

# DESENREDANDO EL OVILLO: DE LA DEPENDENCIA A LAS SUSTANCIAS A LA CONFIANZA EN LA RELACIÓN

## UNTANGLING THE SKEIN: FROM SUBSTANCE DEPENDENCE TO TRUST IN THE RELATIONSHIP

Mercedes Pedreira Quiroga

Unidad Asistencial de Drogodependencias, Lugo, España

SENDA Gabinete de Psicología, Lugo, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6895-2951>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pedreira Quiroga, M. (2021). Desenredando el ovillo: De la dependencia a las sustancias a la confianza en la relación [Untangling the skein: From substance dependence to trust in the relationship]. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 115-131. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.488>

### Resumen

*En este caso clínico se condensa parte del saber adquirido tras 30 años de trabajo en el mundo de las adicciones como psicoterapeuta integrativa. La teoría (el mapa) no es el territorio. Utilizando los métodos relacionales se trasciende la etiqueta de "adicto" y se conoce al ser humano que hay detrás; se facilita el desarrollo del vínculo y del contacto interno. El cliente se reconoce, y se reintegra, en el espejo que se ofrece. Los fallos relacionales experimentados, sobre todo tempranos, modelan los procesos internos y la relación con el exterior. La sustancia toma la función de estabilizar, regular ante el dolor emocional. Y el cliente precisa una relación psicoterapéutica segura donde obtener esto mismo. Una contratransferencia consciente y no-reactiva resulta decisiva, así como el manejo de las sombras, prejuicios, fantasías y modelos de ayuda interiorizados. Así el cliente podrá mostrar su vulnerabilidad, y celebrar un encuentro verdadero y reparador. Y superar su adicción, su guion de vida.*

**Palabras clave:** adicción, contratransferencia, guion de vida, métodos relacionales, necesidades relacionales, proceso esquizoide, relación

### Abstract

*In this clinical case, some of knowledge acquired after 30 years of working in the world of addictions as an integrative psychotherapist is condensed. The theory (the map) is not the territory. By using relational methods can transcend the label of "addict" and get to know the human being behind it; is facilitated bond development and internal contact. The client recognizes himself, and is re-integrated, in the mirror that is offered. The relational failures experienced, especially early ones, shape the internal processes and the relationship with the outside world. The substance takes on the function of stabilizing, regulating...in the face of emotional pain. And a secure psychotherapeutic relationship is required to obtain this same thing. A conscious and non-reactive countertransference is crucial, and the managing of the shadows, prejudices, fantasies, internalized models of help. This way the client can show his vulnerability, and have a true and reparative encounter. And overcome his addiction, his life script.*

**Keywords:** addiction, countertransference, life script, relational methods, relational needs, schizoid process, relationship

Fecha de recepción: 4 de octubre de 2020. Fecha de aceptación: 14 de noviembre de 2020.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [mpedreiraquioga@yahoo.com](mailto:mpedreiraquioga@yahoo.com)

Dirección postal: Senda - Gabinete de Psicología. Estrada da Granxa, nº 11. Entlo. G. 27002 Lugo, España

© 2021 Revista de Psicoterapia



Solo se ve bien con el corazón, lo esencial es invisible a los ojos.  
-- (Saint-Exupery, *El principito*).

Treinta años trabajando en el ámbito de las adicciones, los últimos 28 años en la Unidad Asistencial de Drogodependencias de CRE (unidad ambulatoria de referencia en el campo de la Salud Mental de la sanidad pública del área sanitaria de Lugo para el tratamiento de los problemas de abuso y/o adicción, subvencionada por el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Galicia) unidos al interés por ayudar a los clientes han estimulado una formación continua (cognitivo-conductual, terapia familiar, psicodrama, análisis transaccional, etc.) hasta llegar a la *Psicoterapia Integrativa (PI)*. Esta ha influido de modo esencial en el desarrollo profesional y personal de la autora. La PI son los cimientos, el esqueleto, que sostiene el trabajo psicoterapéutico que realiza y su concepción del *Ser* psicoterapeuta.

En la presentación de este caso clínico se condensa parte del saber y del hacer como psicoterapeuta integrativa en adicciones, y de las reflexiones y pensamientos sobre la relación psicoterapéutica.

Este artículo pretende transmitir el gran valor sanador de la relación psicoterapéutica, y la importancia del proceso, más allá de la técnica concreta utilizada. Cliente y terapeuta co-crean la relación, en cada encuentro comparten, se influyen y de ahí va emergiendo una nueva experiencia, un lenguaje compartido, una síntesis única. Como se refleja en el principio filosófico de la PI “el proceso intersubjetivo en psicoterapia es más importante que el contenido de la psicoterapia” (Erskine, 2013, p. 8).

Alto, pálido, delgado. Parece no ocupar el espacio, etéreo, ojos grandes. Se muestra muy correcto, colaborador, nervioso, con semblante triste. Habla, da información sobre él, y su problema, no hay emoción; hay palabras. Dice “creo que necesito ir a un psicólogo desde hace años arrastro problemas personales que se agravaron con el alcohol y la cocaína”, y narra problemas económicos, varios accidentes graves de coche, ruptura con la pareja de 5 años, etc.

Manuel, en este primer encuentro, sigue hablando de él, de su familia, de sucesos traumáticos; narra su historia como si fuese de otra persona, son palabras y datos. Se esfuerza para dar toda la información, para ser “un buen paciente”, sin mirar a los ojos. Tardará en hacerlo. Parece tan, tan lejano, desconectado, aislado, solo.

Que fácil sería empezar a poner etiquetas, “adicto”, sin conocerlo y empezar “el tratamiento, las pautas, los árboles de decisión”. Pero ¿quién es?, ¿qué necesita?, ¿qué quiere realmente?, ¿cómo se le puede ayudar? Como psicoterapeuta, hacerse estas preguntas lleva a no tener prisa por intervenir, a tener sumo cuidado y respeto por el ser humano que se tiene delante, por su unicidad. Así como a valorar la importancia de estos primeros pasos para co-crear una relación psicoterapéutica única con cada cliente, a no centrarse en el consumo y ampliar el campo de visión e interesarse por la función que ese consumo tiene en su psique. Pues rehabilitarse de una adicción no se reduce a dejar de consumir, sino que implica recuperar al *ser*

*humano* que se fue quedando por el camino, incluso mucho antes de que siquiera empezara a consumir sustancias. Esto aparece en otro principio filosófico de PI “los humanos sufren perturbaciones-relacionales, no psicopatología” (Erskine, 2013, p. 7). Además, la psicoterapia no busca un alivio del síntoma, sino la resolución del guion de vida, la integración de las partes rechazadas por el cliente.

Se empieza a desenredar el ovillo por lo que trae a cada sesión, el presente, los problemas del aquí y ahora: tiene 29 años, un trabajo estable, es asmático, empezó a consumir alcohol con 17 años y cocaína con 18 años y quiere solucionar su adicción. Se realiza un contrato inicial general en que se acuerda abordar su dependencia a la cocaína y alcohol, y explorar el papel que tienen en su vida estas sustancias para poder conseguir la abstinencia. Este contrato se iría concretando en cada encuentro con un contrato de sesión, donde lo importante es quién era él más allá de su adicción.

Se aborda cómo conseguir la abstinencia, desde el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1982) y de prevención de recaídas de Marlatt (1993): fomentar la toma de consciencia de todas las consecuencias negativas del consumo en todos los aspectos de él y de su vida (en sus relaciones, estados de ánimo, economía, etc.), e.g., minimiza los efectos del consumo muy abusivo de alcohol; se proporciona información sobre salud (e.g., efectos en el cerebro del consumo); se aborda el control de estímulos, el *craving*, etc. Adquiere estrategias y opciones de evitación y de autocontrol (técnicas de relajación, identificación de situaciones internas y externas que favorecen el consumo, habilidades para saber decir no, etc.). Estas habilidades de afrontamiento le permiten manejar SAR (situaciones de alto riesgo) e incrementar su autoeficacia.

Abordando el significado y función que tiene la droga en su vida, se descubre un guion transgeneracional (Mauriz-Etxabe, 2016). Al realizar su árbol genealógico, habla de su abuelo materno con el que se siente identificado: “un *festeiro*..., fuerte, viril, atractivo...”. Era alcohólico, “los hombres beben alcohol, ¿qué imagen das a las 3 de la mañana bebiendo un zumo...? Voy a dar una imagen de aburrido”. Habla de cómo identifica beber con ser un hombre más viril. También cómo alivia una profunda soledad, todo esto llevará sesiones.

Narra su desprotección parental. Nunca le han puesto límites en sus salidas nocturnas o se han preocupado por sus borracheras. Él lo interpreta como libertad y lo valora como algo positivo, reflejo de la lealtad del niño que se mantendrá hasta que el vínculo terapéutico sea más fuerte. La abstinencia la vivía como una pérdida de su libertad. Sin embargo, resulta paradójico, ya que un adicto ha perdido la capacidad de decidir si consume o no, ha perdido la libertad de elección. Consumir también le provoca sensaciones fuertes que le distraen de una sensación de vacío, de muerte.

En esta 1ª etapa, cuando está abstinentemente contacta con el vacío, con la angustia que no quería sentir. Come sin control, si bebe o se droga lo hace compulsivamente, incluso agua, se encharca. Se señala la disyuntiva, o actúa y siente sin límites o se

cierra y se bloquea “me meto en una tumba”, “no estoy vivo”. Se da el permiso para sentir, expresar y cuidarse. Para Eric Berne (1973/1974) el permiso es “una licencia para abandonar la conducta que el Adulto quiere abandonar, o una liberación de una conducta negativa” (p. 410). Se despide diciendo: “esta sesión me ha ayudado mucho”.

Al principio, la ambivalencia hacia el consumo es natural. Se quiere dejar la droga (el Adulto) pero la abstinencia es incómoda (para el Niño), no hay todavía en qué o quién apoyarse a nivel interno y externo. Necesita encontrar en la relación psicoterapéutica las funciones intrapsíquicas, que ha depositado en la droga, de estabilización, reparación, regulación y de estímulo al crecimiento.

Viene a todas las citas puntual, colaborador, correcto. Vamos construyendo un vínculo. Me intereso realmente por su día a día, y por lo que le sucede por dentro. Va mostrando dos aspectos de su funcionamiento: uno, hipercorrecto, educado, muy responsable, sociable, complaciente y otro, que consume, corre riesgos, se mete en problemas (deudas, multas, accidentes).

Ya desde la primera sesión aparece lo importante que es la sintonización con su *ritmo* (pausado, profundo, con silencios) y con sus necesidades relacionales (NR). Destaca su *necesidad relacional de seguridad* de entre todas; Erskine (2015/2016) la define como “la experiencia visceral de tener nuestras vulnerabilidades físicas y emocionales protegidas” (p.52). Tiene un radar muy sensible, cuida conscientemente mi conducta verbal (palabras, metáforas, etc.) y no-verbal (gestos, etc.), le dejo escoger la distancia entre las sillas (grande, pues teme el contacto), la intensidad de la luz (tenue). No hace contacto con los ojos. Se describe como muy reservado, “muy especial para la gente”, le resulta muy difícil sentirse comprendido.

La *necesidad relacional de ser aceptado por otra persona estable, fiable y protectora* también es importante. Erskine (2015/2016) dice que “necesitamos contar con otras personas significativas de las que obtenemos protección, estímulo e información” (p. 54). Tras varios meses, y consumos (la abstinencia no es estable), pide explícitamente que necesita comprometerse conmigo para mantenerse abstinentemente “conmigo solo, no vale”. Así lo hacemos pues lo interpreto como su necesidad de estar en una relación donde el otro esté realmente implicado e interesado en su bienestar, tenga un papel activo, justo lo que le faltó con sus padres. Esto lleva a que cada vez que tiene una recaída anticipa mi crítica, siente que me ha decepcionado, fallado (transferencias que se abordará más adelante). Que permanezca con una mirada de aceptación incondicional, de aprecio y “no lo eche” (en palabras de Manuel), fortalece el vínculo, y es una protección intrapsíquica de la gran crítica interna.

La falta de cuidados emocionales adecuados y de límites sanos hacen que no sepa cuidarse bien: maneja mal el dinero, la comida (o no come o lo hace compulsivamente), bebe sin control, incluso el agua, estructura mal su tiempo. Hubiera necesitado de sus cuidadores límites, información, referencias, modelos, que satisficieran sus necesidades relacionales y evolutivas a lo largo de su desarrollo. La reiterada

negligencia, en el cumplimiento de las funciones parentales psicológicas, crearon un vacío en Manuel de cómo desenvolverse en la vida. Suele pedir información, opinión, y sobre todo lecturas, lee mucho de análisis transaccional, de psicoterapia integrativa, etc. También se le aportan conceptos teóricos como los estados del Yo, diálogos internos, juegos psicológicos, etc. Estas lecturas y comentarios le ayudan a “entenderse” y manejar sus “altibajos emocionales”. Suele preguntar si es normal lo que le pasa. A veces se ve reflejado y le impactan, se explora lo que le ha estimulado (recuerdos, reflexiones) y se aborda en las sesiones.

Manuel compone música, toca en un grupo, escribe poesía, quería dedicarse a ello. Para su madre son “sus cositas”, con las que se entretiene. Su familia lo convence para estudiar una carrera distinta a la que deseaba. Había un acuerdo con otra persona, que garantizaba un futuro económico bueno y seguro a Manuel y a su familia, pero suponía que Manuel se olvidará de sus sueños. El acuerdo no se cumplió y lo viven como un gran engaño y traición. Me dejó impactar por esta historia, (la *necesidad relacional de causar impacto en la otra persona*; Erskine 2015/2016, p. 56) mostrando mi compasión por ese adolescente que renunció a su sueño, a escribir. Él le quita importancia y casi se enorgullece de que no le cause rabia. Se indaga sobre lo que piensa y Manuel explica que expresar emociones y sentir las es hacerse la víctima. La psicoterapeuta inicia una descontaminación del Adulto en este tema interesándose por en qué basa esa idea (perjuicio), poniendo otras situaciones de expresión emocional para que las valore si considera que también es hacerse la víctima, etc. La contaminación tiene lugar cuando el Adulto acepta como verdad creencias infundadas del Padre o falseamientos del Niño y racionaliza y justifica esas actitudes (James y Jongeward, 1971/1975). Esta “traición” fue un hecho traumático que marcó su vida, y reforzó intensamente creencias de su guion sobre él (“no soy importante”), los demás (“no son de confianza”, “no me tienen en cuenta”) y sobre la vida (“es una mierda”, “es sacrificio”, “es triste”). Trauma que se abordaría en muchas ocasiones para expresar todo el dolor y rabia contenida.

En cada sesión estoy centrada en él, sin prisas, con calma, estoy más interesada en lo que piensa, en lo que siente que en los datos que él proporciona. De esa forma, se facilita que contacte con él mismo (recuerdos, emociones, pensamientos, sensaciones, con su cuerpo, con las tensiones corporales) y conmigo, que establezcamos contacto de verdad. Creando un proceso de autodescubrimiento y de incremento de la consciencia.

Presupongo que en su infancia no tuvo este tipo de encuentros, este espacio para hablar de él y con él. Así como las preguntas de corazón sobre cómo le ha ido, qué piensa, qué siente, en un diálogo implicado y con muchísimo respeto (“en mi familia nos queremos, pero somos poco comunicativos, muy introvertidos entre nosotros”; “no nos abrazamos, ni besamos”; “choco mucho con mi madre”; “no me leía cuentos, me ponía una cinta y se iba”). Estos recuerdos son la punta del iceberg de otras muchas memorias inconscientes procedimentales de patrones relacionales.

Va descubriendo su historia, sus experiencias, sus vivencias cuando a partir de

algo presente se le pregunta ¿qué sientes?, ¿qué piensas?, ¿cómo está tu cuerpo? Y a continuación, ¿eso que piensas, sientes, y haces, lo pensaste, sentiste otras veces?, ¿cuándo?, ¿cómo era? mucha, mucha indagación fenomenológica e histórica. Al principio no tenía recuerdos e insistía “fui feliz”; “no tuve ningún trauma”. Habla de retrasos en su desarrollo: empezó a andar con casi 3 años, porque era un bebe muy gordito y no podía con el peso de su cabeza y se caía, “no paraba de comer, comía y dormía, no lloraba, no daba la lata”. Comer y dormir para calmar la soledad del niño pequeño, estrategias tan similares al consumo de sustancias para autorregularse, estabilizarse. En la infancia eran otros quienes le daban la comida sin límites ahora es él quien se lo administra (comida, alcohol, cocaína). Habla avergonzado de su enuresis hasta los 13 años, por la que no se preocuparon por averiguar qué le podía pasar. Cuanta negligencia y desprotección. Cuantas dificultades para manejarse en la vida ante la falta de adultos implicados. Cuanta emoción debía contener este niño. Y que gran ansiedad debía provocarle todo esto. Se lo expreso, normalizo. Es una reacción normal ante tanta soledad. Su cuerpo (o con sensaciones de tensión, molestias digestivas o ausente, desconectado) guarda todas estas memorias fisiológicas de supervivencia.

Toma consciencia de la falta de cuidados adecuados, y de cómo se las fue ingeniando para manejarse en la vida (sus sistemas de afrontamiento): tensa su cuerpo para no sentir la emoción. En una sesión contacta con la tristeza, sus ojos se humedecen pero no sale ni una lágrima, se indaga: ¿qué ha pasado por dentro Manuel?, ¿qué te has dicho?, ¿dónde han ido las lágrimas que asomaban? Esta interrupción del contacto interno y externo se repetirá muchas veces en la terapia. Su cuerpo tensionado se muestra con frecuencia a lo largo del proceso y será un objetivo de terapia. Habla de “una orden interna muy poderosa” que no le deja llorar, y que le dice “no puedes llorar”. Su guion se va mostrando. Erskine (2015/2016) define los guiones de vida como:

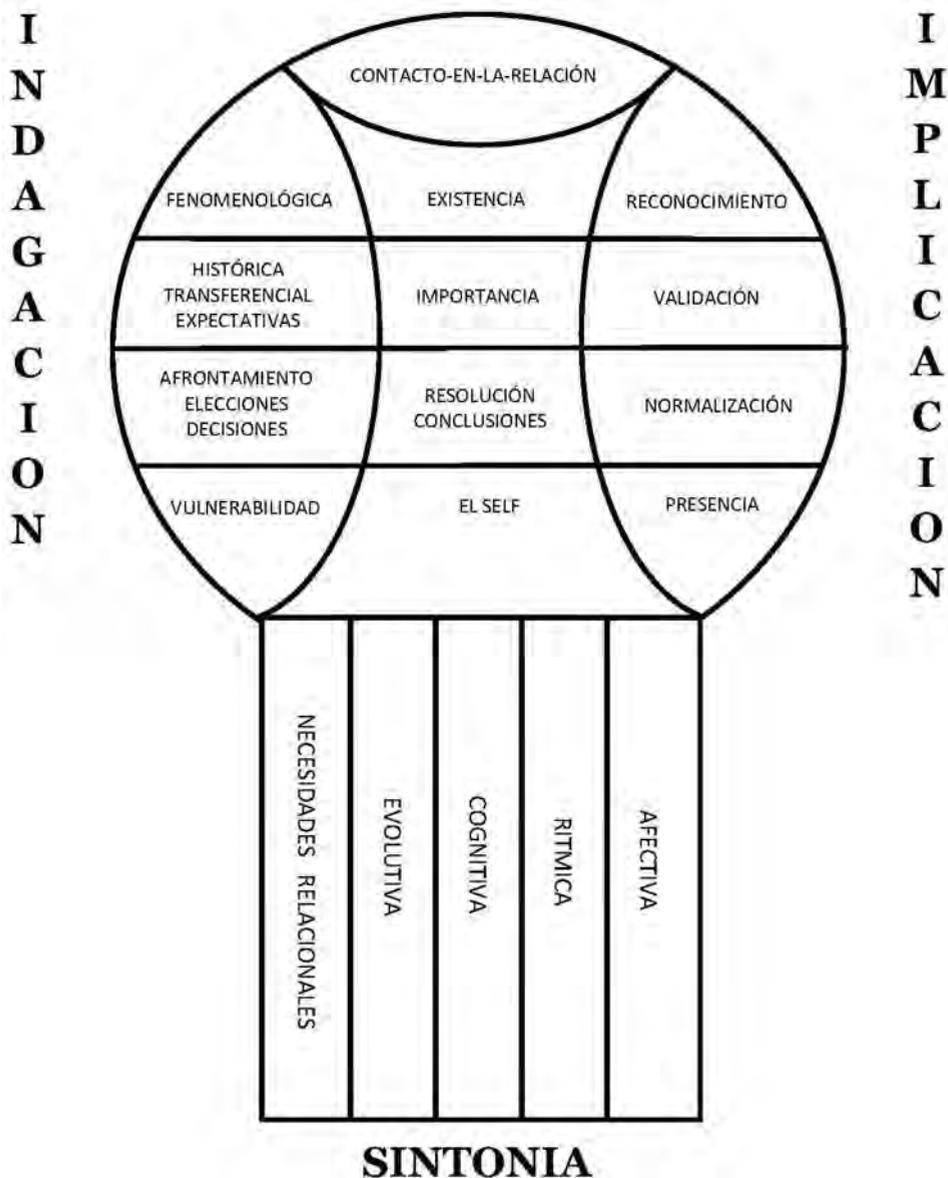
Una compleja serie de patrones relacionales inconscientes basados en reacciones fisiológicas de supervivencia, conclusiones experienciales implícitas, decisiones explícitas y/o introyecciones autoregulatoras adoptadas bajo estrés, en cualquier etapa del desarrollo evolutivo, que inhiben la espontaneidad y limitan la flexibilidad en la resolución de problemas, en el mantenimiento de la salud y en la relación con otras personas (Erskine 1980). (p. 101)

Valoro sus lágrimas como preciosos diamantes que cuentan una historia importante y que a mi me interesa, me importa. Tal y como Erskine (2015/2016, p. 53) describe como la necesidad relacional de sentirse validado, confirmado e importante dentro de una relación.

El uso de los métodos relacionales, la *Keyhole* de Erskine et al. (1999/2012), con sus 3 pilares: indagación, sintonía e implicación (ver figura 1), fueron esenciales en todo el proceso y, en esta primera etapa, posibilitaron construir una relación psicoterapéutica que fuera tierra firme, una base segura desde la que ser capaz de

arriesgarse a trabajos intrapsíquicos de regresión y trabajo corporal (a través de gestos, movimientos), etc.

Figura 1. *Keyhole* (tomado de Erskine et al., 1999/2012)



Somos mamíferos, seres sociales, precisamos de una relación para nuestro desarrollo, es nuestro hábitat natural. Los fallos reiterados en estas relaciones tempranas son el origen de que construyamos mecanismos intrapsíquicos como el

guion para manejar el dolor, vacío, y soledad. Por eso, es en una relación psicoterapéutica suficientemente buena donde podemos recuperarnos. Ésta precisa del pleno *contacto*, de la consciencia de pensamientos, afectos, deseos, sensaciones físicas, etc. (contacto interno) y de la consciencia de todo lo que rodea externamente (contacto externo). El pleno contacto en una relación se da del baile constante de dentro a afuera, entre yo y el otro. Así se satisfacen las necesidades relacionales. La satisfacción o no de las necesidades relacionales determina la calidad de la vida y el sentido que se tiene de uno mismo. Erskine et al. (1999/2012) dice “el contacto con los demás es precisamente la base de la noción que tenemos del propio Self y en lo que se basa la capacidad que tenemos de funcionar como seres humanos” (p. 443).

Observo como precisa de la implicación psicoterapéutica más allá de la empatía. En una sesión dice “soy una historia más, soy el paciente de las 9”, refleja su creencia de guion “no soy importante”. Tomo la iniciativa y le propongo sesiones de 90 minutos pues una hora no se adecua a su ritmo interno por lo que ajusto la duración de la sesión a su necesidad, acepta (*necesidad relacional de que el otro tome la iniciativa*; Erskine, 2015/2016, p. 57). Al igual que en una época difícil con ideas de suicidio (que reflejan su angustia) mando “sms” que simbolicen “me importa lo que te pasa y puedes contar conmigo”.

El trabajo psicoterapéutico le hace consciente de su historia de negligencias y trauma acumulativo, así de cómo se ha ido fragmentando por dentro. En esta segunda etapa toma protagonismo el abordaje de su *proceso esquizoide* (utiliza la disociación como mecanismo de afrontamiento principal y lo inunda un profundo sentimiento de vergüenza), y de su *guion de vida*.

Los seres humanos nacen llenos de vitalidad, energía, sensación de estar vivos, con curiosidad natural por explorar, aprender, crecer y al mismo tiempo vulnerables, con necesidades físicas y emocionales, que precisan de otro comprometido con nuestro bienestar para su satisfacción. Cuando en estas relaciones tempranas hay repetidamente fallos, empieza una escisión en dos yoes para manejarlos: el Yo Social y el Yo Vulnerable y vital. Esto es inevitable y necesario para el desarrollo del proceso de socialización, es su base. El problema es cuando es excesiva, y el Yo Social se convierte en casi la identidad, como le sucede a Manuel (es muy educado, hipercorrecto, no dice no, muy racional, no molesta, callado, muy sociable).

Los desencuentros del niño con las figuras parentales se siguen produciendo, y desarrolla otras partes:

- *Introyecta la crítica externa*, se identifica inconscientemente con elementos del otro (actitudes, pensamientos, etc.). Lo que pasaba fuera entre su madre y él, por ejemplo, ahora pasa dentro. La función de la introyección es dar la impresión de que se mantiene la relación, pero a expensas de una pérdida del Self. Protege a su madre, “mamá es buena. Soy yo, que soy malo”.
- Y como la introyección tampoco es suficiente, desarrolla una *crítica autogenerada* todavía más exigente, crítica que protege más duramente a

las figuras parentales de su enfado cada vez que fracasan en sintonizarse con sus necesidades.

Así su parte vulnerable y vital queda escondida en lo más profundo de su interior, fuera de alcance. Esconderse es una manera de regular el afecto y de calmarse y autoreconfortarse. Son las características de un *apego aislado* (O'Reilly-Knapp, 2001), resultado de reiteradas experiencias de negligencia, poca fiabilidad y/o invasión con sus cuidadores. Ser vulnerable se percibe como peligroso. Así se desarrollan: patrones de relación en base a una fachada social, retraimiento psicológico, gran crítica interna y poca expresividad emocional.

En una sesión narra un incidente con su madre, ella “descarga” su enfado con él, y dice “se pasó”. Este hecho da pie a una serie de indagaciones: “¿qué pasó por dentro?”, “me siento culpable”. Y “¿qué pasa después?”, “me voy, me aísló”. Y se continua, “¿a dónde te vas cuando te aíslas?”, “a un lugar vacío, no hay pensamientos, ni sentimientos, es una parte muerta, hasta que me quedo dormido”. ¡Qué similar a lo que hacía de bebé! Esta desconexión es su manera de afrontar el dolor, meterse dentro; y su validación es importante, es su manera de sobrevivir y probablemente el resultado de muchas experiencias de falta de respeto similares.

Se observa la retroflexión (un gesto interrumpido que reprime lo que necesita expresarse con el fin de evitar la consciencia del malestar psicológico) en su cuerpo tenso y como aprieta el puño de la mano. Se señala y se le anima a exagerarlo y seguir el movimiento cuando parece querer golpear. Siente pena y rabia, dice “mi madre y yo no nos entendemos”. Validar, legitimizar su enfado y animarlo a expresarlo (golpeando cojines, rompiendo papeles...) fue reparador. Recuperar su energía, su cuerpo. Salir de la congelación.

Una vivencia traumática se caracteriza porque se está a merced de una situación abrumadora, de la que no se puede escapar, y como único modo de protección se entra en un estado de congelación, que mantenida en el tiempo lleva a la disociación, a la desconexión. Toda la energía activada en el cuerpo para reaccionar se tuvo que frenar y no se expresó ni descargó.

Lo acompaño en esta migración interna hasta la puerta con calma, tranquilidad, sin prisas, con todo el respeto del mundo, modulando la afectividad para no invadirlo. Y me quedo en la entrada, custodiando este lugar sagrado, su refugio, sin perturbarlo, pero haciéndole saber que estoy aquí, que no lo he dejado solo.

En otra sesión se le pide que cierre los ojos y que visualice sus años de bebé, que imagine cómo era el momento del baño, cuando lo alimentaba su madre “no la veo, me inclina la cabeza hacia delante, me veo yo a mí”; “me trata como un objeto”; “estoy solo”; “tengo frío, el cuerpo tenso”. Siente rabia y tristeza. Animo a poner palabras a esas emociones “no soy un muñequito al que manejar, decidir por mí lo que tengo que pensar y sentir”; “quería un hijo, no a mí”; “nunca me aceptó”.

Abordar su crítica autogenerada fue un trabajo duro. La llamó *Virtud*. Estudió en un colegio de curas, durante su pubertad quiso ser cura, le gusta leer sobre teología. *Virtud*, es mucho más crítica con él que las introyecciones de su madre,

le dice cosas como: “jódete”, “tienes aires de grandeza”, “te crees superior”; y no permite que se valore.

Tanta crítica interna (introyectada y autogenerada), que asume como verdadera, le crean intensos sentimientos, cada vez que muestra su yo vulnerable y vital, de culpa y de vergüenza (que está compuesta de una gran tristeza por no ser aceptado, de mucho enfado que reprime, de miedo al abandono, con una sensación de muerte, sin alegría, disfrute (Erskine, 1995). Tiene una fuerte creencia nuclear de que hay algo malo en él. En esta etapa, la *necesidad de autodefinirse en la relación* (Erskine, 2015/2016, p. 56) toma relevancia. Por ello celebro su música, poesía, sus logros (la madre siempre lo devaluó), pido su *feedback* sobre la sesión o la terapia, y valoro sus críticas, sus opiniones.

El niño es pequeño y físicamente vulnerable (en un mundo habitado por gigantes, ruidos, sin palabras...). Se percibe inferior y a los padres todopoderosos (el poder de vivir o morir, de satisfacer sus necesidades o no). Así, las decisiones de guion representan la mejor estrategia del niño para sobrevivir en un mundo visto a veces como hostil e incluso como una amenaza. Estrategias para mantenerse con vida y conseguir que sus necesidades sean cubiertas lo mejor que puede.

En este plan inconsciente de vida, el guion de vida hay decisiones explícitas, conclusiones experienciales, patrones fijados de autorregulación, creencias sobre quién es él, los demás y sobre la calidad de la vida. Erskine (2015/2016) describe *el guion de vida*:

Como un plan de vida inconsciente, basado en decisiones tomadas por la persona en un estadio cualquiera de su desarrollo, que inhibe su espontaneidad y dificulta su flexibilidad en la manera de resolver los problemas y de vivir las relaciones. (pp. 102-106)

Una y otra vez se siente de la misma forma, en las relaciones se repite lo mismo, se sufre, pero da la seguridad de lo predecible, de lo conocido, nos da identidad, estabilidad. Erskine (2015/2016) refiriéndose al guion dice:

Esta estrategia creativa no es tanto una defensa contra alguien o contra algo, sino un intento desesperado de generar autorregulación, compensación, autoprotección u orientación, y de establecer un seguro contra eventuales situaciones de más estrés, shock psicológico o nuevas perturbaciones en la relación. (p.145)

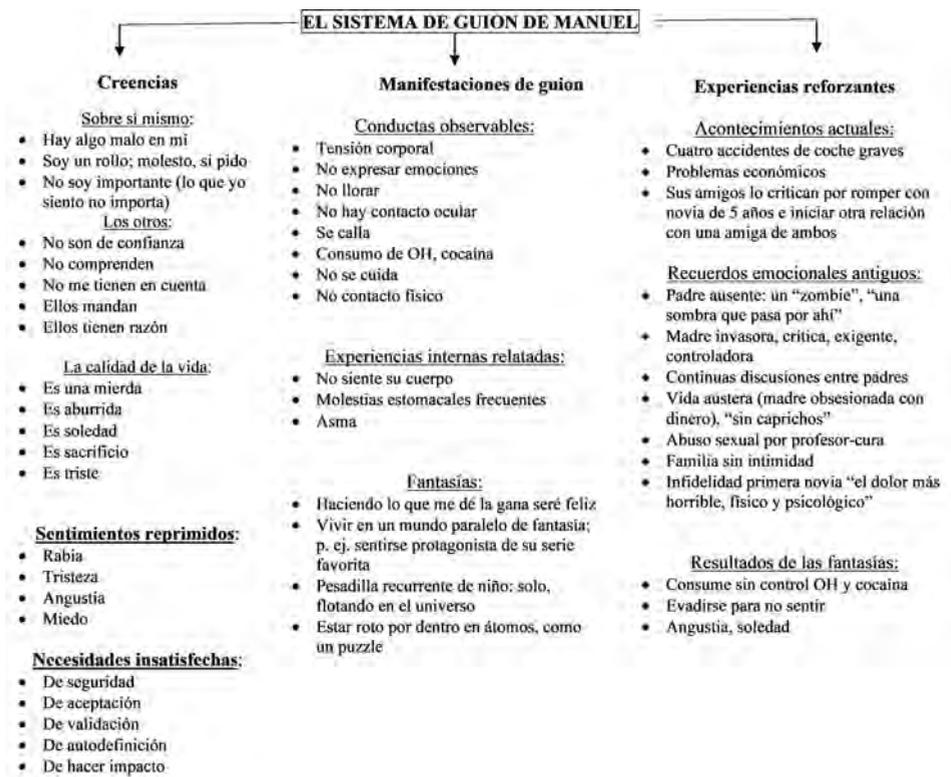
Dejar de creer lo mismo de uno, de los demás, del mundo, dejar comportamientos, maneras de sentir..., y atreverse a experimentar, a fluir con la vida con espontaneidad, flexibilidad, atreverse a tener intimidad, a ser realmente conocido, asusta profundamente. Dejar el guion requiere valor. Como dice el refrán “más vale lo malo conocido que lo bueno por conocer”.

Un día recordando los múltiples ingresos hospitalarios de su madre cuando era un niño (entre los 3 y 10 años), se le pide que cierre los ojos y vaya a esos años. Cada vez quedaba al cuidado de personas diferentes (abuelos, vecinos, amigos...) contacta con la sensación de abandono y una gran soledad, se hace consciente de

que decidió no mostrar los sentimientos porque “no sirve de nada, nadie me hace caso”. Decide ser bueno, responsable. Se le anima a que el hombre que es hoy hable con ese niño, que lo escuche, lo tenga en cuenta, que lo valore. Al finalizar, espontáneamente da un abrazo de agradecimiento (una de las pocas veces), se siente alegre, dice sentirse vivo, “con un subidón”. Este hecho es relevante, no solo es agradecimiento, simboliza la pérdida del miedo, la intimidad deja de ser peligrosa, la relación es segura, tiene la experiencia del apego seguro. Y por otro lado satisface su *necesidad relacional de expresar el cariño* (Erskine, 2015/2016, p.57), al igual que el día que trajo a la sesión pasteles para celebrar su cumpleaños. Qué símbolo tan maravilloso de la celebración de estar vivo, ¡de sentirse vivo!

El trabajo de su guion se centra en su *sistema de guion*, es decir, como su guion se manifiesta en su presente (figura 2). “El sistema de guion clasifica la experiencia humana en cuatro componentes primarios: creencias de guion, manifestaciones conductuales, fisiológicas y de las fantasías, experiencias reforzantes, y el proceso intrapsíquico de las necesidades y sentimientos reprimidos” (Erskine, 2015/2016, p. 128).

Figura 2. Sistema de Guion de Manuel



De niño tenía una pesadilla recurrente, flotaba en la inmensidad del universo oscuro, solo, con la intensa sensación de estar muerto. La sensación de estar como muerto por dentro o de estar roto en átomos, como piezas de un puzle, las narra con frecuencia. Otro día pone este ejemplo de cómo se siente por dentro “es como una araña cuando le pones un vaso encima, al principio intenta salir cuando ve que no es posible, entonces se pone en el centro y se deja morir”. Todavía me impresionan su dolor, su tristeza. Un guion nihilista, del que también se aborda sus ideas de suicidio o sus intentos más o menos conscientes (ha tenido cuatro accidentes graves de coche). En esos momentos se realiza un contrato de vida, y se cierran las puertas de escape: no haría nada ni directa ni indirectamente para volverse loco, hacer daño a otros o a sí mismo (compromiso que durante un tiempo se renovarían en cada sesión).

Hablando de esta división interna que siente, menciona cuatro partes:

1. Sin esperanza de estar bien, resignada.
2. Una parte bonita, que vive en la fantasía, en un mundo paralelo. Me cuenta cómo a veces va por la calle y se siente el protagonista de su serie favorita e incluso oye la música.
3. Otra parte que se rebela. Y que para no sentirse como si estuviese muerto, bebe y consume y así tiene sensaciones físicas fuertes.
4. Otra parte que es la que funciona en el mundo, cumple, va a trabajar, etc.

El vínculo, la relación co-creada a lo largo de toda la terapia fue la manera principal de abordar su guion. Al respecto, Manuel dice de la relación terapéutica “generó confianza, generó serenidad..., poner un espejo no deformante delante de mí, y conseguir que pueda mirarme en él sin convertirme en mi peor enemigo..., aportarme seguridad porque sé que puedo contar contigo” y de él, dice sentirse “abierto”. Por supuesto se trabajan sus creencias de guion, sus decisiones, pero fue la experiencia repetida, constante, dándole estabilidad, identidad, consistencia y predictibilidad lo que fue decisivo para pensar sobre sí mismo, sobre los demás, sobre la vida de un modo más positivo. Para recuperar su cuerpo y su energía, para cuidarse, para ser consciente de sus necesidades, para expresar lo que piensa y siente; para tener intimidad, para tener esperanza, ganas de vivir, planes, sueños. Dice “la gente está agobiada y yo estoy en uno de los mejores momentos de mi vida, sintiendo cosas que hace mucho que no sentía”.

Cuando hay un auténtico encuentro, psicoterapeuta y cliente se influyen mutuamente, hay una intensa comunicación inconsciente. El terapeuta moldea al cliente, pero el cliente también moldea al terapeuta, lo impacta. Una dinámica que lo refleja es la transferencia-contratransferencia.

En Psicoterapia Integrativa se considera la transferencia de cuatro modos (Erskine, 1991):

1. El medio con el que el cliente puede describir su pasado, las necesidades evolutivas que han sido frustradas y las defensas que se crearon para compensarlas.

2. La resistencia a recordar completamente, y paradójicamente, una puesta en acción inconsciente de las experiencias infantiles.
3. La expresión de un conflicto intrapsíquico y el deseo de lograr satisfacción de las necesidades relacionales e intimidad en las relaciones.
4. La expresión del esfuerzo psicológico universal para organizar la experiencia y otorgarle sentido.

En varias ocasiones se aborda su *transferencia*. Por ejemplo, cuando tenía una recaída, anticipaba mi crítica, pensando que lo iba a humillar y rechazar porque me ha decepcionado. Por lo que cree que debe dejar la terapia porque ha fallado, se siente culpable, se dice “hago mal”, es decir, refleja la misma dinámica que con su madre. Su madre es invasiva, exigente y crítica con él. Inicialmente se le mantiene en la relación psicoterapéutica y se indaga (*indagación relacional*) sobre si ha percibido en el terapeuta algo de crítica. Posteriormente, se indaga sobre si alguien de su vida actuó o actuaría de ese modo. Cuando Manuel contesta que su madre actuaba así, se confirma la hipótesis (por lo que ha ido contando de su historia), aquí está la transferencia. Finalmente se normaliza (la recaída forma parte del proceso, todavía no ha terminado, es una señal de que algo ha pasado, de que hay algo que se tiene que abordar) diciéndole “vamos a ver qué pasó dentro de ti”. Además, se le explica el modelo de Prochaska y DiClemente (1982) donde la recaída forma parte del proceso de recuperación. Citando a Tejero et al. (1993):

Se ha podido ir formulando la hipótesis de que el proceso de cambio en las adicciones no es prácticamente nunca lineal, sino dinámico y en espiral (Prochaska et al., 1992) y que las recaídas son, normalmente, tan frecuentes que deben ser integradas como un eslabón más de dicho proceso de cambio. (p. 296)

O cuando a raíz de un comportamiento considera que se ha portado mal con su amigo (también cliente), anticipa que cuando lo sepa lo voy a despreciar y a dificultar la terapia de su amigo. Manda un mensaje comunicando que deja la terapia. Por supuesto, no se interrumpe la terapia y a su mensaje se le contesta “yo estoy aquí”, y que puede continuar con la terapia cuando lo desee. Tarda más de un mes en regresar.

Que no lo rechace le emociona, que mantenga mi aceptación incondicional, mi aprecio por él ¡es tan diferente a lo que ha vivido! Dice “Noto como me cierro. No quiero sentir tu cariño. Nunca sentí ese cariño”. Aquí se muestra la *yuxtaposición* de que habla Erskine et al. (1999/2012) “intensas respuestas emocionales... el fenómeno de la yuxtaposición ocurre cuando existe para el cliente un marcado contraste entre lo que se proporciona en la relación terapéutica y lo que necesitó y anheló, pero no se dio en relaciones previas” (p. 219).

En cuanto a la *contrtransferencia* fue importante tener consciencia de ella y no ser reactiva, controlar la expresividad, o el impulso de decirle explícitamente qué hacer, de aleccionarlo. Para no invadirlo como hacia su madre. Y también controlar el deseo de buscar su aprobación, y me pregunté si esto que él elicita en mí era

algo que a él le ocurría cuando estaba ante otro.

El contacto físico fue otro tema relevante. Ante su dolor se utilizó la imaginación “imagina mi mano en tu espalda” para que empezara a tolerar el contacto sin la confusión que le producía. El contacto físico es un modo primitivo, instintivo de encontrar confort, apoyo en momentos difíciles. En su familia no se tocan, no se abrazan, no se besan. Él fuera del contexto íntimo tolera mal el contacto físico. Tiene miedo, lo asocia a la invasión sexual. Reflejo del trauma del abuso sexual por el director de su colegio (cura y profesor de él). Un abuso por una figura de referencia, de autoridad moral, referente de conocimiento, en una relación de desigualdad que abusa de su rol y de su confianza. Cuánta confusión, desprotección debió sentir el adolescente, en este momento de la vida tan importante en cuanto al cuerpo, la sexualidad. Nunca lo habló, la primera vez fue en la terapia. A partir de ahí pudo hablarlo con los padres, pareja. Empezando así a adueñarse de su legítimo enfado, tristeza y dolor.

Se pusieron límites claros y protectores que disminuyeran su temor, como “nunca voy a tocarte sin tu permiso”. Se comenzó un proceso de desconfusión del Niño, en el que la intimidad y el cariño no tienen por qué ir unidos a algo sexual.

Que los psicoterapeutas sean conscientes de las reacciones que les provocan los clientes (pensamientos, recuerdos, emociones, sensaciones físicas) es muy importante para que no influyan inconscientemente en su labor. Y distinguir si son aspectos personales que se han activado y que es preciso trabajar, o tiene que ver con el cliente y ese material se puede usar a su favor en la terapia propiciando indagaciones, intervenciones, etc.

En la relación psicoterapéutica también se generan emociones, afectos que tienen un componente corporal-físico (el cliente puede agradarnos o no). La atracción y el deseo sexual pueden aparecer. Para Jung (1966/2006) la atracción sexual es un símbolo de unificación de los opuestos. Y como otros aspectos se debe analizar su significado, y manejarlo garantizando el bienestar del cliente (Little, 2018).

Pero no todo lo que sucede entre cliente y terapeuta es transferencial. En ambos se estimulan imágenes, fantasías sobre su naturaleza, potencialidades, sobre cómo va a ser esta experiencia de hacer terapia. Estas fantasías pueden ser positivas o negativas, e influyen, aunque no se verbalicen.

Por último, comentar alguna idea más sobre *la relación psicoterapéutica*. Como toda relación, no es estática, está en constante desarrollo, es algo co-creado a lo largo del proceso de terapia. Es una relación especial, de aceptación incondicional, asimétrica, profesional, respetuosa. Y en cierto sentido, como muchas relaciones, es parcialmente enemiga de otras, quiere la exclusividad. Se pueden tener dos pistas de que esto sucede, si el terapeuta se centra excesivamente en lo negativo de las relaciones del cliente (implícitamente pensar que nadie lo entiende como él) o si el terapeuta pierde el contacto con la vida y vive vicariamente a través de ellos. Los clientes pueden llevar vidas interesantes, y hacer cosas poco comunes y sorprendentes (en adicciones es bastante frecuente).

### Conclusiones

Es importante que el psicoterapeuta tenga la mejor formación posible, se recicle, se actualice y se mantenga comprometido con una formación continua. Es una obligación para con el cliente. Pero también influye quién es, su historia, su vida, sus aficiones, experiencias, su ética, sus creencias y sus valores. Reflexionar sobre todo ello y tomar consciencia va a permitir manejar su influencia. Creencias, ideas, valores sobre lo que es correcto, sano, objetivo, normal, se activan especialmente en la terapia con adictos. Es importante evitar establecer relaciones de poder, e imponer visiones de la vida, valores, ideas. Buscando trabajar *con* el cliente no *sobre* él (“el cliente no siempre es capaz de reconocer lo que le conviene” se puede pensar). Todas estas ideas, valores son discutibles. Por otro lado, si estas creencias, ideas y valores del psicoterapeuta son parecidos a los del cliente se corre el peligro de dar por hecho muchas cosas y perder la curiosidad y la posibilidad de conocerlo. En cambio, si son diferentes o muy diferentes pueden interferir en la terapia y en su aceptación incondicional, siendo lo mejor para el cliente derivarlo a un colega.

Y qué se hace con los errores *terapéuticos*: ¿se es consciente de ellos?, ¿se hace autosupervisión?, ¿se reconocen?, ¿cómo se manejan? Guistolise (1996) señala la importancia de incorporar los errores terapéuticos como un elemento del proceso intersubjetivo de una psicoterapia profunda y de calidad.

Es interesante también explorar la motivación que lleva a escoger el trabajo de psicoterapeuta, un trabajo con el lado oscuro de la vida, con personas que sufren, son infelices, que han vivido situaciones traumáticas, etc. y preguntarse sobre los beneficios secundarios de ser psicoterapeuta (quizá, hace que el terapeuta se pueda sentir mejor, menos infeliz, más afortunado).

Además, analizar qué *modelos de ayuda de nuestra cultura occidental* se tienen interiorizados. El modelo del médico, en su versión negativa de gran sanador, el que todo lo cura. O el modelo del sacerdote que en su peor versión niega cualquier tipo de duda, que impone dogmas, es todopoderoso. Tener presente controlar el “furor curandis”, aceptar que hay diferentes modelos psicoterapéuticos, aceptar que se tienen limitaciones, seguir al cliente. Éste es el que marca los objetivos de la terapia, hasta dónde quiere llegar. Y escucharlo atentamente, también cuando critica, valorando estas críticas con humildad y honestidad (viendo si tiene razón). Pues el modelo psicoterapéutico no *ES* el cliente, evitando así confundir el mapa con el territorio.

Es inspirador el mito *de Quirón* el curador herido que simboliza la consciencia de la enfermedad, que humaniza y coloca al terapeuta en una relación de igualdad ante el cliente en cuanto a que ambos son humanos, imperfectos. El terapeuta también tiene aspectos que sanar, que abordar en una psicoterapia personal y si afronta sus sombras y heridas, estimulará al cliente a afrontar también las suyas. Esta idea se refleja en la frase de San Agustín “nada de lo humano me es ajeno” o el saludo *Namasté* que viene a decir “la luz divina en mi honra la luz divina en ti”. Como dice el principio filosófico de PI “todos somos igual de valiosos” (Erskine, 2013, p. 2).

El trabajo de psicoterapeuta es maravilloso y honorable, pero también tiene aspectos negativos. Se pasa mucho tiempo en una actividad solitaria, es una relación asimétrica, al cuidado del otro. Por lo que es esencial el autocuidado, mantener la propia psicoterapia y supervisión clínica, buscar relaciones simétricas, disfrutar de la vida, de aficiones, etc. Tener un botiquín de recursos que minimicen el impacto emocional e incrementen nuestra resiliencia. Cuidarse es cuidar al cliente. Y vivir enriquece al psicoterapeuta como ser humano. Al fin y al cabo, él es el instrumento de la terapia.

Manuel en una primera etapa realiza la terapia en la Unidad Asistencial; hace una parada y la retoma dos años después en la consulta privada (considera que puede pagarla, que ya aprovechó el recurso público demasiado). Se acepta, ya que para el proceso psicoterapéutico un cambio de contexto puede ser favorable.

Los consumos han desaparecido, actualmente está abstinente. Se siente cada vez mejor consigo mismo, se acepta. Estudia por fin la carrera que deseaba, y ya la finalizó. Se cuida, acude a sesiones de antigimnasia, tiene energía, su presencia es mayor, ha recuperado su cuerpo, lo siente. En sus relaciones tiene mayor intimidad y compromiso, con su pareja, con su familia (ha tenido conversaciones con su madre de mucha intimidad hablando del pasado y del presente). Expresa lo que siente y necesita. Tiene planes de futuro y busca y lucha por lo que desea. Todos los aspectos de su Self (conducta, cognición, afecto, fisiología) están más conscientes e integrados (no está fragmentado). En resumen, funciona mucho más libre de su guion de vida y proceso esquizoide.

Actualmente ha hecho otro alto en la terapia. Recientemente me envía un mensaje compartiendo que acaba de publicar un poemario. Lo celebro. No sé si habrá una tercera vez en la terapia conmigo pues quedan aspectos que abordar. Pero de lo que sí estoy segura es que yo estaré si lo decide.

### **Nota de la autora**

1. En la narración en algunos puntos (fragmentos de sesiones y momentos terapéuticos relevantes) se emplea la primera persona para resaltar los aspectos intersubjetivos de la relación y reflejar el aspecto relacional, tan importantes en este caso clínico. Donde el proceso intersubjetivo, la psicoterapia co-creada, la implicación más allá de la empatía, fueron decisivos.
2. La autora quiere agradecer a Richard Erskine por su gran y valiosa contribución a la psicoterapia y por desarrollar la Psicoterapia Integrativa, a Amaia Mauriz-Etxabe por su sabiduría y humanidad, a sus formadores y colegas por todo lo que le han enseñado, y especialmente a todos sus clientes por su confianza y estímulo.

## Referencias

- Berne, E. (1974). *¿Qué dice Usted después de decir Hola?* (N. Daurella, trad.). Grijalbo. (Trabajo original publicado en 1973)
- Erskine, R. G. (1991). Transference and transactions: critique from an intrapsychic and integrative perspective [Transferencia y transacciones: crítica desde una perspectiva intrapsíquica e integrativa]. *Transactional Analysis Journal*, 21(2), 63-76. <https://doi.org/10.1177/036215379102100202>
- Erskine, R. G. (1995). A Gestalt Therapy approach to shame and self-righteousness: theory and methods [Un enfoque de la terapia de la Gestalt para la vergüenza y la arrogancia: teoría y métodos]. *British Gestalt Journal*, 4(2), 108-117.
- Erskine, R. G. (2013). Vulnerability, authenticity, and inter-subjective contact: philosophical principles of Integrative Psychotherapy [Vulnerabilidad, autenticidad y contacto intersubjetivo: principios filosóficos de la Psicoterapia Integrativa]. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 4(2), 1-9. <http://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/78>
- Erskine, R. G. (2016). *Presencia terapéutica, patrones relacionales: conceptos y práctica de la Psicoterapia Integrativa* (A. Pérez Burgos, Trad.). Karnac Books. (Trabajo original publicado en 2015)
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la empatía: una terapia de contacto-en-la-relación* (N. Mestre, Trad.). Desclée de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- Guistolise, P. G. (1996). Failures in the therapeutic relationship: inevitable and necessary? [Fallos en la relación terapéutica: ¿Inevitable y necesario?]. *Transactional Analysis Journal*, 26(4), 284-288. <https://doi.org/10.1177/036215379602600403>
- James, M. y Jongeward, D. (1975). *Nacidos para triunfar: Análisis Transaccional con experimentos Gestalt*. Fondo educativo interamericano. (Trabajo original publicado en 1971)
- Jung, C. G. (2006). *Obra completa* (vol.16). *La práctica de la psicoterapia: contribuciones al problema de la psicoterapia y a la psicología de la transferencia*. Editorial Trotta. (Trabajo original publicado en 1966)
- Little, R. (2018). The Management of erotic/sexual countertransference reactions: an exploration of the difficulties and opportunities involved [La gestión de las reacciones de contratransferencia eróticas/sexuales: una exploración de las dificultades y oportunidades implicadas]. *Transactional Analysis Journal*, 48(3), 224-241. <https://doi.org/10.1080/03621537.2018.1471290>
- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas* (pp. 137-160). Ediciones en Neurociencias.
- Mauriz-Etxabe, A. (2016). Los hilos silentes: trabajando con la introyección. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 59-7. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i105.144>
- O'Reilly-Knapp, M. (2001). Between two worlds: the encapsulated Self [Más allá de dos mundos: el yo encapsulado]. *Transactional Analysis Journal*, 31(1), 44-45. <https://doi.org/10.1177/036215370103100106>
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982). Transactional therapy: toward a more integrative model of change [Terapia transaccional: hacia un modelo integrativo del cambio]. *Psychotherapy: theory, research and practice* 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviour [En búsqueda de cómo la gente cambia: aplicaciones en el comportamiento adictivo]. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
- Tejero, A., Trujols, J. y Casas, M. (1993). Prevención de recaídas: su aplicación en un contexto clínico. En M. Casas (Ed.), *Recaída y prevención de recaídas* (p. 296). Ediciones en Neurociencias.