

Acerca del vínculo*

Enrique Pichon Riviere

Para poder actuar desde el punto de vista de la higiene mental tenemos que conocer exactamente qué tipo de ansiedad tiene el grupo social que estamos investigando en relación con la locura. Mientras no conozcamos las fantasías básicas que tiene dicho grupo sobre la locura no podremos actuar desde el punto de vista higiénico y menos aún, desde el punto de vista profiláctico.

Cada paciente describe su enfermedad a través de su propia experiencia y el psiquiatra construye a través de esta información una determinada hipótesis patogénica. Por ejemplo, puede adjudicarle a determinadas situaciones familiares la génesis de su enfermedad mental.

Pero en la medida que el psiquiatra no tenga métodos de verificación Y confrontación que configuren la estructura de una investigación científica estará siempre dando vueltas sobre las mismas cosas. Así se explica que el psicoanálisis, aun siendo el método que tiene más posibilidades de investigación en profundidad, haya contribuido tan escasamente al desarrollo de una psiquiatría social por faltarle la verificación y confrontación por medio, precisamente de un trabajo social. En realidad, en este momento se está enseñando la psiquiatría en sus dos aspectos. Es imposible realizar una labor en profundidad prescindiendo del método psicoanalítico, así como es imposible que este método tenga una operancia científica definitiva si no se le confronta y

* Capítulo 1 del libro "teoría del vínculo". Publicación autorizada por editorial Nueva Visión de Buenos Aires.

verifica permanentemente con un trabajo social paralelo.

Un instituto de psiquiatría bien organizado debe tener dentro de sus secciones la de investigaciones sociales. Cualquier situación de tensión particular que se desee investigar debe llevarse a cabo dentro del contexto social donde las cosas suceden, porque las cosas no suceden primero en el consultorio sino afuera. Después suceden en el consultorio en la medida que el paciente repite en la situación transferencial sus conflictos del afuera. Para construir una teoría de la enfermedad psíquica necesitamos la referencia permanente del hombre en su contexto concreto real y exterior.

Existen tres dimensiones de investigación: la investigación del individuo, la del grupo y la de la institución o sociedad, lo que da lugar a tres tipos de análisis: el psicosocial, que parte del individuo hacia afuera; el sociodinámico, que analiza el grupo como estructura; y el institucional, que toma todo un grupo, una institución o todo un país como objeto de investigación. No existe una separación neta entre los campos de investigación psicosocial, sociodinámico e institucional, sino que son campos que se van integrando sucesivamente. Una psiquiatría vista desde las relaciones interpersonales, desde la relación del individuo con el grupo y/o con la sociedad, nos va a proporcionar datos para construir una psiquiatría que podemos titular Psiquiatría del Vínculo. Es decir, la psiquiatría de las relaciones interpersonales. Una psiquiatría vista de esta manera resulta ser una psiquiatría dinámica construida con los postulados del psicoanálisis. Podemos decir que el último acercamiento del psicoanálisis históricamente efectuado es el de las relaciones de objeto. Lo que nos lleva a tomar como material de trabajo y observación permanente la manera particular con que un sujeto se conecta o relaciona con el otro o los otros, creando una estructura que es particular para cada caso y para cada momento, que llamamos vínculo. Entonces la patología del vínculo es lo que vamos a estudiar.

Vamos a partir del vínculo que podemos llamar normal hasta llegar a las alteraciones de ese vínculo que podemos llamar patológico. Por ejemplo, el

vínculo paranoico se caracteriza por la desconfianza y la reivindicación que el sujeto experimenta con los demás. El *vínculo depresivo* se caracteriza por estar permanentemente teñido de culpa y expiación, en tanto que el *vínculo obsesivo* se relaciona con el control y el orden. El *vínculo hipocondríaco* es el que el sujeto establece con los otros a través de su cuerpo, la salud y la queja. El *vínculo histérico* es el de la representación, siendo su característica principal la plasticidad y la dramatización. Detrás de la representación se expresa una fantasía que está actuando por debajo. O sea que el paciente está queriendo decir algo, está representando algo con la sintomatología.

En la *histeria de angustia* el *vínculo* se caracteriza por el miedo, el miedo a todo, el que en cierto momento se localiza en un determinado sitio. El miedo de la fobia puede ser el miedo del adentro, la claustrofobia, o la fobia del afuera, la agorafobia, siendo todas las otras fobias derivadas de estas dos. Pero esta característica de la angustia frente al *vínculo*, cuya ansiedad en el fondo es la desconfianza, no aparece fenomenológicamente como tal sino como miedo. Se caracteriza por configurar en determinados momentos diferentes tipos de histeria.

En la *histeria de conversión* la expresión de determinadas fantasías se realiza a través del cuerpo, con el lenguaje del cuerpo. Es decir, que a través de una sintomatología cualquiera o de un ataque histérico, se pueden expresar determinados *contenidos* o fantasías inconcientes, así como a través de los órganos y/o de sus funciones. En la neurosis obsesiva el *vínculo* se caracteriza por el control del *álter ego* o del otro, por un dar vueltas alrededor del objeto, con una vigilancia particular cuya desconfianza no se ve, así como tampoco la ansiedad paranoide, la que está encubierta por un dar vueltas y un control permanente a través de una conducta de rituales particulares. En la psicosis el *vínculo paranoide*, el *vínculo depresivo* y el *vínculo maníaco* también se caracterizan por ser un *vínculo* de control semejante al de la neurosis obsesiva pero mucho más rápido en velocidad y más operante en *cuanto* a la paralización del objeto. El aumento de la ansiedad que experimenta el psicótico determina la necesidad de un mayor control del otro. En la esquizofrenia pueden aparecer todos estos tipos de *vínculo* juntos, alternando o predominando uno de ellos, pero con una característica más. Puede aparecer el *vínculo paranoide*, el *vínculo obsesivo*, incluso el *histérico*, el *hipocondríaco*, el *maniaco*, etcétera, pero con un elemento que se suma y califica a las si-

tuaciones de aislamiento del objeto con una toma de distancia y el ejercicio de ese vínculo de control o de desconfianza a una cierta distancia. Es decir, el autismo está colocado en el centro del vínculo esquizofrénico y del aislamiento de la realidad. Lo mismo podemos decir de cada una de las personalidades psicopáticas que corresponden a cada psicosis.

En los *cuadros confusionales* el vínculo es un vínculo nocturno, en realidad confusional porque se trata de un sujeto que intenta establecer un vínculo con un objeto, pero experimentando dificultades para llegar a él porque está absorbido por la actividad de la noche, por la actividad del sueño. Cuando logra establecer un vínculo externo durante un cuadro confusional éste adquiere características delirantes, dando lugar a *los cuadros oníricos de la confluida mental*.

En las *perversiones* encontramos diferentes tipos de vínculos. En términos muy generales podemos decir que la perversión, cualquiera que sea su naturaleza es una tentativa de resolución de determinadas ansiedades por mecanismos perversos. Supongamos por ejemplo, la homosexualidad. Una de sus funciones principales es establecer un vínculo particular que primitivamente fue perseguidor. La finalidad del vínculo homosexual es la conquista de ese perseguidor mediante una técnica de apaciguamiento y control.

No existe en ningún paciente un tipo único de vínculo, todas las relaciones de objeto, todas las relaciones establecidas con el mundo son relaciones mixtas. Existe una división que es más o menos universal, en el sentido de que de un lado se establecen relaciones de un tipo y del otro lado de otro. El grupo social en que un sujeto está actuando adquiere una doble significación. Puede establecer por un lado un vínculo paranoico, en tanto mantiene por otro un vínculo normal, o bien tendiente a la depresión, a la hipocondría, etcétera. Es decir, que si recogemos los diferentes tipos de relaciones que ese paciente establece con su grupo familiar y consignamos los distintos tipos de conductas frente a cada uno de sus miembros, podemos tener la descripción de un cuadro clínico en su adentro.

Podemos referir lo que recogemos en el afuera al adentro que ya conocíamos de antemano, acerca de las estructuras neuróticas y psicóticas individuales. Mediante el estudio psicosocial, sociodinámico e institucional de la familia de un determinado paciente podemos tener un cuadro completo de su

estructura mental y de los motivos o causas en términos generales que presionaron sobre él provocando la ruptura de su equilibrio que hasta ese momento se mantenía más o menos estable.

La investigación psicosocial analiza la parte del sujeto que se expresa hacia afuera, *hacia* los distintos seres que le rodean, *en tanto que* el estudio sociodinámico analiza las distintas tensiones existentes entre todos los miembros que configuran la estructura del grupo familiar dentro del cual está incluido el paciente.

El análisis institucional consiste en la investigación de los grandes grupos: su estructura, su origen, su composición, su historia, su economía, su política, su ideología, etcétera. El estudio de la sociología puede dividirse en macrosociología, que estudia las grandes instituciones y los grandes grupos; y en la microsociología, que estudia los grupos más restringidos o pequeños, inclusive los grupos familiares. Esta triple investigación nos permite lograr un análisis completo del grupo que estamos investigando. Analizamos las tensiones del paciente con los distintos miembros del grupo, analizamos el grupo como totalidad en sí, e investigamos las funciones del intragrupo, como ser los liderazgos. Estudiamos la influencia del padre o la falta del mismo, el liderazgo de la madre, de un tío, de un hermano, de un amigo, etcétera, y vemos de qué manera a veces la ruptura o la pérdida del prestigio de un líder familiar acarrea la enfermedad de uno de los miembros que integran dicho grupo. De esta manera tenemos una visión completamente distinta de la psiquiatría llamada clásica. Es decir, un sujeto con una disposición particular, poco resistente a cierto tipo de tensiones, necesitando el prestigio del líder de su grupo, se desmorona en la medida que dicho líder pierde ese prestigio. Por ejemplo, si el padre pierde su empleo por motivo que lesiona su prestigio, el hijo puede enfermarse. En este caso podemos relacionar la situación de enfermedad del hijo con esta situación particular de pérdida del prestigio o pérdida del poder del padre que fuera líder hasta ese momento. *Podernos mostrar un esquema de familia* que se mantenía en un determinado equilibrio hasta que en un momento dado se produce la ruptura interna con pérdida de dicho equilibrio, surgiendo tensiones que desencadenan una psicosis particular en uno de sus miembros.

O sea que la aparición de una psicosis dentro de un grupo familiar tiene que

estar relacionada con el hecho de la pérdida del prestigio del líder, al mismo tiempo que con la totalidad de lo que sucede dentro de dicho grupo. La psicosis es el emergente nuevo y original que aparece como consecuencia de la ruptura del equilibrio familiar. Por eso es que cuando tratamos un psicótico vamos descubriendo poco a poco que dicho psicótico, a través de su psicosis, se transforma en cierta medida en el líder del grupo familiar. Asume funciones de liderazgo por el hecho de ser el más enfermo. De esta manera vemos con frecuencia cómo un paciente internado, ya sea en un hospital o en un sanatorio, controla a su medio familiar y nos empieza a mandar a su familia, a hacemos molestar por ella, a hacemos perder la paciencia e inclusive pelearnos con la familia o el enfermo, provocando en nosotros una conducta irracional en el sentido común de la palabra. A través de las manifestaciones personales de este paciente comprendemos su estructura total.

Un delirio en un paciente puede ser comprendido como una tentativa de reconstrucción de su mundo interior y exterior, como una estructura total. Las tensiones que acarrear su enfermedad vuelven a aparecer en el contexto del delirio, transformado y distorsionado pero expresándose de nuevo como tentativa de resolución de un determinado conflicto. No es solamente su mundo individual lo que el delirante trata de reconstruir a través del delirio, sino toda la estructura, en particular la familiar y secundariamente la social. El delirio puede ser comprendido solamente de esta manera, al entender las tensiones anteriores a la eclosión de la psicosis.

Podemos considerar al paciente que enferma como un representante de una estructura y en la medida que se conoce esa estructura, dicho paciente y el resto pueden ser manejados como dos partes de la misma. Descubrimos que el paciente envía a través de sus familiares partes de él colocadas en los otros a averiguar sobre su estado psíquico, siendo esto posible de ser interpretado a los familiares en estos términos. Uno se sorprende de qué manera ello es comprensible para los miembros del grupo familiar y de qué manera se liga la comprensión total del grupo cuando se interpreta como dos partes; una, la que está internada y la otra, la que está afuera. Todo se organiza en una estructura, en una *gestalt*, donde una parte es el paciente y el resto la familia. Esto forma una totalidad y el manejo de ello como totalidad y la enfermedad como un emergente de dicha totalidad, hace posible un manejo dinámico en espiral

dialéctica de la situación médico-paciente.

Es necesario estudiar las tensiones internas dentro de un grupo familiar y analizar en qué momento la ruptura del equilibrio del grupo se ha producido, así como los motivos de dicha ruptura.

En última instancia, lo que provoca la aparición del emergente mental del paciente está en relación directa con la aparición de tensiones particulares en el grupo familiar.

El emergente mental va a aparecer en una relación significativa con la aparición de dichas tensiones en el grupo. En un esquema etiológico de la enfermedad mental debemos considerar primero los factores relacionados con la baja del umbral, factores que están ligados al terreno o a la estructura corporal; y segundo, los factores relacionados con el aumento de tensión, la pérdida de equilibrio del grupo y la aparición del emergente mental. El emergente mental, que es el cuadro psiquiátrico que estamos observando en el consultorio, tendrá una relación no solamente causal sino significativa con la estructura que lo determinó. Es decir, que para comprender un delirio es importante realizar la investigación de todo el conjunto de fuerzas que actúan en el medio grupal del cual emerge la enfermedad mental. El enfocar así la psiquiatría la hace mucho más operacional que la psiquiatría pensada en términos abstractos de una nosografía no referencial en cuanto a los aspectos sociales.

El significado de una actitud delirante puede y debe ser comprendido y referido a la estructura de donde emergió ese delirio, O sea que sin un conocimiento de dicha estructura nuestro conocimiento del delirio será parcial. La relación de causalidad será parcial. La relación de causalidad que existe entre la estructura y el emergente psicótico no es una relación de causalidad directa y mecánica, sino que se trata de una causalidad gestáltica en el sentido de que todas las tensiones de la estructura convergiendo en un punto dado hacen salir un emergente. Quiero decir que es un todo actuando a través de uno. Es la totalidad de las tensiones creadas por el desajuste de una estructura familiar,

por ejemplo el de la pérdida del liderazgo del padre, lo que produce una movilización de tensiones en dicho grupo. La modificación provocada por la pérdida del liderazgo del padre dentro de la estructura total hace que el emergente psicótico se manifieste en ese momento. Es decir que determinado sector converge en un determinado punto donde está situada esa persona, la que entonces se transforma en el portavoz de las tensiones del grupo a través del grupo.

La epilepsia puede ser definida como una enfermedad universal en el sentido de que dispone de todos los mecanismos de defensa y de todos los tipos de vínculos. Por ejemplo, el epiléptico fuera del ataque puede establecer un vínculo de tipo obsesivo. Al epiléptico se lo describe como de carácter anal, donde lo característico es el control. Pero también en determinados momentos, inmediatamente después de un ataque, si el ataque ha constituido para él una descarga suficiente, podrá establecer un contacto histérico que será obsesivo en determinados momentos, en tanto que en otros podrá ser paranoico. En el momento previo al ataque se produce una internalización de la situación persecutoria, apareciendo el ataque como una tentativa de control a través del cuerpo de la situación persecutoria externa.

Quiere decir entonces, que todo este pasaje es el de determinados vínculos a través del cuerpo y del mundo con determinados objetos. Lo que caracteriza el vínculo epiléptico, teniendo éste todos los tipos de vínculos parciales, es una determinada viscosidad, una determinada tenacidad y una determinada destructividad. Es decir que el vínculo puede hacerse cada vez más lento y viscoso hasta adquirir el control del objeto la característica de la inmovilización. Lleva su control al máximo mediante la inmovilización del objeto partiendo de un control obsesivo. Si no logra inmovilizarlo aparece la desconfianza. Al fracasar el control surge la agresión porque el otro es considerado a partir de ese instante como enemigo. En ese momento el epiléptico puede tener un ataque convulsivo si mete dentro de él la situación persecutoria e intenta destruir el objeto mediante la crisis convulsiva al no poder controlarlo afuera. La situación es inmóvil, pero el conjunto del vínculo y sus características en cuanto a la intensidad y a las diferentes estructuras que se presentan en la epilepsia como enfermedad dinámica, llega a características extremas. En la epilepsia podemos observar la mayor inmovilidad; las presiones más brutales en el

cuerpo así como las presiones más brutales en el mundo exterior, buscando siempre la destrucción del objeto.

El vínculo depresivo es el más fácil de sentir y de diagnosticar. En el centro del vínculo depresivo está la aflicción moral, la culpa y la expiación. Es un vínculo caracterizado por el hecho de que toda relación de objeto está colocada en el campo de la culpa, en la preocupación por lo que el otro piensa y en la manera como el otro va a administrar el castigo. El carácter depresivo es aquel cuya visión y concepción del mundo o cosmovisión es triste. Es una tristeza de verdad, un triste constitucional. Toda su historia personal está construida en el vector de la tristeza, y su vínculo y enfoque de los problemas es depresivo, siempre con miedo a la pérdida de relación de objeto. Siempre sintiendo y vivenciando culpa y siempre tratando de reparar. Si esto adquiere las características de un sufrimiento permanente e intenso hablamos de una neurosis depresiva o de una psicosis depresiva. Es un problema de cantidad y de compromiso de la personalidad total.

Entre caracteropatía y psicopatía no existe ninguna diferencia, en realidad es lo mismo. Son sujetos, si hablamos en términos de sujeto y objeto, que expresan a través de su conducta, a través de sus vínculos, características menores que los cuadros correspondientes. Son cuadros menores que se caracterizan porque la conducta está comprometida y no el juicio, en el sentido de que no hay actividad delirante, no hay formulación del vínculo en términos de delirio, sino que el sujeto vive esa situación directamente. Por ejemplo, el carácter histérico es el que más caracteriza ese tipo de vínculo que es la representación, es decir la posibilidad de expresar a través del cuerpo una serie de situaciones, de fantasías y emociones.

Podemos decir que el lenguaje histérico da determinadas fantasías y en la medida que logra un nivel estético determinado, esa expresión histérica adquiere las características de un objeto estético. Entonces lo que está más cerca de lo normal en lo estético es lo histérico.

El análisis de la negación del vínculo nos lleva al estudio de la despersonalización. Podemos definir la despersonalización como una tentativa de pérdida del ser, de la mismidad o del yo, de no ser él el que quiere vincularse

sino ser otro. O de no ser nadie para no tener compromiso con el vínculo. Entonces tenemos una patología de despersonalización mucho más amplia en el sentido de cualquier vínculo de cualquier clase, sea paranoide, depresivo, histérico, etcétera. En un momento dado puede recurrir a la despersonalización como única defensa frente al vínculo que se está configurando. En la epilepsia cuando la agresión disminuye como tentativa de destrucción de la situación persecutoria, puede aparecer la despersonalización como última tentativa de ligar el afecto al objeto del vínculo. Es decir yo no lo odio, o bien el que lo odia no soy yo. Lo importante es que esto impide la realización de la agresión porque le corre el nombre al objeto poniéndole el de otro. En general podemos decir que la despersonalización puede aparecer frente a todas las estructuras. Mucha gente recurre a la despersonalización frente a vínculos de cualquier clase, incluso frente al vínculo normal. Por ejemplo, para poder tener una relación sexual más o menos normal o una buena potencia, puede necesitar despersonalizarse, porque en la medida que niega ser él siendo otro, puede tener una buena erección. Esto puede ser igual frente a cualquier vínculo regresivo psicótico o lo que sea. Es decir, que la despersonalización vista en términos de vínculo es un recurso al que apela el yo para defenderse, para negar su mismidad o *self* frente a un vínculo cualquiera y ante un objeto cualquiera.

Si uno observa bien comprueba que la despersonalización no es permanente. A veces existe un clima de despersonalización que está expresada afuera, en ese caso se llama desrealización. Proyecta la despersonalización una vez producida adentro con cualquier vínculo en el mundo exterior, no apareciendo ya uno mismo como distinto sino el mundo como diferente.

Podemos decir que es el comienzo de la actividad delirante, el mundo no es más como antes, no soy yo sino ellos. Es el mundo lo que está cambiando y ahí empiezan a venir de vuelta las cosas desde afuera por la reintroyección, pero distintas porque están desrealizadas. Entonces, al entrar de nuevo las palabras que vienen desde afuera, que son las palabras de él, y al no reconocerlas como propias sino provenientes de otro, se crea el estado alucinatorio.

En el momento que recibe el eco de sus propias palabras, pero como pa-

labras distintas, porque las ha despersonalizado adentro y desrealizado afuera, tenemos la situación alucinatoria. Lo mismo se produce con respecto a todas las intencionalidades colocadas en el otro en la situación paranoica. Todo lo que los otros saben de sí mismos, que el paranoico se queja conocen de él, como ser la adivinación del pensamiento, el eco del pensamiento y todos los síntomas del delirio de la acción exterior, son resultante de cosas colocadas en objetos externos que funcionan como depositarios y que luego son negadas por el propio yo del sujeto como pertenecientes a él.

¿Qué es el vínculo normal? Para comprenderlo tenemos que partir del análisis de una de las principales características de las relaciones de objeto, y es el objeto diferenciado y el objeto no diferenciado. Es decir, de las relaciones de dependencia y de independencia. Se dice que un objeto en una relación adulta normal es un objeto diferenciado. Quiere decir que tanto el sujeto como el objeto tienen una libre elección de objeto.

Para comprender bien esto hay que partir de la otra situación extrema, la situación de máxima no diferenciación, situación primitiva que llamamos parasitaria y que luego se transformará en simbiótica. Por ejemplo, en la situación del niño que depende totalmente de su objeto madre donde en un momento dado hay partes del niño colocadas en ella y partes de la madre colocadas en el niño, se produce una especie de entrecruzamiento formando entre los dos una estructura que es difícil diferenciar.

La situación extrema sería la primera relación del niño con el pecho de la madre estableciéndose inicialmente una situación parasitaria, la que luego se hace simbiótica en el sentido de que hay intercambio de situaciones emocionales y de afecto. Si esta situación de simbiosis va disminuyendo se llega a un momento en que el objeto y el sujeto tienen un límite preciso, no están más confundidos entre sí, sino que están diferenciados.

Ahora, ¿de qué manera se establecen vínculos entre objetos totalmente diferenciados? Posiblemente no los podremos definir porque son inexistentes y esto nos llevaría a la paradoja de que el sujeto más maduro alcanzaría una

diferenciación total con los otros objetos, creándole una situación de alejamiento tal que nosotros, desde nuestra posición no madura, podríamos calificar como de indiferencia. Una pareja de objetos totalmente diferenciados entre si tendrían una independencia afectiva total, así como social y económica. La existencia de un hijo crearía entonces en esa estructura de dos diferenciados la unión simbiótica a través del hijo.

El vínculo de la confusión es en realidad el vínculo con el sueño, en un estado crepuscular o estado intermedio donde el sujeto está vinculado con los objetos internos y está haciendo al mismo tiempo esfuerzos para conectarse con los objetos externos de la vigilia. Si fracasa en ese pasaje del sueño a la vigilia y queda en estado intermedio, nos encontramos con el estado crepuscular donde se mezclan relaciones objetales del tipo normal de la vigilia con las del tipo del sueño. Por eso el delirio onírico aparece como una mezcla de experiencias internas con experiencias reales. Es muy difícil que un delirio onírico sea totalmente onírico, ya que por estar colocado sobre una pantalla de la realidad, ésta le da también elementos a ese delirio onírico. Nos encontramos así con todos los grados del sueño, desde la confusión marcada hasta el estar despierto.