obstante, a fines didácticos, procederemos a describir, artificialmente diferenciadas, las bases relacionales de cada una de las cuatro grandes agrupaciones psicopatológicas.

Neurosis

En el área de maltrato psicológico definido por las triangulaciones, las neurosis representan, además del trastorno psicopatológico de menor gravedad, la modalidad de triangulación más clara y más fácil de describir. Hemos llamado 'triangulación manipuladora' a la situación relacional en la que un miembro del sistema, generalmente un hijo, recibe mensajes de otros dos, generalmente los padres, invitándolo a unirse a su juego mediante alguna modalidad de coalición. No puede extrañar que así sea, puesto que buscar

aliados es una forma clásica de reaccionar frente a la dificultad de resolver conflictos relacionales. Se buscan entre los familiares, los amigos, los mismos psicoterapeutas y, claro está, los hijos, que son objetivos muy cotizados a tal fin.

No es que unos padres instalados en la disarmonía conyugal deseen necesariamente triangular a sus hijos ni tampoco que lo pretendan conscientemente. De hecho, pueden evitarlo si controlan adecuadamente sus emociones, si conocen las consecuencias negativas que se siguen de la triangulación y si cuentan con recursos alternativos, eventualmente terapéuticos. También los hijos pueden defenderse evitando quedar triangulados, sobre todo si disponen de relaciones significativas alternativas a las que aferrarse, por ejemplo, abuelos u otros miembros relevantes de la familia extensa que ostenten delegaciones de las funciones parentales.

Pero si los padres no se controlan y los hijos quedan indefensos, la dinámica trianguladora puede acabar imponiéndose, vehiculizada por propuestas como estas: «Vente de mi parte, yo te ofrezco mayores recompensas, o bien te amenazo con peores represalias si no lo haces». A lo cual se contrapone: «No, vente de mi parte, soy yo quien te ofrece condiciones más ventajosas o te amenaza con pérdidas más dolorosas». Y el niño sometido a este tironeo reaccionará en cierto modo como lo hacían los perros objeto de las investigaciones de Pavlov, sobre las neurosis experimentales. Ante recompensas y castigos simultáneos (galleta, hueso, soplido en el hocico, calambrazo, etc.) respondían con muestras evidentes de ansiedad, quedándose paralizados, temblando u orinándose. Así, también los humanos, aunque los síntomas puedan ser infinitamente más complejos.

La ansiedad, que es la manifestación neurótica más general e inespecífica, constituye la respuesta básica a la triangulación manipuladora. A ella se pueden añadir otros síntomas, dependiendo de los juegos relacionales que se desarrollen superpuestos a la triangulación. Por

eso, la vieja sabiduría nosográfica que agrupó a las distintas variedades de neurosis bajo un común denominador, sigue teniendo plena vigencia relacional, por mucho que el DSM IV haya pretendido ignorarla.

La variable relacional que preside el desarrollo de los síntomas 'fóbicos' y de la 'personalidad evitativa' es la 'dependencia', junto con su opuesto semántico, la 'autonomía'. Ugazio (1998/2012) utiliza el término 'polaridad semántica' para denominar a estas dimensiones relacionales capaces de organizar, dando coherencia a sus atribuciones de significado, a los síntomas psicopatológicos. Y no es difícil entrever que, tras esa oposición de conceptos, además de un fenómeno semántico generalizable existe una peculiaridad que remite a la triangulación manipuladora: la incompatibilidad entre dos progenitores que representan, respectivamente, la dependencia y la autonomía. De cómo se resuelva la lucha entre ambos por obtener la coalición del hijo, dependerá el sesgo del síntoma de este: 'agorafóbico' (simbólicamente inclinado hacia la dependencia) o 'claustrofóbico' (simbólicamente inclinado hacia la autonomía).

Los síntomas 'histéricos' y los rasgos de personalidad 'histriónicos' comparten coherencia clínica y bases relacionales a partir del común denominador de la 'seducción'. Es bien sabido que Freud se inspiró en la histeria para formular los principios teóricos del psicoanálisis, muy especialmente, la 'teoría sexual de la personalidad' y el 'complejo de Edipo'. Y luego él mismo alimentó la polémica sobre el carácter del trauma sexual que sistemáticamente detectaba en sus pacientes. ¿Se trataba de un trauma real o más bien de una fantasía inconsciente? Ambas opciones contrapuestas fueron sucesivamente asumidas por Freud y por la ortodoxia psicoanalítica como la clave de la construcción de la personalidad histérica y de su correlato sintomático. Y, sin embargo, las opciones no se limitan a ser materialmente asaltado por la sexualidad adulta o a inventarse dicho asalto. Entre ser abu-

sado sexualmente y fantasear sobre tal eventualidad, existe una amplia gama de posibilidades intermedias que pasan por la seducción como fenómeno relacional. La histeria brota en los intersticios de una bipolaridad semántica definida por la erotización de la relación con uno de los progenitores (habitualmente de una niña con su padre) y el rechazo puritano del sexo por parte del otro progenitor.

La distimia o depresión neurótica se construye sobre triangulaciones manipuladoras a las que se añade un juego de ganancia y pérdida representado por la coalición con uno de los progenitores y el antagonismo con el otro. Esa dinámica suele marcar la infancia y adolescencia del/ de la futuro/a distímico/a, que transcurre bajo el signo de esa intensa relación, trasladada como modelo al grupo de pares: se establecen vínculos muy fuertes con una persona («mi amigo/a»), que, al tensarse excesivamente, se rompen para ser sustituidos por otros similares, generalmente desde la mirada suspicaz del progenitor aliado. Cuando el amigo en cuestión manifiesta pretensiones de convertirse en pareja estable, la suspicacia encuentra una justificación mayor, puesto que se trata de una relación que amenaza la continuidad de la coalición. He ahí uno de los elementos sustentadores del «mito de 'la suegra'», especialmente coherente en contextos triangulados (¿no existe el «mito del 'suegro'» o de 'los suegros'!). De hecho, si el nuevo actor del juego, que es la pareja, aporta un bagaje relacional similar, también triangulado, no es de extrañar que se produzca una especie de intercambio cruzado de alianzas, de acuerdo con el principio «los enemigos de mis enemigos son mis amigos». Así, según esta lógica relacional triangulada, no será raro escuchar la siguiente frase: «mi suegra es una bruja, pero mi suegro es un buen hombre».

Este es el caldo de cultivo ideal para el desarrollo de la distimia. Bastará con que uno de los miembros de esa pareja, constituida en términos igualitarios o 'simétricos' pierda pie, lo cual

puede ocurrir a raíz de una nueva pérdida relacional significativa (muerte de un ser querido, desempleo, etc.), para que la tristeza asociada a la ansiedad sea procesada como depresión. A partir de ese momento, los síntomas tenderán a integrarse en la relación, restableciendo la simetría amenazada por las pérdidas, aunque inevitablemente, dada la naturaleza de las dinámicas sintomáticas, se tratará de una 'simetría inestable'. Es la modalidad de relación característica de la pareja a transacción neurótica.

Psicosis

Los inicios no pudieron ser más prometedores. La «teoría del doble vínculo» irrumpió en el mundo psiquiátrico como una elegante propuesta etiológica de la esquizofrenia (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956), de estirpe comunicacionalista: dos mensajes contradictorios, emitidos a niveles lógicos diferentes, sin posibilidad de abandonar el campo ni de metacomunicar, en un contexto relacional de dependencia y constituyendo una secuencia continua de acontecimientos. He ahí una situación comunicacional disfuncional frente a la cual la esquizofrenia constituiría una respuesta adaptativa. Obviamente, la relación de dependencia remite sobre todo a la familia de origen, donde se produce, en la infancia, la relación de mayor dependencia imaginable, a la vez que la más influyente para la construcción de la personalidad.

La teoría del doble vínculo inspiró numerosas investigaciones y dio pie a abundantes propuestas, algunas de ellas de gran interés clínico (Sluzki & Veron, 1966). Sin embargo, poco a poco fue siendo abandonada, probablemente tanto por las arduas dificultades metodológicas para verificar hipótesis tan complejas, como por la creciente influencia de la industria farmacéutica y de la ideología biologicista. No podemos sino lamentar ese abandono, que nos ha privado de la vigencia actualizada de un instrumento conceptual sumamente útil para abordar algunos de los muy complejos fenómenos que se producen

en la encrucijada del amor y el desamor. Fenómenos definidos por el 'sí pero no', ambigüedad consustancial a la condición humana presente en tantas situaciones disfuncionales asociadas a las más graves patologías: «te quiero y, seguramente, daría la vida por ti, pero estoy demasiado ocupado en otras cosas; ignoro tus necesidades, me disgusta tu forma de ser, te rechazo porque no te percibo como aliado, etc.»».

Dos grandes pioneros de la terapia familiar, que nunca renegaron de sus orígenes psicoanalíticos, relacionaron la esquizofrenia con dificultades evolutivas del individuo en el contexto de la familia. Bowen (1960) la situó en los niveles más fusionales y menos diferenciados de su 'escala de diferenciación del *self*', mientras que Boszormenyi-Nagy (1962) la asoció con problemas en el proceso de 'desvinculación' en las diferentes etapas del ciclo vital. Wynne (1958) describió la 'pseudomutualidad' como una característica de la familia del esquizofrénico en la que los vínculos solidarios están sometidos a la ley del 'sí pero no', sacrificando la identidad individual a las expectativas familiares. Lidz describió el cisma y el sesgo conyugales en la pareja parental del esquizofrénico (Lidz et al., 1965): unos padres tan enzarzados en un enfrentamiento eterno e irresoluble como aislados del mundo en un universo bizarro propio.

A Watzlawick se debe el concepto de desconfirmación, patrón comunicacional característico de la esquizofrenia que equivaldría a ignorar la existencia de alguien: «tú no existes como emisor de este mensaje» (Watzlawick et al., 1967, op. cit.). Haley (1967), otro de los pioneros que se ocuparon de la esquizofrenia, destacó el concepto de 'triangulación', involucración del hijo en el conflicto de los padres. Estos le solicitarían su sacrificio personal para ayudar a la estabilización de la familia. Si Watzlawick encarna gran parte de la rica tradición comunicacionalista, Haley, compartiéndola, incorpora la sensibilidad estructural que adquirió de Minuchin, combinada con el pragmatismo de su propia visión estra-

tégica. Sin embargo, ambos evidencian importantes limitaciones. Las elegantes propuestas comunicacionalistas del primero sugieren juegos intelectuales difícilmente compatibles con el dolor y la destrucción inherentes a la psicosis. Y tampoco el heroico sacrificio que describe el segundo cuadra mucho con la escasa relevancia del psicótico en su familia, antes de que los síntomas le permitan, paradójicamente, ocupar un lugar bajo el sol.

Selvini y sus colaboradores aportan un material decisivo en la superación de esas limitaciones, tras haber explorado a fondo tanto la sensibilidad comunicacionalista (Selvini et al., 1974) como la estructural, con ayuda para esto último de la «prescripción invariable». En su «teoría de los juegos psicóticos», Selvini (1988) introduce dos conceptos clave: el ‘bloqueo de pareja’, que recoge la tradición sistémica referida a los padres del esquizofrénico (pseudomutualidad, hibris simétrica, cisma, imposibilidad de definir la naturaleza de la relación, etc.), y el ‘embrollo’, juego sucio desconfirmador en el que se ve atrapado el hijo, participante en una coalición con uno de sus progenitores que luego será negada. Con base en estas ideas, proponemos el concepto de ‘triangulación desconfirmadora’ (Linares, 1996) como elemento clave de una teoría relacional de la psicosis. Se trata de una modalidad de triangulación especialmente difícil de entender y de describir, puesto que su elemento central, la desconfirmación, no es, por definición, explicitable.

Recordemos que la desconfirmación equivale a la falta de reconocimiento, es decir, a la negación relacional de la existencia del otro. Pero si dicha negación se explicita («¡Tú no existes para mí!»), deja inmediatamente de ser desconfirmación para convertirse en mera expresión de rechazo. De hecho, en una relación diádica difícilmente puede darse la desconfirmación, puesto que entre dos personas (A y B) que interactúan no cabe la posibilidad de ignorarse. Sin embargo, al constituirse una triada con la intervención de una tercera persona (C), se hace posible que esta

acapare de tal modo la atención de uno de los dos primitivos interlocutores (A), que el otro (B) se sienta olvidado y, por tanto, implícitamente inexistente. Dicho de otra manera, la triangulación desconfirmadora (de B) se arma cuando A niega implícitamente su previa relación privilegiada con B, acaparada por una relación intensamente pasional con C. Se trata de una atmósfera relacional compleja y contradictoria, donde impera el ‘sí pero no’ y, en última instancia, nuestra vieja conocida la ‘comunicación doble vincular’. Y el resultado es una situación de riesgo para que B desarrolle un trastorno psicótico.

Aunque la triangulación desconfirmadora más frecuente es la que, junto al paciente, sitúa en los vértices al padre y a la madre, existen múltiples variantes, entre las cuales destacan también aquellas en las que figura un hermano prestigioso (Selvini et al. 1985) o una figura pseudoparental de la familia extensa. A veces pueden superponerse varias de ellas.

La psicosis implica dos niveles fundamentales de disfunción: los síntomas negativos y los positivos. Aunque a veces se confunden los síntomas negativos con los efectos de la cronicidad, es importante precisar sus diferencias. La cronicidad psicótica manifiesta rasgos hiposociales que no ocultan su condición de beneficios secundarios. El paciente apenas sale de casa, pierde amigos y abandona actividades, pero todo ello se produce al servicio de un estilo de vida de inválido subvencionado no carente de ventajas, sobre todo en nuestras sociedades del bienestar. Con su actitud, es como si el psicótico dijera al mundo, y especialmente a su familia: «soy un damnificado, y ya que la vida y vosotros me habéis tratado mal, ahora yo merezco compensaciones. No pretendáis hacerme trabajar». Los síntomas negativos, en cambio, suponen una desconexión primaria con respecto al entorno, derivada de la desintegración de la identidad bajo los efectos de la desconfirmación. Sin la validación social que supone el reconocimiento, es inimaginable que pueda funcionar la conexión con la sociedad:

«Si no existo, si no soy nadie, tampoco puedo vincularme a nadie». De ahí la inhibición, el bloqueo emocional, la discordancia ideoafectiva y tantos síntomas de los llamados negativos. La escena representada por un psicótico mirándose en un espejo y riendo debería inspirar al explorador para anotar en el historial algún comentario más sofisticado que 'risas inmotivadas'. Es la viva imagen del impacto de la desconfirmación sobre una identidad indefensa, la lesión más grave que esta puede recibir, ante la cual el sujeto queda desconectado incluso de sus propias emociones.

Pero, como la actividad psicológica (y casi la vida) es incompatible con ese 'no ser nadie', la personalidad del psicótico reacciona intentando salvar los muebles de la inundación. De entre las ruinas de la 'identidad desconfirmada', el sujeto selecciona los cascotes mejor conservados para reconstruir una 'identidad alternativa'. Y lo hace, claro está, poniendo todo su empeño en que, esta vez sí, la desconfirmación no sea posible. «Si siendo yo, Juan Pérez, he terminado no siendo nadie, a partir de ahora seré alguien cuya existencia no pueda ser ignorada... seré... ¡Napoleón!».

Resulta espectacular cómo la sabiduría popular, durante los siglos XIX y XX, identificó en los chistes la locura con «creerse Napoleón». No hay duda de que se trata del personaje simbólicamente más importante de la moderna historia occidental: alguien que saliendo de la nada, «sin ser nadie», conquistó Europa y sentó las bases de un nuevo orden universal. Por eso los delirios psicóticos se construyen siguiendo un «modelo napoleónico», ya sea identificándose con un personaje singular, único e irrepetible, ya sea realizando hazañas o sufriendo vicisitudes absolutamente singulares. Ningún psicótico delira en términos colectivos (v.g., «a los de mi pueblo nos abducen los marcianos» o «los vecinos de mi barrio somos aludidos en televisión»), no. «Soy yo el perseguido, yo el espiado, yo el objeto de un trato tan inicuo como excepcional...».

La identidad alternativa, delirante y napoleó-

nica, suele tener éxito en cuanto a garantizar su reconocimiento social, pero una de las grandes paradojas de la psicosis es que ello aleja la posibilidad de reconocimiento de la identidad original. «Mientras más reconocido soy como loco, menos opciones tengo de ser reconocido como ciudadano socialmente homologable». De lo dicho se deduce que la psicosis puede ser considerada un 'trastorno identitario'. Y ya hemos visto que la identidad está fuertemente blindada frente al cambio, ya que no admite confrontaciones directas. Los cambios identitarios, si se producen, lo hacen por vías colaterales y como resultado de estrategias indirectas. Esto constituye un serio problema en la psicosis, porque la identidad en ella está hipertrofiada hasta el punto de ocupar casi todo el espacio narrativo. Se comprende que así sea, porque el delirio es como una neoplasia psicológica que tiende a expandirse en detrimento de otras narraciones más neutras: «si soy Napoleón, lo debo ser en todo momento y bajo cualquier circunstancia; si alguien me habla del tiempo afirmando que hoy hace bueno, es para que me relaje y no ponga trabas a mi embarque con destino a Santa Elena». Efectivamente, una narración tan poco identitaria como el clima puede verse infiltrada de identidad delirante en su imparable proceso expansivo.

Se comprenden las dificultades que encuentran los modelos que abordan individualmente a la psicosis y hasta se entiende que Freud afirmara la imposibilidad de psicoanalizar a los psicóticos. ¡Tenía razón! La identidad delirante «no es asequible a la argumentación lógica», como decían los viejos manuales de psicopatología, y su gran crecimiento reduce a un mínimo la narrativa no identitaria, haciendo también muy difícil su abordaje individual directo. En cambio, la terapia familiar cuenta con la organización y la mitología como espacios adecuados para la intervención. Cambiándolas, se hace posible ampliar indirectamente la narrativa no identitaria y, en última instancia, ayudar a que se redimensione y modifique la identidad.

Depresión mayor

En los casos más característicos y significativos, el futuro depresivo viene al mundo en una familia definida por una relación conyugal de la pareja parental de signo complementario, es decir, no generadora de grandes confrontaciones o conflictos y tendente a funcionar de forma razonablemente armoniosa (Linares & Campo, 2000). Pero ello no debe inducir a engaño: no necesariamente será una pareja que comunique impresiones positivas acerca de su funcionamiento interno; a veces pueden presentar rasgos de complementariedad rígida que enfatizan la dependencia de uno de sus miembros respecto del otro.

Priorizando la conyugalidad sobre la parentalidad, dicha pareja experimenta dificultades en el ejercicio de las funciones parentales. Tales dificultades suelen traducirse en altos niveles de exigencia y escasa valoración de los esfuerzos realizados para responder a esta. Se trata, desde luego, de condiciones coyunturales que pueden durar más o menos tiempo dependiendo de las circunstancias, y que suelen personalizarse en el trato que recibe un hijo, y no el resto. Un ejemplo típico sería la hija que, en otros tiempos, se quedaba soltera para cuidar de los padres en su ancianidad, o simplemente la que, con independencia de su estado civil, era más exigida que valorada en sus servicios a la familia. No es que los padres fueran exigentes y poco valoradores en general, sino que a ella en concreto «le tocaba» someterse a esa pauta relacional. Y también le tocaba cierta predisposición a la depresión.

La 'organización' de la familia de origen del depresivo mayor presenta generalmente una apariencia aglutinada, bajo la cual subyace un fondo desligado y hasta expulsivo. Se habla mucho de unidad, pero el paciente puede tener la impresión de que su presencia es, en realidad, superflua. La pareja parental se muestra, como hemos dicho, 'cohesionada', en contraste con la mayor distancia emocional que evidencia con respecto a los hijos y, particularmente, con el paciente.

Ello se corresponde, en consecuencia, con importantes diferencias en el seno de la fratría, donde el paciente puede reproducir la historia de 'la Cenicienta': explotación y marginación cruelmente combinadas aunque, desde luego, explícitamente negadas. La 'jerarquía' familiar suele mostrar un panorama autoritario, aunque no necesariamente con formas despóticas. El progenitor que ocupa la posición complementaria superior (*one up*) suele ejercer la autoridad y también desempeñar el papel más activo en la pauta relacional depresógena: más exigente, rechazante y descalificador. Y no sirve de mucho para neutralizar dicha pauta que el progenitor *one down* sea formalmente más afectuoso y aceptador si, en cualquier caso, se respetan las reglas del juego complementario. La 'adaptabilidad' muestra familias tendentes a la rigidez, que cambian poco con la modificación de las circunstancias externas y con el desarrollo del ciclo vital.

En la 'mitología' de la familia del depresivo se distinguen unos 'valores y creencias' presididos por la 'descalificación' del paciente. Se valora sobre todo dar la talla en el cumplimiento de los criterios de éxito social: lo que está bien, lo que debe ser, el qué dirán... En definitiva, el culto a las apariencias y a la honorabilidad de la fachada. Como todo ello se traduce en un alto nivel de exigencia y en unos objetivos imposibles de alcanzar, el fracaso y la subsiguiente descalificación están casi garantizados. El 'clima emocional' muestra el contraste entre una apariencia de calidez solidaria y un fondo de gran frialdad e hipercrítica. Se da por sentado el fracaso del paciente, dadas su incapacidad, su insignificancia y sus escasos recursos. Por ello no hay que dramatizar si las cosas le van mal: es lo más natural. En cuanto a los 'rituales', presididos por la alta exigencia, son rígidos y de obligado cumplimiento, con asignación de roles no intercambiables de los que, ciertamente, corresponden al paciente los más ingratos. Podemos llamar 'deprivación hipersociable o descalificadora' a la pauta espe-

cífica de maltrato psicológico que enmarca la vida del futuro depresivo.

Creer en un ambiente de hiperexigencia, donde está prohibido rebelarse, conduce a construir una identidad que incorpora narrativas coherentes con ese contexto. En ellas ocupan lugares preferentes la responsabilidad, el deseo de quedar bien con los demás, la necesidad de preservar la respetabilidad de las apariencias y de comportarse «por encima de cualquier sospecha». Ello explica que, como decíamos antes, el depresivo sea el principal cómplice de la ‘biologización’ de su trastorno, que lo absuelve de cualquier participación en turbios juegos relacionales. Y también explica que, si sucumbe a la desesperación, busque en el supremo acto depresivo que es el suicidio la solución a su situación. Suicidándose se castiga, por una parte, por no haber sido capaz de estar a la altura de las circunstancias respondiendo a lo que se le exigía, pero también se venga del injusto trato de que ha sido objeto, dejando un amargo legado de culpa a los que le sobreviven.

7. TRASTORNOS DE LA VINCULACIÓN SOCIAL

Ya hemos visto que los ‘trastornos de la vinculación social’ carecen de especificidad en sus bases relacionales, lo cual no puede sorprender, por cuanto se corresponde con su heterogeneidad fenomenológica y clínica. Las viejas ‘psicopatías’, transformadas en ‘sociopatías’ por la psiquiatría americana, acabaron dando nacimiento a, por una parte, las ‘familias multiproblemáticas’ y, por otra, el ‘trastorno límite de personalidad’. Ambos cubren el amplio panorama del fracaso en la vinculación social entre, respectivamente, el polo más público y ‘social’ (la familia multiproblemática) y el polo más privado y ‘psicológico’ (el trastorno límite). Ambos corresponden a universos profesionales distintos, si no contrapuestos, cuales son el trabajo social y la psiquiatría.

Por supuesto que la familia multiproblemática no es simplemente una familia con muchos

problemas (Coletti & Linares, 1997). Una definición que tenga en cuenta mínimamente la complejidad del tema ha de considerar, al menos, las siguientes características:

- Un fracaso simultáneo de la parentalidad y la conyugalidad. Con mucha frecuencia, la pareja parental se constituye ya de forma casual, en ausencia de verdaderos vínculos, o se rompe apenas constituida. A su vez, la parentalidad se muestra titubeante y contradictoria, gravitando a menudo solo sobre la madre quien, inmadura y acosada por múltiples dificultades, resulta incapaz de ejercerla.
- Ello genera una atmósfera relacional caracterizada por una organización caótica y una mitología negligente, en las que encajan unos individuos de escasa y débil identidad y de narrativa no identitaria contradictoria e incongruente.
- Las carencias de nutrición relacional derivadas de una situación tan pobre en recursos, generan diversos problemas que afectan a los adultos, a los niños y a las relaciones entre los unos y los otros.
- Tales situaciones, cuando son detectadas, crean alarma social y provocan la intervención de las instituciones, que puede llegar a ser masiva. Además, si solo se orienta al control, puede causar mayores dificultades y daños. En ninguna otra patología, la posibilidad de la iatrogenia es tan previsible.

En una larga lista bajo el rubro «otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica», el DSM IV describe las diversas situaciones disfuncionales características de la familia multiproblemática. La Asociación Psiquiátrica Americana no define su atribución al eje I o al II, y, por tanto, deja un margen de duda para considerarlos ‘síntomas’ o ‘rasgos de personalidad’, lo que, en cualquier caso, no puede evitar que queden habitualmente fuera del diagnóstico, despreciados de un plumazo por el clínico

bajo la despectiva consideración de ‘problemas sociales’. Pero los terapeutas relacionales sabemos que todos los problemas son, en mayor o menor medida, sociales, y, además, no podemos dejar fuera de nuestro foco a una población tan amplia y tan sufriente. Por ello debemos ocuparnos de las familias multiproblemáticas y de sus miembros individuales.

Hemos dicho que la identidad de los miembros individuales representativos de la multiproblematicidad es escasa y débil, y ello no debe hacer pensar en carencias intelectuales. Una «identidad pobre y poco consistente» significa que, en el proceso madurativo del psiquismo de estos sujetos, pocos han sido los constructos narrativos seleccionados como identitarios. Pocos y de forma poco clara. Por eso, su personalidad mostrará un exceso de indefinición en algunos aspectos importantes. Ello no es óbice para que se pueda tratar de personas inteligentes y complejas. Si hay un constructo identitario que suele destacarse, es el que corresponde a la bipolaridad semántica ‘rebeldía/dependencia’, asociados ambos términos con intensidad paradójica. En efecto, son sujetos díscolos y poco respetuosos de las instituciones; al mismo tiempo, desarrollan una gran dependencia de ellas.

Las raíces relacionales del trastorno límite de personalidad en la familia de origen muestran, quizás mejor que los otros trastornos mentales, la necesidad de una perspectiva evolutiva que tenga muy en cuenta la dimensión temporal. Y ello porque es en este territorio psicopatológico donde más se pone de manifiesto la ‘equifinalidad’ propia de los sistemas humanos, es decir, la propiedad según la cual, partiendo de diferentes orígenes se puede alcanzar idéntico resultado.

El destino final del paciente límite, donde termina su trayectoria relacional, es una situación de ‘tierra de nadie’ familiar, lo cual quiere decir que nadie se hace cargo de satisfacer sus necesidades de nutrición relacional. Si estamos hablando de familia de origen, ello supone una *deprivación*, en la que las figuras que ejercen las

funciones parentales fracasan en el desempeño de las mismas (parentalidad primariamente deteriorada), mientras que mantienen un buen nivel de coordinación recíproca (conyugalidad o post-conyugalidad armoniosa). Un punto de partida frecuente es, en cambio, lo que hemos llamado la ‘triangulación equívoca’ (Linares, 2006 c), en la que unos progenitores muy distanciados entre sí y, eventualmente, con una relación muy conflictiva, se atribuyen mutuamente la responsabilidad de la nutrición relacional del hijo. Probablemente, uno de aquellos se implica mucho más que el otro, aunque, por lo general, ejerciendo funciones controladoras y normativas más que protectoras. A veces la situación se parece más a la triangulación manipuladora, descrita a propósito de los trastornos neuróticos, con un progenitor distante y otro muy presente y sobreinvolucrado.

En otras ocasiones, el inicio se sitúa ya en las deprivaciones, con unos progenitores bien avenidos que, sin embargo, son exigentes con el hijo y poco valoradores de este. Uno de ellos se involucra mucho y el otro se mantiene distante, pero el primero se interesa fundamentalmente por el control. Si el segundo se aproxima, lo hace de forma más bien superficial, por salvar las apariencias, pero sin plantearse seriamente compensar la arbitraria sobreimplicación controladora de su cónyuge.

En cualquiera de los casos, como decíamos más arriba, al final todos acaban en una situación de deprivación, porque los que estaban triangulados se destriangulan, ya que el progenitor más cercano se aleja, coincidiendo en esa posición con el que estaba lejos desde el principio: aunque ambos disientan en muchos temas, están unidos por el rechazo al hijo. Y no es raro que al ‘rechazo’ se añada una ‘hiperprotección’ paradójica: se le consiente, en algunos aspectos, más de lo razonable, sobre todo para que no moleste o por temor a tener que enfrentarse. Esta combinación de pseudohiperprotección y rechazo constituye el caldo de cultivo ideal para el fra-

caso de la normatividad, por lo que podemos llamar ‘deprivación hiposociable o rechazante’ a la pauta relacional definitoria in extremis de la ‘condición límite’”.

La identidad del paciente límite no suele ser muy sólida ni consistente, pero muestra algunas características que vale la pena destacar. Quizá sea la ‘labilidad’ la principal característica emocional de la identidad límite: frecuentes cambios de humor, que pasan de la depresión a la agresividad y de la ansiedad a la euforia. La asociación de la ‘conciencia alternativa’ y de la facilidad para el ‘paso al acto’ hacen que estas personas se vinculen fácilmente a movimientos marginales y antisistema (con un cierto grado de compromiso y de militancia, lo cual los diferencia de la acracia instintiva propia de la multiproblematicidad).

En cuanto al conjunto de la narrativa, en el plano emocional está presidida por una profunda ‘desconfianza’ en los adultos y su mundo, de los que no se esperan aportaciones positivas. Ello comporta un sentimiento de ‘victimismo’ muy arraigado que, dirigido hacia el exterior, se convierte en ‘rencor’ y ‘rabia’. En el terreno cognitivo aparece una ‘autopercepción muy devaluada’, lo que en la jerga a la moda se suele entender como ‘baja autoestima’. Por último, en el plano pragmático se aprecian una ‘hiponormatividad’, que supone un escaso apego a las normas sociales de convivencia, y una ‘hiposociabilidad’, dificultad para establecer vínculos significativos y duraderos. Las dinámicas relacionales están presididas por la ‘provocación’, que acaba haciendo aparecer y confirmando las reacciones temidas que se quisiera evitar, y por la ‘revancha’, con la que se pretende ejercer una especie de justicia sumaria y primitiva.

8. CONCLUSIONES

En los inevitablemente estrechos márgenes de un artículo, hemos intentado presentar las ideas fundamentales de nuestra propuesta concerniente a las bases relacionales de la psicopatología. Es una ímproba tarea que, sin duda, dejará más

preguntas abiertas que respuestas satisfactorias. Ímproba por lo limitado del espacio disponible pero, sobre todo, por la magnitud de la labor, que abordamos con una combinación de ambición y modestia.

Somos conscientes de que el trabajo realizado por el autor y su equipo a lo largo de más de veinte años, con ser digno y respetable, apenas se aproxima al objetivo de aportar alguna luz al substrato relacional de los trastornos mentales. Desde esta convicción, las afirmaciones avanzadas en las páginas precedentes deben ser despojadas de cualquier carácter dogmático que, por efecto retórico, pudieran comunicar, e interpretadas como lo que de verdad son, es decir, meras sugerencias, hipótesis de trabajo, metáforas guía, etc.

Nos conforta la convicción de no haber hecho este viaje en solitario, sino, por el contrario, gozando de excelente compañía. Nos referimos, por una parte, a la legión de investigadores que, principalmente en Estados Unidos, sentaron las bases del modelo sistémico a mediados del siglo pasado con una mezcla de rigor y valentía, cuyo espíritu compartimos plenamente. La compañía de algunos es desgraciadamente simbólica, pero no así la de otros que, como Sluzki (2010), Minuchin (2009) o Stierlin (1986) (este, por cierto, europeo), continúan estimulándonos con su presencia. Por otra parte, compartimos viaje con autores, sobre todo italianos, que se hallan actualmente comprometidos en empeños similares al nuestro, entre otros, Luigi Cancrini (2006) y Matteo Selvini (2008), quienes reflexionan sobre los trastornos de la personalidad; Luigi Onnis (2004), quien aborda la patología psicósomática; y Valeria Ugazio (2012), que trata sobre los trastornos neuróticos, alimentarios y depresivos.

En el proceso de elaboración de este artículo, hemos debido renunciar a la exposición de materiales importantes a medida que contemplábamos angustiados cómo el número de páginas crecía implacablemente. Así, ha quedado en el tintero la descripción de la organización y la

mitología de neurosis, psicosis y trastornos de la vinculación social. Tampoco se han podido desarrollar las líneas maestras de la intervención terapéutica que, en buena lógica, se desprenden de este modelo. Sobre este punto, no obstante, se hace necesaria una reflexión.

Las terapias sistémicas, especialmente su abanderada, la terapia familiar, han dado siempre cabida a una extraordinaria creatividad, reivindicando incluso a veces la improvisación como virtud. Sin renunciar a la primera y aceptando con menos entusiasmo y por inevitable a la segunda, nuestra propuesta pretende hacer hincapié en valores como la previsión y la planificación. Vaya por delante una declaración de principios: el objetivo de la actividad terapéutica debe ser liberar de síntomas y disminuir el sufrimiento mediante el pleno restablecimiento de las relaciones amorosas, complejamente interferidas en los procesos patológicos. Hacer, pues, que las personas se sientan relacionalmente nutridas o, lo que es lo mismo, complejamente amadas. A tal efecto, será de gran utilidad contar con guiones, tan fieles como flexibles, que orienten sobre los modos y las maneras en que se han producido, y, en mayor o menor grado, se mantienen las interferencias patológicas del amor complejo.

Si decimos de las psicosis que su contexto relacional más significativo es la triangulación desconfirmadora, tendrá sentido que organicemos la terapia familiar de los pacientes psicóticos como un proceso: a) destriangulador en el plano de la organización y b) reconfirmador (o propiciador del reconocimiento) en el plano de la mitología. Si consideramos que la depresión mayor se genera en contextos relacionales definidos por mitologías descalificadoras y organizaciones deprivadoras, veremos útil armar la intervención terapéutica en torno a estrategias recalificadoras y vinculadoras. Y si entendemos a las familias multiproblemáticas como caracterizadas por una organización caotizante y una mitología negligente, veremos correcto abordarlas con estrategias estructurantes y respon-

sabilizadoras. Sólo por poner algunos ejemplos.

Ni qué decir tiene que todo ello constituye tema para sucesivas investigaciones y publicaciones. Mientras tanto, insistiremos una vez más en que las ideas aquí vertidas deben ser contempladas como metáforas guía orientadoras de la actividad terapéutica y no como corsés ortopédicos limitadores de movimientos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV-TR*. Washington DC: Autor.
- Bateson G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251-264.
- Bateson, G. (1976). *Pasos para una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- Bleuler, E. (1924). *Tratado de psiquiatría*. Madrid: Calpe.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1962). *The concept of schizophrenia from the perspective of family treatment*. *Family Process*, 1, 103-113.
- Bowen M. (1960). A family concept of schizophrenia. En D. D. Jackson (Comp.) *The aetiology of schizophrenia*. New York: Basic Book.
- Cancrini, L. (1994). *Viva Palermo viva*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Cancrini, L., De Gregorio, F., & Nocerino, S. (1997). Las familias multiproblemáticas. En M. Coletti y J. L. Linares (Comp.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona: Paidós.
- Cancrini, L. (2006). *L'Oceano Borderline. Racconti di viaggio*. Milán: Raffaello Cortina.
- Coletti, M. & Linares, J. L. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona: Paidós.
- De Vicente, A. & Berdullas, S. (2013). La asociación británica de psicología llama al cambio de paradigma en salud mental. *Infocop*, 61, 13-14.
- De Vicente, A. & Castilla, C. (2013). Los psiquiatras se suman a la abolición del DSM y la CIE y apoyan el modelo de rehabilitación en salud mental. *Infocop*, 61, 15-16.
- Gunderson, J. G., Bender, D., Sanislow, Ch., Yen, S., Bame, J., Dolan-Sewell, R., Dyck, I. et al. (2003). Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*, 66(2), 111-19.
- Haley J. (1967). *Towards a theory of pathological systems*. En J. H. Zuk & I. Boszormenyi-Nagy (Comps.), *Family therapy and disturbed families*. Palo Alto: Science and Behaviour Books.
- Kraepelin, E. (1883). *Lehrbuch der Psychiatrie*. (Edición 2000-2002, cuatro volúmenes). Munich: Belleville Verlag.
- Laing, R. (1972). *El cuestionamiento de la familia*. Buenos Aires: Paidós.

- Lidz, T. & cols. (1965). *Schizophrenia and the family*. New York: International University Press.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (2001). La thérapie familiale des psychoses comme processus de reconfirmation. *Cahiers critiques de Thérapie Familiale*, 26, 61-81
- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (2006). Una visión relacional de los trastornos de personalidad. En A. Roizblatt (Comp.), *Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Linares, J. L. (2006 b). *Las formas del abuso. La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (2007). Cases that have taught me a lot. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(3), 349-360.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18(3), 381-400.
- Linares, J. L. & Vallarino, D. (2008). Schizophrenia and Eco-Resilience. *Journal of Systemic Therapies*, 27(3), 16-29.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (2009). *Pobreza, institución, familia* (2.ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Onnis, L. (2004). *Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società*. Milano: Franco Angeli.
- Schneider, K. (1923). *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Ed. Morata, 1943.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. F., & Prata, G. (1974). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M. et al. (1985). Il problema dell'inviante. Quando è un fratello a chiedere la terapia. *Ecologia della mente*, 3, 84-103.
- Selvini, M. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M. (2008). Undici tipi di personalità. L'integrazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso. *Ecologia della Mente*, 31, 1-13.
- Sluzki, C. & Verón, E. (1966). Transacciones descalificadoras: investigación sobre el doble vínculo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 12(4), 129-144.
- Sluzki, C. (2010). Personal social networks and health: Conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Family Systems and Health*, 28(1), 1-18.
- Stierlin, H., Weber, G., Schmidt, G., & Simon, F. (1986). Some features of families with major affective disorders. *Family Process*, 25(3), 325-336.
- Ugazio, V. (2012). *Historias prohibidas, historias permitidas. Polaridades semánticas familiares y psicopatología*. (2.ª ed. Corregida y aumentada) Barcelona: Paidós. (Reimpreso de *Storie proibite, storie permesse. Polarità semantiche familiari e psicopatologia*, 1998, Milán: Bollati Boringhieri)
- Watzlawick, P., Beaving, J., & Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Wynne, L. C. et al. (1958). Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.

Recibido el 15 de agosto de 2013
 Revisión final 13 de septiembre de 2013
 Aceptado el 17 de septiembre de 2013