

## CONTEXTO, PATRÓN RELACIONAL Y CLÍNICA<sup>1</sup>

Isabel Pérez Rigau<sup>2</sup>

IARPP-España, Barcelona

En el marco del psicoanálisis relacional existe una tendencia a utilizar genéricamente el término "trastornos graves" para describir por ejemplo trastornos psicóticos o trastornos de la personalidad borderline, en lugar de utilizar la nosología psicopatológica utilizada normalmente en otras áreas profesionales. Carlos Rodríguez Sutil (2014) señala también que "los desarrollos actuales del psicoanálisis relacional se muestran extranjeros, si no contrarios a la clasificación ...". A pesar de ello, conocida es la contribución de los autores sobre la repercusión clínica de los trastornos en las relaciones de apego desde la infancia. Podríamos preguntarnos si el uso de diagnósticos condiciona o no la evolución del paciente atendido. Si tenerlo en cuenta nos aparta del psicoanálisis relacional. Sabemos que para éste las experiencias relacionales son algo más que factores de riesgo. A partir de viñetas clínicas se plantean estos aspectos, así como una reflexión sobre la interrelación entre contexto, patrón relacional y expresividad psicopatológica.

**Palabras clave:** Psicoanálisis relacional; Nosología psicopatológica; Patrón relacional, contexto relacional.

In the frame of relational psychoanalysis exists a trend to use generically the term "Severe disorders" to describe for example Psychotic disorders or Borderline personality disorders, instead of utilizing the psychopathological nosology used normally in other professional areas. Carlos Rodríguez Sutil (2014) points out also that "The current developments of relational psychoanalysis show themselves foreign, if not contrary, to the classification..." Despite that, known is the contribution from the authors about the clinical repercussion of disorders in attachment relations from infancy. We could ask ourselves whether the use of diagnostics by clinics conditions the attended patient's evolution or not. Whether keeping it in mind distorts the principles of relational psychoanalysis or not. We know that for relational psychoanalysis, are the relational experiences the ones that create psychopathology and that those are somewhat more than just risk factors. From clinical vignettes I would like to raise these aspects, as well as a reflection on the interrelationship between context, relational pattern and psychopathological expressiveness.

**Key Words:** Relational psychoanalysis; Psychopathological nosology; relational pattern; relational context

**English Title:** CONTEXT, RELATIONAL PATTERN AND CLINIC SYMPTOMS

### **Cita bibliográfica / Reference citation:**

Pérez Rigau, I. (2017). Contexto, patrón relacional y clínica. *Clínica e Investigación Relacional*, 11 (2): 380-386. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2017.110211

<sup>1</sup> Trabajo presentado en la reunión bienal de IARPP-España, celebrada en Barcelona, Abril 2017

<sup>2</sup> Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Dirección de contacto: C/ Alacant, 4. Baixos 2º. 08860-Castelldefels. Barcelona.

A menudo existe en el marco del psicoanálisis relacional una tendencia a utilizar de forma genérica el término "Trastornos graves" para describir por ejemplo los Trastornos psicóticos o Trastornos de personalidad bordelinde, en lugar de utilizar la nosología psicopatológica que se emplea normalmente en otros ámbitos profesionales. J Coderch (2014) nos recuerda como autores como Orange, Atwood, Stolorow (2011) se muestran también contrarios, tanto a la clasificación psicopatológica como a las indicaciones técnicas. Carlos Rodríguez Sutil (2014) afirma que "*Los desarrollos actuales del psicoanálisis relacional se muestran ajenos, cuando no contrarios, a la clasificación...*" Sin embargo, conocidas son las aportaciones de Lyons-Ruth (2010) sobre las repercusiones clínicas de los trastornos de las relaciones de apego desde la infancia a la adolescencia. En los últimos años, numerosos estudios han intentado establecer una relación entre el tipo de apego y el desarrollo posterior de psicopatología (Aaronson et al. 2006; A Picardi et al. 2013). Las aportaciones también de P Fonagy (2006-2016) han contribuido, en este sentido, a establecer un puente entre las teorías del apego y la psicopatología.

Cabe preguntarse si la utilización o no de los diagnósticos por parte de los clínicos condiciona a su vez, la evolución de los pacientes que atendemos. Si tenerla presente, distorsiona los principios del psicoanálisis relacional.

Sabemos que para el psicoanálisis relacional son las experiencias de relación las que crean psicopatología y que éstas son algo más que factores de riesgo. La psicopatología puede ser entendida así como pautas o patrones de regulación emocional particular, construidas de forma (des) adaptativa ante determinadas situaciones (Sh Doctors, 2012). Quizá como nos dice C Rodríguez Sutil (2014): "*La paradoja se resuelve partiendo del supuesto de que el sufrimiento se expresa no al modo de cuadros fijos, sino a través de los estilos relacionales que constituyen la personalidad, en conexión dialéctica con los otros miembros de la constelación relacional...*" Nos planteamos entonces qué pasa cuando el entorno no ha podido facilitar una regulación (adaptada).

En otros ámbitos quizá se tiene en cuenta también lo relacional pero de forma distinta: Como consecuencia de la psicopatología existente, como elemento contextual en el que aparece la psicopatología pero separada de ella. Así como factor de riesgo (L. Alan Sroufe et al. 2000). Tal es el caso de un contexto psicopatológico familiar o un contexto relacional determinado. Reconocer como la teoría sistémica y los conocimientos derivados de las intervenciones grupales ampliaron el conocimiento del papel de las relaciones y su repercusión en el ámbito clínico.

A partir de viñetas clínicas me gustaría plantear estos aspectos, así como una reflexión sobre la interrelación entre contexto, patrón relacional y expresividad psicopatológica.

**Julia:**

Se trata de una paciente de 31 años que atiendo desde hace varios años en el centro público de SM, en Hospitalet del Llobregat, ciudad colindante con Barcelona y que tradicionalmente ha acogido una importante comunidad inmigrante. Ella nació allí pero su familia procede de Castilla. Cuando la conozco tiene unos 26/27 años.

La paciente me llega derivada por una compañera que atiende a su hermana, dos años mayor que está en tratamiento por síntomas obsesivos y fóbicos. Cuando realizo primera entrevista sé también que su madre es atendida por psiquiatra por un Trastorno Psicótico, por Esquizofrenia y después de varios años sin contacto con centro especializado.

Julia es una joven que se expresa con una voz suave y con una sonrisa contenida que la acompaña casi todas las primeras entrevistas. En ocasiones, cuando expresa un contenido emocional doloroso, una lágrima cae de uno de sus ojos pero, a la vez, sigue sonriendo. A lo largo del tratamiento, esta imagen me llevó a pensar en la falta o grado de integración de los contenidos que iba expresando. Ya en la primera entrevista me despertó ternura y ganas de ayudarla. A la vez, la sintomatología obsesiva que presenta me hace sentir que me será difícil de abordar. Esto es, pensamientos intrusivos, actos que no puede dejar de hacer y que resultan altamente invasivos y que, sobre todo en el trabajo (auxiliar de clínica), entorpece las tareas a realizar (doblar las sábanas de los pacientes de una forma determinada, tocar objetos para evitar el desarrollo negativo de acontecimientos, incluso el fallecimiento de la madre, su hermana, un paciente...). Hacía poco que su hermana se había pinchado accidentalmente en el trabajo y el temor de que se hubiera contagiado de VIH, ocupaba su mente.

En esas primeras entrevistas podía hablar de su madre de forma descriptiva, explicar cómo estaba y lo mucho que le preocupaba, pero con poca aparente resonancia emocional. El padre no aparecía en su discurso. Sabré después de sus problemas con el alcohol. La preocupación por su hermana ocupa los contenidos de las sesiones. Pronto me doy cuenta de que la vida de una y otra transcurre sin diferenciación. Las dos trabajan en el mismo centro sanitario como auxiliares de clínica. Estudiaron siempre juntas también otros cursos (de documentación sanitaria, inglés...). Su vida social es en esos momentos casi inexistente, muy alejada de lo que se esperaría de una chica de su edad. Veo la fragilidad y las dificultades para separarse la una de la otra y desprenderse también del papel de cuidadoras de sus padres,

en claro rol reversal. A la vez, no puede pensar en ella, ni por si misma sin su hermana; en una relación que me parece casi simbiótica. Pienso en una subjetividad por desarrollar, en las dificultades en su crecimiento y también en lo obsesivo quizá como una forma aprendida de regular la ansiedad, de protección y supervivencia en un contexto muy difícil. Yo empiezo a sentir enfado por las situaciones, que Julia no expresa.

En esta época se trabajó desde fuera para ayudar a que el padre conectara con su médico de familia y también la madre fuera a un centro de día. Así, vi a Julia más tranquila, menos invadida por pensamientos intrusivos. Sin embargo, cambios en el trabajo, aumento de cargas y la aparición del ébola parecen comportar un aumento de la ansiedad y de nuevo importantes síntomas obsesivos. Un día empieza expresando: "Hoy estoy muy TOC...". Cómo poder "librarse de las ideas" y "el temor a estar así siempre", la angustiaba a ella y me preocupaba e inquietaba a mí. Sentí la necesidad de poder contar con más herramientas, a parte de la medicación que ya tomaba y de nuestras sesiones. Presenté así el caso en los espacios clínicos. Empezó a ir a Yoga y la utilización de las técnicas que aprendía y algunas pautas que trabajamos juntas, también creo que la ayudaron. Pudo expresar queja por la actitud poco colaboradora de su padre, por las cargas de trabajo en el hospital. Me comentó que ya desde pequeña la acompañan rituales y pensamientos que empezamos a identificar como mágicos y protectores y que ella consideraba normales, pues la acompañan desde entonces y también los tenía su hermana. No fue hasta hace unos 4 años que se tornaron invasivos y angustiantes para ella. Muchas veces había pensado que quizá su madre enfermó cuando su hermana y ella nacieron pero que ahora sabe que no fue así. Cuando me lo cuenta llora pero de forma más integrada, ya no sonrío y llora a la vez.

Ahora su vida social es más amplia, sale a menudo con su hermana y un grupo. Ha salido con un chico durante unos meses... pero tiene dudas de que la relación sea buena para ella. Le dicen que la controla...y su hermana: "A ver si va a ser un maltratador..."

Verbaliza que está mejor. En el Trabajo, "He aprendido a pedir ayuda y mejor...". Me lo comenta con complicidad porque lo habíamos hablado en las sesiones, no haber podido pedir nunca ayuda a sus padres.

Le digo alguna cosa como "O pedir ayuda o sortilegios para ahuyentar lo malo..." y ella: "Quizá sí que desde pequeñas hemos cargado con mucho". Ahora trae cosas del día a día- preocupación por su madre, cierto enfado hacia su padre, continuar o no con el Chico. Puede enfadarse con su hermana por la forma de conducir, hay mayor diferenciación. Hemos podido compartir y revisar su evolución, desde la relación de supervivencia con su hermana a una mayor obertura en las relaciones pero sobre todo, el deseo de tener sus propias cosas, su propia familia, su casa y quizá algún día un cambio de trabajo. "¡TOC a raya...!", dice.

**Javi:**

La dinámica familiar creo que ha jugado un papel importante tanto en la evolución como en el desarrollo de las dificultades de Javi. Joven de 18 años y en tratamiento desde los 5 años. En su historia problemas del sueño -terrores nocturnos, sonambulismo- también asma; se valoró hipoacusia que después fue descartada. Tuvo problemas de rendimiento escolar a partir de los 8 años que perduran hoy y que para los padres se han convertido en el mayor problema. Ya entonces la madre pasaba 3 y 4 horas, todas las tardes, para que hiciera los deberes. En una actitud que ahora parece poco flexible para Javi. Fue diagnosticado a los 10 años de TDAH y recibió medicación durante un tiempo. Parece que se les indicó entonces terapia familiar pero dejaron de acudir a las sesiones por desacuerdo con el terapeuta. El patrón de relación entre ellos parece de poca conexión emocional (R Riera 2011) y donde la confrontación- especialmente entre Javi y su padre- parece se ha erigido en el punto de central para todos. El padre ha abandonado el domicilio en varias ocasiones, tras discusiones con él. Actualmente también crisis en la pareja de padres. La exploración actual de Javi no ha revelado dificultades instrumentales pero preocupa la relación que establece con los demás en actitud de excesivo control y de desafío... Existe el temor de que lo que podría parecer una disociación defensiva, se convierta en un patrón rígido y patológico. Javi dice: "Mi padre se mete en todo lo que hago, incluso en como pongo el lavaplatos... ¿De verdad que soy un TDAH?", dice. Quizá el diagnóstico precoz y la "psicopatologización" en Javi de las dificultades en el sí de las relaciones familiares han encerrado a él y su familia en un círculo psicodinámico en el que todos participan.

**Carlos**

Es un hombre de unos 45 años, en tratamiento desde muy joven, con historia de varios intentos de suicidio y el diagnóstico de trastorno de personalidad. Trabaja de profesor de Instituto con adolescentes de 15 y 16 años. A menudo trae a las entrevistas las dificultades con ellos. Hace poco vino desesperado tras incidente con un grupo de clase que le había hecho sentirse humillado y tratado injustamente. Esto le llevó a recordar un incidente de años atrás; siendo adolescente en el que terminó agrediendo a su padre por lo que consideraba un tratamiento injusto y vejatorio. El incidente con sus alumnos le llevó de nuevo al sentimiento de humillación que a menudo sentía con él. Pese a todo, en los últimos años de éste, creía haberse reconciliado y lo cuidó hasta el final. Ahora el resentimiento se dirige hacia su madre por no haberlo protegido. Llama la atención como tras las discusiones con ésta, con la que vive, a menudo se deja llevar por el impulso de vestirse de mujer.

Muchas veces siento que no existe un diálogo entre los dos y que en las sesiones me convierto en un espejo donde sólo está él, donde *no hay sitio para dos* (Wallin 2012). Sin embargo, hace poco me contó lo mucho que le había emocionado la película *Manchester frente al mar* porque “habla del dolor y la imposibilidad de superarlo...” Me preguntó si la había visto y quiso comentarla conmigo. Ello nos sirvió quizá para darnos una nueva posibilidad de encuentro y continuidad para salir de los círculos cerrados... (P Wachtel 2008).

Plantear la interrelación entre contexto, patrón relacional y expresividad psicopatológica presentada por los pacientes, no es fácil. En el caso de Julia, la situación de vulnerabilidad de apego desorganizado creo que facilitó estrategias de control y patología obsesiva. El contexto de tratamiento ha posibilitado algunos cambios en su patrón relacional y reducción de los síntomas obsesivos. Expresiones como “Hoy estoy muy TOC” o “TOC a raya...”, creo que ayudaron a Julia a poner nombre a un malestar no señalado; a pedir ayuda y diferenciar lo interno de lo externo. En el caso de Javi, creo que la categorización psicopatológica de su malestar le situó como el portavoz (sin interlocutor) de un malestar que iba más allá de él mismo y, a la vez, le dejó muy solo en su lucha o fracaso por articularse en su contexto familiar. Finalmente, creo que Carlos sólo quiere ahora que le escuchen y será difícil entrar en *sitio para dos*...

Wachtel nos habla de cómo los pacientes quedan atrapados en bucles y círculos cerrados... Quizá en algunos de ellos éstos quedan imbrincados, fijados, invaden y/o llegan a formar parte incluso del self. En estos casos, creo que poner nombre, diagnóstico... puede ayudar a diferenciar, integrar de forma diferente y a percibir la realidad de un modo más acorde.

Por otro lado, la psicopatologización de dificultades relacionales puede encerrar al paciente e impedir su evolución.

Quizá cuando no hay nadie que pueda traducir lo que pasa, los clínicos solemos poner nombre a lo que pasa en forma de diagnósticos.

Es cierto que los pacientes no necesitan sólo interpretaciones para sanar, ni clasificaciones para recuperar o fortalecer una identidad. Sin embargo, parece que tener presente las categorías psicopatológicas y descripciones clínicas no es incompatible con un abordaje basado en los principios del psicoanálisis relacional. *Esto es, la no atribución exclusiva de los orígenes o el mantenimiento de la psicopatología al paciente.* Es sólo desde planteamientos integrativos y abiertos que quizá podremos ayudar. Sobre todo, cuando los cuidadores no han podido facilitar una regulación emocional y construcción de una sólida identidad.

## REFERENCIAS

- Aaronson C et al. (2006). Comparison of attachment styles i borderline personality disorder and obsessive – compulsive personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, vol.77. nº 1
- Doctors, S. (2012). Una visión relacional de la individuación en la adolescencia: El papel del estatus de apego.
- Coderch, J. (2010). *La Práctica de la Psicoterapia Relacional*, Madrid: Ágora Relacional.
- Coderch, J. (2012). *Realidad, Interacción y Cambio Psíquico. La práctica de la Psicoterapia Relacional II*, Madrid: Ágora Relacional.
- Coderch, J (2014). *Avances en el psicoanálisis Relacional. Nuevos Campos de exploración para el psicoanálisis*, Madrid: Ágora Relacional.
- Fonagy P, Steele H (1999). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant- mother attachment at one year of age. *Child Development*,62, 891-905. On line 2008.
- Fonagy P (2004). *Teoría del Apego y Psicoanálisis*. Barcelona: Espax
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E and Target M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization and the D Psychoanaevelopment of the Self*, Londres: Karnac.
- Lyons-Ruth, K (2003). Dissociation and parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 51,883-911
- Lyons-Ruth K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment, *Psychoanal. Inq.*, 26: 595-616.
- Lyons-Ruth K (2010). Repercusiones clínicas de los trastornos de las relaciones de apego desde la infancia a la adolescencia. *Ceir Vol.4(2)-2010*; pp. 340-356
- Orange D. (2006). "For whom the bell tolls": Context, complexity and compassion in psychoanalysis . *Int. J. Psychoal Self*.1:5-21
- Orange,D.M (2011). La actitud de los Héroeos: Bernard Brandchaft y la Hermenéutica de la confianza. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(3): 507-515
- Orange, D. Atwood, G. y Storolow, R. (1997). Trabajando Intersubjetivamente. *Clínica e Investigación Relacional*, 6(3): 645-661. ISSN 1988-2939
- Picardi A et al. (2013). Attachment and Parenting in *Adult Patients with Anxiety Disorders*. 9: 157-163
- Riera, R. (2011). *La Conexión Emocional*, Barcelona: Octaedro. SL.
- Rodríguez Sutil, C. (2014). *Psicopatología psicoanalítica relacional. La persona en relación a sus problemas*. Madrid: Ágora relacional.
- Wallin, D. (2012). *El Apego en psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.,
- Wachtel, P (2008). Teoría relacional y la práctica de la psicoterapia Publicado en la revista *Aperturas psicoanalíticas* nº031 Reseña A Moreno: Relational theory and the practice of psychotherapy. (*Teoría relacional y la práctica de la psicoterapia*). Paul Wachtel. The Guilford Press, NY, 2008

Original recibido con fecha: 27-4-2017

Revisado: 30-5-2017

Aceptado: 30/06/2017