

El Fantasma del Psicodiagnóstico

The Ghost of the Psicodiagnosics

Carlos Rodríguez Sutil
Instituto de Psicoterapia Relacional, España

Resumen. En este artículo se intenta defender la conveniencia de mantener cierta forma de “psicodiagnóstico” aunque conlleve algunos riesgos –científicos y humanos– por estar este concepto relacionado con la explicación organicista de la “enfermedad mental”. La idea cartesiana de que nuestra mente está aislada en un espacio interior, dentro de nuestras cabezas, se encuentra profundamente arraigada en el pensamiento occidental y es causa de muchos malentendidos, como es creer que todo trastorno del comportamiento deriva de problemas cerebrales o de otras entidades internas a la persona. Pretendo usar una concepción de la personalidad no articulada en síntomas sino como un conjunto semipermanente de patrones de relación interpersonal, valorado de forma categorial, aunque compatible con la investigación dimensional. Ejemplos de este uso son los prototipos de la personalidad límite y narcisista. Finalmente se concluye que los problemas de comportamiento son procesos transaccionales entre la biografía y el contexto, cumplen una función y tienen un significado.

Palabras clave: psicodiagnóstico, cartesianismo, organicismo, trastorno de la personalidad, personalidad narcisista, personalidad límite.

Abstract. In this paper I try to defend the suitability of some form of “psychodiagnosis” despite the fact it implies some risks –from a scientific and a human points of view– due to its relationship with some organicistic explanation of “mental illness”. Cartesian idea that our mind is isolated in an inner space, inside our heads, is deeply inserted in western thinking and causes many misunderstandings, as it is the believing that all behavioral disorder stems from cerebral disorders or from other entities located in the interior of the person. I try to use a conception of the personality not as an articulation of symptoms but as a semi-permanent set of interpersonal relational patterns, evaluated from a categorical perspective not incompatible with a dimensional research. Some instances of this use are the borderline and narcissistic personality prototypes. Finally I reach the conclusion that the behavioral problems are transactional processes between biography and context, they play a role and have a meaning.

Keywords: psychodiagnosics, Cartesianism, organicism, personality disorder, narcissistic personality, borderline personality.

Introducción

Pretendo delimitar en este trabajo una definición conceptual del psicodiagnóstico –una especie de ‘diagnóstico del diagnóstico’– por el que ya de entrada manifiesto mi posición favorable y evito así a los que estén radi-

El autor es presidente del Instituto de Psicoterapia Relacional.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor al e-mail: crsutil@psicoterapiarelacional.es

calmente en contra que pierdan tiempo leyendo estas líneas. Esto no quiere decir que defienda todas las formas, modos e instrumentos utilizados en este campo. Como elemento destacado, los sistemas de clasificación DSM (American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1994, 2000) son sin duda sistemas criticables en muchos sentidos –a algunos de los cuales me referiré a continuación.

En mi época de estudiante de licenciatura, a finales de los años setenta del pasado siglo –por tanto, *in illo tempore*– se produjo un cambio de denominación en los manuales y programas de estudio por el que pasamos del “psicodiagnóstico” a la “evaluación psicológica”, traducción aproximada del inglés *psychological assessment*. Se decía entonces que los psicodiagnósticos clásicos no proporcionaban la información necesaria para planificar el tratamiento, que los instrumentos tradicionales eran poco fiables y carecían de valor científico. En aquella época el tratamiento alternativo era la modificación de conducta, de momento poco cognitiva, cuyo enfoque evaluativo de elección era el análisis funcional, y parece que en cierta medida sigue siendo, con una separación de tres momentos –antecedentes, concomitantes y consecuentes– separación que siempre me ha parecido útil como herramienta conceptual. Después descubrí que para el psicoanálisis, aunque hubiera hecho aportaciones relevantes a la nosología –como la neurosis obsesiva o la histeria– el diagnóstico tampoco era una cuestión de gran interés frente a lo que se produce en el aquí y ahora de la sesión.

A pesar de todo, el psicodiagnóstico es un fantasma que cada cierto tiempo revive y que hay que volver a matar, como ha habido que matar repetidamente a la psicoterapia psicoanalítica así como a algunos instrumentos concretos, véase el Rorschach, el TAT y las otras técnicas proyectivas, pero también numerosos cuestionarios y pruebas de inteligencia. Después de un tiempo de tolerancia en que los manuales de modificación de conducta cognitiva, como el famoso de Beck (Beck, Freeman y Davis, 2006) pero también muchos otros de forma más o menos laxa, han utilizado los sistemas de clasificación oficiales, y que los propios manuales de psicopatología y psiquiatría incluían apartados sobre la aplicabilidad de las diversas técnicas de terapia psicológica, parece que el anuncio de una nueva edición del DSM ha levantado una importante reacción en contra del psicodiagnóstico y las clasificaciones en psicopatología, cuando no en contra de los propios términos. Antes de volver a matar al psicoadiagnóstico y que vuelva a renacer con ligeras variaciones, quizá sea fecundo indagar qué causas y razones lo pueden hacer revivir, de qué sangre se alimenta.

Recientemente Ernesto López y Miguel Costa (2012) han realizado una propuesta con la que no tengo por menos que simpatizar por sus objetivos aunque no esté de acuerdo en algunas de sus afirmaciones. Es realmente estimulante que alguien con prestigio en nuestra profesión proponga una rebelión epistemológica y ética dentro de un terreno tan delicado y necesitado de revisión como es el de la supuesta “enfermedad mental”, cuando ya en los años sesenta un ilustre psicoanalista norteamericano, Thomas Szasz (1961), al que citan abundantemente, proclamó que dicho concepto era un mito. Como bien dicen, clasificar como enfermos a los individuos incapacitados por problemas vitales retarda el conocimiento de la naturaleza de los fenómenos. Consecuentemente, rechazan las clasificaciones psicopatológicas y el psicodiagnóstico e incluso el uso estas mismas denominaciones por partir de un supuesto no sólo no demostrado, como es el de que los problemas vitales de las personas se deriven de alteraciones orgánicas, sino que en muchos casos es del todo evidente la inexistencia de dicha base, y aún cuando se produzca alguna variación de importancia en el funcionamiento fisiológico, puede ser explicada por modificaciones en el ambiente, los comportamientos y los hábitos. Debemos plantearnos resolver un problema no una patología, enfermedad o conjunto de síntomas.

Esto me recuerda la definición que vengo defendiendo de “personalidad” en los últimos decenios, y que ya no sé en qué medida es de elaboración propia o ha sido “plagiada” de algún ilustre autor. Entiendo, en cualquier caso, que personalidad *es lo que queda cuando eliminamos todos los síntomas* (Rodríguez Sutil, 1995). Y una vez dicho eso, reconozco que no puedo evitar utilizar esquemas clasificatorios, prototipos y patrones de comportamiento para intentar entender y ayudar a las personas que acuden a mi consulta, en lo que quizá me separo de forma radical de los colegas López y Costa. No estoy de acuerdo con ellos en que toda forma de psicopatología y de psicodiagnóstico se integre en un pensamiento político conservador, aunque sí concuerdo con que los paladines más interesados en defender el mantenimiento de las categorías diagnósticas, bajo el para-

guas de la enfermedad mental de base orgánica, son las industrias farmacéuticas que mueven capitales considerables y dictan su ley. Si bien algunos usos de los psicofármacos pueden estar justificados, no debemos desatender el hecho de que en la próxima edición del DSM-5 vayan a desaparecer prototipos de la personalidad poco “accesibles” a la intervención farmacológica porque no presentan síntomas evidentes –como la personalidad narcisista - o pueden suministrar un abanico abigarrado de “síntomas” pero mantenerse resistentes a todo tratamiento medicamentoso– como la personalidad histérica (Cf. Hopwood y Huprich, 2011; Krueger et al, 2011).

Quizá, a pesar de todo, el diagnóstico y clasificación sea una necesidad mental de la que no podemos prescindir y que se hace extensible a muchos campos de las actividades profesionales, no solo en “salud mental” –otro término a revisar– sino que, por ejemplo, se habla de “diagnóstico” en economía, sin olvidar su uso en la reparación del automóvil.

Voy a continuación a revisar algunos de los problemas o riesgos que aquejan al psicodiagnóstico. Pero antes creo conveniente bosquejar el fondo ideológico o, por mejor decir, “ontológico” en el que se asientan sus versiones clásicas. Cuando se intenta hacer comprender a un auditorio amplio una forma de pensamiento –y aquí por pensamiento debemos entender algo muy genérico, como nuestra forma de captar el modo en que percibimos el mundo y el modo en que vivimos en él– los grandes “reformadores”, como Jesucristo, o el Zaratrasta de Nietzsche, se han visto obligados a usar parábolas, historias alusivas, metafóricas. Yo he intentado durante mi vida profesional aprender nuestra forma de vida sobre todo a partir del pensamiento de Wittgenstein, gran aficionado también a las parábolas.

La Mente Cartesiana y el Cerebro Contemporáneo

La idea de que nuestra mente está aislada en un espacio interior, dentro de nuestras cabezas, se encuentra profundamente arraigada en el pensamiento occidental y es causa de muchos malentendidos. Una experiencia cotidiana es la del periodista preguntando al deportista: ¿Qué pasó por tu cabeza cuando viste –muchos dirán “vistes”– que entrabas el primero en la meta? Uma Thurman, en su papel de escritora de segunda fila, repetía esta pregunta, “¿Qué pasa por tu cabeza cuando...?”, al asesino cuando mataba, al músico cuando interpretaba una pieza sublime, en la magnífica película de Woody Allen, *Acordes y Desacuerdos*. Pero también el psicólogo cognitivo busca los mecanismos mentales que gobiernan cierto comportamiento, que supone la recepción de ciertos datos del entorno, su procesamiento y la elaboración de la mejor respuesta adaptativa, proceso que no tiene por qué ser consciente. El neurocientífico –alguno al menos– busca las bases de la homosexualidad, o de las emociones, en las anatomía y función de ciertas estructuras cerebrales.

Opino que la mente no es algo innato ni interno, sino que es un producto de la interacción humana, dentro de una forma de vida particular. No niego que haya una base neurológica, por ejemplo, de las emociones como de todo comportamiento humano, pero recomiendo que empecemos todo análisis del comportamiento en el contexto de las relaciones humanas, que es su lugar de origen y donde se definen. De Unamuno tomo el siguiente pensamiento: “*Más veces he visto razonar a un gato que no reír o llorar. Acaso llore o ría por dentro, pero por dentro acaso también el cangrejo resuelva ecuaciones de segundo grado*” (1984, p.59). Existe, desde luego, el lenguaje interior, pero se trata de una habilidad adquirida y no por todos los sujetos: no la tienen los animales, ni los deficientes intelectuales, ni los bebés y, sospecho, tampoco los psicópatas ni siquiera nosotros cuando dejamos que los impulsos guíen nuestra acción, a veces con acierto. La imagen de la mente aislada es un “constructo” social, los constructos sociales son en cierto modo convencionales, no son esencias o dogmas inamovibles, aunque eso no signifique que se dejen modificar con facilidad. Piénsese, por ejemplo, en el “constructo” social del honor en la época de Calderón.

Wittgenstein (1945) utiliza metáforas para forzar al lector a representarse de manera alternativa un fenómeno que la costumbre le impulsa a representarse erróneamente. Lo esencial de la vivencia privada no es que cada

uno de nosotros posea su propio ejemplar, sino que no sabemos si el otro posee *esto* o algo distinto, por ejemplo, si nuestra sensación de color “rojo” es igual que la de nuestro vecino. Para la representación del objeto interno ‘dolor’ imaginemos el caso de que cada persona tuviera una caja en la que guarda algo que llamamos “escarabajo”, pero nadie puede mirar en la caja de otra persona y sólo sabe de qué se trata por la visión de *su* propio escarabajo. Si la palabra “escarabajo” tuviera un uso no habría de confundirse con la designación de una cosa, la cosa podría incluso no existir, ni siquiera sería un *algo*. Aun admitiendo que fuera posible el conocimiento privado de la sensación, dicho conocimiento se agotaría en sí mismo, no podría conocer el dolor de los demás a partir del mío. Pretender lo contrario sería un absurdo. Ahora la investigación con las neuronas espejo parece sugerir que el contagio emocional es automático pero habitualmente atenuado. Me *compadezco* con el otro que sufre, lo que no quiere decir que sufra igual. Pero en el origen aprendí mi lenguaje de sensaciones y emociones a través del trato con el otro, que es quien que me ayudó a identificarlas.

Wittgenstein (1945) rechazaba el uso habitual en nuestra cultura de la noción de “imagen” o “representación” interna. Según la concepción ordinaria, compartida con ciertas modificaciones por la psicología cognitiva y el psicoanálisis, la imagen se lleva encima, como si lleváramos un retal de tela para confrontar. Pero, si el proceso fuera así de simple sería, en realidad, algo muy complicado. Para comprobar que la imagen que nuestra memoria nos proporciona de ‘rojo’ es la correcta deberíamos disponer de un tercer término de comparación y este de un cuarto... y así indefinidamente. Antes o después llegamos al momento en que hacemos las cosas y, dentro de unos límites, las hacemos bien. Los errores se originan en nuestra tendencia a darles un valor independiente a estas imágenes internas, por sí mismas, cuando en realidad sólo poseen estabilidad si se la contrasta regularmente con el uso. “Lo que ocurre en el interior sólo tiene sentido en el flujo de la vida” (Wittgenstein, 1951, p. 30). El postulado esencial, por tanto, no son los sistemas representacionales, sino la comunicación interpersonal. La imagen interna es dependiente de la imagen externa, la auténtica, y del lenguaje, el sistema más potente de representación.

El psicoanálisis freudiano también parece ocuparse de determinados objetos mentales (imágenes, intenciones, predisposiciones, deseos, etc.) dentro de una especie de “monólogo interno”. Estos objetos mentales, se advierte, no poseen una existencia independiente y sensible, pero pueden deducirse de la transferencia, es decir, de la relación que nace entre paciente y analista, en la que se reactualizan relaciones del pasado, y de otros fenómenos como los lapsus, los actos fallidos, los sueños o los síntomas, las “formaciones del inconsciente”.

Ante eso debo objetar que si esos objetos se muestran en la transferencia (o en los otros fenómenos mencionados) es porque son comportamientos. Por tanto, el objeto del psicoanálisis es el comportamiento, aunque nos interesen sobre todo los aspectos inconscientes de todo comportamiento, a veces con un sentido interpretable, que implica una motivación. Bien mirado, la hipótesis que se ha introducido para explicar un fenómeno no se debe confundir con dicho fenómeno, que es el que nos interesa explicar. El funcionamiento inconsciente sirvió para explicar una serie de fenómenos psicológicos, como son los síntomas de la histeria, en especial la conversión histérica, luego los síntomas en general de las neurosis. Nos ocupamos, por tanto, de la conducta, aunque no en el sentido fisicalista –cuantificación de movimientos– sino de su significado, sentido, motivación, del que nosotros no somos plenamente conscientes y a menudo desconocemos por completo.

Desde Agustín de Hipona, pasando por Descartes, la concepción corriente entre el pueblo y los científicos es que el niño pequeño aprende el significado de las palabras al observar los objetos que señalan los adultos cuando pronuncian cada una de ellas; de alguna forma es como si viniera con un “lenguaje” –el de los objetos y conceptos, el “lenguaje del pensamiento”– y no tuviera más que hacer la traducción de las palabras del lenguaje natural que le tocara en suerte. Un comentarista perspicaz dedujo que en esa línea deberíamos nacer con preceptos como “carburador” y “burócrata”. Sospecho que la noción moderna del sujeto –un hombrecito sentado cómodamente en el interior de la cabeza– es un derivado del alma cristiana diseñada por San Pablo y San Agustín, heredada por el individualismo postromántico. Es muy instructivo observar que la lascivia se considerada según el dogma un pecado de la intimidad subjetiva, en definitiva sólo el pecador –y Dios – puede saber en el fondo de su alma que está impulsado por un deseo impuro.

Desde entonces existen dos sujetos: espiritual y corporal. El que observa, el pensador, el que maneja la máquina (el yo gramatical o metafísico, inextenso), y el imaginario-material, con extensión, que vemos reflejado en el espejo o la fotografía. La religiosidad –oficial o laica– ordena que cultivemos sobre todo al sujeto inextenso. Se podría objetar que en el presente más actual esto ha cambiado y que lo que predomina es el hedonismo, el cultivo del cuerpo. Basta observar la disciplina con la que los deportistas y los modelos de pasarela, supuestos “modelos” de ese cambio, castigan su cuerpo hasta la destrucción para descubrir la autonegación que late en el fondo.

La confusión corriente entre mente y cerebro procede de un “error categorial”, como afirmaba Gilbert Ryle (1949), filósofo de Oxford. Pensemos en la historia del visitante que acude a la Universidad y, después de haberle mostrado las aulas, laboratorios, bibliotecas, etc., pregunta dónde exactamente se encuentra “la” Universidad, como si se tratara de una entidad independiente. “Mental” y “material” pertenecen a distintas categorías; el error categorial consiste en buscar un espacio material donde se localice lo mental. Una vez que se le atribuye ese espacio - la caja craneana en nuestra cultura, no así en otras - se dota a lo mental de características similares a lo material.

Decía Wittgenstein (1945) que tal vez la razón de que tendamos a hablar de la cabeza como del lugar de nuestros pensamientos es porque existen palabras como “pensar” y “pensamiento” junto a otras palabras que se refieren a actividades (corporales), tales como escribir, hablar, etc. En realidad pienso con el lápiz que tengo en la mano o el teclado del ordenador o, mejor, en agradable conversación con los colegas, amigos... Pero vemos al Doctor House que, de pronto, se queda parado y como abstraído en medio de una conversación, sólo falta que aparezca la bombilla que se ilumina por encima de su cabeza. ¿Por qué no decimos en ese momento que es una corazonada? Dicho sea de paso, me sorprende que en esa serie televisiva prácticamente nunca aparezca el protagonista con un libro en las manos.

Como advierten López y Costa (2012), se considera que el trastorno mental es una enfermedad de los sesos, que todo trastorno del comportamiento deriva de problemas cerebrales, en definitiva, que el cerebro construye la mente. Este es un error que nos encontramos expresado de forma burda por doquier, pero que también podemos hallar expresado con sofisticación en obras de divulgación científica que no carecen de interés. Veamos un libro de gran difusión durante los últimos años ha sido *El Error de Descartes* de Antonio Damasio (2006). Estoy de acuerdo con él cuando, en el capítulo 10, afirma que *si no hay cuerpo no hay mente*. Sin embargo, añade:

A pesar de los muchos ejemplos que se conocen en la actualidad de estos complejos ciclos de interacción, por lo general cuerpo y cerebro se conceptualizan por separado, en estructura y función. Se suele descartar, si acaso se consideró, la idea de que es todo el organismo, y no el cuerpo solo o el cerebro solo, lo que interactúa con el ambiente. Pero cuando vemos, u oímos, o tocamos o gustamos u olemos, en esta interacción con el ambiente participan el cuerpo propiamente dicho y el cerebro. (p. 209).

Con esto subrepticamente se cuele la idea de que el cuerpo es una cosa y el cerebro es otra, como si se tratara de sustancias distintas. Continúa con varias afirmaciones quizá aceptables, como que el cuerpo no es pasivo sino que el organismo se modifica en el proceso perceptivo, y advierte que el cerebro no recibe estímulos aislados del exterior y, menos aún, imágenes. La idea de que la mente depende de todo el organismo en su conjunto, dice Damasio, puede parecer contraintuitiva. Sin embargo, yo vengo defendiendo desde hace un tiempo algo que parece más contraintuitivo todavía, pero que vislumbro como única solución al problema mente-cuerpo, y es que el auténtico lugar de la mente es el “espacio pragmático interpersonal”. No es, como afirma Damasio, que “sin cuerpo no hay mente” sino que mente y cuerpo son lo mismo. O, como decía Aristóteles, “el alma es la forma del cuerpo”. Según Espinosa, el objeto de la idea que constituye el alma humana es un cuerpo o, de forma más coloquial, para Nietzsche el alma es algo en el cuerpo. Wittgenstein (1945, p. 417) proponía: “*El cuerpo humano es la mejor figura del alma humana*”. Podemos pensar en un cuerpo sin vida y creer que es un cuerpo en sentido estricto, al que el alma, o la mente, se le han escapado por las costuras; pero eso

no es un cuerpo, es un “cadáver”. Si queremos superar el dualismo que tanto daño hace en psicología (y en medicina) deberemos afirmar que alma y cuerpo es lo mismo, en definitiva, cuerpo, pero no cuerpo inerte, tampoco cuerpo aislado, sino cuerpo activo, persona, en relación con el entorno de los otros cuerpos.

Siguiendo con Damasio, sugiere un experimento teórico que consistiría en lo siguiente:

“Si se cortaran todos los nervios que aportan señales cerebrales al cuerpo propiamente dicho, nuestro estado corporal cambiaría radicalmente, y en consecuencia lo mismo haría nuestra mente. Si se cortaran sólo las señales que procedentes del cuerpo propiamente dicho van al cerebro, nuestra mente también cambiaría. Incluso el bloqueo parcial del tráfico cerebro-cuerpo, como ocurre en pacientes con lesión de la médula espinal, produce cambios en el estado mental” (p. 211).

Indudablemente lleva razón, pero no se alteraría la mente sino la persona en su totalidad. El dualismo cartesiano, que supuestamente ataca, se le escapa en los momentos más insospechado, cuando se le desliza una frase como: “... los cerebros han sido los primeros en conocer al organismo que los posee” (p. 212). También podríamos decir que el antebrazo ha sido el primero en conocer el codo en el que se inserta. En realidad el organismo no “posee” un cerebro, sino que el cerebro es una parte del organismo, y no es el cerebro el que conoce, sino la persona. Damasio repite a lo largo de su obra muchos errores de este tipo en los que no me voy a detener. Este es el riesgo de la divulgación científica, es decir, que para ser entendida por el “vulgo” tiene que adaptarse a la filosofía del sentido común, que en nuestra cultura occidental sigue siendo el cartesianismo, la “doctrina oficial” como la denominaba Gilber Ryle (1949). El cerebro es un objeto material mientras que la mente, al menos en la concepción habitual, es una capacidad, la de atribuir significados y la de adquirir habilidades.

En seguida encontramos más ejemplos. En la página 215 leemos: “Cuando vemos, no sólo vemos: sentimos que estamos viendo algo con nuestros ojos”. Examinemos esta frase con tranquilidad. Me pregunto ¿Cómo sería sentir que no estoy viendo con mis propios ojos? Aunque logre imaginarme la escena vista por mi primo, que está en la otra esquina, seguiré viéndola como si la viera por mis propios ojos. La reflexividad es un concepto, llamémosle así, que cobra una importancia fundamental en el pensamiento de Occidente a partir de Descartes y Kant, fuente de tremendos errores epistemológicos. Tal vez alguien se sorprenda, pero en este tipo de argumentos “científicos” como el que proporciona Damasio late la herencia de la creencia religiosa. Habrá que insistir en que igual que Descartes suministró la versión laica de la separación cristiana entre el alma y el cuerpo, algunos neurocientíficos nos dan la versión materialista del dualismo: en lugar de mente-cuerpo, cerebro-cuerpo. Ciertamente se aparta de algunas versiones burdas del cartesianismo que la modernidad ha producido, como es la metáfora computacional. Ahí también ofrece su alternativa al dualismo cartesiano, mediante una narración darwiniana. En algún punto de la evolución, dice, comenzó una consciencia elemental. Pero a mi gusto omite la perspectiva social para explicar el nacimiento de esa consciencia (de momento no voy a criticar el concepto de “conciencia”, con la individualidad que transmite, para no complicar en exceso la exposición). En cualquier caso, deberíamos superar la imagen individualista del pensamiento: el pensamiento es una tarea social, se logró en grupo. No es algo que se da en una cabeza aislada y luego el lenguaje, ese magnífico instrumento que **no** sirve para comunicar el pensamiento de una cabeza a otra, no, sino para producir diálogo como creación de dos o más personas. El pensamiento y el lenguaje son una actividad social. En realidad no hay pensamiento humano sin lenguaje: el pensamiento es diálogo (dialéctica), y cuando logramos la dialéctica interna, el pensar para nosotros, como ya vio Platón y los griegos, es porque dialogamos con nosotros mismos, haciendo de interlocutores múltiples en nuestro interior. Se puede decir que la rata resuelve el laberinto, pero esos son los antecedentes del pensamiento, no hay en ella lenguaje interior ni representación interior.

En el mismo orden, de existir la enfermedad mental, salvo en aquellos casos en que hay un trastorno anatómico o fisiológico evidenciable, vemos que se ve implicada toda la persona y, más aún, que es el grupo familiar el que está “enfermo”, aunque haya un “paciente asignado” o “chivo expiatorio”, que carga con el malestar general aunque al mismo tiempo obtenga ciertas “ventajas”. Tal vez sea mejor estar “enfermo” que enfren-

tarse a realidades dolorosas. Sabemos, sin ir más lejos, que muchos pacientes que acuden repetidamente a su médico de familia con quejas corporales en realidad lo que padece es una “depresión enmascarada” ante una vida insatisfactoria y poco gratificante. Dicho sea de paso, me parece importante llegar a identificar dicho trastorno y a eso lo llamo “diagnóstico”, aunque emplee una palabra tomada de la medicina. Lo que no estoy dispuesto a asumir es que este trastorno proceda esencialmente de una base orgánica, sino que nace en la persona total, en su contexto y su historia, y el tratamiento tampoco puede y ni debe ser un medicamento, o al menos no en exclusividad. Siempre se puede decir que alguna vez se descubrirán las bases fisiológicas, o genéticas, o subatómicas del comportamiento, pero eso es como decir que alguna vez se encontrará el caldero lleno de monedas de oro que hay al final del arco iris o podremos ver el interior del cangrejo y cómo resuelve las ecuaciones de segundo grado.

Damasio se acerca y se aleja de una auténtica solución externalista, como cuando escribe: “Decir que la mente procede del cerebro es indiscutible, pero prefiero calificar la afirmación y considerar las razones por las que las neuronas del cerebro se comportan de una manera tan consciente. Porque esto último es, tal como yo lo veo, la cuestión crucial.” (pp. 230-231). Sin embargo, nunca aceptaré la metáfora de que las neuronas sean conscientes. La mente no procede del cerebro en la medida en que, bien al contrario, el cerebro es una representación social dentro de nuestra mente.

El lenguaje de la neurología y la fisiología está impregnado de un prestigio científico, justamente ganado, superior al de la mera descripción del comportamiento, lo que a veces nos puede llevar a cometer errores. Así Skinner (1950) con toda probabilidad está en lo cierto cuando afirma que el fisiologismo no nos ayuda mucho cuando intenta explicar la conducta recurriendo a fenómenos de otro nivel, por lo menos igual de complicados, descritos en términos diferentes (con otros *términos operativos*). Los procesos mentales y los procesos cerebrales pertenecen en opinión de Wittgenstein (1932) a juegos de lenguaje diferentes: “La principal diferencia es, quizá, que en el caso del proceso cerebral se admite como posible una comprobación directa; el proceso, en cuestión, puede tal vez ser visto abriendo el cráneo. Pero no hay lugar para una “percepción inmediata” similar en la gramática de los procesos mentales. (No existe tal movimiento en éste juego) (p. 82).

El conductismo de Skinner, en cambio, no me parece satisfactorio por su reduccionismo fisicalista. Así leemos:

La práctica de buscar una explicación de la conducta en el interior del organismo ha tendido a oscurecer las variables de que disponemos para un análisis científico. Estas variables se encuentran fuera del organismo en su medio ambiente inmediato y en su historia. Tienen un estatus físico para el que están adaptadas las técnicas usuales de la ciencia, y hacen posible explicar la conducta al igual que, en ciencia, se explican otras materias. Estas variables independientes son de muchas clases y sus relaciones con la conducta son a menudo sutiles y complejas pero no podemos pretender dar una adecuada explicación de la conducta sin analizarlas. (Skinner, 2005, p. 31).

Si los rasgos y otras características de la personalidad son sólo inferencias del observador, todo son inferencias del observador (el psicólogo) y nos veríamos obligados -tal vez afortunadamente- a no hacer teoría, pero de ese “delito” no se ha visto libre, a nuestro entender, ni tan siquiera Skinner. Sin embargo, resulta chocante cuando plantea que las variables ambientales tienen un “estatus físico”, para el que son aplicables los métodos científicos. Es como si para jugar al ajedrez lo importante fuera la materia de la que están hechas las piezas y no las reglas del juego.

La medida de la confianza derivada de las experiencias en la primera infancia no depende de las cantidades absolutas de alimento o de demostraciones de amor recibidas, sino, más bien de la cualidad de la relación materna (Cf. Erikson, 1959). Las madres crean un sentido de confianza en sus hijos mediante un cuidado sensible de sus necesidades individuales combinado con un sentido firme de la confiabilidad personal dentro del marco de referencia confiable del estilo de vida de su comunidad. Esto último es algo que considero de trascendental importancia y no creo que nunca se pueda “operativizar”.

¿El Psicodiagnóstico Cosifica al Individuo?

En los años setenta y ochenta el psicodiagnóstico fue criticado por representantes de la psicoterapia humanista (Brown, 1972; Munter, 1975; Sugarman, 1978) por cosificar al individuo y reduccionismo prejuicioso. Las corrientes humanistas y existenciales perciben la psicoterapia como un marco donde experimentar nuevas experiencias personales, en el que las etiquetas y clasificaciones producen un efecto indeseable de tecnificación y distanciamiento.

Una postura similar está siendo defendida en la actualidad desde el psicoanálisis intersubjetivo de Robert Stolorow y su grupo, al que personalmente me siento afín. Proclaman que nuestro enfoque está reñido con las clasificaciones psicopatológicas y con las indicaciones técnicas. Orange (2010) ha afirmado más recientemente que si utilizamos etiquetas diagnósticas cedemos a la tentación del reduccionismo esencialista que desatien- de la complejidad de los parecidos de familia. Deberíamos, por tanto, evitar esa y otras preconcepciones en nuestro trabajo clínico cotidiano. Tener en cuenta que nuestra visión es producto de la perspectiva desde la que observamos puede facilitar nuestra actitud para aprender del paciente; de hecho la terapia avanza gracias a cambios en la perspectiva que surgen del diálogo. Debemos considerar nuestro trabajo, sugieren, como una tarea ética, la búsqueda de una vida decente para el paciente que sufre y para nuestro sufrimiento como acompañantes. Así, antes de decir que éste paciente, Juan o Andrea, es límite, o manipulador, o sádico, o que utiliza la identificación proyectiva deberíamos preguntarnos por qué estamos necesitados de utilizar esas etiquetas e intentar comprender, en compañía del paciente, cuál es la experiencia que está en juego, pasada, presente y futura. Ya que como hermeneutas –interpretadores de significados– debemos reconocer que nuestra capacidad de comprensión está severamente limitada y no insistir en nuestro punto de vista, sino decir al paciente, que disiente de él, “de acuerdo” y pedirle que nos cuente su visión. Atribuir el caos afectivo o el retraimiento esquizoide a “fantasías” o a “organización de personalidad borderline” equivale a culpar a la propia víctima de abusos infantiles, reproduciendo aspectos del trauma original, retraumatizando (Cf. Stolorow y Atwood, 1992, pp. 104-105).

Por otra parte, Brandshaft y Stolorow (1990) sugerían que un paciente que presenta una organización primitiva –si bien considero que hablar de “organización primitiva” ya es una forma de diagnóstico– tratado según las recomendaciones de Kernberg, desplegará con rapidez todas las características que este autor adscribe a las personalidades de organización límite. Mientras que si se le trata siguiendo los consejos de Kohut, pronto manifestará las características que éste atribuye al trastorno narcisista de la personalidad.

Se rechaza la idea de “técnica” y se recurre al concepto aristotélico de *frónesis* - también empleado por el filósofo Georg Gadamer, discípulo destacado de Heidegger (Cf. Orange, Atwood y Stolorow, 1997). La *frónesis*, un tipo de sabiduría práctica que necesita ser aprendida, en contraste con la *epistemé* (conocimiento teórico) o la *techné* (cómo hacer algo en la práctica según las especificaciones) es la capacidad para hacer lo correcto en una situación dada. Un conocimiento falible y abierto que para los clínicos, sugiere Orange (2010), supone cierta humildad elegante. En su opinión no existe un cuerpo distintivo de teoría clínica ni recomendaciones “técnicas” que puedan ser derivadas de la teoría intersubjetiva. Cada tratamiento incluye a un analista con un determinado punto de vista y un paciente con unas particularidades propias que entrarán en una interacción intersubjetiva peculiar y espontánea y, en principio, no previsible. El psicoanálisis busca iluminar los fenómenos que surgen en un campo psicológico específico, es, en síntesis, una ciencia de lo intersubjetivo. En cambio, el concepto de “técnica” asume la idea de reglas correctas de actuación, inductoras de obediencia, lo que restringe la influencia y espontaneidad de la subjetividad individual.

Reconozco que la elaboración y defensa de una técnica analítica relacional se enfrenta con el obstáculo de que cada situación analítica es personal, de dos personas y, por tanto, no totalmente generalizable. Pero algún conocimiento general acumulado hay en nuestro hacer, es decir, esa sabiduría de la *frónesis* de algún modo nos debe permitir la elaboración de reglas que, sin ser tomadas como normas de obligado cumplimiento, sirvan para orientar la práctica futura. En otro caso, me pregunto, ¿qué sentido tendría mantener la supervisión terapéutica

de los compañeros principiantes? Admitiendo, lo que no es poco admitir, que los compañeros veteranos fuéramos más “sabios”, ¿qué apoyo tendría la inferencia de que esa sabiduría sirva para juzgar y orientar, de manera no dogmática, una interacción terapéutica en la que no nos hallamos realmente presentes? E igualmente postulo que esa experiencia acumulada algo tiene que ver también con la diferenciación de tipos de personalidad. La dimensión de ciencia natural, de técnica, nunca puede estar totalmente ausente de nuestra labor. Nuestra ciencia, en cuanto práctica, nunca será *nomotética* (general) en exclusividad, pero un enfoque *idiográfico* (particular) puro corre también el riesgo de perderse en el detalle efímero.

Sólo somos capaces de comprender mediante categorías. Aunque nuestra ciencia sea comprensiva y no deba confundirse con una técnica cuantitativa, posiblemente siempre estará a caballo entre lo humano y lo natural. Bueno será que aprendamos a identificar de forma crítica esos estados que se atribuyen a los pacientes, como etiquetas diagnósticas, para intentar evitar la retrumatización en el caso concreto de Juan o Andrea, dado que, por otra parte, la tendencia a clasificar es una tendencia inevitable en el ser humanos y, estoy convencido, de cierta utilidad para el clínico. Dicho de otra forma, si el diagnóstico es peligroso, más peligroso es el diagnóstico inconsciente o, por mejor decir, ignorante.

Sin embargo, no hay que incurrir en el error de creer que “la personalidad” sea un diagnóstico más - como sugiere el sistema del DSM - que puede atribuirse o no y que, incluso, puede abarcar más de una de las categorías establecidas, siempre que se cumplan los criterios. Frente a eso debo objetar que todos desplegamos una personalidad, más o menos normal o alterada, y sólo una, pues sólo somos un cuerpo y una historia, por mucho que en ella se mezclen mil historias. Esa personalidad puede no encajar de manera estricta en ninguno de los prototipos establecidos, es lo habitual. Desde la ontología externalista el alma o, en el idioma actual, la *personalidad*, es lo que hacemos y decimos, evidentemente con nuestro cuerpo, en el mundo de relación.

Los trastornos de la personalidad han sido tradicionalmente el cajón de sastre de la psicopatología, eso ya nos debe poner sobre aviso. Frente a los síntomas neuróticos, como la conversión histérica, el ritual obsesivo o el temor fóbico, y a los síntomas psicóticos, como las alteraciones del discurso y el marasmo comportamental, encontramos sujetos cuyo trastorno no se deja asimilar con facilidad al esquema de síntomas y síndromes. Nos encontramos aquí, más bien, con problemas referentes a la forma de vida. Por lo demás, un rasgo de carácter no es algo directamente observable, sino inferido, con la subjetividad propia que conlleva esa acción. De hecho, lo único que observamos en el individuo son pautas de conducta repetitivas, estilos, modos de respuesta habituales. El riesgo de esencialismo que apuntan López y Costa (2012) es totalmente real. El nombre dado a unos comportamientos observados se cosifica, se convierte en una enfermedad, es una logomaquia, por ejemplo cuando se dice “se lava compulsivamente las manos porque padece un trastorno obsesivo-compulsivo”, y al mismo tiempo se sugiere que el lavado excesivo de las manos es una prueba de dicho trastorno. Ante eso debemos afirmar que no existe un trastorno detrás del lavado compulsivo de las manos, sino que esta conducta, junto con otras con las que suele ir asociada, compone lo que denominamos “trastorno obsesivo-compulsivo”, con todo el cuidado y atención que debemos poner al utilizar estos términos. No deduzco que llueve porque miro a través de la ventana y veo caer gotas (síntoma) sino que es a eso a lo que llamo “lluvia” (criterio). No tiene por qué pasar nada dentro de la cabeza de la persona que padece un trastorno obsesivo-compulsivo.

El carácter o la personalidad no es una entidad platónica aislada, sino que emana de una corporalidad (y de una identidad de género) determinada, y de unas conductas en un contexto humano. El origen de todos nuestros procesos psicológicos, es decir, relacionales, está inseparablemente unido a la vivencia de nuestro propio cuerpo. En otras palabras, la mente es corporal. Sin embargo, en nuestra práctica cotidiana tendemos a la compartimentación de esa realidad. Afirmamos primero que una persona “posee” temperamento y que “posee” personalidad y pretendemos, después, ver cómo se relacionan ambas “partes”, o posesiones, cuando en verdad lo que estamos haciendo es mirar desde dos perspectivas, dos métodos de estudio diferentes (biológico y psicológico) para explicar el “mismo” sustrato, esto es, el comportamiento.

En la práctica clínica, sobre todo cuando se trabaja en atención pública, con la posibilidad de encontrar personas que padecen trastornos graves y requieren decisiones urgentes por los riesgos para la integridad física de

ella misma o de su entorno, la adopción de una actitud diagnóstica se vuelve perentoria. Toda clasificación, sin lugar a dudas, supone un riesgo de cosificación, de tratar al otro como un objeto, algo que siempre debemos tener presente. Por eso prefiero pensar en prototipos, es decir, pautas generales de comportamiento que tienden a ir asociadas. Prototipos a los que el individuo particular - al que hay que comprender en su persona y su contexto - se puede asemejar más o menos. Estoy convencido de que la clasificación del trastorno o estilo que padece o caracteriza al paciente, además de ser inevitable, por mucho que se quiera, no debe estar reñida con la empatía, ni viceversa.

¿El Psicodiagnóstico es Poco Científico?

Las clasificaciones de *categorías* diagnósticas fueron criticadas por Eysenck (*et al.*, 1983; Eysenck, 1986), quien afirmaba que sólo son adecuadas en especies cuyas diferencias son muy amplias, por ejemplo, las enfermedades infecciosas o genéticas. Postura a la que posteriormente se adhirieron los investigadores que siguen el modelo de los *cinco grandes* (Widiger y Frances, 1994). Las conductas patológicas, según estos autores, forman un continuo con la conducta “normal”, y toda clasificación por categorías produce numerosos casos límite, que no se ajustarían a un tipo u otro. Por otra parte, se afirma que, desde un punto de vista científico, son más adecuadas las clasificaciones dimensionales, que permiten una manipulación correlacional y experimental. Los defensores de las categorías, en cambio, mantenemos que los modelos de clasificación categorial y dimensional no son excluyentes (Kernberg, 1984, 1996; Millon, 1984, 1986 a y b; Rodríguez Sutil, 1992; Ávila, Rodríguez Sutil y Herrero, 1997). Las evaluaciones pueden ser formuladas en estilo categorial o cualitativo y luego establecer una mayor diferenciación en estilo cuantitativo, dimensional. Es indudable que las dimensiones permiten un cálculo estadístico más sofisticado y, en apariencia, más científico. No obstante, cuando Eysenck o los defensores de los *cinco grandes* seleccionan sujetos para comprobar mediante experimentos las hipótesis de sus teorías, incluyen aquellos que puntúan en los extremos de las escalas. Nos encontramos, pues, con una tipología encubierta.

La teoría de la personalidad agrupa los comportamientos para su estudio en patrones semipermanentes que al recibir una denominación se convierten en “rasgos”. Tomar los rasgos como términos que resumen las regularidades del comportamiento parece una solución adecuada desde nuestra posición externalista, siempre que no los situemos en un espacio interior. De forma paralela habría que relativizar el poder explicativo que se les atribuye. Para entender a esta persona concreta, a la que examina el clínico, su comportamiento en el aquí y ahora y el tipo de vínculo que ofrece y lo que en nosotros provoca, es una “muestra” de su comportamiento en otros contextos, que juzgamos a partir de lo que nos cuenta en su coherencia. Sólo nuestra tendencia esencialista nos lleva a creer que debe haber un único constructo subyacente que dé cuenta de todos ellos, e interior, desde luego. El niño aprende la expresión “estás ansioso” en situaciones en las que, por ejemplo, no se concentra, dice que quiere salir al patio, se mueve agitadamente, etc., y aprende que el término “ansioso” se puede utilizar en contextos similares. Pero el sistema del lenguaje también le permite decir que alguien está ansioso, cuando reclama con enfado el pago de una deuda, o en muchos sentidos metafóricos: por ejemplo, “ansiedad de justicia”. El término “ansiedad” es polisémico y, entendido como concepto, no se corresponde regularmente con una única manifestación fisiológica. La información que el sujeto suministra verbalmente, de forma directa o indirecta, será una parte del cuadro pero no el conjunto.

Entre 1931 y 1932, Alexander Luria (1980) llevó a cabo un estudio de campo entre poblaciones de Uzbekistán, república caucásica entonces anexionada a la URSS, antes preliterarias y en proceso de aculturación. En líneas generales encontró en tareas cognitivas la existencia de un pensamiento concretista, cuando el sujeto carecía de formación escolar. Los sujetos no escolarizados rechazaban responder a preguntas abstractas, alejadas de su experiencia directa y local o, simplemente, no sabían qué decir. Esa tendencia se mostraba tam-

bién cuando se planteaban cuestiones sobre aspectos relacionados habitualmente con la personalidad, como “¿qué defectos cree que tiene usted”, provocando respuestas del estilo de: “Sólo tengo un vestido y dos batas, estos son todos mis defectos”, o “Pregúnteselo a los demás, yo no puedo decir nada de mí mismo”. Cuando nombraban alguna cualidad siempre iba acompañada de algún ejemplo concreto. Este tipo de investigaciones, de corte antropológico, debía estar más presente, en mi opinión, en las obras actuales sobre personalidad.

Más que debatir, no obstante, si el diagnóstico es científico, me parece más perentorio determinar si es útil, no tanto en estudios experimentales o correlacionales sino, más bien, en cuanto puede hacer referencia a una realidad conceptualmente consistente. Para ello me voy a centrar en uno de los “trastornos” más de moda, como es el de la personalidad límite junto con otro que corre riesgo de “desaparecer”, la personalidad narcisista.

Dos Patrones de Personalidad

En la literatura clínica norteamericana se considera que la patología límite es un síndrome clínico bien diferenciado –la personalidad límite– que se caracteriza por la impulsividad, relaciones intensas pero inestables, enfado intenso e inadecuado, trastorno de la identidad, inestabilidad afectiva, esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, amenazas de suicidio, automutilaciones y sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento (APA, 1994; Widiger y Trull, 1991; Trull et al., 2003). Otto Kernberg (1984, 1996), psicoanalista reconocido y presidente de la IPA, define lo límite como un nivel de funcionamiento psíquico, que se caracteriza por la debilidad del yo, la aparición de un pensamiento propio del proceso primario (predominio de lo inconsciente, escaso control de los impulsos), la difusión de la identidad y unas formas defensivas específicas (los mecanismos de defensa primitivos, como escisión, proyección, identificación proyectiva). La difusión de identidad consiste en la falta de integración de las imágenes del self, pérdida de centralidad, en un sentido de dispersión y confusión y en miedo a la disolución. La escisión se muestra a menudo por la forma en que el sujeto emite juicios extremos, en blanco y negro, bueno y malo, sobre la realidad, pero también estaría implícita en los cambios bruscos de humor y en otros fenómenos. Esta organización mental puede aparecer en una amplia variedad de trastornos de la personalidad y otros diagnósticos.

Ahora bien, merece la pena considerar la propuesta de Luigi Cancrini (2007) de sustituir el término “estructura” por el de “funcionamiento”. Las personas no se diferencian, básicamente, en la posibilidad de catalogarlas como “neuróticas”, “borderline” o “psicóticas”, sino en el diferente umbral de activación en cada una de ellas de los correspondientes patrones de comportamiento. En situaciones de estrés surge el modo de funcionamiento borderline, como en la adolescencia, nacimiento de un hijo, duelos, pérdidas. Lo que define la estructura límite de la personalidad, o el trastorno de personalidad del DSM, es la especial facilidad con la que una determinada persona retrocede a niveles de funcionamiento límite. Sin embargo, esto sólo puede ser válido para reacciones alteradas, momentos del funcionamiento límite acotados en el tiempo.

Una de las capacidades que definen al ser humano es la de tener en cuenta los estados mentales tanto propios como de los demás a la hora de comprender y predecir la conducta. A esto se lo ha llamado “una teoría de la mente” (Cf. Wellman, 2002). Se refiere al conjunto de ideas intuitivas respecto al funcionamiento mental y a la naturaleza de la experiencia, la memoria, las creencias, atribuciones, intenciones, emociones y deseos que todos poseemos. El comprender y el anticipar correctamente las expectativas e ideas de los demás es mucho más importante que el apreciar las circunstancias físicas y los aspectos mecánicos de la interacción humana. Durante el tercer año de la vida del niño se produce un cambio cualitativo en su capacidad de comprensión de los hechos psicológicos, cuando comienza a apreciar de forma más completa, en sí mismo y en los otros, los estados mentales antes enumerados. Esta capacidad falla en sujetos con funcionamiento límite.

En un experimento de Perner, Leekam y Wimmer (1987) se enseñaba a niños un tubo de ‘Smarties’ y se les preguntaba qué era lo que creían que contenía. Todos decían ‘Smarties’, como era de esperar. Entonces se quitaba la cubierta y el niño podía ver que dentro, en realidad, había un lápiz. Cuando se les preguntaba a niños

de menos de 3 años y medio qué es lo que diría el compañero que estaba fuera, contestaban “un lápiz”. A partir de los 4 años las predicciones eran exactas, adivinando la creencia errónea del otro y su comportamiento correspondiente. Algunos psicólogos evolutivos consideran que la teoría de la mente tiene sus orígenes en niños normales al final del primer año de vida. La capacidad para atribuir una creencia a otra persona (metarrepresentaciones o representaciones de segundo orden) se adquiere entre los tres y medio y los cuatro años. Anteriormente el niño cree que el secreto que se le confía es de dominio público. Finalmente, la capacidad para concebir lo que otra persona piensa, a su vez, de una tercera, probablemente no se adquiere hasta los 6 años.

La adquisición de esta habilidad no es algo meramente genética o madurativa, sino que requiere un grado de consistencia y de seguridad en las relaciones primarias con los cuidadores y un funcionamiento de ellos suficientemente bueno, que permita el proceso de aprendizaje. Se ha comprobado que cuando se produce abuso por parte de los padres se debilita la teoría de la mente en el hijo (Fonagy, 1991, 2001; Fonagy y Target, 1996). Para el hijo deja de ser algo seguro el pensar sobre los deseos, porque supone observar los deseos del progenitor de hacerle daño. Así se inhibe la representación secundaria de los hechos mentales, lo que reporta beneficios inmediatos para el individuo, pues le permite, como quien dice, dar un rodeo frente un dolor mental intolerable. El individuo busca confortarse en una fusión regresiva con el objeto, con un ‘progenitor rescatador’, en la fantasía. El abandono de la representación secundaria es, por tanto, una medida defensiva, aunque extrema. A menudo se observa la ausencia de preocupación por el otro, llegando a manifestarse como una destacada crueldad. Podría deberse a una disposición para la destructividad, pero parece igualmente justificado ver ahí, cuando menos en parte, una indicación de que el funcionamiento límite carece de una teoría bien establecida sobre el dolor en la mente del objeto.

Un funcionamiento pobre de las representaciones mentales puede interferir con la constancia del objeto, la capacidad para mantener su imagen en ausencia del mismo. La imagen se mantiene en el nivel inmediato, dependiente del contexto, de la representación primaria. No nos debe sorprender, por tanto, que se manifieste poca capacidad de duelo por los objetos ausentes o perdidos.

Robbins (1996) sugiere que los escenarios que estos niños, a diferencia de otros, ponen en acción una y otra vez, no proceden de esfuerzos corrientes por adaptarse al entorno actual y a sus necesidades sino que son la repetición de patrones afectivo-somático-motóricos infantiles, codificados en un nivel neurobiológico pero nunca representados mentalmente. Nos parece que esa es una buena caracterización para los rasgos de carácter, aunque es necesario ampliar el mecanismo para cubrir también la formación de los rasgos de carácter “normales”, más adaptativos y con una menor rigidez.

Según el diccionario de María Moliner, egoísta es aquel que antepone en todos los casos su propia conveniencia a la de los demás, que sacrifica el bienestar de otros al suyo propio o se reserva sólo para él el disfrute de las cosas buenas. Da como sinónimos: ególatra, egocéntrico, egotista, filautero, insolidario, rompenecios, suyo. El problema es desde dónde se definen estas características, carecemos de un punto fijo para definir el concepto, como señala el muy clarificador chiste: “egoísta es aquel que no piensa en mí”. Si quiero a los miembros de mi familia es porque son “mi hijo”, “mi esposa”, “mi madre”. Si me sacrifico por ellos es porque los considero parte de mí mismo. Si me sacrifico por un amigo es porque espero una justa retribución, un agradecimiento o, al menos, que alguien haga lo mismo por mí cuando lo necesite o, en el colmo del altruismo, ayudo a un desconocido porque espero que el mundo así sea más acogedor, o menos desagradable, para un servidor. Pocos realizan una buena obra por el mero hecho de que es lo justo. Ahora bien, el egoísta puro es poco práctico, reduce su universo de relaciones a un escaso grupo de incondicionales que, con su entrega y dependencia, se castigan y compensan carencias profundas, las “pasiones tristes” que señalaba Espinosa. Con frecuencia la abnegación y el sacrificio son la máscara de las pasiones tristes, pues el que se sacrifica quiere dominar al otro o, como digo, dejarse dominar como autocastigo. El que se menosprecia no suele ser compañía agradable ni constructiva. La mayor parte de mi esfuerzo como psicoanalista relacional está dirigido a conseguir que la persona que ha acudido a consulta aprenda técnicas nuevas para quererse y cuidar de sí. También intento ayudarle a descubrir las causas de ese estado de cosas, pero el descubrimiento por sí solo no es suficiente.

Los psicoanalistas no utilizamos el término “egoísmo”, sino que hablamos de “narcisismo”, pero son dos palabras –una popular y otra técnica– que comparten una gran proporción del campo semántico. De todo el mundo se puede decir que dispone de tendencias narcisistas, ya sean positivas (autogozosas) o sufrientes (gozo también según los lacanianos). Para clarificar mi comprensión de los trastornos me ha sido de gran utilidad distinguir entre “narcisista de piel dura” y “narcisista de piel fina”. El narcisista de piel fina es hipersensible y se siente herido con gran facilidad. Al narcisista de “piel dura”, en cambio, no se le suele ver en consulta más que excepcionalmente, cuando ha sufrido una “herida narcisista”, es decir, un rechazo que amenaza su autoimagen grandiosa, o bien cuando busca un objetivo material concreto: baja laboral, informe favorable u otros. Considero que el narcisista de piel dura es el niño mimado pero que, no nos equivoquemos, también ha sufrido carencias importantes, pues los padres que realmente quieren a sus hijos también les exigen el esfuerzo justo para adaptarse a los requisitos vitales y quizá un poquito más. Por ahí un concepto que supone un gran logro teórico-práctico es el de “frustración óptima”, aportado por Heinz Kohut (1984).

La experiencia afectiva que representa al narcisismo, y que en algún grado está presente en todos nosotros, es un deseo de ser especial. Especial para otro concreto, significativo, alguien a quien hemos dotado de significatividad y poder. En su versión más alterada, ese deseo de ser especial a los ojos del otro idealizado lleva al anhelo por ser absolutamente único y, en definitiva, por ser el único objeto de importancia para él o ella.

El narcisismo cumple una función, que es la de mantener y reparar los vínculos afectivos entre el self y el otro y sirve, principalmente para enfrentarse a la vergüenza (Morrison, 2008), y está relacionado con la formación de la propia identidad (Erikson, 1959). El narcisismo y el sentimiento de vergüenza guardan una íntima relación. Cuanto mayor es la discrepancia entre el yo ideal (aquello que yo debería alcanzar) y el yo real (aquello que siento que realmente soy, semejante al “autoconcepto” de otras teorías), mayor es la vulnerabilidad ante la herida narcisista y, también, el riesgo de vergüenza.

El paciente con rasgos narcisistas nos plantea unas dificultades terapéuticas propias. Debemos entonces tener presente que la psicoterapia depende de la capacidad del terapeuta para empalmar con los sentimientos y necesidades del paciente, más que de la confrontación o interpretación a partir de una posición teórica. El paciente de funcionamiento límite requiere un terapeuta que en muchos casos sirva de guía para identificar sentimientos emociones y conductas que se escapan de su comprensión, además de modos de controlar la impulsividad, ya sea en los descontroles agresivos ya en los intentos desesperados de apego. Tampoco existe un límite nítido entre el funcionamiento de estos sujetos y el narcisismo de piel fina.

Conclusiones

Se considera que el trastorno mental es una enfermedad de los sesos, que todo trastorno del comportamiento deriva de problemas cerebrales, en definitiva, que el cerebro construye la mente. Aunque es totalmente cierto que *si no hay cuerpo no hay mente* eso no debe hacernos pensar que todo comportamiento es fisiología. Tampoco voy a defender que el ser humano sea sólo sociología, o política, en el sentido de la *polis* griega, pero sí que es eso lo que nos define más esencialmente como seres humanos. Fuera de la sociedad sólo existen las bestias y los dioses (Aristóteles). El pensamiento y el lenguaje y el resto de las funciones humanas son hechos sociales.

Ahora López y Costa (2012) proponen que hay que “despatologizar” a la psicología clínica. Supongo que también habría que “desclinificarla”, dada la íntima relación entre el término “clínico” y la “mirada médica” (Foucault, 2007). Si lleváramos esta postura a su lógico extremo y después de un periodo de adaptación prudencial, los psicólogos, como su objetivo prioritario es la salud –o al menos no es la “enfermedad”– deberán abandonar los hospitales y las clínicas y ejercer su profesión en escuelas y empresas y, si acaso, en centros de orientación.

No soy de los que creen que la virtud esté siempre en el centro. A veces es necesario oponerse frontalmente, por ejemplo, a la injusticia y la mentira, aunque no siempre sea fácil pues, fuera de la valentía que suele requerir el mantener una postura ética, no existen como me gusta decir, verdades absolutas pero sí mentiras evidentes, y el mundo de la política nos está dando desgraciadas muestras en estos tiempos de lo último. No será fácil eliminar términos como “psicopatología” o “psicodiagnóstico”, quizá tampoco sea deseable aunque nos parezca sospechoso el concepto de “enfermedad mental”. López y Costa proponen como alternativa hablar de “problema de comportamiento” en lugar del prejuicioso concepto de “enfermedad mental”. Pero el problema seguirá siendo quién define lo que es un problema de comportamiento y el sentido peyorativo que dicha denominación pueda ir adquiriendo con el tiempo. Más futuro descubro en su propuesta de comprender todo problema de comportamiento como un suceso biográfico integral, como obra de la persona entera. Los problemas de comportamiento son procesos transaccionales entre la biografía y el contexto, cumplen una función y tienen un significado. A lo que añadiré que esos problemas no surgen de forma aislada en la persona sino que son producto de la interacción familiar y personal en un contexto social, cultural, económico, etc.

Referencias

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III*. Washington.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III-R*. Washington.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Washington
- Ávila Espada, A., Rodríguez Sutil, C y Herrero Sánchez, J. R. (1997). Evaluación de la Personalidad Patológica. Nuevas Perspectivas. En A. Cordero (comp.) *Evaluación Psicológica en el año 2000*. Madrid: TEA Ediciones.
- Beck, A. T., Freeman, A. y Davis, D. D. (2006). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Brandchaft, B. y Stolorow, R. D. (1990). Varieties of therapeutic alliance. *The Annual Review of Psychoanalysis*, 18, 99-114. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Brown, E. C. (1972). Assessment from a humanistic perspective. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 9, 103-106.
- Cancrini, L. (2007). *Océano Borderline. Viajes por una patología inexplorada*. Barcelona: Paidós.
- Damasio, A. (2006). *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Crítica.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the Life Cycle. *Psychological Issues*, 1,(1), monograph 1.
- Eysenck, H. J. (1986). A Critique of Contemporary Classification and Diagnosis. En Millon y Klerman (eds.) *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guildford.
- Eysenck, H. J., Wakefield, J. A. y Friedman, A. F. (1983). Diagnosis and Clinical Assessment: The DSM-III. *Annual Review of Psychology*, 34, 167-193.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- Fonagy, P. (2001). The Psychoanalysis of Violence. *Paper presented to the Dallas Society for Psychoanalytic Psychotherapy March 15, 2001*.
- Fonagy, P. y Target, M. (1996). Playing with reality: 1. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.

- Foucault, M. (2007). *El Nacimiento de la Clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI.
- Hopwood, C. J. y Huprich, S. (2011). Introduction to the special issue on personality assessment in the DSM-5. *Journal of Personality Assessment*, 93, (4), 323-324.
- Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies*. Yale: Yale Univ. Press.
- Kernberg, O. (1996). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. En J.F. Clarkin y M.F. Lenzenweger (comps.). *Major Theories of Personality Disorders*. Nueva York: Guilford.
- Kohut, H. (1984), *How Does Analysis Cure?* Ed. A. Goldberg & P. E. Stepansky. Chicago: University of Chicago Press. Traducción castellana *¿Cómo Cura el Análisis?* Buenos Aires: Paidós, 1986.
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. y Skodol, A. (2011). Personality in DSM-5: Helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. *Journal of Personality Assessment*, 93, (4), 325-331.
- López Méndez, E. y Costa Cabanillas, M. (2012). Desvelar el secreto de los enigmas: despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, 33(3), 162-171.
- Luria, A. R. (1980). *Los Procesos Cognitivos. Análisis Sociohistórico*. Barcelona: Fontanella.
- Millon, T. (1984). On the Renaissance of Personality Assessment and Personality Theory. *Journal of Personality Assessment*, 48, (5), 450-466. En Avila Espada, A. y Rodríguez Sutil, C. (eds.) (1992).
- Millon, T. (1986a). A Theoretical Derivation of Pathological Personalities. En Millon, T. y Klerman, G.L. (eds.) *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guilford.
- Millon, T. (1986b). Personality Prototypes and Their Diagnostic Criteria. En Millon, T. y Klerman, G.L. (eds.) *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV*. Nueva York: Guilford.
- Morrison, A. P. (2008). Fenómenos Narcisistas y Vergüenza. *Clínica e Investigación Relacional*, 2 (1), 9-25.
- Munter, P. O. (1975). The medical model revisited: A humanistic reply. *Journal of Personality Assessment*, 39, 344.
- Orange, D. M. (2010). *Thinking for Clinicians. Philosophical Resources for Contemporary Psychoanalysis and the Humanistic Psychotherapies*. Nueva York: Routledge.
- Orange, D. M., Atwood, G. y Stolorow, R. (1997). *Working intersubjectively. Contextualism in Psychoanalytic Practice*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Perner, J., Leekam, S. R. y Wimmer, H. (1987). Three-year olds' difficulty with false belief. *British Journal of Developmental Psychology*, 5, 125-137.
- Robbins, M. (1996). The Mental Organization Of Primitive Personalities And Its Treatment Implications. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 44, 755-784.
- Rodríguez Sutil, C. (1992). Evaluación del Psicodiagnóstico Tradicional. En A. Avila Espada, A. y Rodríguez Sutil, C. (comps.) *Psicodiagnóstico Clínico. Aspectos conceptuales y perspectivas*. Madrid: Editorial Universitaria de Madrid.
- Rodríguez Sutil, C. (1995). Clasificación y diagnóstico de la personalidad. *Clínica y Salud*, 6, 161-173.
- Ryle, G. (1949). *The Concept of Mind*. Nueva York: Barnes & Noble.
- Skinner, B. F. (1950). Are Theories of Learning Necessary? *Psychological Review*, 57, 193-216.
- Skinner, B. F. (2005). *Science and Human Behavior*. Cambridge: The B.F. Skinner Foundation.
- Stolorow R. D. y Atwood G. (1992). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Herder. Barcelona. [Original: Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. 1992]
- Sugarman, A. (1978). Is psychoadiagnostic assessment humanistic? *Journal of Personality Assessment*, 41, 11-21.
- Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Harper & Row.
- Trull, T. J., Widiger, T. A., Lynam, D. R. y Costa, P. T. (2003). Borderline Personality Disorder from the perspective of general personality functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 112: 193-202.

- Unamunao, M. (1984). *Del Sentimiento Trágico de la Vida*. Madrid: Akal.
- Wellman, H. M. (2002). Understanding the psychological world: Developing a theory of mind. En U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbook of childhood cognitive development*. 167-187. Oxford: Blackwell.
- Widiger, T. A. y Frances, A. J. (1994). Toward a dimensional model for the personality disorders. En P. T. Costa y T. A. Widiger (comps.) *Personality Disorders and the Big Five-Factor Model of Personality*. Washington: American Psychological Association
- Widiger, T. A. y Trull, T. J. (1991). Diagnosis and Clinical Assessment. *Annual Review of Psychology*, 42, 109-133.
- Wittgenstein, L. (1932). *Philosophical Grammar* (1932). Traducción inglesa de Anthony Kenny; Oxford: Basil Blackwell, 1974.
- Wittgenstein, L. (1945). *Philosophical Investigations*. Traducción inglesa de G.E.M. Anscombe; Oxford: Basil Blackwell, 1984. Edición bilingüe alemán-español de Alfonso García Suárez y Ulises Moulines “Investigaciones Filosóficas”; Barcelona: Crítica, 1988.
- Wittgenstein, L. (1951). *Last Writings on the Philosophy of Psychology. II The Inner and the Outer*. Oxford: Basil Blackwell, 1994.

Manuscrito recibido: 30/01/2013

Revisión recibida: 14/02/2013

Manuscrito aceptado: 15/02/2013