

OBSESIONES CONTRA OBSESIONES: UNA (RE)CONSTRUCCIÓN DEL SIGNIFICADO

Marcia Scheinberg, M. S. W.

Clinic Director, Ackerman Institute for Family Therapy,
149 East 78th Street, New York NY 10021.

In this article obsessions and phobic responses are examined in relation to the maintenance of a cross-generational condition organized by a premise about exclusivity, as well as the specific, idiosyncratic "signature premises" characteristic to each case. It is suggested that the obsession develops when a developmental or situational crisis conflicts with the exclusive relationship definition (that is coalition). Two forms of intervention for disrupting obsessions—the "conversation" and the "counter-obsession"—are discussed and illustrated. Both interventions conceptualize the obsession as an oscillation between remaining in the coalition and not remaining in the coalition, and both interventions challenge the signature premise that defines coalition.

Key words: obsessions, family therapy, coalition, cross-generational condition signature premises.

INTRODUCCIÓN

SANDY: *"Siempre pienso que conocerá a otras mujeres más atentas que yo. Sé que es una locura, pero no puedo evitar pensarlo. Estamos en una fiesta y entra una mujer guapa, y yo pienso que la encontrará más atractiva que a mí. He llegado a un punto en que esto es todo lo que pienso. No hago más que pensar todo el tiempo en él con otras mujeres. Me doy cuenta de que no puedo hacer mi trabajo y esto empieza a interferir en mi alimentación. Esto está estropeando nuestra relación, pero no puedo frenarme".*

MARY: *"Siempre pienso que lo he echado todo a perder. Pienso constantemente en que debería haberme ocupado de otra manera de la enfermedad de mi padre, que podría haber ganado dinero y que no lo he hecho, también pienso en lo poco atractiva que me he convertido y pienso constantemente que he estropeado las cosas. Estos pensamientos jamás me abandonan. Nunca me siento libre. Si empiezo a sentirme bien, me recuerdo a mí misma estas cosas, no puedo evitarlo".*

LOUISE: “Desde que él me traicionó no puedo evitar pensar en el sexo. Pienso en esto todo el tiempo. Veo a otras mujeres como yo y me pregunto si han tenido relaciones sexuales. No consigo dormir bien ni concentrarme. No me gusta estar así, pero no consigo liberarme de estos pensamientos”.

Estos son los pensamientos obsesivos que han dominado la vida de tres mujeres, pensamientos dotados de un potencial capaz de bloquear cualquier intercambio terapéutico. En este artículo interpreto estos síntomas obsesivos en relación con la implicación de estos pacientes en lo que Haley (1977) llamó coalición transgeneracional (un vínculo oculto entre miembros de dos generaciones “contra” un coetáneo de uno de los dos). Mostraré que estas mujeres se vieron atrapadas durante la infancia por una rígida coalición transgeneracional con uno de sus padres, una coalición organizada entorno a la convicción de que para no poner en peligro dicha relación, se debía excluir al otro progenitor. Además, cada una de las pacientes pensó implícitamente que mantener esta posición privilegiada implicaba un esfuerzo perpetuo en una “manera de ser” particular (por ejemplo, ser siempre “buena”, “mostrarse siempre fuerte”). Estas ideas, surgidas de una relación padre-hijo particularmente crítica, se convirtieron luego en premisas organizadoras, en la definición de la manera en que estas mujeres se concebían a sí mismas en cualquier relación íntima. Por su particularidad y centralidad psicológica, llamo a estas ideas “premisa marcadas” (“signature premises”).

En mi opinión, estas mujeres se han visto debilitadas por pensamientos obsesivos hasta el punto de empezar a desear otro tipo de relación. Este deseo de cambio se oponía, simbólicamente o en realidad, a la coalición paterna originaria y a la premisa en la que estaba basada. Desde esta óptica, estas largas meditaciones obsesivas de las pacientes pueden interpretarse como una oscilación metafórica entre el deseo oculto de poner fin a la coalición y el miedo a interrumpirla. La intensidad de este tipo de ambivalencia “guía” las oscilaciones mentales como un metrónomo que va cada vez más rápido, hasta que sus cambios de posición ya no pueden distinguirse. Entonces, el conflicto de lealtad originario se vuelve oscuro, encapsulado en la obsesión. La experiencia consciente del paciente es que está preocupado, con continuas y monótonas repeticiones de los mismos pensamientos, uno tras otro. En este sentido, el paciente no es consciente del conflicto sino solamente de un imperioso hastío mental. Lo que he descubierto es que estar atrapado en la monotonía parece enmascarar la experiencia de sentirse oprimido por una elección. Esta idea de que el constructo intrapsíquico de la ambivalencia puede estar situado en un terreno contextual donde el sujeto está atrapado entre dos coaliciones rivales, puede encontrarse implícita en los trabajos de numerosos estudiosos. Hoffman, en su clásico texto (6, págs. 11-116), expone variaciones de esta formulación.

Describiremos, a continuación, dos métodos para interrumpir la obsesión e identificar la coalición transgeneracional en la que está implicada. Con tal de

mostrar las similitudes y las diferencias entre esta manera de proceder y otros enfoques respecto a estos problemas, iniciaremos con una exposición de las hipótesis tradicionales sobre la obsesión.

TEORÍAS PSICOANALÍTICAS

Según el *Psychiatric Dictionary* (Hinsie, Shatzky, 1940), una obsesión es una “idea o una emoción... que persiste en la mente de un individuo y que no puede ser alejada mediante ningún proceso consciente. Desde el punto de vista de la conciencia, la obsesión no está influida por la lógica o el razonamiento y es claramente indeseada” (pág. 377). La explicación psicoanalítica clásica de esta paradoja se basa en la premisa de que un pensamiento obsesivo, independientemente de lo extremo y desagradable que pueda ser para un individuo, es menos angustiante que la idea que está encubriendo: por ejemplo, una idea o pensamiento que produce vergüenza, pérdida del anterior estatus o debilidad (1, 2, 9).

La interpretación freudiana más ortodoxa es que aquello que se oculta detrás de la obsesión son los deseos sádico-anales inconscientes (1, 2, 9). Salzman (1973), conocido por sus trabajos en este campo, ofrece una interpretación más existencial e interpersonal: el “objetivo primario del comportamiento es intentar obtener alguna seguridad y certeza para la persona que se siente amenazada e insegura, de un modo incierto... Por lo tanto, el ingrediente principal es el control” (1973, pág. 13). Salzman piensa que los pensamientos obsesivos pueden ser un aspecto de la personalidad de cualquier persona. Solamente se convierten en neurosis cuando son destructivos y no pueden apaciguarse mediante prácticas compulsivas.

Aunque el pensamiento psicoanalítico comprende la dinámica interna del pensamiento obsesivo, no contextualiza suficientemente su significado. Localizar el dilema obsesivo entre los mecanismos de las coaliciones transgeneracionales crea posibilidades terapéuticas que trascienden el énfasis analítico en los conflictos intrapsíquicos. Esta hipótesis representa además una alternativa clínica prometedor, visto que muchos terapeutas han obtenido decepcionantes resultados tras tratamientos basados en la terapia analítica (Grinspoon, 1985). En el estado actual de la cuestión, la terapia conductista y la farmacológica representan los tratamientos seleccionados para este tipo de síntomas. Sin embargo, la terapia conductista es más difícil cuando las obsesiones son el único síntoma, cuando no hay ninguna “conducta” que tratar (Grinspoon, 1985).

TERAPIA SISTÉMICA PARA PROBLEMAS OBSESIVOS

En el enfoque sistémico que describiré a grandes rasgos, la estrategia clínica está orientada a identificar la “premisa marcada” relativa a la implicación del paciente en una coalición transgeneracional. La idea de la “premisa marcada” representa un desarrollo posterior de la idea de utilizar estas premisas en el trabajo clínico (Penn, 1985). Más concretamente, el terapeuta intenta identificar una idea

central que el paciente tiene sobre el modo en que el padre importante caracterizaba su relación. Esto puede proporcionar una lógica conductual a la obsesión actual.

El primer paso en este proceso consiste en recoger información sobre el problema actual. El terapeuta se fija tanto en el modo en que la obsesión caracteriza el sistema relacional actual del paciente, como en el contenido de la misma obsesión. Este contenido funciona como un indicador que ayuda a (re)construir la “premisa marcada” en la familia de origen. En definitiva, el terapeuta construye el doble significado de la obsesión en el contexto actual y en el precedente. Este ir para adelante y para atrás permite al terapeuta construir una conexión entre la obsesión actual y el contexto precedente.

Dos formas de intervención

Una vez elaborada la hipótesis clínica, se han desarrollado dos estrategias de intervención. Una técnica se basa en la conversación entre dos terapeutas en presencia del paciente. La conversación versa sobre el conflicto que los terapeutas creen que existe entre el comportamiento dictado por la “premisa marcada” del paciente y las exigencias del contexto actual.

Los dos terapeutas representan dos polos diferentes del conflicto y el diálogo se estructura remarcando las oscilaciones que se expresan en la obsesión. Los terapeutas nunca se enfrentan directamente con la obsesión, pero discuten y reflexionan juntos sobre las conexiones entre la obsesión y las premisas que están detrás. En el transcurso del diálogo entre los terapeutas, la amplitud de sus oscilaciones aumenta de modo tal que el conflicto actual, relativo al sistema de alianzas, se produce entre ellos. Esta forma de intervención es parecida al debate a tres bandas que llevaron a cabo Olga Silverstein, Peggy Papp (1983) y Stanley Siegel (Sheinberg, 1985). Se distingue por el hecho de que insiste más en la explicación de las ideas y menos en la formulación “cambio/no cambio”. En este contexto los terapeutas pueden activar su “conversación” cada vez que la obsesión del paciente comienza a dominar el intercambio terapéutico.

Este procedimiento se opone al poder que tiene la obsesión de bloquear las nuevas informaciones. Al construir una réplica del dilema que el paciente vive, se hace salir a la obsesión de la mente para llevarla a la sala de terapia. Escuchando la conversación entre los terapeutas el paciente puede ahora, lentamente, recuperar su control sobre el conflicto encapsulado en la obsesión. En realidad, las ideas que se expresan en la conversación a menudo llegan a ser más interesantes para el paciente que la misma idea obsesiva.

Otra forma de intervención para quebrar una obsesión es crear una “contraobsesión” u “obsesión terapéutica”, constituida por una “fórmula” ritualizada que abarca el conflicto de lealtad que se halla bajo la obsesión. Ésta vincula la obsesión actual con una premisa relacional precedente. Se invita al paciente a repetir esta “fórmula” cada vez que empiece a estar obsesionado. El parecido estructural

entre la “obsesión terapéutica” y la obsesión actual permite al paciente reemplazar el pensamiento intrusivo por ideas que redefinen la situación en un problema relacional oculto.

Tanto la “conversación” como la “contraobsesión” están proyectadas con el fin de reducir la oscilación, presente en la obsesión, entre la voluntad de acabar con la coalición y el miedo de perderla. En este caso el presupuesto es que, aunque la obsesión esté generada por acontecimientos reales actuales, también está organizada sobre la base de premisas relacionales que la preceden. Una vez descritas estas premisas podrán emerger los significados implícitos que la obsesión ocultaba.

Ilustración del caso

El caso que sigue ilustra una conversación terapéutica en el tratamiento de una joven mujer obsesionada por el sexo, un trastorno que implicaba una curiosidad persistente en la actividad sexual de las otras personas y una fobia relativa a sus propias relaciones sexuales. En esta ocasión las co-terapeutas fueron Peggy Penn y la autora. A veces ambas estaban junto a la pareja y otras veces una de ellas dirigía la entrevista mientras la otra observaba detrás del espejo y consultándose durante la entrevista.

La pareja, Louise y Tom, de unos veinticinco años, iniciaron la terapia tras de seis años de matrimonio no consumado, presumiblemente a causa del miedo de Louise de mantener relaciones sexuales. Tom, el más joven de cuatro hermanos de una familia italiana de clase obrera, se describía como un hombre sin objetivos hasta que conoció a Louise. En su opinión, ella era distinta a todas las chicas que conocía. Louise -educada, guapa, pura- había crecido en el seno de una típica familia de Puerto Rico. Vivía con sus padres, una hermana gemela y una hermana más joven. Siendo la más servicial y diligente de las hijas, Louise sentía que era la favorita de su madre. La madre de Louise, el progenitor dominante, era descrita como una mujer trabajadora, ambiciosa, que siempre había criticado la apatía de su marido. Por el contrario, Tom era, por excelencia, el tipo de hombre que la madre de Louise admiraba. Era trabajador, siempre activo, determinado y constructivo. Ella adoraba a Tom y le acogió cordialmente en la familia como a un hijo. Estaba claro que si se hubieran casado, habrían vivido en la parte baja de la casa bifamiliar de los padres.

Tom era el primer chico de verdad de Louise, era un hombre con experiencia y para ella su relación fue la primera experiencia de escarceos sexuales preliminares. Aunque Tom intentaba llevarla hacia una actividad sexual completa, Louise se contentaba con la que tenían y no quería “ir más lejos”. Las cosas parecían ir bien hasta que Tom, temiendo que Louise pudiera llegarlo a saber a través de otra persona, “confesó” que se había ido a la cama con una de las amigas de Louise. Después de esta revelación, Tom volvió a irse a la cama con esta mujer y, de nuevo, lo confesó.

Louise sufrió mucho por esta traición y sintió mucha rabia porque Tom

únicamente había confesado para liberarse de sus preocupaciones. Cuando Louise se dirigió a su madre, ésta le aconsejó que se casara igualmente con Tom. La madre justificó el comportamiento de Tom motivándolo con la frustración provocada por el hecho de que Louise no quería tener relaciones sexuales completas con él. Por su parte, Louise se quedó sorprendida y turbada por el hecho de que su madre, pese a todo, quisiera casarla con Tom. Siendo una buena hija, Louise siguió el consejo de su madre, pero sintiéndose doblemente traicionada: Tom había elegido a otra mujer en su lugar y, en el fondo, su madre había preferido a Tom antes que a ella.

Durante la terapia, las terapeutas explicaron de esta manera la cuestión: el deseo de Tom de casarse con una “virgen” y reservar el sexo para una “mujer fácil” estaba en un lado de la ecuación; la rabia que sentía Louise por la traición de Tom y de su madre estaba en el otro lado. El síntoma aportó una buena solución a este vínculo. Louise, una buena hija, escuchó a su madre y se casó con Tom, pero su fobia le impidió que se casara con él realmente. Ella oscilaba entre mantenerse apegada a su madre siendo buena y, de este modo, la favorita, y estar secretamente enfadada con ella por haberle hecho casar con Tom a pesar de la traición.

La crisis personal de Louise puede comprenderse del siguiente modo: la “premisa marcada” que define la coalición con su madre es: “ser buena permite ser la elegida”. Cuando Tom eligió a la otra mujer para el sexo y su madre antepuso los deseos sexuales de Tom a los sentimientos de Louise, esta premisa fue puesta en duda. El matrimonio con Tom dejó de ser una elección personal y pasó a ser un acto de sumisión a su madre.

Haber sido buena, pero no elegida, hacía intolerable tanto el hecho de seguir apegada a su madre como el de separarse de ella. La obsesión expresaba metafóricamente esta oscilación. Esta primera explicación del problema guió el trabajo de las terapeutas con la pareja. Sin embargo, el poder de la obsesión, que tomaba la forma de pensamientos coactivos relativos al sexo y de una fobia a la penetración sexual, era tan fuerte que bloqueaba cualquier exploración de su relación con el matrimonio. Visto el bloqueo clínico, que las terapeutas definieron como “impenetrabilidad” en la relación de pareja, se decidió visitar únicamente a Louise durante un breve periodo de tiempo.

En el primer encuentro, una terapeuta dijo que había algunas cosas que Louise debía empezar a hacer con tal de superar sus miedos. Le sugirió a Louise que leyera cierto manual sobre la sexualidad femenina. Aunque Louise aceptó rápidamente esta idea, la terapeuta detrás del espejo entró en la habitación para expresar su preocupación. Habló de los riesgos de leer este libro y empezó a activar un cambio. Su ingreso era el inicio de una conversación entre las dos terapeutas que, en presencia de Louise, iba *in crescendo*.

La siguiente secuencia empieza con la primera terapeuta y Louise.

L: *No he avanzado. Una amiga mía ha venido a visitarme, y no me ha dejado tiempo para leer. Estaba mosqueada pero no podía decirle que no.*

No sé, quizá he permitido que esto sucediera. Tengo miedo de que puede existir algún motivo subconsciente. ¿Entiendes lo que quiero decir?

T1: ¿Motivos?

L: Permitir que esto sucediera, permitir que ella se quedara, no decirle: “mira, me gustaría tener una hora libre: ¿podrías marcharte?”. No, no he podido hacerlo.

T1: ¿Cuál crees que es la motivación subconsciente?

L: Bien, para ser honesta con usted, la introducción del libro era buena. Me dio esperanzas. En cambio, cuando empecé a leer el primer capítulo me sentí algo frustrada. Me dije: “Dios mío, todo esto parece imposible”. Me puse a llorar y a pensar en cuando Tom tuvo aquella historia.

T1: Entonces, cuando piensas en el sexo, en el placer y en gozar con él, ¿tú piensas en su traición?

L: Sí.

La última afirmación sugiere la idea de que la fobia está conectada con su rabia inexpresada por haber sido traicionada. La negativa a leer el resto del libro nos da la oportunidad de describir el vínculo de la obsesión/fobia con una “premisa marcada” relativa a la posibilidad de ser elegido, a condición de que uno sea bueno. Dado que había sido la segunda terapeuta la que había anticipado un problema relativo al libro, ésta entra en la habitación de terapia para expresar sus pensamientos:

T2: Quiero que sepas que me siento muy aliviada. Déjame repetir porque pensé que no era una buena idea para Louise seguir tus sugerencias. Yo pienso que Louise, al ser gemela, ha experimentado un apego particular con su hermana gemela, pero pienso que, como todos los gemelos, éstos son rivales frente a su madre. Cada uno de ellos reclama una relación con su madre en base a cualidades particulares. Realmente pienso que Louise ha pensado que su particularidad era la de ser una niña buena, que hacía lo que se esperaba de ella, que recibía la aprobación de su madre. La idea de ser la buena también pasó a formar parte de su relación con Tom. La sexualidad de Louise es distinta a la sexualidad de otras personas. Al principio Tom se sintió muy atraído por el hecho de ella quisiera ser buena y fuera virgen. Según la interpretación de su miedo, si ella cambiara de alguna manera esta condición, podría perjudicar su relación. Yo entiendo esto, y sé que muchas personas practican el sexo, pero ella tiene realmente un apego íntimo y muy particular con su marido y tiene la capacidad de conservar una relación muy importante con su madre. Yo pienso que la relación sexual alteraría ambas relaciones, y esta es la razón por la que me opongo.

T1: (A la otra terapeuta) ¿Estás diciendo que si Louise superara su miedo a la relación sexual podría tener una relación distinta con su madre?

T2: *Eso mismo!*

T1: *Y ¿piensas que Tom también podría alejarse de ella?*

T2: *Sí, así es...*

A medida que las terapeutas hablan, relacionan y subrayan constantemente la premisa -ser bueno significa ser elegido-, están identificando los diversos aspectos a través de los que se ha desarrollado esta premisa en la vida de Louise. La primera terapeuta define la motivación de Louise para permanecer virgen como un intento de complacer a su marido y a su madre. Continúa sosteniendo que este sacrificio es demasiado grande. Sostiene además que Louise es ambivalente ante la posibilidad de seguir siendo buena, y sugiere que la incapacidad de Louise para tener relaciones sexuales también podría interpretarse como una rebelión ante su madre y su marido. La siguiente conversación nos lleva a una clara descripción de la condición de Louise en su familia de origen, vinculada con la ambivalencia.

T1: *Vale, admitamos que es así. Digamos que aunque Tom afirma que quiere que Louise sea como las otras "chicas", en realidad no lo quiere. Digamos que eso es verdad. Digamos también que su madre cambiaría su relación con ella, o que incluso empezaría a querer más a su hermana gemela. En otras palabras, ¿conservar su posición particular con su madre y hacer feliz a su marido constituye una razón suficiente para que Louise permanezca toda su vida sin tener la experiencia del placer sexual?*

L: *Pero aquí existe una pequeña contradicción. Yo sé que mi madre se muere de ganas de que yo tenga una vida sexual normal. Sé que hay una presión. El modo en que vosotras la describís, me refiero a su presión, aunque sea indirecta, me llevaría a tener relaciones sexuales.*

T1: *Bien, yo creo que en algún sentido también existe una parte de ti que no desea ser una buena chica y que no quiere ser tan adaptable. (Dirigiéndose a la segunda terapeuta) Yo pienso que usted está un poco engañada porque, de manera irónica, no teniendo relaciones sexuales se rebela contra su madre.*

L: *¿No es eso extraño?! Pero yo me siento culpable por ser todavía virgen.*

T2: (A Louise) *¿Cuántas veces tu madre te pregunta por tu vida sexual?*

L: *Me lo preguntó al inicio de nuestro matrimonio y le respondí que no me lo preguntara más. "El día que lo haga lo sabrás. Habrá un desfile".*

T2: *Entonces saben que no has tenido relaciones sexuales puesto que tú no se lo has dicho.*

L: *Exacto, exacto.*

T2: *¿Están todos interesados en este asunto?*

L: *Sí, excepto mi padre.*

T2: *A él lo dejan un poco de lado, ¿no es cierto? Todas las mujeres lo saben.*

L: *¿Piensas que esto mantiene a las mujeres unidas?*

T1: *De hecho, es una casa de mujeres.*

L: *Incluso nuestro gato y nuestro perro son hembras. Mi padre es como una pequeña persona reprimida.*

Una vez descubierta la primera coalición, la primera terapeuta sugiere espontáneamente una tarea para contrastarla.

T1: *Pienso que sería bonito que, en el intervalo hasta la próxima entrevista, salieras con tu padre alguna vez, a comer fuera o a tomar un café, vosotros dos solos.*

L: *Parece bonito pero es difícil.*

T2: *¡Muy difícil!*

L: *No de mi parte, sino de la suya.*

T1: *Vale, pienso que podrías decirle a tu madre: “Mamá, estoy un poco preocupada por papá últimamente, por esto pienso en sacarlo a pasear”. También sería interesante si tú te fijaras en las reacciones de cada uno. No decir nada, pero anotarlas, hablaremos de ello en nuestro próximo encuentro.*

L: *Vale.*

T2: *Pienso que este gesto hacia su padre es un cambio demasiado grande que podría asustar a Louise. Podría llegar a sentirse vil y culpable.*

T1: *Bueno, ya veremos.*

Nos reunimos con Louise un mes más tarde. Había hecho algunos cambios importantes. Estaba leyendo el libro sobre sexualidad; había organizado una salida con su padre; también había empezado a expresar en mayor medida sus sentimientos negativos hacia su madre y su hermana gemela. Se discutió el aspecto relativo a su ambivalencia, subyugado por la segunda terapeuta:

T1: *Es un cambio para ti empezar a hablar con las mujeres de tu familia...*

L: *Sí, es terrible, pero lo hago porque ya no puedo más.*

T2: *Te sientes un poco como habíamos previsto (la segunda terapeuta), ¿no?, como si te hubieras distanciado un poco...*

L: *Bueno, no lo sé. Pienso que ha sido un poco menos terrible de lo que usted había previsto. No me parece terrible. Me siento un poco deprimida después. Me digo a mí misma: “¿Qué he hecho?”, pero, ¡qué caray! Estoy contenta de haberlo hecho. Cuando le dije a mi madre que quería invitar a mi padre a salir, ella me contestó: “¿Papá solo? ¿Yyo?”. Se sentía un poco herida. Fue extraña mi manera de reaccionar: “Sí, sólo papá”. Fui muy descarada como para estar hablando con alguien que me estaba pisando. (Riendo) Fue realmente divertido, que en realidad había pisado a mi madre, en vez de pisarme ella a mí.*

Antes de invitar la primera terapeuta a unirse a ellas, la otra terapeuta preguntó como iban las cosas con Tom:

L: *Bien, antes de que yo tuviera la regla, intentamos hacerlo.*

T1: *Ah sí, ¿de verdad?*

L: *Creo que hemos avanzado un poco. Simplemente, deseaba probarlo.*

T1: *Interesante como van las cosas, ¿no?*

L: *¡Sorprendente!*

Cuando la obsesión de Louise se aplacó y su miedo a tener relaciones sexuales cesó, el matrimonio cayó en una grave crisis. A Louise le volvió a nacer el deseo sexual, pero hacia otro hombre. La tarea restante de la terapia era el de afrontar la crisis en su relación con su marido y con su madre. Una vez experimentados y articulados de manera directa los niveles conflictivos de la obsesión, todo el sistema relacional se había desequilibrado. Hasta que la fobia/obsesión no se resolviera, Tom podía ser considerado el marido paciente y atento; Louise, la mujer buena pero sintomática. Únicamente el “miedo” de Louise obstaculizaba un matrimonio satisfactorio. Cuando, por el contrario, la obsesión ya no estaba determinada por su relación, la rabia de Louise hacia él y las diferencias entre ambos salían a la luz. Ya no era Louise la que tenía un problema; ahora eran Tom y Louise quienes tenían un problema de pareja.

Resolución de una obsesión en relación con el conflicto manifiesto

En el caso que acabamos de describir, aunque era difícil recoger información sobre la pareja, las informaciones relacionales sobre la familia de origen eran accesibles. Pero también existen situaciones matrimoniales en las que un profundo conflicto circunda la obsesión y el cónyuge no sintomático está convencido de que la obsesión y los comportamientos correspondientes son intencionales. A veces, la combinación de la rabia de un cónyuge con la obsesión del otro crea un contexto en el cual es difícil recoger informaciones sobre el pasado. El ejemplo del próximo caso describirá una estrategia de tratamiento que ha hecho frente con éxito a estos problemas técnicos.

ILUSTRACIÓN DEL CASO

Peggy Papp y la autora tenían en tratamiento a una pareja donde la mujer, Mary, había sido obsesiva y había caído, a continuación, en una depresión psicótica. Recientemente había tenido un intento de suicidio y había sido sometida a una terapia de electroshock durante la hospitalización. Había seguido una cura farmacológica; pero apenas empezó a disminuir la depresión, se volvió de nuevo obsesiva. Pensaba continuamente en que había echado a perder su carrera, herido psicológicamente a su hija, en que no había evitado la muerte de su padre, que había elegido el psicoterapeuta equivocado, etc. Sus pensamientos obsesivos eran fuertes y bloqueaban cualquier intercambio terapéutico. La terapia actual era, para la pareja, el segundo intento de terapia familiar. Su marido, Fred, estaba desanimado y enfadado por el fracaso del primer intento.

Mary había tenido éxito en la bolsa antes de su “agotamiento”. Fred, cuya carrera no marchaba bien, dependía de sus ganancias y estaba preocupado por si su

hospitalización interferiría con su trabajo. Aunque al principio intentaba comprenderla, empezó a considerar su obsesión como provocativa.

Las terapeutas estaban preocupadas por el alto riesgo de suicidio de la paciente. Además notaban que el marido obstaculizaba seriamente las labores terapéuticas referentes al esquema relacional actual de la pareja. La combinación de la obsesión de la mujer con la hostilidad del marido había creado un bloqueo terapéutico.

Mary y Fred se habían conocido en el instituto. Habían sido novios durante algunos años antes de casarse. Mary confesó que se había casado con Fred únicamente porque temía que si no lo hacía entonces no se casaría nunca. Sus relaciones sexuales eran infrecuentes e insatisfactorias. Aquello que la pareja acabó por compartir fue el sueño de Fred de ganar mucho dinero y frecuentar la gente rica. Pero los intentos de Fred para ganar dinero fueron estériles. Al final se convirtió en un coleccionista de libros raros, lo cual le dio algo de prestigio pero poco dinero. Fue Mary quien, después de diez años de matrimonio, emprendió la carrera de inversiones financieras. Su reciente éxito era algo de lo que Fred se aprovechaba y de lo que dependía para la realización de su sueño. El agotamiento de Mary tuvo lugar exactamente en el momento de su mayor negocio financiero.

Con el fin de entender la lógica de este episodio, las terapeutas se plantearon las siguientes preguntas sobre el contexto actual: ¿Por qué Mary había caído tan rápidamente, precisamente cuando había alcanzado la cima del éxito? ¿Estaba realmente admitido que ella superara a su marido? ¿Qué significaba tener un matrimonio basado en la búsqueda del enriquecimiento y finalmente alcanzar la meta? ¿Por qué, para Fred, una parte tan grande la definición de la relación había pasado a depender de Mary? Las terapeutas consideraron las siguientes preguntas del contexto anterior de Mary: ¿qué coalición anterior estaba simbólicamente amenazada por el éxito de Mary? y ¿cuál era la “premisa marcada” de esta coalición?

Dado que la respuesta de Mary era casi nula y su obsesión tan fuerte, se hacía difícil obtener información. Las respuestas eran monosilábicas. Descubrimos que ella había sido la confidente de su madre, a su vez infeliz en su relación con el padre de Mary. Había compartido su infelicidad y sus sueños con su hija. Aunque estaban muy unidas, cuando preguntamos a Mary si había compartido sus propios sueños con su madre, nos dijo que jamás lo había hecho. La relación de Mary con su madre se caracterizaba por la satisfacción de las necesidades de ésta última.

Las terapeutas formularon la hipótesis de que la relación entre Mary y Fred era una extensión metafórica de la coalición entre Mary y su madre. Habiendo sido la confidente de su madre, ahora era una mujer llena de atenciones, que se había dedicado al objetivo de la vida de su marido. Cuando se dio cuenta de que Fred no lo lograba, decidió hacerlo ella para los dos. (Cualquier signo de depresión en él la estimulaba a esforzarse todavía más). Los aspectos insatisfactorios de su relación se dejaban a un lado. La vida de la pareja estaba dedicada al sueño de Fred. Mary, al principio, no había tenido mucha confianza; era el hecho de hacerlo “por él” lo

que la había motivado. Fred se sintió sano y salvo por el éxito financiero de Mary. La “premisa marcada” -”mi trabajo es trabajar para los demás”- no se vio amenazada hasta que la carrera de Mary despegó, introduciéndola en un mundo nuevo, aportándole la experiencia de su propia competencia y las alabanzas de las personas que ella admiraba en el trabajo. Este nuevo ùnto de partida estimuló ideas de independencia que, sin embargo, resultaban inaceptables.

La obsesión contenía la oscilación entre el seguir siendo la mujer responsable que cuida a su marido (la extensión de la premisa de la “buena hija”) y las emociones de una mujer independiente que ya no quiere hacerlo más. Para Mary, este conflicto subterráneo (oculto por la obsesión) se intensificó tanto que la oscilación llegó hasta tal punto que solamente podían distinguirse pensamientos ritualizados de autorecriminación por las responsabilidades desatendidas.

Con el fin de ampliar la oscilación, la conversación de las terapeutas consideró tanto la rabia de Fred contra Mary, que ya no se ocupaba de él, como el conflicto de Mary por el hecho de ya no querer cuidar de Fred. Con este propósito las terapeutas habían elaborado una secuencia repetitiva en la que Mary decía que iba a visitar un cliente y que no sólo no había ido sino que se había reprochado repetidamente el hecho de no haber ido. Su marido le habría dado consejos, habría estudiado sus documentos y habría empezado a seguir el mercado. Mary le habría permitido que le aconsejara, pero al final siempre habría ignorado sus consejos.

La “conversación” de las terapeutas

Una de las terapeutas supuso que Mary se había atendido a una premisa social normativa que considera equivocado sobrepasar profesionalmente al propio marido. La terapeuta supuso además que el éxito de Mary había dado lugar, para ella, a la posibilidad de dejar a su marido y que este pensamiento había generado luego un intenso e inaceptable conflicto de lealtad. Las terapeutas han creado un dialogo entre sí, en el cual una atacaba la premisa mientras que la otra la defendía. En este caso, la conversación de las terapeutas no se limitó a una entrevista clave sino que se desarrolló durante varios meses. Lo que sigue es una especie de resumen esquemático del nivel de la terapia que se ocupaba del conflicto materializado en los pensamientos obsesivos de Mary.

T1: Al principio, pensé que era extraño que Mary, precisamente en la cima del éxito, se hubiera vuelto tan emocionalmente frágil. Sin embargo, creo que ahora entiendo el sentido. Lo que ahora está claro es que hasta que ella antepuso los intereses de Fred a los suyos estaba bien. Tan habituada como estaba a poner a los demás antes que a sí misma, como hacía con su madre. Creo que cuando Mary tuvo tanto éxito y fue apreciada en su trabajo, pudo experimentar deseos de independencia, los cuales generaron un gran conflicto entre continuar privilegiando los intereses de Fred o bien los propios.

T2: *¿Por qué se trata de un conflicto? ¿Por qué no hay lugar para los dos?*

T1: *Porque su experiencia es que no deben anteponerse las propias necesidades o deseos.*

T2: *Bien, tal vez exista una parte de ella que desee anteponerse a sí misma. Al fin y al cabo, todos estamos en el derecho de tener en cuenta nuestros propios deseos y necesidades.*

T1: *Sí, pero ella, como muchas mujeres, puede tener especial dificultad para anteponerse a sí misma y para superar a su marido.*

T2: *No lo sé. Me lo explicaría más fácilmente si Fred tuviera una dificultad parecida; pero él se ha alegrado de que ella ganara más dinero.*

T1: *Esto no niega el hecho de que ella tiene dificultades en superarlo. Tal vez desearía que él tuviera más éxito. ¿Piensas que se sentiría libre de decirle esto?*

T2: *No. Entiendo qué quieres decir. Pero pienso que quizá querría decirle que se esforzara más.*

T1: *Por otro lado, si es ella quien se lo dice, antepone sus necesidades.*

T2: *Bien, quizá es justo que lo haga, aunque Fred se sienta turbado y aunque sea la primera vez.*

T1: *¿Piensas que Mary tenía miedo de ser rechazada por su madre si hubiera privilegiado sus propios intereses?*

La obsesión de Mary disminuyó y finalmente desapareció. Lentamente, empezó a expresar con palabras su rabia ante el marido. Una vez acabada la obsesión, Fred comenzó a hacer frente, con cierta sorpresa, a su grado de vulnerabilidad y se dispuso a considerar su papel en algunas situaciones matrimoniales, que nunca antes se habían discutido.

CONSTRUCCIÓN DE UNA OBSESIÓN TERAPÉUTICA

Otra estrategia para interrumpir la sintomatología obsesiva es la construcción de una obsesión de se “añade” a la obsesión del paciente. El siguiente caso, en el cual la autora era la única terapeuta, demostró el uso de una obsesión terapéutica en el tratamiento de los celos obsesivos.

Ilustración del caso

Sandy, una joven mujer de unos 20 años, se obsesionó por la sospecha de que su novio flirteaba con otras mujeres. Pensaba luego que él no la quería realmente. Cuando él intentó tranquilizarla, Sandy se sintió temporalmente aliviada, pero su obsesión por la traición había llegado a ser tan destructiva que puso en crisis su trabajo y su salud. Afirmaba que no era capaz de controlar estos pensamientos y sentía que le estaban destruyendo su relación de pareja. El examen del contexto actual, incluido un encuentro con el novio de Sandy, Joe, reveló que había tenido lugar un cambio importante. Antes del inicio de su obsesión, la pareja había

empezado a hablar de matrimonio. Aunque parecía que Joe había tenido algún ligue, contribuyendo así a la condición obsesiva de Sandy, el grado de su malestar sugería que una importante pista a seguir podía ser la relación que existía entre el hecho de la planificación del matrimonio y la amenaza a las coaliciones en su familia de origen.

Sandy dijo que su madre estaba entusiasmada con su proyecto de matrimonio, mientras que ella misma estaba preocupada por el hecho de poder cometer un error. La articulación de esta idea empujó a la terapeuta a indagar el significado de “cometer un error”. ¿Pensaba que su madre había cometido un error? ¿Pensaba que su padre había cometido un error? ¿Acaso su hermana? Su respuesta ayudó a identificar una coalición trans-generacional y una “premisa marcada”. Sandy tenía la sensación de que su madre habría afirmado que se sentía absolutamente feliz con su matrimonio y que ella y su marido se querían muchísimo. Cualquier intento por parte de Sandy de poner en duda la convicción de su madre, sosteniendo que muchos de los trastornos psicossomáticos de su madre podrían ser su manera de expresar cierta insatisfacción en la relación de pareja, sólo daba con crecientes reivindicaciones de felicidad matrimonial. Sandy decía que aquello que le molestaba tanto era que su padre no parecía compartir este punto de vista. Él no habría dicho que era feliz. Cuando se le pidió que explicara cómo lo sabía ella, Sandy describió las “miradas” que su padre le dirigía cuando su madre decía o hacía algo. Lo que molestaba tanto a Sandy era el hecho de que a su madre “le tomaban el pelo”. Además, otro dato interesante, era que el padre de su novio acababa de dejar a su esposa por una mujer con la que iniciaría una relación.

La “premisa marcada” que parecía definir la coalición entre Sandy y su padre puede expresarse como sigue: “ser distinta de mi madre me asegura ser secretamente preferida por mi padre”. Esta idea pasó a ejercer una influencia determinante en la vida de Sandy. Aunque su madre pensaba que la carrera no era importante para una mujer, Sandy orientó la mayor parte de sus energías en esta dirección. La premisa influyó en la vida de Sandy de maneras no muy problemáticas, hasta que se planteó la eventualidad del matrimonio. Si se casaba se encontraría en la misma posición vulnerable de su madre, y esto amenazaría la coalición con su padre. Casarse significa distanciarse de papá y hacerse más parecida a mamá. Estar próxima a papá está ligado con el hecho de ser diferente de mamá. Aproximarse a mamá no es aceptable; permanecer secretamente apegada a papá ya no es aceptable. Ninguna posición es tolerable desde el momento en que Sandy encara la idea del matrimonio. La obsesión sospecha/celos puede leerse como una expresión de este conflicto subterráneo. Una vez identificada la premisa ligada al problema actual, la terapeuta utilizó esta premisa para crear una contra-obsesión. Se le pidió a Sandy que, cada vez que empezara a “pensar en” dónde estaba su novio y con quién podía estar, dijera la siguiente frase: *“Soy una hija atenta, más atenta que mi madre. Estoy dispuesta a negar mi trabajo y mi carrera con tal de desempeñar esta importante tarea. Lo*

hago para mí misma, para mi madre y, en cierto sentido, para todas las mujeres que pueden haber tenido ideas equivocadas sobre su matrimonio". Además se hizo la propuesta de que Joe provocara a Sandy, para que así la terapeuta pudiera valorar la situación. Se le pidió a Sandy que continuara siguiendo todos los pasos de Joe y que llevara un resumen detallado. Se les sugirió que emplearan veinte minutos al día para discutir su relación. Éste era el único momento en que debían discutir sobre esto. Joe no debía tranquilizarla, precisamente para empujarla a "sacarlo todo". (Esta parte del programa era un intento de contener la obsesión sin abandonar la posibilidad de la contribución de Joe en los síntomas de Sandy). El programa y la contra-obsesión se proponían en tándem: el uno para afrontar la escalada entre la pareja y la otra para afrontar la coalición transgeneracional.

En seguida se produjeron cambios. El programa ayudó a contener la obsesión. La contra-obsesión, repetida de la misma manera ritualizada, era un modo para subrayar la premisa ligada a la obsesión. Además ésta aclaraba la coalición que se hallaba amenazada en este nuevo momento evolutivo. La contra-obsesión era específica e idiosincrásica para Sandy. Se adaptaba a su experiencia interior e irrumpía con éxito en el estado obsesivo de modo que hacía posible un proceso de exploración.

Sandy empezó a hablar de su preocupación por volverse como su madre una vez casada, y particularmente si esto implicaba interrumpir su trabajo. Cuando la obsesión desapareció, la terapia centró su interés en la exploración de cómo Sandy veía la relación entre sus padres y su relación con ellos. Redescribirla la ayudó a comprender la reciprocidad y complementariedad de la relación entre sus padres, y empezó a comprender el grado de dependencia de su padre respecto a su madre, así como el de su madre respecto a él. El entrenamiento la ayudó a comportarse de maneras que la liberaban de la coalición con su padre. También empezó a identificar aquellos aspectos de su novio que no le gustaban, permitiendo que la pareja discutiera más abiertamente sus diferencias.

CONCLUSIÓN

Este artículo se centra en la interpretación clínica de una estrategia de tratamiento basada en el concepto de "premisa marcada" en las coaliciones transgeneracionales, relativas a la familia de origen. Al describir las coaliciones transgeneracionales en términos de las premisas mentales sobre las que se basan - premisas que atañen a la exclusividad- vuelvo a definir lo que Sluzki (1983) llamó una noción orientada estructuralmente, en términos de un modelo "de concepción del mundo". Este modelo, con su énfasis en el significado, sostiene que son las ideas específicas, idiosincrásicas, de cada paciente las que constituyen el problema y las que contienen el potencial para su resolución. Un enfoque similar sitúa al terapeuta como un participante curioso, como aquel que reconoce que las propias observaciones también son las propias construcciones.

La tarea de expulsar la obsesión de la mente y colocarla en la sala de terapia es un acto de colaboración. El paciente y el terapeuta describen una y otra vez, conjuntamente, el significado y la experiencia. El objetivo aquí no es realizar un cambio particular, a parte de la eliminación del síntoma, sino más bien introducir flexibilidad en el modo de considerar las circunstancias de la vida del paciente. Como los terapeutas familiares siempre han sabido, cuando se pueden producir alternativas, pueden encontrarse nuevas soluciones.

En este artículo, las obsesiones y las reacciones fóbicas se examinan en relación con el mantenimiento y el desarrollo de una coalición transgeneracional, que se basa tanto en una premisa que implica la exclusividad, como en los presupuestos personales específicos que caracterizan cada caso individual ("premisas marcadas"). Se sugiere que la obsesión nace cuando una crisis de desarrollo o situacional entra en conflicto con la concepción de una relación exclusiva (la coalición). Se discuten e ilustran dos tipos de enfoque terapéutico para intervenir sobre las obsesiones: la "conversación" y la "contra-obsesión". Ambos definen la obsesión como una oscilación entre la permanencia dentro de la coalición y la salida de ella, y se basan en el desafío a los presupuestos personales que definen la coalición.

Palabras clave: obsesiones, terapia familiar, coalición transgeneracional, premisas marcadas.

Traducción de Laia Villegas Torras

Nota Editorial:

Este artículo fue publicado en *Psicobiattivo*, 2, 1994, pp. 53-68, con el título "Osessioni/contro ossessioni: una costruzione/ricostruzione di significato". Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas:

- ENGLISH, O. S. & FINCH, S. M. (1964). *Introduction to psychiatry*, New York: W. W. Norton.
- FENICHEL, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*, New York: W. W. Norton.
- GRINPOON, L. (ed.) (1985). "Obsessive-compulsive disorder", *The Harvard Medical School Mental Health Letter*, 2, 1-4.
- HALEY, J. (1977). "Toward a theory of pathological systems", en Watzlawick, P. & Weakland, J. (ed.) (1977). *The interactional view*, New York: W. W. Norton.
- HINIE, L. E. & SHATZKY, J. (1940). *Psychiatric Dictionary*, London: Oxford University Press.
- HOFFMAN, L. (1981). *Foundations of family therapy: a conceptual framework for systems change*, New York: Basic Books.
- PAPP, P. (1983). *The process of change*, New York: Guilford Press.
- PENN, P. (1985). "Feed-forward: Future questions, future maps", *Family Process*, 24, 299-310.
- SALZMAN, L. (1973). *The obsessive personality: Origins, dynamics and therapy* (ed revisada). New York: Jason Aronson.