

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CHERTA.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CAROGABALDA, LORETTA CORNEJO PAROLINI, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

Coordinador: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen VI - Nº 21 - 1er. trimestre 1995

Esta revista tuvo una época 1^a, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Fotocomposición, Fotomecánica: Gabinete Velasco Tel.: 434 0550 BARCELONA

Impresión: GRAFICAS L'ALZINA,
Llull 109, 08005 Barcelona. Tel.: (93) 485 26 78

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 1.500 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS AGORAFOBICOS DESDE UNA OPTICA CONSTRUCTIVISTA.....	5
Lorenzo Cionini y Daniela Mattei	
PSICOPATOLOGIAS DE LA LIBERTAD (I): LA AGORAFOBIA O LA RESTRICCIÓN DEL ESPACIO ..	17
Manuel Villegas	
ENFOQUE FAMILIAR EN LAS MANIFESTACIONES FOBICAS Y OBSESIVAS A TRAVES DEL MODELO DE EQUILIBRACION DE PIAGET	41
Olivier Real del Sarte y Marco Vanotti	
ALGUNOS ASPECTOS RELACIONALES EN LA AGORAFOBIA	57
Alberto Espina y Begoña Pumar	
CURARSE A TRAVES DE LA RABIA	71
Giuliana Prata y Cinzia Raffin	
REVISION DE ALGUNAS CREENCIAS EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA AGORAFOBIA	83
Arturo Bados	

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. (93) 321 7532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS S. L.)
Revista de Psicoterapia
c/. Francesc Tàrraga, 32-34
08027 - Barcelona
Tel. (93) 408 0464 Fax: (93) 352 4337

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:
 Contrareembolso
 VISA
 MasterCard



Tarjeta N°:

Fecha caducidad: ____ / ____ / ____

Precio de la suscripción anual para 1995
para España 4.500 pts.
para el extranjero 50 \$ USA

Firma:

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: Oficina: DC: Cuenta:

Banco/Caja Agencia n°:

Dirección

Ciudad D.P.

Fecha y Firma:



EDITORIAL

A lo largo de los veinte números que hemos ido publicando en nuestra REVISTA DE PSICOTERAPIA desde 1990 hemos ido otorgando un papel destacado a las monografías sobre diversos síndromes psicopatológicos. Hasta ahora han sido dos los temas monográficos tratados, depresión y esquizofrenia. El número que ahora presentamos está dedicado en su totalidad a las agorafobias desde una perspectiva donde se integran, mayormente, la visión cognitivo-constructivista y la sistémica.

Abrimos la monografía con un artículo escrito en colaboración por Lorenzo Cionini y Daniela Maria Mattei que tiene el mérito de ofrecer una concepción de la agorafobia como una situación de descompensación del sistema de construcción y de reacción, que implica pensamiento y emoción, a la vez que propone directrices prácticas para trabajar terapéuticamente en este ámbito específico.

El artículo de Manuel Villegas parte de la concepción de la agorafobia como una limitación de la libertad, pero no entendida únicamente en su aspecto de movilidad física, característica de la dimensión sintomática del trastorno, sino como capacidad de decisión y de compromiso. Las situaciones en las que la persona se halla ante un conflicto relacional implican con frecuencia serias limitaciones a la libertad personal, que se materializan a través de la sintomatología agorafóbica. La naturaleza última de estos conflictos relacionales requiere, en parte, la superación de verdaderos dilemas de carácter moral, tal como se muestra en los casos que ilustran el artículo.

La propuesta de Olivier Real del Sarte y Marco Vanotti es particularmente interesante por incorporar conceptos provenientes de la teoría de Piaget a la intervención de tipo terapéutico en las agorafobias. Ésta se concibe como una forma de facilitar la recuperación de los circuitos de intercambio personal, cuando se hallan interrumpidos o bloqueados. Los síntomas fóbicos se consideran desde esta perspectiva como la expresión del desarrollo y mantenimiento de coaliciones transgeneracionales, que se manifiestan particularmente en situaciones de crisis de las mismas.

Alberto Espina propone una relectura de la sintomatología agorafóbica. Partiendo de una concepción psicodinámica de la problemática señala el pasaje hasta la visión sistémica de tales trastornos. La experiencia personal narrada por el propio autor, sirve de hilo conductor para entender esta evolución en la forma de entender y enfocar la intervención terapéutica en la agorafobia, ilustrada a través de dos casos.

Las doctoras Giuliana Prata y Cinzia Raffin desarrollan a través del análisis de un caso una perspectiva sistémica del juego fóbico que pone el acento sobre

los mecanismos relacionales que se forman y alimentan a través de él, defendiendo la hipótesis que el comportamiento fóbico responde a una necesidad por parte del paciente de controlar las relaciones en que se halla inmerso y que terminan por incidir sobre la propia relación terapéutica.

Cierra la monografía un artículo de Arturo Bados en el que se pasa revista a una serie de *creencias* que afectan a distintos aspectos de la intervención cognitivo-conductual en las agorafobias. Constituye, sin duda, una aportación interesante a nivel microanalítico, que permite la reflexión y la consideración de alternativas de actuación sobre problemas específicos del tratamiento.

Nota Editorial

En el último número, el 20, por un error tipográfico apareció la portada interior con el texto correspondiente al número doble 18/19. Este error, debido a un cambio de fotolito en el momento de la composición, no afecta para nada a nuestros suscriptores, pero podría dar origen a alguna confusión. Por fortuna, tanto la portada externa, como los pies de página de los respectivos artículos apareció con la numeración correcta.

El departamento de Gestión y Administración de nuestra Revista, SERVEIS PEDAGOGICS, que está llevando de forma tan eficiente su cometido, ha cambiado por motivos de crecimiento y espacio a una nueva sede, desde finales de mayo. Rogamos a nuestros lectores tomen nota de la nueva dirección y teléfono de nuestro departamento de gestión (suscripciones, números retrasados, reclamaciones, etc.).

REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.)
C./Francesc Tàrraga, 32-34
08027 - Barcelona
Tel. (93) 408.04.64
FAX (93) 352.43.37

EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS AGORAFÓBICOS DESDE UNA OPTICA CONSTRUCTIVISTA

Lorenzo Cionini

Dipartimento di Psicologia dell'Università di Firenze

Daniela Maria Mattei

Centro Studi in Psichiatria e Psicoterapia Firenze

This paper presents a way of working with agoraphobic patients within the constructivistic framework. First of all, some relevant schemata and processes for the maintenance of the equilibrium in these patients' cognitive system are analyzed. Two different typologies of agoraphobics are then described and, for each of them, a psychotherapeutic strategy and some specific techniques are discussed.

Las características de la organización agorafóbica han sido ampliamente descritas en la reciente literatura cognitivista. Guidano y Liotti (1983) han formulado un modelo explicativo del síndrome agorafóbico, posteriormente retomado y ampliado por otros autores (Reda, 1986; Lorenzini y Sassaroli, 1988; Liotti, 1990). En el presente artículo no nos detendremos por tanto en los aspectos generales -cognitivos, emotivos y de la historia del desarrollo- de esta organización sino que, asumiendo como premisa el modelo de Guidano y Liotti, trataremos de manera más específica dos problemas relacionados con la conducción de la intervención psicoterapéutica: las características de los procesos que pueden permitir a un sistema organizado fóbicamente mantener un estado de “compensación” -y viceversa, aquellos que pueden conducirlo a uno de “descompensación”- y los criterios estratégicos sobre los cuales puede basarse un proyecto de cambio terapéutico.

PROCESOS DE COMPENSACION Y DESCOMPENSACION

El sistema cognitivo de los individuos organizados en sentido fóbico se caracteriza por la existencia de algunos esquemas específicos directamente contrapuestos entre si (“yo persona débil que tiene necesidad de protección” vs.”yo

persona que tiene necesidad de independencia y libertad”) que determinan una tasa notable de incoherencia interna y, por tanto, de desequilibrio del sistema mismo.

Los estudios de Bowlby (1973) muestran cómo los pacientes agorafóbicos han tenido, preponderantemente, experiencias de apego ansioso, que pueden ser descritas en términos de un temor a la no accesibilidad y/o disponibilidad de las figuras de referencia, que sólo permiten afrontar con dificultad situaciones -reales o temidas- de separación. Las observaciones realizadas por Ainsworth en la “situación de extrañamiento” (1985) sobre las relaciones entre comportamientos del niño y actitudes maternas han llevado a la distinción de dos tipos de apego ansioso; en concreto, las madres de niños con apego “ansioso-resistente” expresan incoherencia en sus manifestaciones de disponibilidad dirigidas a sus hijos y se presentan como intrusivas, hipercontroladoras y tendentes a limitar las experiencias autónomas de exploración del ambiente de éstos.

La hipótesis organizativa plantea que tales comportamientos maternos pueden fácilmente llevar al niño a la construcción de esquemas relativos al Si-mismo caracterizados, por la incoherencia antes citada: por una parte, como persona débil y por tanto necesitada de ayuda y protección y, por otra, sobretodo a través del bloqueo de la exploración, como una persona inhibida y constreñida respecto a las propias necesidades de libertad y autonomía.

A partir de la oposición de estos esquemas, el problema central del mantenimiento de la coherencia de la identidad personal se puede expresar de la siguiente manera: “¿cómo es posible lograr ser protegido sin ser constreñido?”. La resolución del dilema pasa a través de la construcción gradual de esquemas centrados sobre el control que, articulándose cada vez más, pueden llegar a dar cierto equilibrio. Mediante la adopción masiva de esquemas de control respecto a sí mismo, a los otros (en particular, las figuras de apego) y a las situaciones externas el individuo puede llegar a alcanzar una situación de compensación, equilibrando su necesidad de protección con su necesidad de libertad; es decir, obtener la protección de los otros y también la sensación de autonomía propia que se deriva del hecho de ser él quien gestiona las situaciones.

El control suple, por tanto, múltiples objetivos: puede dar la sensación de conseguir evitar la imprevisibilidad de situaciones nuevas que podrían ser peligrosas, conjurar eventuales pérdidas afectivas (controlar al compañero es una garantía de continuidad de la relación), puede ser un ser una forma de dosificar la protección (“si te controlo me puedes proteger sin constreñirme”), puede servir para defenderse del miedo a una imaginaria debilidad personal (“si me controlo evito dejarme implicar por las emociones, sobretodo por aquellas que harían evidente mi poca fuerza”).

Como cualquier mecanismo de compensación, la adopción masiva de esquemas de control determina, sin embargo, una situación paradójica; en efecto, si por una parte resuelve la incoherencia de fondo del sistema, por la otra le impone

vínculos cada vez más estrechos que lo conducen a una auto-limitación forzada de la propia independencia (Cionini, 1991a). El control sobre las figuras de apego inhibe la posibilidad de un desarrollo real de la autonomía así como de la capacidad de separarse de ellas; el sentido de dominio que los mecanismos de control sobre los otros parecen ofrecer es ficticio en la medida en que el grado de dependencia de la protección y de la confirmación ajena continua siendo elevado. Análogamente también la exploración interna, así como la capacidad de lectura de las propias reacciones personales, se ve fuertemente limitada por el control impuesto sobre los propios estados emotivos. Las estrategias de compensación comportan por tanto costes elevados para el individuo ya que, paradójicamente “cuanto más controlo a los otros, más me siento dependiente de ellos”, “cuanto más me controlo a mi mismo, menos reconozco -y por tanto más temo- mis emociones.

En otras palabras, en el intento de evitar las constricciones ambientales e interpersonales, el agorafóbico termina por auto-constreñirse totalmente tanto en lo relativo a sus comportamientos como respecto a sus sensaciones. Se instauro un perverso juego paradójico: para ser libre es necesario controlar y controlarse, pero controlar y controlarse implica reducir la propia libertad.

Desde estas premisas, la descompensación del sistema -con la aparición de la sintomatología- puede darse cuando el sujeto construye algunas situaciones de su vida como excesivamente desequilibradas o en el sentido de una pérdida de protección por parte de las figuras a la cuales atribuye funciones de “base segura” o en términos de limitación excesiva de la propia libertad personal. Situaciones típicas de descompensación son, en efecto, acontecimientos como la decisión de formalizar a través del matrimonio una relación afectiva (que implica la separación de las figuras originarias de apego y la decisión de una situación -el matrimonio- que puede ser vivida como constrictiva), el nacimiento de un hijo, el reconocimiento o el simple temor de una crisis conyugal, cualquier situación de separación, etc. En estos contextos, las habituales estrategias de compensación pueden resultar inadecuadas y la sintomatología que emerge puede servir para intentar restablecer un relativo equilibrio aunque a costa de un elevado sufrimiento emocional.

Para poner un ejemplo, consideremos un paciente de sexo masculino, casado desde hace algunos años que relata la aparición repentina de “ataques de pánico” que le impiden salir de casa, ir o volver del trabajo, si no es acompañado de su mujer. La aparición de síntomas resulta inexplicable para el paciente desde el momento que en aquel período no ha sucedido, a su parecer, nada negativo. En el trabajo en los últimos tiempos, había hecho amistad con una colega con quien pasaba la hora de la comida; en algunos momentos había pensado en ella como una posible alternativa afectiva. El desarrollo de la terapia confirmaría posteriormente que la génesis de la sintomatología podía relacionarse con este suceso; las emociones vividas dentro de esta interacción ponían en entredicho la estabilidad de la propia relación conyugal. Hecho que, previéndose nuevas experiencias y emociones incontrolables, podía

alterar el equilibrio definido con anterioridad. La aparición de la sintomatología inhibía, al mismo tiempo, la posibilidad de alejarse de su pareja y de aproximarse a la colega y de reconocer las emociones que ésta le suscitaba, lo cual permitía restablecer un control sobre toda la situación y, a la vez, confería de nuevo un equilibrio interno.

Este ejemplo, aunque es uno de los muchos posibles, representa de modo paradigmático la función que los síntomas pueden desempeñar en la recuperación de un equilibrio sistémico. Obviamente, de este modo, los mecanismos de control determinan, además de un elevado sufrimiento emocional, también un empeoramiento de la paradoja inicial, en la medida en que acaban confirmando posteriormente la percepción de debilidad, dependencia y necesidad de protección, activando nuevas sensaciones de ansiedad, comportamientos de evitación y demandas de proximidad de la pareja.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y ESTRATEGIA TERAPEUTICA

Según nuestra experiencia, son dos las tipologías de pacientes agorafóbicos que solicitan una ayuda psicoterapéutica. La primera (que usa mayormente el esquema de la debilidad en la construcción de las propias experiencias) viene representada por aquellos pacientes que presentan de manera evidente la típica sintomatología de los “ataques de pánico”, que se quejan de una constante dificultad de alejarse de casa sin ser acompañados por personas de confianza, que no consiguen ir a los lugares típicamente más temidos (grandes almacenes, restaurantes, cines, medios públicos de transporte, etc.) y que, en casos más graves, no son capaces de quedarse solos ni siquiera en su propia habitación.

La segunda tipología (que adopta preferentemente el esquema de la constricción) puede presentar esta misma sintomatología de manera más vaga y fluctuante; la capacidad/incapacidad de movimiento puede variar significativamente de un día a otro “simplemente” en relación al estado de ánimo momentáneo; el temor a alejarse, que puede estar siempre presente, se mantiene bajo control -aunque a costa de miedos y ansiedades elevadas- a través de un mecanismo de autoimposición. Mientras la primera tipología se encuentra con mayor facilidad entre mujeres, a menudo, en el segundo grupo, encontramos pacientes de sexo masculino que desempeñan (paradójicamente, en apariencia) actividades profesionales caracterizadas por una extrema “libertad”: viajantes de comercio, inspectores de ventas, managers empresariales, vendedores ambulantes, etc. Evidentemente se trata de sujetos con una organización personal agorafóbica que han estructurado una capacidad de utilizar sus mecanismos de compensación activando, de modo particularmente eficiente, un férreo autocontrol sobre sus propias reacciones internas; control que entra en crisis sólo en algunos momentos determinando la aparición de la ansiedad y del temor a la crisis de pánico. Su capacidad de moverse, de viajar, conducir el coche, etc. puede inesperadamente venir a menos en

momentos aparentemente inexplicables. Por ejemplo, de repente, durante una reunión de administración, en la autopista yendo a visitar un cliente, en el aeropuerto esperando la salida, advierten típicas alteraciones fisiológicas (arritmia, taquicardia, sudoración fría, sensación de falta de aire, etc.) que los ponen en alarma activando el circuito del miedo del miedo; situaciones que se atemperan momentáneamente con la toma de psicofármacos -que además de su efecto específico tienen un efecto tranquilizante inmediato, funcionando como placebo- o bien realizando conductas evitativas como por ejemplo ir a visitar al cliente más próximo con cualquier excusa simplemente para encontrarse al lado de personas más o menos familiares.

Esta distinción entre las dos tipologías de pacientes es relevante para poder determinar la estrategia terapéutica ya que sólo con el primer tipo tiene sentido conducir, al inicio del tratamiento, una intervención encaminada a la reducción de los síntomas. Con el segundo grupo, la modificación de los síntomas no es posible por su discontinuidad y por tanto es necesario empezar a trabajar directamente en términos de significados.

Aparentemente la gravedad de la descompensación de los sujetos pertenecientes a este segundo grupo parece ser inferior. Desde el punto de vista de la adaptación social, éstos se ven, en efecto, mucho menos limitados: a diferencia de aquellos que con la aparición de la sintomatología modifican radicalmente su propia vida, las restricciones que éstos construyen parecen de poca relevancia. Sin embargo, en general, resulta más difícil obtener con estos pacientes un cambio estructural, precisamente debido a su tendencia a actualizar los esquemas de construcción/control, incluso en el contexto terapéutico, haciendo más difícil la realización de una buena colaboración terapéutica.

EL TRATAMIENTO EN LA FASE INICIAL: LA MODIFICACIÓN SINTOMÁTICA

En los casos pertenecientes a la primera tipología, la primera fase del tratamiento se orienta preferentemente a una reducción de la intensidad de la sintomatología. Este resultado se obtiene habitualmente en algunos meses de terapia, utilizando -con las adaptaciones oportunas- una metodología de tipo conductual como “la inmersión gradual en las situaciones ansiógenas”. La adopción de un procedimiento conductual en un contexto psicoterapéutico cognitivista puede efectuarse, a nuestro parecer, sólo a condición de que se adapte a los presupuestos teóricos de base de tal enfoque y, por tanto, no introduzca contradicciones en la estrategia global del tratamiento. La intervención debe mantenerse en una estrecha coherencia interna respecto a los diferentes procedimientos adoptados y respecto al estilo de relación terapéutica; en efecto, podría ser contraproducente proponerse una mejora sintomática si esto nos hiciera correr el riesgo de validar aquellos esquemas cognoscitivos del paciente que suponemos que son responsables, en mayor grado, de sus procesos de descompensación.

El procedimiento conductual clásico se basa en el principio de extinción de la ansiedad, exponiendo gradualmente al paciente a las situaciones fóbicas y preveyendo cualquier respuesta de evitación o fuga. El terapeuta conductual construye junto con el paciente una jerarquía de situaciones ansiógenas y lo empuja a afrontarlas gradualmente (comenzando por las primeras de la jerarquía); el paciente debe conseguir realizar las conductas previstas y repetirlas hasta que la ansiedad tienda a disminuir. En consecuencia, la tarea se plantea cada vez más difícil pasando a situaciones jerárquicamente más ansiógenas. Este procedimiento implica, por tanto, forzar ligeramente al paciente a afrontar tareas gradualmente más difíciles y una directividad del terapeuta que, aunque sea con el consenso del paciente, establece cada vez cuáles deberán ser las cosas que él “necesariamente” deberá hacer. El riesgo, considerando las características de la organización agorafóbica descrita en el párrafo precedente, es el de inducir a una posterior validación del esquema de dependencia o bien del de constricción. El primero puede ser reforzado por el hecho que es el terapeuta -persona experta a la cual el paciente se confía- quien define aquello que debe hacerse para estar mejor; el segundo por la demanda de esforzarse en afrontar situaciones, demanda que se puede construir fácilmente como una constricción externa o como una invitación a auto-constreñirse y auto-controlarse. En este sentido, se estaría ratificando la paradoja implícita en los mecanismos de compensación, definiendo el control y la autoconstricción como único modo para vencer la propia debilidad y para adquirir autonomía.

Esta contradicción puede eliminarse introduciendo algunas modificaciones básicas en el procedimiento antes descrito. En primer lugar, debe ser el paciente, y no el terapeuta, quien elija cada vez -de forma totalmente autónoma- las situaciones que considera oportuno intentar hacer frente, mientras que éste último debe solamente prestar atención al hecho que los objetivos definidos no sean demasiado elevados. Además, y todavía más importante, las tareas deben establecerse en términos de máximos y mínimos; no en términos de “en los próximos días tendré que hacer al menos...”, sino “en los próximos días intentaré afrontar... pero en absoluto no tengo que imponerme alcanzar necesariamente la meta, ni, por supuesto, no tengo que proponerme ir más allá de cuanto he programado”. Cualquiera que sean los objetivos que el paciente se proponga, el objetivo no viene representado, tanto por su logro efectivo, sino por el hecho de conseguir construir la situación como ni auto, ni hetero-constrictiva; que consiga enfrentarse a sus propias decisiones en completa libertad estableciendo, a cada momento, si es oportuno o no continuar con la tarea, suspendiéndola o renunciando a ella en función de las sensaciones o de las emociones que está sintiendo.

La atención se desplaza, pues, hacia la autonomía del proceso decisional, sobre la congruencia entre lo que se siente y lo que se decide hacer y, por tanto, sobre la capacidad de prestar atención a las propias sensaciones internas (no sólo en términos de modificaciones fisiológicas), para utilizarlas como parámetros en la

decisión. La eficacia en el procedimiento, así reestructurado, es interpretable sólo, de manera marginal, en base al principio de la extinción de la ansiedad. El objetivo central es crear las condiciones que faciliten en el paciente no sólo un aumento de sus capacidades de exploración del ambiente sino sobretodo el inicio de una construcción diferente del sí-mismo. En efecto, es importante conseguir no sólo construirse como persona capaz de explorar sino que, al mismo tiempo, comience a percibirse como persona capaz de decidir cómo y cuándo hacerlo en función de criterios personales y no de peticiones de otros (por ejemplo, del terapeuta).

Generalmente con una intervención estructurada de este modo se consigue, en el espacio de pocos meses, una reducción significativa de la sintomatología. Se puede hablar de reducción y no de desaparición total ya que, aunque el paciente adquiere una notable autonomía de movimiento en los lugares antes temidos, continúa normalmente viviéndolos como potencialmente peligrosos; peligrosidad que, a menudo, se expresa con frases del tipo “aunque hoy soy capaz de salir solo y coger el autobús, nada me garantiza que no pueda sentirme mal otra vez y me desmaye”. La modificación de la percepción de sí mismo en la dirección antes mencionada, sólo puede activarse, pero no alcanzarse realmente con un procedimiento de este tipo. Si el proceso de cambio se detuviera en este punto, la probabilidad de que nuevas situaciones de descompensación conduzcan a un reaparición de la sintomatología sería bastante elevada.

Frecuentemente, un efecto secundario inducido por estos primeros cambios y por las sensaciones en aumento de autonomía es una modificación de las relaciones interpersonales, las cuales pueden fácilmente entrar en crisis. Más a menudo, es el equilibrio familiar o conyugal el que se altera con la aparición de conflictos antes latentes y con la manifestación, por parte del paciente, de sensaciones de constricción y conductas de rebelión. Esto permite empezar a trabajar más directamente sobre las problemáticas que estaban encubiertas por la sintomatología, activando procesos de cambio más profundos.

LA LECTURA DE LAS EMOCIONES Y DE LAS MODALIDADES PERSONALES DE CONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Al inicio de la terapia la única emoción que la mayor parte de los pacientes agorafóbicos es capaz de expresar es la ansiedad. La ansiedad puede estar ligada a lugares, a las situaciones temidas y a los síntomas o bien puede ser difusa, invadir los días enteros, aparecer misteriosa y desligada de cualquier suceso ambiental y ser construida, por tanto, como dependiente de un propio y genérico desequilibrio interno (en términos de “debilidad”, “enfermedad” o “locura”). Como hemos dicho antes, la necesidad de controlar que caracteriza estos pacientes no sólo se aplica a los hechos o a las situaciones externas, sino también a los propios estados emocionales, impidiendo su expresión y, por tanto, su correcta interpretación. Esta incapacidad de las propias emociones se acompaña obviamente de una dificultad de

relacionar el “cómo me siento” con “qué me ha sucedido”.

El trabajo terapéutico deberá ir, entonces, orientado desde el principio a favorecer y desarrollar las capacidades del paciente de lectura de sus propios estados internos, de manera que sea cada vez más consciente de sus reacciones emocionales y de sus peculiares modalidades de construcción de la experiencia. Esto es verdad, especialmente, para aquellos cuyo tratamiento sintomático resulta inviable por su capacidad de llevar a cabo una gran parte de las conductas de alejamiento, aunque sea con elevados costes internos de auto-imposiciones o auto-controles. Pero el mismo tipo de intervención se puede utilizar, de todas maneras, también con los pacientes con quienes se ha iniciado un tratamiento sintomático. Un trabajo directo de lectura de las propias modalidades constructivas de la realidad interna y externa resulta posible (y tiene efectos sinérgicos con el tratamiento sintomático) tan pronto como se hayan obtenido los primeros resultados en términos de modificación de las capacidades exploratorias; gracias a la ampliación de los límites del propio espacio vital, la atención del paciente, que antes estaba totalmente centrada sobre los propios síntomas, puede ahora dirigirse a otras direcciones.

En un primer momento, puede ser oportuno inducir al paciente a reflexionar sobre sus reacciones emocionales para ayudarlo a reconocer y discriminar las diferentes emociones que está experimentando, diferenciándolas de la ansiedad; esto se puede hacer bien a través de la utilización del canal verbal, bien proponiéndole revivir imaginariamente -en el contexto de la terapia- episodios de vida reciente emocionalmente significativos. A continuación el trabajo terapéutico puede orientarse a ayudar al paciente a relacionar sus reacciones internas con los episodios de vida; aquella ansiedad que antes aparecía como misteriosa e inmotivada puede así conectarse con hechos externos o internos y leerse en términos de una propia y peculiar modalidad de construcción de la experiencia. A causa de los mecanismos de control, de los cuales hemos hablado ampliamente, es frecuente que entre el hecho y la reacción de ansiedad que el paciente advierte exista un corte temporal que hace difícil una reconstrucción de aquello que puede haber sucedido internamente. Por ejemplo, una secuencia típica puede ser: peleas con la pareja, control y reconocimiento de las propias reacciones emocionales, percepción de la alteración de algunos parámetros fisiológicos (algunas horas después o incluso al día siguiente), miedo/ansiedad frente a estas modificaciones, atribución de éstas o de la propia ansiedad a una debilidad física (“enfermedad”) o mental (“locura”).

Una tarea de auto-observación, en la que se pida al paciente que registre por escrito qué cosas significativas han sucedido en un cierto intervalo temporal, tanto en el plano de los hechos, como en el de las emociones puede servir para dar significado a lo que aparentemente resultaba inexplicable y para identificar los esquemas personales reactivos que se activan habitualmente en la construcción de las propias experiencias. El paciente puede conseguir reconocer, al menos en un primer nivel, los procesos que activa y sus modalidades de funcionamiento.

Esta fase de la terapia reclama más tiempo que la del tratamiento sintomático y en ella es posible identificar niveles diferentes y sucesivos de profundización. En un primer momento, se puede solicitar al paciente que preste atención y reconozca sus peculiares modalidades de construcción de la experiencia, aprendiendo a determinar cuáles son los esquemas de conocimiento que utiliza de modo automático. A continuación, es posible, de manera gradual, y a través del recurso al método mayéutico -yendo a la búsqueda de niveles más elevados de coherencia integrativa del sistema cognoscitivo- trabajar para descubrir los esquemas inconscientes que resultan más fácilmente verbalizables en la medida en que son constituyentes de la estructura de conocimiento teórico.

En consecuencia, el recurso a procedimientos imaginativos -como el trabajo sobre sueños- puede facilitar el proceso de reconstrucción y toma de consciencia de aquellas estructuras inconscientes que pertenecen en su mayoría al conocimiento emocional (Cionini, 1991a).

LA CONSTRUCCIÓN DEL SI-MISMO COMO PERSONA AUTÓNOMA

La fase final del proceso terapéutico, distinguible de la anterior sólo a nivel teórico, finaliza por parte del paciente con el logro de una construcción diferente del sí-mismo, en particular, respecto a las polaridades centrales de la organización: la debilidad, la constricción y el control como necesidad ineludible. En la práctica, las interconexiones entre la que puede ser definida como segunda fase y esta tercera son notables, en el sentido que habitualmente sucede que se trabaja sobre un plano, para después volver sobre otro, para después volver una vez más sobre el anterior; todo esto siempre en función del proceso de cambio que se está dando en aquel determinado momento del proceso terapéutico.

Es necesario, de todas formas, que el paciente consiga construir el sentido de la propia historia de apego de manera que pueda comprender cuáles pueden haber sido los hechos y los procesos que lo han conducido a estructurar la imagen de sí-mismo en los términos antes citados. En este caso, nos encontramos con estructuras y procesos básicamente emocionales y no conscientes que deben ser reconstruidos sobre el plano de la consciencia a través de metodologías terapéuticas adecuadas.

Mientras los procedimientos mayéuticos pueden ser útiles para llevar al paciente a tomar consciencia (reconstruyéndola inferencialmente) de sus conocimientos inconscientes almacenados en la memoria en términos proposicionales, el proceso de reconstrucción de conocimientos inconscientes codificados no proposicionalmente (como los procedimentales, imaginativos, emocionales) precisan la utilización de diversas técnicas que no impliquen un recurso directo al canal verbal (el cual, por otra parte, está más fácilmente sujeto al control de los procesos inhibitorios de la consciencia) (Cionini, 1991b). Es difícil, por ejemplo, reconstruir y/o modificar un conocimiento emocional trabajando exclusivamente sobre el plano verbal, ya que, al actuar de este modo, nuestro trabajo sólo abarcaría la teoría

que el paciente tiene sobre ese conocimiento, no sobre la emoción misma; la toma de consciencia se da, en este caso, más fácilmente a través de un tipo de intervención que permita desde el primer momento sentir y revivir directamente las emociones en el “aquí y ahora” del setting, activando pues -pero sólo en un segundo momento- el intento de la traducción de éstas en términos verbales.

Las técnicas que se pueden utilizar para alcanzar estos objetivos pertenecen preponderantemente a dos ámbitos: la utilización de la relación terapéutica como instrumento de cambio y el recurso a algunos procedimientos imaginativos dentro de determinados criterios. La imaginación libre, a partir de situaciones de vida real, de situaciones hipotéticas que el paciente teme o de situaciones puramente imaginarias -en la medida que es un lenguaje analógico rico en simbolismos personales- puede ser utilizada para mediar el contacto del paciente con sus conocimientos emocionales. Las imágenes están, a menudo, cargadas de valencias emocionales que pueden no ser inmediatamente decodificables y expresables en palabras, pero sí ser directamente perceptibles en términos de sensaciones.

La producción imaginativa puede facilitarse a través de algunas modificaciones físicas del setting (por ejemplo, la eliminación de la posición frontal entre paciente y terapeuta, la utilización de un sillón reclinable y de un ligero estado de relajación) que conduzcan a una disminución de los mecanismos generales de control y, en consecuencia, de los efectos inhibitorios de la atención consciente. Sugiriendo una suspensión de los procesos lógico-rationales a favor de otros más laxos, analógicos y asociativos, se puede pedir al paciente que intente no razonar sobre su producción mental, prestando simplemente atención a las propias señales internas, intentado recuperar las imágenes, las sensaciones, las emociones y los pensamientos tal como tienden a emerger espontáneamente en asociación a los temas específicos propuestos. La producción imaginativa así recuperada se convierte entonces en el objeto del trabajo terapéutico. Las señales y los símbolos generados deben ser posteriormente sometidos a un proceso de interpretación que conduzca a hipótesis sobre su posible significado. La interpretación, obviamente, deberá efectuarse desde la completa autonomía del paciente ya que el sentido de cualquier símbolo es fundamentalmente personal y idiosincrático.

El otro instrumento de cambio que se puede utilizar en esta fase de la terapia es, como se ha dicho, la relación terapéutica. Como afirma Bowlby (1988), en la vida adulta los individuos tienden a utilizar de nuevo los propios esquemas originarios de apego en todas las relaciones afectivamente relevantes y esto vale indudablemente también para la relación terapéutica. Una vez ésta se ha estructurado de manera estable y significativa, la figura del terapeuta se ve investida de todas aquellas expectativas positivas y negativas que forman parte de la experiencia afectiva primaria del paciente. Consecuentemente la toma de consciencia de las características de los propios esquemas de apego puede activarse, en el contexto del setting terapéutico, mediante una lectura de las emociones que el paciente está

viviendo y un análisis de las comunicaciones explícitas e implícitas, de las actitudes y de las demandas que efectúa en su relación con el terapeuta.

A la luz de estos nuevos conocimientos adquiridos sobre sí mismo, se puede animar al paciente a reconsiderar sus recuerdos infantiles, a reconstruir las experiencias afectivas con las figuras de apego y a comprender cuáles pueden haber sido los procesos que lo han inducido gradualmente a construir aquellos esquemas del Si-mismo que conectan con el actual malestar emocional. Desde esta relectura, puede hacerse evidente también cómo tales esquemas, aun habiendo desempeñado una función apropiada y heurísticamente útil para anticipar acontecimientos de su experiencia de vida pasada (por ejemplo, en situaciones altamente coercitivas establecidas por sus padres), pueden resultar inadecuados y anacrónicos en la actualidad.

La relación terapéutica puede utilizarse, por tanto, en función de un cambio en la medida en que en su interior, el paciente puede experimentar estilos diferentes de relación afectiva que impliquen una falsación de las expectativas estereotipadas en relación a los demás.

La secuencia terapéutica hasta aquí trazada -que requiere un cierto tiempo- no es seguida por todos los pacientes agorafóbicos que llevan a cabo una psicoterapia. Algunos, en efecto, prefieren ponerse objetivos de cambio más limitados e interrumpir el trabajo tan pronto como la sintomatología se haya reducido notablemente o bien a niveles de cambio más limitado respecto a los que sería posible alcanzar en teoría; niveles, estos últimos, que requieren, sin embargo, el compromiso -y también el sufrimiento- que es típico de cualquier “revolución personal”.

En el presente artículo se presenta un modelo de intervención psicoterapéutica con pacientes agorafóbicos. Después de analizar brevemente las características de los esquemas y de los procesos de compensación y descompensación, típicos de un sistema cognitivo organizado en sentido fóbico, se describen las diferencias entre dos tipologías de pacientes agorafóbicos que sugieren una diversa modalidad de aproximación al tratamiento. Se definen, entonces, los criterios estratégicos generales de intervención psicoterapéutica, se describen las fases en las cuales ésta se puede articular y se analizan algunas técnicas que se pueden utilizar en cada una de ellas.

Traducción: Empar Torres Aixalà

Nota Editorial:

Este artículo apareció con el título “Il trattamento dei disturbi agorafobici in un’ottica costruttivista” en *Psicobiiettivo*, 11, pp. 15-24, 1991 . Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas

- AINSWORTH, M.D.S. (1985). I. Patterns of infant-mother attachment: antecedents and effects on development; II. Attachment across life span. *Bulletin of New York Academy of Medicine*, 61, 771-791, 792-812.
- BOWLBY, J. (1973). *Separation: anxiety and anger*. London: Hogarth
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge.
- CIONINI, L. (1991a). *Psicoterapia cognitiva: teoria e metodo dell'intervento terapeutico*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- CIONINI, L. (1991b). La presa di coscienza e le emozioni. In Magri & F. Mancini (a cura di), *Conoscenza delle emozioni*. Roma: Editori Reuniti.
- GUIDANO, V.F. (1988). *La complessità del sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Torino: Boringhieri.
- GUIDANO, V.F., & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- LIOTTI, G. (1990). Insecure attachment and agoraphobia. In C.M. Parkes & J. Marris (Eds.), *Attachment through the life span*. London: Routledge.
- LORENZINI, R., & SASSAROLI, S. (1987). *La paura della paura: un modello clinico delle fobie*. Roma: La Nuova Italia Scientifica

PSICOPATOLOGIAS DE LA LIBERTAD (I): LA AGORAFOBIA O LA RESTRICCIÓN DEL ESPACIO.

Manuel Villegas Besora
Universitat de Barcelona

Interactional conflicts frequently imply serious limitations of personal freedom which can be materialized through an agoraphobic symptomatology. The ultimate nature of these interrelational conflicts sometimes requires to overcome true moral dilemmas, as the examples in this article show. Agoraphobia, in fact, can be understood not only as a characteristic reduction of space mobility, but as a limitation of decision and commitment capacity.

INTRODUCCION

Henry Ey (1976) gustaba definir las neurosis como *patologías de la libertad*. “Si no hay libertad humana -decía- no hay locura”. Retomar esta concepción existencial de la neurosis, entendida como la incapacidad de una proyección autónoma en el mundo (Villegas, 1981), es una forma constructiva de entender las crisis psicológicas como alternativas de cambio o como posibilidades de crecimiento personal. Constituye, además, la única forma, a nuestro juicio, de fundamentar y reivindicar la posibilidad de la psicoterapia. Von Gebattel (1964) lo expresaba con estas palabras: “El psicoterapeuta tiene que ocuparse de los trastornos de la psique humana, cuyo conjunto implica la incapacidad de actuar y tomar decisiones libremente”. En síntesis, el objeto de la intervención psicoterapéutica es la alienación de la libertad y su objetivo, en palabras del propio Freud (1923), “el de proporcionar al ego del paciente la libertad de escoger”. La psicoterapia, en efecto, promueve el cambio psicológico y sin libertad no hay cambio psicológico, que es la esencia de la psicoterapia. Sin perspectiva de cambio la psicoterapia no sería más que un paliativo, un acompañamiento reconfortante del sufrimiento humano, una conversación amable, “palique”, como la consideran algunos.

La libertad puede verse coartada por elementos exteriores, a causa de impedi-

mentos materiales o de condicionamientos humanos, pero es fundamentalmente una dimensión interna o personal. La primera condición hace referencia a la libertad *de* coacción, la segunda a la libertad *para* actuar de forma autónoma e independiente. En este sentido, implica no solamente una posibilidad física de movimientos, sino la posibilidad de una *elección* y el compromiso con una *decisión*. Este compromiso hace referencia a una *responsabilidad*, la cual se configura no solamente a pesar de los condicionantes fácticos, sino frente a ellos. En efecto, libertad no es sinónimo de indeterminismo, sino de determinación, de posicionamiento activo ante el mundo.

Resulta evidente, sin embargo, a través de la práctica clínica o psicoterapéutica, que con frecuencia los determinantes más potentes provienen del propio interior del individuo, hasta el punto que Freud llegó a afirmar que la vida psíquica estaba *sobredeterminada*. Para los terapeutas psicodinámicos es la fuerza de los factores emocionales y pasionales -instintuales- la que atrapa al sujeto en una telaraña de afectos de difícil desenredo. Los terapeutas racionales insisten más bien en los esquemas automatizados de pensamiento o en los errores lógicos de inferencia que tienden a reproducir una y otra vez las conductas y pensamientos invalidantes. Los sistémicos señalan la interrelación inextricable de los distintos elementos de un sistema que tienden a mantener la morfoestasis de cualquier sistema patológico.

Es precisamente debido a la incidencia de todos estos factores que entendemos la psicoterapia como un proceso de exploración de alternativas de acción, reacción y construcción (Kelly, 1955; Feixas y Villegas, 1993), como un aprendizaje estratégico para hacer frente a las trampas (Ryle, 1991; Mirapeix, 1994) tendidas en el camino, como un proceso de desarrollo cognitivo y moral (Villegas, 1993). La afirmación de la libertad, en efecto, supone un aumento de la responsabilidad y en consecuencia de la autonomía, que tiene una dimensión claramente moral, es decir de compromiso y elección frente a nosotros mismos y los demás.

Según nuestra experiencia el planteamiento explícito de los dilemas morales -entendidos en términos sociocognitivos (Piaget, 1976; Selman, 1980; Kohlberg, 1976)- que con frecuencia subyacen a las patologías depresivas y ansiosas es una buena escuela para aprender lo que implica confrontarnos con nuestra libertad y un buen banco de pruebas para poner en juego todo el repertorio de mecanismos emocionales y cognitivos con que habitualmente nos enfrentamos a los conflictos. Es una forma de explorar la zona de desarrollo proximal (Vygotsky, 1962) donde se hace posible la reconstrucción de una epistemología personal que con el tiempo se ha vuelto disfuncional o inadecuada para hacer frente a las diversas necesidades evolutivas que se nos presentan a través del ciclo vital (Erikson, 1959; Marcia, 1993).

La superación exitosa de estos dilemas morales supone una afirmación, o reconquista en muchos casos, de la capacidad de decidir, una consolidación de la voluntad, un acrecentamiento de la autonomía. Por el contrario, la pérdida, o mejor,

la renuncia a la libertad puede llevar a graves patologías psicológicas: sensación de falta de voluntad (depresión), pérdida de control (conductas impulsivas o compulsivas, adicciones), inhibición (fobias), inseguridad y miedo (timidez, retraimiento social). Muchas de estas manifestaciones se relacionan de una forma general con los trastornos de ansiedad, entre ellas las agorafobias a las que nos referiremos específicamente en este artículo, para mostrar cómo subyacen con frecuencia a los trastornos de ansiedad auténticos conflictos morales, cuya resolución redunde no sólo en la superación de la sintomatología sino en el desarrollo global de la personalidad.

LA AGORAFOBIA O LA RESTRICCIÓN DEL ESPACIO.

Que la agorafobia sea un trastorno de ansiedad no admite la menor duda. Ansiedad o *angustia* son palabras que remiten, de acuerdo con su etimología, a la imagen de estrechez o *angostura*. En efecto, ¿qué es la agorafobia sino una limitación del espacio, una restricción a la libertad de movimientos, una constricción al ámbito reducido de lo familiar o conocido?

La tesis que vamos a defender en este artículo es que la agorafobia responde a un conflicto moral de la libertad, particularmente en el ámbito de las relaciones personales y que la dificultad de enfrentar los espacios abiertos se corresponde con la dificultad de alejarse de la relación. Una relación en la que el paciente se halla ligado o supeditado y sin alternativas de salida. Una relación que no fue escogida libremente, porque así vino dada, o que lo fue, paradójicamente, al precio de la propia libertad.

Nos gustaría ilustrar estas afirmaciones con tres casos clínicos que a la vez que expondremos, intentaremos analizar. Los tres tienen en común la sintomatología agorafóbica, caracterizada por una dificultad de alejarse físicamente de los contextos familiares, atravesar espacios amplios o abiertos como calles o plazas, o trasladarse a sitios desconocidos sin compañía. Hay que notar que la delimitación de los espacios familiares es necesariamente relativa, puesto que en un pueblo o pequeña ciudad, tal como sucede en algunos de nuestros casos, el espacio familiar es mucho más extenso que para las personas que viven en grandes urbes, para quienes, con frecuencia, éste se ve restringido al ámbito estricto del barrio, de la manzana o, incluso, al de las cuatro paredes de la casa.

Estos tres casos clínicos los titularemos, de acuerdo con algunas de sus características narrativas particulares: “La llave en la puerta”, “El carrito de la compra” y “La plaza de la catedral”. A sus protagonistas, todos femeninos, les hemos otorgado, para preservar su anonimato, nombres mitológicos en base a las figuras de vinculación afectiva, prototípicas de algunas diosas. De este modo, siguiendo la caracterización propuesta por Jean Shinoda Bolen (1993), y en función de las peculiaridades de cada caso, hemos denominado a nuestras pacientes Atenea, Juno y Diana. Hemos modificado igualmente los referentes geográficos que

podieran contribuir de alguna manera a la identificación de lugares o de otras circunstancias, a fin de salvaguardar la intimidad de las personas.

La llave en la puerta.

A la protagonista de esta historia la denominaremos Atenea, en referencia al nombre de esta diosa, caracterizada por el rol arquetípico de hija del padre, dado el papel determinante que juega en el caso de nuestra paciente la relación protectora con él, tal como ponen de manifiesto sus propias manifestaciones:

“Yo sé que si algún día mi padre se queda solo, la única que lo va cuidar soy yo; además no sólo lo sé yo; lo sabe mi madre y lo sabe todo el mundo; me supone otra nueva carga de responsabilidad el pensar que mi padre, si está mayor y tiene su casa, yo lo cuidaré; pero si se queda sin casa yo sé que va a tener que venir a la mía; entonces yo voy a estar toda mi vida que no voy a tener ni mi casa ni mi espacio. Yo siempre pido que si se tiene que morir alguno de mis padres, se muera primero él. Porque es que mi padre no sabe vivir sin mi madre; después porque yo a mi padre siempre lo he tenido más como un hijo que como a un padre. Siempre lo he protegido, lo he defendido, lo he excusado. Cuando era pequeña mi madre me decía: ‘vete a la plaza y mira a ver si tu padre está en el bar’. Mi padre nunca se ha emborrachado, pero mi madre estaba obsesionada. Yo llegaba a casa y le decía ‘mamá no está’ y sí que estaba...; pero mi padre es como un niño grande, es muy afectuoso, tiene mucha capacidad de cariño de querer mucho a las personas, de entregarse, me da mucho miedo por él. Mi padre y yo hemos sido cómplices, siempre nos hemos enfrentado juntos a los problemas. Mi padre y yo siempre hemos estado reclamando a mi madre. El problema de mi casa es el problema familiar. Me he aliado con mi padre; tenemos una relación muy especial. Por ejemplo, hoy no me daría tiempo de ir a comer; mi padre me pide que suba un momento, aunque sea cinco minutos, porque ‘si faltas tu...’. Necesita verme. Sabe que me tiene para todo, que conmigo siempre se ha apoyado, siempre le he dado la razón, aunque no la tuviera. Supongo que él cuenta conmigo”.

La sintomatología específica que presenta Atenea es la característica de la agorafobia: dificultad de salir fuera del ámbito familiar, en este caso el pueblo donde vive y trabaja, sin ir acompañada por alguna persona de confianza. Los primeros síntomas se presentaron de una forma muy dramática, como reacciones de pánico, acompañadas de un agarrotamiento muscular característico, que le retuvo inmóvil, paralizada durante unos minutos en la escalera de la oficina del notario, el día que iba a firmar unas escrituras de un terreno, destinado a construirse una casa. Esta reacción representaba de modo muy gráfico la problemática de Atenea: la dificultad de independizarse de los lazos familiares, de conseguir su propio espacio personal, simbolizado por la casa. De ahí sus temores a quedarse sin casa, o a que su padre

pueda verse solo en la calle, porque en esta circunstancia debería ella acogerlo en su futura casa -la que está intentando construir en el terreno que adquirió hace algún tiempo y que sólo existe por ahora en los planos del arquitecto-.

Para entender el valor simbólico que adquiere la casa y el temor de Atenea a quedarse sin ella se hace preciso contextualizar un poco la historia. La paciente vive en una casa de tres plantas, que pertenece en su totalidad a la abuela materna. En la planta baja la familia tiene un negocio que regenta la tía de la paciente -hermana de la madre- en el que ésta *colabora*. En el primer piso viven la abuela y los tíos. En el segundo, la paciente con sus padres y un hermano más pequeño. La abuela se complace en señalar los dominios de su propiedad, obligando a los *inquilinos* a tener **la llave en la puerta** del piso, al cual se sube por una escalera interior, a fin de poder acceder libremente cuando le apetezca. La abuela se presenta con frecuencia inesperadamente en casa de nuestra paciente, sin siquiera llamar o pedir permiso para entrar. En una ocasión en que la madre de nuestra paciente -hija de la abuela- se atrevió a preguntarle si este piso sería para ella cuando ésta faltara, todo lo que obtuvo fue una respuesta enigmática: ‘esto ya se sabrá cuando yo haya muerto’. Si alguien osa sugerirle que se vaya de casa porque los miembros de la familia desean estar solos, contesta airadamente: “A mí nadie me manda; estoy en mi casa”.

Con estos antecedentes no es de extrañar que la máxima preocupación de Atenea sea la de construirse una casa, “un espacio propio, que sea exclusivamente mío, ni siquiera de propiedad compartida con mi novio; porque si algún día nos separamos, no me quede yo sin nada” y que le aterre la idea de ver a su padre echado en la calle, teniendo que acogerle en su casa, fruto de años de esfuerzo, sin poder liberarse nunca de los lazos familiares que le impiden independizarse.

“Mi padre le dijo a mi madre que hablara con mi abuela, porque si a madre le pasa algo, él se verá echado en la calle. Yo a lo mejor ya estoy compuesta, pero mi padre, no; se puede quedar en la calle a su edad y sin nada. Y claro eso para mí ya no es un problema sólo de mi padre o de mi madre, sino también mío; nadie estará en su sitio; voy a estar toda mi vida sin tener mi sitio. Llevo luchando toda mi vida para tener un sitio... El hecho de que la casa no sea de mis padres, tiene más enjundia. A veces les digo a mis padres: Me parece que no voy a tener hijos, porque ya os tengo a vosotros”.

Estos lazos familiares son todavía mucho más fuertes de lo que la historia narrada hasta aquí deja entrever. En efecto, no sólo la familia de Atenea vive de *prestado* en el domicilio de la abuela, careciendo de cualquier derecho legal sobre el mismo, sino que sus padres están, en un régimen casi feudal, dependiendo del trabajo que les proporcionan los tíos de la paciente. La madre ayuda a su hermana -la tía- en la tienda, sin que exista ningún contrato laboral, ni participación en el negocio. El padre trabaja para el cuñado -el tío- en un negocio de construcción en unas condiciones semejantes. Se puede decir que en la práctica cobran en especie -vivienda y comida- y no en metálico, con lo cual el grado de libertad e independen-

cia económica es mínimo o casi inexistente. Las veces que el tío se digna pagar con dinero contante y sonante, lo hace como quien da una limosna, sin ninguna regularidad en cuanto al tiempo ni a la cantidad. Con los pocos ahorros que los padres han podido conseguir en estas condiciones la familia ha invertido en un terreno del cual, sintomáticamente, no existen todavía las escrituras.

De todo ello se puede deducir fácilmente el enorme peso simbólico que para la paciente revestía el acto de ir al despacho del notario a firmar unas escrituras de un terreno, comprado exclusivamente con sus ahorros, y sobre el que pesa un fuerte endeudamiento hipotecario, contraído por ella en el momento de la compra. Así no es de extrañar que en esta situación, en la que se enfrentaba con una de las decisiones más trascendentales de su existencia, todo su cuerpo se pusiera a temblar y los músculos de sus piernas quedaran agarrotados, clavados sus pies en el suelo sin poder dar un paso adelante o atrás, como las patas de los bueyes que, según piadosas leyendas medievales, intentaban en vano tirar de los carros que habían de trasportar las estatuas de Vírgenes encontradas en cuevas o pozos, señal divina con la que se indicaba claramente la voluntad de Nuestra Señora de no moverse de aquel sitio, sino de que en aquel lugar se levantara un santuario, donde se venerara su imagen. De este modo la eclosión del síntoma y su evolución posterior en agorafobia crónica constituye una señal inequívoca de un conflicto moral todavía sin resolver que atañe a la posibilidad de la autonomía y de la evolución psicológicas.

La particular posición de la paciente en la familia viene caracterizada no sólo por la relación especial con el padre, sino también por su papel de *Cenicienta*. En efecto, ya desde su infancia, al nacimiento de su hermano, tuvo que hacerse cargo de él para que la madre pudiera ir a ayudar a la tienda. En la actualidad este hermano vive todavía en el domicilio familiar, pero obviando cualquier tipo de responsabilidad doméstica, de modo que la madre le prepara el desayuno, se levanta a las cinco y media para despertarle, le hace la cama, mientras él los días de fiesta se las campa libremente o se va a hacer el *vermouth* antes de la comida para no tener que ayudar a poner la mesa. Tiempo atrás la familia se sacrificó para que el chico pudiera ir a Inglaterra por una cuestión de estudios. La hermana mayor de Atenea está casada y se desentiende de los problemas de casa, alegando que ella se debe a su propia familia. En consecuencia nuestra paciente tiene que cargar con la mayor parte del trabajo de la casa para permitir que los demás hagan sus propias vidas. La situación actual se ha agravado notablemente, puesto que la madre está siendo tratada de un cáncer con quimioterapia y el padre ha sufrido recientemente una intervención quirúrgica. En consecuencia recaen sobre Atenea incluso aquellas tareas domésticas que antes hacía la madre. Los padres reconocen, y refuerzan, su papel de *Cenicienta* explicitando la necesidad de su contribución esencial a las tareas domésticas: “si no fuera por ti, hija...”; pero a la vez la critican por intentar plantar cara a sus hermanos, a sus tíos y a la abuela.

“Siempre se ha contado para todo con la nena. Cuando mi hermano nació

mi madre se iba a la tienda. Yo me cuidaba de mi hermano. Y yo estando sola tenía mucho miedo. Lo pasaba fatal... Pero es que ya estoy como cansada. Estoy haciendo el primo. La otra hermana trae un pastel el día de la madre, pero no hace nada; el hermano tampoco. Y encima soy la rara. Mi madre me dice: te has enfadado con la abuela, con la tía, con tu hermano. Porque encima no puedes escaparte del ambiente. Me escapo del ambiente cuando voy a trabajar, porque ahí estoy muy a gusto, tengo compañeros que me quieren mucho y me aceptan como soy y no tengo que escucharme esto que soy rara. Y en el trabajo estoy bien. Estoy mejor en el trabajo que en casa. Lo que más me fastidia es eso de que ya 'sabes cómo es la nena de rara'. Pues vaya. Pues sí que soy rara, porque a lo mejor no tendría que estar pringando como lo estoy: he dejado la informática, todo lo que estaba haciendo, que eran puntos para mi trabajo. En cambio que mi hermano se haya ido a Inglaterra nadie lo ve mal. Antes cuando no estaba mi hermano estábamos mejor. El ha estado como un rey en casa y ahora la situación es para que nadie esté como un rey, sino que todo el mundo apechugue."

Cogida en esta trampa, Atenea lucha por su libertad. Ha aprendido en la terapia a reconocer sus derechos y necesidades, pero todavía encuentra serias dificultades para deshacerse de tantas cadenas. La enfermedad de los padres ha acrecentado su responsabilidad y reforzado las ataduras familiares, pero paradójicamente le ha permitido empezar a percibirse como fuerte y capaz para enfrentar la vida por sí sola. Cuando su madre fue operada del cáncer, Atenea se vio por primera vez a sí misma "grande y fuerte, y a la madre pequeña y débil". Empezó a ver a la gente que se subía al tren, como gente igual que ella y sintió que ella también lo podría coger algún día para ir a la ciudad o al apartamento que la familia del novio tiene en la playa. Los conflictos con la abuela y los tíos le producen cada vez más "ganas de irse de casa, de apretar a correr". Y cuando se va al terreno donde planea construirse la casa, situado en la falda de la montaña, tiene la impresión de dominar todo el paisaje con el pueblo donde vive al fondo, y es capaz de identificar el domicilio familiar a lo lejos, al cual puede continuar protegiendo desde la distancia.

La excavadora ha empezado ya a allanar el terreno. Cada día, por la mañana, Atenea escucha desde su habitación el ruido de las máquinas y mira por la ventana el punto donde se levanta el polvo de las obras, que indica el lugar donde se alzaría su casa. Sin embargo, todavía aparecen fuertes sentimientos de culpabilidad cada vez que se plantea la cuestión de la independencia y se disparan los síntomas de ansiedad si entra en conflicto manifiesto con alguno de sus familiares, particularmente con su hermano, lo que pone en marcha todo el juego de alianzas familiares: la madre que lo protege, el padre que no se enfrenta al hijo ni a la madre, ella que se enfada y se desespera. Todo lo que apunta a la posibilidad de una ruptura física o emocional es todavía fuente de culpabilidad, a la vez que objeto ambivalente de

deseo. Estos sentimientos de culpabilidad son los que se trabajan ahora en terapia, porque es este tipo de sentimientos los que encierran el núcleo de los conflictos en los que se juega la autonomía y la libertad.

Atenea (A).- Yo... pienso que yo no soy mala; que no tengo mala intención; si lo mismo que me veo a mí se lo viera a otra persona, diría: pues es buena chica. Pero cuando me lo aplico a mí, no me sirve: es como si no tuviera ningún valor. No me gusto.

Terapeuta (T).- (En alusión a una intervención anterior) Y cuando el arquitecto te dijo que estabas guapísima, ¿te gustabas?

A.- Hombre! Como me lo dijo, a lo mejor es que lo piensa. Pero por ejemplo, el sábado me paleé mucho con mi hermano y me sentí la más fea del mundo. No sé qué tendrá que ver.

T.- La culpabilidad... ¿No querrás no sentirte culpable, para no sentirte fea?

A.- Pues a lo mejor es eso... Es que no me siento bien conmigo misma... Y cada año, cuando se acerca la primavera, tengo ganas como de florecer, porque pienso que hay sol; y eso que el calor me sienta fatal. Y con el calor se me dan más las crisis. No lo soporto, me agobio, me mareo; me da un poco más de telele. Las crisis esas. Pero cuando viene la primavera, cada año me dan muchas ganas de ser libre, de empezar otra vez de nuevo.

T.- Y justamente por eso te da telele. Porque como eso es lo que necesitas, pero es lo que no puedes hacer... justamente cuando estás a punto de florecer. No te puedes permitir florecer, porque si fueras una flor, entonces ya serías tú; serías libre.

A.- Y ¿qué tengo que hacer?

T.- Pues llegar a florecer; no tener vergüenza de florecer. Te da miedo florecer.

A.- Es que florecer significa irme de mi casa y no saber nada de ellos y tener un poco más de dinero para comprarme lo que quisiera y enamorarme.

T.- Y que se enamoren de la flor.

A.- Sí..., no. Que decidiera yo; porque siempre se me han enamorado y siempre me he quedado con los que se han enamorado de mí. Que resulta que yo no he ido casi nunca con alguien de quien me haya enamorado yo... Decidir yo... Hace unos años tuve un amor. No fue un gran amor, pero sí, posiblemente, el más bello que nunca he tenido. Duró sólo un mes y medio. No había en él ni suciedad ni tristeza. Era todo ternura... Tal vez fue la única vez en que no he querido ser distinta a la que era... Y nada me daba miedo. Era yo vestida de rosa, calzada de rosa, con el monedero rosa, como seguramente me recuerda él... Era la más grande del mundo, la más feliz del mundo. Cualquiera lugar podía ser mi casa, porque mi casa era yo misma. Yo era mi protección, mi alegría, mi felicidad. Él admiraba mi

vitalidad, mi optimismo, mi sentido del humor. Estaba tan convencida entonces, me sabía tan joven, tan guapa, tan querida... Y sobre todo tan libre para escoger... Entonces era la alegría y la libertad. Ahora me siento en una jaula, desilusionada y mortecina... Dios mío ¿qué estoy haciendo con mi vida? No soy quien quiero ser, no hago lo que quiero hacer... me siento ridícula, fea y tonta por intentar ganarme la aceptación de los demás. Y a pesar de que actúo responsablemente, generosamente, a pesar de que creo que actúo correctamente desde cualquier punto de vista, con todo siento que soy yo la rara, la histérica y la culpable. Sería más fácil seguir la corriente, hacer como hizo mi madre con su hermana -la tía-, volverme esclava, sumisa, callada; no replicar, prostituyéndome por unas miserables migajas de aceptación. Pero no caeré en este juego: defenderé mis derechos, marcaré mi terreno, aunque ello conlleve enfrentamientos y falta de aceptación”.

Atenea está en un momento de su desarrollo personal en el que necesita eclosionar como una flor, permitirse ser ella misma, volar, abrirse camino, conseguir su propia casa, constituir su propia familia, pero para ello debe poder prescindir de las obligaciones que la atan al clan familiar, o al menos poder cumplirlas desde una posición de fortaleza y libertad. Pero ahí reside su conflicto moral: como muchos neuróticos confunde amor y dependencia (Villegas, 1992). Piensa que volverse independiente es sinónimo de abandonar a los demás. Confiesa que todavía tiene la fantasía de conseguir la armonía familiar y está sacrificando su existencia con tal de mantenerla. Como las estatuas de las vírgenes medievales no quiere moverse del lugar donde se encuentra, prefiere quedarse y ser venerada en el santuario de las cuatro paredes del domicilio familiar.

El carrito de la compra.

Juno, la diosa del matrimonio, es el nombre mitológico que otorgamos a la protagonista de este segundo caso por el rol arquetípico de esposa a través del cual se configura la problemática de nuestra paciente y en consonancia con el valor significativo que se atribuye a la figura del marido.

La paciente llegó a la consulta con un cuadro agorafóbico de manual. No podía alejarse de casa sin ir acompañada. Las calles le parecían mares procelosos que no podía atravesar, se apoyaba en los semáforos o tenía que pedir ayuda a otras personas simplemente para ir al otro lado de la acera. Intentaba hacer las compras más imprescindibles sin salir del ámbito estricto de su barrio, procurando no perder de vista el portal de su casa. Para desplazamientos más importantes debía ser acompañada por algún familiar y necesariamente en coche o en taxi, dado que no podía utilizar ningún otro medio de transporte -autobuses o metros- ni menos hacer el trayecto a pie.

Ya desde el inicio se puso de manifiesto que la patología de Juno tenía que ver

con el modo cómo se había constituido la relación de pareja. Una representación simbólica del problema vino sugerida por un sueño que tuvo el terapeuta aquella noche después de la primera sesión. El sueño representaba una casa sin tejado, como si se tratara de una casa de muñecas, que permitía observar todo lo que sucedía en su interior. La escena que se desarrollaba en aquellos momentos se configuraba entorno a una gran mesa ovalada. Todos los miembros de la familia del marido se hallaban ya sentados a su alrededor. Poco tiempo después hacía su entrada Juno, la cual, tomando asiento en la presidencia se dirigía a todos los presentes para decirles: “Yo tengo un problema que no es mi problema; es vuestro problema”.

Esta síntesis onírica del caso fue utilizada en la sesión siguiente como punto de partida para la exploración del significado psicológico de la patología agorafóbica. Juno se había casado enamorada, pero habría de pagar un precio muy caro por ello: el de la supeditación total a la familia de origen del marido. Como sucede con frecuencia, particularmente a las mujeres, el enamoramiento suele ser fuente de autoengaño. En primer lugar por no querer ver los condicionantes fácticos que inevitablemente acompañan a cualquier relación y, en segundo lugar, por pensar que con el amor basta (Beck, 1988). De este modo mujeres de una gran valía personal y profesional llegan a aceptar condiciones de supeditación que implican una total anulación de sí mismas. Y eso es lo que le sucedía a nuestra paciente.

Para empezar, Juno se había llevado a engaño incluso respecto a la edad de su futuro marido, al que conoció bastante joven. Este tenía un hermoso cabello plateado que le otorgaba un aire mayor y más maduro, que no se correspondía con su edad real. En efecto, contrariamente a lo que ella pensaba y tardó en descubrir, él era unos años más joven que ella. Mantenía una relación muy estrecha con la familia de origen, particularmente con los padres, el hermano y la futura cuñada, de modo que se debía compartir con ellos casi todo: la casa, las diversiones, el coche, las fiestas... Esta situación que se daba en el noviazgo, continuó, a pesar de las promesas en contra, después del matrimonio, hasta el punto que con el tiempo, una vez casados, los hermanos se compraron sendos terrenos en la misma urbanización para construirse sus casas una al lado de la otra.

Juno intentaba poner alguna distancia, pero conseguía muy poco. Por ejemplo, consiguió que finalmente el intento de construir las casas una al lado de la otra en la urbanización no se llevara a cabo, trasladándose unas calles más abajo. A pesar de todo, las visitas de los cuñados, la utilización conjunta de la piscina en verano, las autoinvitaciones de la suegra constituían una pesadilla insoportable, cuyas causas no se atrevía a enfrentar. Pero la amenaza más importante para la autonomía de Juno provenía de la relación posesiva de la madre del marido respecto al hijo y la adoración de éste por la madre. Esta amenaza se veía frenada por la presencia del suegro, el cual controlaba de algún modo el expansionismo de su mujer.

Esta amenaza, sin embargo, se hizo realidad el día en que murió el suegro. Con él desaparecía la garantía de control; también en este punto se sintió engañada Juno.

Ella había aceptado casarse con la condición de no verse obligada a hacerse cargo de la familia de origen del marido. El incumplimiento reiterado de las promesas por parte de éste respecto a esta cuestión le hacía temer lo peor. En estas circunstancias estalló la sintomatología agorafóbica, que se iba alimentando con las continuas llamadas e intromisiones de la suegra. Ésta, al igual que los cuñados, resultaba particularmente desagradable para nuestra paciente por su manera de ser y el peculiar estilo vejatorio y burlón que infundía a sus relaciones interpersonales. Juno apreciaba particularmente a su marido porque no era así con ella, sino todo lo contrario, gentil y formal, y extraordinariamente educado y meticuloso en sociedad, aunque cuando estaba a solas con su familia de origen se transformaba y entraba en el juego de las palabrotas y las bromas pesadas. Esa era una de las razones por las que ella le había hecho jurar que se mantendría alejado de su familia después del matrimonio. El incumplimiento de estas promesas había causado el mayor daño posible a una relación de pareja: la falta de confianza.

La falta de confianza estaba en la base de las crisis de ansiedad de la paciente. Ésta hacía lo imposible por complacer al marido, pensando ilusamente que así lo ganaría para ella y lo apartaría de la familia de origen, idealizando sus cualidades, evitando contradecirle, cuando lo único que conseguía era reforzar la posición sumisa en que se hallaba situada. Esta sumisión se había ido configurando ya desde los primeros momentos de la relación. Una de las demostraciones más paradigmáticas de esta sumisión se puso de manifiesto en ocasión de una tarde de playa. El matrimonio todavía joven, había ido a pasar con los hijos pequeños, la tarde a la playa. El marido deseaba utilizar una pequeña barca de goma con un remo para adentrarse un poco en el mar y propuso a la mujer y a los niños acompañarle. La mujer estaba muerta de miedo y no quería de ningún modo subir a la barca y menos que lo hicieran los niños. Pero ante la insistencia de éstos y del padre accedió presa del pánico. La experiencia fue angustiosísima; la barca fue fácilmente arrastrada por el oleaje y las corrientes de agua; la playa se alejaba cada vez más irremediablemente y los esfuerzos por volver a ella resultaban inútiles. Por fortuna fueron avistados por una barca a motor y remolcados hasta la orilla, de lo contrario hubiera podido suceder lo peor.

En esta época todavía no habían aparecido los síntomas, porque ella continuaba creyendo que podría atraerlo hacia sí y apartarlo de las influencias familiares. Sin embargo, las causas de la desconfianza se iban ahondando. Esta falta de confianza tenía por objeto el marido, pero también cada vez más iba perdiendo la confianza y la seguridad en sí misma. El marido le causaba en cierta medida admiración y miedo. Hombre dotado de una gran capacidad de trabajo, inteligente, aunque autodidacta, había conseguido situarse muy bien en el trabajo. Ella en cambio, lo había dejado todo al casarse, por el matrimonio y los hijos. Mientras éstos fueran pequeños ella tendría una justificación en su vida; más tarde ya se vería. Al principio del matrimonio todavía intentó presentarse a unas oposiciones a banco, pero

abandonó el intento porque su marido, que en cuestiones laborales es muy exigente y severo, actuaba de profesor y examinador simultáneamente. Sintió que no podría nunca superar el examen con él. Con el tiempo este rigor se apoderó también del ámbito familiar. Un buen día, y a propósito de los gastos que generaba la construcción de las casas en la urbanización, el marido decidió controlar toda la economía familiar, desde las cuentas bancarias al presupuesto mensual, de modo que le quitó el acceso libre a las fuentes de dinero y le privó de iniciativa en la administración de la casa. En adelante tendría que planificar y justificar todos y cada uno de los pasos económicos que pudiera dar, la compra de comida, ropa, colegios de los niños, y demás.

Con la sensación de vivir en un círculo cada vez más estrecho y asfixiante Juno sentía en lo más hondo de su ser la soledad y la separación afectiva del marido. Sin embargo a nivel de comportamiento continuaba manteniendo las apariencias y las formas. Necesitaba una salida expresiva para sus sentimientos y escogió el camino intimista de la poesía. Esta, se ha dicho con frecuencia, es fruto de desamores. Ella lo resumió a la perfección en el siguiente poema, titulado “Por caminos separados” (ver Cuadro).

Este poema, que forma parte de una variada colección, fue escrito en plena crisis agorafóbica. En él se manifiesta una clara conciencia de la problemática relacional y de sus causas y remedios: la necesidad de volver a la autonomía individual. Pero la dependencia sintomatológica de la situación sólo se apunta de forma simbólica a través de metáforas o imágenes, de modo que la paciente misma no es capaz de establecer una relación de causa/efecto, o si se prefiere de significante/significado entre la problemática de la libertad y la patología agorafóbica. Entre las imágenes usadas por la paciente para expresar el cerco agorafóbico la siguiente es tal vez la más evidente, puesto que en ella hay una alusión directa al estrechamiento del espacio: “que desde que me cerraron los campos, me acorralaron”. En el poema aparecen todos los temas de Juno: la dependencia de la relación, el desengaño amoroso, el sentimiento de soledad, la importancia de los hijos, la posibilidad de la autonomía, pero por encima de todos la imposibilidad de renunciar al amor esponsal: “te seguiré queriendo, eso no creo poder olvidarlo... Y si con el tiempo pudiera también volver a tus brazos”.

La importancia y el peso de esta relación, junto a la imposibilidad material de la separación llevaron al terapeuta a la decisión de convocar a la pareja a la terapia. El desencadenante de esta decisión fue una experiencia de la paciente. Esta había sido capaz de atravesar la calle sola porque casualmente se había apoyado en **el carrito de la compra**. Como un niño pequeño que empieza a caminar cogido a un llavero que en realidad sostiene él, Juno podía ir sola si encontraba un apoyo. No necesitaba tanto la compañía, que ya la tenía -el marido la acompañaba las veces que hiciera falta-, sino su *apoyo*. Incluso para una eventual separación, ella lo hubiera necesitado: “No deseo robarte nada, sólo te quiero a mi lado; no de mi parte, sino

POR CAMINOS SEPARADOS

En la intimidad de mi senda
hay dos amores frustrados
cogieron en su día
caminos equivocados

Nos enseñaron los campos
a ver sólo sus encantos
caminamos día a día
muy unidos de la mano

Era un camino llano
con sus caños de agua clara
caminos que recorrimos
que son ahora mi añoranza

Ahora todo aquello ha pasado,
quiero olvidarlo,
porque me has anulado;
de tu vida no soy sino
un pobre pedazo

Debimos hablar,
largos y largos ratos
no me dejaste,
estabas asustado

Seguiré mi camino,
seguiré recordando,
seguiré haciendo poesías
y seguiré pintando

Veré crecer a nuestros hijos
que es lo único que andamos
le pediré a Dios a gritos
que no caminen equivocados

Volveré a mi pelo largo,
a mis moños,
o a mis trenzados
olvidaré lo que a ti te gusta,
¡porque ello es necesario!

Te seguiré queriendo
eso no creo poder olvidarlo
pues si eso fuera posible,
¿por qué acude a mis ojos el llanto?
¿por qué te espero?
¿por qué te llamo?
¿por qué deseo estar a tu lado?

No deseo robarte nada
sólo te quiero a mi lado
no de mi parte,
sino a mi lado

Sólo quiero vivir mi vida,
que desde que me cerraron
los campos me acorralaron
no me dejaron cantar a la vida
me oprimieron, me angustiaron

Tú te asustaste,
no te tuve a mi lado.

Las nubes daban vueltas
Los sauces lloraban sangrando
La fuente de mi vida
gritaba perdida
el diablo quería hacer escarnio

A ti te sentía sordo
nuestro camino separado
había comenzado
Por eso necesito volver
a mis libros, a mis poemas,
a mis risas y a mis llantos.

Pero a los míos;
no a aquellos
que han querido hacerme daño
Y si con el tiempo pudiera
también volver a tus brazos

a mi lado”. En estos mismos términos, es decir para obtener su apoyo para lo que fuera, fue convocado el marido. Este acudió solícitamente, pero con una actitud extremadamente fría y racional, criticando muy sutilmente “las reacciones exageradas o irracionales de ella”. Estaba claro que no la apoyaba, aunque estaba dispuesto a colaborar en su curación. Naturalmente los primeros encuentros fueron tensos y difíciles para ambos, pero permitieron romper el hielo, expresar las cosas que nunca se habían dicho. Durante este período de la terapia la paciente tuvo un sueño en el que se vio a sí misma “toda llena de un pus que acababa por reventar, salpicando a todo el mundo excepto al marido, que se protegía con un paraguas”

El terapeuta puso de relieve cómo la esposa se había supeditado en su relación con el esposo y cómo esta actitud equivocada de ella había reforzado una estructura relacional que no era libre. Un ejemplo flagrante de este error de Juno lo constituía el episodio de la barca. Este caso, además, demostraba cómo Juno no revelaba sus sentimientos, actuando como si no pasara nada, y de este modo le ocultaba información importante, pensando, tal vez erróneamente, que a él no le gustaría oírlo. Así, unos acontecimientos recientes muy graves que afectaban a la vida del hijo, ella se los había estado ocultando para protegerle a él y al chico. Pero con ello no se solucionaban los problemas y además se pagaba un precio muy caro, el de su agorafobia. Como era de suponer el marido no comprendió inicialmente la relación entre los síntomas y los problemas de comunicación o de relación; pero admitió que éstos existían y se dispuso a colaborar. Después de algunas sesiones consideró que ya no era necesario continuar asistiendo, puesto que ahora durante la semana la pareja hacía su propia terapia en casa, hablando de los problemas que afectaban a la relación en lo cotidiano.

Juno no había encontrado todavía un apoyo, pero sí una posibilidad de diálogo. Con ello empezaba a sentirse más libre y segura, pero a la vez veía más claramente una amenaza a su relación. ¿Cómo se podría compaginar la fidelidad a la relación con la autonomía personal y psicológica? La solución de los problemas ¿pasaba necesariamente por la ruptura del matrimonio? Este era un tema central en su vida. Ella había renunciado a todo, a su trabajo, a sus estudios, desde su juventud por el matrimonio ¿tendría que echarlo simplemente por la borda? Además, el matrimonio jugaba un papel trascendental en su mundo personal y religioso: cuando sentía la crisis y la desesperación acudía a la Biblia y leía y releía los párrafos en los que se reitera que “el hombre y la mujer dejarán a su padre y a su madre, y se unirán en una sola carne”. Había intentado durante mucho tiempo convencerse de la indisolubilidad del matrimonio. Pero ahora ya no le servía la Biblia. La quitó de la mesita de noche y la guardó en un armario. Quería curarse. Estaba decidida a hacer lo que hiciera falta, pero si era posible combinando su autonomía con el amor: “Y si con el tiempo pudiera, también volver a tus brazos”.

Quedaban, sin embargo, escollos muy duros que superar. A pesar de que la relación parecía haber mejorado sensiblemente a nivel superficial, no se había

resuelto el núcleo de la problemática ligada a la dependencia del marido respecto a la madre. Ésta saltó un día imprevistamente de la forma más cruda. El marido también había aprendido en la terapia a expresar sus pensamientos y en una conversación sobre el futuro que le esperaba a la madre, manifestó su intención de llevársela a vivir consigo: “Quiero mi madre para mí, y tú tendrás que irte de esta casa si no la quieres. Cuando entre ella por esta puerta, tú tendrás que irte a vivir a un hotel”. Estaba claro hasta aquel momento que el síntoma agorafóbico la protegía de irse de casa, le permitía guardar su sitio (“*la por guarda la vinya*” -dice un refrán catalán- cuyo significado puede traducirse por “el miedo nos mantiene vigilantes”). Nadie se atrevería a quitarla de en medio, mientras ella estuviera condenada a no poder salir de las cuatro paredes de la casa, sin alejarse más de lo preciso para poder vigilar desde la calle el portal, a fin de mantener el control de su territorio. Ahora veía claramente el rostro del ángel de la expulsión del paraíso. En aquel momento le cogieron “unas ganas enormes de irse de casa”, lo que sería por definición la curación de cualquier agorafóbico. El episodio dio lugar, sin embargo, como era de prever, a una intensa reacción depresiva. Pero no fue en vano. El marido quedó estupefacto: “pensaba que era libre, que podía llevar al acto mis pensamientos”, fue su comentario. Por primera vez se hacía explícito que éste no era un tema *libre* para la pareja, sino objeto de negociación. Tal vez ahora se podía plantear el tipo de apoyo que Juno necesitaba: el reconocimiento de sus derechos y de su libertad frente a otros tantos derechos y libertad del marido que habían de ser mutuamente reconocidos y negociados, si no se quería romper la relación.

A partir de estos hechos la posición de Juno se ha consolidado. Considera la posibilidad de la separación, pero prefiere la alternativa de mantener la relación, siempre que ésta no implique una renuncia sistemática a sí misma, como lo había hecho hasta ahora. Una de las salidas que ha encontrado a su autonomía es la de dedicarse a la pintura y otras actividades artesanales, habiendo realizado incluso alguna exposición. Pero lo más importante es que ha aprendido a plantear sus necesidades y a hacerlas objeto de negociación. Ahora no está tan cerrada a la posibilidad de tener que cuidar a la suegra, pero no a cualquier precio y menos sin que sea ello estrictamente necesario y sin contemplar otras alternativas, si se da el caso. Todavía estos planteamientos le causan de modo ambivalente rechazo y culpabilidad; pero al menos ahora siente que podrá negociar, que no deberá mantenerse en la agorafobia para defender su territorio en casa.

El marido, por su parte, se muestra más flexible, interesado y reconciliador. Ante la perspectiva de las bodas de plata que se cumplen el año próximo, el marido le ha propuesto “volver a empezar”, renovando simbólicamente la ceremonia del casamiento con ritual religioso y alianzas incluidas. Ella se siente algo reticente y desconfiada ante esta propuesta y prefiere dar tiempo al tiempo.

Uno de los síntomas inequívocos de su mejora es que ya desde hace tiempo acude sola a la consulta, a veces todavía en taxi, pero generalmente en autobús o

metro. Asiste a bailes de salón, hace excursiones por la montaña y, recientemente, ha sido capaz de asistir a una fiesta de empresa en Madrid haciendo el traslado en avión de una manera totalmente satisfactoria para ella y su pareja. Pero, sobre todo, es la personalidad de Juno la que se está recuperando, reencontrando su autonomía y redefiniendo su posición en la pareja. Como dicen los filósofos del Tao “el secreto del éxito en el drama de la vida consiste en otorgar a cada cosa su debida proporción y en ser capaz de reconocer a cada uno su lugar sin perder el propio”. Juno había renunciado a su lugar en la vida y en la familia, ahora lo está recuperando, por eso el espacio ya no se presenta tan amenazante ni restrictivo como antes.

La plaza de la catedral.

La tercera de nuestras pacientes recibirá el nombre de la diosa Diana, con la que comparte claramente los principales atributos: intuitiva, sensible, feminista, competidora, dotada de una gran capacidad para establecer los fines propios y alcanzarlos: sus puntos fuertes son la independencia y la autonomía. Con unas características así podría pensarse que estos personajes son invulnerables a la patología neurótica. Sin embargo, tienen sus puntos débiles como todo el mundo. En este caso vemos afectadas las principales relaciones afectivas de la paciente: sustitución del padre biológico, por un padre adoptivo o padrastro; problemas con los hijos, particularmente, como se verá con la hija mayor; una relación matrimonial forzada y ambivalente con el marido; y, característicamente, unas expectativas mutuas no satisfechas entre madre e hija.

Diana tenía 36 años en el momento de tomar el primer contacto con el CAP. La paciente acudió al Centro con una derivación por trastornos psicósomáticos; presentaba también síntomas agorafóbicos, aunque éstos no habían sido inicialmente el motivo de la consulta en el hospital derivante. Como síntomas característicos citaba “mareos, vómitos incontrolables, inapetencia, dolor abdominal, sensación de incapacidad para cualquier cosa. Duran de dos días a una semana. A veces no me siento capaz ni de coger el coche”.

Ella es la hermana mayor de una fratría de nueve, si bien sólo tres son hermanos, siendo los otros hermanastros. Los síntomas actuales (vómitos) empezaron con el abandono de la familia por parte del padre que se juntó con una sobrina veinte años más joven que él. La separación de los padres ocurrió cuando ella, la mayor, tenía siete años, contrayendo ambos segundas nupcias. De estas nuevas uniones nacieron seis hijos más, tres por pareja. Estas nuevas parejas con sus hijos propios formaron nuevas familias, de modo que cuando los padres se separaron, la paciente y sus dos hermanas fueron internadas. Ella consiguió que la abuela la adoptara, lo que le hizo sentirse culpable frente a las dos hermanas menores que se quedaron en el colegio. La paciente atribuye la causa de sus problemas a este abandono temprano que la puso en situación de tener que hacerse cargo de sí misma y de sus hermanas, siendo todavía muy pequeña.

“El otro día se dijo aquí que no hay que sobreproteger a los hijos, pero es que en mi casa fue todo lo contrario. Cada uno hacía lo que podía y eso luego desencadena estas cosas, que los hijos se van metiendo en líos porque no están preparados.

Está casada y es madre de dos hijas una de 10 años y otra de 6. La hija mayor nació con un notable retraso neurológico. Los neurólogos le han pedido recientemente hacerse una resonancia magnética para investigación, porque piensan que el problema de la hija viene de familia, por parte de madre.

El problema de mi hija es que, según dicen los neurólogos, tendría que ser un vegetal ¿no?; porque su cerebro no se formó bien. Lo que dicen es que las pocas neuronas que funcionan son tan buenas que ha conseguido todo eso (leer, por ejemplo). Yo me siento orgullosa de haber cooperado a eso, porque desde que nació es una de las cosas que más me afectó. Me sentí ya madre, pero en este sentido de obligaciones, de trabajo y de responsabilidades que yo siempre había querido huir. Yo llegué a desear que mi hija se muriera, ¿no?. No me parece raro porque te enfrentas con una cosa, que sobre todo lo primero que piensas es que esa criatura va a sufrir mucho en la vida ¿no?. Entonces, claro, evitarle ese sufrimiento pues esa es la manera, pero luego piensas, bueno si también se pueden hacer cosas y esto te lo has de plantear cada día. Y entonces, el arma fue ésa: encontrar la forma de aprender cómo aceptar lo de esa niña, cómo ayudarla. Y desde luego me han ayudado mucho psicólogos y maestros y toda la gente que ha estado a su alrededor. Dicen que cuando sea mayor, que es lo que a mí me preocupa, no sabrá dar el cambio cuando vaya a comprar y demás, o sea que siempre la tendrá que guiar alguien. Pero de todas maneras yo tengo mucha confianza en el futuro. Lo que no me gusta es que es muy lenta y yo siempre he sido muy rápida, y entonces yo me cabreo con ella y esto es una contradicción para mí. Pero como no lo acepte así es que entonces me muero, que es lo que pensaba antes; bueno morirme no, sino volverme loca. Y era desesperante, y sufría yo, y sufría todo el mundo. Y había incluso llegado a pensar pues buscar, no sé, dejar a mi hija en algún sitio, porque no me veía capaz yo de asumir esta responsabilidad y toda mi vida, ni tampoco de enfrentarme a eso y ayudarla.”

Con el tiempo esta niña se ha convertido en la moneda de cambio entre madre e hija a través de la cual Diana intenta reparar el abandono que sufrió en su niñez por parte de sus padres, particularmente de la madre que la puso en un internado, dándole la oportunidad para ser la buena madre y abuela que nunca fue. De este modo y ante la circunstancia de un cambio de colegio madre e hija acordaron que la niña se quedaría a comer en casa de la abuela que vive en el mismo pueblo donde la niña asiste al colegio:

“Mi madre me dijo que bueno, que como ella estaba en el mismo pueblo

que el colegio donde va la niña se la quedaría a comer y que estaría contenta de hacerlo, y que encima le haría compañía. Y además yo le dije que le pagaría lo mismo que en el colegio, que de alguna manera se está quejando siempre de que tiene problemas económicos, y que con este dinero también entraría la comida de ella. Y a mí me pareció una buena idea, porque la niña está mucho por mi madre, y pensé que como mi madre de pequeña nunca se quiso ocupar de ella, pues ahora le brindaba la posibilidad. Bueno de alguna que yo también me viera recompensada, ¿no? Porque cuando yo pedí ayuda con mi hija, nadie me ayudó y la situación era muy grave. Porque además yo estaba enferma y no podía, o sea que tuve que hacerlo sola.

Una de las trampas más frecuentes en las que se enganchan los neuróticos es la de querer cambiar a los demás, particularmente a los seres “queridos”, por una incapacidad de aceptarlos con sus defectos e insuficiencias, la de darles la oportunidad para reparar los errores pasados. “Cuanto más putean los padres a los hijos, más quieren los hijos a los padres”. Pero el enganche de Diana es particularmente con su madre, dado que continúa relacionándose con ella y con el padrastro de quien “ha aprendido muchas cosas que no habría aprendido, en cambio, de su padre”. Con su padre hace ya mucho tiempo que cerró la puerta:

“Mi padre se marchó de casa cuando yo tenía siete años y yo sé que sufrí mucho y me pasé muchos años esperando a que volviera, pero también sé que me hizo un favor en cierta manera al irse, porque cuando lo veo entiendo que no nos habiéramos llevado nunca bien él y yo”.

Pero con la madre siempre ha sido “una de cal y una de arena”. Diana mezcla la nieta con la abuela, el ayudar con el compensar, el ir a comer con la compañía y el dinero. No hay tratos libres entre madre e hija. En consecuencia la madre intenta retenerla siempre que ella inicia pasos de autonomía. La paciente estaba en estos momentos de la terapia intentando abrirse camino para llevar a cabo unos estudios y montarse un negocio; pero de nuevo la madre con sus quejas y sus incumplimientos venía a dificultar su desarrollo, a impedirle cerrar definitivamente una puerta, la del pasado.

“Porque ahora, por ejemplo, me he ido examinar de los cursos que estoy haciendo y estaba intentando montarme un negocio, y tal... Y ahora otra vez ya me siento atrapada, ¿no? El problema lo tengo con mi madre; además está mi hija por medio y encima, quiero decir, yo es que pienso últimamente que mi madre no tiene una capacidad, digamos que intelectual, como para poder entender ciertas cosas mías. Y entonces, digamos que si no estuviera mi hija por medio yo ahora podría cerrar la puerta como he hecho otras veces y así, pues, problema resuelto. Pero al estar mi hija por medio (aquí se extiende sobre problemas domésticos con la madre, la cual últimamente se queja de estar enferma y “lanza todos sus problemas sobre mí”) Y bueno, es que me

está creando unos problemas que me estoy todo el día colgada al teléfono... La llevé incluso el otro día a urgencias, porque decía que tenía un dolor muy fuerte y que no podía caminar, y bueno yo le dije que si no podía caminar ¡vale!, que iría a buscar la niña al colegio y que haría la comida, pero que ocuparme de la casa eso no lo iba a hacer, porque en casa de mi madre viven mis tres hermanastros que son mucho más fuertes que yo, incluso que tienen muchas más horas que yo y además está mi padrastro, quiero decir que eso es cosa de ella, no cosa mía. Pero claro es que también no sé si me incumbe hacer todo esto.. Porque mi madre también tiene a su marido, que es mi padrastro ¿no? Quiero decir que él se va a trabajar y vuelve por la noche cuando todos están durmiendo para no ver los problemas. A más es que este problema ahora vuelve a hacer renacer todos mis problemas digamos desde pequeña con mi madre. El otro día soñé que yo llegaba con una maleta de visita a casa de mi madre y me encontraba con el panorama que mi madre acababa de tener otro bebé. Y yo le decía: ¡pero mamá, a tu edad! Bueno el resultado es que me tuve que hacer cargo del bebé, que además no funcionaba la cocina, en la casa estaba todo averiado, y bueno eso era mi infancia. Y por eso digo yo que estoy volviendo a revivir todo eso... y además tengo un pánico a que mi hija mayor lo viva y le pueda afectar como a mi me afectó; sobre todo porque sé que ella aún tiene menos capacidad, digamos, para poder asumir las cosas... pero también temo ser injusta con mi madre, que a lo mejor no sea una cosa pasajera. Pero yo ya me veo como de pequeña, afrontando todos los problemas, y creándome luego yo mis propios problemas a consecuencia. Por eso digo que son historias, porque me suenan a historias. Lo que no quiero es ser injusta, que a lo mejor se encuentra mal y necesita ayuda. Mi madre es como mi hija mayor; entonces tampoco puedo tratarla como una persona normal, o sea que no puedo cerrarle la puerta tan fácilmente. De alguna manera tendré que hacer como he hecho con mi hija, intentar adaptarme a su manera de ser, para comprender sus maneras de reaccionar. Pero me da la impresión como que ella quisiera que estuvieran por ella. Y esto es lo que ha hecho siempre. Siempre en la cama enferma. Es la imagen que tengo de mi madre desde mi infancia.

Otro ámbito importante en las relaciones problemáticas de Diana es el del matrimonio, donde se siente también atrapada. “Casada hace 14 años con un hombre un año mayor que ella, -leemos en el informe de admisión en el CAP- se ha sentido poco apoyada en la función de madre e insatisfecha en la de esposa:

“Mi marido no ha aceptado que la niña no es normal. Me deja un poco sola y voy dando tumbos. Yo cuando nació la niña ya me di cuenta de que no era normal y al principio no sabía cómo asumir esto y es lo que más ha trastornado mi vida. Hace dos años estuvo internada en el hospital a causa

de un problema de epilepsia que también le surgió, y eso fue cuando yo me puse enferma. Menos mal que mi marido se ocupó de ella, porque es que yo vomitaba constantemente y es que no podía hacerme cargo de la situación, hasta que él me dijo: oye aquí te la dejo y ya te apañarás. Y entonces pues yo me tuve que poner”.

A pesar de esta postura evasiva del marido, Diana no concibe las relaciones matrimoniales como relaciones de sumisión, ni como limitadas a la función reproductora o de maternidad. Tiene muy clara la distinción transgeneracional entre la pareja parental y la pareja esponsal. Para ella debe preservarse la autonomía e identidad de la pareja esponsal, incluso frente a los hijos:

“Mi marido y yo estamos siempre reivindicándonos a nosotros mismos. O sea que tenemos una relación entre nosotros y la relación con las niñas es otra relación; quiero decir que no tiene por qué anular la vida de pareja”.

Ya hemos visto, sin embargo, cómo el marido rehuye las responsabilidades, de las que ella intenta hacerle partícipe. Además no hay acuerdo tampoco en la relación esponsal entendida como un espacio de autonomía igualitaria. Con frecuencia el marido intenta imponer sus puntos de vista en el ámbito de la sexualidad, exigiéndole la satisfacción de sus fantasías. Entre ellas figura la de tener relaciones promiscuas y homosexuales, intercambio de parejas, *ménage a trois*, etc. La paciente se ha planteado con frecuencia la sumisión a estas exigencias del marido con tal de mantener la relación, aunque ello le produce náuseas en lo más profundo de su ser.

Fue en el contexto del análisis de esta problemática cuando se le hizo clara a Diana la estructura de su conflicto. Paseando por la **plaza de la catedral** en vísperas de las fiestas de Navidad acudieron a la memoria de la paciente una serie de imágenes y recuerdos relativos a los orígenes de la relación. Se encontraba ella en un momento de su vida, plétórica de proyectos e ilusiones, en el que atravesaba frecuentemente esta plaza para ir del trabajo al estudio y del estudio al trabajo, los ejes que iban a construir su futuro. Formaba parte también de este futuro la relación amorosa que mantenía con el que iba a ser su marido, pero éste ya le planteaba algunas propuestas inaceptables. Ella pensaba de modo ambivalente o que él cambiaría o que ella sería capaz de adaptarse, entendiendo precisamente esta adaptación como un aumento de su capacidad exploratoria en el ámbito de la sexualidad. Con esta ambivalencia entró en la relación, pensando obtener a cambio la correspondencia del marido en un plano igualitario. Los acontecimientos posteriores, particularmente la problemática desencadenada a propósito del nacimiento de la niña mayor, demostraron la ingenuidad de su planteamiento. La inhibición del marido respecto al cuidado de la hija repercutió en una notable limitación de su capacidad exploratoria, debiendo renunciar a sus estudios, a sus proyectos de trabajo, a sus cosas: “Yo disfruto de alguna manera cuando veo que la niña ya se espabila. Pero yo disfruto sobre todo con mis cosas; no con las de los demás”. El

precio pagado por esta relación y sus consecuencias había sido el de la renuncia y limitación de sí misma. De pronto se sintió abandonada por todos. Se planteaba abandonarlos a todos a su vez, pero sintiéndose acorralada al verse obligada y comprometida por su función maternal, quedó reducida al espacio de lo doméstico, desarrollando una visión amenazadora del espacio exterior, típico de la agorafobia. Ella tenía que cuidarse de la niña, renunciando a todos sus proyectos, y a la vez necesitaba del marido para que los mantuviese a los dos. No podía escapar.

La comprensión de este proceso de sumisión y autolimitación le ha llevado al replanteamiento de la relación y ha desembocado recientemente en un ruptura de la misma, pero no sin resolver previamente una serie de conflictos, adoptando una perspectiva de clara autonomía y de protección de sus intereses. La separación se ha hecho posible a partir de que la paciente consiguió unas condiciones muy favorables para ella pactadas legalmente. Por una parte no ha sido preciso que ninguno de los dos abandonara físicamente la casa. La estructura arquitectónica de la misma permite que ambos cohabiten en ella de modo independiente, dado que existen puertas y niveles distintos que han facilitado la división de la casa en dos con la simple construcción de un muro. Han acordado igualmente la patria potestad compartida. Ella se ha quedado con las hijas, pero el padre las puede ver cuando quiere o ellas lo desean. Él ha accedido a hacerse cargo de los gastos de colegio de las hijas y de la manutención de la ex-mujer. Ambos se respetan sus propias vidas sentimentales o sexuales sin fiscalizarse mutuamente. Ha marcado claramente las distancias con su madre, limitando su actuación a situaciones concretas de auténtica necesidad. En el momento del alta comenta: “Todas mis relaciones han mejorado. Me siento físicamente muy bien. Incluso las fobias están pasando. Manejo muy bien el coche”. Ha retomado sus planes de estudios y proyectos de negocios. Ha asumido, en definitiva, el control de su vida y de sus decisiones. Ha recuperado su libertad.

CONSIDERACIONES FINALES

De la consideración conjunta de los casos que acabamos de referir se puede extraer, más allá de las diversas posiciones teóricas explicativas, un elemento en común: todas las protagonistas de nuestras historias se sienten obligadas a hacerse cargo de relaciones que viven como limitadoras de su libertad. La crisis de Atenea se dispara en el momento en que está punto de firmar las escrituras de un terreno para construirse una casa, símbolo de su independencia y, en consecuencia, del abandono de sus obligaciones respecto a la familia de origen. Juno desarrolla una agorafobia a partir de la muerte del suegro que actuaba de escudo protector o garantía frente a la amenaza de tener que hacerse cargo de la suegra. Para Diana el nacimiento de la hija con graves déficits neurológicos conlleva una grave amenaza a la libertad de desarrollo, implica la obligación de hacerse cargo de ella por toda la vida e incluso después de su muerte preveyendo una seguridad de asistencia para su futuro. Todas tienen en común construir la libertad autonómica como incompatible con las

obligaciones contraídas desde la fatalidad de un destino no escogido libremente. Este aspecto fatalista y de incompatibilidad autonómica es el que está sujeto a evolución moral a través del trabajo terapéutico. La superación de esta problemática concreta constituye además una oportunidad para su desarrollo global.

Podemos intentar describir la lógica moral de nuestras pacientes en los términos siguientes: Hacerme cargo de los demás -obligación moral- implica una limitación a mi libertad, un estrechamiento de la actividad exploratoria: “Salir de casa supondría descuidar mis obligaciones. Evitando la exploración me quedo en casa -me pongo en situación de hacerme cargo-; pero a la vez estoy mal, con lo que no puedo hacerme cargo, me veo obligado a delegar y a hacer que los demás se hagan cargo también de mí”. En pocas palabras: el agorafóbico se queda en casa -que es lo que debe- para no irse -que es lo que quisiera o necesita. El síntoma señala el conflicto, a la vez que lo protege de su evolución o resolución autonómica.

La agorafobia no es posesiva como los celos (Castilla del Pino, 1995). Situada a nivel siconómico, actúa como un freno a la autonomía (Villegas, 1993); mientras que los celos, situados a nivel anómico, consideran al otro como un objeto de propiedad y no admiten su independencia. No es el miedo a que los demás me dejen, sino la imposibilidad de dejarlos sin romper mis obligaciones morales el factor determinante de la agorafobia. Afecta a personalidades exploradoras o necesitadas de independencia (Sassaroli y Lorenzini, 1990) las cuales, llegadas a un punto determinado de su desarrollo, necesitan de una mayor autonomía que, dadas unas determinadas circunstancias relacionales o existenciales, es construida como moralmente conflictiva. Se trata de un conflicto simbólico -epistemológico-, expresado a nivel subsimbólico -sensorial-.

Existe a nuestro juicio en la agorafobia un desarrollo cognitivo-social incompleto en el que se equipara independencia con ausencia de compromiso moral. “Conseguir la independencia conllevaría el incumplimiento de mis obligaciones; como me siento obligado debo limitar mi necesidad de exploración; como esta limitación va en contra de mi necesidad de exploración el espacio se vuelve sintomáticamente amenazador, forzándome a evitarlo; limitando mis necesidades me siento mal; si me sintiera bien estaría obligado a hacerme cargo, no tendría excusa; no quiero hacerme cargo, no puedo curarme, prefiero estar mal”. La resolución de este conflicto exige la elaboración de un sistema epistemológico más complejo, a nivel tanto cognitivo como moral, en el que resulten finalmente compatibles autonomía y compromiso moral o responsabilidad. Con frecuencia la resolución de estos conflictos no es posible sin la resolución previa de condicionantes fácticos en los que se tienen que empeñar tanto los componentes afectivos como cognitivos a través del desarrollo de estrategias de negociación y de resolución de problemas. Esta es la razón por la que tanto la crisis psicológica como el análisis de la sintomatología que la acompaña pueden convertirse en una ocasión de oro para hacer de la terapia un espacio de desarrollo integral de la personalidad.

En este artículo se parte de la concepción de la agorafobia como una limitación de la libertad, pero no entendida únicamente en su aspecto de movilidad física, característica de la dimensión sintomática del trastorno, sino como capacidad de decisión y de compromiso. Las situaciones en las que la persona se halla ante un conflicto relacional implican con frecuencia serias limitaciones a la libertad personal, que pueden materializarse a través de la sintomatología agorafóbica. La naturaleza última de estos conflictos relacionales requiere, en parte, la superación de verdaderos dilemas de carácter moral, tal como se muestra en los casos que ilustran el artículo.

Referencias Bibliográficas:

- BECK, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper & Row.
- BOLEN, J. S. (1993). *Las diosas de cada mujer*. Barcelona: Kairós.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1995). Celos, locura, muerte. Madrid: Temas de hoy.
- ERIKSON, E.H. (1959). Identity and life cycle. *Psychological issues*. Monograph, 1.
- EY, H. (1976). *La conciencia*. Madrid: Gredos
- FEIXAS, G. & VILLEGAS, M. (1993). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU.
- FREUD, S. (1923). *Das Ich und das Es*. (El Yo y el Ello) En Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva
- GEBSATTEL, V. E. von (1964). *Imago Hominis. Beiträge zur einer Personalen Anthropologie*. Schweinfurt: Verlag Neues Forum.
- KOHLBERG, L. (1976). Moral stages and moralization. In T. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior*. New York: Holt, Rienhard & Winston.
- MARCIA, J. (1993). Counseling y psicoterapia desde una perspectiva evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 5-15.
- MIRAPEIX, C. (1994). Psicoterapia cognitivo-analítica. Un paradigma de integración en psicoterapia: antecedentes, justificación epistemológica, aspectos teóricos y técnicos. *Revista de Psicoterapia*, 20, 5-43.
- PIAGET, J. (1976). *The grasp of consciousness*. Cambridge: Harvard University Press.
- RYLE, A. (1991). *Cognitive analytic therapy. Active participation in change*. New York: John Wiley.
- SASSAROLI, S. & LORENZINI, R. (1990). Apego y exploración en la patogénesis de las fobias. *Revista de Psicoterapia*, 2/3, 95-112
- SELMAN, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.
- VILLEGAS, M. (1981). *La psicoterapia existencial*. Tesis doctoral no publicada. Barcelona: Universidad de Barcelona
- VILLEGAS, M. (1992). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 10/11, 23-66
- VILLEGAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87.
- VYGOTSKY, L. S. (1962). *Thought and language*. Cambridge: MIT Press.E

ENFOQUE FAMILIAR EN LAS MANIFESTACIONES FÓBICAS Y OBSESIVAS A TRAVÉS DEL MODELO DE EQUILIBRACION DE PIAGET

Olivier Real Del Sarte

Universidad de Ginebra.

Marco Vannotti

Universidad de Neuchâtel

The case report we want to relate here will illustrate the theory that therapeutic intervention is best directed at those situations where interpersonal exchanges have been blocked. For the greatest change to occur, cooperation between those involved is maximized, as a function of the "evaluative hypersurface". Our purpose here is to specify different configurations that can potentiate this function.

INTRODUCCION

La *equilibración mayorante* es un neologismo creado por Piaget para indicar la adaptación del individuo a su nicho ecológico. Se trata de una equilibración evolutiva, recíproca y cooperativa, y que constituye una noción esencial en la epistemología de Piaget.

En la redacción del presente artículo, se utilizará (de manera necesariamente limitada e incompleta) en la medida en que tal noción se ha revelado útil en diversos universos de problemas y, especialmente, en los que se le ponen al terapeuta sistémico en el campo de los intercambios intersubjetivos.

Por ejemplo, el valor metafórico de las manifestaciones fóbicas y obsesivas se ha relacionado con la lealtad del paciente identificado con uno o más miembros del sistema familiar. A través de los síntomas fóbicos y obsesivos se revela una configuración especial de los intercambios interpersonales que nosotros queremos formalizar en términos de *equilibración*.

La equilibración, la interpretamos como resultado de la cooperación entre dos

universos semánticos (el de Borzormenyi-Nagy por una parte y el de Piaget por otra) por lo que se refiere a sus orígenes, a sus matrices culturales, a sus respectivos intereses heurísticos y aplicados, en ningún modo independientes o alejados entre sí. Así pues, nos proponemos ilustrar los efectos de esta “cooperación” en nuestra práctica clínica y de mostrar su alcance teórico.

LA HISTORIA DE CHARLES

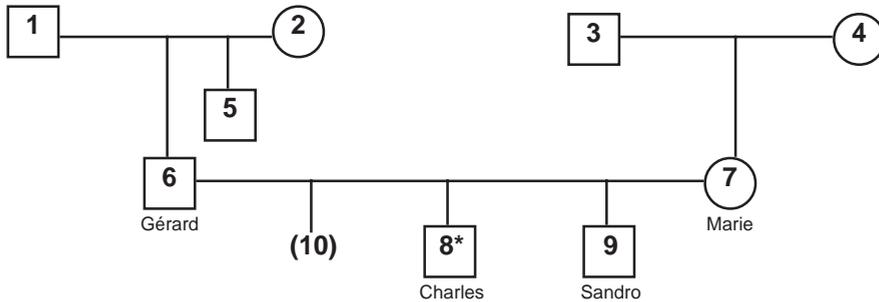
Charles, residente en la Borgoña, fue enviado a nuestro Centro de Terapia Familiar por un amigo de la familia, a raíz de los problemas surgidos durante el servicio militar. Se trataba de crisis de angustia acompañadas de manifestaciones fóbicas y obsesivas. Vista la gravedad de su estado, fue eximido del servicio militar e ingresado en un hospital psiquiátrico.

Desde entonces presenta rituales obsesivos muy invalidantes: en particular, se muestra dubitativo antes de traspasar una puerta y se ve costreñido a dar muchos pasos adelante y atrás. Charles fue atendido por un psiquiatra que le recetó antidepressivos y ligeros neurolépticos y le daba apoyo psicoterapéutico. Considerado psíquicamente inválido, recibía una pensión de la seguridad social. La invalidez fue indicada y certificada por el psiquiatra que tiene al chico en tratamiento. Vive la mayor parte del tiempo en casa de sus padres, donde pasa muchas horas tendido en el sofá. La madre, Marie, y el padre, Gérard, de unos sesenta años de edad, ven con terror la apatía y la incertidumbre de Charles. Le sugieren insistentemente salir, divertirse ya que se han resignado a su falta de proyectos profesionales. El cambio ha sido impresionante. Los padres hablan de Charles, antes del servicio militar, como de un chico lleno de entusiasmo, dinámico y deportista que respondía al estilo de la familia. En realidad, Charles es el último de cinco hermanos, todos brillantes atletas. (Ver genograma familiar adjunto)

Expondremos primero, brevemente, la historia de sus padres. Durante la guerra, en el 1942, a la edad de 18 años, el padre fue apresado en una redada junto con su hermano, tres años menor que él, y fue deportado a Alemania a campos de trabajos forzados. Describe el momento en que fueron separados de sus padres con gran pena. Tanto los padres como los hijos estaban convencidos de que no se verían nunca más. Una vez en Alemania, Gérard, con un coraje excepcional, decide hacer huelga de hambre y no trabajar más ante la amenaza, por parte de las autoridades alemanas, de separarlo de su hermano. Sabía que se jugaba la vida. Pero valió la pena, pues sus peticiones fueron escuchadas. Después de algunos meses de trabajo, los hermanos consiguen escaparse y volver claudenstamente a Francia, a su casa.

Habiéndose ocupado con tanta abnegación de su hermano, Gérard adquiere un gran prestigio ante su hermano y ante sus padres que se lo habían confiado. Desde ese momento los hermanos no se separan nunca. Se casan el mismo día, van a vivir con sus mujeres en la misma casa y los dos primeros hijos del primero nacen casi al mismo tiempo que los dos primeros hijos del segundo. Marie, su esposa, aunque

GENOGRAMA FAMILIAR



- (1) Abuelo Paterno: muere antes que su esposa
- (2) Abuela Paterna: después de la muerte de su marido cae en un período de alcoholismo grave.
- (3) Abuelo Materno: no se da ninguna información sobre él.
- (4) Abuela Materna: vive en la otra punta de Francia
- (5) Tío Paterno: hermano menor del padre.
- (6) Gérard, padre: 60 a. aproximadamente. Acompaña al paciente a terapia.
- (7) Marie, madre: acompaña al paciente a terapia.
- (8) Charles (paciente identificado *).
- (9) Sandro, hermano que vive más cerca: acompaña al paciente a terapia.
- (10) Otros hermanos y hermanas a los cuales se hace referencia sin dar más

se mostraba comprensiva respecto a los sucesos trágicos que vivieron los dos hermanos, soportaba mal una proximidad tan estrecha. Vivir tan próximos puede ser un signo de solidaridad familiar indispensable durante la guerra, pero no necesariamente útil en tiempo de paz. La necesidad de Gérard de compartir el tiempo, los intereses y las atenciones con su familia de origen desencadenó en el seno de la pareja un conflicto que se convertiría en crónico y dañino.

La pareja, sin embargo, buscaba delimitar un cierto espacio de independencia; pero, tan pronto los cónyuges hicieron un intento de autonomía, el padre de Gérard murió. Después de esta muerte, la madre cayó en período de alcoholismo grave que exigía un apoyo muy estrecho por parte de sus dos hijos.

A pesar de todo, la madre no mostró nunca su agradecimiento. Marie, la esposa de Gérard, relata, de modo dramático y emocionado, los problemas e insatisfacciones ligados a una vida familiar perturbada por una proximidad tan invasora y opresora. Cuando la familia emprende un nuevo movimiento de autonomía (es decir, cuando los hermanos deciden marcharse de vacaciones sin la madre) ésta muere en el asilo sin poderlos ver.

Por su parte, Marie describe la relación calurosa y de unión con su propia

madre que vivía lejos, en la punta opuesta de Francia. Parece que el sentido de la vida, para la abuela materna de Charles, se hubiese articulado en torno al rol de madre. En este contexto, para Marie, era muy difícil saber qué más hubiera podido hacer por su madre, la cual no pedía nunca la colaboración de la hija ni le daba claras muestras de reconocimiento por las atenciones que le prestó hasta los últimos días, a pesar de la lejanía geográfica. A pesar de la importancia de las demostraciones de entrega, que llegaban a veces al heroísmo, y que constituían la red de los intercambios interpersonales de las dos familias, todo sucedía como si las separaciones no pudieran negociarse, las deudas y los créditos de cada uno quedaran suspendidos, virtuales, sin poderse pagar.

La separación es posible cuando los actores involucrados son capaces de reconocer la realidad de sus intercambios. El hecho de permanecer implícitamente como deudor, sin saber de qué naturaleza es la deuda, teje un vínculo sutil y secreto entre el acreedor y el deudor, vínculo que sujeta al otro haciéndolo sentir culpable y que constituye una estrategia de poder bien conocida.

La noción de separación, en esta familia, estaba estrechamente ligada a la idea de muerte y catástrofe. Para Charles, en particular, las separaciones implicaban necesariamente un destino trágico. Esta convicción le impedía considerar su autonomía como resultado de los méritos que había adquirido entre los suyos, pero que no le habían sido reconocidos.

Cuando los hijos mayores de Gérard y Marie comienzan a alejarse de la familia, el padre empieza a tener relaciones extraconyugales que envenenan la relación entre los padres. Utilizando la estrategia de “hacerse la tonta”, Marie lo soporta todo, hace de todo para que la familia permanezca unida. La asimetría entre ellos es evidente, no implica optimización para los miembros de la familia y probablemente resulta intolerable. En este período, el padre decide pasar todo un invierno en un pueblo lejano, para llevar a cabo una experiencia de supervivencia. Esta experiencia, que marca la historia de la familia, subraya una vez más el carácter heroico del padre.

Durante este período, Charles siente a Gérard más como un padre ausente que como un héroe. Como consecuencia se da un cambio del estilo relacional de la familia: Charles ocupa el puesto al lado de su madre en la medida en que ha entendido que su tarea era substituir al padre y cuidar de ella. Pensamos que este hecho lo ha llevado a desarrollar la idea de que él estaba dando a su madre algo indispensable y que, en correspondencia, hubiera tenido que recibir una atención exclusiva. Esperaba ser recompensado a través de una estrategia de intercambio que no tenía en cuenta la diferencia generacional.

A la vuelta, el padre, a pesar de la sorda hostilidad de la cual había sido objeto, retoma su puesto al lado de la madre. La ilusión que la madre mantenía viva durante diversos meses se desvanece, dando lugar a un cambio de actitud respecto a Charles. Este viraje provoca en Charles una cierta desorientación. Una aventura amorosa apresurada parece curar en parte la herida; la incorporación al servicio militar

provoca una ruptura que desencadena la aparición de los síntomas obsesivos descritos al principio.

EL TRATAMIENTO DE CHARLES

El tratamiento se inició a raíz de la ambigüedad de Charles hacia sus padres. Nosotros creemos que Charles les había comunicado parte del contenido de las sesiones que había tenido con el psiquiatra: es decir que había llegado el momento de alejarse de su familia. Esta era, en efecto, la opinión del colega, al cual hemos podido consultar por teléfono. La ambigüedad consistía en el hecho de que Charles podía tomar una postura fuerte a través de esta opinión en el conflicto latente que lo oponía a sus padres, pero recibía al mismo tiempo una connotación de reproche. La naturaleza angustiante, para los padres y para el interesado, de este tipo de propuesta conmocionó a toda la familia que se apresuró a buscar a otros terapeutas de los cuales se esperaba una interpretación distinta de sus problemas. La propuesta de entrevistas exploratorias se hizo, después de consultar al derivante, con el objetivo de explorar la naturaleza de las relaciones familiares, reforzando el encuadre terapéutico sin entrar en triangulaciones estériles.

CONTEXTO TERAPEUTICO

Las sesiones se organizaron en nuestro centro (a 200 kms. de la ciudad de residencia de la familia). A las sesiones fueron convocados el padre y la madre, Sandro, el hermano más cercano, y Charles. Los otros hermanos y hermanas vivían demasiado lejos y los terapeutas se reservaron el derecho de convocarles más adelante si era necesario. Las sesiones se desarrollaron cada cuatro semanas.

Primera sesión

Durante esta primera sesión, asistimos a una definición del problema por parte de la familia. Según los padres y según Sandro, Charles es un enfermo. Pero, para ellos, las causas de este trastorno del comportamiento y del pensamiento no están claras. Ellos han hecho, sin embargo, todo lo que era necesario hacer. Están de acuerdo en participar en el tratamiento y aceptan de buen gusto el sacrificio de venir a las sesiones: pero piensan que se trata de una situación sin salida. Salvo si acontece un milagro, del cual nos creen capaces.

Notamos que el clima relacional en el seno de la familia era más bien de tirantez. Charles era censurado continuamente. Los padres se quejaban del hecho de que los consejos que daban a Charles de salir o de trabajar eran inútiles. Espiaban sus cambios de humor: ¿por qué no tiene ya entusiasmo por la vida? —se preguntaban—. Cuanto más lo animaban, más se quedaba Charles allí, a la espera, amarrado a su sofá: su invitación a salir se convertía, paradójicamente en una invitación a quedarse.

Al final de la primera sesión, la prescripción de los terapeutas a los padres fue

sugerir preparar un cartel suficientemente visible que prohibiese a Charles salir los sábados por la noche. Estos debían mostrar este cartel varias veces a su hijo, sin hablarle y sin predisponerle en ningún otro modo. En definitiva, invitamos a los padres a una manifestación silenciosa.

Era una manera de introducir, en modo pragmático, el tema del servicio casi profesional que Charles desempeñaba respecto a sus padres, quedándose a su lado e inhibiendo cualquier deseo de autonomía o de independencia. “No se trata de que pienses en divertirme, sino en trabajar”, este era el sentido del cartel. Creíamos que era necesario que Charles se diera cuenta de esta tarea que desempeñaba, la cual le había sido implícitamente delegada por sus hermanos.

Segunda sesión

Los padres hicieron su tarea escribiendo: “Prohibido salir” sobre un folio de papel que colgaron en la pared de la sala de estar, pero esto no modificó prácticamente el comportamiento de Charles. Consideramos que los padres siguieron la prescripción con una prudente solicitud.

Nos confiesan que no entendieron muy bien el sentido de nuestra propuesta. Charles nos comunica algunos proyectos un poco vagos de volver a su apartamento, dando la impresión de sentirse menos perturbado.

Durante la segunda sesión, exploramos sobretodo los rituales obsesivos, siguiendo el enfoque de Marcia Sheinberg (1988); en esta ocasión, los terapeutas se quedan impresionados por el complejo ritual que se da en el momento de pasar las puertas y, en particular, la puerta de su habitación, cuando se le llama a comer. Esta exploración nos ha permitido interpretar los rituales obsesivos de Charles como una “oscilación metafórica”, (la expresión es de Marcia Sheinberg), de su dilema tal como lo vemos en este momento. Charles oscila continuamente entre su deseo de salir e ir con los chicos de su edad, por una parte, y la preocupación de tener que ocuparse de sus padres, quedándose a su lado y focalizando sobre sí mismo las demandas y las expectativas de éstos, por otra.

Sesiones siguientes

Las sesiones siguientes se destinaron a la reconstrucción progresiva de la historia familiar que hemos expuesto en la primera parte del artículo. Durante las sesiones, el conflicto conyugal de los padres ha ocupado un primer plano, con las miradas resignadas y cómplices de Sandro que, con su mímica parecía decirnos: “Veis en qué situación nos encontramos, ¡sacadnos de aquí!”.

La enfermedad de Charles -era muy evidente- tenía muchas funciones: justificaba el hecho de que el hijo menor se quedara en casa, evitaba el enfrentamiento entre los padres, impulsaba a éstos a dar sin preguntarse si en su vida habían hecho suficiente: “Hacer” por el bien de su hijo era una manera de continuar “pagando” por las deudas contraídas con sus respectivos padres, de los cuales, como supimos

al escuchar su historia, no habían recibido un finiquito claro y explícito.

Durante estas sesiones, continuando la reconstrucción de la historia de la familia, mantuvimos y ampliamos nuestro objetivo inicial que apuntaba hacia una connotación positiva de los servicios casi profesionales de Charles respecto a sus padres. Intentamos descubrir qué hubiera podido hacer para ayudar a sus padres con encargos concretos. Al ir en contra del deseo evidente de los padres, es decir de que Charles saliera, animamos los movimientos centrípetos de la familia. Propusimos a Charles preparar, con la ayuda de Sandro, una lista de tareas de casa que pudiera realizar. Esto podía reducir la sobrecarga de una madre maniatada, insatisfecha y víctima. En síntesis: propusimos a Charles no salir de casa sin haber lavado los platos, preparado el desayuno y haber hecho la compra, en la mayoría de las ocasiones. Este objetivo exige muchas energías por parte de los terapeutas. En numerosos tratamientos, nos hemos encontrado con una cierta resistencia y algunas familias no se han dejado implicar por nuestras propuestas. La prescripción se ha mostrado valiosa para los adolescentes que presentan graves síndromes depresivos (Vannotti, 1989).

Se trataba de activar la red de los intercambios interpersonales utilizando la prescripción y transformando la naturaleza cualitativa de las expectativas mutuas, con su acompañamiento de representaciones y miedos, en una dimensión cuantificable y clara. Asistimos, entonces, durante esta fase del tratamiento, a movimientos oscilatorios, durante los cuales Charles apenas hace nada por sus padres y éstos denigran o quitan importancia a sus gestos de atención. Por ejemplo, se decidió que Charles tenía que pasar el cortacésped. Después de realizar las tres cuartas partes del trabajo, dice que está cansado y se para. La madre, entonces, lo suplanta y termina de cortar la hierba. Durante la sesión se queja de esto, aunque excusa a su hijo. Parece, a la vez, resignada e irritada. No ha sido capaz de hacer que Charles terminase el trabajo que había empezado.

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO

Después de unos meses, Charles vuelve a su apartamento. Empieza a realizar algunas pequeñas actividades como instructor en los campamentos organizados por sus padres. Parece que se las apaña bien. Asiste, sin problemas, a sorprendentes comportamientos de sus padres, como el hecho de compartir la habitación con una pareja, cuya mujer había mantenido anteriormente relaciones con el padre. Esta humillación, junto con una evolución favorable de Charles, impulsa a la madre a mostrarnos sus estados depresivos más evidentes. Nos da a entender, de modo indirecto, que el balance que hace de su vida podría llevarla al suicidio. Ante sus propias angustias y ante la expresión de los sentimientos depresivos de su madre, Charles intensifica las visitas a su psiquiatra y se hace recetar dosis más elevadas de medicamentos.

En ocasión de una estancia que hicieron juntos, el padre nos cuenta su sorpresa:

había observado a su hijo sin que éste lo notara y se dio cuenta de que éste se las apañaba sin rituales, cuando pensaba que su padre no estaba cerca de él. En cambio, tan pronto como notaba su presencia, se mostraba incapaz y paralizado. Esta observación viene a confirmar otra que nos había contado Sandro: durante la ausencia de la madre, que duró casi una semana, y no estando presente el padre, Charles había abandonado sus rituales; tan pronto como la madre volvió, los retomó. El aumento de las dosis de los medicamentos tiene lugar en este contexto y tiene como consecuencia el dejar a Charles medio dormido, atontado, como un “zombi”, en un estado que sólo podía confirmar, a quien estaba a su lado y a quien lo cuidaba, la gravedad de su estado de salud.

Ante la demanda explícita de los padres de ser independiente, hilvanaba proyectos absolutamente ridículos; Charles se limitaba a organizar las vacaciones y el tiempo libre con los gastos a cuenta de sus padres. Cuando nos contaba su realización, nos comunicaba desilusión y tristeza como si no supiera divertirse.

Así, Charles consigue irse solo una semana a hacer windsurf en un lago de Italia. A la vuelta, considera que sus vacaciones han sido un fracaso debido a la falta de viento y a un poco de aburrimiento. A nuestro parecer, más bien se había divertido y tenía que estar contento de haber podido dejar de pensar en sus angustias y en sus obsesiones. Estos proyectos nos parecen, por una parte, signos de una evolución positiva, pero, por otra parte, no corresponden a un compromiso en la búsqueda de independencia económica y profesional.

Con un mensaje no verbal poco claro, los padres invitaban a Charles a ejercer su autonomía y a irse. Al mismo tiempo, Charles sentía la prohibición fuerte, pero implícita, de abandonar a sus padres, bajo la pena de una amenaza vital. Como ya hemos dicho, la historia de la familia estaba llena de experiencias de este tipo.

Conviene subrayar que hasta este punto del tratamiento, hemos elegido una definición del problema de Charles en los siguientes términos, transmitidos por la familia: “Traspaso la puerta y marchó, pero si me marchó mis padres podrían desaparecer. Por lo tanto, pongo el pie cien veces hacia adelante y cien veces hacia atrás. Resultado: me quedo perplejo allí donde estoy, sin osar marcharme de verdad, pero sin permanecer hasta el fondo”.

Este tipo de hipótesis y de intervención nos ha parecido pertinente pero incompleta porque no tomaba suficientemente en consideración el aspecto provocativo, de desafío, del comportamiento de Charles, que mostraba con complacencia su desgracia a sus padres. Por esto, hemos construido la siguiente hipótesis complementaria: en el triángulo padre, madre y Charles, éste último, por su sintomatología, consideraba tener el derecho de vengarse de sus padres por la explotación de la cual estaba convencido de haber sido víctima al haber tenido que sustituir el lugar del padre al lado de la madre durante sus continuas ausencias. Venganza aún más legítima por el hecho que él tenía que abandonar su puesto al lado de la madre tan pronto como el padre volvía. Este “cambio de camisa”, para retomar

la expresión de Selvini y col. (1988), podía tener diversas funciones, pero la más importante era seguramente la de mantener los intercambios en un equilibrio insoportable desde el punto de vista de Charles, al cual convenía reequilibrarlos con dicho comportamiento.

Charles estaba convencido de ser un “ingenuo” mientras sus padres eran unos “enredones” (véase más adelante). La madre pensaba que la enfermedad de Charles la ponía en una posición de “ingenua” sin ningún beneficio para ella. Había, pues, una parálisis recíproca entre el cuidado y el servicio de Charles hacia sus padres y su odio, su deseo de vengarse de la explotación sufrida. Una situación de impase ya que la madre consideraba su actitud tan generosa que cualquier manifestación de venganza le hubiera parecido incomprensible e injusta.

Nuestro plan terapéutico consistió en hacer explícito este comportamiento de venganza, aunque sometiéndolo jerárquicamente a la necesidad de ser reconocido y liberado de la deuda por el “servicio cumplido”. Se trataba, pues, de reinstaurar un contexto de clara cooperación en el interno del triángulo implicando al padre, a la madre y a Charles, desactivando los esquemas de venganza que impedían que se instaurara un intercambio cooperativo y, en consecuencia, un reconocimiento explícito. Nuestro objetivo era permitir la creación de un contexto de intercambio satisfactorio para los diversos miembros del sistema familiar, antes de tomar en consideración la separación-individuación, discrepando así de lo preconizado por la familia y, en parte, por el psiquiatra individual.

Después de un período de varios intentos, que esta reflexión a posteriori no describe con todo detalle, hemos alcanzado nuestro objetivo actuando sobretudo sobre la pragmática de los intercambios: en la sexta sesión, hemos dicho que no nos parecía justo que el peso de la financiación de la terapia, que todos consideraban principalmente en beneficio de Charles, recayera sólo sobre sus padres y hemos pedido a Charles que pagara la sesión siguiente de su bolsillo (es decir, sin recurrir a los recursos de la seguridad social ni a los de sus padres). En la siguiente sesión, hemos tenido la impresión de que Charles en el momento de pagar, un poco embarazado con su propia cartera, se mostraba, en el fondo, satisfecho y miraba de reojo a sus padres para espiar sus reacciones. ¡Éstos permanecieron impasibles!.

En la séptima sesión, hemos sostenido que no era justo, desde el punto de vista ético, que Charles hiciera planes de irse un mes de vacaciones a un pueblo lejano, contando con la ayuda económica de sus padres y que sólo podía hacerlo con sus propios recursos. De este modo, hemos prescrito comportamientos que desactivaban el peso de la venganza que Charles podía ejercitar haciendo pagar a sus padres una terapia, en la cual podía exhibir decaimiento o que los obligaba a regalarle diversiones reparadoras como recompensa por su función “casi profesional” de apoyo a su lado.

Durante las cinco sesiones siguientes, asistimos a una mejora espectacular de Charles (vida social, compromiso profesional), seguido de una repentina recaída,

con una regresión dramática y también espectacular de todo lo que había conseguido, acompañada de fuertes sentimientos de desvalorización de sí mismo y de la reanudación de los rituales obsesivos invalidantes. En este contexto de crisis, marcado por dos intentos de suicidio por parte de Charles y que precisó un ingreso de breve duración (cuatro días) en el hospital psiquiátrico, la madre manifestó toda una serie de comportamientos abnegados, asistiendo y acompañando a su hijo casi ininterrumpidamente día y noche. Durante la sesión anterior al ingreso, Charles había intentado tirarse por la ventana mostrando así la gravedad de su estado. Durante este episodio de descompensación aguda del hijo, pudimos demostrar a la madre, con insistencia y determinación, que su heroísmo no tenía nada que envidiar al del padre.

Nos parece que este brusco desequilibrio de Charles puede explicarse en la medida que su mejora manifiesta no podía ser “reconocida” por la madre mientras ella no fuese “reconocida” por su heroísmo abnegado con el que había concebido y concebía su función materna. La psicogénesis de este heroísmo no nos resulta aún clara pero nos parece que podemos incluir estas estrategias comportamentales en aquel juego relacional sin fin, sin vencedores ni vencidos, tan bien descrito por Selvini, Cirillo y otros, a nivel de pareja paterna.

Esta hospitalización, acaecida dos años después del inicio del tratamiento, provocó la interrupción de las sesiones; la madre ha continuado llamándonos por teléfono y escribiéndonos para tenernos informados. La relación de pareja no nos parece que haya cambiado substancialmente. Pero Charles ha encontrado un trabajo, vive por cuenta suya y recientemente ha dejado sus rituales: “se ha curado” -nos dice la madre- gracias a la adhesión a una comunidad de jóvenes comprometidos religiosamente. La madre nos lo anuncia con un acento de reconocimiento. Se trata de un “milagro”, el del desafío que habíamos previsto al inicio del tratamiento. Para nosotros, la remisión es aún demasiado reciente como para dar un valoración definitiva.

Esto muestra, en cualquier caso, que sin el reconocimiento recíproco entre los miembros significativos del sistema terapéutico, el circuito de los intercambios interpersonales no puede hacer crecer positivamente su equilibrio. Este enfoque teórico, que va más allá de los límites de esta terapia concreta, se ha desarrollado a partir de las siguientes consideraciones.

CONSIDERACIONES TEORICAS

Nos proponemos mostrar la génesis, la importancia y la generalidad de mecanismos que consienten la construcción de una cooperación interpersonal, mecanismos que hemos podido observar en su singularidad en el caso de Charles. Las siguientes reflexiones, que nos han llevado a la creación de un modelo aplicable a la clínica, se sitúan en el marco de la epistemología de Piaget y de algunos desarrollos de las ciencias cognitivas.

La cooperación como mecanismo fundamental de los seres vivos

Como terapeutas sistémicos, nos ha interesado el ámbito de problemas representado por los intercambios interpersonales. Siguiendo a Piaget, hemos adoptado una perspectiva básicamente filogenética, tomando en consideración los intercambios que se dan a nivel de las formas más elementales de vida y de su desarrollo, es decir, a nivel de los intercambios entre los genes (Cellier, G., 1984). Contamos, así, con un hilo conductor que nos permitirá entender lo que sucede a un nivel de mayor complejidad, es decir, entre los esquemas de intercambio interpersonal en el marco de su psicogénesis y de su sociogénesis. Según Piaget, lo vivo se define en términos de tensión coevolutiva entre los sistemas fundamentales que son la psicogénesis y la sociogénesis, cada uno de los cuales se mide con escalas temporales diferentes y no tiene necesariamente las mismas finalidades.

La finalidad de un gen, su teleonomía (término usado por J. Monod para evitar toda confusión con la causa final de Aristóteles y los metafísicos), es asegurar la optimización de su reproducción en el grupo genético al que pertenece. A tientas en la oscuridad, sin un plan preestablecido, haciendo “bricolage”, para retomar la expresión de F. Jacob, los genes han construido los organismos, corazas protéicas que tendrían que mejorar su esperanza de supervivencia y, de esta manera, su capacidad de reproducirse.

Cada uno de estos organismos y órganos, en el ámbito de su construcción filogenética, es el lugar del escenario del intercambio entre genes, del cual Dawkins ha hecho una buena definición en *La Gène Egoïste* (Dawkins, R., 1980). Según este autor, los genes más combinables, coordinables con el mayor número de los otros, que permiten operar un mayor número de construcciones nuevas y funcionales para el organismo, son seleccionados en el proceso evolutivo (un grupo de genes codificado para formar una mano no serviría para nada para una vaca, o un grupo de genes codificado para un estómago de un rumiante no serviría para nada para un carnívoro). La optimización del funcionamiento de los organismos en su filogénesis, su “equilibración mayorante”, pasa, pues, a través de mecanismos que optimizan el circuito de intercambios entre los grupos de genes que lo constituyen.

Si pasamos al nivel de los sistemas psicogenéticos y sociogenéticos, que somos nosotros, ¿qué forma asumirá el funcionamiento de la “equilibración mayorante”? Según Piaget, en la base de la psicogénesis y de la sociogénesis hay un intercambio recíproco, el intercambio que tiene en cuenta el beneficio de los dos intercambiantes y que se expresa a través de lo que se ha venido en llamar comunicación recíproca (Piaget, J., 1977). Intentemos ver, de manera más profunda, por qué para la psicogénesis y la sociogénesis, Piaget pone como mecanismo central este mecanismo de comunicación recíproca.

Consideramos que una de las mejores ilustraciones de esta tesis fundamental de Piaget es la del sociólogo americano Axelrod, corrigiendo con un aspecto más funcional el aspecto a veces demasiado estructuralista de Piaget y de su teoría de los

grupos y de las agrupaciones, tomada en préstamo de los matemáticos (el grupo de Bourbaki) y de los lógicos. Axelrod (1984) en *The evolution of cooperation* inventó juegos con diferentes estrategias de intercambio como las que se encuentran, por ejemplo, en el “dilema del prisionero” (Boszormenyi-Nagy, I., 1984). Estas estrategias le fueron suministradas por psicólogos, sociólogos, matemáticos, etc. Cada uno tenía que construir una estrategia de intercambio continuado, por lo tanto con la posibilidad de numerosas interacciones, con la consigna de conseguir cada vez el mayor beneficio posible. Después ha puesto en competencia, en un juego ecológico, simulado por ordenador, las diferentes estrategias propuestas por los participantes. Se puede obtener así una estrategia del “ingenuo”, consistente en dar siempre todo a todos sin reclamar nunca nada; la estrategia del “enredón” que nunca da nada, pero que busca siempre su provecho. En este concurso ecológico hay una estrategia fundamental que el autor llama “tit for tat” (“pan por tortas”) y que ganó a todas las demás. ¿A qué corresponde este comportamiento que, en el conjunto ecológico de las estrategias presentes, se convierte rápidamente en dominante?. Se convierte en lo que los etólogos llaman una “estrategia evolutiva estable o S.E.S.” (Cellerier, G., 1984), una estrategia de equilibrio que maximiza el beneficio del individuo que la utiliza y que, una vez instaurada, no puede ser superada o vencida por ningún otro recurso. ¿Cómo se llega a esta maximización de su beneficio?.

“La estrategia T(it).F(or).T(at).” empieza siempre con dar. El organismo, el ser humano o el programa que tienen esta estrategia empieza siempre con ofrecer una prestación (en el caso del dilema del prisionero, por ejemplo, éste empieza con la cooperación). El otro le responde con una contraprestación del mismo tipo. Él da entonces otra prestación de cooperación y así sucesivamente, sin tomar nunca la iniciativa de romper el intercambio con un engaño o un enredo (tomar sin devolver). Pero, sin embargo, tiene una defensa “anti-credulidad”, antiexplotación, porque, si no hay una respuesta de reciprocidad, no da más. Es capaz de perdonar, sin embargo, si se recupera el intercambio. Esta estrategia maximiza sus ocasiones de intercambio, esto significa beneficiarse uno mismo y beneficiar también a los demás. Cuando T.P.T. gana puntos, no los gana sobre el otro, sino que los gana con el otro. Esto explica el hecho que, a primera vista, podría parecer anti-intuitivo: la cooperación se basa sobre el beneficio individual (egoísmo) de cada participante en el intercambio, a condición de que tal beneficio sea o se convierta en recíproco: de la interacción regulada de dos egoísmos individuales emerge, a través de la construcción de una nueva propiedad del sistema, la cooperación, y esto se da en un nivel de construcción superior constituida por el intercambio. Si hay reciprocidad, intercambiar resulta terriblemente ventajoso. Este descubrimiento de la cooperación, por parte de los sistemas cognitivos que somos, es fundamental para comprender el proceso de humanización y de socialización que se halla en la base de la sociogénesis.

Cualquier individuo de una prototribu pudo tomar en préstamo los esquemas especializados de cualquier otro medio para alcanzar sus objetivos. Cooperar quiere

decir, por lo tanto, prestar los propios esquemas como medio para conseguir el objetivo del otro y recibir los esquemas del otro como medio para conseguir el propio objetivo. Una condición esencial para que esta cooperación se dé es comunicar nuestro objetivo al sujeto que nos prestará su esquema. La ventaja del “marco T.F.T.” es la claridad, la franqueza con la que expresa y anuncia sus expectativas de cooperación: hay una comunicación clara de las propias expectativas y esto permite al otro reconocerse y eventualmente responder con la expectativa de T.F.T., es decir cooperar.

Aplicación del problema al ámbito clínico

Si tomamos en consideración la historia de Charles, podemos ahora comprender mejor la importancia de las prescripciones que apuntan a desactivar en parte los esquemas de venganza, en el conjunto de los esquemas en juego, en el sistema terapéutico, a favor de los esquemas que reorientan de manera clara una cooperación y que definían mejor los términos del intercambio. Es precisamente en esta necesidad de comunicación clara de las expectativas, es decir, de los objetivos que persigue el sujeto, de su *agenda* (en el sentido del término, “lo que debe ser hecho”), y de su reconocimiento por parte del sujeto, donde se puede encuadrar, de manera más detallada, una reflexión sobre las disfunciones de la reciprocidad que interesa al clínico, en general, y al terapeuta familiar, en particular. Piaget en sus extraordinarios “Estudios sociológicos” (1940), y en particular, en el capítulo sobre “valores cualitativos en sociología”, elabora, en un texto que anticipa lo que Borzormenyi-Nagy (1984) desarrollará más tarde, una teoría de los intercambios interpersonales en términos de créditos, deudas y servicios. En ese libro, Piaget nos dice que mientras no hay reconocimiento recíproco entre los intercambiantes, no es posible hablar de derecho o buen derecho para referirse al concepto de *entitlement* de Nagy (Borzormenyi-Nagy, I. & Krasner, B.R., 1986), sino de crédito, y tampoco es posible hablar de obligación sino de deuda. La deuda y el crédito son los correspondientes virtuales del derecho y la obligación, y mientras no hay reconocimiento de la deuda o del crédito, se permanece en la dimensión virtual y no real de los intercambios. Siempre es posible discutir sobre la validez de los términos usados: ¡Piaget no era un jurista!. Pero es importante dirigir nuestra atención hacia el hecho que antes del reconocimiento hay una deuda y un crédito en “suspense” entre los intercambiantes. Si releemos, con más detalle, a Piaget a través de M. Minsky (1988), diremos que no hay reconocimiento a nivel de representación consciente, intencional, de la *agenda* (lo que hay que hacer) y de las *actas* (lo hecho) del sujeto, de lo que ocurre a nivel de actividad práctica, subsimbólica, no consciente, ligada a esquemas de acción convertidos en automáticos por el aprendizaje. Para diferenciar estos dos niveles de funcionamiento, Minsky habla de cerebro B, representacional, simbólico, consciente, neocortical y de cerebro A, no representacional, subsimbólico, sin una memoria, que funciona con comportamientos automatizados que se activan

en presencia del objeto (son comportamientos estudiados por los etólogos). Un ejemplo común de este reconocimiento sin memoria y sin imagen se da cuando encontramos a alguien que tiene “un rostro que nos es familiar”, ¡pero no somos capaces de recordar quién es!. Hasta que el cerebro B no interviene en esta situación, la deuda y el crédito permanecen en suspenso, no se incluyen en la agenda de la memoria para ser realizados, regulados, y el intercambio interpersonal permanece en lo virtual. Esta situación inhibe la cooperación, genera desconfianza, el sentimiento de no ser comprendido, de ser víctima de una venganza, de ser burlado, sin que los términos del intercambio puedan explicitarse.

Una buena ilustración de esta problemática es el análisis de un chiste de Freud, recogido por Minsky (1984): “Un cliente entra en un salón de té y pide un pastelito. Tan pronto como se lo sirven, lo devuelve y pide en su lugar un copa de licor. Se lo bebe y se prepara para marcharse sin pagar. El encargado le echa el alto.

- *No ha pagado su copa de licor.*

- *Pero le he dado a cambio el pastelito.*

- *Pero tampoco lo había pagado.*

- *Pero no me lo he comido”.*

Este cliente construye un segundo intercambio que convierte en isomorfo al primero a través de una operación de substitución: “en lugar de”. Establece así un vínculo artificial entre el intercambio del dulce y de la copa de licor, sin que esto corresponda a un intercambio compartido, real, con el vendedor. La deuda del cliente permanece en lo virtual y si el vendedor quiere salirse de la trampa debe salir del nivel virtual diciendo: “Usted ha tomado una copa de licor en lugar del pastelito que no había pagado, por lo tanto debe pagarla en lugar del pastelito que no ha pagado”.

Volviendo a la historia de Charles, el intercambio entre Charles y sus padres podría estructurarse de la siguiente manera:

Padres: - *No haces nada por ti mismo.*

Charles: - *Pero así os ocupáis de mí.*

Padres: - *Pero tú no nos das nada a cambio.*

Charles: - *Pero vosotros no me habéis dado lo que me esperaba de vosotros, entonces os “jorobo” con mis obsesiones.*

La estrategia terapéutica fue formular: “En lugar de ocuparte de tus padres con tus obsesiones y sin hacer nada, podrías ocuparte de ellos, de manera limitada y reconocida, evitando así no hacer nada por ti porque estás demasiado ocupado en fastidiarlos”.

La estrategia terapéutica consistía, pues, en traducir a nivel de representación consciente la actividad práctica (obsesiones) subsimbólica y automatizada de Charles.

Mientras las deudas y los créditos permanecen en lo virtual, no pueden incluirse en la *agenda* y menos aún actualizarse a nivel de la realidad simbólica de

la representación y de las acciones del sujeto. Este paso de lo virtual a lo real (o más precisamente, a la “realidad” simbólica) ilustra la importancia que puede tener, en el proceso terapéutico sistémico, el trabajo tanto sobre las representaciones como sobre las acciones. Desde el punto de vista psicogenético, queremos precisar que la acción es la premisa indispensable de lo representado. Como demuestra la estrategia T.F.T. es necesario representar y activar en la red de los intercambios interpersonales o en el juego de la sociedad de los esquemas interpersonales, unos contextos que permitan clarificar, precisar, medir cualitativamente (estamos en el nivel de los intercambios cualitativos) las expectativas mutuas. Como demuestran tanto la T.F.T. como nuestro trabajo, la representación y la activación se realizan al mismo tiempo que una representación y desactivación de los intercambios que inhiben, bloquean el desarrollo, la optimización de los intercambios interpersonales.

CONCLUSIÓN

El tipo de intercambio que hemos ilustrado con el marco T.F.T. es, para nosotros, un elemento fundamental de la ética. Subraya la importancia de las intenciones y de las motivaciones individuales del sujeto en el seno del sistema familiar y se aproxima al desarrollo reciente de Mara Selvini-Palazzoli y col. (1989). Si no se tienen en cuenta los objetivos individuales y su organización, ciertamente no es posible comprender cómo funciona el sistema familiar en su totalidad (Real Del Sarte, O., 1989). Este tipo de intercambio pone de relieve la importancia de un mecanismo esencial, en la filogénesis, en la sociogénesis y en la psicogénesis, que es la reciprocidad. Este mecanismo adquiere el valor de una invariante funcional presente tanto en la construcción de los esquemas cognitivos como en la de los esquemas afectivos. Nuestra aportación pretende desarrollar las directrices trazadas por Piaget en el ámbito de los intercambios interpersonales (el ámbito de la afectividad). En realidad, él centró su atención en el campo de las grandes categorías de conocimiento como el tiempo, el espacio, el número, la conservación de la materia, etc. Para desarrollar el punto de vista de Piaget, quisiéramos concluir poniendo de relieve que el elemento fundamental de la ética constituida por la T.F.T., no es el punto final del desarrollo moral del sujeto. En la T.F.T. cada uno actúa en vistas al propio beneficio y el intercambio es un medio para autosatisfacerse. Pero hay un punto de vista éticamente superior, que supera esta forma de intercambio de base, que está en el hecho que cada uno no actúa en función de la optimización del bien propio, sino en función de la optimización de objetivos del partner del intercambio. Aquí se observa un cambio en el centro de gravedad del intercambio y una formulación de la equilibración mayorante en el campo, de capital interés para la psicoterapia clínica, de una moral práctica y funcional de los intercambios interpersonales. En este sentido, Piaget formaliza y conceptualiza un aspecto esencial de la dimensión ética propuesta por Boszormenyi-Nagy.

La historia que exponemos pretende ilustrar la siguiente tesis: el rol del terapeuta es intervenir en las situaciones donde se han bloqueado los circuitos de intercambio interpersonal. Equilibrar en modo optimizante los intercambios en el ámbito de un sistema significa maximizar, como función de valoración del mismo sistema, la capacidad de cooperar de los diversos miembros (intercambiantes).

Nuestro objetivo teórico es delimitar las diferentes formas que puede asumir esta maximación en el campo de la terapia sistémica.

En particular, en este artículo hemos planteado la hipótesis que los síntomas obsesivos y fóbicos son la expresión del desarrollo y del mantenimiento de coaliciones transgeneracionales. Tales síntomas se manifiestan específicamente en las situaciones de crisis de estas coaliciones.

Traducción: Empar Torres Aixalà

Nota Editorial:

Este artículo apareció con el título “Approccio familiare alle manifestazioni fobiche e ossessive, attraverso il modello dell’equilibrato maggiorante di Piaget” en *Psicobiettivo*, 11, pp. 59-73, 1991. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas

- AXELROD, R. (1984). *The evolution of cooperation*. New York: Basic Books.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. (1973). *Invisible loyalties*. New York: Harper Row.
- SPARK, C.-M., BORZORMENYI-NAGY, I. & KRASNER, B.R. (1986). “Between give and take”. *A clinical guide to contextual therapy*. New York: Brunner & Mazel.
- CELLIER, G. (1984). On schemes and genes. *Cahiers de la Fondation Archives Jean Piaget*, 5, 342-352.
- DAWKINS, R. (1989). *L’horloger aveugle*. Paris: Laffont.
- DAWKINS, R. (1978). *La gène égoïste*. Paris: Mengès.
- JACOB, F. (1981). *Le jeu des possibles. Essai sur la diversité du vivant*. Paris: Fayard.
- MINSKY, M. (1988). *La société de l’esprit*. Paris: Inter Editions.
- MINSKY, M. (1984). Jokes and the logic of cognitive unconscious. In L. Vanina & J. Hintikka (Eds.), *Constraints and communication*. Boston: Reidel.
- PIAGET, J. (1977). *Études sociologiques*. Paris: Droz.
- REAL DEL SARTE, O. (1989). Epistémologie, formation et thérapie. *Cahiers du Cerfasy*, 1, 27-32.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. (1989). Interviewée par L. Onnis et M. Criconia, L’anorexie mentale dans une perspective systémique. *Thérapie familiale*, 10 (2), 87-102.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M. & SORRENTINO, A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Cortina Editore.
- SHEINBERG, M. (1988). Obsession/Counter Obsession: A Construction/Reconstruction of meaning. *Family Process*, 27, 305-316.
- VANNOTTI, M. (1989). Quelques considérations sur le placement d’adolescents. *Revue Transitions*, 27-28, 67-76.

ALGUNOS ASPECTOS RELACIONALES EN LA AGORAFOBIA

Alberto Espina.
Universidad del País Vasco.
Begoña Pumar.
Universidad del País Vasco.

In this study the authors describe first some psychoanalytic and relational concepts, such as attachment, collusion, the steps from a dyadic relationship to the Edipal triangle, and the understanding of symptoms from the interactional perspective. Secondly, the authors discuss agoraphobia from the psychoanalytic vantage point and from the theory of communications point of view. Finally, two cases of agoraphobia are studied within the two theoretical models presented.

1. INTRODUCCION

La agorafobia (de “agora”, lugar del mercado, y “phobos”, dios del pánico) es un síndrome que incluye temores a espacios abiertos, salir a la calle, utilizar los medios de transporte públicos, ir a espectáculos donde hay aglomeración de gente etc.. Cuando el agorafóbico se encuentra en la situación temida, o a veces espontáneamente, puede tener ataques de pánico que cursan con ansiedad, mareos, vértigo, temblores, palpitaciones, sensación de ahogo, sequedad de boca, náuseas, temor al descontrol, a volverse loco o morir. Ante esta situación recurre a evitar las situaciones temidas y a la compañía de personas de confianza lo cual hace que el trastorno sea muy invalidante. En la clasificación de los trastornos de ansiedad del DSM-III-R, se recogen los trastornos de pánico con y sin agorafobia y la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. En el ICD-10, en cambio, se separan los trastornos fóbicos, entre los que se encuentra la agorafobia, de los trastornos de ansiedad que incluyen los trastornos de pánico, (Marks, 1987, 1990), que según este autor se hallan asociados a la agorafobia en el 95% de los casos.

En este trabajo vamos a referirnos brevemente a algunos aspectos del desarrollo y las relaciones humanas, vistos desde una perspectiva psicoanalítica y sistémica, para articularlos seguidamente en torno a la génesis y mantenimiento de la agorafobia.

2. DE LA SIMBIOSIS A LA INDIVIDUACIÓN. LA APARICIÓN DEL TERCERO.

Cuando en la relación madre-hijo los límites entre cada uno de los miembros de esta díada están totalmente difuminados, hablamos de una relación simbiótica y fusional. Los conceptos de “fusión versus individuación” están en la historia del desarrollo humano pues se da un proceso paulatino de autonomización, de diferenciación. Mahler (1968, 1975) describía el desarrollo humano como un proceso en el que, a partir de una fase autista en el que el bebé estaba centrado en sí mismo, pasaba a establecerse una relación simbiótica con la madre, para después irse desarrollando un proceso de separación-individuación progresivo en el que el niño acaba por ser autónomo y diferenciado de la madre.

En la relación simbiótica se vive una realidad distorsionada, en la cual todo lo de fuera no existe para nada, porque tienen una autosatisfacción mutua total, completa, y entonces no hace falta ni buscar fuera ni relacionarse con nadie. Si esa relación se mantiene, ese niño se quedará siendo un bebé. Y esta mujer, si está totalmente pegada al niño, no va a tener acceso a otras cosas en el mundo exterior. De manera que ese tipo de relación fusional, si se estanca, si se detiene, va a determinar que no se puedan desarrollar ni el niño ni la madre. Hace falta que en un momento determinado, aparezca un tercero, es decir, que de la relación “de a dos” se pase a la relación “de a tres”.

La presencia de un tercero va a marcar que en el mundo hay más gente que ellos dos, y mostrar al niño que la madre desea estar con el padre y el padre desea estar con la madre. El que aparezca ese tercero que rompe la relación simbiótica, fusional entre los dos, permite que se instaure lo que Lacan (1966) llamaba el “orden simbólico” y, por otro lado, también, el “orden social”. Es decir, que nos tenemos que relacionar con más personas, que no podemos tener absolutamente todo, que tenemos límites, que no vamos a ser uno con la madre y tener toda la satisfacción del mundo, sino que vamos a tener que buscarnos la vida fuera, porque ahí no la vamos a tener, porque mamá está con papá. Esa situación triangular enfrenta al sujeto (al niño en este caso) con esta realidad: “En la vida no puede haber algo que me dé absolutamente toda la satisfacción del mundo, porque eso supone quedarme estancado ahí, quedarme de bebé con mamá en esa unión primaria”.

La elaboración del Complejo de Edipo pasa por la aceptación de que no se puede poseer al primer objeto de amor (la madre), pues pertenece al padre (aceptación de la castración) y de que se debe buscar la pareja fuera de la familia. El padre debe hacerse presente en la relación madre-hijo, rompiendo la fantasía de unión omnipotente (imponer la Ley) y enfrentar al hijo con la castración (separado de la madre debe aceptar sus límites), lo cual le permitirá diferenciarse como sujeto y acceder al mundo simbólico, lejos ya de ese mundo de fantasía omnipotente (imaginario) en el que es todo para y con la madre. Si la madre no permite y/o el padre no quiere, o ambos no pueden, que la palabra del padre cumpla la función de

Ley, el niño no puede acceder a la Metáfora Paterna, es decir el padre concebido como autoridad separadora del niño y su madre.

Desde el psicoanálisis el buen vínculo primario y la elaboración del complejo de Edipo permitirán que el sujeto se autonomice tolerando la distancia del objeto y la soledad; dicho de otra manera, se podrá sostener a sí mismo.

3. EL APEGO.

Bowlby (1969, 1973, 1980) y Ainsworth y Bell (1970) estudiaron desde el psicoanálisis y la etología el lazo afectivo que se establece entre el niño y las personas de su entorno cercano y le impulsa a buscar la proximidad y el contacto con ellas. Estos autores llaman “apego” a este vínculo afectivo que se caracteriza por: Esfuerzos por mantener la proximidad, mantener un contacto sensorial privilegiado, exploración del mundo desde la figura de apego, como base segura, y ansiedad ante la separación y sentimientos de desolación ante la pérdida.

En el apego se distinguen tres componentes: Las conductas de apego, un modelo mental de la relación y sentimientos.

Las conductas de apego incluyen llamadas, vigilancia y aproximación a la figura de apego. El modelo mental incluye recuerdos de la relación, el concepto que se tiene de la figura de apego y de sí mismo, las expectativas sobre la relación y la visión del contexto en el cual se sitúa la relación. Finalmente, en una buena relación de apego se dan sentimientos de seguridad asociados a la proximidad y el contacto y ansiedad ante la pérdida.

Ainsworth et al. (1978) describieron tres tipos de apego según el grado de seguridad que mostraban los niños con su madre. La seguridad la valoraron a través de la facilidad con que el niño explora ambientes nuevos en presencia-absencia de la madre, el éxito con que la madre consuela al niño y las conductas de proximidad y contacto que adopta el niño después de situaciones estresantes.

Los tres tipos son: 1) Apego seguro. La madre percibe, interpreta y responde adecuadamente a las demandas del niño. La relación es cálida y la madre emite respuestas coherentes.

2) Apego inseguro con rechazo o evitación. El niño no parece molesto por la ausencia de la madre y tiende a evitar o ignorar a los padres. Los padres son rechazantes.

3) Apego inseguro con ambivalencia. No usan a la madre como base de seguridad, su interés en la exploración es bajo, toleran mal el estrés, se muestran ansiosos en la separación y, cuando vuelve la figura de apego, se muestran ambivalentes, oscilando entre el deseo de contacto y la angustia de separación por un lado y el rechazo por otro. Las respuestas de los padres son incoherentes y están menos disponibles para el hijo.

Para estos autores el modelo de apego que tenga un sujeto va a influir poderosamente en la consideración que tiene de sí mismo y de los demás, de manera

que los que han tenido un apego seguro tendrán más confianza en sí mismos y se relacionarán mejor con los demás. El apego será sustituido progresivamente por el comportamiento exploratorio que favorece la construcción de un mapa de la realidad que permita prever los acontecimientos para que el sujeto se mueva seguro y autónomo por el mundo. Si el apego falla, el sujeto puede fracasar en la vinculación con los demás, en la exploración del mundo exterior, o en el poderse separar el objeto de apego.

4. LA RELACION COLUSIVA

Desde la teoría de las relaciones objetales, Willi (1975, 1987) ha desarrollado el concepto de colusión que aplicó Dicks a las relaciones de pareja y lo define como “el juego conjunto no confesado, oculto recíprocamente, de dos o más compañeros a causa de un conflicto fundamental similar no superado” Willi (1975).

La colusión se compone de varios elementos:

1. Un conflicto básico semejante no resuelto les lleva a realizar un juego relacional secreto.
2. El conflicto común les lleva repartirse roles opuestos que forman un todo.
3. Uno de los integrantes de la pareja intenta autocurarse ejerciendo un rol progresivo y el otro un rol regresivo.
4. Estas conductas progresivo-regresivas favorecen la atracción y el aferramiento en la pareja, pues esperan que el otro les libere de su conflicto básico y les satisfaga en sus necesidades.
5. Si la convivencia es duradera, el intento de curación colusiva fracasa reapareciendo en uno mismo lo depositado en el otro.

“La colusión corresponde al juego inconsciente de la actitud de los integrantes de la pareja, cuya evolución afectiva está marcada por caracteres comunes, ligados a una problemática individual no resuelta; problemática reprimida que escapa de la conciencia tanto de uno como del otro. Este conflicto interior común y no resuelto se traduce en papeles diferentes que adopta cada integrante de la pareja, y esa unión en torno a este conflicto fundamental favorece la divergencia de los comportamientos, donde uno asume caracteres regresivos acentuados, mientras que el otro se ve llevado a una actitud aparentemente mucho más progresista” (Willi, 1975).

En todas las relaciones colusivas juegan un papel fundamental los mecanismos de defensa de la identificación proyectiva e introyectiva desarrollados por Klein (1946). En la identificación proyectiva el Yo expulsa los aspectos de la personalidad que no son aceptados y los deposita en el otro, que lo acepta por identificación introyectiva; por ej. si el progresivo no puede mostrarse pasivo y dependiente por temor quedarse atrapado ahí, y el regresivo ser independiente por temor a ser rechazado, al unirse, cada uno deposita en el otro lo que no tolera en sí mismo, de manera que no serían dos personas que pueden ser a ratos dependientes y a ratos independientes, sino que uno juega ser la cara y el otro la cruz de una misma moneda.

Al unirse, cada uno puede asegurarse de que lo negado no está en él pues lo ve en el otro y, de paso, al ser pareja, puede sentirse completo sin peligro, pues lo que tenía que negar lo tiene en su pareja. Para este autor la colusión es un conflicto neurótico de pareja en el que la relación se constituye como una defensa frente a temores inconscientes; cada uno evita hacerse cargo de una parte suya depositándola en el otro. Esto determina una polarización en la que un cónyuge se muestra progresivo, sobrecompensado, hiperfuncional, y el otro regresivo, descompensado e hipofuncional, con la esperanza de resolver un conflicto de no aceptación de lo depositado en el otro. Es de destacar la circularidad de la relación y el mutuo refuerzo de la conducta del otro para poder mantener el equilibrio de ambos.

En la misma línea Catherall (1992) plantea que las identificaciones proyectivas están asociadas a la dificultad de cada miembro de la pareja de “contener” los sentimientos y pensamientos conflictivos y, a nivel relacional, destaca el hecho de que ambos son participantes activos en el juego, y cómo los individuos se manejan con los sentimientos negativos, cada uno individualmente y como equipo.

5. EL ENFOQUE INTERACCIONAL

Desde esta perspectiva (Watzlawick et al. 1967), se deja de lado la “caja negra” del inconsciente y se observan las conductas en interacción, resaltando lo complementario de toda relación y su circularidad, en el sentido de mutua influencia y determinación. Madanes (1981) habla de la importancia del reparto de poder que conlleva organizar una jerarquía en la que el control y la responsabilidad estén repartidos. Desde esta perspectiva, en una pareja con un miembro sintomático, el sano ocupa una posición superior al ser capaz, activo, “el cuidador”, y el sintomático la inferior pues se muestra dependiente, incapaz, necesitado. La aparición de sintomatología en uno de los miembros de la pareja denotaría una incongruencia jerárquica en la que el cónyuge sintomático se encuentra en una posición inferior necesitando que su pareja le ayude, pero, al mismo tiempo y a través de los síntomas, se pone en posición superior al hacer que el otro le sirva, a veces como un esclavo, y le muestre indirectamente lo incompetente que es al no poder hacerle cambiar. Debajo de esta relación complementaria subyace una pelea simétrica negada.

La incongruencia jerárquica en la que el miembro sintomático ocupa simultáneamente las posiciones superior e inferior, ayuda a equilibrar la relación de poder en la pareja. Pero como el síntoma es “involuntario”, no se define la relación como simétrica, no asumen la igualdad, sino que el síntoma “manda” sin responsabilizarse el sujeto de su poder. Sería como decir “yo quisiera hacer lo que deseas, pero este maldito síntoma me lo impide”. El paciente domina al cónyuge, pero sin asumir ninguno de los dos que realmente está dominando la situación. Ambos viven en la ilusión de que no hay pelea entre ellos, de que no hay lucha por el poder, que el que está debajo acepta esa posición y el síntoma se convierte en la manera de, analógicamente, invertir la relación sin cuestionar la pareja. Aquí se aplica plena-

mente la teoría de la comunicación humana (Watzlawick et al. 1967) que destaca el nivel relacional de la comunicación, en el sentido de definir la relación con el otro, y según la cual toda conducta es comunicación, el síntoma es una conducta, luego comunica algo. Esta comunicación a través del síntoma hace que la pareja no pueda metacomunicar, hablar de su relación, ni negociar sus diferencias, cronificándose el problema y cristalizándose la relación. “Un síntoma es una metáfora sobre la situación en que se encuentra una persona y la manera en que la pareja interactúa en torno al síntoma es una analogía sistémica de otros sistemas de interacción en el matrimonio” (Madanes, 1981).

Desde este enfoque los síntomas son vistos muchas veces como una forma de mantener una relación patológica, por ej. impidiendo la autonomización o como una llamada al mundo exterior para que alguien intervenga y les ayude a cambiar.

6. AGORAFOBIA. DE LO INTRAPSIQUICO A LO RELACIONAL

Desde el psicoanálisis la agorafobia se entiende como el resultado de un conflicto intrapsíquico. Aunque Freud ya había escrito antes sobre las fobias, es a partir de su trabajo “análisis de la fobia de un niño de 5 años (Juanito)” (Freud, 1909), que desarrolla la teorización psicoanalítica sobre la psicogénesis de las fobias. Únicamente vamos a comentar algunos aspectos de este trabajo que hemos utilizado para desarrollar hipótesis en uno de los casos que analizaremos. Freud describe cómo Juanito al salir un día con su niñera se echa a llorar en la calle y pide que le lleve a casa, pues quiere que su mamá lo mime. Freud hipotetiza que el niño asociaría el ir por la calle con el perder a su madre amada.

Posteriormente Juanito piensa que los caballos son peligrosos porque le quieren morder los genitales, desarrolla una fobia a los caballos y no sale a la calle. Juanito teme a los caballos y Freud plantea, entre otras hipótesis, que esa escena remite a otra diferente que tiene que ver con la competencia edípica con el padre. Según este planteamiento, Juanito habría desplazado el conflicto con su padre al caballo, sobre el que proyectaría sus deseos hostiles; de esta forma puede evitar a los caballos y convivir con su padre.

Desde el psicoanálisis, ante una fobia nos preguntaremos qué significa el objeto fóbico, y tendremos en cuenta las características del mismo y lo que puede simbolizar, por ej. la calle es un espacio abierto en el cual nos podemos perder, nos exponemos a la mirada de los demás, somos autónomos, no tenemos contención.

Lacan (1957) plantea un análisis diferente de este caso en base a su conceptualización del complejo de Edipo. Ante el deseo de Juanito de ser todo para la madre y el temor a perderse en ese vínculo, busca al padre para que le marque la Ley que le salve imponiendo la separación y, al no hallarlo, estructura la fobia al caballo como sustituto paterno que realice la castración simbólica. Es decir, la angustia inicial se fija a un objeto que impone la separación simbólica de la madre. En otros términos, a través de la fobia al caballo Juanito llama a un padre para que favorezca

su separación de la madre, que le ayude a aceptar la castración de no tener a la madre para sí. En este caso consiguió a un “abuelo”, Freud, que ayudó a su padre a ser portador de la Ley.

Abraham (1913) describió un caso de agorafobia en un niño de 5 años el cual un día se negó a salir con la niñera diciéndole a su madre “no quiero ser un niño-para-pasear, quiero ser un niño-de-mamá”, Abraham plantea que la agorafobia se debe a que el “inconsciente de estos pacientes no les permite apartarse de aquellos en quienes está fijada su libido”. Deutsch (1929) describió un caso de una agorafóbica de 20 años e hipotetizó que tenía miedo de abandonar a su madre por creer que se podrían hacer realidad sus deseos agresivos. Estudiando las relaciones familiares observó que la madre de esta paciente trataba a su marido como a una nulidad y había concentrado todas sus necesidades afectivas en su hija, demandando que se convirtiera en su compañera y cuidadora.

Fairbairn (1952) relacionó la agorafobia con una fase del desarrollo en la que “El abandono de la dependencia infantil, implica un abandono de las relaciones basadas en las identificaciones primarias”; el proceso de diferenciación del objeto se hace difícil porque en la dependencia infantil se da la incorporación oral del objeto, además de la identificación. En la etapa de transición hacia la diferenciación se da un conflicto entre la necesidad progresiva de dominar a la actitud infantil de identificación con el objeto y el apremio regresivo de mantener esa actitud; es decir, esfuerzos desesperados por separarse del objeto “escapar de la prisión” y por lograr una unión con él “volver al hogar”. La angustia que acompaña a la separación se manifiesta como temor al aislamiento y la que acompaña a la identificación como temor a ser encerrado. El fóbico tiene este conflicto entre el apremio progresivo de separación del objeto y la demanda regresiva de identificación con él. Roth (1959) describió las relaciones de las agorafóbicas y sus madres como muy estrechas e intensas. Weiss (1964) hablaba de una regresión a la dependencia infantil en los agorafóbicos. Deutsch (1929), Roth (1959) Weiss (1964) atribuyen la agorafobia al temor a abandonar el hogar, especialmente la separación de la madre.

En el psicoanálisis se analiza el conflicto intrapsíquico, aunque siguiendo a Freud en el caso Dora “Por la naturaleza de las cosas que constituyen el material del psicoanálisis, se infiere que en nuestros historiales clínicos debemos prestar tanta atención a las condiciones puramente humanas y sociales de los enfermos como a los datos somáticos y a los síntomas. Pero sobre todo, nuestro interés se dirigirá a las relaciones familiares de los enfermos. Y ello no solo en razón de antecedentes hereditarios que es preciso investigar, sino de otros vínculos” (Freud 1905), se observan detenidamente las relaciones familiares, aunque el síntoma se asocia a conflictos internos. Pero Fry (1962) se preguntó directamente si se podría “describir el síndrome de ansiedad no solo como un conflicto intrapsíquico sino también como un conflicto vincular” y se centró en el análisis interaccional de las parejas de agorafóbicos. Describió a los cónyuges como ansiosos, compulsivos y distantes, y

encontró que padecían síntomas semejantes a su pareja. En base a todo esto planteó que la agorafobia protegía al otro cónyuge de aceptar sus propias dificultades, “A menudo los síntomas del paciente cumplen un función protectora: En la medida en que uno de ellos los tenga, los síntomas del cónyuge no se vuelven apremiantes”. Los síntomas mantendrían unido al matrimonio al establecerse un relación de fuerte dependencia en la que el cónyuge debe estar al servicio del agorafóbico. Pero esta relación se vuelve problemática, pues en las discusiones el agorafóbico dice a su pareja que si se atreviera a salir le abandonaría y el cónyuge siente que está con el agorafóbico porque debe acompañarle, no porque le quiera. Las descripciones de Fry concuerdan con el funcionamiento de las parejas colusivas (Willi, 1975).

Bowlby (1972) sin dejar de lado lo intrapsíquico, se centró en las relaciones familiares para analizar el origen de la agorafobia y planteó que lo esencial en ella es el temor a abandonar el hogar. Revisando la literatura sobre el tema, desarrolla tres categorías de familias de agorafóbicos:

1. Familias integradas y razonablemente estables. (en un tercio existían trastornos neuróticos en la familia)
2. Familias en las que predomina el conflicto explícito y/o la carencia de afecto.
3. Familias desmembradas por una pérdida (muerte o divorcio) o cambios frecuentes en la figura materna.

Describió tres pautas de interacción características de las familias de los agorafóbicos:

A. La madre tiene conflicto con sus figuras de apego y necesita que el paciente le haga compañía, son madres sobreprotectoras. Es la más frecuente.

B. El paciente teme que les suceda alguna desgracia a sus padres si abandona el hogar, por ello no sale o les obliga a acompañarle. Los padres amenazan a los hijos con enfermarse o suicidarse si no obedecen; lo cual crea en los hijos, por un lado, temor y preocupación y, por otro, agresividad por el chantaje (Deutsch, 1929).

C. El paciente teme que le suceda algo terrible si sale del hogar; esta pauta la asocia Bowlby a las amenazas de abandono o rechazo por parte de los padres.

Este autor recalca que no se trata únicamente de fantasías del niño sino de relaciones familiares actuales que dificultan la autonomización del hijo y relaciona también la agorafobia con el duelo y la depresión, al encontrar una gran proporción de casos en los que los síntomas fueron precipitados por una muerte. El apego ansioso crea inseguridad y una muerte confirma el peligro de la pérdida y desencadena la agorafobia.

Sassaroli y Lorenzini (1990) estudian el origen de la agorafobia basándose en el constructivismo realista (Kelly, 1955; Popper, 1976) según el cual el ser humano es un constructor activo de su realidad, construyendo teorías que le permitan anticipar los acontecimientos, y lo relacionan con la teoría del apego de Bowlby (1972), al representar el apego el primer intento de conseguir capacidad predictiva, que será sustituido progresivamente por la exploración, en la que la dialéctica entre previsiones e invalidaciones debidas a los fallos en la previsión permite mejorar la

capacidad predictiva.

Estos autores señalan que la madre puede inhibir el comportamiento exploratorio del hijo de varias formas: 1. Siendo impredecible frente la exploración del hijo, 2. favoreciendo que el niño construya su sí mismo como débil y enfermizo, 3. estimulando la construcción del mundo externo como amenazante y 4. interpretando las emociones del niño como signo de debilidad. Estas actitudes van a favorecer que el niño desarrolle un apego inseguro basado en la idea de inadecuación y de dificultad de quedarse solo frente a un mundo hostil y una exploración inadecuada al rehuir vincularse con los demás. Según estos autores la agorafobia se desarrollaría sobre una personalidad premórbida en la que estarían presentes o el apego inseguro que rehuye la exploración, dando lugar a una persona “dependiente” o la “compulsiva fe en si mismo” que propicia la exploración y evita el apego, dando lugar a una persona “autónoma y sola”.

El tipo de apego determinaría la construcción del sí mismo y de la realidad y cuando la capacidad predictiva les falla, aparece la agorafobia, optando por evitar la exploración y restringir el desarrollo del sistema cognitivo y el contacto con el mundo.

Desde el enfoque interaccional, la agorafobia se entenderá como una conducta que sirve para algo y tiene un sentido en el contexto relacional, como describimos anteriormente.

7. AGORAFOBIA Y COLUSION. ANALISIS DE UN FRACASO TERAPEUTICO

Este caso fue tratado hace casi 20 años por uno de los autores de este trabajo, siguiendo un modelo psicoanalítico en el que lo intrapsíquico es el eje del tratamiento.

Se trata de un varón de 50 años, representante de profesión, casado y con 2 hijos, que desarrolló un cuadro de agorafobia con ataques de pánico que le imposibilitaba salir de casa solo. Tomaba ansiolíticos y necesitaba que su esposa, a la que describía como afectiva y muy preocupada por él, le acompañara a todas partes. Describió a su padre como muy distante y frío y a su madre como enfermiza y débil y enfatizaba que no se había sentido querido en su infancia. La agorafobia era entendida como el fruto de un conflicto entre el deseo de autonomía y el de una relación simbiótica; el temor a los espacios abiertos estaría asociado a la autonomía, vivida como peligrosa porque implicaba la pérdida de su esposa. Se inició con él una psicoterapia dinámica breve y en el curso de las sesiones, en las que hablaba predominantemente de sus síntomas y de las relaciones con sus padres, comentó que temía que si se le curaba la agorafobia volvería a ir con mujeres, lo cual había sido frecuente antes de casarse.

Al cabo de unos meses de tratamiento comenzó a ceder el cuadro agorafóbico y comentó preocupado, que ahora su hijo pequeño había comenzado a no querer

salir a la calle. Se le dieron algunas indicaciones sobre lo que le podía pasar al niño y cómo manejar el problema y se solucionó. Al poco tiempo ya podía salir solo a la calle y, tal y como predijo, inició una relación extraconyugal con una mujer.

En casa se incrementaron los conflictos de pareja, pues su mujer pedía más autonomía, deseaba ponerse a trabajar y no estar tan pendiente de él, máxime cuando el “ya no la necesitaba como antes”. En este tiempo se pusieron en primer plano los celos del marido hacia el hermano de su esposa. El cuñado vivía en otra ciudad y su hermana y él se llamaban todos los días. Estos hermanos perdieron a sus padres de niños y tenían una relación muy estrecha. Hablando de este tema, el paciente comentó que la esposa de su cuñado también era agorafóbica.

Los conflictos de pareja se hicieron más intensos y el paciente dijo, con un cierto tono de reproche, que estaba peor que cuando tenía agorafobia, que la terapia no le servía y que iba dejar el tratamiento; hablando del tema se le ofreció la posibilidad de que vinieran los dos para hablar de sus conflictos, pero se negó y dejó el tratamiento.

A la luz de las teorías antes descritas, podemos hipotetizar que las pérdidas sufridas por los hermanos les llevaron a buscar personas dependientes que les necesitaran, dos agorafóbicos, con lo cual se protegían del abandono. El paciente se asegura de tener una esposa-madre que le dé el afecto y la dedicación que no tuvo, mientras que ella recibe esos cuidados identificándose con él (identificación proyectiva). Aquí se establece una relación colusiva en la que ella teme la dependencia por ligarla al abandono y él la autonomía por temor a “perderse” en otras relaciones y quedarse sin su esposa. El síntoma surge cuando aparecen tensiones que llevan a romper la relación colusiva, como una forma de mantener ese lazo estrecho.

Desde el punto de vista sistémico, se establece una doble jerarquía según la cual la mujer manda en la relación al ser la autónoma, la sana, pero el paciente manda a través del síntoma al obligarle a estar a su servicio.

Este difícil equilibrio es roto por la terapia individual. Al fortalecer su parte autónoma, el paciente comienza a salir solo y el sistema busca un equilibrio presentando el mismo síntoma el hijo, lo cual sirve de aglutinante familiar, pero al bloquear esa salida, el paciente sigue su proceso de autonomización y se aleja de su mujer a la que se sentía atado; inicia una relación con otra mujer, pero, al romperse el vínculo simbiótico, la esposa plantea también sus necesidades de autonomización y se inicia una escalada en la que cada uno desea su libertad y teme la del otro.

La terapia individual de casos de agorafobia en los que la sintomatología está asociada a una relación colusiva, lo cual es muy frecuente, puede provocar la ruptura del equilibrio precario en el que se mantenía la pareja y ocasionar nuevos problemas, aunque se pueda hablar de éxito terapéutico al ceder el síntoma. Si el terapeuta no trabaja con una perspectiva relacional puede lograr grandes éxitos sintomáticos acompañados de grandes fracasos relacionales como sucedió en este caso.

8. LAS VICISITUDES DE LA SIMBIOSIS Y EL DIFÍCIL CAMINO HACIA LA AUTONOMIA. EL CASO ANA

Se trata de una mujer, Ana, de 28 años, soltera que vive con su madre de 70 años, viuda desde hace 12 años. Hace 1 año inició un cuadro agorafóbico con ataque de pánico (miedo a salir a la calle a ir en autobuses, trenes; tiene sudores, ahogos, sofocos, intensa angustia y miedo a perder el control, caerse y no volver más en sí) “literalmente me siento morir”. Necesita que se le acompañe a la calle pero no acepta que lo haga su madre, por ello recurre a una vecina algo más joven que su madre, “más abierta de ideas y que me apoya”. Ha seguido tratamientos conductuales (exposición) y farmacológicos (ansiolíticos y antidepresivos) sin éxito.

El cuadro clínico comenzó a desarrollarse después de que tuviera una relación sentimental con una mujer de 55 años la cual, según Ana, le indujo a robar y estafar para ella; se sintió utilizada y luego vinieron juicios que fueron muy estresantes para madre e hija. Más tarde inició otra relación con una mujer de su edad, pero la agorafobia dificultó dicha relación hasta que rompieron. Ana describe su vida como descontrolada, “he tenido muchas dependencias, tengo miedo a perder el cariño de los demás, creo que para que me quieran tengo que darlo todo”.

Describe a su madre como muy fría y sobreprotectora “solo me da lo material y me trata como a una niña que no sabe hacer nada”, “no he sido deseada por mi madre”, dice que a veces le pega. La madre se define como trabajadora, luchadora, honrada y muy considerada en su barrio “nunca he pedido nada a nadie”, “me he hecho a mi misma”. Tuvo una infancia muy dura, debiendo ir a servir desde muy joven; describe a su propia madre como “muy dura”.

El padre es definido por la madre como muy blando con la hija, “pobre, no tenía lo que tenía que tener”, “fumador, cobarde y nervioso como su hija”, murió de cáncer de pulmón, ella pensó: “Ya que su vida no va a cambiar, mejor que Dios se lo lleve”. Dice que los hombres “no valen para mucho”, su propia madre le dijo dos días antes de casarse que no iba a ser feliz. Se muestra orgullosa de haber servido en la casa de una marquesa “una gran señora” y dice que ha aprendido resignación de ella pues sufría mucho con su marido mujeriego.

Describe a Ana como temerosa de quedarse sola desde siempre, “cobarde ha sido siempre”, “va a ser una desgraciada y no va a valerse en la vida, haré lo posible por ayudarle, pero cuando yo muera, dejaré todo arreglado para que vaya a una casa de salud ya que nunca se valdrá sola”, “lo suyo es de herencia, una tía suya, hermana del padre, estaba loca”. Atribuye el problema a que “se trastornó con amigas” “son basura y van con Ana solo por dinero”, y cree que el problema es muy difícil “porque no obedece, deja todo tirado y no se responsabiliza de nada”. Ana dirá más tarde, y a solas, que su madre está celosa de sus amigas. Al hablar de qué sucedería si se separara de la madre dice que siente un “miedo horrible a quedarse desvalida y sin protección”. Suele andar encogida, empequeñeciéndose, siempre ha temido sentirse rechazada y por ello es incapaz de decir “no” a nadie; más adelante dirá que teme

perder el “bastón de apoyo-amenaza” que supone su madre y a “cortar el cordón umbilical”.

Suele haber escenas bastante violentas en las que la madre ataca a la hija, le ha pegado varias veces, le insulta, le dice que se muera, que no va a cambiar nunca, etc. en una bronca le dijo la madre: “¡muérete, mátame, clávame un cuchillo!”, como si de una pelea de amantes se tratara.

Cuando la terapia estaba bastante avanzada, hablando de sus temores a volver a casa de su madre si fracasaba en el mundo exterior, dijo “tendré que volver al lecho conyugal” y nos confesó que dormían juntas, “cuando murió mi padre, mi madre lo dispuso así”.

Vemos en este caso, semejante al descrito por Deutsch (1929), que la madre ha tenido una infancia difícil con carencias y, para compensarse, se ha hecho fuerte e insensible. Pero ha necesitado a alguien débil en quien depositar toda su parte afectiva y carenciada, es decir ha establecido una relación colusiva con su marido, siendo ella la fuerte y valiosa, mientras que el “no tenía lo que hay que tener”. La imagen que tiene de los hombres como inútiles, ha sido fomentada por su propia madre y por la experiencia con la condesa; quizás eso haya influido en la elección de objeto de la hija. Al morir su marido, necesita a alguien con quien mantener la misma relación colusiva, en la que ella ocupa el lugar progresivo, y elige a su hija. Dispone que pase “al lecho conyugal” y, sin elaborar el duelo por la pérdida del esposo (aún muestra resentimiento hacia él por no haber dejado de fumar y por ello haber muerto de cáncer), lo sustituye por la hija. Una madre sobreprotectora que necesita que su hija le haga compañía (Bowlby, 1972) y una hija que necesita mantener un vínculo estrecho con la madre debido a su inseguridad.

En Ana vemos que el apego con su madre es inseguro, basado en la inadecuación y la dificultad de quedarse sola, (desde siempre la madre la califica como débil, inútil, miedosa), lo cual favorece que construya un sí mismo débil y enfermizo que necesita depender de alguien, viéndose dificultada la exploración y la relación con los demás. El padre tampoco ha podido ofrecerle un apego seguro que le permita un adecuado desarrollo y su muerte, cuando Ana tenía 16 años, frenó su posible autonomización en dos sentidos: por un lado el padre no pudo hacer el papel de portador de la Ley que marca la separación entre la madre y la hija y, por otro, su ausencia real determinó que Ana estrechara aún más el vínculo con la madre. Ana no es una “víctima pasiva”, ni la madre una “bruja mala”, si la madre tenía déficits importantes en su desarrollo emocional, instintivamente buscó cómo compensarlos. Además no puede dar lo que no tiene a su hija; al encontrarse sin su marido necesita más de su hija y a ésta le puede venir bien ser imprescindible para su madre, “al fin la tiene para ella” aunque sea un bastón de “apoyo-amenaza”, pero el precio que se paga es alto, la autonomía y el desarrollo personal. Todo ello determina el desarrollo de una personalidad premórbida susceptible de, ante algún estresor, desarrollar un cuadro agorafóbico (Sassaroli y Lorenzini, 1990).

En resumen, podemos decir que las dificultades de los padres con sus propios padres determinan que el apego con Ana sea inseguro, lo cual dificulta su autonomía y favorece la necesidad de un vínculo estrecho con la madre. A nivel intrapsíquico la teoría de la colusión nos permite interpretar la necesidad de la madre de vincularse con personas “débiles” como una forma de depositar en ellos su parte necesitada y poder seguir jugando el papel de “fuerte”.

Otro aspecto interesante es la relación que estableció Ana con la mujer que le indujo a delinquir; es frecuente que personas que tienen padres moralistas, rígidos y fríos busquen el afecto en personas con tendencias psicopáticas que les muestren afecto, el cual se transforma en manipulación. Ana buscó lo contrario de su madre y fracasó, luego buscó el amor en otra mujer de edad semejante a la suya pero la agorafobia dificultó esa relación hasta romperse. La madre le retiraba su apoyo si Ana buscaba un vínculo exterior y traicionaba su pacto secreto de lealtad.

La agorafobia surge en este contexto, juicios, relaciones extrafamiliares..., la calle se convierte en un lugar peligroso donde puede tener problemas, el que le vean por el barrio es una vergüenza para la madre, una mujer “honrada y muy considerada”. Teme a la calle, teme dejar a su madre sola, viuda por segunda vez. La agorafobia evita que se rompa esa relación y protege a ambas, a la hija del mundo exterior, (aquí la madre es la fuerte), y a la madre de la soledad, (aquí la hija es la fuerte que sacrifica su vida por no dejar a su madre sola). A su vez Ana necesita una persona que le acompañe cuando sale, pero no acepta a la madre, busca un tercero que le ayude a romper esa simbiosis con la madre, alguien con quien establecer un vínculo en el que encontrar lo que necesita para autonomizarse. El síntoma sirve para mantenerle al lado de su madre, pero simultáneamente es un pedido de ayuda para que alguien intervenga portando la Ley que le separará de su madre. Finalmente, podemos decir que a través de la relación con las figuras de origen se va construyendo la personalidad, junto con la visión que se hace de sí mismo y del mundo, y desde ahí el sujeto se relaciona en un contexto dado. Lo que sucede dentro del sujeto y cómo interrelaciona, son dos niveles de análisis que se complementan y permiten entender y abordar la agorafobia desde una perspectiva más amplia. El tratamiento en este caso debe necesariamente incluir a la madre y la hija, ayudarles a romper la simbiosis y la relación colusiva, de manera que ambas puedan desarrollarse en lo instrumental y lo expresivo. En este caso se realizó una terapia sistémica, en la que también se utilizaron “lecturas dinámicas”, para ir abordando los conflictos antes descritos, lo cual permitió, no sólo que cediera el cuadro, sino que se pudiera dar ese proceso de separación-individuación que estaba detenido y que cada una se hiciera cargo de sus necesidades progresivas y regresivas.

En este trabajo los autores describen en primer lugar, algunos conceptos psicoanalíticos y relacionales, como son el apego, la colusión, el pasaje de la relación diádica a la triangulación edípica y la comprensión de los síntomas desde la perspectiva interaccional. En segundo lugar se aborda el estudio de la agorafobia desde el psicoanálisis y la teoría de la comunicación y, finalmente, se estudian dos casos de agorafobia desde los modelos teóricos expuestos.

Referencias bibliográficas

- ABRAHAM, K. (1913). On the psychogenesis of agoraphobia in children. En K. Abraham (Ed.) *Clinical papers and essays on psycho-analysis*. London. Hogarth.
- AINSWORTH, M.D. y BELL, S.M. (1970). Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behaviour of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.
- AINSWORTH, M.D., BLEHAR, M.C., WATER, E., WALL, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. I. Attachment*. London. Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2. Separation, anxiety and anger*. London. Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3. Loss, sadness and depression*. London. Hogarth Press.
- CATHERALL, D.R. (1992) Working with projective identification in couples. *Family Process*, 31, 355-367.
- DICKS, H. (1967). *Marital tensions*. London. The Hogarth Press.
- DEUTSCH, H. (1929). The genesis of agoraphobia. *International Journal of Psycho-analysis*. 10, 51-69.
- FAIRBAIRN, V. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London. Tavistok.
- FREUD, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de 5 años. *O.C.* Buenos Aires. Amorrortu.
- FRY, W. F. (1962) The marital context of an anxiety syndrome. *Family Process*, 1, 245-252.
- KLEIN, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. En M.Klein (Ed.) *Developments in Psychoanalysis*. London. Hogarth Press.
- KLEIN, M. (1952). *Developments in Psychoanalysis*. London. Hogarth Press. [Versión castellana, Buenos Aires. Hormé]
- LACAN, J. (1966). *Écrits*. Paris. Seuil.
- LACAN, J. (1994). *Le séminaire de Jacques Lacan. Livre IV: La relation d'objet*. París. Editions du Seuil.
- MADANES, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco. Jossey-Bass. [Versión castellana. Buenos Aires. Amorrortu].
- MAHLER, M.S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York. Basic Books.
- MAHLER, M.S. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York. Basic Books.
- MARKS, I.M. (1987). Agoraphobia, panic disorders and related conditions in the DSM-III-R and ICD-10. *Journal of Psychopharmacology*, 1, 6-12.
- MARKS, I.M. (1990). Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico. IX Cursos de Verano de la UPV.
- POPPER, K. (1976). *La ricerca non ha fine. Autobiografia intellettuale*. Roma. Armando.
- ROTH, M. (1959). The phobic anxiety-despersonalization syndrome. citado por Bowlby, op. cit.
- SASSAROLI, S. y LORENZINI, R. (1990). Apego y exploración en la patogénesis de las fobias. *Revista de Psicoterapia*, 1, 2-3, 95-111.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H. and JACKSON, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. N.Y. Norton.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. H. y FISCH, R. (1976). *Change. Principles of problems formation and problems resolution*. New York. Norton.
- WEISS, E. (1964). *Agoraphobia in the light of ego psychology*. New York. Grune & Stratton.
- WILLI, J. (1975). *La pareja humana: relación y conflicto*. Madrid. Morata.
- WILLI, J. (1987). Il concetto di collusione: un'integrazione tra approccio sistemico e psicodinamico alla terapia di coppia, *Terapia Familiare*, 23: 27-39.

CURARSE A TRAVES DE LA RABIA

Giuliana Prata

Directora del Centro di Terapia Familiare Sistemica e di Ricerca. Milano.

Cinzia Raffin

Investigadora asociada en el Centro di Terapia Familiare Sistemica e di Ricerca. Milano

Through the case history and the therapy of an index patient, the authors propose an hypothesis of the "phobic game", hypotesis which underlines the relational mechanisms maintained by the "game". The intervention, centered on a new linguistic definition of the phobic experience, suggests the possibility of a therapeutic way out.

LA HIPOTESIS

A través de la historia de Fernanda y de su terapia, proponemos una hipótesis interpretativa (Raffin, 1988) del "juego fóbico" que pone de relieve los mecanismos relacionales que alimenta, e indicamos a través de una redefinición lingüística de la vivencia fóbica, una posible línea terapéutica.

Partimos de la hipótesis de que el comportamiento fóbico responde a una necesidad obsesiva de control, por parte del paciente identificado, de las relaciones que lo implican. A menudo, esta necesidad impide que se establezca una relación terapéutica adecuada costrñiendo al terapeuta a modificar no tanto los comportamientos del paciente (intervención ésta que, escapándose a su control, el paciente no aceptaría) sino más bien el área semántica dentro de la cual éstos se experimentan.

LA HISTORIA

Fernanda fue enviada al nuestro Centro por la Dra. Selvini que no pudo aceptar su caso ya que tenía en terapia a su hermano mayor, esquizofrénico crónico. No sabemos si la paciente sabía o no lo de la terapia de su hermano, si conocía su diagnóstico y si nosotros lo sabíamos o no. Cuando llegó en 1977, tenía 50 años. Era alta, fea, teutónica con gafas de un centímetro de grosor: "miope como un banco". Había hecho tres análisis individuales, cada uno de los cuales duró muchos años, sin ninguna mejora. Enseñaba Física y Química en un instituto privado de Milán. Dijo que era fóbica desde la primera adolescencia y que los síntomas se habían

agravado progresivamente hasta hacerle la vida imposible. Era rica, tenía un bonito apartamento, tenía que cerrar herméticamente todas las aberturas al exterior y tener abiertas de par en par todas las internas. Sufrió claustrofobia, no podía utilizar ascensores, metro o autobuses. A duras penas, y en trayectos breves, el tranvía. La sola idea del avión le provocaba sofoco. Estaba constantemente angustiada, dormía muy mal, pero rechazaba tomar medicamentos porque le quitarían el control de sus acciones.

Se quitó los guantes (tenía miedo a los microbios contagiosos) como si se preparara para un combate de esgrima (Viaro, Leonardi, 1982). Cogió el reloj para controlar el tiempo de la sesión y no encontrarse al final de la hora con la frase a la mitad. Preguntó a la Dra. Prata (la terapeuta) cuál era su formación (freudiana, jungiana, etc.), y su currículum. La Dra. Prata respondió tranquilamente a sus preguntas, (Prata, 1989). Fernanda terminaba diciendo “bien” y pasaba a otra pregunta. Esto durante dos sesiones. Al final decidió que la terapeuta había superado el examen y le anunció que a la tercera sesión podría empezar a hacerle preguntas y que ella las respondería con similar franqueza.

La Dra. Prata empezó a preguntarle sobre su familia. Los padres ya habían muerto, su padre hacía veinte años y su madre cinco. Tenía un hermano mayor, ingeniero, que tenía quince años más que ella, casado, con dos hijas adolescentes. Se había casado tarde porque había tenido problemas psicológicos, ingresado varias veces en el hospital y en terapia; tomaba tranquilizantes a dosis elevadas y hacía una vida regularísima porque no soportaba el mínimo cambio. Había sido gravemente fóbico y obsesivo. Ahora estaba bien. Una hermana mayor, soltera, insoportable, odiosa, egoísta, acaparaba todo lo que podía de la herencia familiar y lo amontonaba en su casa. Una hermana un poco mayor que Fernanda había tenido anorexia durante muchos años, después había cogido una tuberculosis y se había muerto. Fernanda visitaba a menudo al hermano que administraba muy escrupulosamente los bienes propios y los de ella. A la hermana odiosa, la telefoneaba por deber.

Su padre había sido una personalidad muy importante de las altas finanzas, tenía un apartamento que era una mansión en una de las calles más chic y caras de Milán. Era una casa de recepciones, con muchos salones y poquísimos dormitorios y baños. Tenían muchos criados, pero a ella todo este fasto le molestaba; la oprimía, le impedía hacer una vida familiar normal. Por suerte, tenía una tata que era una especie de sirvienta contratada a los quince años, cuando la paciente tenía sólo ocho. El padre era claustrofóbico, la madre era sólo fría, rechazante, descualificadora, racista, clasista y autoritaria. La habitación de Fernanda comunicaba con la de los padres y tenían el baño en común, lo cual la incomodaba terriblemente porque debía pasar por su habitación para ir al aseo. Con el paso de los años, se agravó hasta tal punto la claustrofobia del padre que éste tenía que dormir con las ventanas y las puertas abiertas. La mujer estaba achacada de reumatismos y había decidido que Fernanda tenía que dormir con ella en un somier y el marido en la cama de la hija.

La madre aparentemente se desvivía por el único varón, lo cuidaba celosamente, lo protegía, en resumen, lo asfixiaba. A la segunda hija, la había aceptado, a la tercera menos y a la cuarta, Fernanda, la había claramente rechazado. Primero porque no era un varón y después porque era fea. Aparentemente Fernanda era la favorita del padre, pero también él estaba decepcionado porque no era un varón y porque era tan fea. Sus hermanas eran bonitas, el hermano era alto, delgado, osudo, pero era un varón. Este padre que Fernanda idolatraba se convertía en un trapo entre las paredes domésticas. Totalmente dependiente, en manos de su mujer. Roncaba, sufría de incontinencia urinaria, por lo que iba una y otra vez al baño. Para Fernanda él se había convertido en dos ruidos: el de los ronquidos y el del pipí en el water. Poco a poco, había pasado de la idolatría infantil a la admiración, a la compasión, al asco. Él siempre corría detrás de la mujer como un perrito y ella (la mujer) lo despreciaba. El hecho de tener que dormir con la madre había empezado en la adolescencia; antes ella estaba en su habitación con las puertas cerradas. Cuando estaba demasiado angustiada sin poder dormir se refugiaba a escondidas, descalza y en la oscuridad, en la cama de la sirvienta. La sirvienta era dulce, ignorante, temerosa, pero tenía el poder de calmarla. Tan pronto como se acostaba en su cama, se dormía de golpe. La sirvienta la despertaba a las siete y entonces volvía a su habitación. Su padre salía, ella se lavaba y se iba a la escuela. Su madre al fin podía dormir, después de pasar una noche insomne debido a los fuertes ronquidos de su marido. Por modales, no había hablado nunca de habitaciones separadas. Una vez, su madre la había descubierto y le había prohibido, con graves amenazas (como por ejemplo, el rechazo total) moverse de su cama. Pero Fernanda no lo resistía. Tenía pesadillas, angustias terribles y, por lo tanto, con terror, se escapaba y corría descalza hacia su tata. Una noche, presa del terror de ser descubierta, se equivocó de dirección y se encontró en un rincón. Quería gritar pero no podía porque despertaría a su madre, palpaba a su alrededor y le parecía que sólo había paredes. Cayó en un estado de confusión mental; quizás se había desmayado, después retornó en sí lo suficiente como para volver a su habitación. Fue una noche de demonios y desde entonces empezó su claustrofobia.

“¿Podía ayudarla?”. Ella pensaba que no, pero la esperanza es lo último que se pierde. La terapeuta respondió que no lo sabía y que antes eran necesarias unas cuantas sesiones para comprender mejor la situación. “¡Lo entiendo!”. Sonó el reloj y se marchó. En las siguientes sesiones, la terapeuta le preguntó por su hermano, por las relaciones con él, etc. Poco a poco, emergió el cuadro antes descrito. Mientras se limitaba a hacerle preguntas, Fernanda le respondía: “Exacto. Esto también me lo había preguntado el doctor A.” o bien “Esto no me lo ha preguntado nunca nadie, pero me parece un pregunta apropiada”. En cambio, cuando la terapeuta empezó a hacer hipótesis, intentos de conectar, hacer interpretaciones relacionales, respondía que era el contrario de aquello que le había dicho el doctor A., B. y C. “Perdone si se lo digo, pero ...”. Se dio cuenta de que Fernanda quería cambiar porque su vida

se había vuelto insoportable, pero que no permitiría que fuera la terapeuta que la cambiara o cualquiera que no fuera ella misma. Hizó otra sesión, al cabo de una semana, en la que recogió todo el material para la conclusión.

A saber: cuando ella estaba mal llamaba por teléfono a su hermano y él, que quizás estaba peor que ella, siempre tenía una palabra amable, la dejaba desfogarse, la calmaba. Cuando ya no podía más se iba como huésped de su hermano y allí se calmaba poco a poco. Como su padre, también su hermano y ella podían estar mal en casa pero iban a trabajar y nadie se daba cuenta. A parte de las hospitalizaciones del hermano, etiquetadas como estancias de diagnóstico y de reposo en caras clínicas privadas italianas y suizas. Al final, la terapeuta le dijo que ella era una psiquiatra social y que tenía que tomarle en consideración no sólo a ella sino también a su familia. Se podría hacer alguna cosa para mejorar su estado pero con el riesgo de descompensar a su hermano. En efecto, de aquello que había contado, se deducía que aunque él estuviera en crisis, cuando ella iba a su casa angustiada, él se tomaba un “descanso”, se calmaba y la calmaba. Probablemente el hecho de estar mal, el tener síntomas, etc, le obligaba a funcionar como el cabeza de familia, lo hacía sentir responsable respecto a esta hermana desgraciada y así él, precisamente gracias a que ella estaba mal, conseguía no estar peor. Si, por una hipótesis, ella mejorara o se curase, él seguramente se descompensaría. Ella era soltera, él, en cambio, casado y con dos hijas adolescentes. Le sabía mal, pero no podía dejar de tenerlo en cuenta. Se puso furiosa, y se marchó golpeando violentamente la puerta.

En los diez años siguientes, la Dra. Prata la vió tres veces en el metro y dos en el autobús (vive cerca del centro). Exactamente diez años después llamó por teléfono para pedir visita. Entró con el ritual de costumbre de los guantes y del reloj. Dijo a la Dra. Prata que no podía imaginar cuánto la había odiado por aquella decisión suya. Con el tiempo aunque detestándola, había llegado a la conclusión de que al menos había sido honesta y que ella, aunque en desacuerdo, debía respetar sus convicciones morales. Confesó que por rabia había empezado a tomar el autobús, el tren y algunas veces el metro. Los ascensores aún no.

- *Dra. Prata: (dulcemente) “Como mínimo hace bien al corazón”.*

- *Fernanda: “Exacto. He querido hacer todas estas cosas para demostrarle que aunque si yo mejoraba, a mi hermano no le sucedía nada. Ahora he vuelto aquí porque primero, tenía necesidad de expresarle mi odio y, segundo, para preguntarle si ahora que mis sobrinas son mayores, mi hermano vive en el campo, está bien con su mujer y no nos vemos casi nunca, usted está dispuesta a iniciar un tratamiento conmigo”.*

La terapeuta respondió que antes de decidir tenía que ver cómo estaban las cosas. “Bien. Usted recordará que...” y fue tan amable como para resumir todo lo que había dicho tiempo atrás. Tenía siempre una lista de cosas para decir y para preguntar. No llegaba nunca al final de la lista, cada vez añadía otras cosas de su pasado o de su presente que aún no había dicho. Así siguieron adelante, ella no pedía

a la terapeuta si la podía curar o no, recordaba que era una psiquiatra social y que ella no quería forzarla. La Dr. Prata le decía: “Mientras tanto, excave”. Cuando llegaba leía una lista larguísima. Trabajaba mucho en esta obra de excavación y, a medida que la realizaba, le afloraba un sentido del humor totalmente inesperado. También ella estaba sorprendida, decía que no se divertía y no reía tanto como en las sesiones. El modo de reír y de ver las cosas de la terapeuta la había contagiado hasta el punto de que cuando estaba en una situación angustiante, le venía en mente la Dra. Prata, se decía a sí misma que era una idiota, se arremangaba y seguía adelante (Goldfried, Decenteo & Weilberg, 1974). Cada vez que intentaba decir “en lenguaje psicoanalítico”, la terapeuta se lo traducía a una jerga concreta, pedestre, muy milanesa, personal y pintoresca que ella había adoptado plenamente. Se había vuelto cordial, llegaba con el programa que había rebautizado como “carretilla llena de piedras”. Hacía notables progresos. La vía decorosa de salida la encontró ella sola.

Una vez tuvo una broncopulmonía gravísima que la hizo estar a punto de morir. Su cuñada la cuidó con distanciamiento, su hermano a duras penas se dejó ver, su hermana había desaparecido y su mejor amiga le había dicho que cogiera una enfermera privada. Ella siempre se había entregado mucho a ellos, ¿era ésta la recompensa?. “Que se vayan todos al infierno, ahora yo pienso en mí, porque si no pienso yo no pensará nadie”. Desde siempre había deseado tener una casa en la costa. Tenía dinero pero siempre había tenido miedo de no tener suficiente en el caso de necesidad propia o de sus personas queridas. Ahora le importaban un comino, a ellos les importaba un comino ella, sus sobrinas eran mayores y ya estaban curadas de espantos, y ella cogió el tren y fue a buscarse un apartamento. ¿Qué tenía que hacer?. “Tenga en el bolsillo un valium como un amuleto. Si lo necesita, se lo toma y si no, se lo guarda en el bolsillo para la próxima vez”. Así lo hizo. Había encontrado un bonito apartamento en una pequeña ciudad ligure en un barrio residencial. Se había dado cuenta de que fuera de Milán la gente era más humana, solidaria y dispuesta a entablar amistad. (Blanchard, 1970; Hall, Golderg, 1977). En poco tiempo, conoció a más gente allí que en Milán. Tomaba el tren y no el valium, pero lo guardaba en el bolsillo. Se había jubilado y se había dado cuenta del esfuerzo que había hecho para enseñar, cuando había dejado de hacerlo. Era como si se hubiera dicho a sí misma: “À nous la liberté”.

Cada seis meses viene para hacerse un control, más para mostrar sus progresos que para traer sus problemas. Consideramos que se ha curado primero a través de la rabia, después porque la terapeuta no ha querido nunca curarla y así se ha curado ella sola y finalmente porque ha comprendido que con vivir más de la mitad de la vida en el infierno, ya basta. Digamos que viene porque aquí se divierte, es una escaramuza, un florete divertido.

Llega toda compungida pero con la mirada irónica. “Entonces, mire que hay hoy en la carretilla. Ahora usted no se ría, pero... Cuando usted no está para

decírmelo, me lo digo yo sola: Levántate y anda. Imponte a la situación. No hagas más la estúpida, que ya lo has hecho bastante”.

Exponemos la interpretación de un episodio que nos parece interesante. En la segunda época de terapia hizo un comentario sobre el hijo de una conocida que tenía fobia al avión. El marido de la hermana, psiquiatra, quiso curarlo llevándolo a hacer un viaje en avión. En el trayecto Roma-Beirut, las cosas fueron muy bien. Pero, después, en el pasaje Beirut-Karachi, el chico empezó a tener otra vez náuseas y vomitó encima de la madre y también sobre el cuñado psiquiatra. La Dra. Prata se partía de risa.

- “¿Por qué ríe?”.

- “¿Qué idea más fantástica!. Así le ha quitado de la cabeza a su jactancioso cuñado la idea de cogerlo y de llevarlo de viaje por el mundo para curarlo. Volver de Beirut es demasiado difícil. Conozco el tramo Beirut-Karachi, entre curvas y más curvas, es largo y cansado y, además, desde allá es toda una hazaña volver”.

Moraleja: el cuñado se había visto obligado a coger barcos, autobuses, trenes, etc. El tema visto desde este punto de vista, era tan divertido que hasta Fernanda había empezado a reír. Sucedió que también ella tenía fobia al avión. ¿Era un problema?. En fin... Era un problema mientras ella lo considerase un problema. Si ella lo consideraba una condición fáctica, como por ejemplo, la alergia al pescado, se convertía en un hecho.

Fernanda: “Desde luego, lo comprendo”.

Dra. Prata: “¿En qué aspecto, en qué modo cambiaría su vida si no existiera este hecho?”

Fernanda: “En ningún modo porque no sabría dónde ir, tengo mi casa, mi mar, cojo el tren. Gracias doctora, también ésta la ha acertado. Nos vemos la próxima vez con otra carretilla”.

Al final del primer período de terapia, fue el tiempo del terrorismo, denuncias, arrestos (pocos). A Fernanda le entró el pánico.

Fernanda: “¿Y si me arrestan?. Si me ponen en una celda, me vuelvo loca, aunque sea por una sola noche”.

Dra. Prata: “Lo siento, sólo podré llevarle naranjas”.

Esta me la ha echado en cara después de diez años, pero después ha entrado a formar parte de un bagaje de bromas aceptadas y compartidas. Cuando preguntó qué tenía que hacer para combatir el miedo del miedo, la terapeuta le aconsejó que leyera los “Cuentos del terror y los cuentos del horror” de E.A. Poe. Y ella lo hizo. Dijo que nadie hubiera podido describir mejor sus estados de pánico y que el hecho de que le hubiera aconsejado leerlo significaba que la había comprendido.

REFLEXIONES

Ya desde el inicio, Fernanda demuestra no querer perder el control de la situación: es ella quien dicta los tiempos de la sesión, que conduce la exploración

sobre la terapeuta, es ella quien da la vía libre a la terapia. Ya había dejado o abandonado tres lumbreras, no quería “ser guiada hacia la curación”, aunque quizás quería verdaderamente cambiar su vida.

Cuando Fernanda empieza a hablar de su familia, aparece un cuadro “monotípico” (Hickie, Silove, 1989): el padre era claustrofóbico, el hermano había sido gravemente fóbico y obsesivo, una hermana había sido anoréxica. Lo que caracteriza a la familia de Fernanda, más allá de los comportamientos perturbados de buena parte de sus miembros, es la necesidad obsesiva de control que todos muestran tener.

El padre, aparentemente súcbe de la mujer, había conseguido con la claustrofobia, primero controlar el sueño, o mejor dicho, el insomnio de la consorte y después hacer que lo echaran de la cama y tener un espacio privado. La madre controlaba los movimientos nocturnos de Fernanda a la habitación de la tata hasta el punto de aterrorizar a la hija. El hermano llevaba una vida regularísima, no tolerando el mínimo cambio; la hermana mayor controlaba la herencia acaparándolo todo; la otra hermana, con la anorexia, había probablemente controlado el funcionamiento de la cocina, pero después se le había escapado de las manos debido a la tuberculosis que la había llevado a la tumba.

Fernanda, rechazada por sus padres, había vivido en un contexto donde nadie pedía abiertamente nada, donde ninguno obtenía nada para sí, pero todos obtenían algo a través de los síntomas, un contexto privado de claridad, que infunde temores y del cual sólo uno se puede defender teniendo constantemente la situación bajo control. Fernanda había aprendido además que con las fobias se obtienen otras atenciones y cuidados que de otra manera no se obtendrían, sin tener que pedir nunca nada explícitamente y sin bajar nunca la guardia o la cabeza.

Con el paso de los años, Fernanda había perfeccionado su guión; una vez muertos sus padres, Fernanda, con sus miedos, podía siempre contar con la ayuda de su hermano que no sólo la consolaba en los momentos peores, sino que cuidaba sus negocios y administraba sus bienes.

Por qué la paciente identificada lo hacía, se puede explicar en términos de un retorcido mecanismo relacional que nosotros suponemos que existe en las familias fóbicas y que intentaremos ilustrar.

En la conclusión de la primera fase de la terapia, la terapeuta interrumpió el tratamiento con una connotación positiva del síntoma con sorprendentes consecuencias. La interpretación dada, aunque enmarcándose teóricamente en el ámbito de las conclusiones paradójicas (Ascher, 1981; Bedway, 1987; Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1975), se fundamenta en este caso en dos importantes consideraciones: 1) La voluntad de Fernanda de no aceptar un cambio que viniera de la terapia. 2) La imposibilidad para un paciente fóbico de aceptar que alguien pueda declararse “UP” (superior) respecto a él.

Tales consideraciones ya excluían desde el inicio la posibilidad de instaurar

una relación terapéutica funcional, pero la eficacia de la intervención reside en su naturaleza paradójica que, justamente aprovechando la coherencia comportamental de la paciente, la costreñía a buscar alguna resolución.

Ya en otros artículos (Prata, 1988; Prata, 1990), hemos puesto en evidencia que las connotaciones positivas del síntoma, presentadas sin un adecuado soporte interpretativo del juego relacional, no sólo se demuestran ineficaces, sino que pueden ser vividas como una escapatoria del terapeuta frente a la incapacidad de salir de las redes de un juego enmarañado, poco descifrable.

En efecto, si es aceptable la idea de un síntoma, aunque si es pesado de soportar, por el hecho de que permanece en el interior del sistema, debe procurar al mismo sistema alguna ventaja, no siempre es fácil distinguir esa ventaja ni quién es el beneficiario.

En el caso de Fernanda, indudablemente había hechos concretos que podrían confirmar la interpretación: el hermano mejoraba realmente cuando la hermana lo investía con sus problemas. Pero hay otro motivo por el cual esta secuencialidad aparece evidente y por eso más aceptable a nivel racional. Este motivo tiene que ver con la naturaleza misma de los mensajes relacionales que se envían a través del comportamiento fóbico.

¿Cuál es, en efecto, la dinámica relacional de tal comportamiento?. No importa hacer referencia a los varios tipos de fobias, sino más bien al mecanismo relacional que se activaba en la familia en el momento en que un miembro empieza a adoptar comportamientos fóbicos, aunque en un nivel posterior de análisis la especificidad de los comportamientos fóbicos puede tener un valor para comprender los objetivos que persigue el paciente identificado.

Una persona que tiene miedo, independientemente de si es a los espacios cerrados o abiertos, si a lo sucio o a los insectos o cualquier otra cosa, es una persona que se califica externamente como una persona débil, indefensa, que no está a la altura. En relación con el mundo, esta persona da una definición en términos "DOWN" (de inferioridad) (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1971) y, dada la relatividad de las posiciones, esto implica que alguien esté "UP" (en superioridad) respecto a ella. Fácilmente, los miembros del sistema al cual pertenece la persona fóbica pueden erróneamente creer que los que están "UP" son ellos, precisamente por el hecho de que ésta les permite de sentirse así, les induce a aceptar el rol de quien pacientemente tiene cuidado de ella y aguanta todas sus manías.

Pero, en realidad, el paciente identificado ejerce un enorme poder de control sobre todo el sistema familiar a través de sus fobias, a menudo haciendo hacer a los miembros cosas inauditas como lavarse y desinfectarse a continuación, o como, en el caso de la familia de Fernanda, dormir con las ventanas abiertas con el termómetro bajo cero.

En efecto, es el fóbico quien está "UP" respecto a su familia, pero sin definirse nunca como tal. En estas familias, existe un embrollo de fondo: el paciente

identificado se alía con una sintomatología fóbica que le permite ejercer un notable control sobre los otros miembros; éstos, por su parte, aceptan la tiranía del paciente identificado porque se sienten investidos de demandas de ayuda que aparentemente los colocan en un rol de superioridad respecto al paciente identificado, pero les condena a soportar su control.

Tanto el paciente identificado como los otros miembros de la familia parecen interesados en definirse “UP” respecto a la familia, sin embargo, el juego fóbico aunque aparentemente les permite serlo dando a uno la posibilidad de control y a los otros la sensación de superioridad, en realidad, en la medida en que es un “juego” basado en los síntomas, impide a todos de serlo verdaderamente.

En efecto, el paciente identificado envía un mensaje ambiguo y descalificador: “Si yo confío en vosotros, tengo necesidad de vosotros y de vuestra colaboración, pero no porque sois vosotros, no porque me fíe de vosotros, sino sólo porque tengo estos miedos”. Es decir: “Vosotros no estáis “UP” porque yo os reconozca como tales, sino porque yo, con mis fobias, os permito estarlo; por lo tanto, si soy yo quien os lo permite, en realidad quien está “UP” soy yo y no vosotros”.

Por su parte, los otros miembros envían un mensaje similar: “Es verdad que tú nos haces hacer lo que quieres y que nosotros debemos secundarte en todo, pero no lo haces porque eres capaz de hacerlo o porque poseas más autoridad que nosotros, lo haces por el hecho de que estás enfermo”. Es decir: “Tú no estás “UP” porque nosotros te reconozcamos como tal, sino porque, con las fobias que tienes, nosotros decidimos ayudarte; por lo tanto, si somos nosotros quien decide de hacerlo, en realidad quien está “UP” somos nosotros y no tú”.

El juego fóbico es, pues, una especie de simetría en la cual los movimientos no son rechazos explícitos y claros, sino continuas descalificaciones y desconfirmaciones. Los mismos movimientos, Fernanda los ha transferido al contexto terapéutico. En efecto, no ha dejado que la terapeuta actuara sin intervenir ella, juzgando lo apropiado de las preguntas y la bondad de las interpretaciones.

Es evidente que Fernanda no hubiera aceptado un cambio que se derivara de la terapia, ni hubiera aceptado meterse “DOWN” respecto a la terapeuta. Cuando la terapeuta llega a esta conclusión y rechaza la terapia diciendo que la curación de Fernanda hubiera descompensado al hermano, no sólo propone una interpretación verosímil, sino que la caracteriza como alguien que ha comprendido la situación hasta el punto de preveer la evolución y como quien decide, más allá de la voluntad de Fernanda, sobre la prosecución o la interrupción de la terapia. La posición de la terapeuta, en este momento, es “UP” mientras que Fernanda ha perdido completamente el control sobre la terapia. Este hecho no puede hacer otra cosa que enfurecerla y para recuperar las posiciones, para recuperar la sensación de tener bajo control la situación, se ve constreñida a demostrar que la terapeuta se ha equivocado.

La paradoja está en el hecho de que para demostrar que la terapeuta se ha equivocado, Fernanda debe demostrar que su curación no dañará de ningún modo

a su hermano: en resumen, Fernanda debe curarse. Curarse por rabia, curarse para recuperar el control. En efecto, Fernanda, aunque habiendo modificado su vida, aunque tomando sin ningún problema el autobús y el metro, a diez años de distancia, se presenta puntual a la terapeuta para hacer las cuentas. Parece que quiera decir : “Ahora que le he demostrado que se había equivocado, ¿está dispuesta a tomarme en tratamiento?”. Podía ser una revancha, una nueva partida en la mesa de juego de la terapia y hubiera podido serlo si la terapeuta hubiera caído en la trampa.

Pero no fue así. A continuación, Fernanda no pidió más ser curada; decía que se acordaba de que la terapeuta era una psiquiatra social y que, por lo tanto, no la forzaría. La terapeuta aceptó que Fernanda creyera tener el control sobre la terapia; lo que se pide a la terapia no es la modificación de todo el individuo, de toda la organización del sistema, lo cual sería impensable, sino sólo la eliminación de aquellas disfunciones que hacen la vida inviable. Sería utópico pensar que se pueda borrar de un brochazo la obsesiva necesidad de control del fóbico. Esta necesidad existe y es un hecho que no se puede obviar, se trata de encontrar el modo de satisfacerlo sin deber recurrir a unos síntomas y controlarlo sin tenerlo que eliminar a la fuerza.

Así aconsejar llevar un valium en el bolsillo como un amuleto es ponerse en sintonía con la necesidad de control que la paciente identificada muestra tener y que, en resumidas cuentas, no sirve de nada modificar. Fernanda necesita tener siempre una vía de salida en el caso de que se angustie y el amuleto le da esta seguridad, la seguridad de tenerlo todo bajo control. Esto le basta para no tener más angustia y, por consiguiente, no tener ya la necesidad de utilizar el valium.

Hay otro episodio que nos parece ejemplar como situación que hace emerger esta dinámica. Fernanda marchó un día de vacaciones a una localidad de montaña. Cuando llegó al hotel, se preguntó cómo podría salir durante la noche y, no viendo ninguna vía de salida, empezó a sentir claustrofobia. Así que pidió información al propietario, pero no obtuvo las explicaciones que estaba buscando; se había pronosticado ya una noche de demonios cuando la camarera, acompañándola a su habitación y escuchando sus preocupaciones, le dijo: “Yo la comprendo, sabe, haciendo este trabajo he aprendido que cada persona tiene sus miedos; no debe preocuparse porque de noche se puede salir. ¿Ha visto, aquella puerta donde está escrito “Nocturno”?”. Pues bien, allí hay un botón que abre la puerta de servicio”. La camarera le dio todas las informaciones necesarias, la acompañó a la planta baja para mostrarle qué se tenía que hacer para salir y Fernanda durmió tranquila todas las vacaciones. A ella, en realidad, le bastaba con saber que podía encontrar su vía de salida y tener el control de la situación.

La necesidad existe, pero -como decíamos- con la terapia es posible tenerla bajo control, pero para ello es necesario aprender a reconocerla, a convivir con ella y también a reírse de ella. El trabajo realizado en las sesiones iba en esta dirección: poco a poco, se han modificado las modalidades interpretativas con las cuales

Fernanda estaba habituada a leer los problemas comportamentales.

Lo que estaba sucediendo era una especie de revolución de la propia perspectiva, revolución alcanzada a través de la adquisición de un nuevo lenguaje, un lenguaje que no poseía términos referidos a la sintomatología o a clasificaciones psicológicas “artificiales” y por tanto costreñía a Fernanda a traducir sus propios comportamientos en acciones responsables y no en inevitables consecuencias de su “enfermedad”.

En el momento en que se libera del sentido de ineludibilidad y empieza a creer que los comportamientos son elecciones voluntarias y competentes, entonces adquiere un mayor dominio del sentido crítico que puede ayudarla a demoler los fantasmas que la persiguen.

Fernanda ahora acepta que se hable en términos concretos y realistas de sus miedos. Habla de la fobia al avión ya no como un problema ligado a la claustrofobia sino como un simple hecho de alergia al pescado. Visto desde esta perspectiva, el síntoma resulta no sólo aceptable sino que desaparece su problemática desde el momento en que Fernanda no sabría dónde ir en avión y, por lo tanto, tampoco tener la ocasión de tener miedo.

Pero hay más, hablar en términos concretos del miedo, utilizando un lenguaje cotidiano antes que “psicoanalítico”, hace emerger el lado irónico de los miedos que acelera posteriormente el proceso de liberación y de cambio del sistema. Es desde esta dimensión humorística que el “no conseguir coger el ascensor” puede incluso verse como un ocasión para hacer un saludable ejercicio físico.

“En el caso de que me capturaran y encarcelaran como en los tiempos del nazismo -preguntó un día Fernanda-, ¿usted me daría la estricnina?”.

“Bueno, sabe usted (riendo), en los campos de concentración el asunto se resuelve rápidamente porque cuando a una la meten en el horno crematorio, ¿no es que usted tenga mucha necesidad de tomar la estricnina para no morir de miedo!”

“¡Touchée!”.

El juego del miedo ha sido desenmascarado y Fernanda quizás empieza paradójicamente a disfrutar de tenerlo, también, bajo control.

A través de la historia de una paciente diagnosticada como fóbica y de su terapia, los autores proponen una hipótesis interpretativa del “juego fóbico” que pone el énfasis en los mecanismos relacionales que éste alimenta. Los autores plantean, además, a través de una redefinición lingüística de la vivencia fóbica, un posible línea terapéutica.

Traducción: Empar Torres Aixalà

Nota Editoriale:

Este artículo apareció con el título “Guarire dalla rabbia” en *Psicobiattivo*, 11, pp. 35-45, 1991. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- ASCHER, L.M. (1981). Employing paradoxical intention in the treatment of agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*, 19, 533-542.
- BARLOW, D.M., MAVISSAKALIAN, M., & HAY, L.R. (1981). Couples treatment and of agoraphobia: changes in marital satisfaction. *Behavioral Research Therapy*, 19, 245-255.
- BARLOWS, D.M. (1983). Treatment of adolescent agoraphobics: Effects on parent-adolescent relations. *Behavior Research and Therapy*, 21, 519-526.
- BEDWAY, N.C. (1987). Intervention paradoxale dans un cas de neurose traumatique: "Illustration clinique de l'approche systemique de Milan". *Perspectives Psychiatriques*, 26, 107-110.
- BLANCHARD, E.B. (1970). Relative contributions of modelling, informational influences, and physical contact in extinction of phobic behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 55-61.
- CALVERT BOYANOWSKY, J., & LEVENTHAL, H. (1975). The role of information in attenuating behavioral responses to stress: A reinterpretation of the misattribution phenomenon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 214-221.
- EMMELKAMP, P.M.G. (1980). Agoraphobics' interpersonal problems: their role in the effects of exposure in vivo therapy. *Archives of General Psychiatry* 37, 1303-1306.
- GOLDFRIED, M.R., DECENTEO, E.T., & WEILBERG, L. (1974). Systematic rational restructuring as a self-control technique. *Behavior Therapy*, 5, 247-254.
- HALL, R., & GOLDBERG, D. (1977). The role of social anxiety in social interaction difficulties. *British Journal of Psychiatry*, 131, 610-615.
- HICKIE, I., & SILOVE, D. (1984). A family panics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 418-421.
- HSIA, H. (1984). Structural and strategic approach to school phobia/school refusal. *Psychology in the School*, 21, 360-367.
- MARKS, I.M. (1969). *Fears and phobias*. London: Heinemann.
- PRATA, G. (1988). *A systemic jolt to family games. The new method*. Helsinki: Painatuskeskus.
- PRATA, G. (1988). La barriera di microbi. In G. Prata, *I trattamenti in Psicologia Clinica*. Milano: Franco Angeli.
- PRATA, G., & RAFFIN, C. (1989). Setting didactique et setting thérapeutique. *Thérapie Familiale*, 10, 191-203.
- PRATA, G. (1990). *A systemic harpoon into family games: preventive interventions in therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- RAFFIN, C. (1988). Testing clinical hypotheses by means of "falsificationist epistemology". *Family Process*, 27, 485-499.
- RAFFIN, C. (1988). Una richiesta molto sospesa. *Famiglia Oggi*, 33, 106-107.
- ROBERTS, A.H. (1964). Housebound-housewives. A follow-up study of phobic anxiety states. *British Journal of Psychiatry*, 110, 191-197.
- ROSS, L., RODIN, J., & ZIMBARDO, P.T. (1969). Toward an attribution therapy. The reduction of fear thought induced cognitive-emotional misattribution. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12, 276-288.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G.F., & PRATA, G. (1975). *Paradosso e contrapadosso*. Milano: Feltrinelli.
- VIARO, M., & LEONARDI, P. (1982). Le sinsubordinazioni. *Terapia Familiare*, 12, 41-62.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., & JACKON, D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.

REVISION DE ALGUNAS CREENCIAS EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA AGORAFOBIA

Arturo Bados López

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Universidad de Barcelona

Frequently, psychological interventions are based on therapeutic beliefs which are only supported by single studies, research with inconsistent results or, merely, the clinical lore. The aim of this work is to review critically some of these beliefs in the behavioural treatment of anxiety disorders, in general, and agoraphobia in particular. For example, is a tailored intervention more effective than a standardized intervention? The analysis shows that in many cases we have only tentative conclusions about technical aspects which are very important for the treatment.

Es una suposición plausible, aunque no probada, que gran parte del comportamiento humano está influido en mayor o menor medida por creencias que las personas tienen acerca de sí mismas, de los demás y del mundo. Los terapeutas no son ninguna excepción, aunque desearíamos pensar que las creencias específicas en las que basan el tratamiento de sus pacientes están fundamentadas en sólidos datos de investigación. Sin embargo, y lamentablemente, no es este el caso muchas veces, incluso dentro de una orientación tan inclinada a la comprobación empírica como es la conductual.

Por ejemplo, y debido quizás a que los problemas asociados son más frecuentes en la agorafobia que en la fobia específica y a que en esta última la sintomatología fóbica es mucho más circunscrita, existe la opinión de que el trastorno agorafóbico es más difícil de tratar que la fobia específica. Sin embargo, Chambless y Woody (1990) aplicaron en ambos casos exposición graduada en vivo más entrenamiento en respiración controlada y encontraron sólo un par de diferencias significativas en respuesta al tratamiento. En el postest, pero no en el seguimiento a los 6 meses, los agorafóbicos mejoraron menos en autocalificación de incapacidad global; sin embargo, los grupos no difirieron ni en la ejecución y ansiedad durante un test conductual ni en autoinformes de estado de ánimo (depresivo y ansioso) y de

evitación. Por otra parte, el porcentaje de sujetos clínicamente mejorados fue mayor entre los fóbicos específicos (68%) que entre los agorafóbicos (34%), aunque este efecto desapareció cuando se controlaron ciertas variables que covariaron con el diagnóstico en el pretest (edad, duración de la fobia, estado de ánimo, empleo de medicación). De todos modos, conviene matizar que en este estudio la mayoría de los fóbicos específicos presentaron fobia a conducir o claustrofobia; es posible que estas fobias específicas sean más difíciles de tratar que otras, especialmente si están asociadas con ataques de pánico.

Además de la anterior, podrían comentarse otras muchas creencias, incluso más importantes por las implicaciones que tienen de cara al tratamiento. Gran parte de estas creencias terapéuticas están basadas tan solo en estudios aislados, estudios con resultados inconsistentes o, simplemente, en la experiencia y *sabiduría* clínica. El objetivo del presente trabajo es revisar de modo crítico algunas de estas creencias en el marco del tratamiento cognitivo-conductual de la agorafobia; un análisis más detallado puede verse en Bados (1995).

1. *¿Hay que permanecer en la situación temida hasta que la ansiedad se reduzca o puede permitirse el escape temporal?*

Lo que se ha dado en llamar regla de oro del tratamiento de exposición en vivo afirma que debe permanecerse en la situación temida hasta que la ansiedad se reduzca sustancialmente y que, por tanto, no debe escaparse de la misma. Sin embargo, aunque está claro que el escape prolongado de las situaciones temidas es perjudicial, existen estudios que han mostrado que, al menos bajo ciertas condiciones, el escape temporal de una situación temida, con retorno posterior a la misma una vez tranquilizado el paciente, no aumenta el miedo y la evitación y tiene efectos positivos comparables a los de permanecer en la situación hasta que la ansiedad se reduzca (de Silva y Rachman, 1984; Emmelkamp, 1982; Rachman y cols., 1986).

Rachman y cols. (1986) compararon dos condiciones: a) exposición gradual en vivo en la que los sujetos no dejaban la situación hasta que la ansiedad se reducía por lo menos hasta la mitad de la ansiedad máxima experimentada, y b) exposición gradual en vivo en la que los sujetos abandonaban del modo más tranquilo posible la situación cuando su ansiedad alcanzaba 70 sobre 100 y volvían a la situación cuando su ansiedad se reducía a 25 y así sucesivamente. Tras ocho sesiones de tratamiento individual, ambos grupos mejoraron igualmente en cuestionarios de evitación agorafóbica, autoeficacia y depresión y en una medida de miedo durante un test conductual; los resultados se mantuvieron en el seguimiento realizado a los 3 meses. En un estudio anterior, de Silva y Rachman (1984) encontraron que dos grupos similares a los descritos también mejoraron por igual y fueron superiores a un grupo de lista de espera.

Las medidas tomadas durante el tratamiento proporcionaron datos interesantes. El grupo de escape informó menos miedo en promedio y menos miedo durante

las diferentes tareas de exposición que el otro grupo, quizá porque los sujetos sabían que tenían la posibilidad de escapar en caso necesario. Esto concuerda con el hallazgo de que dichos sujetos también dieron mayores estimaciones de su grado de control sobre las situaciones. Estos resultados podrían explicar por qué 3 de los 7 sujetos del grupo de escape no escaparon nunca y por qué los otros 4 sólo lo hicieron 13 veces en 128 ensayos. Por otra parte, en el ensayo siguiente a un escape, los sujetos informaron *menos* miedo y *menos* deseo de escapar que en el ensayo en que ocurrió el escape; esta reducción del miedo y del deseo de escapar no ocurrió después de un ensayo sin escape. Por último, conviene señalar que en las medidas arriba mencionadas de evitación, autoeficacia y miedo, los sujetos que escaparon al menos una vez mejoraron de un modo comparable a los sujetos del grupo sin escape, los cuales no escaparon en ningún momento.

El que la exposición con posibilidad de escape temporal sea tan eficaz como la exposición prolongada puede explicarse si se supone que el mecanismo de acción de la exposición consiste en invalidar las expectativas previas de los sujetos. De este modo, para que la exposición en vivo funcione, lo importante sería no tanto la habituación a los estímulos temidos como la posibilidad de que los sujetos comprueben que sus expectativas amenazantes no se cumplen y adquieran una sensación de control sobre sus respuestas emocionales (Rapee y Barlow, 1991).

2. ¿Debe repetirse un paso de la jerarquía hasta que no produzca más que un nivel de ansiedad mínimo?

¿O bien sería suficiente con una menor reducción de la ansiedad? Yucksel y cols. (1984) compararon dos tipos de exposición graduada en vivo combinada con autoexposición en 28 pacientes fóbicos (9 agorafóbicos, 4 fóbicos sociales y 15 fóbicos específicos). En la condición de exposición rápida un sujeto pasaba al siguiente ítem de la jerarquía cuando su ansiedad subjetiva había disminuido 2 puntos en una escala de 0-8, mientras que en la condición de exposición lenta la reducción tenía que ser de 4 puntos. Ambos grupos mejoraron por igual, tanto en el postratamiento como en el seguimiento a los 6 meses, en diversas escalas y cuestionarios de evitación fóbica, ajuste social y laboral, y depresión, contestados por los pacientes y por los terapeutas. Como era de esperar, la ansiedad máxima calificada por el terapeuta durante las sesiones fue similar en ambos grupos, aunque inesperadamente tampoco hubo diferencias en la ansiedad máxima al final de las sesiones. La exposición rápida requirió menos tiempo de exposición (6 contra 8 horas) y menor número de sesiones (4,7 contra 5,8) para alcanzar el criterio prefijado de mejora: tolerar el ítem más elevado de una jerarquía individualizada de ocho ítems con una ansiedad no superior a 2 en una escala de 0-8.

Los resultados obtenidos hablan a favor de llevar a cabo la exposición tan rápidamente como el sujeto pueda tolerar. De este modo, no haría falta esperar a que se produjera una habituación máxima a un ítem de la jerarquía antes de pasar al

siguiente, sino que sería suficiente con que el sujeto se sintiera capaz de afrontar la ansiedad. De todas formas, sería conveniente replicar el trabajo anterior con ciertas modificaciones tales como el empleo de medidas observacionales, y no sólo de autoinforme. Además, una reducción de dos puntos sobre ocho no parece la misma cuando el nivel inicial es, por ejemplo, siete que cuando es cinco. En el primer caso, el sujeto sigue estando por encima de la media de la escala -y, por tanto, con una ansiedad relativamente elevada- y uno puede preguntarse si el progreso será comparable a cuando la disminución sitúa el nivel de ansiedad por debajo del nivel medio de la escala de 0-8.

En contraste con el estudio anterior, otros autores afirman que es conveniente proseguir o repetir la exposición hasta que desaparezcan los signos manifiestos de malestar, la activación fisiológica, el posible deseo de escapar y los pensamientos negativos (véanse, por ejemplo, respecto a esto último los datos de van Hout, Emmelkamp y Scholing, 1994). Así pues, esta es una cuestión que requiere investigaciones adicionales.

3. *¿Es mejor que la exposición sea diaria o puede ser semanal?*

En la práctica clínica suele ser normal la asignación de tareas diarias de autoexposición en vivo ya sea por sí solas o combinadas con sesiones espaciadas o concentradas de exposición en las que el terapeuta acompaña al paciente. Los tres casos representan ejemplos de exposición masiva ya sea mediante la combinación de exposición asistida por el terapeuta y autoexposición ya sea mediante esta última sólo. Sin embargo, no está claro que esta exposición tan frecuente sea necesaria, a pesar de los resultados iniciales de Foa y cols. (1980).

Estos autores compararon dos condiciones en las que 10 sesiones de exposición prolongada en vivo eran aplicadas con una frecuencia de una sesión por día o una por semana. Los 30 primeros minutos de cada sesión se dedicaron a la discusión de la sintomatología de los sujetos; luego, venían 2 horas de exposición en vivo. No hubo tareas de autoexposición. Como variables dependientes se utilizaron únicamente escalas de calificación clínica de ansiedad fóbica y evitación puntuadas por un evaluador independiente. Ambas condiciones produjeron mejoras en ambas medidas, pero la exposición masiva o diaria fue superior a la exposición espaciada o semanal. Limitaciones de este trabajo son el empleo de un solo modo de evaluación, una muestra pequeña (11 sujetos) y la ausencia de seguimiento, ya que se empleó un diseño experimental en el que todos los pacientes pasaron por ambas condiciones.

Un estudio más reciente no presenta estas limitaciones y sus resultados son bastante diferentes. Chambless (1990) trabajó con 19 agorafóbicos y 17 fóbicos específicos, aunque los resultados fueron los mismos en ambos tipos de trastornos. El tratamiento incluyó 10 sesiones de frecuencia diaria o semanal según el grupo. Cada sesión consistió de 90 minutos de exposición graduada en vivo combinada con

diversas estrategias de afrontamiento: respiración controlada para contrarrestar la hiperventilación, detención del pensamiento y atención hacia el mundo externo para disminuir los pensamientos catastróficos e intención paradójica para los síntomas físicos. No hubo tareas de autoexposición para no favorecer al grupo de exposición espaciada. Los dos tipos de exposición mejoraron por igual en el postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses en medidas de ansiedad situacional y ejecución conductual obtenidas a partir de diarios y de un test de evitación, y también en medidas de evitación fóbica autoinformada. Los grupos tampoco difirieron en el porcentaje de sujetos que abandonaron el tratamiento o que recayeron. Algunos posibles sujetos no quisieron participar en la investigación por no encontrar aceptable la exposición masiva. La principal razón para la no aceptación tuvo que ver con problemas de horarios (la mayoría de los sujetos trabajaban), aunque en algunos casos el motivo fue el miedo a que ocurriera alguna de las consecuencias temidas.

Dadas las mejoras metodológicas del estudio de Chambless (1990) sobre el de Foa y cols. (1980), puede aceptarse por el momento que el espaciamiento de las sesiones de exposición, dentro de los límites estudiados, no es importante, al menos cuando se combina la exposición con estrategias de afrontamiento. No obstante, serían de agradecer nuevos trabajos al respecto.

4. *¿Es conveniente que el terapeuta acompañe al paciente durante la exposición?*

Esta es una cuestión muy debatida. Existen dos trabajos en los que los sujetos que hicieron autoexposición en vivo guiada en entrevistas con el terapeuta y contaron además con la compañía del terapeuta durante la exposición no mejoraron más que los sujetos que no tuvieron esta compañía (Al-Kubaisy y cols., 1992; Alström y cols., 1984). El trabajo de Al-Kubaisy y cols. con agorafóbicos, fóbicos sociales y fóbicos específicos estuvo específicamente diseñado para investigar el papel de la participación del terapeuta en la exposición en vivo. En otras palabras, ¿es útil añadir exposición (asistida por el terapeuta) a la autoexposición (realizada sin el terapeuta)? Se compararon tres intervenciones: exposición en vivo más autoexposición, autoexposición sola y autorrelajación. En los tres grupos hubo seis sesiones en las que el terapeuta supervisaba el tratamiento y 90 minutos diarios de práctica por cuenta propia; el primer grupo tuvo además seis sesiones de exposición acompañada por el terapeuta. El grupo de autorrelajación mejoró muy poco y los dos grupos con autoexposición fueron superiores a este último en el postratamiento y en el seguimiento al mes y medio. Salvo para los fóbicos sociales en ciertas medidas, el grupo con exposición no fue mejor que el de autoexposición sola.

En contraste, otros estudios han hallado mejores resultados en el postratamiento cuando el terapeuta participa en la exposición. McDonald y cols. (1979) encontraron que un grupo de autoexposición en vivo y 2 horas de consulta con el terapeuta fue más eficaz que un grupo control, pero la mejora fue mucho menor que en otros

estudios que emplearon exposición en vivo asistida por el terapeuta; este resultado es necesario tomarlo con cuidado ya que la comparación de interés no se hizo dentro del propio estudio, sino con otros. El trabajo de Agras y cols. (1990, citado en Michelson y Marchione, 1991) no tiene esta limitación. En él se comprobó que la exposición en grupo asistida por el terapeuta resultó más eficaz que la autoexposición en vivo en medidas de evitación agorafóbica y valoración negativa del pánico. Williams y Zane (1989) también hallaron que la exposición en vivo fue superior a la autoexposición.

En dos estudios que combinaron terapia psicológica y farmacológica la superioridad observada en el postratamiento en el grupo que tuvo asistencia del terapeuta durante la exposición dejó de darse en el seguimiento. En concreto, Marks y cols. (1983) hallaron que la autoexposición en vivo más exposición fue algo superior en el postratamiento a la autoexposición más relajación; sin embargo, no hubo diferencias en los seguimientos a 1, 2 y 5 años (Marks y cols., 1983; Cohen, Monteiro y Marks, 1984; Lelliot y cols., 1987). En el trabajo de Mavissakalian y Michelson (1983, 1986a) la inundación en vivo más autoexposición fue notablemente mejor que esta última en el postratamiento, pero este efecto desapareció en los seguimientos realizados a los 6, 12 y 24 meses (Mavissakalian y Michelson (1986b). Un punto a enfatizar es que la ausencia de diferencias en los seguimientos de ambos estudios fue debida no a un empeoramiento de los grupos de exposición, sino a que los grupos de autoexposición mostraron una mejora adicional.

En conclusión, con los datos existentes puede concluirse que la adición de exposición en vivo asistida por el terapeuta a la autoexposición en vivo puede resultar beneficiosa a corto plazo, pero a medio y largo plazo no se constata ninguna ganancia adicional debido a que el tratamiento de autoexposición termina por alcanzar los niveles logrados con la exposición más autoexposición. Sin embargo, como sugieren Chambless y Goldstein (1980), la asistencia del terapeuta durante la exposición en vivo puede ser útil cuando los sujetos no se atreven a comenzar la autoexposición en vivo, cuando quedan bloqueados en un momento dado del tratamiento o cuando no experimentan una reducción de la ansiedad a pesar de cumplir con la autoexposición. También puede ser útil cuando se desee obtener ciertos datos que hayan resultado difíciles de conseguir en la consulta, tales como conductas defensivas sutiles o cogniciones emocionalmente cargadas. De todos modos, no se aconseja que el número de sesiones de exposición asistidas por el terapeuta supere las seis (Taylor y Arnou, 1988).

Por otra parte, parece incluso que el tiempo total dedicado por el terapeuta durante el tratamiento, fuera ya de las sesiones de exposición, puede ser reducido sin una pérdida de eficacia terapéutica. Esto es lo que observaron Côté y cols. (1994) en sujetos con trastorno de pánico con o sin agorafobia al aplicar un tratamiento cognitivo-conductual complejo que incluyó información, entrenamiento en respiración y relajación, distracción, autoinstrucciones de afrontamiento, reestructura-

ción cognitiva, exposición a las sensaciones temidas, exposición en vivo y un programa de prevención de la recaída y mantenimiento. Tanto el grupo que tuvo 7 sesiones de 75 minutos y 8 breves consultas telefónicas de 11 minutos como el grupo que tuvo 17 sesiones de 75 minutos con el terapeuta consiguieron iguales resultados en el postratamiento y en seguimientos de hasta 1 año de duración en medidas de pánico, evitación agorafóbica, miedo a las sensaciones corporales y cogniciones catastróficas.

El papel del terapeuta es todavía menor en los programas de autoayuda que se basan en manuales y en contactos telefónicos o por correo con el terapeuta y en los que el contacto directo con este es mínimo o nulo. Estos programas son especialmente útiles si los sujetos no pueden disponer de un tratamiento con un terapeuta por razones geográficas o económicas y no presentan un trastorno agorafóbico severo ni depresión grave. También pueden ser beneficiosos con algunos agorafóbicos severos que no se atreven a acudir a la consulta. No obstante, los resultados pueden ser inferiores a cuando el terapeuta ayuda al sujeto durante la exposición (aunque sea sólo en 1-2 sesiones) y supervisa directamente la marcha del tratamiento. Una revisión de los distintos estudios realizados puede verse en Bados (1995).

5. *¿Pueden ser perjudiciales las estrategias de afrontamiento enseñadas en terapia?*

Suele pensarse que las estrategias de afrontamiento enseñadas por el terapeuta son beneficiosas y, de hecho pueden resultar útiles cuando se emplean para reducir una ansiedad excesiva y para favorecer la exposición. Sin embargo, también pueden llegar a convertirse en conductas indeseadas de evitación. Esto ocurre cuando se utilizan para intentar eliminar o controlar a toda costa la ansiedad porque el sujeto cree que si no la controla, le ocurrirán las consecuencias catastróficas temidas. En este caso sería más conveniente que el paciente experimentara deliberadamente los síntomas durante un tiempo para que pudiera comprobar que no se cumplen las expectativas catastróficas. Las conductas de afrontamiento van dirigidas a manejar la ansiedad, no a prevenir una amenaza que no es tal; por tanto, no interfieren con la invalidación de las expectativas catastróficas. En cambio, con las conductas de evitación se pretende prevenir consecuencias amenazantes; de este modo, impiden la invalidación de las amenazas anticipadas y ayudan a mantener la ansiedad (Salkovskis, 1991). De todas formas y a pesar de lo dicho aquí, no existen investigaciones al respecto que permitan sustentar o no estas afirmaciones.

6. *¿Es mejor adaptar el tratamiento al perfil de respuesta de cada paciente, teniendo en cuenta las modalidades básicas de respuesta (motora, cognitiva, fisiológica)?*

Es habitual distinguir en los problemas fóbicos tres modalidades básicas de respuesta: motora (p.ej., conductas de evitación), cognitiva (p.ej., expectativas de

peligro) y fisiológica (p.ej., ritmo cardíaco acelerado). Se supone que los tratamientos consonantes -esto es, aquellos que se dirigen específicamente a las modalidades de respuesta en que hay perturbaciones- son más eficaces. Así, un paciente con notables conductas de evitación e hiperventilación, pero con poca elaboración cognitiva, se beneficiaría más de exposición en vivo más respiración controlada que de exposición en vivo o que de exposición en vivo más reestructuración cognitiva. En cambio, este último tratamiento sería más adecuado para un sujeto con elevada conducta de evitación, frecuentes pensamientos negativos y moderada activación fisiológica.

Tres estudios han investigado hasta el momento la cuestión anterior, aunque los resultados son inconsistentes. Öst, Jerremalm y Jansson (1984) dividieron a 40 agorafóbicos en reactores conductuales y reactores fisiológicos, según su problema se manifestara por evitación de muchas situaciones en un test conductual o por incremento del ritmo cardíaco al exponerse a estas situaciones. (Los pacientes que reaccionaron a ambos niveles no entraron en el estudio.) Dentro de cada uno de ambos grupos la mitad de los pacientes recibió exposición gradual en vivo más entrenamiento en autoverbalizaciones para afrontar el pánico y la otra mitad entrenamiento en relajación, la cual se aplicó en 3 de 12 sesiones en situaciones tanto fóbicas como no fóbicas (pero estresantes). Los cuatro grupos mejoraron en autoinformes de ansiedad y evitación agorafóbicas, pánico, miedos y depresión, y en la ansiedad y el número de situaciones fóbicas completadas durante un test conductual. Sin embargo, aunque hubo una cierta tendencia a que los tratamientos consonantes fueran más eficaces, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos.

Mackay y Liddell (1986) dividieron a 14 agorafóbicos en reactores cognitivos y no cognitivos según sus respuestas a un cuestionario de ansiedad que tiene en cuenta las tres modalidades básicas de respuesta. La mitad de cada grupo recibió entrenamiento cognitivo más autoexposición en vivo y la otra mitad un tratamiento no cognitivo (relajación más autoexposición en vivo); de este modo, la mitad de los pacientes recibieron un tratamiento adaptado a su modo de respuesta y la otra mitad no. Como se esperaba, se obtuvieron mejores resultados con tratamiento consonante que con tratamiento no consonante. No obstante, los resultados no pueden atribuirse inequívocamente a la consonancia del tratamiento, ya que los reactores cognitivos mejoraron más que los no cognitivos ya fuera que recibieran un tratamiento cognitivo o no cognitivo. En resumen, un grupo no consonantemente tratado (los reactores cognitivos que recibieron relajación y autoexposición) mejoró tanto como los dos consonantemente tratados. El grupo de reactores no cognitivos que recibieron tratamiento cognitivo fue el que mejoró menos. En el seguimiento a los 6 meses, el tratamiento no cognitivo se mostró más eficaz que el cognitivo. Limitaciones de este estudio es el empleo de una sola variable dependiente y el pequeño número de sujetos por celdilla.

Michelson (1986) clasificó a 23 agorafóbicos del estudio de Michelson, Mavissakalian y Marchione (1985) en reactores predominantemente conductuales, fisiológicos o cognitivos según las siguientes variables obtenidas en un test conductual: número de situaciones evitadas, incremento de ritmo cardíaco y porcentaje de pensamientos negativos. Posteriormente, los pacientes fueron agrupados según hubieran recibido una forma consonante o no consonante de tratamiento. Los tratamientos fueron exposición más autoexposición en vivo, relajación más autoexposición en vivo e intención paradójica más autoexposición en vivo. Se constataron mejoras del pretest al posttest y del pretest al seguimiento a los 3 meses tanto en el grupo de sujetos consonantemente tratados como en el de los no consonantemente tratados. Sin embargo, el primer grupo mejoró más que el segundo en el postratamiento en medidas de fobia total, miedos y pensamientos negativos. Las diferencias entre ambos grupos se agudizaron en el seguimiento a los 3 meses; en la evaluación realizada en este momento el grupo de sujetos que recibieron un tratamiento consonante progresó más que el otro en medidas de ansiedad y evitación fóbica, fobia total, miedos, interferencia socio-laboral, ritmo cardíaco, ansiedad generalizada y psicopatología general.

Un problema importante en los estudios anteriores es el tipo de criterios que se emplean para decidir si un paciente es un reactor conductual, fisiológico y/o cognitivo. ¿Qué es lo que define a un reactor cognitivo, sus autoverbalizaciones negativas en la situación temida, sus creencias irracionales generales o ambas cosas? Según el criterio adoptado y la forma de medirlo, un sujeto será clasificado como reactor cognitivo o no. Podemos preguntarnos igualmente qué índices son necesarios para hablar de alta reactividad fisiológica. Es normal encontrar una falta de concordancia entre distintas respuestas autonómicas (ritmo cardíaco, actividad electrodermal, temperatura), de modo que una persona puede ser clasificada como reactiva fisiológica según algunas de ellas, pero no según otras.

Por otra parte, conviene tener en cuenta que puede ser más eficaz adaptar el tratamiento no a modalidades de respuesta en general, sino a los problemas específicos detectados dentro de cada modalidad en cada sujeto; así, la relajación no tiene por qué ser el mejor tratamiento para todos los reactores fisiológicos ni la reestructuración cognitiva para todos los reactores cognitivos. Un paso más allá en la adaptación de la intervención al paciente individual es considerado en la siguiente cuestión.

7. ¿Es mejor elaborar el programa de intervención teniendo en cuenta el análisis funcional de los problemas agorafóbicos, otros problemas asociados que el paciente pueda presentar y las características individuales de cada sujeto?

Se supone que los agorafóbicos varían en los factores específicos que están manteniendo sus problemas agorafóbicos; de aquí que, en función del análisis funcional realizado, se necesitarán diferentes intervenciones según los casos. En

segundo lugar, el hecho de que los problemas agorafóbicos vayan frecuentemente acompañados por otros problemas (depresión, ansiedad generalizada, hipocondría, poca aserción) que varían según los pacientes y que también pueden necesitar ser tratados requiere también modificaciones en el tratamiento. Finalmente, la intervención debe adaptarse a las características de cada paciente; así, una inundación, un tratamiento de grupo o una reestructuración cognitiva pueden ser adecuados para algunas personas, pero no para otras.

Los tres factores que se acaban de comentar implican que las investigaciones que utilizan diseños tradicionales de grupos con sus tratamientos estandarizados para todo tipo de agorafobia deberían tener menos peso. En cambio, deberían cobrar mayor importancia los estudios con diseños de caso único o con diseños de grupos de sujetos homogéneos a los que se adapta el tratamiento. Es probable que al menos una parte de los fracasos en el tratamiento de la agorafobia sean debidos a una falta de individualización del tratamiento (Eifert y Wilson, 1991; Hoffart, 1993; Wolpe, 1989).

Sin embargo, aunque prácticamente todo el mundo está de acuerdo con la bondad de adaptar el tratamiento a cada caso, o quizá precisamente por esto, no es esta una cuestión sobre la que dispongamos de datos que la apoyen o refuten. Se hace preciso, pues, investigar la supuesta mayor eficacia de los tratamientos individualizados ya sea mediante diseños en que el tratamiento individualizado y el estandarizado son aplicados alternativamente a los mismos sujetos o mediante diseños en que un grupo de sujetos recibe tratamientos individualizados mientras que otro grupo recibe un tratamiento estandarizado.

En la única investigación al respecto realizada hasta la fecha, Schulte y cols. (1992) trabajaron con 120 fóbicos, de los cuales algo más de las tres cuartas partes fueron agorafóbicos, aunque los resultados no variaron en función del tipo de fobia. Se compararon tres intervenciones:

a) Tratamiento individualizado. El terapeuta seleccionó para cada sujeto las técnicas cognitivas y/o conductuales más oportunas en función del análisis tanto de sus síntomas específicos como de los condicionantes de estos. El número máximo de sesiones fue 36 ($M = 27$).

b) Tratamiento estandarizado. Todos los sujetos recibieron la misma intervención, la cual consistió en exposición in vivo más entrenamiento en el cambio de las autoverbalizaciones negativas. El tratamiento se extendió a lo largo de 25 sesiones ($M = 21$) según las pautas especificadas en un manual.

c) Tratamiento apareado. Cada sujeto recibió una intervención que había sido planificada y administrada individualmente para un paciente del primer grupo. Así pues, mientras que el primer y el segundo grupo se diferenciaron tanto en las técnicas aplicadas como en la adaptación individual del tratamiento, el primer y el tercer grupo sólo difirieron en esto último.

Los tres grupos mejoraron, pero en contra de lo esperado, el tratamiento

estandarizado fue o tendió a ser el más eficaz en el postratamiento en autoinformes de miedo y ansiedad situacional, en un cuestionario de miedos, en la valoración hecha por pacientes y terapeutas de en qué medida se habían alcanzado los objetivos terapéuticos específicos de cada paciente, en la calificación global por parte de pacientes y terapeutas del cambio conseguido con el tratamiento y en el porcentaje de pacientes considerados curados. No hubo diferencias en los seguimientos a los 6 y 24 meses.

¿Fue el tratamiento estandarizado realmente tal o los terapeutas introdujeron modificaciones cuando lo consideraron oportuno? Al estudiar la fidelidad de los terapeutas a los manuales del tratamiento estandarizado y del tratamiento apareado, se comprobó que ésta fue sólo moderada y que incluso en estos grupos hubo algunas adaptaciones al caso individual. Sin embargo, es de suponer que la individualización fue mucho más acusada en el tratamiento individualizado y, a pesar de esto, este grupo no se diferenció del de tratamiento apareado, el cual tuvo las mismas técnicas de intervención, pero sin ser adaptadas a cada caso.

Por otra parte, las diferencias entre el tratamiento estandarizado y el individualizado pudieron ser debidas a que hubo un mayor empleo de la exposición en vivo en el primer caso; esto viene sugerido por el hecho de que cuando el grupo de tratamiento individualizado se dividió en dos subgrupos según hubieran tenido o no exposición en vivo, el subgrupo con exposición obtuvo unos resultados comparables a los del tratamiento estandarizado y superiores a los del otro subgrupo con el que se habían empleado principalmente métodos cognitivos. Así pues, del estudio de Schulte y cols. (1992) puede extraerse la conclusión de que, al menos con pacientes fóbicos, el exceso de flexibilidad y adaptación puede ser perjudicial. Sin embargo, puesto que también se dio un cierto grado de adaptación en el tratamiento estandarizado, sería interesante conocer el efecto de este factor en comparación con un tratamiento completamente estandarizado si es que posible encontrar terapeutas capaces de aplicar una intervención tal cual sin introducir alguna modificación tendente a adecuarse al paciente que están tratando.

CONCLUSIONES

¿Qué conclusiones específicas, aunque tentativas, pueden extraerse de todo lo dicho hasta aquí? En resumen, podemos decir que a) El escape de una situación temida en caso de ansiedad excesiva no parece ser perjudicial si se vuelve a la situación una vez tranquilizado y se prosigue la exposición. b) Es posible que no sea necesario dominar totalmente un ítem de la jerarquía de exposición antes de pasar al siguiente. c) Puede ser que la exposición semanal sea tan eficaz como la diaria, al menos cuando se combina con estrategias de afrontamiento. d) Que el terapeuta acompañe al paciente durante algunas sesiones de exposición puede representar un beneficio adicional, aunque sólo a corto plazo; sin embargo, la cuestión no está libre de debate. e) Se cree que bajo ciertas condiciones, las estrategias de afrontamiento

enseñadas en la terapia pueden ser perjudiciales, aunque no hay evidencia al respecto. f) No está claro que sea más eficaz el tratamiento consonante, esto es, aquel que se dirige específicamente a las modalidades de respuesta del problema en las que haya fuertes reacciones. g) Aunque es plausible pensar que es mejor adaptar el tratamiento al análisis funcional de los problemas fóbicos, a otros problemas asociados que el sujeto pueda presentar y a las características individuales de cada paciente, el exceso de flexibilidad puede ser perjudicial.

En cuanto a las connotaciones generales de todo lo expuesto, es posible, desde luego, ver las cosas desde el lado pesimista y pensar que realmente no hay casi nada claro y sabemos muy poco, y adoptar un actitud de desesperanza. Sin embargo, esto supondría olvidar que la psicología clínica es una disciplina muy joven que necesita ir acumulando e integrando conocimientos. Por otra parte, la situación expuesta no permite precisamente la complacencia ya que, en el mejor de los casos, poseemos sólo conclusiones tentativas sobre aspectos técnicos que son muy importantes de cara al tratamiento.

Aunque es cierto que una orientación predominantemente técnica en psicoterapia se queda coja, también lo es que una orientación básicamente teórica es asimismo insuficiente, y aún más si -como sigue siendo habitual en muchos casos- se reduce a algo puramente especulativo y con una pobre base empírica. Debemos tender a integrar los dos aspectos. Así, si termina por comprobarse que basta con que la exposición a las situaciones temidas se dé una o dos veces por semana en vez de cada día, esto exigirá un menor esfuerzo por parte de los pacientes y promoverá una mayor adhesión al tratamiento. Por otra parte, proporcionará información interesante para dilucidar si el mecanismo de acción de la exposición tiene más que ver, pongamos por caso, con la habituación o con la invalidación de expectativas erróneas.

De todos modos, y aunque las implicaciones teóricas no fueran notables, los aspectos discutidos en este artículo tienen la suficiente importancia de cara a la práctica clínica cotidiana como para que nos animemos a realizar nuevas investigaciones al respecto. El porqué parece haber tan poca disposición a hacer esto último sería desde luego un tema de interés para un nuevo artículo.

Con mucha mayor frecuencia de la que se piensa, las intervenciones psicológicas se basan en creencias terapéuticas que se apoyan solamente en estudios aislados, estudios con resultados inconsistentes o, simplemente, en la experiencia y sabiduría clínicas. El objetivo del presente trabajo es revisar críticamente algunas de estas creencias en el tratamiento conductual de los trastornos de ansiedad en general y de la agorafobia en particular. Por ejemplo, ¿es más eficaz una intervención individualizada que una estandarizada? El resultado del análisis es que en muchos casos poseemos sólo conclusiones tentativas sobre aspectos técnicos que son muy importantes de cara al tratamiento.

Referencias Bibliográficas

- AL-KUBAISY, T., MARKS, I.M., LOGSDAIL, S., MARKS, M.P., LOVELL, K., SUNGUR, M. & ARAYA, R. (1992). Role of exposure homework in phobia reduction: A controlled study. *Behavior Therapy*, 23, 599-621.
- ALSTRÖM, J.E., NORDLUND, C.L., PERSSON, G., HARDING, M. & LJUNQUIST, C. (1984). Four treatment methods in agoraphobic women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 1-17.
- BADOS, A. (1995). *Agorafobia, II: Tratamientos psicológicos y farmacológicos*. Barcelona: Paidós.
- CHAMBLESS, D.L. (1990). Spacing of exposure sessions in treatment of agoraphobia and simple phobia. *Behavior Therapy*, 21, 217-229.
- CHAMBLESS, D.L. & GOLDSTEIN, A.J. (1980). The treatment of agoraphobia. En A. Goldstein & E.B. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions: A clinical guide* (pp. 322-415). Nueva York: Wiley.
- CHAMBLESS, D.L. & WOODY, S.R. (1990). Is agoraphobia harder to treat? A comparison of agoraphobics and simple phobics response to treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 305-312.
- COHEN, S.D., MONTEIRO, W. & MARKS, I.M. (1984). Two-year follow-up of agoraphobics after exposure and imipramine. *British Journal of Psychiatry*, 144, 276-281.
- CÔTÉ, G., GAUTHIER, J.G., LABERGE, B., CORMIER, H.J. & PLAMONDON, J. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 25, 123-145.
- DE SILVA, P. & RACHMAN, S. (1984). Does escape behaviour strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 87-91.
- EIFERT, G.H. & WILSON, P.H. (1991). The triple response approach to assessment: A conceptual and methodological reappraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 283-292.
- EMMELKAMP, P.M.G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research, and practice*. Nueva York: Plenum Press.
- FOA, E.B., JAMESON, J.S., TURNER, R.M. & PAYNE, L.L. (1980). Massed vs. spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 333-338.
- HOFFART, A. (1993). Cognitive treatments of agoraphobia: A critical evaluation of theoretical basis and outcome evidence. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 75-91.
- LELLIOT, P., MARKS, I.M., MONTEIRO, W.O., TSAKIRIS, F. & NOSHIRVANI, H. (1987). Agoraphobics 5 years after imipramine and exposure. Outcome and predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 599-605.
- MACKAY, W. & LIDDELL, A. (1986). An investigation into the matching of specific agoraphobic anxiety response characteristics with specific types of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 361-364.
- MARKS, I.M., GRAY, S., COHEN, S.D., HILL, R., MAWSON, D., RAMM, E.M. & STERN, R.S. (1983). Imipramine and brief therapist-aided exposure in agoraphobics having self-exposure homework: A controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 40, 153-162.
- MAVISSAKALIAN, M. & MICHELSON, L. (1983). Self-directed in vivo exposure practice in behavioral and pharmacological treatments of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 14, 506-519.
- MAVISSAKALIAN, M. & MICHELSON, L. (1986a). Agoraphobia: Relative and combined effectiveness of therapist-assisted in vivo exposure and imipramine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 117-122.
- MAVISSAKALIAN, M. & MICHELSON, L. (1986b). Two-year follow-up of exposure and imipramine treatment of agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1106-1112.
- MCDONALD, R., SARTORI, G., GREY, S.J., COBB, J., STERN, R. & MARKS, I. (1979). The effects of self-exposure instructions on agoraphobic outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 83-85.
- MICHELSON, L. (1986). Treatment consonance and response profiles in agoraphobia: The role of individual differences in cognitive, behavioral and physiological treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 263-275.
- MICHELSON, L. & MARCHIONE, K. (1991). Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia. Critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 100-114.
- MICHELSON, L., MAVISSAKALIAN, M. & MARCHIONE, K. (1985). Cognitive and behavioral treatments of agoraphobia: Clinical, behavioral, and psychophysiological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 913-925.
- ÖST, L.-G., JERREMALM, A. & JANSSON, L. (1984). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 697-707.

- RACHMAN, S., CRASKE, M., TALLMAN, K. & SOLYOM, C. (1986). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behavior Therapy*, 17, 366-384.
- RAPEE, R.M. & BARLOW, D.H. (1991). The cognitive-behavioral treatment of panic attacks and agoraphobic avoidance. En J.R. Walker, G.R. Norton & C.A. Ross (Eds.), *Panic disorder and agoraphobia* (pp. 252-305). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- SALKOVSKIS, P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- SCHULTE, D., KÜNZEL, R., PEPPING, G. & SCHULTE-BAHRENBURG, T. (1992). Taylor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92.
- TAYLOR, C.B. & ARNOW, B. (Eds.). (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. Nueva York: Free Press.
- VAN HOUT, W.J.P.J., EMMELKAMP, P.M.G. & SCHOLING, A. (1994). The role of negative self-statements during exposure in vivo: A process study of eight panic disorder patients with agoraphobia. *Behavior Modification*, 18, 389-410.
- WILLIAMS, S.L. & ZANE, G. (1989). Guided mastery and stimulus exposure treatment for severe performance anxiety in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 237-245.
- WOLPE, J. (1989). The derailment of behavior therapy: A tale of conceptual misdirection. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 3-15.
- YUCKSEL, S., MARKS, I., RAMM, E. & GHOSH, A. (1984). Slow versus rapid exposure in vivo of phobics. *Behavioural Psychotherapy*, 12, 249-256.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
APARTADO DE CORREOS 90.097
08080 BARCELONA
Tel.: (93) 321 7532**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.)
c./ Francesc Tàrrrega, 32-34
08027 BARCELONA
Tel.: (93) 408 0464
Fax: (93) 352 4337**