



1. Areas de cuestionamiento psiquiatrico

1.- Nivel de divulgación

Desde hace algunos años se ha producido una divulgación de lo que ocurre en el interior de la psiquiatría. Esta divulgación es consecuencia de una necesidad de sistema de parar lo que estaba ocurriendo en el interior de las instituciones.

Después de la II Guerra Mundial el sistema capitalista, en plena expansión, no puede mantener el coste de los psiquiátricos. Por otra parte, el número de población que queda fuera del grado de desviación que el sistema admite, es elevado; problemas debidos a los campos de concentración; psicosis de guerra; población civil asolada por bombardeos; etc.

Esta nueva situación pone en crisis los mecanismos asistenciales que hasta entonces había en Salud Mental. La psiquiatría no había hecho más que seguir una política de almacenamiento, aislamiento, cronificación y mantenimiento de la enfermedad mental. Se hace necesario, también, un tratamiento que permita la recuperación rápida de los enfermos y su reinserción social.

2.- Cuestionamiento político

Después de la II Guerra Mundial América es una tierra de libertad que ha combatido contra el fascismo. En EEUU comienza el sueño dorado de las Ciencias de la Producción que dura de quince a dieciocho años. La población se lanza al mundo de los negocios, tienen la esperanza de construir un mundo que elimine el hambre.

Es el periodo donde crece también una ola de intolerancia, de persecución hacia todo aquello que huelga a totalitarismo, comunismo, pero al mismo tiempo que se ataca al comunismo, se atacan otro tipo de cosas: el liberalismo de actores, de directores, novelistas, poetas, cantantes, sindicalistas, etc.

El sistema americano empieza a mostrar su cara, el sueño de que América había venido a salvar el mundo, comienza a quedar un poco cuestionado. Se empieza a ver las cosas con más claridad. Antes de la I Guerra Mundial América debía dinero a casi todos los países, a su término liquidó sus deudas y tiene ya un superavit en la venta exterior. Cuando terminó la II Guerra Mundial los mecanismos que van a controlar la economía están ya en manos americanas. Se empieza a comprender que la guerra contra el fascismo había sido una guerra de imperios: de un capitalismo contra otro capitalismo.

A principios de los años 60 se produce un movimiento inverso en la población estudiantil, abandonan las ciencias de ingeniería, empresarial y de este tipo. Se vuelven hacia el pensamiento hacia nuevos conocimientos que hablan del hombre, su conducta y su relación con el medio: la psicología, la ecología. Es



también aquí, donde la psicología va a encontrarse en una encrucijada, ya que es una institución que modela las personalidades, que moldea las libertades privadas y públicas, que combate las diferencias, que elimina la identidad, que sofoca las diferencias y sobre todo, que pretende avanzar por el campo de una tecnología de la conducta para intentar que los individuos cada vez tengan unos comportamientos más adaptados al sistema. De hecho, la gran crítica que se hace a lo que se ha llamado la tercera revolución psiquiátrica, que sería la de los fármacos, vendría dada por esto. El fármaco elimina la identidad del individuo y elimina su historia.

En esta década se hacen grandes investigaciones sociales. Entre ellas destaca la de Goffman que es un sociólogo y realiza un trabajo de campo sorprendente: se va a un hospital psiquiátrico como enfermo psiquiátrico. Se introduce en el interior del manicomio, de su cultura; vive la presión de la escala jerárquica; ve cómo viven los enfermos, cómo los enfermeros oprimen a los enfermos; como los enfermeros se someten a toda la escala jerárquica.. Y de esta experiencia escribe su libro: Internados y toda una teoría de investigación sociológica en el terreno de la salud mental. También aparecen otros libros entre ellos los de Szass. Hay gente que va a decir que “la enfermedad la inventa el médico”, “la locura no es más que una invención realizada por los psiquiatras” que no han sido capaces de descubrir en ningún momento lo que ocurre como perturbación y lo demuestran en el caso de análisis de la tuberculosis, en el análisis de la histeria y en toda una serie de enfermedades psicosomáticas.

3.-Historiadores de la psiquiatría

Por último, la tercera vía del cuestionamiento de la psiquiatría sería unos historiadores que son capaces de investigar la historia clínica. Van a estudiar el nacimiento de la psiquiatría desde sus orígenes, como rama de la medicina, y qué esto que tiene que hacer la psiquiatría para doblegarse a las disciplinas científicas, cómo se ha ido desarrollando a lo largo de los siglos pasados, qué criterios están en la base...Foucault, Castell, Rossen, son historiadores que se encuentran ante esta crisis de la psiquiatría y que van a buscar la arqueología de la enfermedad, la arqueología de la psiquiatría.

Posteriormente se originan otras investigaciones, serán después los antipsiquiatras los que pongan en cuestionamiento los criterios de la curación. Ellos van a insistir en el análisis de las prácticas hospitalarias. Van a insistir en los efectos que causan las terapias de choque. Van a mostrar como desde el interior de experiencias alternativas, eso que se ha llamado enfermedad deja de tener sentido, y ante lo que nos encontramos siempre son ante sistemas personales perturbados en sus relaciones afectivas, en sus vínculos, en sus deseos, en sus necesidades. La locura es, siempre, una transacción, una estrategia, la mayor parte de las veces la única forma que tiene el individuo para mantenerse vivo.

Por otra parte, la epidemiología también va a combatir a la psiquiatría. La epidemiología nace como intento de combatir las causas infecciosas de la enfermedad. Si en estos momentos analizamos el desarrollo que ha llevado la epidemiología vemos que en 1911 se define como ciencia que estudia las causas infecciosas de la



enfermedad y en 1970 conceptua: análisis de los condicionantes ecológicos de la salud; la transformación es grande.

Desde que la epidemiología empieza a preguntarse por las características del enfermo, dónde se enferma, cómo se enferma y, más concretamente, cómo se pierde la salud, entonces comienza a ver que es como si el buen dios fuera el mal dios: la inteligencia se alía con la riqueza y la enfermedad y la torpeza, con la pobreza. Los epidemiólogos dirán: “No nos interesa la enfermedad, nos interesa cuáles son los agentes sociales y los agentes naturales que cohabitan en la pérdida de salud”. ¿Se puede mantener la salud con un deterioro de las condiciones ecológicas del hombre?. Cuando hablamos de condiciones ecológicas nos estamos refiriendo a condiciones ecológicas naturales, a condiciones ecológicas sociales, condiciones ecológicas culturales, políticas, afectivas. Es decir, en el mantenimiento de la salud influyen factores como el urbanismo, la casa, la plaza, la diversión, la educación, etc. De manera tal que en estos momentos, la epidemiología dice: “no sabemos si existe la enfermedad, no nos interesa, pero podemos llegar a saber cómo se pierde la salud, cómo se compromete la salud”.

Habría que plantearse si con estas tres vías ha habido una crisis de la psiquiatría o si solo han sido alternativas de respuesta a otra forma de entender la enfermedad. El problema estaría en qué se considera el sobredeterminante de la propia enfermedad. En estas tres vías lo que se mantiene siempre es físico-natural y eso es ir en paralelo con la psiquiatría. ¿Ha habido auténtica crisis? Desde luego no ha habido crisis hasta el punto de que haya habido un cambio de paradigma.

El psicoanálisis mantiene el fisicalismo, tampoco rompe con cómo es el sobredeterminante. Freud dice: “El Edipo es condición esencial y necesaria para que alguien trascienda el nivel de organización humana” o, si se quiere, para que se supere la constitución estructural psicótica. Lewi-Strauss dice: “Sólo la organización parental arroja al hombre de la naturaleza para convertirlo en proyecto cultural”.

No es posible entender la dolencia desde fuera. La enfermedad mental es la salida del organismo vivo en su unidad total para vivir una situación no vivible. La enfermedad mental, es la modalidad del ser que es la carencia de ser, que es la carencia de identidad, la fusionalidad. No se puede estudiar ni curar una neurosis sin un respeto profundo por la persona del paciente, sin un respeto constante por captar la situación básica, sin un proceso que trate de encontrar la respuesta de la persona a la situación. Razón y Violencia.

En la sociedad que vivimos, una política del deseo es una política revolucionaria porque no hay nada más subversivo que el deseo. Cualquier sociedad que libere al deseo es la sociedad revolucionaria. ¿Explica la sociedad la locura? La teoría de la sociedad como una parte de la historia explica parte del conflicto de la humanidad pero no todo el conflicto.



2. Líneas de intervención práctica y teórica en Psico(pato)logía

1.- Modelo médico

Cualquiera de los modelos dinámicos, ya sea el psicoanálisis, ya sea el dinámico carácter vincular, ya sea el sociológico, ya sea el comunicacional: todos ellos estaríamos de acuerdo en caracterizar de una forma específica al modelo médico. El modelo médico es, fundamentalmente, un modelo organicista. Un modelo que tiene su área de aplicación, su agotamiento en lo que podríamos llamar el cuerpo, las psicosis orgánicas. El problema es qué se puede entender por psicosis orgánica. En las psicosis orgánicas habrá que hablar de un proceso orgánico, podría ser una demencia. Lo que pasa es que una demencia tendría unas características que no son atribuibles al cuadro que presenta nosográficamente una psicosis orgánica. En líneas generales, el modelo médico se limitaría a las psicosis. La psicosis desde el punto de vista de su dimensión tanto genética, como funcional, como terapéutica de carácter orgánico.

Por otra parte, todos estamos de acuerdo en señalar que en el modelo médico habría tres niveles básicos:

- 1.- *El nivel de lo que llamaríamos los elementos, es decir, una teoría del Síntoma.*
- 2.- *El nivel de lo que llamaríamos las estructuras, que sería en este caso una teoría del Síndrome.*
- 3.- *Nivel que se podría llamar el sistema, que sería básicamente una teoría de la Enfermedad.*

Por tanto síntoma, síndrome y enfermedad serían como los tres grandes niveles que mundialmente se reconocen en el terreno de intervención de la medicina. De la medicina, en cuanto que instancia que pretende explicar el hecho de enfermar, la enfermedad misma, el curso de la enfermedad y el proceso de curación.

Desde el punto de vista médico el síntoma es un elemento descontextualizado, aislado de la relación, de la situación, la biografía y sobre todo las relaciones que mantiene un individuo con su propio medio. El síntoma es aislado de su dinámica, de su génesis. El síntoma es una señal orgánica, en este modelo el síntoma no sería el signo que está mencionando la presencia de algo sino el algo mismo.

La medicina trata de intervenir al síntoma ya que es patológico. Esta manera de observar se mantiene en medicina sólo en el campo de la psiquiatría. La descontextualización es el factor fundamental. Esto va a tener incidencias en la propia terapéutica. Cuando a un individuo se le aísla, cuando a un individuo se le desocializa, el que pierda su ser, sus relaciones afectivas para el modelo médico no tiene ningún sentido, carece de valor, puesto que en el mismo momento en que el síntoma es aislado de su dinámica, de su funcionalidad, de su génesis relacional, pues bien, al quebrantar esto, ni se considera biografía, ni se considera situación, ni se considera relación. Este sería un elemento fundamental, esta manera de observar se mantiene en la medicina sólo en el campo de la psiquiatría. Hoy, la propia medicina en otras de sus ramas, ha tenido que abandonar esta manera de diagnosticar esta concepción del síntoma. Nos encontramos con que la psiquiatría que ha etiquetado, que ha clasificado casi tanto como la botánica, sigue encerrada en un callejón sin salida, del que



no puede salir a partir de esa concepción. El hecho de que la psiquiatría no pueda reconocerse más que como una técnica no le lleva a tener recursos para poder variar por sí misma la situación.

El segundo elemento sería el síndrome, el síndrome sería una constelación de síntomas. El modelo médico falla actualmente a nivel de marco racional de explicación y marco teórico de comprensión, tanto lo que podríamos decir de la perturbación conductual, trastorno de la personalidad en cualquiera de sus manifestaciones como de las perturbaciones neuróticas, perturbaciones psicóticas, perturbaciones psicopatológicas.

2.- Modelo Funcionalista

Se parte de un hecho fundamental, un hecho que es radical, el síntoma es dicho por el sujeto e interpretado por el contexto. El modelo funcionalista es un modelo cómodo, moderno, es el modelo socialdemócrata. En este modelo nos encontramos con un problema que es serio que es que el lazo que une al síntoma con el contexto no es claro, no es diáfano, no es rotundo. Es decir, no se ve con claridad qué nexo se puede establecer entre el síntoma y los problemas que plantea, en un momento dado, un contexto, una situación, una relación. Tiene como marco de referencia la eficacia. Considera que tratar el síntoma, el conflicto, hablar de la vivencia, del sufrimiento psíquico son grandes bobadas que no se van a resolver nunca. El modelo funcionalista entiende que hay una perturbación en la adaptación del individuo al medio. Por supuesto consideran que hay una serie de tareas a cumplir; hay una serie de objetivos, lo que exige que los individuos estén más o menos ajustados pero lo que puede acontecer es que, como en cualquier otro engranaje, las piezas no se ajusten bien de entrada. Lo que puede ocurrir es que si en un momento determinado todos los agentes sociales que están encargados de descubrir o de controlar las piezas cuando empieza el rodaje y se dan cuenta dónde fallan pueden intervenir con éxito.

El maestro, el consejero social, el arquitecto social, el asesor matrimonial son agentes que, de alguna manera, están controlando desde el exterior los conflictos de las personas, situando los problemas, previniendo los fallos que se están cometiendo. Se pueden cambiar los programas, se pueden recambiar las pautas de trabajo, de contacto, de relación de los individuos. A partir de este momento lo que sucederá es que los individuos dejarán a un lado el síntoma, entendiendo que el síntoma no es más que expresión de un mal funcionamiento. Y entonces, el síntoma desaparece dando lugar a una conducta que es rentable en términos de productividad individual, grupal y social.

El modelo funcionalista puede ir muchas veces desde un programa conductista hasta un programa cibernético. La comunidad actuando como un todo va analizando lo que ha hecho mal. Desde ahí uno de los elementos importantes serían las relaciones interpersonales y como producto de esas relaciones interpersonales, el self. No tendrían en cuenta la subjetividad, sino la personalidad que surge del intercambio de estas relaciones, un self integrado, un self sin síntoma es un self eficaz, un self que es capaz de resolver maduramente sus problemas, conquistándose el premio, conquistándose la valoración, la estima, etc.



Este sería el self de la psicología del rol. ¿Quién soy yo? Yo soy un ciudadano americano, hijo de mi padre y de mi madre, trabajador de la General Motors, con una nómina de 80\$ a la semana, con una casa, con un coche, casado con esta mujer, padre de dos hijos, poseedor de cuatro tarjetas de crédito, socio del club X.. Todo eso formaría el self en una sociedad tecnocrática donde para ser, se necesitan funciones sociales. Lo que ocurre es que una cosa es que el individuo desarrolle funciones sociales sin que se identifique con ellas y otra cosa es que se identifique con ellas.

Por ejemplo, tu eres primero una mujer, y por accidente tienes un hijo, posiblemente tienes la función social de madre pero en el mismo momento en que todo tu ser se consume en ese rol social hay una cosa muy obvia, cuando tus hijos se vayan a separar, cuando para ti vaya a cesar la productividad del rol de maternidad, no te quedará nada y lo que va a ocurrir es que te agarres con uñas y dientes a eso. En este ejemplo esa mujer al prescindir de una identidad pierde dignidad social. Este es el problema que esconde el funcionalismo. Como todo individuo tiene que cumplir una serie de roles sociales el problema es que al final se identifica con esos roles. Esto se ve muy claramente en las patologías por delegación: yo estudio medicina porque quiere mi madre, etc. El modelo funcionalista busca calmar la necesidad controlando el deseo. El día que una comunidad libere el deseo, será revolucionaria.

En cuanto al problema del deseo hay varias cuestiones. Una primera cuestión es el no movilizarse internamente. Una segunda cuestión es que no reconozca sus deseos. Después pueden ocurrir distintas cosas, uno puede finalmente aclimatarse, adaptarse, castrarse, entonces la conciencia del sufrimiento es distinta. Alguien que está movilizado podrá o no ir hacia lo que desea pero su situación es distinta de la del que no se moviliza internamente por el deseo y de quien o es capaz de reconocer que su objeto arrasa. En la frustración lo que se pondría de manifiesto sería el no reconocimiento de la inmediatez de la realización del deseo. La frustración puede suceder cuando sales del mundo de la alucinación porque solo en la alucinación hay satisfacción inmediata. Si adaptas el deseo puedes buscarte compensaciones.

3.- Modelo dinámico o psicoanalítico

Es un modelo que tiene como fin, sin pretenderlo, la transformación de la patología en el momento en el que se produce. El Modelo Psicoanalítico es, en un primer instante, una tentativa para buscar desde fuera de la medicina, y muchas veces apoyándose en una ideología de carácter biológico, de carácter físico pero trascendiendo esa ideología, es un intento de buscar explicación al problema de la locura que Freud entiende que la medicina no explica. Para eso, obviamente, Freud va a partir de un hecho que es fundamental, y es buscar la locura en sus manifestaciones específicas, en sus producciones específicas.

Quizás los tres aspectos que puedan ser más importantes a la hora de analizar las vicisitudes del modelo analítico serían: por un lado el análisis del yo, por otro el problema de la angustia y en tercer lugar el problema de las relaciones objetales. A partir de estos tres niveles se puede dar cuenta del modelo analítico en todas y cada una de sus dimensiones. En efecto, dar cuenta de la realidad es un poco fijarse en el aspecto más



destacado de la locura, aquel que tiene que ver con la función del yo.

La locura hasta el momento en que aparece Freud, e incluso en esos momentos a nivel de conocimiento popular, casi siempre se considera desde el punto de vista de que es un estar alejado de la realidad, un no captar la realidad, un estar despegado de la realidad, un no ser capaz de comprender la realidad. En este sentido, incluso dentro de la propia descriptiva clásica, cuando se analizaba la locura se tenían en cuenta los desordenes en el área de los sentimientos, en el área de los afectos, los desordenes en el área de la voluntad pero, principalmente, eran los desordenes en el área cognitivo, los que llamaríamos los desordenes en el área de la inteligencia, lo que marcaría el fenómeno principal que caracterizaría a la locura. Por tanto, es en lo que respecta al problema del análisis de la realidad el primer aspecto fundamental en el que tiene una importancia trascendental el psicoanálisis. Lo que ocurre es que Freud se va a apartar de la concepción plana a la hora de encarar el problema de la realidad. Freud no es un médico vulgar, por un lado, es un médico científico, un riguroso experimentalista. Y sabemos que cuanto más experimentalista se es, más rigurosamente se plantea el vuelo de la imaginación. Es la propia formación científica de Freud, conocedor profundo de la ciencia de su tiempo, de la filosofía, enraizado en la tradición romántica de su país, conocedor de literatura, muy instruido en el conocimiento de diversas culturas. Por otro lado hay un hecho que se destaca poco y es que fue durante una época cocainómano y de algo le tuvo que valer haber estado haciendo ciencia en determinadas condiciones perceptivas.

Lo que queremos decir con todo esto es que Freud critica el estado de conciencia; no hay conciencia pura, la conciencia está toda ella traspasada de fuerzas irracionales. Y precisamente, lo sabe Freud a través de uno de los más grandes racionalistas de la historia del pensamiento, de Goethe que, al mismo tiempo, es el gran romántico de todos los tiempos. Goethe es capaz de dominar la razón de su tiempo, pero al mismo tiempo es capaz de mostrar dentro de esa razón todas las fuerzas irracionales más profundas.

Freud dice que la realidad no es tan plana como se la quiere presentar ya que no solamente es obra de factores intelectuales, lo consciente esta casi siempre traspasado de factores inconscientes, etc. Va a cuestionar el concepto que se tenía de realidad.

El segundo elemento que nos interesa desde el concepto de realidad y por tanto a partir del concepto de las funciones del yo, es el problema de la angustia. En clínica nos enfrentamos al problema fundamental de la angustia, al problema de la ansiedad. La clínica, en cualquiera de sus manifestaciones, finalmente, con el problema que se tiene que enfrentar es con el problema de la angustia: cuáles son las formaciones de la angustia, cuáles son las presentaciones de la angustia. Presentar la angustia, caracterizar la angustia es lo que define, radicalmente, a cualquier escuela psicopatológica. Se ha llegado a decir, incluso, que la locura es un estado de angustia tal, en el que se producía difusión de la identidad. Se dice que, en último termino, las formas más o menos graves de angustia manifestarían esa difusión más o menos grave de la identidad. Por tanto, caracterizarían las formas claves de eso que llamamos locura.

¿Cómo se caracterizaría una forma clínica? Diríamos que, finalmente, por la capacidad que tiene el sujeto para elaborar su angustia. Desde el niño pequeño que está todo él abrumado por la angustia, que es incapaz de enfrentarse a ella, que es incapaz de encontrar asideros, hasta ese estallido que puede producirse en el



derrumbamiento psicótico, la angustia y la forma como tiene el sujeto de elaborarla sería el elemento principal. Hay una cita de Laplace que es fundamental, dice: "la angustia es el afecto menos elaborado y , por tanto, más próximo a la descarga pura".

De aquí, los dos aspectos importantísimos de Freud en su tratamiento: el síntoma, la angustia que se manifiesta como afecto y la angustia ligada a la representación. La primera, la angustia manifestada como afecto, sería la angustia expresada en síntoma puro, con sus manifestaciones más arcaicas, por ejemplo ,los síntomas histéricos o fóbicos. La segunda, la angustia que Freud liga a la representación sería una angustia de elaboración superior donde ya nos encontraríamos con realizaciones, con representaciones simbólicas. La angustia como síntoma por principio asociada a representación. En cuanto al afecto que se liga directamente a su descarga directa orgánica, en ese mismo momento, lo que ocurre es una eliminación de la representación mediadora. En el niño no existe miedo ni ansiedad, solo pánico. El pánico va cediendo hacia la ansiedad Y esta hacia el miedo.

De acuerdo con el modelo tópico de Freud -ello- yo, superyo- la patología difícilmente se instala en el ello, sino que la patología necesariamente se tendrá que instalar en el yo o en el superyo. Hay autores que discutirán esta tesis; para nosotros, sí aceptamos la articulación dinámica "ello, yo, superyo" para designar "lugares" de estructuración psíquica, sí podríamos decir que puede darse una patología a nivel de ese ello pero, para eso, tendríamos que hablar necesariamente del vínculo. Freud diría que la patología se inscribe a nivel del yo o a nivel del superyo. El yo en Freud es una instancia reguladora de intercambios con el exterior. Sí el exterior es nocivo podría producirse una enfermedad. La contradicción en Freud está en que el yo ahínca sus raíces en el inconsciente.

El tercer nivel sería el de las relaciones objetales. Aquí, el problema se plantea en cómo entender las relaciones objetales y es de donde quizás, venga la superación del modelo analítico-tópico-. Si el yo es algo producido por relación evolutiva, sí el yo es solamente punto de contacto entre el interior y el exterior, punto de regulación entre las exigencias externas y el cumplimiento de las necesidades internas, el yo no ofrecería ningún tipo de problema. El problema comienza a mostrarse en los en relación a los vínculos, se relaciona por relación a los valores vividos, por relación a las personas más o menos significativas del medio, etc. Y en este punto es donde comienza a plantearse el problema de las relaciones objetales.

De este punto van a surgir dos corrientes: una de ellas sería la ortodoxa, corriente que dice que el yo tiene una función autónoma el yo nace como efecto de las leyes evolutivas, tiene una superestructura: el superyo. El superyo viene dado por la influencia del medio, cultura, familia.

Otra corriente dice que todo el aparato psíquico hay que comprenderlo en relación a lo que sintetiza la constitución del sujeto como tal. El yo, no ya como función de regulación entre lo interno y lo externo. El yo, no ya como órgano cognitivo, sino el yo como función de síntesis de todos los factores de personalidad, así como de todos los factores de representación, como de todos los factores de acción en los que consiste un individuo en un contexto, un individuo que mantiene relaciones con otros. En este sentido, por tanto, el concepto se ve que es un concepto inadecuado para expresar esos factores. Se pasará en la literatura especializada a otros términos; unos hablaran de self en lugar de yo, otros hablaran de subjetividad y de



personalidad para diferenciar los dos términos. Pero, en último termino, si se utiliza el concepto de yo, se tratará de distinguir estas dos funciones: una como instrumento funcional, como un factor de la estructura psíquica (moi) y el (je) como la misma estructura. Uno como un rasgo más de la estructura psíquica, el otro como la estructura misma, como un rasgo totalizador. Habrá que decir: "el superyo ahinca sus raíces en el ello" No se le puede considerar como una superestructura, como si fuera algo ajeno. No hay ningún factor superestructural en el sentido en que sea accidental a un sistema.

Si estamos hablando de sistema de la personalidad podemos decir que en el sistema de la personalidad sea accesorio un rasgo cultural, o sea accesorio un rasgo de identificación, o sea accesorio un rasgo educacional sino que son todos, elementos que están integrados, que dan coherencia al sistema, que dan cuenta de esa totalidad del sistema. Bajo ciertos aspectos, el sistema psíquico será en unos momentos un Ello. Si en un momento estamos haciendo el registro de la personalidad en sus vínculos o en sus experiencias más arcaicas, efectivamente estaremos hablando del "ello" de una personalidad. Pero si en otro momento tratamos de estar hablando de los puntos de bóveda de ese sistema, seguramente, tendríamos que estar hablando del superyo, entendiendo por superyo, precisamente los puntos de educación, de cultura, los modelos identificatorios más o menos conscientes de ese individuo. Sobre todo cuando vemos que, efectivamente, el superyo no es un concepto simple en la propia teoría de Freud porque hay mediadores anteriores al concepto de superyo como puede ser el Ideal del yo y el yo ideal que son aspectos anteriores y previos a la consolidación de ese superyo. No se puede hablar de instancias separadas, en absoluto.

Por tanto con las relaciones objetales nos ponemos en relación a un problema que es el siguiente: para conocer las estructuras psíquicas en su propio funcionamiento la observación directa no siempre es posible, sino que como acontece con el estudio de un mito o con un producto cultural, hay que hacerlo a través de sus producciones. Cuando analizamos un objeto con sus características específicas, de la estructura de ese objeto en lo que destacamos son las características correspondientes del sujeto que produce o esta en conexión con ese objeto producido. ¿Cuál será la característica de una personalidad paranoica? Muy seguramente será un objeto persecutorio. Si estoy en presencia de un objeto dominante, las características de la personalidad productora serán las características de una personalidad dependiente. Si estoy en presencia de una figura omnipotente, de una figura que en un momento determinado puede representar la fuente de donde emana toda justificación pues, seguramente, vamos a encontrarnos con una personalidad depresiva. Las características del objeto nos conducen hacia características del sujeto productor. De ahí, el que, efectivamente, tengamos que ir analizando los distintos elementos pertenecientes.

Objeto fragmentado: Estructura de la personalidad fragmentada, tipo esquizoide ambivalente.

Gisela Pankof hace esto: en la primera entrevista da plastilina al paciente para que la moldee. La elección de los colores es un indicador de la predilección de una serie de estímulos que se podrán analizar, interpretar a la luz de la historia que vaya surgiendo. Pero la construcción que el sujeto haga, estará indicando, muy seguramente, partes o el sentimiento de corporeidad vivida que el sujeto tiene de sí mismo. Cuando el sujeto elabora un fragmento de espacio, construye un espacio y tiende a trasponer su esquema corporal en ese espacio que está realizando.



Las relaciones objetales nos presentarían este tipo de planteamientos, es decir, a un nivel de organización de la personalidad se corresponde un nivel de organización del objeto. Cuando hablamos de objeto interno queremos decir el estilo con el que nos relacionamos con los demás: estilo de dependencia, de interdependencia, dominancia, estilo de competencia. Todo esto va mostrando la cara de la organización subjetiva que se manifestaría, básicamente, en el encuentro con el otro. Por tanto, en la tendencia a organizar subjetivamente la realidad de las situaciones, de las relaciones, por tanto, del conflicto, de los vínculos que a cada uno de nosotros nos acontecen en el exterior. El objeto interno es la metáfora que designa el grado de organización alcanzado por un sujeto en su desarrollo. El esquema corporal está en la dinámica de un cuerpo, en su dominio del espacio y del tiempo, está en la coordinación de manos y piernas, esta en la coordinación de brazos y ojos.

El objeto interno está en la organización psíquica del individuo. Está en las seguridades, en las inquietudes, en las imágenes básicas. Es un punto clave ya que será fundamental en terapia. “Al atribuir al paciente el fallo del tratamiento no siempre está conforme con los hechos. La primera pregunta que puede hacerse el terapeuta es si tendrá él la culpa. No nos referimos a fallas técnicas sino un hecho más fundamental que consiste en la importancia de despertar, de encender esa chispa que solamente puede provocar la verdadera comunicación de existencia, que es la única que pone en marcha el poder de liberar a una persona del aislamiento ciego del cuerpo privado de gozo, del mero proceso vegetativo corporal, de sus sueños, de sus deseos particulares y de prepararlo para una vida de pensamiento comunitario”.

Si una persona con su organización psíquica, con su manera de gestionar sus vínculos se lo pasa muy bien, bien, pero si su manera de hacer vínculos es mala querrá cambiar. Pero hay en él inercia, resistencia al cambio y cada vez que le cueste el cambio se opondrá al cambio. Desde ahí es desde donde tendremos que luchar. En el fondo no sabe cambiar pero le aterra cambiar. Si tuviera claro que cambiar le va a dar beneficio, cambiaría ahora pero no lo tiene seguro.

El problema que se le plantea al terapeuta es el porqué movilizar a este individuo o porqué tratar de movilizarlo si puede encontrarse con una crisis que puede conducirle a un estado cero, del que el terapeuta no sabe muy bien cual van a ser sus consecuencias posteriores, pero si sabe que ese estado cero es un estado de humanización de una forma u otra. Si a un individuo le tenemos que llevar a ese estado en el que se anuda la simbiosis para que se desanude la simbiosis lo que puede ocurrir es que pueda darse un estallido. Entonces ¿qué hacer? El problema es lo que a partir de ese momento pueda ocurrir. El individuo empieza a obtener una estructuración como ser humano al que no le está evitado el sufrimiento, la alegría, la autonomía, por tanto, ni el drama, ni el tormento, ni la alegría que puede significar el que él haga sus vínculos, sus relaciones. Esa es la tarea del terapeuta. Cuáles son las características que vaya a tener esa estructuración del individuo es algo que el terapeuta no puede prever. El terapeuta asume simbólicamente una simbiosis para tratar de desenganchar al paciente de esa simbiosis.

La neurosis es, finalmente, un problema de elección de vida. Toda neurosis es una forma de locura domesticada, con unos índices de normalización grandes que espera a veces como una desnormalización, un salto en la adopción de nuevas formas de vida. Lo que está claro es que hay mucha gente que acepta su forma



PSICO(PATO)LOGIA

Los Modelos Psico(pato)lógicos



de vida, prefiere vivir así, lo que pasa es que ya no va a tener la coartada de la inconsciencia para seguir diciendo que tiene una enfermedad psicológica sino que sufre de comodidad, o de pobreza, o de miseria, o de castración. El neurótico sería el que a la miseria de vivir se añade un poco la miseria psicológica de un desconocer las causas de un deseo.

Jose Luis de la Mata