



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 21 – Invierno 2017

TEORÍA DE LA ENFERMEDAD ÚNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO ¹

Ricardo López ²

Con este texto quiero hablar de la construcción de mi ECRO personal, centrándome en la Teoría de la Enfermedad Única de Enrique Pichon-Rivière. El considerar este aspecto de forma tan relevante tiene que ver con mi desarrollo como terapeuta. En el año 2007, acababa de comenzar la residencia y estaba haciendo la rotación en la Unidad de Agudos. Era un momento importante, ya que había empezado a asumir responsabilidades clínicas y me enfrentaba a los primeros pacientes. Es cierto que mi proceso de transformación se había iniciado un poco antes. En el Centro de Salud Mental coincidí con profesionales que se regían por un modelo distinto al biomédico. Alguno de ellos estaba muy vinculado con la antipsiquiatría y aquello supuso un primer revulsivo. Sin embargo, como ya he dicho, las múltiples contradicciones que surgieron en aquella primera etapa no cristalizaron hasta que no llegué a la planta de hospitalización. Aunque todo fenómeno de ruptura es muy complejo, siempre tiendo a marcar el inicio de este cambio cuando atendí a una paciente china, que tenía un diagnóstico de esquizofrenia. A este caso le di tanta importancia porque

¹ Este trabajo constituye la Memoria final del 4º año, curso 2014-15, "Aplicaciones y dispositivos en psicoterapia grupal: modelo de grupo operativo", de la Escuela de Formación **Área 3**.

² Ricardo López es psiquiatra. Toledo

me atreví a plantear en una sesión del servicio mi desacuerdo con la concepción nosográfica de la enfermedad. Voy a transcribir literalmente lo que escribí en aquella ocasión:

Sesión Clínica Hosp. Univ. 12 de Octubre: 21 Marzo 2007

A propósito del concepto de Psicosis Única

Planteamos el objetivo de revisar el concepto histórico actual de **psicosis única** a partir de un caso clínico. Por tanto, comenzaremos con la exposición del caso:

Mujer 26 años, natural de China, que acude al Servicio de Urgencias por episodios de heteroagresividad a nivel familiar. La paciente presenta una situación de aislamiento importante desde hace 2 años en relación con la idea de que, tanto su familia como la iglesia evangelista, mantienen un complot para impedirle vivir con su novio. Según lo recogido en el relato familiar, la persona que ella considera su novio es un hombre casado con un hijo, realidad que la paciente niega, argumentado que cada vez que él la rechaza está poniendo a prueba su amor o se siente atemorizado por las posibles represalias de la familia y de la iglesia evangelista china. En los dos últimos meses la paciente ríe y habla sola, deambula de modo errante por la casa y se muestra muy irritable y hostil. En la valoración inicial la paciente hace referencias constantes a que ella sabe que su novio la ama porque puede comunicarse con él mentalmente. Además, verbaliza escuchar voces dialogantes entre sí que le revelan planes malévolos de su familia y de la iglesia evangelista. Por tanto, procedemos a su ingreso, inicialmente en la UHB del Hospital Gregorio Marañón donde recibe tratamiento con olanzapina 10mg/día. A su regreso a la planta de psiquiatría evidenciamos que la clínica alucinatoria, la desorganización conductual y los fenómenos de difusión del pensamiento han desaparecido, pero el delirio erotomaniaco se mantiene inamovible.

En la historia biográfica de la paciente destaca un hecho traumático vivido a los 18 años de edad cuando mantenía correspondencia con un hombre casado, hecho que fue descubierto por el padre, quien la calificó públicamente como una prostituta. La paciente en ese momento inicia un proceso de encierro mantenido durante tres años, permaneciendo todo el día en la cama y con un marcado desinterés hacia las cosas. Tras este episodio comienza a salir de su domicilio para acudir diariamente a la iglesia evangelista. Allí, un chico comienza a ayudarla y llega al convencimiento de que está enamorado de ella.

Durante su estancia en la unidad utilizamos métodos directos e indirectos de abordaje de la temática delirante. La paciente, ante la confrontación, pasa de un ánimo exaltado con tendencia a la hipertimia a una situación de tristeza marcada y tendencia al llanto. En esos momentos muestra dudas subjetivas en relación con el delirio, que desaparecen cuando vuelve a reestructurarse la ideación erotomaniaca, reapareciendo ese tinte hipertímico.

En el diagnóstico diferencial consideramos la existencia de un sistema delirante. Por tanto, nos encontramos ante un delirio pasional, caracterizado por la exaltación y la hiperestesia a nivel afectivo y por su estructura en sector, englobando a partir de la idea delirante todo el mundo vivencial de la paciente. Sin embargo, en un momento de la evolución de la enfermedad, aparece sintomatología del primer rango de Schneider. Si consideramos los criterios DSM-IV, el diagnóstico sería de esquizofrenia. Sin embargo, desde un punto de vista psicopatológico, estaríamos ante un síndrome Clerebault. Por tanto, deberíamos analizar el significado de la clínica alucinatoria y de la desorganización conductual en los trastornos delirantes crónicos. Para ello, la única clasificación válida es la de la escuela francesa, que describe dos cuadros que estarían a medio camino entre la esquizofrenia y la paranoia vera, la psicosis alucinatoria crónica y la parafrenia. Sin embargo, tampoco estas entidades nosológicas se ajustarían a la psicopatología que presenta la paciente. Por tanto, debemos pensar en un concepto más amplio, el de psicosis única.

El paradigma de la psicosis única se remonta a la época helénica en el que la locura se consideraba una misma enfermedad, cuyo origen era la melancolía. Este concepto no es recuperado hasta los siglos XVIII y XIX con autores como Chiarugi y Guislain. El mayor apogeo de esta concepción de la psicosis se alcanza con Griesinger, quien define la evolución de todo cuadro psicótico en varios estadios: la melancolía, la manía, la paranoia, la confusión y la demencia. Sin embargo, Hoffmann describe cuadros de tinte paranoide primarios, sin necesidad de que exista previamente un episodio melancólico. Así se inicia el declive del concepto de psicosis única, cayendo en el olvido, con las aportaciones de Kraepelin y Breuler. Desde entonces todas las clasificaciones en psiquiatría han abogado por un modelo categorial, vigente actualmente en el DSM-IV y CIE-10. Ahora bien, la experiencia clínica nos muestra que esta concepción de la enfermedad mental como entidades nosológicas cerradas e independientes no se ajusta a la realidad clínica de los pacientes. Por esta razón, la idea de psicosis única sigue teniendo validez. Actualmente este concepto se basa en la

existencia de diferentes dimensiones de la enfermedad que se obtienen por medio del análisis factorial. Por ejemplo, el caso que hemos comentado se definiría de la siguiente forma en un modelo dimensional:

- a. Dimensión positiva:** delirio erotomaníaco, ideación delirante de perjuicio y pseudoalucinaciones auditivas, vivencia de difusión del pensamiento.
- b. Dimensión negativa:** ausencia de sintomatología negativa.
- c. Dimensión desorganización:** conducta extravagante.
- d. Dimensión disfunción relacional:** aislamiento social marcado.

Podríamos introducir otras muchas dimensiones, como la afectiva o la conciencia de enfermedad.

Los estudios neurobiológicos apuntan a que el concepto de psicosis única es válido. Se han hallado genes involucrados en diferentes entidades nosológicas, la atrofia cortical y la dilatación ventricular se relacionan con la sintomatología negativa, independientemente de la enfermedad de base, y todas las psicosis reciben el mismo tratamiento.

Dr. Ricardo López Mateos – UHB Hosp. 12 Octubre

Así es cómo lo expliqué en el año 2007, pero faltan algunos datos que me parecen importantes. Ella procede de una familia de la China rural. La madre muere, poco después de su nacimiento, y queda un padre viudo sin hijos varones. Desde muy pequeña establece una relación absolutamente fusional con el padre, quien la ve como una gran salvadora de la familia. Así, crea toda una serie de expectativas en relación a ella, debes estudiar, ser independiente... La niña se construye a partir de todas estas demandas, pero desde una situación de desmentida, ya que en todas estas expectativas paternas existe una depositación de los anhelos dirigidos a un hijo varón que nunca nació. Por otro lado, se produce una negación de la dependencia emocional de este padre inundado por intensos sentimientos melancólicos hacia su hija pequeña. Efectivamente, Lin Yin es la menor de dos hermanas. Su trayectoria vital es absolutamente diferente a la de la hija mayor. Su hermana asume un legado propio de una mujer de ese contexto, encaminada a ser ama de casa y madre. Sin embargo, Lin Yin comienza a encarnar todas esas expectativas grandiosas del padre. Es una estudiante ejemplar, aprende a tocar el piano y quiere ser maestra. Durante la

infancia la paciente puede sostener esta identidad, pero se quebranta con el inicio de la adolescencia. En ese momento, Lin Yin se encuentra en una situación de encrucijada, las necesidades narcisistas del padre, el vínculo melancólico por una situación de duelo no resuelta en la que padre e hija se encuentran atrapados, su propia necesidad sexual, exogámica y la presión social de la comunidad, por la que ha de encontrar un marido y casarse. La solución es el inicio de una relación epistolar con un hombre casado. En esta situación, es descubierta por el padre y considerada públicamente como una prostituta. La emancipación y la independencia entran en contradicción con la incestualidad. Toda esta crisis concluye en un periodo largo de encamamiento y abandono por parte de la paciente. El grupo, de repente, sale de la negación y comienza a afrontar la melancolía, en la que de forma latente está inmerso todo el sistema. La familia logra resolver esta situación de sufrimiento y daño, vinculándose con la iglesia protestante china. La relación con esta institución está cargada de necesidades, a saber, salir de la soledad y el aislamiento, pero también de redención y probablemente como una forma de exorcismo de lo siniestro. Lin Yin conoce en este contexto a otro hombre, que la cuida y facilita que pueda salir de esa posición melancólica en la que se haya. Desde ahí, ella le pide matrimonio y él acepta, pero emigra a España, lo que hace imposible la relación. En esta ocasión, la familia la apoya, probablemente porque refuerza y facilita el vínculo con la iglesia protestante. Pasan algunos años y Lin Yin, su hermana y su cuñado también emigran a España para abrir una tienda de ultramarinos. A su llegada, Lin Yin comienza a buscar a su prometido y descubre que está casado con otra mujer y tiene una hija. En esta ocasión, la paciente no adopta una posición melancólica, sino fuertemente paranoide. Ella cree que él sigue enamorado de ella, pero no puede expresarlo por temor a las represalias de la familia y la iglesia protestante. La angustia es cada vez más intensa, lo llama telefónica de forma reiterativa y lo acosa. A nivel psíquico se desorganiza, deambula por la casa sin rumbo, habla y ríe sola, hasta que finalmente intenta agredir a la hermana. De esta manera, acuden al Hospital Doce de Octubre. Yo la atiendo en el servicio de urgencias y la remito a la unidad de agudos del Hospital Gregorio Marañón porque no tenemos camas en ese momento. Me reencuentro con la paciente dos semanas después, cuando la trasladan para que finalice la hospitalización en nuestra unidad. En aquel momento la desorganización ha desaparecido, persiste la clínica erotómana de forma inamovible. A nivel afectivo, la paciente muestra una exaltación del ánimo, que se

rompe de forma abrupta al tomar conciencia de la realidad. Cuando esto se produce, se muestra irritable, temerosa, pasa horas con un llanto inconsolable y muchas veces escondida dentro del armario. Al cabo de unas semanas se fue de alta, encontrándose estable. Sin embargo, perdió la adherencia en el Centro de Salud Mental y ni siquiera acudió a la primera cita en Hospital de Día. Esto me generó cierta preocupación. Sabíamos que Lin Yin se había convertido en un lastre a nivel familiar. Pasaba el día en casa, de forma abandonada, no cooperaba en la tienda. Aunque había logrado aprender castellano con una destreza muy superior a la de su hermana o su cuñado, no hacía ni siquiera de traductora, por lo que el grupo familiar dependía íntegramente de la iglesia protestante, que no sólo hacía de intérprete, sino que muchas veces tomaba decisiones con ellos. Yo pude ir clarificando toda esta situación al cabo de varias entrevistas con la familia, en las que siempre participaba el pastor. Sabía que a nivel grupal había un deseo de que Lin Yin volviese a China y si ella no hacía nada por salir de la situación en la que se encontraba, ese sería el desenlace. La hermana comentaba que así el padre podría cuidarla. Sin embargo, teníamos cierta experiencia con pacientes chinos y estábamos informados de que en el país asiático se recurría generalmente a la manicomialización. Yo me hallaba en todas estas tribulaciones tras el alta. Volví a encontrarme con Lin Yin, su hermana y el pastor en urgencias, la paciente persistía en su delirio, la familia y la iglesia demandaban medicación sedante para que pudiese soportar el vuelo de retorno. Decidí el ingreso y tuvo una segunda hospitalización. En esta ocasión, lo llevó un compañero, estuvo varias semanas y después desapareció. No volvimos a saber nada ella.

He escogido este caso, porque supuso una importante movilización en mí, tanto a nivel profesional como personal. Ahora, a través de él, intentaré ir desglosando los conceptos principales de la Teoría de Enfermedad Única de Enrique Pichon-Rivière.

1) Policausalidad:

El principio de policausalidad sería uno de los componentes fundamentales de la TEU. En realidad, Pichon hace una reformulación de las series complementarias de Sigmund Freud. Sabemos que para el autor argentino todo cuadro patológico está originado por diferentes factores en interacción entre sí. El primero de ellos sería el factor constitucional, que a su

vez está conformado por un factor genético y otro precozmente adquirido en la vida intrauterina. En el caso de Lin Yin debemos hacer un cierto ejercicio de imaginación. Sabemos que es la segunda hija de una familia, en la que la madre fallece poco después de su nacimiento. Es difícil saber si existe una carga genética que favorezca la aparición de la enfermedad. Es cierto que en su momento no preguntamos por antecedentes familiares. Tampoco sabemos que le sucedía a esta madre. ¿Estaba enferma? ¿La gestación participó de alguna manera en la enfermedad? Supongamos que así era. ¿Qué estaba ocurriendo con ese feto en desarrollo? ¿Recibía los nutrientes necesarios a través del cordón umbilical o por el contrario la situación de salud de la madre hizo que naciera con un bajo peso? ¿Estuvo la madre expuesta quizás a factores infecciosos que produjeron alteraciones en el desarrollo? ¿Es posible que hubiera cambios a nivel hormonal que afectaran al proceso de organogénesis en el feto? Serían muchos los interrogantes, pero cada una de estas preguntas nos permite acercarnos a la noción de factor constitucional. El segundo factor importante sería el disposicional, es decir, la vulnerabilidad que desarrolla el sujeto por la naturaleza de los primeros vínculos que establece. Nos referimos a la relación con la madre, el padre, con la hermana... En el caso de Lin Yin, nos encontramos una madre que muere precozmente y un padre melancólico que establece una relación fusional con ella. ¿De qué manera se produce en esta niña la fase simbiótica? Probablemente se origina toda una situación de ausencia, en la que toda esa angustia confusional de la posición glischrocárica no tiene un continente que le permita una cierta estructuración del mundo. Probablemente la privación le impide el desarrollo de técnicas instrumentales del yo maduras, quedando en una situación de gran vulnerabilidad frente a las ansiedades básicas. Finalmente Pichon menciona el factor actual, es decir, el desencadenante patogénico. Sería la situación de duelo que hace que el sujeto regrese a su punto disposicional, es decir, al momento en que tuvo que afrontar una pérdida que desencadenó todo un monto de ansiedades básicas, que manejó con los recursos yoicos de los que disponía. En nuestra paciente aparecen tres momentos de enfermedad, uno primero de tipo melancólico, un segundo, paranoide, y finalmente una desorganización de tipo esquizofrénico. Volvamos a imaginar ahora a la Lin Yin adolescente, que comienza a cartearse con aquel hombre casado y es repudiada públicamente por el padre. El rechazo paterno supone una privación importante, la adolescente vuelve a sentir el desamparo infantil de la madre muerta y la dependencia de un

padre atenazado por la pérdida. Esto le genera unos niveles de angustia intolerables que resuelve por medio de la melancolía, a través de la cual se revincula con el padre. Ella sale de la situación por medio de un hombre que la cuida, a través del cual es capaz de satisfacer su necesidad, es decir, la necesidad de recrear al objeto grandioso y omnipotente perdido, es decir, a la figura materna, de la cual tuvo que prescindir de forma precoz. La toma de conciencia de que el hombre está con otra mujer, supone, por tanto, una privación de esta figura materna fantaseada y depositada en él. La paciente va a manejar el monto de ansiedades básicas desde una posición paranoide. Sin embargo, si en el episodio adolescente, el padre, a pesar de la descalificación, actúa como un continente de la angustia, imponiendo una forma de organización “tú eres la mala, la prostituta”, que se mantiene a través de la relación simbiótica entre ambos, en este segundo episodio ese continente no existe, emerge una angustia confusional, una construcción caótica del mundo, sin que exista un otro que la pueda sostener. La paciente revive la indefensión de la recién nacida, inundada por un cúmulo de sensaciones que desconoce. Así, emerge la psicosis, que finalmente propicia su retorno a China, lo que en principio permitiría el restablecimiento de la relación simbiótica con el padre.

2) Continuidad genético-funcional:

Todo proceso morboso posee un núcleo patogénico común, que denominamos situación depresiva básica. Este, a su vez, se compone de diferentes momentos, a saber, protodepresión, depresión del desarrollo, depresión actual, depresión regresional y depresión yatrógena.

Esta situación depresiva básica está constituida por un superyó sádico y un yo victimizado. En el caso que estamos analizando esta estructura resulta bastante clara. La paciente se encuentra sometida a un ideal del yo inalcanzable “serás una mujer independiente, emancipada...” y a una conciencia moral que la tortura, “eres una prostituta”. Es este el sufrimiento que se expresa en dicho núcleo patogénico y que da lugar a lo que conocemos como conflicto ambivalencia, en el cual se establece una relación tetravalente con el mundo (“yo amo al objeto, el objeto me ama, yo odio al objeto, el objeto me odia”). Esta indiscriminación es propia de la angustia que se moviliza en la posición glischrocárica de

Bleger, a la que conocemos como ansiedad confusional y la respuesta del sujeto es la inhibición. A partir de ahí, se va a producir una regresión al punto disposicional, el sujeto va a estructurar su relación con el mundo en un vínculo divalente, yo soy bueno, el mundo es malo (predominaría el miedo al ataque), yo soy malo, el mundo es bueno (el miedo a la pérdida sería el prevalente). Como podemos ver, se trata de un modelo kleiniano de enfermedad. Sin embargo, este sería únicamente uno de los componentes de la situación depresiva básica, que habíamos llamado depresión de desarrollo. Si recordamos las ideas de Melanie Klein, el sujeto se va discriminando de la madre a través del tránsito por dos posiciones. La primera es la llamada posición esquizo-paranoide. En este momento el infante es incapaz de integrar los aspectos amorosos y frustrantes de la figura materna. De esta manera, disocia el mundo en una madre buena que está dentro de él y una madre mala que lo persigue desde el exterior. Es cierto que es ahí donde surgen las otras ansiedades básicas descritas por Pichon, la ansiedad paranoide (miedo al ataque del objeto persecutorio) y la ansiedad depresiva (miedo a la pérdida del objeto amoroso que se encuentra dentro de él). En este momento el sujeto moviliza mecanismos de defensa, según la nomenclatura kleiniana o técnicas instrumentales del yo, según la conceptualización de Pichon, para conservar lo amado y controlar lo persecutorio. Las más conocidas serían la proyección, la introyección y la identificación proyectiva. En un segundo tiempo, el niño ya es capaz de unificar ambas imágenes de la madre, aparecerá la culpa y los intentos reparatorios. Esta es la posición depresiva y precede a la entrada en la fase Edípica. Sin embargo, como ya hemos comentado, para Pichon-Rivière hay otros constituyentes en ese núcleo patogénico. La primera sería la protodepresión, magistralmente desarrollada por Ana María Pampliega de Quiroga. Imaginemos a Lin Yin en el interior del claustro materno. Se encuentra en una situación de completud, el ambiente es cálido y obtiene todo lo que necesita a través del cordón umbilical. En su cuerpo en desarrollo se producen diferentes sensaciones táctiles que le ofrecen una primera imagen de su coporalidad, el proto-esquema corporal. Esta primera relación atávica con la madre es lo que se conoce con el nombre de protovínculo. Tras el nacimiento a Lin Yin le espera un mundo hostil, donde existe el frío, el hambre, la sed... A partir de entonces, ya no puede mantener una posición pasiva, donde todo es satisfecho por simple hecho de existir. Hay una dependencia del otro y así va surgir la necesidad. Este concepto resulta mucho más complejo de lo que inicialmente podría pensarse. No nos

referimos a una mera necesidad fisiológica, sino al anhelo de recrear al objeto grandioso omnipotente perdido. La necesidad moviliza y posibilita el establecer una relación con otro. Este sería el vínculo propiamente dicho. Además, ese nuevo universo de sensaciones le van a proporcionar una imagen de sí misma diferente, el proto-esquema corporal es reemplazado por el esquema corporal.

De igual modo, el psiquiatra ginebrino habla de una depresión regresional. En el epígrafe sobre la poilicausalidad, hablamos del concepto de punto disposicional. Ahora, vamos a intentar profundizar en esta idea. Los seres humanos nos vemos abocados en el curso de nuestra vida a múltiples pérdidas y privaciones que nos llevan a elaborar la situación depresiva básica, una y otra vez. En este devenir se va produciendo un aprendizaje de técnicas instrumentales del yo para el manejo de las ansiedades básicas y de la posición de divalencia. El punto disposicional va a determinar nuestra capacidad para movilizar técnicas instrumentales del yo más o menos maduras. Cuando se produce una pérdida en el momento actual, el sujeto regresa a ese punto disposicional, pasa de la tetravalencia a la divalencia y moviliza las técnicas instrumentales propias del nivel de desarrollo que ha alcanzado a través de ese proceso de aprendizaje. El resultado será el surgimiento de contradicciones y situaciones dilemáticas acerca de sí mismo y de los otros. La resolución de dichas contradicciones permitirá que el sujeto salga de la divalencia y pueda producirse un nuevo proceso de aprendizaje. Por tanto, el punto disposicional irá cambiando con la aparición de nuevas crisis. Como es evidente, la noción de depresión actual está muy relacionada con la depresión regresional. Es la pérdida o el duelo que el individuo no es capaz de elaborar en el presente lo que desencadena todo este proceso de regresión.

Finalmente habíamos mencionado la depresión yatrógena. Sería la operación terapéutica que realiza el profesional para generar en el paciente un movimiento hacia el cambio.

Vamos a centrarnos ahora en el caso clínico. Lin Yin tiene una primera pérdida con el fallecimiento de la madre. Resulta fácil pensar que esto le genera unos niveles de ansiedades básicas muy intensos que le impiden que pueda incorporar los procesos de aprendizaje normales. Por tanto, se va a caracterizar por poseer un repertorio muy primitivo de técnicas instrumentales del yo. Además, va a mantener en la etapa adulta una tendencia a establecer vínculos simbióticos. Su necesidad de recrear el objeto perdido a través de un otro va a ser imperiosa. La segunda privación importante, registrada en su historia, es el duelo por la

pérdida del amor paterno, escenificada en el suceso de la descalificación pública y el intercambio epistolar con el hombre casado. Este episodio está perfectamente descrito. La paciente cae en situación depresiva básica, ya no es la niña brillante a la que ama papá, sino una prostituta rechazada. El conflicto de ambivalencia lo maneja por medio de una disociación, el mundo exterior es bueno y envidiado y ella es mala. Así, surge un cuadro de características melancólicas que dura varios años. Sale a través de un nuevo vínculo con la iglesia protestante, que le permite participar en rituales de expiación y redención e integrar aquellos aspectos propios más rechazados. En este contexto surge de nuevo el amor con el chico que después la traiciona. Parece que no se trata de un amor objetal adulto, sino de un anhelo de amor materno muy primitivo. Sin embargo, el que haya otro capaz de amarla, aun siendo esa puta despreciable, según la visión del padre, le permite alcanzar una cierta integración. Finalmente, en España, se produce la tercera pérdida, asociada a toda una vivencia de traición. En esta ocasión, la paciente hace una operación diferente, el objeto bueno es ella y el persecutorio es el exterior, la familia y la iglesia protestante. Se coloca en una posición con predominio de ansiedad básica de tipo paranoide. Sin embargo, sus técnicas instrumentales fracasan en el manejo de la angustia. La ansiedad entonces se vuelve confusional y aparecen los fenómenos característicos de una psicosis esquizofrénica, desorganización conductual, del pensamiento, clínica alucinatoria... Con la intervención terapéutica se reduce el nivel de angustia y se vuelve articular en la ansiedad predominantemente de tipo paranoide, destacan fundamentalmente los fenómenos delirantes, en forma de ideas de persecución y erotomanía. Durante las sesiones conmigo, en la confrontación terapéutica, aparece la ira y después rompe a llorar durante horas, encerrándose en el armario, hasta que vuelve a estructurar su sistema defensivo paranoide. Esto sería por mi parte un intento de producir eso que Enrique Pichon-Rivière llamaba depresión iatrógena.

3) Pluralidad fenoménica:

Esta característica de la TEU daría sentido a la idea de que todas las patologías poseen un núcleo patogénico común. Si en el epígrafe acerca de la continuidad genético-funcional introducimos unas primeras ideas importantes, a saber, la expresión de la enfermedad va a

depender del proceso de disociación sujeto, pudiendo colocar el objeto amoroso y el persecutorio, dentro o fuera. También comentamos que el sujeto posee diferentes técnicas instrumentales del yo, en función de su punto disposicional o desarrollo, para el manejo de las ansiedades básicas, es decir, conservar el objeto amoroso e inmovilizar y controlar el persecutorio. Todo esto nos mostraría la forma en que la situación depresiva básica se desglosa en diferentes patologías. Sin embargo, el principio de pluralidad fenoménica va más allá, ya que determina la existencia de tres áreas de expresión, en las que se va a poner en juego el conflicto de ambivalencia: área 1 (mente), área 2 (cuerpo) y área 3 (mundo exterior). De esta manera, si el sujeto coloca el objeto amoroso dentro de sí y el persecutorio fuera, vamos a tener una estructura de tipo paranoide. Si se manifiesta en el área 1, podrá ser una paranoia vera o una neurosis fóbica, dependiendo de las técnicas instrumentales del yo que moviliza el sujeto. Si, por el contrario, se expresa en el área 2, estaríamos ante ciertas somatizaciones corporales como la alergia. Si es en el área 3, nos encontraríamos funcionamientos de tipo psicopático, en el que un sujeto perpetra explotación y venganza a otro, sin experimentar sentimientos de culpa. Veamos ahora que sucede cuando el objeto malo se coloca dentro y el amoroso fuera, a nivel estructural sería una melancolía. Si aparece en el área 1 y el sujeto posee técnicas instrumentales del yo de tipo neurótico, surgirá una neurosis obsesiva. Si la expresión fenoménica es predominantemente en área 2, estaremos ante una neurosis histérica. En relación a la hipocondría, parece evidente que es una patología del área 2. Sin embargo, para unos sería paranoide (sobre todo, las formas nosofóbicas) y para otros melancólica, por sus características obsesivas. Finalmente si el conflicto de ambivalencia se juega en el mundo exterior, nos encontraremos con personalidades masoquistas. De igual modo, la ansiedad confusional se puede manifestar en cualquiera de estas áreas de expresión. Si es en el área 1, estaríamos ante las psicosis confusionales, también ante los procesos esquizofrénicos. En el área 2, aparecerían somatizaciones corporales de tipo neoplásico, y, en el área 3, personalidades inestables. Esta conceptualización es planteada por Enrique Pichon-Rivière, tanto en su artículo “Teoría de la enfermedad única y grupos operativos”, como en “Teoría del vínculo”, pero la clasificación que aquí expongo se basa fundamentalmente en la revisión realizada por Hernán Kesselmann en su escrito sobre la psicopatología vincular. En realidad, la clasificación es ardua y tiene únicamente valor desde un punto de vista pedagógico. Como

bien plantea el propio Pichon, aunque la expresión de cada patología se produzca predominantemente en una de ellas, se debe realizar un estudio estatigráfico del conjunto de las áreas. Desde mi punto de vista, esta es la idea fundamental. Si lo trasladamos al caso clínico que estamos trabajando, puede parecer que la paciente da un salto brusco desde una estructura melancólica a una paranoide. Sin embargo, la teoría de las áreas nos muestra que esto no es cierto. Inicialmente la paciente busca a su objeto de amor y este la humilla de forma reiterativa. Este funcionamiento se correspondería con una estructura melancólica, que se expresa en el área 3. Después existe una segunda fase en la que lo acosa, lo amenaza, se llena de odio y de rencor. Estaríamos ya ante un funcionamiento paranoide, pero de igual modo actuado en el área 3. Es imposible saber si la aparición de la clínica delirante de tipo persecutorio y erotomaníaca es previa, posterior o simultánea con estos otros fenómenos. Durante su estancia en la unidad aparece otro síntoma importante, pero que pasa inadvertido. Me refiero al abuso de analgésicos. El antecedente es una distonía aguda secundaria a risperidona. A partir de ese momento, la paciente demanda todo tipo de medicaciones para el control de diferentes síntomas (cefalea, malestar intestinal, mialgias...) Esto nos revela la naturaleza vincular de los fenómenos psicopatológicos. A pesar de lo traumático de esta reacción adversa al neuroléptico, la paciente no nos incluye en el delirio. ¿Cuál es la razón? Los contenidos persecutorios se expresan en el área 2.

4) Movilidad de las estructuras:

Como apuntamos al mencionar el abuso de analgésicos, la expresión fenoménica en cada área es siempre situacional, funcional, vincular e instrumental. Esto significa que el sujeto va a manejar la divalencia, que surge de la regresión al punto disposicional, de diferente forma en función de las circunstancias relacionales. Por tanto, lo observado no se corresponde con una realidad objetiva, sino vincular. El investigador va a establecer un vínculo con el paciente en un determinado contexto y esto va a generar ciertas presiones de tipo adaptativo. En función de estos factores, el interjuego de la disociación y la proyección del objeto bueno y el persecutorio en las diferentes áreas irá variando.

A este respecto Lin Yin, varía desde la exaltación maniforme al derrumbamiento depresivo. La secuencia es siempre similar, como ya hemos dicho al hablar de la depresión iatrógena,

entra en consulta, exhibe su ánimo hipertímico, muy asociado a la fantasía de que su amado va a acudir a rescatarla, la confronto, comienza a mostrarse iracunda y se marcha. Acto seguido, se encierra en el armario de su habitación, llorando, triste y atemorizada. Esta situación moviliza a todo el personal de la planta que se acerca de forma empática a ella. Al cabo de un tiempo, a veces horas, la paciente sale y se vuelve a estructurar el sistema delirante y el ánimo hipertímico.

5) Naturaleza vincular del fenómeno:

Hasta ahora hemos visto los planteamientos del primer Pichon, de los años 30 y 40, muy influido por la fenomenología clásica y por psicoanálisis kleiniano. Sin embargo, ya a finales de los 40 y principios de los 50, su concepción cambia, sobre todo por la incorporación de la ideología marxista y de la dialéctica. En este contexto surge la teoría del vínculo. Sabemos que, tras el nacimiento, se produce una pérdida de la completud y aparece la necesidad. Esta va a constituir un verdadero motor motivacional en la relación con el otro. El niño, en las primeras fases de su vida, va a relacionarse con sus familiares, la madre, el padre, los abuelos, los hermanos... Así, surgen los vínculos fundantes y, a partir de los mismos, se va a constituir un primer grupo interno. De esta manera, en las relaciones que establezca la persona, se va a establecer una especie de lazo con los otros, en el que se va a poner en contacto el grupo interno con el externo. Esto es lo que llamamos vínculo. El proceso de vinculación es complejo. Todo individuo va a depositar en los otros contenidos propios, por medio de un interjuego de identificaciones proyectivas e introyectivas. Esto sigue un funcionamiento que Pichon define como las tres D. Al establecer el vínculo, siempre va a haber un depositante, lo depositado y el depositario. A partir de este interjuego, cada sujeto espera que el otro desempeñe un determinado rol, que sería congruente con los objetos internalizados en su grupo interno. La asunción, ya sea parcial o total de lo depositado, va a permitir que se establezca una comunicación, en la que cada uno va a responder de forma diferente a la esperada, según su propia estructura. Es en este encuentro en el que se produce el cambio. Hablamos de una transformación dialéctica. Esto significa que, al responder el otro desde su propia individualidad (grupo interno), va a desencadenar toda una serie de contradicciones y situaciones dilemáticas que, al ser resueltas, van a generar el

aprendizaje. Por tanto, los avatares que se producen a nivel externo van a producir cambios en el grupo interno; de tal manera que ambos integrantes del vínculo van a resultar transformados. Estas ideas van a suponer una verdadera revolución en el mundo de la psicopatología. Si los síntomas no son más que formas de comunicar una necesidad que requiere a un otro para ser satisfecha, entonces no tendrá ningún sentido hablar de pacientes, sino de vínculos, así clasificaremos los cuadros nosológicos en vínculos melancólicos, paranoides, esquizofrénicos, obsesivos, histéricos...

En este punto, me voy a centrar fundamentalmente en los fenómenos transferenciales y contratransferenciales que acontecieron en el vínculo terapéutico con Lin Yin, ya que, desde mi punto de vista, resultan muy ilustrativos. Como bien hemos comentado, Lin Yin procede de una familia en una situación de duelo, por la madre muerta y también por el hijo varón que nunca nació. Esto hace que la paciente establezca una relación simbiótica con el padre, que se relaciona con ella desde la exigencia, quizás como el resultado de una depositación de todas las fantasías destinadas a ese hijo varón no nacido. La crisis surge cuando inicia el proceso exogámico, se confronta con su sexualidad y probablemente con la maternidad. La amenaza del vínculo del padre y la frustración de sus expectativas grandiosas precipitan su caída en situación depresiva básica, iniciándose el proceso patogénico. En mi caso, procedo de dos clanes familiares de origen muy diferentes entre sí, con una situación de aglutinamiento por parte materna y de desligamiento a nivel paterno. En mi construcción como persona y terapeuta la exigencia del éxito social ha sido muy importante. Además, en mi historia personal existe un núcleo traumático de cierta relevancia. Cuando tenía 18 años y estaba iniciando mis estudios de medicina, mi hermanastra debutó con un proceso esquizofrénico que terminó con un intento de suicidio grave, con una paraplejía como secuela. De esta manera, comenzamos la paciente y yo a establecer un vínculo terapéutico. Mi posicionamiento inicial era el propio del modelo médico ortodoxo, por el cual debía lograr que la paciente adquiriese adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad. Sin embargo, supongo que por mi propia implicación biográfica la relación con esta paciente fue distinta. Sin darme cuenta, me coloqué en una posición similar a la del padre. En cada entrevista con la paciente le decía que ella estaba todavía a tiempo de estudiar y ser maestra, que había sido su sueño de niña. Ella simplemente se limitaba a narrar el delirio y,

al no sentirse entendida por mí, se marchaba de la consulta muy enojada. Pasaba varias horas llorando y al día siguiente el proceso se repetía prácticamente de forma idéntica. Un día algo cambió, la secuencia fue la misma, pero la paciente hizo un movimiento diferente. Cuando yo insistí en la letanía del éxito profesional como salida de la psicosis, la paciente me respondió lo siguiente, “Ricardo, es verdad, yo tuve muchos sueños, pero no voy ser nada de eso, tú no lo puedes entender porque eres español, pero una mujer china si no se casa, no es nadie”. Con esta frase se marchó de la consulta. De repente, una paciente psicótica en el vínculo conmigo decidió dejar de serlo, pero, a su vez, esto me transformó a mí y comencé a cuestionar el modelo médico. A esto precisamente nos referimos al decir que el vínculo es una estructura que pone en relación el grupo interno con el externo y que permite que se produzca una transformación dialéctica en aquellos que participan en él.

6) Fenómeno como emergente familiar y grupal:

Poco a poco, en la evolución histórica de Pichon-Riviére el foco fue cambiando y en los años 50 y 60 no sólo prestó especial atención al vínculo, sino también a la estructura familiar y social. Esto tiene que ver con una integración progresiva de la teoría marxista. Evidentemente la TEU se va a integrar en este nuevo paradigma. ¿Qué podemos decir del origen de la enfermedad si centramos el foco en el grupo familiar? El paciente va a ser el portavoz de las ansiedades que la familia no ha podido elaborar. El niño nace en un contexto con una historia previa, con toda una fantasmática de presencias que forman parte de la historia del clan. Además, esa familia en su devenir ha ido afrontando pérdidas que forman parte de su propio bagaje de vida, algunas elaboradas y aceptadas, otras que, por estar cargadas de sentimientos de vergüenza y culpa, han permanecido como tabúes o secretos familiares. Pichon da especial importancia a la pérdida del status del padre como una situación de duelo que tiende a congelarse y a ejercer efectos fuertemente patogénicos. Cuando el niño forma sus primeros vínculos, se va a producir, obviamente, ese interjuego de identificaciones proyectivas e introyectivas. Sin embargo, en el caso del infante todas estas identificaciones van a ser estructurantes. ¿En base a qué se va a construir su identidad? En virtud de los roles necesitados por el grupo familiar. El niño irá asumiendo o no el rol necesitado en un proceso complejo de asignación y adjudicación de roles. Toda esta

dinámica va a dar lugar a lo que Pichon-Riviére denomina malentendido básico familiar. Esto consiste en que la visión que tiene de sí mismo el sujeto en el grupo no coincide con la que demás integrantes poseen de él. Este mecanismo hace que se obstaculicen los procesos de comunicación y aprendizaje y está claramente relacionado con la adjudicación y asunción del rol de chivo expiatorio. ¿Qué sucede si la familia ha de afrontar una crisis del ciclo vital? Todo cambio supone una pérdida, por tanto, van a surgir ansiedades básicas muy intensas (confusional, paranoide y depresiva). Estas van a ser depositadas de forma masiva en el miembro que desempeña el rol de chivo expiatorio que, a su vez, las va a asumir. El sujeto va a caer en situación depresiva básica y a regresar a su punto disposicional. De esta manera, va a manejar sus ansiedades básicas con las técnicas instrumentales que posee (de la posición esquizo-paranoide). Si fracasan, surge la psicosis, como un acto profundo de comunicación. Lo que se va a denunciar con el síntoma son las contradicciones que el grupo no pudo elaborar y que, por tanto, fueron depositadas en él a través de la identificación proyectiva. Pichon llama a esto el retorno de lo siniestro, ya que lo que el paciente desvela son aquellos aspectos de la historia familiar, cargados de vergüenza y culpa. Así, el chivo expiatorio se convierte en portavoz de la familia y desoculta aquello que permanecía en secreto. A partir de ese momento, pueden darse diferentes evoluciones. Cada sujeto dentro del grupo y la familia en su conjunto pueden hacer un proceso de elaboración y se producirá un cambio. Si esto no es posible, se dan dos fenómenos. El primero es la estereotipia, el sujeto asume el rol de enfermo y maneja las ansiedades grupales, pero con una renuncia a realizar su propia vida. El segundo sería la segregación, la familia excluye al paciente identificado en un intento dramático de volver a silenciarlo. En la segregación suelen participar otros grupos y muy especialmente los dispositivos de salud mental, en tiempos a través del manicomio y actualmente con la psicofarmacología, que busca atenuar las ansiedades básicas a través de un efecto químico para que el síntoma deje de comunicar. De ahí que Enrique Pichon-Riviére plantee las bases de una psicofarmacología desde la concepción operativa de grupo y la TEU, en la que se trataría de medicar con antidepresivos a todos los miembros del grupo familiar, con el objetivo de poner la química al servicio del proceso de integración y maduración y no del de segregación.

Si nos centramos en el caso, podemos ver que hay una pérdida traumática inicial, la muerte de la madre, que, además, adquiere una significación especial al suponer una renuncia por

parte del grupo familiar al nacimiento de un hijo varón. No debemos olvidar que es una familia de la China rural, cuya actividad económica es agrícola y que los hombres son fundamentales en la supervivencia del grupo. En este contexto, el padre asume un rol materno con su hija y se establece un vínculo con una elevada carga incestual. Sin embargo, de forma simultánea deposita en ella toda una serie de fantasías grandiosas, probablemente dirigidas a ese hijo varón no nacido. La paciente se desarrolla como persona en un vínculo atrapante, en la que por un lado ha de mantener un vínculo simbiótico con el padre, pero, a la vez satisfacer sus exigencias de éxito. La contradicción la coloca en posición existencial imposible, sé, por un lado, la mujer sumisa que necesito y, por otro, emancipada, independiente y triunfadora. El equilibrio se rompe en la adolescencia con el ya mencionado cartero con un hombre casado. La erotización de la relación con este hombre es un inicio del desvelamiento, ya que el grupo ha de afrontar, con vergüenza y culpa, que su hija pequeña desea a un hombre mayor que posee esposa y familia. El resultado es una proyección masiva sobre ella de las ansiedades del grupo, en forma de descalificación y reproche. Sabemos que se la califica públicamente como una prostituta. De esta manera, Lin Yin ha de afrontar la pérdida de ese vínculo amoroso con la figura paterna y cae en situación depresiva básica y posteriormente en melancolía. El síntoma, en esta primera crisis, sirve, porque vincula a la familia con la iglesia protestante. Esto tuvo probablemente otro efecto significativo, la iglesia era una importante institución de apoyo para iniciar un proyecto migratorio. No olvidemos que la ausencia de hijos varones dificultaba mantener una economía basada en la agricultura, por la propia estructura social china. Por otro lado, la religión actúa como una especie de exorcismo sobre lo siniestro depositado en Lin Yin. Esto hace que se produzca una cierta tolerancia a que ella inicie una relación de compromiso con un chico de la iglesia. El problema surge cuando él se viene a España y contrae matrimonio con otra mujer. Lin Yin emigra igualmente al poco tiempo, junto a la hermana y el cuñado, y, al descubrir lo sucedido, vuelve a encontrarse con la pérdida del objeto amor grandioso. El resultado es las conductas de acoso, la erotomanía, el delirio paranoide y finalmente la psicosis esquizofrénica. Es muy posible que la paciente en esta situación estuviera asumiendo también todas las ansiedades derivadas del duelo migratorio, que el resto de integrantes del grupo familiar eran incapaces de afrontar. El final de la historia es el retorno de la paciente a China, ya no como una prostituta, sino como una “loca”. El sistema chino se parece al de

Europa hace 30 años, al enfermo se le aísla y se le institucionaliza. Por tanto, aunque en el regreso pueda existir una necesidad de recuperar el vínculo amoroso con el padre, probablemente lo que sucedió fue la exclusión y la segregación.

Esta es mi interpretación familiar desde la concepción operativa de grupo, pero no olvidemos que también la hago en función de mi historia personal y profesional, por tanto, desde mi propia subjetividad en el momento actual.

7) El fenómeno desde la teoría de los ámbitos:

Para entender la participación de lo social en la construcción de la subjetividad y, por tanto, en la constitución de los fenómenos psicopatológicos, hemos de considerar la teoría de los ámbitos, elaborada por José Bleger. Este autor va a definir varios ámbitos inclusivos y en interacción entre sí:

A (psicosocial): Estaría representado por el individuo. Si lo traducimos en términos grupales, hablaríamos del grupo interno.

B (sociodinámico): Lo conformaría el grupo propiamente dicho. Nos referimos al grupo primario o familiar y también a los grupos secundarios.

C (institucional): Estaría formada, como su propio nombre indica, por las instituciones. Es un ámbito complejo, ya que unas instituciones están incluidas a su vez en otras, siendo la institución que incluye a todas ellas el Estado. Por otro lado, algunos sistemas poseen una doble naturaleza, por ejemplo, la familia, por un lado tiene rasgos de una estructura grupal basada en vínculos, donde predomina el sostén emocional, pero, por otro, existen una serie de roles sancionados que la convierten en una verdadera institución.

D (comunitario): Sería el espacio en el que los sujetos desarrollan su propia vida y se define como un ámbito interinstitucional, es decir, en el que diferentes instituciones interactúan entre sí.

Lo primero que debemos pensar, si queremos acercarnos a una comprensión social de la enfermedad, es que los conceptos de salud y enfermedad son producciones de tipo cultural. Por tanto, se va a considerar patológico todos los roles que entren en contradicción con el modelo económico y de poder de una sociedad. En nuestro mundo post-contemporáneo estaría muy relacionado con la asunción de roles productivos y de consumo. Podríamos

dedicar un trabajo completo a analizar cómo la asignación y asunción de roles en virtud de las necesidades de tipo social confiere al sujeto un determinado status y cómo esto va estar muy relacionado con su desarrollo narcisístico. Sin embargo, en este epígrafe nos vamos a centrar exclusivamente en entender cómo el paciente se convierte en portavoz de las contradicciones que la sociedad no puede resolver y se hace depositario de las ansiedades básicas que no pueden ser elaboradas, por un proceso muy similar al que describimos al hablar de grupos familiares. Asimismo, este fenómeno sólo puede ser entendido si introducimos el concepto de ámbito, ya que el conflicto que surge en uno de ellos se traslada al conjunto de los ámbitos que incluye. Existe un artículo clásico de Armando Bauleo en el que narra cómo los pacientes en la Argelia colonizada tendían a expresar delirios paranoide y alucinaciones auditivas igualmente persecutorias en relación con la radio, que estaba por aquel entonces en manos del gobierno francés. Cuando se produjo la descolonización, prosiguieron los delirios y alucinaciones radiofónicas, pero con una cualidad positiva. Centrándonos en el caso clínico que planteo observamos fenómenos similares. Como ya hemos dicho, es una paciente, mujer de la China rural. La forma económica es agrícola y es esencial la fuerza física y, por tanto, la responsabilidad de la supervivencia del grupo recae en los hombres. Procede de una familia en la que la madre muere después de su nacimiento y en la que no hay hijos varones. Esto aboca a la familia a tener que recurrir a la emigración como forma de sustento. Además, en China se encuentra en vigor la ley del hijo único. Si no se cumple, la familia ha de pagar una sanción económica importante. En la China rural suele haber una cierta tolerancia, ya que no es infrecuente que los clanes tengan varios hijos hasta que nace un varón. Esto tiene una consecuencia que los hijos no pueden ser registrados oficialmente y a nivel social se les presenta como primos o parientes lejanos. El tercer aspecto importante es el maoísmo. China, durante la revolución, adquirió la fama de ser un estado feminista. Esto tenía que ver con que había una necesidad importante de mano de obra y permitió a la mujer alcanzar un cierto status social. Desde ahí, se creó un discurso favorable a la emancipación de la mujer, pero la cultura tradicional se mantuvo. Esto significa que las mujeres han de tener siempre menor nivel cultural y adquisitivo que el marido. Si ascienden mucho en la escala social, permanecen solteras y esto se suele de acompañar de un rechazo importante por parte de la sociedad. Hasta hora había comentado que el padre, viudo, demandaba por un lado a Lin Yin que fuera la esposa sumisa y, por otro,

la mujer independiente y lo atribuía a una depositación de fantasías grandiosas en relación al hijo varón no nacido. Sin embargo, vemos que esta contradicción también se encuentra en la sociedad de pertenencia, ya que hay un discurso oficial que alienta a las mujeres a ser exitosas, pero la realidad es que si renuncian al rol de esposa abnegada y madre sufren el repudio social. Ante los ojos de esta realidad, el acoso, la erotomanía y el delirio persecutorio adquieren una nueva dimensión y esa frase en la que me dice, “Ricardo, es verdad, yo tuve muchos sueños, pero no voy ser nada de eso, tú no lo puedes entender porque eres español, pero una mujer china si no se casa no es nadie”, adquiere un significado diferente.

8) Reflexión final

Como conclusión, me centraré en algunas ideas de Davereux. Este etnopsiquiatra observó que en sociedades primitivas, con estructuras muy cohesivas, se producían cuadros psicóticos, pero no había casos de esquizofrenia como tal. Esto me hace pensar que la psicosis es una respuesta natural de cualquier persona para poder elaborar determinadas contradicciones que por el monto de angustia que generan no se pueden nombrar de otra manera. Sin embargo, al hablar de esquizofrenia nos estamos refiriendo al proceso estereotipante que surge como respuesta ante la emergencia de la psicosis. Este fenómeno está muy relacionado con el tipo de sociedad en el que se produce. No es lo mismo una comunidad pequeña en la que cada individuo tiene una importancia intrínseca para la supervivencia del grupo que una sociedad estatal en la que lo importante es el mantenimiento de determinadas jerarquías de poder. Esto hace que se instauren formas de vida de tipo individualista, ya que el aislamiento tanto de los sujetos como de los grupos familiares facilita una dinámica de no cambio. Leing y Cooper definían la psicosis como un intento de libertad frente a una sociedad opresiva y la instauración de una esquizofrenia como un fracaso del proceso de liberación. Si traducimos esto en términos marxistas, podríamos decir que la psicosis es la expresión de una necesidad individual y grupal de salir de la alienación y la cronicidad como una forma de sostener el equilibrio alienante.

Como ya hemos dicho, Pichon-Riviére tardó más de 30 años en elaborar la teoría de enfermedad única. Supone una evolución desde el psicoanálisis a la psicología social. Sin

embargo, la articulación de ambas disciplinas resulta compleja. Partimos de Freud, para luego profundizar en el modelo kleiniano, en la dialéctica y en el marxismo. Sin embargo, este recorrido va a ir resignificando en su proceso cada uno de estos modelos. De esta manera, Pichon describe la situación depresiva básica como un conflicto entre un superyó sádico y un yo victimizado. En este punto, recurre a la segunda topia o modelo estructural, pero en su proceso de elaboración lo modifica y lo transforma. Para Freud el superyó estaba representado por la conciencia moral y el ideal del yo. Era una estructura que surgía tras la resolución del Edipo, con la entrada del padre y la prohibición del incesto. En las diferentes conceptualizaciones que se han hecho acerca del superyó, siempre aparece la idea de ley y de tercero. Desde ahí, se puede afirmar que el superyó es aquella parte que expresa el impacto de la cultura sobre el psiquismo del sujeto. Cuando pensamos en un superyó sádico y un yo victimizado, conectamos con una cultura opresiva que aliena el funcionamiento psíquico del sujeto. Desde ahí, podríamos pensar que la situación depresiva básica de Pichon surge de un conflicto entre el sujeto y su cultura pertenencia. Ahora bien, esta visión es extremadamente reduccionista. Se recurrimos al concepto de protodepresión, vemos que el límite y la falta surgen en el mismo momento de su nacimiento, al pasar de una situación de completud a una de necesidad. Por tanto, el conflicto entre la necesidad del sujeto y los límites que impone la naturaleza o las estructuras de tipo grupal o social es inherente a su esencia. Lo que hace diferente a unos modelos familiares y sociales de otros es precisamente la flexibilidad al cambio. Si este es posible, se producirá todo un proceso de elaboración de las contradicciones y el sujeto podrá salir de la situación depresiva básica y recupera su libertad personal. Si se trata de una estructura muy rígida, el sujeto se identificará con aquellos aspectos más opresivos de su cultura de pertenencia y adoptará una posición de estereotipia y enfermedad. Desde una óptica marxista, podríamos decir que las sociedades en un proceso permanente de cambio están sometidas a una dinámica constante de alienación y desalienación. Esto sería normal y significaría que se trata de una estructura flexible con apertura al cambio dialéctico. Sin embargo, si este proceso se detiene y esta dinámica se interrumpe, porque resulta imposible el proceso de alienación-desalienación, entonces surge lo opresivo. De esta manera, podríamos concluir que es inconcebible cualquier comunidad humana sin locura, pero sí se podría construir un mundo sin enfermedad mental.

Con esto finalizo todo este proceso de elaboración, en el que he trabajado con intensidad durante casi un año y que responde a dudas y cuestiones que afloraron casi al inicio de mi ejercicio profesional y, si consideramos la presencia de determinados núcleos traumáticos a nivel personal, podría decir que durante toda mi vida. El camino ha sido sinuoso y arduo, con momentos de integración y otros de angustia y evitación. A través de esta experiencia he podido entender a lo que Pichon denominaba ECRO. No se trata de la adquisición de un conocimiento, ni siquiera de la adopción de una posición técnica o ética, sino de una transformación del grupo interno, en la que se replantea no sólo la identidad profesional, sino también la personal. Así, ahora que finalizo me queda cierta satisfacción de la vuelta de espiral que he podido dar, pero también un cierto temor ante todo el camino que me queda por recorrer. Creo que el esfuerzo ha merecido la pena.

Bibliografía:

- 1) Arbiser, S. "Psicoanálisis en Argentina". Revista Uruguaya de Psicoanálisis (97): 159-181. Montevideo. 2003.
- 2) Baranger, W. "Proceso en espiral y campo dinámico". Revista uruguaya de psicoanálisis. Montevideo. 1979.
- 3) Bauleo, A. "La envidia en la concepción de la simbiosis" "Más allá de la envidia, capítulo 2". Biblioteca nueva. 2000. Madrid.
- 4) Bleger, J. "Psicohigiene y psicología institucional". Paidós. Buenos Aires. 1966
- 5) Bleger, J. "Temas de psicología: entrevista y grupos". Nueva Visión. Buenos Aires. 1964.
- 6) Casetta, G. "La teoría del vínculo como convergencia de saberes en Enrique Pichon-Rivière" Revista Poiésis. Nº 23. 2012. Buenos Aires.
- 7) Fabris, F. "Pichon-Rivière, irrupción y génesis de un pensamiento". Editorial Polemos. 2007. Buenos Aires.
- 8) Kesselman, H. "Psicopatología vincular". Revista Clínica y Análisis Grupal Nº 4. 1977. Madrid.
- 9) Kesselman, H. "Psicopatología vincular". Revista Clínica y Análisis Grupal Nº 4. 1977. Madrid.

- 10) Macchioli, F.A, Chayo, Y. "Cuatro principios fundamentales en la construcción de la teoría de enfermedad única de Pichon-Rivière". XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en psicología del Mercosur. Buenos Aires. 2007.
- 11) Macchioli, F.A, "Enrique Pichon-Rivière: la teoría de la enfermedad única a través de algunos de sus recorridos nosográficos".Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. 2010. Madrid.
- 12) Pampliega de Quiroga, A. "Núcleo patogénico: formulación actual, primeras formulaciones, divalencia-ambivalencia, reformulaciones de concepciones básicas, desarrollo de ECRO". Escuela privada de psicología social. 1983. Buenos Aires.
- 13) Pampliega de Quiroga, A. "Algunas reflexiones sobre núcleo patogénico común, posición depresiva básica, principios que rigen la conducta, salud, proceso creador y enfermedad". Escuela Privada de Psicología Social. 1986. Buenos Aires.
- 14) Pampliega de Quiroga, A. "Conflicto psíquico- Conflicto en el ECRO-Conflicto, salud y enfermedad, Lo evolutivo y lo regresivo-Posiciones, Posición depresiva, conflicto de ambivalencia y núcleo patogénico, Divalencia y proyección del objeto en distintas áreas (pluralidad fenoménica, policausalidad-continuidad genético-funcional". Escuela privada de psicología social. 1984. Buenos Aires.
- 15) Pampliega de Quiroga, A. "Principios de causación de la conducta, protodepresión- posición esquizo-paranoide, posición patoplástica o instrumental, ingreso a la posición depresiva del desarrollo, divalencia y ambivalencia, organización del mundo interno en una continuidad genético-funcional". Escuela privada de psicología social. 1985. Buenos Aires.
- 16) Pampliega de Quiroga, A. "Lo siniestro- el conflicto de ambivalencia, la depresión-la pérdida, la enfermedad y la creación, algunas fuentes del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière". Escuela de Psicología Social. 1983. Buenos Aires.
- 17) Pichon-Rivière, E. "El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social. Nueva Visión. 2009. Buenos Aires.
- 18) Pichon-Rivière, E. "Teoría del vínculo". Nueva Visión. 2010. Buenos Aires.
- 19) Rosenthal, J.C. "Acerca de la Teoría de la Enfermedad Única". Temas de psicología social. Nº 5. Buenos Aires. 1983.

- 20) Tse-Tung, M. "Sobre la práctica". "Obras escogidas de Mao Tse-tung". Ediciones de lenguas extranjeras. 1968. Pekín.
- 21) Tse-Tung, M. "Sobre la contradicción" "Obras escogidas de Mao Tse-tung. Ediciones en lenguas extranjeras. 1968. Pekín.
- 22) Vezzetti, H. "Enrique Pichon-Rivière y Gino Germani: el psicoanálisis y las ciencias sociales". Anuario de Investigaciones, nº6. Buenos Aires. 1998.
- 23) Walter, K. "Trabajo comparativo entre el abordaje de grupos familiares de Enrique Pichón-Rivière y el psicoanálisis multifamiliar de Jorge García-Badaracco". Tesina de la Universidad de Belgrano. Buenos Aires. 2010.