

Millon y los Trastornos de Personalidad

Xavier Serrano Hortelano

Tomando como referencia la Teoría de Th. Millon y sus coincidencias con la Teoría psicodinámica y caracterológica, el autor expone la visión psicosocial y ecológica que se tiene desde el modelo post-reichiano del sufrimiento emocional y de los llamados “trastornos de personalidad”

Th. Millon en su libro “Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV”, deja claro desde sus primeras páginas que en la actualidad la presencia de este concepto en la nosología psicopatológica es palpable y modifica la perspectiva clínica *“En efecto, el formato multiaxial revisado requiere que el conjunto de los síntomas no se evalúe como una entidad clínica separada del contexto más amplio del paciente, que incluye el estilo de relacionarse, comportarse, pensar, sentir y afrontar las dificultades, es decir su personalidad.”* (Millon, 1996).

Y también deja claro que los trastornos de personalidad no son enfermedades, que son sistemas estructurales, dinámicos, sin posibilidad de *“división estricta entre normalidad y patología”* (idem), que pueden ser evaluados pero no diagnosticados de una forma definitiva y, por último que *“los trastornos de personalidad requieren modalidades de intervención combinadas y diseñadas estratégicamente”*(idem)

Partiendo, entre otras, de estas referencias, propone una clasificación que me parece muy original y valiosa en cuanto es un intento global de modular variables distintas. Así diferenciará: *“personalidades con dificultades para el placer(esquizoides, evitación y depresivos); personalidades con problemas interpersonales(dependientes; histriónicos; narcisistas y antisociales); con conflictos intrapsíquicos(sádicos, compulsivos, negativistas y masoquistas) y, por último, aquellos trastornos con déficits estructurales (esquizotípicos, límites, paranoides y descompensados”*(idem)

Pues bien, junto a la rigurosa elaboración del texto citado, lo que me resulta sumamente revelador, y gratificante, es que este autor vanguardista y de referencia académica en su especialidad se base en aspectos teóricos y epistemológicos ya descritos en la literatura psicodinámica que van desde el propio S. Freud (1917), pasando por su discípulo W. Reich (1934) hasta llegar a autores contemporáneos como los psicoanalistas, J. Bergeret(1974) y O. Kernberg(1975), o los postreichianos, F. Navarro(1989) y X. Serrano(1990). De hecho algunos de estos autores son citados continuamente por Millon en los distintos apartados de su obra. Autores, por otra parte, muy poco citados y consultados en nuestras universidades de psicología o en los masters de psicopatología.

Con este punto de partida voy a aprovechar estas líneas para, de forma sintetizada, aproximar sucintamente al lector al enfoque que tenemos los profesionales postreichianos, es decir, aquellos que nos identificamos con el modelo clínico desarrollado hace ya más de sesenta años por W. Reich desde el psicoanálisis y que definió como Vegetoterapia caracteroanalítica (posteriormente orgonoterapia), reforzado y enriquecido por las aportaciones de otros profesionales que hemos seguido trabajando en esta dirección como O. Raknes y F. Navarro impulsores de la “Scuola Europea di orgonoterapia”, cuna del colectivo que dirijo, la “Escuela española de terapia Reichiana”(Es. Te. R). Actualmente definimos nuestra praxis clínica “psicoterapia caracteroanalítica” porque hemos ido

aplicando su teoría a otros campos más específicos (como a la psicoterapia breve o focal, Serrano, 1992) lo que exigía una definición más genérica.

W. Reich: caracter versus personalidad

W. Reich, definió carácter como “la coraza del yo” (Reich, 1925). Con estos términos hacía referencia al hecho clínico que él fue observando en su “diván psicoanalítico” de que la mayor o menor violencia familiar sufrida en nuestra infancia dentro de los sistemas familiar y educativo, así como el nivel de estrés patógeno (distrés) al que nos hemos visto sometidos en todo nuestro proceso de maduración psicoafectiva desde la vida intrauterina hasta la adolescencia obliga a nuestro ser, no solo a crear un espacio psíquico donde van a refugiarse todas esas experiencias lejos de nuestra consciencia, y al que Freud llamara inconsciente, sino también a desarrollar un sistema defensivo estructural conductual y somático o neuromuscular, que permite y facilita la adaptación a las exigencias de los ecosistemas humanos de una forma soportable.

Esta evitación del sufrimiento, proceso ya definido por Cannon a nivel fisiológico como homeostasis, es algo palpable y concreto, pues se evidencia en nuestra conducta, es decir en nuestro carácter, que coincide con la definición de “personalidad” de Millon, antes citada, y en las tensiones crónicas de nuestros cuerpos, la disfunción respiratoria y la distonía neurovegetativa (cefaleas, astenia, estreñimiento, taquicardias...) que existe, en mayor o menor medida en todos nosotros. De ahí que W. Reich planteara que la normalidad ya implicaba neurosis en este sistema social, y diferenciara “neurosis caracterial” (con sus actitudes conductuales masoquistas, compulsivas, fálico-narcisistas o histéricas, cronificadas y egosintónicas) del resto de psicopatologías que suponían un acrecentamiento del nivel de sufrimiento con una sintomatología aguda y evidente consecuencia de que la coraza dejaba de ser funcional en esa persona y en ese tiempo. Sintomatología señalada y elaborada en manuales como el DSM-IV.

La originalidad de este modelo clínico se basa en la constatación de nuestra dificultad para vivir el placer y para vivir con placer, así como en las actitudes que todos, en mayor o menor medida, hemos ido adoptando ante la represión y exigencias distresantes del exterior, y que se reflejan en la clasificación que Millon realiza en su libro, a saber, conductas evitativas, sádicas, compulsivas, de dependencia, de disociación, paranoides, histriónicas, depresivas y narcisistas. Sufrimiento y trastornos de personalidad desde la psicoterapia caracterioanalítica

El sufrimiento psíquico, emocional, pasa a tener, por tanto, una etiología claramente social, y por tanto se puede prevenir con cambios en los ecosistemas sociales, humanos. Sufrimiento, esa insatisfacción, que, repito, en mayor o menor medida, todos tenemos y sentimos, y que en algunos casos, o en determinados momentos, se acrecientan de tal modo que pasan a ser evidentes por la “estridencia” de sus síntomas que “irritan” la convivencia cotidiana. Pero que, en realidad, son momentos de crisis que nos alertan del peligro de un naufragio total, y, por tanto deberían escucharse porque nos en esos momentos se están haciendo oír aquellas zonas que suelen estar mudas pero que condicionan dramáticamente nuestra realidad cotidiana.

Esta visión obliga al profesional de la salud a convertirse, si siente su oficio, en agente social, en cuanto evidencia en su “diván reichiano”, que ese sufrimiento se podría reducir, que la potencialidad yoica de cada persona se podría agrandar, y por tanto, se podría recuperar, al menos parcialmente, nuestro “paraíso perdido”,

modificando dinámicas interrelacionales durante la infancia, la adolescencia, incluso en nuestra realidad como adultos. Porque detrás de nuestra coraza se encuentra nuestra personalidad potencial por desarrollarse. Pues lo que pensamos que es nuestra personalidad no es más que la interiorización de la realidad marcada por la coraza, fenómeno muy bien descrito por Platón en su metáfora de "la caverna".

Por ello desde la psicoterapia caracteranalítica, la enfermedad psíquica, el sufrimiento emocional, y los consiguientes "trastornos de personalidad", tienen una etiología fundamentalmente social y se articula durante el proceso de maduración y de integración de funciones de nuestra específica estructura humana. Por tanto el sistema familiar, como ecosistema principal durante ese período, -en cuanto que dependemos de él para sobrevivir-, se convierte en el principal modulador de la enfermedad o de la salud. Si bien sabemos que el sistema social condiciona enormemente las condiciones de vida del sistema familiar hasta el punto de que es su ecosistema. Por tanto para entender la enfermedad tendremos que acercarnos a comprender la lógicas de los sistemas humanos y de su interrelación con los ecosistemas vitales. Es así como la teoría Reichiana se sitúa dentro del Nuevo paradigma o "Ecología global" como lo define F. Capra (1996), porque el conocimiento que adquirimos en el diván nos sirve para prevenir la futura patología interviniendo sobre nuestros ecosistemas. Esta es nuestra labor preventiva y un signo de nuestra identidad. Siguiendo a Reich "ayudar a recuperar nuestra identidad como animal y como ser humano", recuperar el instinto, recuperar el conocimiento de lo vivo y desarrollar ecosistemas y sistemas humanos que faciliten ese proceso. El proceso de ontogénesis pasa a ser, por tanto, un elemento fundamental tanto en la prevención como en la clínica, su punto vincular. Porque en nuestra sistemática clínica con la vegetoterapia caracteranalítica-orgonterapia (Navarro, 1983, a, 1989, b) muchos de los movimientos neuromusculares ("acting") que la persona realiza en el diván son reproducciones de movimientos musculares espontáneos, "señales" de maduración y de integración funcional psicósomática durante ciertos períodos básicos de nuestra vida infantil. Es por ello que a través del acting podemos acceder a recuerdos y experiencias vividas en ese tiempo.

Desde la experiencia clínica podemos comprender los tipos de relación patologizante que se establecen en el sistema familiar y que facilitan el desarrollo de una estructura con una autopoiesis constrictiva (utilizando un término de H. Maturana dentro de nuestra concepción orgonómica) y, por tanto degenerativa, a través de la sustitución o bloqueo de las respuestas básicas instintivas durante el embarazo y el parto que ocasionará disfunciones neurohormonales y partos clínicos y traumáticos; durante las fases sexuales facilitando la instauración de la ambivalencia oral y, o, la fijación triangular edípica; y durante la adolescencia, impidiendo la posibilidad de desarrollar una estructura humana con una autopoiesis expansiva y en constante crecimiento, evolución y satisfacción, que Reich describió como Carácter maduro, o "genital" (siguiendo la terminología freudiana de fases sexuales, no utilizándose en el sentido literal de la palabra). En este sentido es importante puntualizar que un parto clínico con forceps o ventosa es traumático pero lo que realmente provoca una fuerte tensión ocular y diafragmático es la pérdida de contacto que se puede producir entre la madre y el bebé, antes, durante y después del parto, siempre que no se compense con una actitud maternal del padre.. Eso es lo que lleva a que el feto se sienta arrastrado, perdido y sólo en el vacío "cósmico", roto el cordón con la nave nutricia. Sabemos

que, etiopatológicamente hablando, más que una situación traumática o disfuncional, lo que influye es el contenido que va asociado a dicha acción, la impronta emocional, energética, y por tanto el factor relacional. Y esto ocurre a lo largo de todo el proceso de ontogénesis (maduración psicoafectiva). Durante el embarazo, el parto, la lactancia (a través de la fase oral) donde lo esencial y realmente importante no es sólo que exista lactancia materna sino que se establezca una relación amorosa dentro del sistema familiar no solo entre la madre y el bebé, sino también con el resto del sistema familiar, especialmente con la figura del padre, porque sino hay un tercero el riesgo de fijación del bebé y de desplazamientos de afectos perversos de la madre hacia el bebe es muy grande.

Detrás de toda disfunción ha habido siempre un problema relacional y por tanto del sistema, que no se ha podido compensar. Una de las consecuencias clínicas de esta realidad es que para cubrir los objetivos terapéuticos tiene que existir un espacio clínico donde se va gestando una relación terapéutica que facilita el proceso psicoterapéutico. Es esto, por tanto, la base que fundamenta la importancia del encuadre o "setting"

Vemos pues que, según las particularidades de ese proceso de ontogénesis constrictivo, cada individuo desarrollará dinámicas estructurales diferentes, alejadas de la dinámica funcional de la personalidad madura. Entendiendo por Estructura, "la corporeización de un patrón de organización"(Prigogine), siguiendo el concepto de W. Reich de "estructura orgánismica".

Desde nuestra experiencia (Serrano, 1990b) observamos tres tipos de estructura con características no sólo psíquicas (como describe la escuela analítica francesa de Bergeret) sino también somáticas, emocionales, perceptivas y existenciales: La estructura de carácter neurótica (fundamentalmente condicionados por la dinámica triangular edípica patógena y con una coraza organizada); Estructura Borderline o fronteriza (fundamentalmente condicionada por la dinámica oral ambivalente patógena, con un núcleo depresivo o depresivo-sicótico y con una cobertura caracterial cuya función es mantener una "normalidad" social evitando la explosión con ese núcleo patógeno pudiendo desarrollar una mínima coraza organizada) y la Estructura psicótica (fundamentalmente condicionada por una dinámica oral primitiva patógena que provoca una ausencia de contacto y una incapacidad de relación con el otro limitando casi totalmente la formación de una coraza organizada, desarrollando para sobrevivir una caracterialidad mimética).

Por sus particularidades globales y esenciales estas tres estructuras están separadas por férreas fronteras marcadas por la propia particularidad. La batería de pruebas que permitiría diferenciarlas constituye lo que definí como diagnóstico Inicial diferencial Estructural, D. I. D. E (Serrano, 1990). sobre el cual considero que es un diagnóstico epistemológico porque pretende conocer la realidad esencial de la persona, su desequilibrio emocional, neourovegetativo, energético, vital. Y a partir de ahí cualquier aspecto de su conducta y de su patología. Pero no tiene sólo presente la sintomatología psicopatológica, y por tanto no parcializa ni cosifica la realidad de la persona.

Para el desarrollo del D.I.D.E. utilizamos los siguientes referentes:

- a) La predisposición constitucional.
- b) El metabolismo orgonótico (Bioenergía).
- c) Relaciones objetales y rasgos de carácter.

- d) Bloqueos y tensiones musculares.
- e) Funcionamiento neurovegetativo y somático.
- f) Realidad actual, familiar, laboral, afectivo-sexual, situación clínica, motivaciones

Asistencia Clínica

El diagnóstico de cada estructura exige coherentemente un tipo de encuadre (setting) y un tratamiento determinado. En ocasiones nos encontramos (sobre todo en centros públicos u hospitales) con la necesidad de realizar una atención en crisis, siendo el único encuadre donde la praxis clínica se realiza sin tiempo para el diagnóstico. En este encuadre trabajamos siguiendo los principios de los "primeros auxilios emocionales" de Eva Reich (1983), de M. Herskowitz (1968), y de aportaciones propias, teniendo presente sobre todo la hipertensión ocular y la pérdida de contacto, la hipertensión cervical y los espasmos diafragmáticos. En este encuadre nuestra forma de estar es activa con un campo energético abierto y por tanto en un estado de fuerte empatía manifiesta. Y en muchas ocasiones implica un contacto corporal, un masaje respiratorio y diafragmático, o, y, una actitud provocativa y en muchos casos paradójicamente "enloquecida" que permita la mirada del paciente para sentir nuestra empatía.

También vemos la necesidad de llevar un tratamiento específico con las personas con una estructura psicótica introduciendo al sistema familiar en el proceso, el psicofármaco en situaciones de crisis y la comunidad terapéutica también puntualmente. En este caso vemos como la importancia del diagnóstico se refleja no sólo en el pronóstico o en la indicación del tratamiento sino también para tener claro el tipo de encuadre.

Por ejemplo, sabemos - después de años de trabajar en clínica profunda-, que el nivel de personas que dejan la terapia al poco de comenazarla por resistencias analíticas (fugas terapéuticas) es mucho mayor en la estructura borderline, en particular en aquellas con cobertura compulsivo-masoquista o fálico-compulsiva. Para prevenir esto llegamos a la conclusión de que el número de sesiones debía de ser mayor que en el resto de estructuras y era muy adecuado hacer un trabajo previo con un encuadre focal o breve que potenciara su nivel de "insight" y de analizabilidad.

Asimismo nos fuimos encontrando con personas que son atendidas en centros públicos o que asisten a nuestros centros privados pero no tienen poder adquisitivo, que no pueden someterse a un tratamiento profundo como el de la vegetoterapia.

Para intentar dar respuesta a ambas situaciones, con algunos colegas fuimos introduciendo variables propias de la clínica postreichiana (Entre otros, el análisis del carácter, la vinculación entre hipertensión muscular y reacción patógena aguda, y la realización de "actings" o movimientos neuromusculares de tipo "ontogénico") dentro de la tradición clínica analítica de la terapia breve (Mahler, Balint, Braier...) llegando a desarrollar una sistemática que definí como "Psicoterapia breve caracteranalítica"(P. B. C) (Serrano, 1992). Donde el objetivo es facilitar la conciencia emocional de aquellos rasgos de carácter que están ocasionando una disfunción patógena y, por tanto una sintomatología. Esa toma de conciencia permite gestionar de una forma más funcional y consciente sus recursos y su realidad. Y al mismo tiempo se reducen los focos de hipertensión y se libera superficialmente la respiración, aumentando la receptividad y la sensibilidad. Son objetivos limitados que intentan reducir el sufrimiento y anular la sintomatología utilizando la crisis como una herramienta terapéutica aliada del

"insight". Pero al ser objetivos limitado tanto el encuadre como la técnica tienen que ser coherente y por eso distintos al de la terapia profunda, para evitar la ruptura de las defensas esenciales, la regresión y la neurosis de transferencia porque no tenemos tiempo para abordar todo ello, objetivos que sí podemos cumplir con un encuadre profundo, siguiendo nuestra tradición clínica.

Para ello el terapeuta tendrá una posición analítica pero más directiva, evitando la inducción y trabajando mucho con los señalamientos, los contrastes, la libre asociación, y combinando el tiempo de la sesión entre la posición frontal sentados y el diván para la realización de actings con un tiempo reducido respecto a la terapia profunda que combinaremos con otras técnicas corporales estando el paciente tumbado pero vestido. Las sesiones serán semanales y la duración estará prefijada con una media de veinte sesiones. Las sesiones individuales se pueden combinar con dos sesiones de grupo al mes de dos horas cada sesión (o de una sesión de tres horas, en función de las circunstancias específicas de cada grupo), pero siempre comenzando en la tercera fase del tratamiento, a partir del tercer mes. Es interesante recordar que tanto Reich en su obra "psicología de masas del fascismo", como O. Raknes (1950) se plantearon ya esta opción terapéutica, aunque no profundizaron en ello.

Los trastornos de personalidad (Parte I

La próxima semana saldrá publicada la segunda parte de este trabajo.

29 DE OCTUBRE DE 2006 | PSICOTERAPIA CARACTEROANALÍTICA

Por Xavier Serrano Hortelano xserrano@mac.com