

EL PSICODRAMA EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

LA VINCULACION TIPO “ESPEJO” Y “DOBLE” (*)

*Pablo Alvarez Valcarce.M.D.
Grupo de Estudios de Psicodrama
De Madrid.
grupoestudios@psicodrama.info*

Los trastornos de personalidad suelen ser escasamente diagnosticados debido a que rara vez consultan por sí mismos sino debido a trastornos intercurrentes del eje I, o a situaciones de conflicto socio-familiar. Una vez en la consulta, resulta difícil establecer una vinculación empática y estable, que permita el desarrollo de una relación terapéutica estar escasamente motivados es frecuente que interrumpan el tratamiento una vez resuelto o aminorado el conflicto actual. La medicación disponible solo es eficaz para el control de los síntomas afectivos y ansiosos y para la prevención de las descompensaciones psicóticas, pero suele ser mal tolerada y poco aceptada. Así las cosas, el psicoterapeuta se ve enfrentado a una situación clínica difícil y de pronóstico sombrío dado que no es nada fácil ayudar a realizar cambios duraderos y estables en la estructura de la personalidad.

Cada tipo de trastorno de personalidad requerirá del terapeuta un abordaje distinto con relación a los roles patológicos establecidos y al establecimiento de la demanda de cambio mínimo donde focalizar el inicio del tratamiento. También cada tipo de trastorno hará referencia en su historia psicodramática a distintos tipos de escenas nucleares conflictivas en sus matrices de identidad. Así serán distintas las escenas que aparecerán en un trastorno paranoide donde primarán formas de vinculación cosificadoras y despreciativas a las escenas de la historia de un trastorno por dependencia donde prevalecerán escenas de tipo anulador y fusional o a las escenas de la historia de un trastorno límite o esquizoide donde prevalecerán escenas de doble vínculo y de rechazo del sujeto deseante.

Dentro de esas diferencias en las formas de los vínculos ofrecidos en sus matrices de identidad, lo cual correlacionaría con el fenómeno observable de la prevalencia familiar de determinados rasgos de personalidad y por tanto de un probable factor etiológico de tipo aprendizaje vicario y/o hereditario, en la Teoría Psicodramática nos interesa resaltar como factor etiológico de los trastornos de personalidad una determinada cualidad vincular y una serie de déficit en los vínculos ofertados en las matrices de identidad que nos parecen comunes a todos ellos y que van a ser la guía para el terapeuta a la hora de ofrecer un vínculo rematrizador que favorezca el cambio estructural.

(*)ALVAREZ VALCARCE, PABLO.(2003) Trastornos de la Personalidad. La Vinculación tipo Espejo-Doble . Aplicaciones del Psicodrama: Intervención Psicoterapéutica. En: Psicodrama y diversidad cultural. Actas de la XIX Reunión Nacional de la AEP. Salamanca, 2003.

En la teoría psicodramática del desarrollo situamos los trastornos de la personalidad en relación a un déficit en el desarrollo de la etapa de Relación con el Ambiente, con un insuficiente desarrollo del Sí Mismo Psicológico Sincréticos en esta etapa, entre los nueve meses y el año de edad aproximadamente, cuando el niño debe desarrollar su autoimagen y su narcisismo aprendiendo la relación existente entre lo que toma del medio y lo que deposita ampliando su exploración del ambiente y enriqueciéndose con las posesiones que identifica consigo mismo (sincretismo) a base de ser ayudado en su separación progresiva a través del gateo y de su conocimiento del ambiente a través del foco cenestésico dental (chupar los objetos y depositarlos sin tragarlos). Esto lo realiza con la ayuda de un yo-auxiliar (padre o madre o pariente) que se vincula con él en función de “doble” y de “espejo” en una relación que manteniendo aun el tipo “corredor” va abriéndose a otros. Esto le permite ganar intimidad con el ambiente, identificarse sincréticamente, reducir su anterior omnipotencia, a cambio de una mayor capacidad para afectar e influir en los yo auxiliares en la medida en que estos estén emocionalmente bien dispuestos. Para ello los yo auxiliares (padres) tienen que sentirse identificados con el hijo pero siendo capaces de amarle y valorarle no sólo en la medida en que se parece a ellos sino sobre todo en su originalidad y diferencia, acompañándole en su exploración del medio y permitiendo una paulatina separación protegida. Esto conducirá a un buen desarrollo del narcisismo, a una narcisización normal.

En los niños que desarrollarán un trastorno de personalidad, los padres fracasan en ofrecer una relación tipo “espejo” y tipo “doble” y en avanzar posteriormente hacia una situación de “reconocimiento del tu”. Estos padres, debido a sus propios rasgos patológicos de personalidad y al déficit en su propio narcisismo, tienden a amar al hijo sólo si cumple sus expectativas narcisistas grandiosas, compensatorias. No son capaces de ponerse en el lugar del otro y hacerle de “doble”. Pretenden mostrarse ante el hijo como figuras idealizadas, mistificadas. De esta forma el niño no puede identificarlas consigo mismo y se ve obligado a mantenerse separado, no íntimo, permaneciendo en su grandiosidad infantil y en la tendencia a idealizar y desconocer lo otro. Esta incapacidad de los padres para hacer de “doble” está muy bien descrita por Moreno en su libro “Teatro de la Espontaneidad” cuando dice que la función de Doble es la más difícil para el actor espontáneo pues supone el abandono momentáneo pero total de la personalidad privada para poder ser el otro, soñar su sueño, mientras a un tiempo se es capaz de mantener una cierta conciencia de la situación global de la escena incluyéndose a uno mismo, que permita su desarrollo y su progresión hacia situaciones espontáneo-creadoras para todos los participantes. En la Clínica sabemos que la técnica del doble es probablemente la más difícil y la más eficaz a la hora de favorecer el insight dramático. Es difícil sobre todo porque para no levantar resistencias, la intervención del doble debe mantener un buen equilibrio actitudinal y lingüístico entre la resistencia y lo resistido, entre la defensa y lo defendido. Además, desde el punto de vista sociométrico las resistencias de un yo auxiliar a mostrarse espontáneo como doble pueden provenir de distintas fuentes: La actitud corporal y por tanto caracterológica de el mismo, del auditorio (otros parientes) o del protagonista (niño), así como de la ideología y de los valores de el mismo y de los demás presentes en la escena.

Esta última consideración nos lleva a comentar que aunque estos trastornos tienen su inicio en la etapa señalada, hay otro momento posterior del desarrollo en el que el clima

de la matriz familiar se fija especialmente en la personalidad modelándola e influyéndola. Este es el final del desarrollo del Modelo Psicossomático de Mingidor en el inicio de la fase ideológica de la Matriz Familiar. Allí junto a la capacidad para planear y fantasear con control de la voluntad el inicio de acciones para realizar deseos internos, se van a fijar los valores y la ideología familiar a través de rituales de conducta que responden a mitos familiares, así como el clima resultante de la reacción familiar a las características innatas del niño que en esta etapa ya tiende a intentar imponer su voluntad de dominio. Será aquí donde se consoliden los rasgos de personalidad, de carácter, que puedan llegar a constituir un trastorno.

En el tratamiento de los trastornos de personalidad la primera dificultad proviene del hecho de que estas personas necesitan repetir el tipo de vinculación idealizadora que les sirvió como defensa en su matriz de identidad. El objeto está idealizado o demonizado, tiende a ser percibido como todo bueno o todo malo. Son incapaces de percibir al terapeuta como un "tú" distinto y real, y establecen una relación transferencial proyectando una imagen idealizada de alguno de los padres. Por esto es muy importante que el terapeuta se deje idealizar ya desde la primera sesión, favoreciendo la fantasía del paciente de que del contacto con una persona tan ideal como él querría ser, conseguirá él también ser grandioso tal y como sus padres esperaban. Aunque este es un modo de vinculación que podría parecer antiterapéutico, mistificador, cualquier otra actitud de mayor neutralidad terapéutica impediría que el paciente realizara la imprescindible identificación en espejo con el terapeuta sin la cual no sabría vincularse. Este tipo de vínculo presenta varias dificultades. Una primera dificultad consiste en que no todos los terapeutas van a ser capaces de establecer ese tipo de vinculación especular, activa, haciéndose cargo de las identificaciones proyectivas masivas y sin responder con una actuación irracional sobre la base de contraidentificaciones proyectivas no conscientes. Habrá terapeutas que por una falta de desarrollo de roles psicodramáticos, por una falta de experiencias vitales variopintas, tengan dificultades para ofrecer al paciente un rol complementario de aquel que oferta el paciente como única posibilidad compensatoria de vinculación. Serán terapeutas que tendrán dificultades para mostrarse activos y cercanos a la experiencia vital inmediata del paciente. En el otro extremo habrá terapeutas muy activos, que practican técnicas de terapia grupal muy ritualizada, con abundantes elementos corporales y aspectos mistificadores cuasi-religiosos e ideológicos, y que se presentan al paciente como una especie de maestro o gurú. Estos últimos serán muy eficaces en el establecimiento inmediato de identificaciones especulares e idealizadoras así como de sensación de afiliación a un grupo, pero fracasarán muy a menudo en la resolución de esa fase especular e idealizadora del vínculo no avanzando a través de una vinculación tipo "doble" hacia la necesaria desidealización del terapeuta, y manteniendo con el paciente un vínculo meramente compensatorio de sus déficit sin ayudarlo a separarse y ser persona, en una estructura sociogenética de tipo afiliación que rayando en el clientelismo sirve sobre todo para compensar y alimentar el narcisismo del terapeuta. No en vano muchas sectas y organizaciones ideológicas y religiosas fundamentalistas dirigidas por líderes fuertes, sirven de refugio a muchas personas que padecen trastornos de la personalidad no diagnosticados.

Otra dificultad en la relación terapéutica con los trastornos de la personalidad, será el establecimiento del foco inicial de trabajo. En el encuadre Psicodramático realizamos un análisis del repertorio de roles aceptados y rechazados, reales y fantásticos del paciente tanto en las entrevistas iniciales como en la historia psicodramática, para luego empezar inmediatamente a complementar uno de los roles aceptados, sea real o fantástico, aquel

en el que, como yo-auxiliar, el terapeuta percibe una mayor implicación e identificación en espejo. En muchas ocasiones negociamos con el paciente que rol rechazado es aquel que le produce más dificultades emocionales y/o sociales que motivaron la consulta, para realizar con el un contrato de cambios mínimos a alcanzar.

Al principio la complementariedad especular deberá ser alentada en el yo auxiliar, para poco a poco ir manteniendo el nivel mínimo de frustración tolerable tanto en las escenas del contexto dramático como en las del contexto grupal o bipersonal con el terapeuta. Técnicamente esto se hará a través de la introducción del “doble” que siempre intervendrá con una forma tal que exprese la resistencia y lo resistido a través de formulaciones lingüísticas del tipo: “ahora percibo o pienso o siento tal cosa y eso tiene que ver con lo que realmente soy, pero por otra parte me hace sentirme más seguro seguir percibiendo o pensando o sintiendo esto otro como hasta ahora para así sentirme grande y hacer sentirse grande a esta persona que está conmigo”. La sutileza y la exacta dosificación de la frustración son fundamentales aquí. Estos pacientes toleran muy mal, hasta el extremo de romper el vínculo, la herida narcisista excesiva que supone la desidealización brusca del terapeuta frecuentemente en temas relacionados con los honorarios o las ausencias del terapeuta.

Muchas veces el terapeuta será tratado con hostilidad manifiesta. Esta hostilidad debe ser entendida como una prueba a la que el paciente somete al objeto como si lo mordiera sin tragarlo para depositarlo luego en el ambiente y comprobar que no ha sido destruido y puede pasar a ser una posesión sincrética para él. Si el terapeuta reacciona con calma y transmite el mensaje de que la hostilidad del paciente no lo va a destruir, y de que sigue valorándolo igual que antes del ataque, la situación puede resolverse con un alto valor terapéutico de avance hacia el reconocimiento del “tú”.

La oferta de la relación “yo-tú” debe ser más activa en estos casos y permanente como en todos, pero también como en todos deberá ser alcanzada por el paciente cuando esté ya preparado para una pre-inversión de roles tras rematizarse en los niveles de “doble” y “relación en corredor”.

La relación en fase de “Doble” con el paciente suele alargarse en el tiempo y dar lugar a momentos de “encuentro” de alta calidad espontáneo-creadora. Otras veces el paciente no parece progresar en sus dificultades psico-sociales, se queja de que la terapia no le está sirviendo de nada, pero sigue acudiendo a las sesiones con una actitud de tipo reto: “a ver qué se te ocurre ahora para tratar de ayudarme, a ver cómo intentas mostrarte potente conmigo, porque yo voy a hacer que te sientas impotente y fracasas”. Esta última defensa debe ser entendida y respetada pues es la manera que tiene el paciente de trabajar especularmente el reconocimiento de su “yo” mientras desidealiza a las figuras parentales disminuyendo así proyectivamente su omnipotencia pero sin amenazar el vínculo.

Estos pacientes un día interrumpen su terapia y realizan de golpe una serie de cambios madurativos en el contexto social, una vez que ya han logrado establecer dentro de sí un objeto bueno del sí mismo, una posesión sincrética que sirva como base para el desarrollo de nuevos roles. Recuerdo un paciente A. que tenía 18 años y un trastorno de personalidad mixto evitativo dependiente y con rasgos esquizoides. Otro terapeuta veía a la familia. Mantuvimos una relación de algo más de un año, en el que no faltó a casi ninguna sesión, donde dramatizábamos escenas de su rol de músico y fumador de hachís con su tribu urbana, de su rol de dibujante y graffitero, de su rol de hijo de padres separados, de su rol de hijo de madre sobreprotectora y narcisista, pero donde ningún solo día faltó una frase de despedida: “no sé para que vengo, porque tú te lo flipas

cantidad, te lo flipas más que yo”, mientras sonreía. Al interrumpir su terapia sin efectuar cambios durante la misma más que algún tímido desarrollo de algún nuevo rol, modificó su aspecto físico, dejó de abusar del hachís y comenzó estudios formales de arte y dibujo así como estableció nuevas relaciones sociales.

Otro paciente de 39 años, G., con un trastorno paranoide de la personalidad y rasgos antisociales, acudió a terapia forzado por la familia que le ayudaba económicamente. Presentaba fracasos laborales continuos, abuso de drogas, peleas y problemas emocionales. Ayudó mucho a la identificación especular la capacidad del terapeuta de complementar como yo auxiliar el rol de “colega de Barrio” incluyendo el tocar la guitarra que traía a las sesiones y compartir canciones. Luego pudieron trabajarse roles más conflictivos con la inclusión de dobles y cambios de roles. Finalmente trajo un perro a las sesiones con el que mantenía una relación ambivalente mostrándose cariñoso por primera vez pero propinándole palizas si le desobedecía hasta que un día pudo ganar insight ayudado por un doble y decir :”No puedo pegarte cuando no haces lo que yo quiero porque eso es lo que hacían conmigo mis padres y luego los chavales del barrio. Tiene que haber otra manera”. A partir de ahí pudo entender cómo provocaba él mismo las escenas paranoides, desmontarlas y acceder a otro tipo de trabajo con otro nivel de responsabilidad, lo que le llevó a interrumpir su terapia por dificultades horarias reales.

Otro paciente de 23 años, H., que presentaba un trastorno esquizotípico de la personalidad, y que fue traído por su familia después de peregrinar por muchas otras consultas. Logró establecer la vinculación especular e idealizadora con el terapeuta a base de dramatizar todas las escenas que poblaban su mundo mágico y algo esotérico con múltiples fantasías cuasi-delirantes de tipo omnipotente y grandioso. Pudo poner en relación esas defensas con escenas de su matriz de identidad donde aparecía una madre con un trastorno depresivo mayor que había sido abandonada en un orfanato tras la muerte de sus padres en la guerra civil, y un padre narcisista y ausente. Más tarde pudo incorporarse a un grupo de terapia en el que había otros varones jóvenes con trastornos psicóticos y de la personalidad, donde pudo ir desmontando las defensas de grandiosidad narcisistas y ser solicitado y valorado por el grupo en roles y habilidades originales que le hacían reconocer cada vez más su verdadero yo y el tú de los otros. Incluso llegó a aceptar tomar medicación para las descompensaciones psicóticas y afectivas que en ocasiones sufría ante momentos de especial confrontación con la realidad que le exigía cambios.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez Valcarce , Pablo: Teoría del Sociodrama Familiar. Informaciones Psiquiátricas N° 140/2° Trimestre 1995

Alvarez Valcarce, Pablo: Psicodrama y Sociodrama. Teoría de la Técnica. Las Técnicas de Sociodrama Familiar. Informaciones Psiquiátricas n° 140/2° Trimestre 1995(accesibles en Internet : <http://telexline.terra.es/personal/ge-psicodrama>)