

REVISTA DE
PSICOTERAPIA

CASOS SUPERVISADOS

Epoca II, Volumen XXIII - 4º. trimestre 2012

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

92 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYÓN COBOS, MAR GÓMEZ MASANA, URSULA OBERST, JOSÉ LUIS MARTORELL YPIENS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMÓN ROSAL CORTÉS.

Comité Editorial: ALEJANDRO ÁVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSÉ NAVARRO GÓNGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, ÁLVARO QUIÑONES, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XXIII - Nº 92 - 4º trimestre 2012

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, venticinco 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

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 20 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
UNA SUPERVISIÓN EN CO-TERAPIA: LA EXPERIENCIA DE UN TERAPEUTA EN FORMACIÓN	5
Sonia Tapia Melendo	
A LA TERCERA VA LA VENCIDA	41
Lluïsa Solsona Paüls	
LA CONSTRUCCIÓN DE LA VOLUNTAD COMO ALTERNATIVA A LA EXPERIENCIA DE ABUSO	61
Maria Oliveras Farrés	
MI CUERPO ES MÍO	81
Roser Santonja Guillén	
DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN UN CONTEXTO DE PAREJA	93
Albert Vidal Raventós	
“CRÓNICA DE MI MENTE”: UN TRASTORNO DE LEGITIMIDAD PERSONAL	111
Laura Esquinas López	

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. 933 217 532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (IRIF, S.L.)
Revista de Psicoterapia
c/. Hurtado, 29
08022 - Barcelona
Tel. 934 080 464 Fax: 933 524 337

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 2012
Países comunitarios 55 EUR
Países extracomunitarios .. 90 \$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 I.R.I.F., S.L., 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

Este número es fruto de la iniciativa de un grupo de psicoterapeutas que comparten o han compartido un espacio común de supervisión durante varios años, siguiendo el modelo de la “psicoterapia del desarrollo moral”. Cada uno de ellos ha escogido uno de los casos que mejor podían demostrar la aplicación del modelo y poner de manifiesto la incidencia de las reflexiones llevadas a cabo durante el proceso de supervisión en el manejo del caso. De este modo, el resultado da lugar a un mosaico muy variado, tanto de casuística como de estilos, en el abordaje de distintos problemas que han ido surgiendo a lo largo del trabajo terapéutico con cada uno de ellos.

El primero de los artículos, escrito por Sonia Tapia, profundiza sobre el sentido y conveniencia de la supervisión en el proceso de formación del terapeuta, así como en la conducción del caso. Introduce, además, una modalidad parcialmente nueva, al contemplar la posibilidad de realizar supervisiones en coterapia con claros beneficios para terapeuta y paciente, siempre que ambos estén de acuerdo, a fin de aprender por modelado directo el estilo y la técnica de la entrevista. El caso escogido plantea en último término la necesidad de otorgar un sentido a la existencia para superar el sentimiento de extrañeza y vacío, detectados después del reconocimiento y aceptación de la propia orientación homosexual del paciente.

El segundo de los casos presentados ostenta una característica particular, los sucesivos abandonos y reincorporaciones al proceso terapéutico, que finalmente culminan con éxito al tercer intento, dando origen al título del artículo “A la tercera va la vencida”. En él, M. Lluïsa Solsona muestra cómo es posible mantener el hilo de un proceso interrumpido varias veces, si se contextualiza en el marco de un criterio, regido por una única finalidad terapéutica, la del desarrollo de la autonomía psicológica, de acuerdo con el modelo del desarrollo moral.

María Oliveras desarrolla a través de una secuencia de seis sesiones de supervisión el seguimiento de un proceso de integración de la experiencia traumática experimentada por una paciente de 45 años, por haber sufrido abusos sexuales en su infancia. Este trabajo requirió ayudar a (re)construir el sistema de regulación volitiva, inexistente a causa del abuso, que fue definido por la propia protagonista del caso como: “la manipulación de la voluntad por la coacción y la intimidación”. La perspectiva del Desarrollo Moral permitió comprender la transversalidad de la falta de una estructura volitiva y enfocar la dirección del trabajo hacia la construcción de la voluntad como elemento reparador del abuso y de sus consecuencias.

El cuarto de los casos presentados hace referencia a una paciente que manifestaba sintomatología de Trastorno de la Conducta Alimentaria de tipo Anorexia Nerviosa Purgativa, compatible con un marco general de la sintomatología propia del Trastorno Límite de Personalidad. Sufría una gran inestabilidad emocional, estaba aislada socialmente, no acudía al colegio, con su familia mantenía una actitud o muy cariñosa y demandante o tremendamente agresiva, realizaba consumo de tóxicos y se autolesionaba. Roser Santonja relata a través de una secuencia de tres supervisiones el desarrollo favorable de su tratamiento.

Albert Vidal expone en el quinto de los artículos un caso de una pareja joven, que acude a consulta por un problema de disfunción eréctil de poco más de un año de duración. En el momento de escribir el presente artículo, la terapia sigue todavía en curso. En el período transcurrido desde el inicio de la terapia se han llevado a cabo dos sesiones de supervisión, observándose una evolución positiva del síntoma sexual, con remisión prácticamente completa. Sin embargo, paralelamente, aflora un conflicto de pareja complejo, que es explorado a lo largo de las sesiones, sobre el que se trabaja en la actualidad.

Cierra la monografía un artículo de Laura Esquinas en el que se hace referencia a las indicaciones derivadas de las sesiones de supervisión en relación a un caso diagnosticado de trastorno límite de la personalidad de una joven de 24 años, siguiendo las orientaciones marcadas desde la perspectiva de la teoría del Desarrollo Moral. De este modo se han podido abordar problemáticas derivadas de una historia de abusos en el contexto familiar y trabajar los graves déficits de regulación emocional y comportamental que habían dado lugar a numerosos ingresos hospitalarios, después de diversos intentos autolíticos.

UNA SUPERVISIÓN EN CO-TERAPIA: LA EXPERIENCIA DE UN TERAPEUTA EN FORMACIÓN

Sonia Tapia Melendo
Colegiada nº 10.129
soniatm@copc.cat

This article presents a supervision experience, using co-therapy as a component of the experiential learning process of therapeutic proficiency.

Keywords: supervision, co-therapy, psychotherapy, therapeutic proficiency, experiential learning.

INTRODUCCIÓN

En una profesión tan compleja como la de psicoterapeuta, donde el subjetivismo campa a sus anchas, se hace casi imprescindible contar con un buen guía o supervisor que nos ayude a desempeñar con ética y profesionalidad la responsabilidad que conlleva este rol.

Evidentemente, disponer de un *mapa* sólido, una epistemología y un modelo teórico que nos proporcione un marco conceptual desde el que interpretar y concebir los problemas humanos es requisito previo ineludible. Pero incluso éste debe ser “*personalizado*” por cada profesional. Bajar el *mapa* (modelo teórico) al *territorio* (persona del terapeuta), configurando así el **estilo personal del terapeuta**, también se forja y consolida mejor si contamos con la ayuda guiada de un supervisor a través de los años.

El mapa sólo nos indica las diferentes rutas posibles a seguir; la utilidad que se haga de él y la elección del cuándo, cómo y con quién depende de cada terapeuta.

Es por ello que el espacio de supervisión, gracias a la intersección de los planos clínicos y didácticos, es un lugar privilegiado para otorgar nuestro sello personal al modelo teórico, y configurar así nuestra particular manera de instrumentalizarlo. De esta forma se va adquiriendo un estilo propio y particular, que surge de la integración y filtrado de lo teórico con el universo de capacidades, peculiaridades

y códigos que conforman las estructuras narrativas y conceptuales de cada psicoterapeuta.

Sin intención de abarcar aquí todas las posibles virtudes de la práctica clínica supervisada, sí quiero hacer un alto para destacar alguna de ellas. Por ejemplo, es de gran ayuda a la hora de desarrollar, adquirir y aprender a manejar habilidades terapéuticas básicas para dirigir los procesos psicoterapéuticos: empatizar, reflejar, preguntar, interrumpir, confrontar, dirigir, formular, reformular, planificar, diseñar estrategias, intervenir, etc.

De igual modo, ofrece una oportunidad privilegiada para reflexionar, introspeccionar, analizar, comprender y detectar aspectos de la propia personalidad y experiencia vital que inevitablemente se ponen en juego en la ejecución del rol. Este autoconocimiento, que va *de la persona al rol profesional*, y viceversa, es de gran ayuda para el manejo de los aspectos transferenciales de la relación con el paciente, y permite la inclusión de las resonancias emocionales propias como guía para las intervenciones terapéuticas.

Y por supuesto, el espacio de supervisión crea, confirma y reafirma, a la vez que posibilita aprendizajes nuevos y creativos. Amplía el estilo terapéutico, aportando calidad y diversidad al rol y a los procesos en que se halle inmerso el terapeuta.

Ni que decir tiene que, en cualquiera de sus modalidades (individual o en grupo, directa o indirecta, en co-terapia...), supervisar ayuda a la buena marcha del tratamiento y es un medio para seguir formándose.

Y es justamente a estas aportaciones a la formación y configuración del estilo personal del terapeuta a las que quiero prestar atención en este artículo. Quiero compartir con el lector, principalmente, alguno de los aprendizajes que adquirí supervisando durante los primeros ocho años de mi ejercicio como profesional con el Dr. Manuel Villegas. A lo largo de este tiempo y en su compañía aprendí no sólo a hacer, sino a ser terapeuta. Usaré las palabras de Juan L. Linares y Marcelo Ceberio (2005) para expresarle, aquí y ahora, mi agradecimiento.

“El formador es aquel que respeta al aprendiz y lo estimula, y no le cercena posibilidades creativas sino que las enmarca dentro de la teoría, y si las desaprueba, lo hace con la paciencia del sabio, o sea, demostrando con avales por qué no es aconsejable tal o cual movimiento en la sesión. Lejos, entonces, de las ortodoxias y de la meticulosidad y adherencia rígida a los patrones de modelos terapéuticos, el formador difundirá y enseñará no sólo teoría y maniobras técnicas, sino también ideología y sensibilidad emocional. Y no es para menos, puesto que en la relación profunda e intensa que se establece entre maestro y alumno sucede lo que sucede en toda relación: no sólo se transmiten conocimientos específicos, sino todo un complejo de comunicación a múltiples niveles”

UNA SUPERVISIÓN EN CO-TERAPIA

Las modalidades más habituales en que se desarrollan las tareas de supervisión suelen ser dos: **la indirecta o en diferido** y **la directa o en vivo**. La primera es la que se realiza después de la sesión de terapia, en grupo o individualmente, a partir del material que aporta el terapeuta. La segunda se desarrolla durante la sesión, bien sea detrás del espejo unidireccional o en circuito cerrado de video. Esta última es muy característica de la forma de trabajar de los terapeutas sistémicos.

El caso que presento aquí fue supervisado de forma indirecta y en grupo en dos ocasiones a lo largo del proceso terapéutico. La primera vez, con el objetivo de revisar y perfilar las hipótesis terapéuticas, y de planificar las líneas de la intervención. Y la segunda, para captar, a través del role-playing, la técnica de la heurística negativa y el estilo dialéctico del supervisor.

Estas supervisiones grupales me ayudaron a organizar la experiencia a nivel conceptual, y a establecer puentes sólidos y bidireccionales entre teoría y práctica, así como a ir cogiendo seguridad y destreza en el rol de terapeuta. Cabe decir que una característica de este grupo de supervisión era la homogeneidad respecto al marco teórico y epistemológico. La mayoría estábamos formados en la cosmovisión antropológica del ser humano como un ser radicalmente libre y responsable, en la concepción constructivista y evolutiva de la psique humana, en la comprensión de la estructura psicológica y su patología desde la perspectiva del desarrollo moral, y conocíamos las herramientas y metodologías que se derivan de estas líneas de pensamiento (“El análisis de la demanda” (Villegas 1996), “El análisis del discurso” (Villegas, 1992), “la entrevista evolutiva, la heurística negativa y el diálogo socrático (Villegas, 1993), etc. Esta característica favorecía que rápidamente pudiéramos llegar a un nivel de análisis sumamente profundo, desvelador y enriquecedor para todos.

Pero no es hacia este espacio formativo donde he querido dirigir mi mirada ni la del lector. He escogido este caso para escribir un artículo en un monográfico sobre supervisión por otros motivos, que son, esencialmente, la originalidad y lo específico del estilo de supervisión que se adoptó, y al que hemos llamado *supervisión en co-terapia*.

Esta propuesta formativa, la *supervisión en co-terapia*, se diferencia de la co-terapia propiamente dicha, en que tiene como principal objetivo ayudar al terapeuta en formación. No se busca, pues, crear un equipo terapéutico para dirigir la intervención, sino que se trata de ayudar, mediante el modelado o la posterior reflexión de lo visto, al terapeuta responsable del caso. Esta co-terapia se dirige tanto a la adquisición de recursos técnicos (de exploración, de conducción de las sesiones, de confrontación...), como al acceso a significados globales u ocultos que ayuden a la comprensión del cuadro.

El supervisor, asumiendo un rol activo en la conducción de la sesión, despliega su estilo y habilidades terapéuticas para proporcionar un modelo claro y explícito

que pueda dar respuesta a la necesidad del supervisado.

Este formato de supervisión ofrece la posibilidad de vivir la *meta-experiencia* de tener una comprensión dinámica general de la interacción y del estilo propio dentro del proceso terapéutico. Esto invita a hacer un giro sobre uno mismo y a mirar el propio self en relación; a revisar el desempeño de la teoría y la técnica en la propia persona, y a identificar en uno los puntos fuertes y débiles. De esta manera, *mirando y mirándose*, reflexionando después lo sentido y lo vivido, descubrimos recursos, revisamos creencias y experimentamos diferencias.

Como terapeuta en formación, necesitaba afianzar el trabajo en el modelo psicoterapéutico del desarrollo moral (Villegas, 2011, 2013), y sentía que no me bastaba con los análisis teóricos y directrices que podíamos desarrollar en las supervisiones indirectas. Necesitaba ver la manera en que mi supervisor traducía los conceptos y los objetivos terapéuticos en estrategias y medios para ejecutarlos, justamente en un caso que me estaba resultando difícil hacerlo.

Cabe decir que se dieron una serie de condiciones muy favorables para llevar a cabo esta supervisión en co-terapia: el hecho de que existía un vínculo sólido entre paciente y terapeuta por un lado, y entre terapeuta y supervisor por otro, además de contar con un marco conceptual compartido.

Usando las palabras de Minuchin (1992) en su libro “Técnicas de Terapia Familiar” diré que *“el empleo que el terapeuta hace de sí mismo en el sistema terapéutico es el instrumento más poderoso para promover un proceso de cambio”*. *“Cada terapeuta posee determinadas habilidades para alcanzar los objetivos terapéuticos, cada uno tiene una modalidad diferente de instrumentalizarse a sí mismo en la ejecución de estas técnicas”...*

Y así como *“el modelo terapéutico es la lupa, el criterio epistemológico con el que se observa y construye el caso, el estilo personal es lo que se desarrolla en la práctica con el paciente”* (Ceberio y Linares, 2005)

Y con el objetivo de adquirir mayor pericia técnica, y la habilidad terapéutica en la heurística negativa y la indagación de significados, y una vez seleccionados los focos sobre los que íbamos a intervenir y las estrategias que convenía desplegar, empezamos a realizar sesiones conjuntas con el paciente, siendo un total de 5 las intervenciones a dos manos que se realizaron a lo largo de un año del proceso terapéutico.

Gracias a la solidez de los vínculos pudimos sumergirnos rápidamente en la actividad terapéutica y centrarnos en lo emergente nuevo. De esta manera, entre supervisor y terapeuta construimos un contexto que generó una espiral en la que paciente y terapeuta en formación nos vimos abocados a una experiencia rica en vivencias y aprendizajes.

El paciente pudo tener la experiencia de ver cómo se desplegaban ante sus ojos dos estilos terapéuticos distintos, y, gracias a la metacomunicación entre terapeuta y supervisor, pudo asistir como oyente a las reflexiones en voz alta de dos

profesionales puestos a su servicio, teniendo así una metaexperiencia que fue muy útil para favorecer el autodistanciamiento y la reflexión.

Y el terapeuta pudo disfrutar de la estimulante experiencia del aprendizaje, y adentrarse en el desafío de “convertirse en un profesional que ejerce su vocación desde la pasión pero sin postergar la fascinación por el conocimiento” (Ceberio y Linares, 2005)

Parafraseando a Whitaker (1992), diré que:

“Tan solo siendo consciente de mi propia necesidad de crecer y del deseo de evitar mi agotamiento, podría preservarse mi capacidad de ser útil a los demás... Mi capacidad de ser real, de estar vivo durante la sesión, de responder de una manera personal es la esencia de lo que tengo para ofrecer. Esto requiere que yo también obtenga algo. No existe nada realmente que sea puro altruismo”

Y así, fruto de una constante dialéctica entre formación, práctica y supervisión, en todos sus formatos, he ido forjando mi estilo terapéutico, que como rol, está en constante evolución y abierto a modificaciones enriquecedoras, a favor siempre de un desempeño clínico más maduro y consolidado.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA DEMANDA

A partir de este momento nos referiremos al paciente con el nombre de **Elliot**, por expreso deseo de él, y a quien agradecemos que nos haya concedido el permiso para escribir este artículo.

La primera vez que Elliot acudió a mi consulta, allá por el 2004, le faltaba un mes para cumplir los 25 años. Era un chico sensible, discreto y educado, y a pesar de su mirada cálida transmitía una sensación de angustia y de estar perdido; como de haber agotado sus recursos.

Pedía ayuda porque había llegado a un punto en que era incapaz de encontrar sentido a la vida, y lo peor de todo es que ya no sabía dónde buscarlo. Estaba en un bucle en el que no paraba de dar vueltas obsesivamente a “la película de su vida” para revisar dónde se había equivocado y cómo podía ser que hubiera llegado a este punto. Se sentía solo y diferente a todo el mundo, y no lograba entender cómo hacían los demás para ser felices. Al final siempre llegaba al mismo lugar: “¿Para qué trabajar? ¿Para qué salir? No le encuentro sentido a nada”

Desde que de niño descubrió su tendencia homosexual, había vivido ocultándose y disimulando para no sentirse rechazado ni ser el objeto de burlas de sus compañeros. Relataba una historia de vida marcada por la ocultación y la vergüenza del sí mismo, y por el aislamiento como mecanismo de protección. Paralelamente a esta realidad, en el imaginario iba alimentando la fantasía de que todos sus anhelos se verían cumplidos de forma mágica cuando pudiera proclamar abiertamente y vivir con legitimidad su orientación sexual.

Estaba convencido de que “salir del armario” le haría libre y le permitiría por

fin alcanzar todo aquello que deseaba y en lo que ponía las expectativas de una vida con sentido (conocer a chicos como él y hacer amistad, enamorarse, sentirse que formaba parte de algo, dejando atrás el sentimiento de soledad y de ser diferente, no tener nada que esconder...)

Del mismo modo que fantasea la anoréxica con alcanzar la felicidad y el éxito si consigue cambiar su cuerpo, Elliot sentía y creía que su vida cobraría sentido y plenitud cuando pudiera vivir y desplegar su personalidad libremente al proclamar su homosexualidad.

El derrumbamiento vino cuando, tras dos años de años de vivir “fuera del armario” y experimentar la vida desde su nueva libertad, vio que no se generaban las consecuencias que él había imaginado. Seguía siéndole muy difícil hacer amigos; no consiguió identificarse con un mundo gay que sentía muy alejado de sus valores, y su tendencia a “rayarse” por todo no sólo no desaparecía, sino que se había acentuado hasta cotas insoportables. Además, el haber alcanzado una serie de metas vitales importantes (como consolidarse profesionalmente, tener un par de buenos amigos y alguien con quien salir), no le había acercado a la felicidad, y le dejaban sin un camino marcado que seguir. *“Ahora no veo proyectos como antes (instituto, universidad, trabajo...) que me puedan hacer feliz. Antes tenía más metas. Ahora me entra el agobio cuando miro al futuro”. “Me veo perdido porque no tengo quien me diga haz esto o esto no”*

Con lo cual, la fantasía de libertad y de autorrealización esperada se desquebrajaba ante sus ojos. Se veía otra vez fuera del mundo (“yo veo el mundo ahí y yo aquí, y no acabo de encajar en ninguna parte”) y no entendía por qué no se sentía bien haciendo “lo que hacen los gays”. Estaba agotado (“Lloro de agotamiento de darle tantas vueltas a todo, y cuando me veo así pienso que nunca saldré”) y ya no sabía a qué agarrarse para continuar (“veo que aspiro a algo que no sé si puedo conseguir, que es tener pareja estable y una vida normal, lo cual veo que es imposible en el ambiente gay. Y para no quedarme solo, acabo llevando una vida nocturna, superficial y promiscua, cuando en realidad no tiene nada que ver conmigo. Pero siento que si no hago esto, me quedo solo otra vez. **Y ya no sé que hay que hacer en la vida.** La gente se lo pasa bien haciendo esto, y yo no. Vivo preocupado siempre por algo. Ya no me imagino estando bien. Veo que no tengo remedio”

Es en este contexto de derrumbamiento del sistema y de crisis de sentido que pide ayuda terapéutica por primera vez. **“Si lo que yo pensaba que me cambiaría la vida no lo hace, ya no sé que me puede hacer feliz a mí”** “No sé si se puede encontrar lo que yo busco, no sé qué camino tengo que seguir, no sé lo que tengo que hacer, y por más que pregunte cada uno me dice una cosa diferente y no me puedo fiar”.

Esta crisis tenía su traducción, también, en un nivel sintomático. Además del estado rumiativo constante, Elliot presentaba síntomas físicos diversos, como dolor

de estómago, opresión en la cabeza, dolor de pecho, agotamiento físico, problemas de sueño, miedo fóbico a los lugares concurridos y cerrados, etc. Y todo este fracaso estaba traduciéndose en una imagen del sí mismo con un ser “raro”, que a nivel sintomático se configuraba en forma de **fobia social**.

“No encuentro mi sitio, no sé lo que quiero, me da miedo no saber qué voy a hacer con mi vida. Veo que salir del armario no ha cambiado nada. Todo sigue igual y me da mucho miedo. Estar así me hace sentir muy raro”.

“Ahora me siento igual que cuando estaba a punto de decir que era gay.

Antes, el miedo era que notasen que era gay, ahora, que soy raro”.

“Tengo miedo a que me observen y me juzguen. Me siento muy observado y pienso: a ver qué va a pensar éste”

Con lo cual, paradójicamente, **la libertad para ser** se le estaba convirtiendo en **una reclusión del ser**, y de salir, estaba volviendo a entrar en el armario. Pero esta vez, lo que debía ocultar no era su homosexualidad, sino su rareza. Siguiendo la lógica de su discurso, es coherente que la demanda de Elliot fuera, por un lado, dejar de sufrir (resolución del cuadro sintomático), y por otro, **“ser normal, ser como la mayoría de la gente”**. Esta constituyó, pues, la demanda inicial de la que partíamos, que, según la clasificación propuesta por Villegas (1996), podría catalogarse como **propia, inespecífica y con un claro componente mágico**.

DATOS DEMOGRÁFICOS Y DEL PROBLEMA

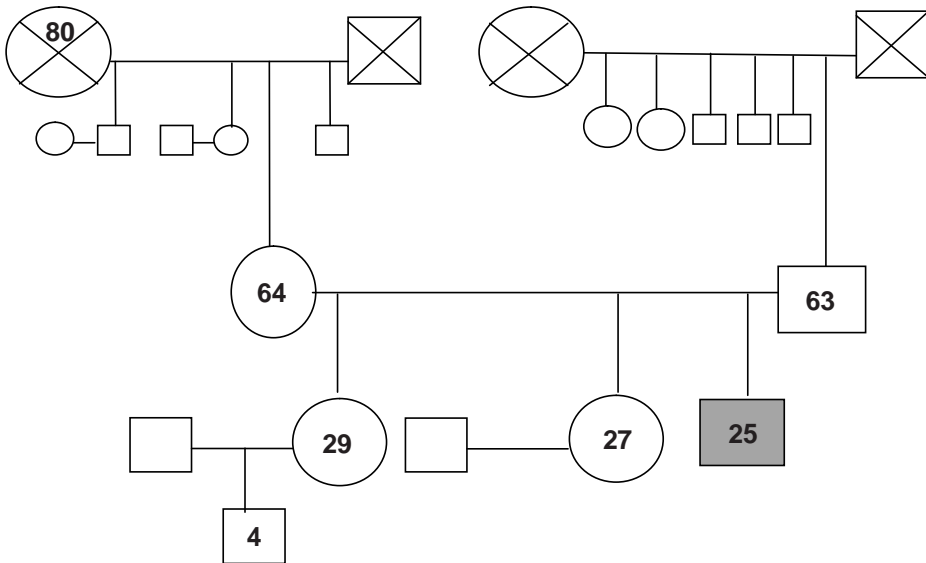
Elliot es el menor de tres hermanos, las dos primeras, 2 y 4 años mayores que él, son chicas. Cuando acudió a consulta, hacía ya unos años que sólo vivían en la casa familiar sus padres y él. Sus hermanas se habían independizado tiempo atrás para crear sus propias familias, y los abuelos maternos murieron cuando él era adolescente.

Tanto la familia paterna como la materna provenían de un origen humilde, y habían emigrado a Barcelona desde diferentes puntos del país en busca de trabajo. Se habían instalado en un barrio periférico de la ciudad y habían trabajado duro desempeñando oficios sencillos para tirar adelante a la familia.

La familia materna había seguido siempre unida y en contacto, mientras que en la paterna, al fallecer los padres de forma temprana, cada hijo había seguido su camino y el contacto había sido muy escaso desde que eran adolescentes. A efectos del paciente, la relación con esta parte de la familia era casi nula, y su historia, prácticamente desconocida (el padre nunca hablaba de esto).

Los padres de Elliot se conocieron jóvenes (17 y 18 años), y tras un largo noviazgo de diez años, se casaron y se instalaron en la casa de la familia de ella, que era lo esperado según el mandato familiar. Es por esto que la infancia del paciente transcurrió en un seno familiar formado por tres generaciones que convivían bajo un **halo de aparente armonía y sencillez**.

GENOGRAMA FAMILIAR



A nivel sistémico, quisiera destacar únicamente dos características del universo familiar trigeneracional en el que se hallaba inserto el paciente, con el fin de desvelar significados relacionales del síntoma que se manejaron como hipótesis.

El primero, era el **mandato implícito** que existía en la familia materna, según el cual, **uno de los hijos debía sacrificar su autonomía al servicio de cuidar a sus progenitores**. Rastreado en la historia familiar pudimos comprobar cómo había sucedido así en su bisabuela, su abuela, y su madre. Este significativo dato, oculto durante largo tiempo a nuestros ojos, se trabajó como hipótesis para comprender la falta de impulso de individuación de Elliot. A sus 25 años, sentía pocos deseos de independizarse. Mas bien, viendo carente de sentido esta opción si no era para formar una pareja, contemplaba sin miedo la idea de quedarse a vivir para siempre con sus padres.

*“Mis abuelos les pidieron a los hijos que se quedara alguno, y le toco a mi tío, pero al final se fue y mi madre se ofreció para quedarse con ellos”.
“Ahora que mis hermanas se han ido, yo creo que mi madre quiere que me quede con ellos, aunque no lo dice. Quizá porque soy el pequeño, y porque soy gay” “Yo con mis padres vivo bien, me dan toda la libertad que quiero, y no tengo ganas de independizarme. ¿Para qué me voy a ir si en casa estoy bien? No le veo sentido. Y si me quedo siempre pues ya me parece bien, los cuidaré”*

Y partiendo de este mandato, se desplegaba una configuración familiar caracterizada por la **ausencia de límites entre el subsistema de la familia nuclear y la de origen, donde los vínculos madre-hija pasaban por encima de los de**

consorte, adoptando éstos meramente un papel secundario e intrascendente.

Los hijos quedaban a la sombra de los padres, y los matrimonios eran más una convención social que el pilar sobre el que se fundamentaba la familia.

En este sentido, Elliot expresa el **poco vínculo que sentía hacia su abuelo y su padre**, de la siguiente manera: *“Mi abuelo y mi padre me daban igual. No los veía casi nunca, y cuando estaban tampoco hablaban”* *“para mi padre, mientras no haga nada extraño ya estaba bien”*, *“Mi padre no se implicaba, no recuerdo nunca jugar con él. Estaba allí, y ya está”*. *“No sé de qué hablar con él, somos dos mundos tan diferentes que no hay mucho que decirse”*. Aunque pueda ser interesante, no voy a adentrarme, ahora y aquí, a analizar el hándicap que supone para la construcción de la identidad sexual de un niño la ausencia de referentes masculinos sólidos.

Consecuentemente, la otra cara de esta visión de roles, era la creencia de que **las fuertes en esta familia habían sido las mujeres**. Los hombres, o habían salido *“malos”* (como el abuelo materno, bebedor e infiel) o *“débiles”* (como su padre). Siguiendo esta mitología, su madre y su abuela habían potenciado y exigido a sus hermanas, a las que veían como fuertes y capaces, y le habían mimado y sobreprotegido a él, por verlo más débil. (*“Mi abuela separaba a las niñas, que las veía más traviesas y las reñía más, y a mí, que me veía más desprotegido y me cuidaba más”*).

Elliot no tenía dudas de que había sido el nieto predilecto de su abuela, y el hijo protegido y fusionado de la madre, versión que compartía con sus hermanas. De nuevo, y sin querer entrar, dejo aquí como apunte la trampa que los beneficios secundarios que esto supone para la consecución de la autonomía y para el proceso de individuación de una persona.

El segundo aspecto que quería destacar son **los mecanismos que utilizaba esta familia para sostener este montaje relacional**. Como puede deducirse, mantener esta configuración familiar requería de poderosas herramientas a su servicio. Estas eran básicamente dos: **el sacrificio silencioso de las propias necesidades y deseos** (regulación siconómica al servicio del mandato familiar), y **la negación sistemática de cualquier conflicto o dificultad** que amenazara la armonía familiar.

Mientras que por un lado se sacrificaba la propia autonomía revistiéndola de valores siconómicos (cosa que habían hecho estupendamente su madre y su abuela), por el otro, se prohibía cualquier revelación que pudiera amenazar el equilibrio familiar. De esta manera, se habían negado y escondido bajo la alfombra importantes temas familiares que contrastaban con la narrativa compartida de ser una familia sencilla y sin grandes dificultades. En este sentido, la primera versión de la historia familiar que aportó el paciente poco se parecía a lo que fue descubriendo a medida que nos adentrábamos en el armario familiar.

Desmontar esta honorable fachada, mirando detrás del telón, fue de vital importancia para que Elliot pudiera profundizar en la capacidad de dar significados

a los hechos. Esta capacidad había estado muy mermada debido a la falta de profundidad en que se movía el discurso y la comunicación familiar. También fue importante para legitimar sus dificultades sin poner en juego el equilibrio familiar.

Pudo comprobar cómo detrás de esas personas referentes de una vida marcada por la sencillez y la entrega, (su abuela y su madre) había toda una historia de renunciaciones y de sacrificios no contada.

Porque en un mundo familiar donde se sacrifica la individuación en pos de la pertenencia, ocultando el dolor que implica la renuncia a la propia libertad bajo el mandato del silencio, queda negada la legitimidad del sufrimiento y limitada la posibilidad de crecer.

Era tan fuerte la tendencia homeostática y los mecanismos a su servicio desarrollados por esta familia que se hacía muy difícil desvelar algo nuevo que introdujera el más mínimo cambio en la narrativa principal. Se palpaba la dificultad de todos, incluso Elliot, al plantarse ante nuevas preguntas que pudieran llevarles a traspasar las barreras de lo conocido y lo permitido por la mitología familiar. Pero sin este grado de flexibilidad hubiera sido imposible avanzar.

De ahí que se entienda la demanda inicial del paciente, en la línea de “acallar” el malestar y poder así acoplarse y acomodarse a esta visión familiar, para la que además había sido designado heredero.

Y así, de la misma manera que se había normalizado y ocultado la historia de un abuelo que llevaba una doble vida de promiscuidad e infidelidad, o el sacrificio vital de una hija y el sufrimiento de un esposo ninguneado, nadie se permitía hablar del sufrimiento de Elliot. Confundido y avergonzado por sus gustos y orientación sexual, se dedicó a disimular y a ocultar él también aquello que podía incomodar, quedándose sólo y sin recursos cognitivos suficientes para dar sentido e integrar estas tendencias de una manera sana en su identidad. Posiblemente parte de aquí la experiencia de alienación y de extrañeza que sentía ante sus propios impulsos y pensamientos, y el miedo al descontrol que lo dominaban.

Así pues, desde una visión sistémica podría decirse que el síntoma de Elliot era la manifestación de un sistema familiar que a base de negarse a sí mismo se había vuelto insostenible. Y como buen síntoma, expresaba metafóricamente una dificultad inherente y rígidamente negada de este sistema: el conflicto entre la individuación y la pertenencia. El síntoma también cuestionaba el mito de la armonía familiar, haciendo cada vez más insostenible la imagen de que a ellos no les pasaba nunca nada grave. Y los confrontaba con la necesidad de desarrollar estrategias, diferentes a la negación, para dar respuesta a las nuevas situaciones que atravesaban sus miembros.

LINEA DE VIDA

Gozando de un vínculo especial con las mujeres de su familia, recuerda una infancia marcada por un clima cálido y de protección, que contrastaba con la vergüenza que sentía fuera del hogar. Se recuerda como **un niño más bien**

tranquilo y dócil, sin mucha iniciativa ni inquietudes, y al que le gustaba seguir a sus hermanas en sus juegos y aventuras. Ya desde pequeño sintió atracción por las muñecas, por vestirse con falda, y por las cosas de niñas, pero no empezó a sentirse mal por ello hasta los 7 u 8 años, en que comenzó a intuir que había “cosas que eran de niños y cosas que eran de niñas”. Y es aquí donde aparece el sentimiento de **vergüenza como juicio moral sobre** sí mismo por primera vez, y que le acompañó hasta los 22 años.

“De niño jugaba con mis hermanas y sus amigas. Me ponía sus faldas y jugaba con sus muñecas. Nunca me acercaba a los chicos, no me llamaba la atención nada de lo que hacían. Yo lo veía normal, pero me decían que estaba mal.”

Mientras en el seno del hogar se sentía cómodo, aceptado y validado, en el colegio tenía que soportar algún que otro comentario despectivo de los chicos de su edad. Jugaba y se integraba con las niñas de su clase sin dificultad, pero con los niños tenía más dificultad.

“En la escuela primaria me llamaban marica. Algunos chicos y chicas se metían conmigo por estar siempre rodeado de chicas y jugar con ellas”

Sólo recuerda haberse sentido bien consigo mismo en la etapa de los 10 a los 15 años, que expresa como: “aquí empecé a *tener mi propia identidad*”. Se creó un grupo de amigos propios más allá del cobijo de sus hermanas, en el que se sentía líder, con iniciativa, y que le devolvía una imagen de él como alguien divertido, valiente y activo.

Pero esta etapa se acabó cuando la pubertad despertó en sus iguales el interés sexual por el otro género y aparecieron las divisiones y los juegos propios de esta edad. Aquí se replegó y volvió a cobijarse en el entorno familiar y en los estudios. (“*cuando empezó lo de chicos/chicas empecé a encerrarme, a analizarlo todo y a no parar de pensar*”).

“Cuando empecé primero de bachillerato fue cuando comencé a sentirme más extraño. Mis amigos y amigas empezaban a ir a la discoteca y a ligar, y yo decidí que lo mejor sería salir con mis hermanas y sus amigas. Una parte de mí le hubiera gustado poder seguir con la gente de mi edad, pero yo sabía que algo raro me pasaba y que acabarían notándomelo. Durante años estuve muy rabioso porque veía que todo el mundo se divertía menos yo. Todos tenían sus primeras relaciones, pero yo no. Cada vez me sentía más distinto. Al empezar 2ª de bachillerato decidí pasarme a nocturno, porque la gente era mayor y yo no quería estar con los de mi edad. Nunca fui buen estudiante, pero dejé de salir y me centré en estudiar. El motivo fue que ya no me divertía con nadie”.

La elección de la carrera y su paso por la universidad también fue una forma de aislarse y de tener un motivo para encerrarse en casa. Hasta que a los 22 años ya no podía más y decidió contar a su familia que era homosexual.

“A principios de año ya lo tenía aceptado. Había hablado con otros chicos gays por internet. Empecé a sentirme identificado con ellos. Ya sólo me quedaba contarlo. Empecé por mi familia y luego se lo dije a las pocas amigas que tenía. No me importaba qué pensarán, me daba todo igual. Lo único que quería era decirlo y empezar a vivir un poco. Todos se lo tomaron bien, no tuve ningún problema”.

Los dos años siguientes, hasta los 24 que acudió a terapia, experimentó en el mundo gay, y como ya hemos comentado, no encontró lo que anhelaba y despuntó sintomáticamente, rindiéndose, y solicitando ayuda.

METODOLOGÍA TERAPÉUTICA Y SUPERVISIONES CLÍNICAS

El caso no se supervisó por primera vez hasta que habían transcurrido un par de meses. En este tiempo el trabajo terapéutico se centró en construir las bases relacionales necesarias para la viabilidad del proceso (vínculo, alianza y setting), así como en explicitar y comprender el sistema epistemológico del paciente, el estado de crisis, las causas y la predisposición al cambio con la que contábamos.

El nivel de sufrimiento y de derrumbamiento del sistema era tal, que el paciente venía con una total apertura y permeabilidad, aunque, evidentemente, nos encontráramos más adelante con la fuerza opositora que generaba la tendencia homeostática de un sistema que luchaba por no desmoronarse.

En **el nivel de relación** fue fácil construir el vínculo de confianza y la alianza terapéutica, así como la inversión de la asimetría inicial para construir una relación de experto a experto que permitiera el trabajo. Y como el objetivo era construir un “equipo de trabajo” con el paciente, buscamos activar en él las capacidades de exploración, conexión, comprensión e hipotetización necesarias para que adoptara un rol activo en su proceso terapéutico.

Cabe decir que la intervención tenía como guía de base las premisas epistemológicas del modelo constructivista.

“En lugar de asumir que el terapeuta está obligado a hacer pensar correctamente al cliente... Podemos adoptar la postura de que terapeuta y cliente se unen en una aventura de exploración común. El terapeuta no asume ni la posición de juez ni de camarada compasivo. Es claro y sincero, quiere aprender al mismo tiempo que su cliente. Es su compañero de equipo de investigación y busca en primer lugar, entender, luego examinar, y finalmente asistir al cliente a la hora de adoptar alternativas y someterlas a prueba y revisión” (Kelly, 1969)

Y a **nivel de contenido**, me dediqué a desplegar los dilemas y a indagar significados, a comprender sus constructos, a explorar los aspectos familiares, a desplegar su narrativa y comprender su historia vital. Fuimos negociando significados, elaborando hipótesis, dando fuerza a sus relatos y vivencias, y dando lugar y voz a lo silenciado. Todo ello parte de la concepción de que:

“El cambio en terapia no es otra cosa que el cambio de significado que se deriva del diálogo y la conversación. El terapeuta hace preguntas cuyas respuestas generan nuevas preguntas. La conversación terapéutica es una conversación abierta dirigida a hacer aparecer una nueva comprensión de los problemas... La psicoterapia facilita de forma artificial una nueva manera de relacionar los datos de la experiencia, promoviendo experiencias nuevas tanto a nivel emocional como pragmático” (Anderson & Goolishian, 1991).

Dado que de la **polaridad “ser normal - ser raro”** despuntaba como construcción dilemática nuclear ya desde el inicio, y se manifestaba tan llena de significados, fue uno de los primeros aspectos a los que se prestó atención. Desplegar y comprender estos constructos y sus implicaciones se hacía necesario para captar el sistema epistemológico que sustentaba el conflicto. Muy resumidamente, diremos que lo que a Elliot le hacía sentir “raro” ya no era ser gay, sino el ver que no le interesaba ni su familia ni nadie (desconexión emocional); que no se sentía parecido a nadie (extrañamiento); que no encajaba en ninguno de los dos mundos (división dicotómica del mundo en homo- o hetero- sexual, de manera prefijada y rígida); el no tener ni idea de lo que a él le podía gustar o hacer feliz (desconexión anómica); el ver que su forma de pensar era más “machacona” que la de los demás (rumiación obsesiva); el ser incapaz de decidir por él mismo y tener que recurrir siempre a opiniones externas (la duda, la desconfianza y la búsqueda de certeza) etc., etc.

Toda esta exploración iba convergiendo claramente hacia el desvelamiento de **una estructura de regulación moral heteronómica, (Villegas, 2011, 2013) que despuntaba sintomatológicamente a medio camino entre la obsesión y la fobia social.**

Utilizaré también, a modo de ejemplo, fragmentos de un escrito que realizó el paciente al principio de la terapia, que muestran claramente el estado de confusión que le llevó a pedir ayuda, y que permite intuir tanto la fenomenología, como los componentes estructurales del sistema epistemológico del paciente obsesivo. (Villegas 2000)

Título: “El pan nuestro de cada día”

.....creo que con lo que más me rayo es con las relaciones personales. Es decir, qué hacer en tal situación, qué decir, qué pensarán de mi, cómo debo comportarme, etc... Hace poco me invitaron a una fiesta, y a partir de ahí empezó mi gran rayada: ¿debería ir?, ¿debería pasar de ir porque no me apetece?, ¿por qué hago un mundo de esto?, ¿si yo fuera normal le daría tantas vueltas a esto?, ¿por qué me siento tan incómodo con desconocidos?, etc... Entonces empecé a preguntarle a la gente lo que haría en mi lugar, hasta que decidí no ir. Pero el proceso de rayarme no acaba ahí, ¿he hecho

bien?, ¿qué pensarán de mi?, ¿debería haber ido?, etc. Me gustaría tener un **libro guía** que me dijera qué he de hacer en cada situación.

.... También me atormento por mi forma de ser (la culpa, tercer componente estructural de la obsesión), mi forma de rayarme tanto, o por preocuparme tanto por mi comportamiento, por lo que pensarán de mi si digo una cosa u otra, por si caeré bien o si me verán raro... Muchas veces me pongo rojo, y lo paso fatal, me da mucha rabia, me odio a mi mismo.... Me preocupa también lo ordenado que soy. Mi habitación da un poco de miedo. Hasta utilizo una regla para colocar cosas (el orden como manera de buscar seguridad en el obsesivo)... Me gustaría que me interesaran más cosas, tener hobbies,... me siento un poco pobre, aburrido, soso. Me siento como un **libro vacío**, sin apenas experiencias y sin cosas que contar.

PRIMERA SUPERVISIÓN INDIRECTA

En la **primera supervisión indirecta** (que como ya se ha comentado se realizó dos meses y nueve sesiones después del inicio del proceso terapéutico), se vio claramente la relación que había entre el fracaso en las expectativas asociadas al “salir del armario” con la **invalidación del sistema de predicción del paciente**, cosa que confirmó la creencia de que **no podía fiarse de su mente**.

“El obsesivo desconfía por sistema de sí mismo, (...), de sus propias capacidades, no tanto intelectuales, sino personales. No se fía de su criterio porque considera que es falible, no se fía de sus intuiciones que siente borrosas, no se fía de su voluntad que nota inconstante, no se fía de sus emociones que percibe volubles, no se fía ni de sus propias sensaciones y percepciones. Duda de que todo sea una construcción de su propio cerebro, dudando de si es cierta o simplemente una construcción suya. Por eso busca la certeza absoluta donde agarrarse” (Villegas, 2000).

Otra aportación importante que surgió de esta primera supervisión fue la idea de utilizar los conceptos de **“libro guía”** y **“libro vacío”**, propuestos el propio paciente en su escrito, como metáfora para mostrarle lo que le pasaba: él se sentía como un libro vacío, (casi sin experiencias vitales, sin hobbies ni un claro sentido del sí mismo), y buscaba encontrar un libro guía que le dijera quien debía ser. De esta manera, poniendo las expectativas fuera, intentaba sustituir el yo interior que no había construido por uno que viniera definido desde el exterior. Esta metáfora también resultó muy útil para mostrar el camino de crecimiento terapéutico que había que seguir, a saber, escribir él su propio libro.

Se habló de **estrategias** para conseguirlo, como el evocar recuerdos que le conectaran con el núcleo volitivo, o con su parte anómica, o para activar lo sensorial. Por ejemplo, recordar a qué le gustaba jugar de pequeño y por qué, o la sensación que tenía cuando le gustaba algo, etc.

También se reformuló el **“agobio”** (expresión que utilizaba el paciente para

definir su malestar) como el ruido que hacía su vacío interior, y la sensación de “*volverse loco*” como la incapacidad para vivir como propias determinadas emociones que vivía como egodistónicas. Ante esta visión, el planteamiento que se le hacía era que pensara qué se podía hacer con estas emociones para que evolucionaran de forma diferente a la “locura”.

Y relacionando la teoría con la historia del paciente, se veía claro que no se había construido una base sensorio-motora sólida sobre la que incorporar la heteronomía, lo cual planteaba déficits estructurales para la creación del núcleo volitivo y la estructura anómica.

SEGUNDA SUPERVISIÓN INDIRECTA

De ésta, sólo conservo pequeños recuerdos y cuatro directrices, pero puedo decir que se realizó poco después de la anterior, y que se centró en realizar un role-playing para trabajar la habilidad dialéctica del terapeuta, desplegando primero la del supervisor. Así, a través de una simulación, se mostró la estrategia más útil para salir de la trampa generada por el discurso obsesivo que, cerrado sobre sí mismo alrededor del síntoma y el malestar, arrastraba la conversación terapéutica a un nivel pragmático desde el que era irresoluble la crisis.

Porque partimos de la base de que la finalidad de la terapia no es la resolución del síntoma, sino la generación de una neoestructura capaz de adaptarse al medio, y que, como consecuencia, conllevará una remisión del malestar sintomático.

Esta habilidad dialéctica busca también el cambio de una manera poco invasiva; más bien de forma gradual y con la colaboración del paciente, sin derrumbar sus barreras frontalmente. Contando con su complicidad y teniendo en cuenta sus posibilidades de evolución, genera un diálogo interno (a partir de un agente externo, el terapeuta), que lleve a la reorganización autónoma del sistema.

“El terapeuta, a partir de la reproducción comprensiva de la estructura del sistema del paciente y, utilizando sus propios términos, se convierte en agente del diálogo interno, facilitando el proceso de cambio a través de la exploración de la estructura actual del sistema y de sus posibilidades evolutivas” (Villegas, 2001)

LAS SUPERVISIONES EN CO-TERAPIA

Como se ha podido entrever a través de mis demandas de supervisión, a estas alturas del caso y de mi formación como terapeuta, mis necesidades de crecimiento se orientaban más hacia el camino de **adquirir una preparación metodológica específica en el arte de favorecer el desarrollo epistemológico de un sistema**, que en la detección o comprensión de cuadros y crisis.

Y el instrumento principal para este fin, la *dialéctica* y la conversación terapéutica co-constructiva, es algo que metodológicamente no se suele enseñar, a pesar de ser, a mi entender, una de las habilidades más complejas que el terapeuta

en formación debe adquirir. Adquirir el arte de generar conversaciones que ayuden a la reestructuración epistemológica de significados en el paciente no es tarea fácil, y es por eso que lo he destacado como uno de los aprendizajes más importantes que adquirí en mi formación, y especialmente a través de esta modalidad de supervisión que presento en este artículo.

Partiendo de una concepción constructivista que entiende que la realidad no es una ni uniforme, sino múltiple y diversa y requiere ser construida e interpretada, y esto se hace de manera idiosincrática por cada persona, se entiende que la postura del terapeuta deba ser la de acercarse al mundo de significados del paciente desde una **actitud ignorante o heurística negativa**. Esta actitud el “no saber” es la que nos garantiza que nuestra comprensión e interpretación del otro no esté limitada por nuestra propia idiosincrasia o por ideas preconcebidas sobre él, sus problemas o el cambio. Y como comprender es inseparable de interpretar (es decir, el significado no es descubierto sino construido), la negociación de significados entre paciente y terapeuta se vuelve el instrumento para generar nuevos significados que permitan la evolución.

“El cambio en psicoterapia no es otra cosa que el cambio de significado que se deriva del diálogo y la conversación. El terapeuta hace preguntas cuyas respuestas generan nuevas preguntas. La conversación terapéutica es una conversación abierta dirigida a hacer aparecer una nueva comprensión de los problemas”. (Anderson y Goolishian, 1991)

A nivel práctico, como podrá observarse en los fragmentos transcritos de las sesiones de co-terapia, esto se traduce en no dar por entendido prácticamente nada de lo que dice el paciente. Se pregunta sobre lo dicho y se vuelve a preguntar sobre la respuesta. Cabe decir que esto puede resultar tan incómodo para el terapeuta novel como para el paciente, ya que existe el miedo de que esta insistencia se interprete más como una dificultad del terapeuta que como una estrategia dialéctica para acceder al significado profundo de las vivencias del otro.

Pero es así, a través de un diálogo co-constructivo, cómo podemos fomentar el aumento de la complejidad cognitiva en el paciente. Sirvan los textos que presentaré en adelante como ejemplos para ver cómo se despliega este arte hermenéutico (entendido como la ciencia que se encarga de la interpretación) para dicho fin.

*“El cambio en terapia resulta de la creación de una nueva narrativa y de la consecuente oportunidad para una nueva gestión de los problemas. El poder transformativo de las narrativas reside en su capacidad de re-narrar los acontecimientos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo y distinto. Vivimos en y a través de la identidad narrativa que desarrollamos en el diálogo con los demás. La habilidad narrativa que desarrollamos en el diálogo con los demás. La habilidad del terapeuta consiste en la capacidad de participar de este proceso. **Desde el punto de***

vista hermenéutico el cambio en terapia viene representado por la creación dialógica de una nueva narrativa. A medida que evoluciona el diálogo se van construyendo de mutuo acuerdo las historias todavía no contadas” (Anderson y Goolishian, 1991)

Además de esta habilidad dialéctica, que se podrá observar en todas las transcripciones, en cada sesión de supervisión en co-terapia que presento destacaré otros aprendizajes que fueron interesantes para mí o para el proceso terapéutico del paciente.

PRIMERA SUPERVISIÓN EN CO-TERAPIA

Tres meses después, y habiendo realizado ya diecinueve visitas desde que se inició el proceso terapéutico, propuse a mi formador la primera supervisión en co-terapia. Me pareció una estupenda idea para seguir avanzando en mi aprendizaje, y me ganaban las ganas de ver en directo cómo dirigía y elevaba el nivel pragmático en el que se movía el discurso del paciente, algo que a mí me estaba resultando difícil a pesar de la supervisión.

Con el resumen que presento de esta sesión quiero mostrar de manera muy sintética cómo se fue desarrollando este proceso de negociación de significados, con el fin de ayudar a Elliot a dar un sentido nuevo a lo que le sucedía y que nos permitiera salir del bucle de reiteración infructuosa en el que se movía su discurso.

Utilizaré las siglas P para referirme al paciente, M para referirme al supervisor y S para hacer referencia a mi misma dentro de la sesión.

P: Me rayo: ¿cómo salí del armario? ¿Por qué no tengo amigos? Veo que lo que tengo es normal, es lo que tiene todo el mundo y entonces, no entiendo por qué no estoy bien.

M: **¿En qué te ayudaría el descubrir qué fue esto?**

P: Creo que me permitiría pasar página.

M: **Es diferente el “por qué estoy mal” del “por qué no estoy bien”.**

P: Me agobia rayarme, el no hacer nada. Y si no tengo nada que hacer, ¿dónde me meto?

M: **Te rayas porque crees que deberías estar haciendo algo y no te apetece.**

P: Sí, pero a veces me apetece hacer cosas y no tengo opciones; no sé qué hacer yo solo para dejar de rayarme. Me agobio de no tener nada que hacer, de verme solo, es un vacío agobiante.

M: **El agobio es una suma de cosas, y hay que ver que hay dentro para desmontarlo. Parece que hay vacío, hay aburrimiento, hay ganas de estar ocupado... Si lo traducimos en positivo, en lugar de decir “dónde me meto” sería pensar “qué me gusta”. ¿Qué cosas te interesan a ti? y no te pregunto por lo que te distrae, que es diferente.**

P: Pues no sé, me gusta todo lo relacionado con la filología, el cine, el

gimnasio, eh... también el salir por la noche...

M: No lo que te gusta, porque también te pueden gustar las patatas fritas... **lo que te mueve.** El gimnasio empezó siendo un distractor y ahora es un interés... **hay que establecer una relación con algo que a ti te interese.** **Si lo construyes como un distractor le estás sacando el valor intrínseco.** **Y el agobio es como un piloto que te dice que tienes que llenarte, que tienes derecho a descubrir qué te gusta. Te preguntas ¿qué tendría que estar haciendo yo? ó ¿Cómo tendría que ser mi vida? en lugar de preguntarte ¿qué quiero yo?, y después hacerlo.**

P: Mi vida está un poco vacía y tengo que llenarla. El no tener nada de intereses es lo que hace que me venga el agobio.

M: El sentimiento de vacío aparece cuando ves que lo que es tu vida no es lo que debería ser

P: Yo era un vago y todo lo justificaba porque yo era raro.

M: ¿Y no haces lo mismo con el agobio? Cuando sales por la noche ya estás haciendo lo que tienes que hacer, ya no te ves raro... Si estás sin nada que hacer, o estás solo, piensas que deberías estar haciendo otra vida y entonces te sientes raro y te rayas preguntándote por qué eres raro.

P: El agobio es cuando me gustaría estar haciendo algo y no puedo.

M: La cuestión es por qué me gustaría estar allí: porque ¿es lo que hacen todos o porque yo lo deseo realmente?.

La distinción que introdujo el supervisor entre el concepto de “**distracción**” (como algo que me saca temporalmente del camino) e “**interés**” (más relacionado con lo motivacional) supuso una pista que me indicó el camino que había que seguir para indagar y construir la anomía del paciente. Etimológicamente interés, derivado de “inter-esse”, refleja la relación entre-seres o cosas que tienen un valor intrínseco, mientras que si construyo la relación como una distracción, se le quita el valor intrínseco a las cosas o las relaciones.

La habilidad para redirigir constantemente el discurso del paciente a la hipótesis de trabajo también fue algo que fui aprendiendo a medida que iba viendo actuar a mi supervisor. El texto muestra cómo en repetidas ocasiones se conectan las verbalizaciones del paciente con la idea de que el agobio se debe al vacío y que para llenarse ha de preguntarse y descubrir lo que le motiva a él, lo que realmente le interesa. El pasaje del pensamiento abstracto “qué tendría que hacer yo” a un pensamiento más conectado con él “que me gusta a mí” es una línea de intervención en la que hay que insistir constantemente con los pacientes de estructura heteronómica.

Otra de las cosas que aprendí de estas sesiones fue a usar estratégicamente los conceptos del paciente en mis devoluciones y reformulaciones para que le llegaran con más fuerza y claridad. Y sobre todo, aprendí a preguntar hasta la saciedad, a saturar el sistema sin darme por vencida con una respuesta a medias, a “ser pesada” y volver a preguntar las veces que haga falta y de las formas que se me ocurran, hasta

llegar a lo que busco comprender o desvelar. Sirva el siguiente escrito, realizado a petición de los terapeutas como “deberes” para resumir la sesión, como reflejo del proceso de cambio del paciente.

Elliot. 28/04/2005

Creo que ya he entendido lo que me pasa: estoy vacío. Es lo que hace que me encuentre mal que sienta ese agobio del que siempre hablo. Tengo que buscarme más cosas que me gusten, y mientras no las encuentro, disfrutar de las que me hacen sentir bien: ir al trabajo, ir al gimnasio, alquilar una película, ir a la playa... disfrutar de las pequeñas cosas y no pensar que las hago para evadirme, sino porque me gustan, porque salen de mí.

*También me he dado cuenta de que no soy tan raro como pensaba. Hasta ahora, siempre me he planteado, ante cualquier situación, qué debería hacer, cómo debería actuar, qué sería lo normal... pero fijándome en los demás, sin pensar en primer lugar qué es lo que quiero yo, lo que me apetece, y creo que siempre he estado persiguiendo la “normalidad” y ahora veo que **lo normal es lo que sale de mí, lo que quiero yo, y no lo que harían los otros en mi situación.***

***Tengo que ser más auténtico.** Ahora parece que estoy mejor. **Supongo que es porque ya sé lo que me pasa. He estado como en una nube al no saber lo que me ocurría. Ahora solo me falta llevarlo a la práctica, lo de ser más auténtico.** Lo que me preocupa ahora es mi actitud con la gente, ese miedo que tengo a encontrarme a alguien en el bar, en el metro, por la calle... Antes pensaba que tenía miedo a la gente en general, pero ahora creo que es más el hecho de encontrarme con alguien conocido. Es como si me avergonzara de mí. Pero no creo que sea por mi sexualidad, me parece que no tiene nada que ver. Creo que siento vergüenza por mi forma de ser, quizá de ese vacío que he visto que tengo. También vergüenza de cosas que he hecho de las que me arrepiento.*

Yo he cambiado mucho y todo lo anterior no me gusta, y esa gente me lo recuerda. Siempre pienso en qué piensan los demás de mí, cómo me ven. Me preocupa la imagen que doy. Además, me gusta que me conozcan bien, y lo que me ha pasado estos meses me ha hecho distanciarme mucho de mis contactos y amigos, excepto de Pedro, mis padres y mis hermanas y compañeros de trabajo.

No sé por qué tengo la necesidad de que todos sepan lo que me pasa. Me veo que he estado muy perdido siempre, ahora empiezo a ver la vida con más claridad, de una forma más realista, y me gustaría borrar todo lo anterior, todo de lo que me avergüenzo. El haber llegado a este estado, es decir, quiero empezar de nuevo, con un nuevo “yo”, el que soy ahora, por eso me estoy

*alejando de mis amistades anteriores: aparte de que el interés ha desaparecido, me recuerdan a mi anterior "yo". Es como si no me dejaran cambiar. Esto es lo que me preocupa ahora, pero **estoy contento de haber evolucionado y de saber lo que me pasaba y me pasa**. Además, yo lo achacaba todo al hecho de ser gay, y ahora veo que el estar vacío no dependía de mi sexualidad. Es decir, si no voy a una fiesta de cumpleaños es porque no me llena, y no porque soy "raro-gay". Esto me alegra.*

Es verdad que quizás el ser gay ha sido un poco el detonante, porque hizo que estuviera muy encerrado en mí mismo pero ahora mismo creo que el ser gay no me da problemas. Estaba confundido. Hay cosas del mundo gay que no me gustan, pero se trata de buscar las que me gustan y pasar de las otras. A veces he dicho que ser gay es una putada, pero ahora no pienso así. Lo fue en su momento, pero ahora lo veo como un tema cerrado. Me gustan los chicos, pero como muchas cosas más, es decir, es otra característica mía. Lo que tengo que hacer es disfrutar de las cosas que me ofrece la vida, pensar más en mí, en lo que quiero, en lo que me gusta, y no "aspirar a ser normal", porque ya tengo claro que no soy "raro", y sólo estoy vacío por haber estado tanto tiempo reprimido y esperando que las cosas llegaran solas.

SEGUNDA Y TERCERA SUPERVISIÓN EN CO-TERAPIA

Se realizaron consecutivamente después de transcurridas cinco sesiones tras la primera co-terapia. De ellas quiero destacar la conexión que se hizo entre el sentimiento de "rareza" que tenía el paciente y la "alienación de sí mismo" que hacía debido a su dificultad para integrar las tendencias anómicas y heteronómicas. Determinadas situaciones sociales activaban en él un conflicto irresoluble entre lo que sentía y lo que debía hacer, con la consecuente sensación de constricción y falta de libertad que se manifestaba a través de síntomas físicos de tipo ansioso (sudoración, nerviosismo, palpitaciones...). En la transcripción vemos, como si fuera un *déjà vu*, cómo el principio de la sesión nos muestra la falta de flexibilidad del discurso obsesivo, donde su reiteración nos muestra su dificultad para evolucionar hacia significados nuevos.

El otro aspecto que fue muy interesante para mí fue ver cómo el supervisor iba detectando en el discurso del paciente aquello que mostraba el conflicto de base; éste es, la dificultad de conciliación entre la anomía y la heteronomía. Es decir, cómo bajaba del mapa al territorio. Y cómo, en un juego dialéctico, iba introduciendo las reformulaciones que permitían dar sentido a los síntomas, simbolizado de manera original con el juego de palabras entre "*rareza*" y "*extrañeza*".

P: me pregunto constantemente todo, el porqué me pasa esto, el porqué no quiero ver a nadie, por qué no estoy bien, por qué tengo miedo de encontrarme a gente, por qué no me interesa nada, cuánto tiempo voy a aguantar así, qué sentido tiene vivir, ¿qué solución puede tener esto? es

agotador.

M: ¿qué sentido tiene hacerse esas preguntas?

P: me ayudarían a estar bien.

M: ¿Y si la respuesta a estas preguntas es que no tienen sentido?

P: Pero es que yo creo que sí que tienen respuesta.

M: Pero ya hemos visto que te ves raro porque tiempo atrás querías decir algo que no podías decir. Tu sensación de rareza se basa en una sensación de extrañeza en ti mismo. [...] El problema es que vives las cosas que te pasan como ajenas a tu voluntad. Pero eso no es rareza; lo que te pasa es extrañeza de ti mismo. Eso que no decías y querías decir, al final iba por su cuenta. ¿Por qué no lo decías?

P: Porque no lo tenía asumido internamente y porque no lo veía bien socialmente.

M: Volviendo a lo de antes, a ver, ¿qué pasa cuando te encuentras a alguien?

P: Depende de si es un pesado. Si lo es, me gustaría irme, pero no puedo.

M: Ahí hay una contradicción entre lo que quieres y lo que debes. Entre la norma interna (te aburre) y la externa (ser educado) ¿Cómo se lo puedes decir educadamente?

P: ¿Cómo decirle que es un pesado?

M: No lo que es o no, sino lo que tú sientes. Con determinada gente no tienes ganas de darle una explicación educada, pero tu educación no te lo permite, y si la intentas anular (porque no la quieres escuchar, porque no quieres tener esa idea) la estás alienando de ti mismo, cuando realmente es tuya. Tienes que hacer como si hubiera un conflicto entre dos cosas en contradicción: el ángel que te recuerda lo que tú deseas, y el demonio que te dice lo que debes, lo que está bien. [...] Si consiguieras resolver esa sensación de rareza, ¿qué efecto tendría sobre ti?

P: Estaría más tranquilo

M: Esto se resolvería entendiendo que las cosas que te pasan es el resultado de vivir dos tendencias opuestas, donde te debates entre una o la otra, pero no las integras... Cuando vives una contradicción interna, la vives como irresoluble y no desarrollas un mecanismo interno para integrar las partes en conflicto. Esta situación vivida en silencio se ha ido generalizando, y da la sensación de que uno internamente funciona como con piezas sueltas.

P: Antes creía que no dependía de mí (el estar bien o mal). Pero ahora que he entendido que depende de mí lo veo aún más difícil porque yo no sé cómo hacerlo.

M: Al menos te has dado cuenta de que el punto de referencia para estar bien no viene de fuera sino que viene de ti. [...] Pero si defines lo que te apetece por oposición a lo que no te apetece, no estás identifican-

do realmente lo que te apetece. (Por ejemplo, no quiero ir a la fiesta, por tanto, me apetece no ir a la fiesta). **Esto es actuar por motivos evitativos.**

P: Si, me he quedado ahí. (risas)

M: Usas el pensamiento para decidir a dónde no ir, pero no a dónde quieres ir.

P: Lo que me da vergüenza es como soy, como pienso...

T: Vamos a sacar del armario esta forma de ser... ¿cómo puede ser sacarla del armario?

P: Pues que no me afectara, que fuera más libre. Si los demás vieran cómo estoy por dentro pensarían que estoy fatal, notarían que estoy fatal. Yo me culpo de esto porque me lo he montado yo. Cuando salí del armario y vi que no cambiaba nada, empecé a estar mal y a darme cuenta de que todo dependía de mí.

De nuevo utilizaré un escrito que hizo el paciente por esas fechas para que nos permita ver su proceso de interno que iba siguiendo.

Creo que en la última sesión he entendido de forma más clara cuáles son mis dos mayores problemas: el vacío y el juicio del otro.

En cuanto al vacío, veo de una manera más nítida lo que me ha ocurrido, que me haya pasado la vida esperando a salir del armario para que todo tuviera sentido en lugar de ocuparme de mí, de conocerme, de conocer el mundo. Ahora veo cómo esperaba que todo me llegase, y las cosas no funcionan así, las cosas hay que trabajárselas, igual que lo he hecho en el ámbito laboral, el hacer una carrera y buscar un empleo, hay que hacerlo con todo lo demás. Puedo verme 25 años como un maniquí en un escaparate, viendo pasar a todo el mundo con su vida normal, viendo qué hacen, en vez de mirarme a mí, y creo que de ahí la crisis, al salir del armario y ver que nada llegaba, que todo seguía igual de vacío, y me vienen las palabras de la psicóloga en las primeras terapias: "*Tienes que llenarte de ti*", unas palabras que entonces no entendía, pero ahora sí.

El otro día fui a la facultad a ver si veía algún anuncio sobre cursos y me paré un momento a fumarme un cigarro en el patio, donde se ponen los estudiantes entre clase y clase, donde también me ponía yo, pero solo. Y, no sé cómo, pero caí en la cuenta de lo vacío que han sido mis cinco años de carrera, por allí pululando siempre pensando en cuando saliera del armario, pero sin hacer nada más, sin relacionarme, sólo estudiando, todo el día en casa, toda la semana, o en la facultad o estudiando en casa, esperando. Me sentí mal al recordarlo, me entró un poco de ansiedad, pero a la vez me gustó verlo desde la perspectiva de ahora, porque lo puedo cambiar para que mi vida no sea como antes.

Siempre he estado mirando a los demás para ser uno de ellos, alguien normal, y ahora sé que el concepto de normalidad es muy relativo, que no hay una

única verdad, que cualquier rareza puede ser normal. Cada uno puede hacer en su vida y con su vida lo que le venga en gana, y no hay que pensar en qué dirá éste o el otro, ya que cada uno es libre de decidir.

Entonces tengo que empezar a conocerme, a escucharme, a saber qué me gusta, qué no, qué quiero en la vida, con quién quiero relacionarme, con quién no, en definitiva, ser más yo, ser más auténtico.

Y por otra parte está la fobia social, la importancia que le doy al juicio del otro. ¡Sigo en el armario! Me ha dado mucha rabia darme cuenta de esto en la última sesión. No puede ser. Sé lo que me ocurre con la gente, el miedo que me da que me vean vacío, pero eso llevo una vida tan reducida, estoy como en un castillo encerrado con mi familia y con mi amigo Pedro, en sitio seguro, donde los demás no puedan verme. Y a la vez me parece algo surrealista, porque yo siempre he gustado, siempre se me ha acercado gente que me ha querido conocer, si no he tenido más amigos es por mí, porque la gente se lo pasa bien conmigo, se ríen, les caigo bien, pero es como si yo quisiera ser perfecto, y como no lo soy, de entrada por el vacío, me siento avergonzado y no quiero que la gente lo vea. La gente me da a entender que les gusto, pero es como si yo no los creyera, pienso que están equivocados, que si les gusto es porque no me conocen, si vieran mi vacío no les gustaría.

Creo que soy demasiado exigente, pero como siempre, entiendo la teoría pero no la práctica, quiero decir que racionalmente lo entiendo, entiendo que no soy perfecto pero que puedo gustar igual, pero una parte de mí no se lo cree y me machaca.

Pero tengo que entender que si tengo un vacío sólo tengo que preocuparme de llenarlo, es decir, no de si la gente lo ve o no. Y si lo ven ¿qué pasa? Pues no pasa nada, es lo que hay. Estoy vacío y punto. Quiero decir, yo asocio el vacío a ser un poco tonto, y me da vergüenza, pero lo que no puedo hacer es disimularlo o esconderlo, forma parte de mí hasta que desaparezca. Lo que intento decir es que, independientemente de lo que me suceda, no puedo dejar que la opinión ajena me afecte. Si hoy es el vacío mañana será otra cosa, y **no quiero pasarme la vida pendiente de la opinión del otro.** Esto se tiene que acabar, y se va a acabar empezando a expresarme sin tapujos y hablando con la gente, conociéndola, igual que he hecho con mi homosexualidad, hacer lo mismo con todo mi ser.

El otro día Pedro me dijo algo parecido a lo que me dijo mi terapeuta: que me muevo en el mundo de las ideas: **“Tú estás más centrado en cómo debería ser todo que en lo que es. En vez de estar parado pensando, muévete y descubre”.** Y los dos tienen razón. Siempre estoy pensando en un mundo perfecto, en un ideal, y es una utopía. Siempre pienso en lo que pudo ser y no fue, en vez de pensar en lo que sí fue. Hay una canción titulada **“Lo que haces con lo que tienes”**, y eso es lo que tengo que hacer yo, disfrutar de lo que

tengo y no pensar en lo que no, e intentar conseguir otras cosas que quiero en la vida.

Pedro también me dijo que no entiende por qué me avergüenzo de mí, que él me ve de lo más normal y con muchos valores. Destacó por ejemplo mi sentido del humor, y es verdad, creo que tengo que pensar en las cualidades que poseo, y no sólo en los defectos. En fin, que estoy contento de haberlo entendido todo mejor, creo, y me ha apetecido escribirlo.

CUARTA SUPERVISIÓN EN CO-TERAPIA

Entre la tercera y la cuarta supervisión en co-terapia, transcurrieron dos sesiones en las que sólo intervine yo como terapeuta. Luego, se realizaron consecutivamente estas dos últimas sesiones conjuntas, constituyendo en número la 29 y 30 sesión para el paciente.

El primer fragmento que he seleccionado es, quizá, el que mejor muestra este estilo dialéctico de exploración de significados del que tanto he hablado, **la heurística negativa o la actitud ignorante**, estrategia estrella para indagar y sacar a la luz todas las implicaciones que subyacen al pensamiento del paciente. Esto permitió poner en evidencia sus límites y contradicciones, de manera que se puso en crisis las bases sobre las que se sustentaba su aparato epistemológico. Sólo a través de esta saturación puede evolucionar hacia nuevos significados.

M: ¿O sea que si las personas no tienen ilusiones son raras?

P: No, son raras las personas que se les suma todo lo que a mí.

M: Que no tiene ilusiones, que no tiene motivaciones ¿y qué más?

P: Y que me aburre todo.

M: ¿Y a las personas que les pasa esto son raras?

P: Sí.

M: Entonces en tu historia, para saber cuál es el huevo o la gallina, ¿qué viene primero el no tener ilusiones o el ser raro?

P: Yo creo que primero el tema de las ilusiones.

M: Ah, ¿y cuándo pierdes las ilusiones?

P: Pues hace un año o así

M: ¿En qué momento?

P: Cuando salí del armario.

M: ¿O sea, te llevaste una decepción?

P: Sí, sí pensaba que sería todo distinto.

M: ¿Entonces esto quiere decir que antes tenías ilusiones?

P: Sí.

M: ¿Y tenías motivaciones?

P: Sí.

M: ¿Qué motivaciones y qué ilusiones tenías?

P: Pues tener amigos, tener pareja, estas dos ilusiones.

M: ¿Sobre todo en el ámbito de la relación?

P: Sí. Bueno tenía otras, pero las he conseguido, como el trabajo.

M: ¿Éstas no te satisfacen?

P: ¿El tener trabajo? Lo tengo y ya está.

M: ¿Pero es un trabajo que te gusta?

P: Sí está bien, estoy muy contento con mi trabajo.

M: O sea te gusta el trabajo.

P: Sí, yo me refiero a que está bien porque es algo a lo que no le doy mucha importancia, lo he conseguido y ya está.

M: Entonces, ¿si hubieras conseguido tener amigos y pareja ya estaría?

P: Yo creo que sí.

T: ¿Y qué pasaría?

P: Que estaría igual. O sea, yo por lo que me conozco ya no tengo ilusiones por este motivo, o sea yo, lo que digo, que como no estoy bien pues aunque tenga amigos y tenga pareja pues que me da todo un poco igual.

T: ¿Estar bien para ti qué sería?

P: Pues estar bien sería no estar mal, o sea, estar bien, pues yo he estado más o menos bien hasta hace 1 año; o sea, hace 1 año no estoy bien, o sea, no estar bien es tener la ansiedad, tener fobia, o sea, esto es no estar bien porque yo he estado 23 o 24 años sin amigos ni pareja y en el armario y yo más o menos he estado bien, era llevadero. El problema es la pelota que yo me hice de lo fantástico que sería todo cuando saliera del armario y salí y era todo una mierda, supongo que va por ahí.

T: Pero como que esa fantasía, dicho en abstracto, da muy poco de sí, cuando salga del armario todo será fantástico ¿en qué consiste?

P: Pues, por ejemplo, tener amigos y salir el fin de semana y esto lo tengo ahora y no me gusta, yo pensaba que el tener amigos y el salir con ellos sería distinto a como es ahora, o sea, ahora lo que hacen mis amigos no me gusta.

T: ¿Y qué hacen tus amigos que no te gusta?

P: En principio lo divertido para ellos es salir a ligar, un día drogas y otro a lo mejor también, luego a lo mejor vamos a una sauna, o sea, yo me suelo mover por la noche y también veo cosas que no me gustan. Entonces como empecé a salir tanto me puse peor.

El otro fragmento que he seleccionado tiene que ver con el intercambio de opiniones que se estableció entre terapeuta (S) y supervisor (M) al final de la sesión. A modo de conclusión, entre los dos profesionales resumieron lo más importante del contenido con el fin de ayudar al paciente a la comprensión de su dilema y a plantearse maneras de llevarlo a la práctica.

M: O sea, aquí debajo hay otra cosa, claro, hay una vida que no le satisface.

S: **Sí, es que Elliot divide el mundo en dos muy diferentes, el gay y el hetero, y siente que le gustaría estar entre estos 2 mundos. Mientras que en el mundo gay siente aceptación pero no le gusta, en el mundo hetero no se siente rechazado, pero tampoco se identifica. Y parece como que su felicidad se proyecta ya desde pequeño en que tiene que pasar por la identificación con el mundo gay y ahí se...**

M: ahí se agota.

S: Exacto está todo ahí, toda tu felicidad

M: Como fantasía, ahí, sí, lo ha puesto todo en una carta.

S: ha basado su felicidad en cosas externas: pareja, amigos...

M: **Ahora lo entiendo, su rareza, lo que él llama rareza, consistiría en que no tiene un mundo donde estar, está desubicado, y cree que si alguien le ve dirá ¡ése tío es raro! ¿Qué hace ahí?**

P: Claro, por ejemplo, yo estoy en una discoteca y veo que toda esa gente se lo está pasando bomba... y alguien puede que note lo raro que soy, que no me gusta ni una cosa ni otra, qué no sé dónde meterme, o sea, todo el cacao éste me lo puede notar.

S: Delante del otro es como si tuvieras un espejo que te vieras a ti desubicado y te hace sentir mal.

P: Sí, sí, eso es. Me ha costado explicarme.

M: No, no, no es fácil. ¿Y ahora qué te parece?

P: Ahora sí que lo veo complicado. (risas)

M: ¿Pero ves algo?

P: Sí.

T: Aunque sea tan complicado, pero si uno ve por dónde va la cosa es complicada, puede salir del círculo

P: Hombre yo supongo que es lo que he dicho un poco, es coger de cada cosa lo que me guste, o sea, no estar tan pendiente si esto debería hacerlo o no, sino porque me apetezca, como la sauna que antes decía qué raro soy y ahora digo pues no me apetece y ya está.

M y S: (aplausos) Bravo, sí señor, porque te apetece o no te apetece.

P: Sí. (risas) Pero el otro problema es que no me gusta nada (más risas)

M: Porque no te marcas un camino tuyo, estás intentando pasar por caminos que siguen otros.

P: (Asiente).

M: Y que no tiene por qué ser el tuyo, además está todo muy estandarizado ¿no?; discoteca, pastillas, sauna..., éste es un mundo muy cerrado y que sólo es pura excitación, no tiene nada, eso es humo.

P: Eso es.

M: Entonces, retomando y para concluir, ¿ves alguna posibilidad de ponerte en otra perspectiva, en una perspectiva más centrada en ti?

P: Sí, o sea, es todo, a la conclusión que hemos llegado ya la estaba viendo un poco, o sea, yo llevo ya mucho tiempo pensando, y entonces he visto un poco las cosas claras y últimamente tampoco lo paso muy bien cuando salgo, y bueno, pues eso que va por ahí, entonces, ahora que lo veo claro pues intentaré cambiar.

M y S: Muy bien.

QUINTA SUPERVISIÓN EN CO-TERAPIA

De esta sesión quisiera mostrar cómo se abordaron dos aspectos complejos del proceso terapéutico de Elliot. El primero tiene que ver con desmontar el discurso, cerrado en sí mismo, donde causa y consecuencia se engarzaban de tal manera que no permitía el cambio. El segundo tiene que ver con la dimensión existencial y el sentido de la vida.

En el siguiente fragmento se podrá ver cómo, a pesar de todo lo trabajado, cualquier intento de solución (buscar cosas que le gustaran...) quedaba bloqueado por el malestar y la falta de ilusión (consecuencia), de manera que el proceso terapéutico se veía recurrentemente atrapado en el mismo punto. Para salir de esta trampa, se utilizó la **idea del huevo y la gallina** para definir claramente cuál era la causa y cuales las consecuencias, y focalizar al paciente en la primera, poniéndole un límite al discurso centrado en la segunda.

M: Ya, ¿no sabes cómo aplicar o cómo llevarlo a la práctica?

P: Sí, **no sé qué cosas buscar que me gusten y no sé qué opciones tengo.**

M: ¿Pero hay cosas que te gustan a ti?

P: Sí, hay cosas que me gustan pero no..., pero no..., o sea, hay cosas que me gustan, pero ya está.

M: ¿Qué quiere decir que ya está?

P: O sea, que me gustan pero que no son de mi devoción, o sea, que **no hago nada con mucho interés, o sea que todo me da igual**, voy a trabajar porque tengo que trabajar...

M: Por ejemplo, ¿ir en bicicleta te gusta?

P: Nada.

M: ¿O ir de excursión a la montaña?

P: Tampoco me apetece.

M: ¿Y cosas culturales? ¿Y si hicieras un curso de escritura creativa, qué pasaría?

P: Pues a ver, **de entrada no es algo que salga de mí, entonces pues no creo que me pueda gustar**, pero así de entrada..., o sea, yo sé que la solución no es salir por la noche pero no veo, o sea, yo sé que tiene que haber otra salida pero no la veo. **Y encima tengo este miedo de que me vean algo, o sea, lo de siempre, que vean algo raro.**

M: Tu rareza es que no tienes un mundo en el que estar, entonces estás allá

en una disco y no lo pasas bien y piensas “soy raro”. El otro te hace de espejo de verte a ti mismo desubicado y eso te hace sentir mal.

P: Sí es eso, o sea, el malestar que tengo, pues es eso, que lo puedan notar yo creo.

M: Es un poco **el huevo o la gallina**, o sea, tú tienes un malestar anticipando que alguien pueda pensar que tú no estás donde te tocaría estar.

P: Sí, lo que pasa es que yo creo que primero es el malestar...

M: **Este es el tema, el quid de la cuestión. Pero si cuando estás solo estás bien, y sólo te sientes mal cuando te encuentras con el otro, entonces no es primero el malestar.** Si el malestar fuese la base estaría siempre, ya sea cuando estás solo o acompañado, cuando estás de pie o tumbado..., el malestar estaría ahí, como la nariz continúa estando siempre. Por lo tanto, si una cosa cambia una circunstancia de otra quiere decir que depende de la primera, ¿no?

P: Sí.

M: **Entonces, hemos de marcar la línea, de si es la gallina o el huevo el malestar, el malestar es el huevo y entonces la gallina es eso..., el miedo al juicio del otro.**

P: Claro, pero..., o sea, esto que dices lo veo pero también lo veo un poco al revés porque, es decir, yo también me he puesto peor cuando he ido saliendo más, cuando he ido viendo cosas que no me gustan, cuando he ido viendo que no es fácil hacer amigos y la pareja, entonces, un poco lo veo las dos cosas, o sea, veo que las dos se complementan.

M: Claro, mientras haya gallina habrá huevo. Entonces, vamos a ver, si tú, por ejemplo, no tuvieras ese miedo al juicio, irías en metro y ¿cuál sería el malestar?

P: Ninguno.

M: Ninguno, vale, irías a una discoteca o a una fiesta o a un grupo o a una cena o a lo que sea, sin el malestar, entonces la gallina es el miedo a que los demás te vean raro.

P: Sí.

M: **Para poder matar a la gallina necesitamos saber qué gallina es, porque si no igual no equivocamos de gallina, entonces es el miedo a que los demás te vean raro y en términos más abstractos el miedo al juicio ajeno.** Topamos con la misma piedra, es decir, que por lo tanto esto es de lo que nos tenemos que liberar, ahora. El capítulo segundo será ¿cómo?, pero primero vamos a ver si estamos de acuerdo en si es ésta o no es ésta la gallina, ¿tu cómo lo ves?

P: Sí, yo sé que a mí el juicio del otro me importa muchísimo.

M: Te importa muchísimo, te importa tanto que te hace estar mal.

P: Sí.

M: Entonces, **si la gallina es el miedo al rechazo de los demás, nos vamos a centrar en esto y no vamos a hablar de malestar**, no vamos a hablar de desilusión, no vamos a hablar de aburrimiento... Vamos a hablar sólo de desarmar este obstáculo que tenemos, luego cuando esté desarmado veremos qué pasa con el resto.

P. Yo sé que hay muchas cosas que no hago por esto, o sea, yo sé que hay mil cosas que no he probado y que podría probar pero no me gusta porque como tengo esta fobia pues no las hago.

M: Porque primero es liberarse de la prisión. Si alguien está en una prisión, como el **Conde de Montecristo**, ¿conoces la historia? [...] O sea, vamos a ver cómo salimos de la prisión, para salir de la prisión la primera cosa que se necesita es querer salir de ella, o sea, igual que el Conde de Montecristo **va a tener que hacerlo él, o sea, va a tener que tener un objetivo** que es salir de la prisión, **no otros objetivos, sino éste**. Después vas a poder tener otros, pero de momento éste es primero. Entonces, salir de la prisión significa tener claro qué es lo que me ata ahí, lo que me ata ahí es la vergüenza o el miedo al rechazo, llámale como quieras, ¿cómo quieres que le llame?

P. Miedo al rechazo.

M: **Ahora no sabes lo que te gusta, pero tendrás que hacer como el Conde de Montecristo. Él no sabía por dónde salir: primero va probando salidas, o sea, se ha propuesto encontrar una salida y no se desanima porque la salida no sea la buena o porque no pueda, continúa probando, y si no le sale la A, a lo mejor probando la B y se le ocurre la C.**

P: Sí.

M: O sea, se podría haber quedado a esperar que le venga la inspiración divina pero igual tarda 200 años y él ya no está para aguantar.

P: Sí, lo que pasa es que no veo, es decir, sé que puedo hacer otras cosas pero tampoco, por mi estado de ánimo tampoco estoy bien.

M: Sí, sí, el estado de ánimo ya sabemos que..., **estaba prohibido hablar de malestar**, o sea, que por ahí no va la cosa, no por ahí no viene.

P: Ya, ya...

M: **Eso es cerrar el círculo, no, no, eso no vale, o sea, si tú quieres salir el estado de ánimo es querer salir**. No vale pensar que lo voy a pasar mal, me voy a romper las uñas, me voy a desangrar, me voy a hacer daño con las piedras... Si lo que quiero es salir, esto requiere, por una parte, aprender a liberarme del juicio de los demás y, por otra, dado que en tu caso dices que haces cosas que no te gustan pues se ha de ir empezando a cambiar estas cosas que a ti no te gustan (salir de noche a saunas, beber,..)

En el siguiente bloque se ve de una manera muy clara la dificultad que las

personas que se regulan heteronómicamente tienen a la hora de definir su propia vida a partir de un sentido interno, ya que esto supone tener en cuenta sus deseos y motivaciones y configurarlos en un proyecto que tenga un sentido propio. Mientras el sentido viene marcado desde fuera, estas personas funcionan correctamente “haciendo lo que tienen que hacer”, pero cuando se acaba “el carril” y se ven forzados a definirlo solos, aparecen las dificultades o las crisis de sentido. Es en este pasaje, en el que coinciden el final de la etapa estudiantil y la consecución de un trabajo estable, con el fracaso de las expectativas asociadas a la “salida del armario”, en que Elliot siente que “no sabe hacia dónde tirar”, y esto es lo que le avergüenza de sí mismo, sintiéndose “raro” y dando lugar al miedo a ser descubierto y a los síntomas físicos.

Desde el trabajo de noogénesis estructural que veníamos haciendo, el camino del cambio implicaba seguir en el intento de hacer evolucionar el sistema de regulación moral del paciente, facilitando el acceso a los contenidos del núcleo volitivo, o ayudándole a desarrollar y descubrir intereses a través de la exploración, de manera que la parte anómica cogiera fuerza como fuente de deseos y motivaciones propias. A la vez, hubo que seguir saturando y desmontando el sistema de pensamiento existente para que fuera permeable a nuevas ideas, a la vez que trabajábamos con él las maneras de integrar las tendencias anómicas con las heteronómicas. Todo ello a través de un diálogo co-constructivo en el que negociar significados que abrieran la narrativa hacia nuevas posibilidades, y apelando a que asumiera su responsabilidad en la libertad de configurar su vida.

Y de esta manera, enlazando con una concepción existencialista del ser humano como un ser libre y responsable, se trabajó para sacar al paciente de la actitud pasiva, desde la que había delegado en la finalidad (conseguir tal o cual cosa) el sentido de su propia vida, esperando que al alcanzar determinadas metas (tener un trabajo estable, hacer amigos...) accediera a la felicidad.

P: Sí, es decir, yo antes cuando estudiaba y empecé el trabajo y todo eso pues se me veía mejor porque estaba como haciendo..., o sea, tenía como una meta porque decía, quiero estudiar, quiero acabar la carrera, quiero un trabajo, quiero hacer un curso y hacer prácticas y tal y hasta que encontré el trabajo pues más o menos sí, pero luego me hace sentir mal el no tener una meta o una ilusión como tenía antes. O sea, que veo que no sé qué hacer con mi vida.

M: Ah...

P: Y como no veo nada que me guste pues estoy así y esto es lo que más me agobia de todo.

M: ¿Ha habido algún momento en tu vida en que tuvieras claro lo que querías hacer con ella?

P: (Silencio...), bueno es que no pensaba en ello, yo pues iba haciendo, iba haciendo mis estudios, iba al trabajo...

M: *Ibas por el carril.*

P: *Sí.*

M: *Y has llegado a la estación, final del trayecto y ¿ahora qué?..., ¿ahora vas a seguir en metro, en tren, a pie, en bicicleta, en taxi?...*

P: *No sé..., (silencio).*

M: *Imagínate que no tuvieras ningún problema de estos ¿qué te gustaría que fuera de tu vida?*

P: *(Silencio).*

M: *Imagínate que estás la mar de bien, ¿qué hago con mi vida?*

P: *Pues no sé, es que yo creo que con la vida se han de buscar cosas que uno esté pues contento, o sea, pues que.., cosas con las que puedas pasar el rato, que estés a gusto, que te apetece hacer, o sea, cosas que yo no las encuentro, a mí no me llena nada. O sea, yo veo que la gente tiene cosas que le llenan o que disfruta o que hace esto o lo otro, yo no, me da igual.*

M: *También hay gente que tiene cosas por las cuales lucha.*

P: *Sí.*

M: *¿Tú lucharías por algo?*

P: *(Piensa)..., yo si mi madre se pone mala y ya está, lucharía por si alguien de mi familia se pone malo, pero por otras cosas, no.*

M: *No deseemos que estén malos. Lucharías por si alguien se pone malo...*

P: *O si veo que alguien me necesita, si alguien de mi familia me necesita.*

M: *¿De tu familia?*

P: *Sí.*

M: *Por que ¿si te necesitan qué harías?*

P: *Pues ayudar en lo que necesiten.*

M: *¿Cómo lo harías?*

P: *Pues en lo que necesite, si necesita compañía pues le hago compañía, si necesita dinero pues dinero, si necesita... lo que fuera.*

M: *¿Y tú necesitas algo?*

P: *Yo sí.*

M: *¿Qué necesitas?*

P: *Estar bien. (risas)*

M: *¿Y eres de tu familia?*

P: *Sí.*

M: *Pues ¿cómo lucharías por alguien de tu familia que necesita estar bien?*

P: *Pues mira aquí estoy ahora.*

M: *Estás pero ¿por qué luchas?*

P: *Por hacer algo por mí.*

M: *¿Qué haces?*

P: *Pues vengo al psicólogo. Bueno un poco de lucha sí que hay porque si no ni siquiera vendría.*

M. *Muy bien. Pero por una persona que ayudarías ¿qué harías por ella?, por ejemplo, has dicho que hacer compañía, ¿te puedes hacer compañía a ti mismo?*

P: *Sí.*

M: *¿Y a qué atribuyes que estabas bien antes?*

P: *Pues quizás porque sabía disfrutar de las cosas que hacía, tenía ilusiones.*

M: *Claro, ¿y ahora no?*

P: *Es la diferencia básica, pues que antes estaba bien, no sé porque antes era: ahora voy a estudiar, voy a hacer esto, lo otro, el trabajo...*

M: *¿Antes no te preocupaba el juicio de los demás?*

P: *La verdad es que me ha preocupado siempre.*

M: *¿Pero hasta qué punto?, ¿hasta el punto de descentrarte de ti mismo?*

P: *Yo creo que sí. O sea yo creo que hay diferencia entre estar..., o sea, antes yo tenía más ocupaciones que ahora, estaba más ocupado y ahora no.*

M: *¿Entonces estabas más satisfecho de ti cuando estabas más ocupado?*

P: *Sí.*

M: *¿Y ahora qué te impide ocuparte?*

P: *Es que ahora no veo el cómo ocuparme.*

M: *¿Y cómo es que antes estabas más ocupado?*

P: *Pues porque había cosas que tenía que hacer y ahora no, tenía cosas que programar como la carrera.*

M: *¿Y ahora no tienes cosas que programar?*

P: *No.*

M: *Pues te podrías programar algo ¿no?*

P: *Ya pero es que ahora no le veo..., no le veo el mismo sentido que le veía antes.*

M: ***¿Y antes qué sentido le veías?***

P: *Pues le veía el sentido que tenía que hacerlo para poder trabajar.*

M: *Para el trabajo, ¿y al trabajo qué sentido le veías?*

P: *Ganar dinero.*

M: *¿Y a ganar dinero qué sentido le veías?*

P: *Pues el dinero para vivir.*

M: *¿Y a vivir qué sentido le ves?*

P: *Ninguno.*

M: *No.*

P: ***¿Qué sentido le veo?, no..., pues el sentido de vivir es pasarlo bien, disfrutar de la vida, o sea, la gente disfruta de la vida.***

M: *Ese es el sentido de la vida. ¿Qué quiere decir disfrutar?*

P: *Pues disfrutar es, no sé, pasarlo bien, o sea, disfrutar..., pues no sé, pues hacer cosas, o sea, es decir, yo antes de estar mal pues no sé si disfrutaba*

pero es que ni lo pensaba si disfrutaba o no, o sea, simplemente estaba bien, no tenía mayores preocupaciones y ya está.

M: *Disfrutar de la vida y ahora viene ¿qué es la vida?*

P: *Pues la vida es..., (risas), o sea, la vida, pues no sé el levantarte, el pasar el día.*

M: *Y tú te preguntas, ¿qué hago yo en esta vida?*

P: Sí.

M: **¿A ti qué te gustaría responder?**

P. *O sea, no me gustaría terminar la pregunta.*

M: *¿No te gusta hacerte la pregunta?*

P. **No, yo simplemente vivo y ya está. Está mi familia y mi trabajo, hago esto y lo otro, pero me quedo estancado ahí.**

M: **¿O sea, que antes tenías una especie de guías externas que te decían lo que tenías que hacer, pero ahora se han acabado y ahora te toca a ti?, pero te toca a ti, te toca a mí, le toca a ella, a cada uno de nosotros nos toca.**

P: Sí, seguro.

M: **Pues a lo mejor tienes que planteártelo desde tu opinión, tienes que probar, por ejemplo, has probado algunas cosas y no te han gustado. Me da la impresión que siempre has tenido un poco la idea mágica de que, por ejemplo, saliendo del armario pues ya estaría todo.**

P: Sí.

M: **Yendo al psicólogo también estaría todo, terminando la carrera ya estaría todo, encontrando trabajo también..., pero todo esto son cosas que están ahí pero que no son tú, tú no eres ni tu trabajo, ni tu orientación sexual, ni tu carrera... (silencio), no eres tú, no. Entonces, claro, si no te has respondido a esta pregunta pues no vas a estar satisfecho de ti, si no estás satisfecho de ti tienes miedo de que los demás se den cuenta. Ahora imagina por un momento que todo el mundo te acepta, ¿cómo te sentirías?**

P: Igual.

M: *¿Igual qué quiere decir que tendrías miedo a la gente?*

P: No, miedo no.

M: *¿Entonces estarías aburrido?*

P: (Silencio)..., sí...

M: *Imagina que todos dijeran, pero qué chico tan simpático, tan correcto, tan amable, tan trabajador, tan buen compañero, tan..., no sé...*

P: Sí todo lo bueno.

M: *Todo lo bueno ¿tú te sentirías vacío también?*

P: *Es que el problema es que eso no me afecta, o sea, yo no es que me preocupe al pensarlo, pero si me aceptan pues...*

M: Mejor ¿no?, entonces ¿lo que te preocupa realmente es el rechazo o es, digamos, esa sensación de vacío interno?

P: Sí el vacío.

M: ¿Es lo que te avergüenza de ti?

P: (Silencio), sí puede ser el no saber hacia donde tirar, el no saber qué hacer.

M: Esto te ha pasado cuando se terminó, o sea pensaste que definiéndote en un mundo determinado eso te iba a dar una entidad pero te desilusionó y por otra parte terminaste, no sé si decir, o coincidió más bien...

P: Sí más o menos.

M: Más o menos, terminar la carrera, salir del armario y luego resulta que..., ¿cómo lo ves?

P: Yo diría que sí.

M: **Entonces, habrá que hacer algo por ti mismo. O sea, de alguna manera la experiencia te ha desengañado en algunas expectativas que te habías puesto.**

P: Sí y yo cuando salí del armario no es que pensara nada concreto, o sea, bien, aunque no la felicidad absoluta pero como yo estaba en casa sin tener amigos, pues yo pensaba, pues bueno cuando salga..., yo siempre he hecho amigos con facilidad, entonces, yo pesaba en cuanto salga del armario y ya esté bien conmigo, pues haré mil amigos, pero al salir del armario veo que hay poca gente que me interesa... Pues eso, pensaba que sería todo mucho mejor, me hice así como una pelota que pensaba que todo iba a ser mucho mejor y no..., no.

M: **Entonces, si entiendo bien te estás dando cuenta de que ponías las expectativas fuera y en la medida en que no ha venido este bienestar de fuera, lo que encuentras es como un vacío.**

P: (Silencio), sí.

M: **Parece que te has desengañado de esto y ahora es una situación triste, es una situación decepcionante pero puede ser buena para recuperar la verdad y la verdad está en ti, pero para esto se necesita ese esfuerzo para ver que lucho por mi, yo valgo la pena y la vida vale la pena. No sé por dónde debo salir, pero voy a buscar y esta vez no de forma ilusoria, si no siendo más realista, pudiendo valorar que a lo mejor de algo que yo he probado hay un 10% que en que me siento bien, que me gusta, que congenia conmigo y hay una parte que no. Pues bueno, he encontrado un 10%, otro podría encontrar un 2% y a lo mejor otro un 12% pero no el 100%, dejando de importarme si la gente ve algo. No importarme lo que piensen, porque entonces yo puedo decir, “sí, estoy mal, pero estoy buscando soluciones”.**

Después de esta intervención, terapeuta y paciente realizaron 13 visitas más,

tras las cuales se cerró el proceso terapéutico, en mayo de 2006. En total, duró un año y medio, en el que se realizaron un total de 43 visitas. Gran parte del trabajo de esta última fase de la terapia se centró en seguir ayudando a Elliot a generar un proyecto de vida propio, que tuviera sentido para él, partiendo del pensamiento antropológico de que el camino de cada uno está marcado en tu interior, y que una persona no puede sanar si no halla en su interior la huella de sí mismo. La frase de Píndaro “*Sé aquél que eres*” lo resume de una manera sencilla, breve y precisa. Según V. Frankl (1992) se accede al sentido de la vida por tres “avenidas”: haciendo realidad valores de creación, valores de vivencia y valores de actitud.

“El ser humano, en virtud de su voluntad de sentido, no solamente busca un sentido, sino que también lo encuentra, y lo hace por tres vías. En primer lugar, ve un sentido en hacer o crear algo (valores de creación). Después, ve un sentido en experimentar algo o en amar a alguien (valores de vivencia); pero, en determinadas circunstancias, también ve un sentido en una situación desesperada ante la que se encuentra desamparado (valores de actitud)”.

Quien, en el contexto terapéutico se deja guiar por este pensamiento antropológico configura la relación terapéutica de una forma singular, que se traduce en una actitud de respeto por el mundo de significados y características del otro, al que se aproxima desde la actitud abierta a la comprensión, y buscando activar los propios recursos del otro, sin pretender otorgar el sentido propio. Esta huella o pista interior es lo que Ortega y Gasset llama el proyecto de ser humano. En palabras de Ortega:

“Vida significa la inexorable forzosidad de realizar el proyecto de existencia que cada cual es. Este proyecto en que consiste el yo no es una idea o plan ideado por el hombre y libremente elegido. Es anterior, en el sentido de independiente, a todas las ideas que su inteligencia forme, a todas las decisiones de su voluntad. Más aún, de ordinario no tenemos de él sino un vago conocimiento. Sin embargo, es nuestro auténtico ser, es nuestro destino. Nuestra voluntad es libre para realizar o no ese proyecto vital que últimamente somos, pero no puede corregirlo, cambiarlo, prescindir de él o sustituirlo. Somos indeleblemente ese único personaje programático que necesita realizarse. (...) La vida es constitutivamente un drama, porque es la lucha frenética con las cosas y aun con nuestro carácter por conseguir ser de hecho el que somos en proyecto”.

Estoy segura de que son muchas las cosas no dichas, y otras tantas las que se podrían haber desarrollado más, pero quisiera concluir aquí, y así, cerrando este artículo con una reflexión parcial pero potente, tomando las palabras de Viktor Frankl (1992):

“La logoterapia (y la psicoterapia) no debe dar un sentido al paciente sino que lo ayuda a encontrarlo. Tampoco se trata de inocularle voluntad de

sentido, ésta debe germinar, y lo hace cuando el sentido se le ofrece. (...) Y el sentido aparece cuando la existencia se explicita, se despliega, se desenvuelve y se desarrolla como una alfombra que descubre su dibujo único, inconfundible. Así leemos la historia vital de la persona, su devenir y su esencia”

En este artículo se presenta un proceso de supervisión llevado a cabo a través de la co-terapia como modalidad de formación vivencial en el proceso de aprendizaje de las habilidades terapéuticas.

Palabras clave: supervisión, co-terapia, psicoterapia, habilidades terapéuticas, aprendizaje vivencial.

Referencias bibliográficas

- Anderson, H. y Goolishian, H.A. (1991). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 6/7, 41-72.
- Ceberio, Marcelo R. y Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Frankl, V. (1978). *Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia*, Fondo de Cultura Económica, Barcelona
- Frankl, V. (1992). *Teoría y terapia de las neurosis*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2003). *La psicoterapia al alcance de todos*. Barcelona: Paidós
- Guy, J. D. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta*. Barcelona: Paidós
- Kelly, G. (2001). *Psicología de los constructos personales. Textos escogidos*. Compilador Brendan Maher (1969). Barcelona: Paidós
- Lucas, E. *Logoterapia. La búsqueda de sentido*. Barcelona: Paidós.
- May, R (1988). *Libertad y destino en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Minuchin, S. (1992). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós
- Tapia, S. (2002). Quiero ser libre de mi mismo: un caso de trastorno obsesivo de la personalidad. *Revista de psicoterapia*, 50/51, 35 – 90
- Vega, S. (2003). Una forma de tematizar el trabajo con la persona del terapeuta familiar en la formación. *Mosaico* (mayo)
- 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.
- Villegas, M (1996). El análisis de la demanda: una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26-27, 25-78.
- Villegas, M. (2001). El caballo de Troya o las trompetas de Jericó: el proceso del cambio en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 46-47, 73-118.
- Villegas, M. (2000). Psicopatologías de la libertad: la obsesión o la constricción de la espontaneidad. *Revista de Psicoterapia*, 42-43, 49-134.
- Villegas, M. (2001). El caballo de Troya o las trompetas de Jericó: el proceso de cambio en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 46-47, 73-118.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. (2013). Prometeo en el diván. *Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Whitaker, C. (1992) *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Barcelona: Paidós.

A LA TERCERA VA LA VENCIDA

Lluïsa Solsona Paüls
Col. Número 16.439
lluïsa.solsona@gmail.com

The following article will explain the supervisions made throughout the therapy process of a case of familiar maltreatment, psychological abuse, and child-battering. Considering the Moral Development Theory, the patient's growth to autonomy was hampered by the emotional and moral deprivations suffered, and it was necessary to support the creation of personal values as basis to developing an own referent.

Keywords: supervision, psychotherapy, maltreatment, psychological abuse, differentiation, bonds.

INTRODUCCIÓN

Este artículo pretende explicar un ejemplo del trabajo terapéutico realizado con la ayuda del grupo de supervisión del Dr. Manuel Villegas, mediante la presentación de un caso y sus supervisiones. Con ello, espero contribuir al bagaje de otros *jóvenes* colegas y de paso, agradecer al supervisor y a mis compañeros de grupo el acompañamiento, la ayuda y el intercambio de conocimientos y experiencias durante los años que llevamos compartiendo.

CONTEXTUALIZACION DEL CASO Y LA DEMANDA.

La paciente que vamos a considerar, a la que llamaremos Clara, tenía 26 años cuando al inicio de su psicoterapia. Era una chica culta, inteligente, con sentido del humor y muy trabajadora. Tenía dos licenciaturas, un master y ninguna intención de dejar de estudiar; así mismo, era profesora en un instituto y lideraba un equipo de unas 30 personas como jefa de plantilla de una editorial. A pesar de sus altas capacidades y eficiencia laboral, Clara estaba sometida y muy apegada a su familia de origen, en particular a su madre, quien había hecho un amplio uso de la manipulación, la intimidación y el maltrato en la “educación” de sus hijos. Contra este maltrato, el padre había intervenido en contadas ocasiones ya que también él y su hijo Hugo se sometían a la madre, que lo tenía todo atado y bien atado, habiendo desconectado su familia del mundo social mediante la implantación de una

ideología del “nosotros (los buenos) contra ellos (los malos)”. Este estado de clausura en el que se encontraba su familia le causaba a Clara un gran sufrimiento, pero por otro lado, su experiencia con las manipulaciones que la culpabilizaban había constituido también una estructura epistemológica cerrada que le impedía experimentar el mundo por sí misma, o incluso imaginar alternativas de comportamiento que no fueran el sometimiento a los caprichos de su madre, a las inseguridades del hermano o a la prenomía del padre.

Clara, cuyo genograma se reproduce más adelante, llevó a cabo una psicoterapia distribuida en tres periodos, seguidos de sus respectivos tres abandonos, a lo largo de unos cinco años. La primera vez que hicimos terapia con Clara en 2007, había sido derivada por un colega con el que tenía una excelente relación terapéutica pero que se vio obligado ausentarse. Realizamos 15 sesiones y desapareció sin volver a contactar. Volvió a terapia dos años más tarde, en 2009, para volver a desaparecer y reaparecer una segunda vez el 2011. Aquí se detallarán más específicamente los dos últimos periodos de la terapia por ser los que se supervisaron con el grupo de Manuel Villegas.

Análisis de la demanda:

Su demanda inicial es propia y sintomática (Villegas, 1996), y aunque inespecífica, se identifican algunos rasgos de especificidad, no en vano había ido a psicoterapia en varias ocasiones a lo largo de su vida. Básicamente Clara quería librarse de los síntomas, para poder hacer su vida y “*dar la talla*” con su familia, pero por lo que refiere a la parte más sintomática de la demanda, se encontraba en una posición ambivalente: sospechaba que las causas de sus síntomas podían atribuirse a algún problema psicológico, aunque a veces se preguntaba si podía deberse a alguna malformación de su cerebro, o al hecho de que ella fuera excesivamente sensible o débil.

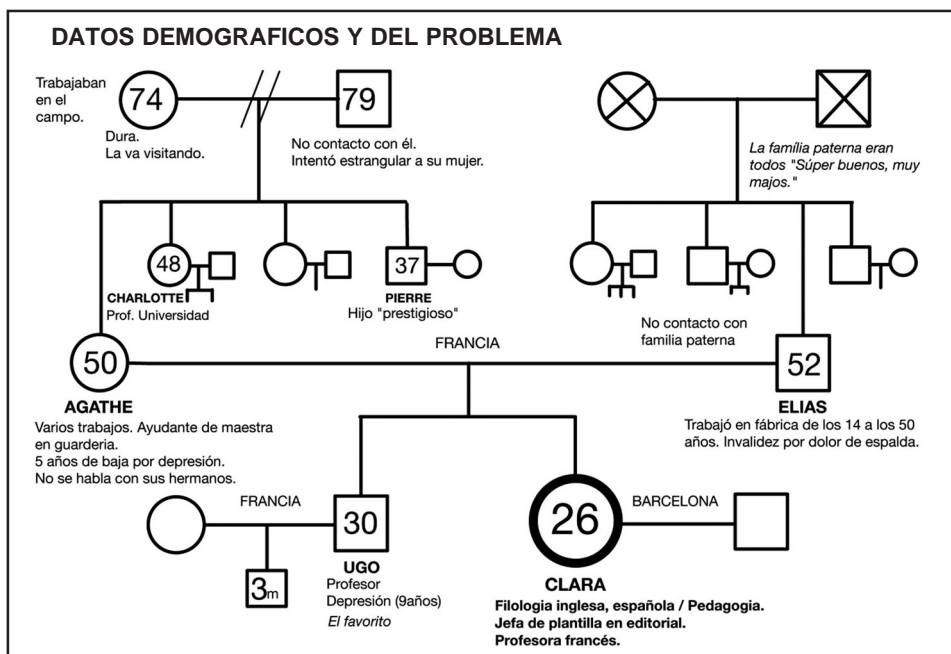
Sintomatología:

Lo que más preocupaba a Clara era la agorafobia. Aunque podía ir a trabajar, se angustiaba al salir si el trabajo estaba lejos; así como pasear, estar con amigos y en ocasiones subir a algún transporte público. También le resultaba muy angustiante conducir o viajar lejos de casa. Clara tenía una actitud muy perseverante ante este síntoma: se compró un perro para obligarse a salir, y aceptaba citas con amigos fuera a pesar de que muchas veces tenía que correr a casa por el pánico.

También le preocupaba la hipocondría que identificaba y arrastraba desde los 8 años. Clara estaba siempre pendiente de las señales de su cuerpo, tenía miedo a enfermar y a morir, “*me muero cinco veces al día*”. Pensaba que podía tener un ictus en cualquier momento, o un ataque al corazón. Explicaba sentirse constantemente ansiosa y que sentía que “*ya no puedo seguir así.*”

Presentaba un cuadro obsesivo, se pasaba el día con rituales de limpieza o de

comprobación. Se lavaba las manos diez veces seguidas; comprobaba cada día todos los armarios de la casa, también 10 veces, “*para ver que todo estaba bien*”; apagaba y encendía todos los interruptores de la casa ocho veces, y si se equivocaba contando, volvía a empezar. Con la limpieza de la casa era exhaustiva, tenía mucho miedo a que algún objeto quedara contaminado con la droga que en ocasiones tomaban sus compañeros de piso. No podía comer o beber de cualquier envase que hubiese sido abierto con anterioridad, por miedo a esa contaminación de droga, o de bacterias o “*de algo*”.



HISTORIA DE VIDA

A partir de los **3 años**, vomita cada día en la escuela. La madre se enfada o la pega cuando ella enferma y la acusa de provocar la separación de los padres. El padre “*no tenía derecho*” a jugar con ellos. Describe claramente su apego inseguro ansioso con la madre: “*le tenía miedo, pero quería estar con ella*”.

A los **6 años**, cambia de escuela y esta mejor, tiene amigos a los que empieza a contar “*mentiras raras*” para que “*quisieran*” a su madre: “*Si le haces un dibujo a mi madre, te regalará algo porque es muy buena.*” Pero la vida en casa consistía en limpiar y cuidar de no manchar nada: “*Orden, limpieza y dramas.*” La madre les pega, y humilla a menudo, sin embargo escapaba de esa situación cuando estaba con su abuela o con su tía Charlotte.

A los **8 años**, Tiene una “*amiga obligada*” que la chantajea con hablar mal de

ella si no era su amiga. Aparecen síntomas compulsivos (rituales como rezar toda la noche, lavado repetitivo de manos...), e hipocondría. Se siente rara y aislada. Un día piensa que si se muriese esta niña ella sería libre, vive este pensamiento con gran egodistonia, como “*malo*”, y empieza a sentir miedo de sus pensamientos, que se une al miedo a la muerte, a la enfermedad... y todo ello “ *fingiendo ser una niña normal*”.

10 años. Sigue la humillación de la madre, la viste ridícula para molestarla, la insulta y la pega sin ella saber por qué. Clara se describe como prisionera de su madre y de su amiga obligada, se siente diferente, fea y torpe. Seguía la relación con la tía Charlotte, podía pasar las vacaciones en su casa e identifica esos momentos como de “*gran felicidad y libertad*.”

12 años. El hermano se hace punk y ella se pone “*rebeld*”: se deshace de la amiga obligada y elige a sus amigas. Idealiza al hermano, favorito de la madre, y quiere parecerse a él. Habla de solidaridad con Hugo, manteniendo los dos cierta alianza sutil e implícita contra la madre, de la cual recibe palizas casi a diario con el doble vinculo y mensaje de que ellos tenían suerte, que eran queridos, o que “*al menos os compramos ropa*”. El padre no intervenía. Empieza a pensar que tiene un tumor cerebral, está convencida de que morirá a los 20 años.

14 años. La llevan a otro instituto para separarla de sus amigas sin motivo claro, y ese verano tiene ataques de pánico repetidos. La madre la lleva a casa de tía Charlotte porque “*no me aguantaba y me pegaba*”. En el instituto nuevo empieza a fingir ser “*súper Clara*”: tiene muchos amigos pero les oculta su situación familiar. Los padres de su mejor amiga se dan cuenta de que algo va mal en casa de Clara y, con mucha diplomacia, consiguen que pase con ellos los fines de semana, cosa que le permitió sentir “*un poco de libertad*”, “*me ayudó a intentar ser lo que puedo ser*.”

17 años. Su primer novio Marcel, es amigo de su hermano Hugo. Cree que su hermano estará contento con el noviazgo, pero Hugo se enfada, la insulta, la pega, lo dice a la madre y la vuelven a pegar e insultar los dos a la vez. La familia rechazó el noviazgo dramáticamente: le dijeron que estaba muerta para ellos y dejaron de hablarle. Los maltratos se daban con más exageración de lo habitual. Hugo se enfada con sus amigos y la culpa a ella. No le cuenta nada a su novio Marcel por vergüenza, pero él sospecha, y cuando critica esta actitud de la familia, ella les defiende y se enfada: “*es que tú no lo entiendes, ella nos quiere mucho. En tu familia no tenéis estos valores, son nuestros valores familiares*”, siempre cubriendo y excusando.

18 años. Trabaja y se paga sola la universidad. Su madre se mofa de ella diciendo que su tía Charlotte había pagado el carnet de conducir a Hugo y a ella no. (La verdad, que saldría años después durante la terapia, fue que la tía había dado el dinero para Clara a su madre, creyendo las mentiras de que Clara era una drogadicta y que se lo gastaría todo.) Cuando Clara quiere sus ahorros para la autoescuela, su madre entra en cólera, mete su ropa en bolsas de basura, las tira por la ventana y la

echa de casa, diciendo después que ella se había ido. Su novio, Marcel, la apoya y van a vivir juntos. Ella se recuerda en esta etapa de vida en pareja como parecida a su madre y Marcel a su padre: “yo haciendo el papel de narcisa exigente”, celosa y controladora y “él aguantando mis neuras.” Tenía mucha ansiedad, “porque todos pensaban que me había ido, y yo no quería irme”.

19 años. Su madre va a buscarla, le dice que “la cogen” pero que no la perdonan y que tendrá que “obedecer”, Clara le suplica perdón arrodillada. Se produce su primer fracaso académico: no puede ir a clase porque cuando va, se siente con fiebre. Cuando puede volver a clase, se recuerda *motivada* pero “*anoréxica hasta los huesos*”.

21 años. Obtiene la primera licenciatura. Cree que nunca podrán ser felices con Marcel por su familia, así que le deja por Theó, 21 años mayor, para quedar ella como una adúltera y que no se culpara a su familia, pero también con la esperanza de recuperarla al cortar con Marcel. Vomitaba a menudo, “*Estaba anoréxica y yendo a terapia*”. Theó acaba maltratándola, ella le deja y se va a Barcelona. Vive en una casa okupa y sale de fiesta de jueves a domingo, bebe y consume cocaína esporádicamente. Se siente invencible y sin miedo a nada.

23 años. Se enamora de Albert, un chico de Barcelona que está loco por ella y le hace muchos regalos, pero también la riñe y la humilla delante de amigos. Su madre está encantada con él, pero dejan la relación porque discuten mucho. Clara obtiene entonces su segunda licenciatura. Un tiempo después, Albert quiere volver y accede para contentar a la madre, decisión que se sigue de ataques de pánico repetidos con sus correspondientes visitas a urgencias.

24 años. Cae en una depresión y sus padres van a buscarla para llevarla a su casa, donde se reanuda la violencia física y la humillación, “yo amaba a mi madre, pero ella no me aguantaba”. Esta apática, se siente muerta y cree que nunca se curará. La ingresan en un hospital psiquiátrico y allí prohíben que su madre la visite, con lo que Clara decide irse del hospital al cabo de un mes. Vuelve a Barcelona, y procura “*tener mucho cuidado*”, tiene pánico a perder el control y un aumento de la sintomatología obsesiva: miedo de drogarse si toca algún objeto contaminado por algún compañero de piso, lavado recurrente de las manos, comprobación de interruptores y armarios... Deja a Albert, el piso compartido y vuelve “*al trabajo y a la familia*”.

PROCESO TERAPEUTICO SUPERVISADO

Primera fase (15 sesiones realizadas)

En la primera fase de exploración del 2007, Clara explicó que su problema era que su familia, “*que es especial*”, la necesitaba y no sabía cómo llevarlo. En esta familia, la madre, muy histriónica, sometía a todos los miembros a un régimen autoritario mediante la manipulación, el chantaje emocional, las amenazas y el

maltrato, con los que había aislado socialmente al núcleo familiar. Utilizaba el maltrato que recibió de su padre como excusa: *“Esto no es nada. Vosotros sois unos niños mimados y habéis tenido una infancia preciosa. Yo sí sufrí con mi padre.”* Se victimizaba continuamente, repitiéndoles el mensaje de que *“si no fuera por vosotros mi vida sería mucho mejor. Yo lo he dado todo por vosotros”*. A Clara le caló tan hondo este mensaje que rescatar a su madre ha sido uno de los motivos básicos de su propia vida, en la que la culpa, la deuda o la pena se confunden con el amor: *“Bueno... Querer es sufrir. ¿No?”*.

En caso de conflicto, todos estaban del lado de la madre, por muy caprichosas que fueran sus razones o normas, (llevaba cinco años sin hablar a su hermano Pierre, obligando a sus hijos a retirarle la palabra a su tío porque este regaló su móvil viejo a una sobrina adolescente y no a ella). La madre les humillaba, sobre todo a Clara y a su padre, amenazando a todos de manera inespecífica de lo mal que lo pasarían si ella muriese: *“no sabéis lo que os espera”*, con lo que los dos hermanos desde niños, viven con la continua preocupación por su madre, pendientes de su salud o de que no se enfade.

Clara sentía pena por su madre porque *“había sufrido mucho”* y con ello la excusa por tratarla *“de esa manera”*, sin especificar todavía el maltrato. Por su padre también sentía pena porque estaba atrapado en esa *“horrible situación”* y una gran gratitud hacia él, al que veía como un mártir, por haberlos salvado de algunas palizas *“cuando estaba a punto de matarnos”*, por ello se sentía con la responsabilidad de aliviar el malestar del padre evitando al máximo los dramas de la madre, aunque la mayor parte de las veces, el padre o no intervenía para evitarlo o estaba sumisamente de parte de la madre.

Otra responsabilidad de aliviar que sentía Clara, se dirigía a su hermano Hugo, preferido de la madre, el *“bueno”* de la familia, que se sometía incluso más que ella y que hacía años que tenía depresión. Clara buscaba insistentemente el amor de Hugo, aunque también la hubiese maltratado en alguna ocasión, y la afligía que su hermano fuese *“frio”* con ella a pesar de sus esfuerzos. Más adelante en la terapia, se percató que como con su madre, Clara *“amaba pero también temía”* a su hermano.

En este momento se identificaron el terror a perder el vínculo familiar y la autopercepción negativa como ser fea, débil, incapaz, dependiente. Así como una regulación heteronómica muy rígida que predominaba por encima de las demás: ocultaba las pocas actividades de ocio que hacía, para que no se lo *“echaran en cara”*, o evitaba en terapia el hablar a nivel concreto del maltrato por no traicionar a la madre. Y es que Clara se sentía culpable de llevar su vida mientras su familia *“estaba sufriendo”*, y para mitigar esta culpa, se sometía a las rígidas y caprichosas normas de la madre con entrega absoluta sin posibilidad de imaginar una relación diferente. Esta rigidez heteronómica era exagerada en su historia. Con el aislamiento familiar, la humillación, el histrionismo de los desmayos y ataques convulsivos

cuando no se cumplían sus exigencias, la madre había forjado una aceptación de los maltratos y una obediencia absoluta de la familia hacia ella. En este ambiente, a Clara no se la había ayudado en su desarrollo a interiorizar una ley impersonal, sino que se le impuso una heteronomía personalizada al servicio de la anomía y prenomía de la madre, que había seguido para con sus hijos un criterio egocentrado “disfrazado” de *lo que está bien y lo que está mal*. En estas condiciones, el primer pasaje alocentrado de Clara, se encontraba muy contaminado por “el otro”, en lugar de centrarse en “lo otro”, de ahí su dificultad por tener un contacto más directo con la realidad: “las cosas son como son”, versus “las cosas son como dice mi madre”.

Un punto crítico de su evolución era que había empezado a pensar, después de muchas sesiones, que su madre estaba “loca”, que “no era normal eso que hacía”. Por el momento no se redefinió su interpretación del comportamiento de su madre, ya que esta construcción propia le permitía empezar a reconocer el maltrato, cosa que no hacía; así como distanciarse de la dinámica familiar y también de la agorafobia, que era el síntoma que más la preocupaba. En ese momento se produjo su primer abandono temporal de la terapia.

A pesar del abandono, supervisé el caso para profundizar como se regulaba Clara, ya que me resultaba confusa la manera en que se entrelazaban la heteronimia y la socionomía, su anomía era casi invisible en ese momento, invadida por la heteronomía que, a su vez, gobernaba la socionomía: “*Quiero a mi madre, siento amor por ella, porque tengo que sentirlo, es mi madre*”. El supervisor explicó que parecía existir una heteronomía y una socionomía mezcladas: este *querer* implicaba una regulación socionómica oblativa, ligada a la subyugación (heteronomía), en la que se entrelazaban la pena por el sufrimiento de su familia y la culpa por traicionar unos almidonados valores familiares que se contraponían a tener una vida propia. Hubo dos conclusiones en la supervisión que resultaron imprescindibles más adelante.

Por un lado, ella se encontraba en una situación en la que la aceptaba sin comprender. El supervisor remarcó que era necesario que pudiera definir el trato que recibía, ponerle un nombre, ya que las acciones tienen una definición. Clara podía plantearse muchas preguntas en referencia a lo que los miembros de su familia le hacían: ¿Qué estás haciendo ahora? Estas mintiendo, estas engañando, estas insultando, estas faltando al respeto, estas manipulando... ¿Por qué lo haces? ¿A quién afecta eso que haces? ¿Qué es lo que desconsideras del otro cuando haces esto? Este proceso de significación era importante para desmontar la imposición de la heteronomía que la constreñía, personalizada a medida de las necesidades y deseos de la madre, y que pudiera permitirse el movilizar su anomía en esa situación coercitiva. La indicación agilizó el proceso terapéutico, ya que yo no me sentía segura de confrontar la visión que tenía Clara de su situación familiar.

Por otro lado, apuntó que el significado de la locura que ahora atribuía a su madre tendría que cambiar más adelante. De momento, que Clara construyera a su

madre como *loca*, le servía para distanciarse, diferenciarse y acercarse al conseguir unos valores propios con los que considerara; resultaba un principio en su salida de la rigidez en la que se encontraba: esto me hace daño, no porque “yo era más débil y me impactaba más”; sino porque esto es dañino. A partir de aquí podía desarrollar su metacognición, reconociendo el daño para poder repararlo.

Segunda fase (10 sesiones realizadas).

Casi dos años después, en octubre del 2009, Clara vuelve a psicoterapia con una demanda básicamente sintomática. Explica que había dejado la terapia porque la habían mandado por el trabajo ocho meses a Lyon y que había tenido un “*verano de ensueño*”: había podido viajar y disfrutarlo sin angustiarse. Pero iniciando el último viaje, tuvo un ataque de pánico en el aeropuerto. La ansiedad la acompañó todo el viaje y al regresar a Barcelona “*se hizo insoportable*”. Tenía ataques de pánico, agorafobia e hipocondría, así como otros “*pensamientos raros*”, de carácter obsesivo, como quedarse ciega repentinamente mientras conducía y provocar un accidente.

Trabajando el Libro de la Vida, empezamos a contextualizar los maltratos que Clara había evitado recordar en el anterior trabajo con su historia y vimos cómo había sido sometida casi toda su vida a la manipulación y al chantaje por parte de su madre y que con ello, había sido empujada a una posición socioeconómica oblativa prematuramente, que ahora desarrollaba ampliamente con su familia y también en sus relaciones personales. La culpa y la pena que sentía la hacían vulnerable al chantaje para *no quedar como la mala* y porque le daban lástima.

El trabajo de validar y reconstruir la anomía fue también todo un recorrido, que empezó por el reconocimiento de sus emociones. Su vocabulario inicial para explicar cómo se sentía con el trato recibido por su familia consistía básicamente en “*mal, súper mal, horrible*”...se empezó pues presentándole las cinco emociones básicas que propone Villegas (2013), explicar en qué consistían y sobre todo, explicar cuál era su función evolutiva. Le interesó mucho la teoría de los marcadores somáticos de Damasio cuando se le explicó en la terapia, cosa que se aprovechó, remarcando este aspecto “*necesario*” del reconocer las propias emociones para mimetizar su regulación heteronómica del momento. Clara pudo así empezar a reconocer sus estados emocionales con menos miedo, ya que tenía pánico al descontrol emocional, y dándose cuenta de cuando los sentía, notando lo que le hacía daño y porqué. En este punto, se dio cuenta de que no podía enfadarse a pesar, por ejemplo, de reconocer el maltrato de la madre o de empezar a pensar en las actitudes negligentes de su padre ante este maltrato de manera más crítica, porque no les quería “*odiar*”. Se diferenció por tanto, el estar enfadado del odiar, entendiendo el enfado como un estado que podía coexistir con el amor. El “enfadarse”, era entendido en su familia como una traición, la definición de amor, por ejemplo, había sido construida a merced de las necesidades de la madre, e incluía

la obligación y el sometimiento. La redefinición de conceptos como el amor, el odio, los valores morales, la incondicionalidad del amor, la reciprocidad... fue un proceso que se llevó a cabo para desmontar y redefinir la heteronomía constrictiva.

El proceso de definir el trato recibido resultó muy doloroso para ella, pero fue fundamental para iniciar la salida de la culpa neurótica. Clara decidió romper el tabú y hablar con su abuela de su historia, así empezó a plantearse la posibilidad de que ella misma había sufrido mucho y perdió peso el argumento que la atrapaba de que su madre había sufrido más y por tanto que ella no tenía derecho a quejarse. Podía reconocer que no había hecho nada malo y aunque seguían sintiendo la culpa, esta empezaba a adquirir un carácter egodistónico.

En la supervisión se comentó la múltiple sintomatología de Clara, identificando los rasgos obsesivos y los fóbicos relacionados con la heteronomía, así como los rasgos dependientes de la socionomía vinculante. Clara se encontraba atrapada en un vínculo por chantaje que la empujaba a someterse a una normativa externa para no ser la traidora o la mala (heteronomía) y del que no podía alejarse por el miedo que le suponía perderlo (socionomía vinculante dependiente). Era ya consciente de que “*compraba*” a su familia, pero no identificaba como irresoluble su conflicto entre reparar su familia y hacer su vida; de hecho, centrarse en su familia era una manera de “*existir para alguien*” y por ello tenía que “*ser una buena hija*”.

Se planteó el tema de la bipolaridad entre constructos ya que una vez definidos los comportamientos de sus padres, a Clara se le planteaba el dilema de que ya no podía ver a su madre como “*buena*”, pero no quería verla como “*mala*”. Por ello se recordó también la idoneidad de ir animando a Clara a ser objetiva por lo que refiere al significado de “*ser mala*”, insistiendo en que esta era una valoración interesada de su madre, que al intentar hacerla suya, la atrapaba a ella en esta situación de vínculo por chantaje. El trabajo de Clara tenía que centrarse también en el poder entender o comprender los motivos de los demás por sí misma y no en aceptarlos o someterse simplemente, por obediencia a un sistema de valores impuesto.

En la sesión anterior se había planteado la relatividad de estos términos por lo que a ella refería, y aunque reconocía ahora su falta de culpa, se daba cuenta de que seguía sometiéndose para evitar las consecuencias negativas de los dramas, montados por la madre, a su padre y a su hermano, que con ello seguía “*toda la cadena de locura*” y que acababa siendo una situación “*fatal*” para ella.

En este punto, el supervisor propuso plantear a Clara el Triángulo Dramático enfatizando la necesidad de que entendiera la estructura del mismo para verse a sí misma en el juego. Explicó que Clara ocupaba el rol de Salvadora a pesar de que nunca podría salvar a su familia, a pesar de no encontrarse en un nivel superior ni tener el poder para ello. Se comportaba como Quijote con los molinos de viento y como él, se quedaba destrozada después de la batalla. La madre, por su parte, era la Víctima, y por lo tanto la que dominaba el juego, desde la posición de víctima

hacia de perseguidora con toda la artillería: humillaciones, descalificaciones, insultos, culpabilizaciones, deslegitimando sus emociones... Clara era la eterna Salvadora, huyendo de ser considerada Perseguidora, hasta el punto de sentirse una traidora de la familia desde el momento en que hacía algo para ella misma.

Después de plantear a Clara el Triángulo Dramático, explicando cada uno de los roles y ejemplificándolos con situaciones de su historia, se dio cuenta de las muchas veces que se había regulado como Salvadora, pero también reafirmaba una nueva manera de percibir a su madre, esta vez más desde las intenciones que ésta tenía que desde la justificación de sus actos. A Clara le pareció muy interesante, se reconocía a sí misma en muchas situaciones de su vida y decidió hacer cambios, por ejemplo no llamarla tanto a pesar de que exigía que se la llamara cada día, porque reconocía que no tenía ganas ni dinero. Sabía que se sentiría culpable pero quería *“ignorar un poco esa culpa, que es de la comida de olla que me hizo mi madre.”* Se dio cuenta de que uno de los motivos por los que se sometía, era que al menos sentía que ella tenía una utilidad, *“está aburrida y al menos la entretengo”*. Le resulta muy duro, pero es ahora cuando reconoce plenamente el maltrato y empieza a sentir rabia las veces que se somete y recibe desconsideración.

Al empezar a no regularse solo por la culpa, a poder redefinir y comprender sus acciones y las de los demás, y sobre todo al escucharse a sí misma, Clara empezó a hacer cambios en sus relaciones. Aunque seguía sintiéndose responsable de los enfados pueriles de su madre con sus hermanos Charlotte y Pierre, y se interponía en los conflictos para suavizar la falta de asertividad de su madre, había empezado a tener una actitud más autónoma: por un lado recuperó la relación con sus tías y tío maternos, a escondidas de la familia nuclear ya que la madre lo había prohibido; por otro, en sus relaciones sociales cambió su posición de amiga entregada y dejó de regularse exclusivamente de manera oblativa. Incluso se distanció de una amiga a la que había tenido pánico de perder y que ahora sentía que le tomaba el pelo: *“Con el miedo que tenía yo al abandono. Al final me ha dado patada en el culo y ya está”*. Explica que siente que ahora se empieza a salvar sola.

Ante el conflicto entre la madre y sus tíos, empezó a atreverse a expresarle a su madre una opinión diferente desde la heteronomía: *“tendrías que invitar a tus hermanas, es Navidad”*, aunque no se atrevía desde la anomía: *“Mamá, voy a visitar a mi tía porque quiero.”* Al fin y al cabo, el resultado por parte de la madre sería el mismo en los dos casos: terrible drama e insultos. La diferencia estaba en la culpa, que no sentía tanto cuando se apoyaba en una estructura heteronómica, y que la aplastaba cuando se atrevía a pensar en una regulación anómica. En cierto modo, la asimetría deficitaria de la relación con la madre, pasa a convertirse en simetría deficitaria, apareciendo estas luchas por el poder en algunos momentos.

Se sentía nerviosa pero tenía *“ganas de salir del triángulo”*, incluso tenía más ganas de pasar la Navidad en Francia. Explicó que le había permitido entender más lo que pasaba y que quería investigarlo in situ. El miedo que sentía al estar con su

familia se reducía y aparecían la curiosidad, la exploración incluso el entusiasmo por analizar la situación. Decidió pasar la mayoría de días en casa de tía Charlotte, “*para protegerme*”, desligándose de la obligación impuesta de estar con su familia. (Con anterioridad, había abdicado ante condiciones bizarras cuando cumplía la obligación de visitar a sus padres, como no poder tener las maletas en su habitación y bajar cada mañana en pijama y zapatillas a buscar la ropa). Tenía miedo de “*no hacerlo bien*”, cosa que se reformula, normalizando la dificultad de cambiar y resituando este cambio en un proceso personal de mantener una regulación autónoma, entendiéndolo también como un proceso de aprendizaje con sus errores absolutamente necesarios.

Al regresar del viaje a Francia explicó que el triángulo había supuesto para ella una revelación, estaba muy contenta y se sorprendía de su repentina intolerancia a las faltas de respeto de su madre, de que le saliera “*natural, sin tener que pensar*”: Decidió que ya no quería ser su víctima, y que el sufrimiento no justificaba el maltrato. “*Y bueno, la he visto como un individuo cualquiera, sobre todo viendo que se podía permitir el tratarme así. ¿No? ¡No he hecho nada malo!*”

La ansiedad de la culpa neurótica se había reducido, pero seguía sin pasar por el duelo de reconocer sus propios límites y aceptar que la salvación de la familia no estaba en sus manos. Por otro lado, la culpa y la pena que sentía Clara se retroalimentaban mutuamente: una vez entendida la culpa neurótica, aparecía la pena para ocupar su lugar de iniciadora de la regulación, oblativa esta vez, que volvía a Clara otra vez a la posición de sumisión para el bien de su familia. Había dejado de tolerar el rol de Perseguidor, pero se daba cuenta que seguía atrapada cuando aparecía una Víctima en el escenario.

Clara se sentía mejor, la sintomatología se había reducido notablemente y abandonó la terapia por segunda vez. No obstante, decidí supervisar la evolución del caso ya que, al no conseguir integrar la anomía y la heteronomía y seguir en el atrapamiento (culpa), la mejoría de los síntomas hacía que se sintiera más fuerte para poder regularse con su familia de manera oblativa y sumisa: cuidando y sometién-dose para ello. El proceso de entender la culpa neurótica, crear sus propios valores y reconocer y aceptar sus límites, no había acabado.

Por otro lado, yo necesitaba entender más las dificultades que tenía Clara para deshacerse de esta culpa, ya que los intentos en terapia de promover el diálogo entre el “tengo que” y el “no puedo” perdían eficacia en cuando se presentaba una posible Víctima. En este sentido, le molestaba mucho “*haber caído en un triángulo*” y por esto expliqué el episodio en la supervisión:

Por Navidad regala a su padre un par de chaquetas ya que su madre “*le tiene vestido como un mendigo*.” La madre dice que las cambiará porque no son su talla, las devuelve, y el último día, cuando Clara está ya en el coche, le devuelve el dinero, que ella no quiere aceptar. Se da una pequeña discusión: “*Toma tu dinero, que estás en el paro*”, “*No, no quiero el dinero, que es*

el regalo de papá". Al final, la madre le tira el dinero por la ventanilla abierta. Clara se siente "*tan culpable*" que no puede tocar el dinero del asiento de atrás porqué se siente en deuda con su padre, "*el pobre*".

El supervisor sugirió aquí plantearle la diferencia entre la pareja conyugal y la parental. Clara se situaba en medio de la pareja conyugal, haciendo un salto generacional hacia arriba, rompiendo la estructura y generando una perturbación en la relación de marido y mujer. No hacía un regalo de Navidad a su padre, le compraba ropa porque la madre no le cuidaba y la madre rechazaba este gesto porque era ella, la mujer del marido. No veía la relación conyugal entre sus padres, que eligen ellos, sino que los concebía únicamente como sus padres. Presentarle estos límites la ayudaría a salir del aglutinamiento familiar y diferenciarse.

Por otro lado, el enganche familiar de Clara era tal, que la problemática que aparecía en las sesiones era casi exclusivamente sobre la madre. El supervisor remarcó en este punto que no se trataba solo de situaciones concretas, sino de cómo era la dinámica relacional y aconsejó no personalizar con la madre sino en función de los roles: necesitaba primero entender el yo para después posicionarse en el yo. El estado de atrapamiento en el que se encontraba y del que se quería liberar centraba el discurso de Clara en los problemas con la madre, ya que eran el origen; pero la dinámica relacional y su posicionamiento se daba con los otros miembros de la familia y también con sus amistades y parejas.

En la supervisión, comentamos con los compañeros cómo Clara hacía cambios a nivel funcional, pero eran más difíciles a nivel de vinculación emocional. Ya que todavía no había cambiado la construcción que tenía de sí misma en la dinámica familiar, se aclaró que sentía una deuda porque entendía que tenía una deuda, y por tanto, la vinculación se basaba en retornar esa deuda. Empezaba a validar su anomía y a reconocer sus emociones, legitimándolas ante las situaciones, pero sus creencias de deuda y obligación de entrega eran básicamente las mismas. Era necesario cambiar la perspectiva totalmente, revelar el chantaje emocional de la madre y que por sus frustraciones o los motivos que fuesen, la había supeditado a ella y ella había aceptado este rol. Clara tenía que entender que su madre no era desgraciada por tenerles a ellos, como tantas veces les había reprochado, era desgraciada porque los tuvo sin pensar en lo que hacía, o sin saber, o por los motivos que tuviese; pero la hija no tenía que ver con los motivos de la madre. Esta obligación de responsabilizarse de la vida de los demás relegaba la suya propia un segundo plano, encontrándose en una atmósfera familiar en la que nadie se responsabilizaba de sí mismo y los problemas seguían sin resolverse.

El supervisor puso el ejemplo de la Biblia, cuando dice que los pecados de los padres se pagan hasta la séptima generación, metáfora para describir la transmisión de deudas familiares, de reparaciones, que vienen de muy atrás y en las que la persona se encuentra atrapada. Uno va arrastrando los problemas anteriores a él mismo: se quiere redimir al padre o a la madre, los cuales a su vez tienen que redimir

a los suyos y así sucesivamente sin que la redención llegue a su fin. *Si mi historia se basa en solucionar los problemas pasados de los demás, no hay yo en mi historia*, la historia es la de mi madre, que tiene que ver con la historia de mi abuelo, que su vez tiene que ver con la del bisabuelo... El camino hacia la autonomía no se hace volviendo atrás de forma anameteica. Alguien tendrá que romper con esta deuda arcaica, hacer un acto liberador y decir: *Se acabó la historia*.

Explicando esto, el supervisor pone el ejemplo de una paciente empecinada en convertir a sus padres: *“Si mis padres podrían estar bien si aceptaran esto y aquello”*, que después de haber rezado a Dios toda su vida para que llegaran a estar bien, tuvo una crisis de fe cuando el padre murió sin haber podido ser salvado. Esta paciente tuvo que pasar esta crisis, aceptar que Dios no interfería, y pasar también la crisis de aceptar que su misión de salvadora tampoco sería efectiva. Al final, la paciente se preguntaba: *“Bien. ¿Y yo quien soy? Pues yo tengo que hacerme cargo de mi, tengo que vivir mi vida”*. La terapia supuso un cambio hacia la autonomía, pero a través de un proceso de duelo muy duro.

De hecho, Clara se movilizaba más ahora por la pena, intentaba reparar para no sentir esa pena y entrar en el proceso de duelo. Era necesario que se diferenciase de la situación, así como que entendiera qué era esa pena, cuál era su porqué y su sentido, reconociendo y aceptando sus límites: no podía hacer nada para sacar a sus padres de la vida que se habían ido construyendo.

Otra cuestión de la supervisión se relacionaba con el hecho que la familia de Clara tenía una ideología propuesta por la madre en la que se consideraban poseedores de valores superiores a los demás. (El reconocer que esos valores familiares no eran tan buenos, ni mucho menos *mejores* que los de los demás, había supuesto todo un recorrido en la terapia.) Por otro lado, una de las preocupaciones más importantes de Clara en sus relaciones, era el quedar bien, el estar bien considerada por los demás. Muchas de sus acciones oblativas, las hacía *“para que me quieran”*, pero también *“para que piensen: Clara es súper buena persona”*, o *“¡Que guay que es Clara!”*. Me preguntaba cuales podían ser las consecuencias en la regulación de Clara como consecuencia de esa creencia familiar y en qué consistía la relación entre narcisismo, perfeccionismo y los trastornos obsesivos. El supervisor aclaró que el perfeccionismo sería una forma de mantener el narcisismo. En los trastornos obsesivos (duda, inseguridad, culpa...) se trataría de un narcisismo meritocrático, en el que se ha pasado de la posición egocentrada (característica del narcisismo primario) a la posición alocentrada (característica de la heteronomía). Como la persona considera que su valor no está en si mismo, que carece de valor ontológico, busca un valor axiológico, así que para mantener su autoestima, su valor, necesita asegurarse de que no tiene defectos. Por ello, a diferencia del primario, el narcisista meritocrático se define en negativo: *no tengo que tener defectos, si tengo defectos soy horroroso, si le caigo mal a alguien soy un desastre...* Tiene que esforzarse muchísimo para tener, siempre está mirando de no

cometer ningún error, para no sentirse culpable. Al no tener un referente interno, tiene que estar haciéndose valer continuamente.

El referente en estos casos no es el deseo sino “*lo que tiene que ser*” heteronómico, el alocentrismo es impersonal. Lo impersonal es aquello que tiene que ser y pasa por encima de lo interpersonal: *Amicus Plato, sed magis amica veritas* (“*Platón es mi amigo, pero todavía más amiga es la verdad*”); la verdad, que es algo impersonal en sí mismo, pasa por encima de la amistad, la justicia pasa por encima de la amistad, es decir, todo aquello que tiene un valor intrínseco, pasa por encima de... Esto les impide muchas veces el ser empáticos, ya que la empatía, pertenece a la sionomía y al alocentrismo interpersonal que no ha sido integrado: en caso de conflicto primero es “*lo que tiene que ser*”, o dificulta también la integración de la heteronomía y la anomía, que se pueden encontrar disociadas.

En esta supervisión, y otra vez gracias a las preguntas de los compañeros, se profundizó en el significado de la regulación egocéntrica. La regulación egocéntrica significa que, en una operación mental yo veo el mundo desde mí, y no puedo ver el mundo desde “lo otro”. La posición egocéntrica no ha tocado con los límites, el único referente es sí mismo: cuando quiere algo, tiene un valor mientras lo quiere, porque cuando deja de quererlo ya no tiene valor. No reconoce el valor de la cosa en sí. No existe “lo otro”, porque existir lo otro significa que yo tengo que admitir una perspectiva ajena. Si admito que las cosas tienen un valor por sí mismas, quiere decir que no dependen de mí, entonces tengo que reconocer la diferencia entre yo y las cosas, entre yo y los otros, y esto conlleva una actitud de respeto. En las relaciones interpersonales también ocurre, cuando no se admite que el otro tiene un valor por sí mismo, se tiende a abusar del otro. Esta aclaración, más adelante, resultó muy útil en la terapia de Clara, ya que le permitió comprender la regulación de su madre o de su hermano, cosa que la ayudó a diferenciarse y a dejar de asumir lo que sería responsabilidad de ellos.

También advirtió de la doble actitud en la posición de Clara en la triangulación con los padres, por un lado la heteronómica con este narcisismo meritocrático y por otro la sionómica, existiendo también una disposición oblativa.

Tercera fase (10 sesiones realizadas)

Clara volvió a terapia en abril de 2011 y realizamos 10 sesiones más antes de que dejara la terapia. Había dado evidentes pasos atrás en su estado y su regulación. Su abuela, con quien había recuperado la relación, murió después de un año de enfermedad en el que Clara había viajado cada fin de semana a cuidarla, y también había muerto, repentinamente, su primer novio Marcel, de un ataque al corazón. Ambos duelos no habían sido elaborados en absoluto, incluso reprimió el llanto por que tenía “*miedo de caer en depresión*”.

Durante el funeral de su abuela se habían destapado muchas de las mentiras de la madre, cosa que puso en contra de esta a la familia extensa, provocando un

conflicto digno de telenovela, con desmayos incluidos, que resultó fatal para Clara:

“Ahora estamos en un momento que yo y mi hermano no podemos hablar con nadie más, tenemos que estar del lado de mi madre, llamarla cada día y eso... Yo estoy que me muero cada día tres veces, y si abro un paquete de galletas, tengo que tirarlo. Mi hermano total, ha caído en una depresión muy grande, lo van a ingresar.”

Clara se había vuelto a someter, al principio por el bien de la abuela y después por que se dejó arrastrar por las circunstancias y las órdenes de la madre. Por este sometimiento no pudo elaborar ninguno de los dos duelos: por la abuela “*no tenía derecho*”, y como Marcel no había sido aceptado por la familia, no se permitía el llorarle.

La muerte de Marcel despertó en ella un fuerte sentimiento de culpa, pero esta vez por haberle provocado “*tanto dolor*” por el enganche con su familia mientras eran novios. La atormentaba el recuerdo de sí misma en esa relación comportándose como su madre, montando dramas, exigiendo, y Marcel siendo como su padre: aguantando. Se arrepentía de haberle dejado por Théo, porque estaba harta entonces de que culparan a su familia, prefirió engañarle y que la culparan a ella de adúltera. Se sentía estúpida porque tenía entonces una vaga esperanza de que si rompía con la familia de Marcel, la suya la perdonaría y la aceptaría de nuevo. Sentía que todo ese tiempo que había estado manipulada, estaba equivocada, que sus errores los había pagado Marcel y ahora no había posibilidad de reparar, ni siquiera de pedir disculpas.

Esto la obligó a contactar con los límites, no solo de la muerte en sí, sino de la pérdida de la posibilidad de reparar el daño cometido. Clara tuvo que hacer el paso a la culpa moral en unas condiciones muy duras, pero lo hizo. Era necesario que se comprendiera a sí misma en esa situación, ya que era ella la que no podía perdonarse en primer lugar. Que se comprendiera a sí misma en esas circunstancias pasadas, en las que no podía relacionarse desde una socionomía sana, pues el ejemplo que había recibido de su familia no reflejaba una interacción entre sujetos autónomos que se responsabilizaran de sus necesidades o estados emocionales y respetasen los de los demás, sino que se entendía el amor como una entrega total y unidireccional. Tuvo que aceptar los errores en su vida, valorando que ante la imposibilidad de reparar el daño, tenía al menos la posibilidad de no repetirlo. De hecho, con su pareja actual, Clara decidió construir la relación de manera muy diferente, por primera vez le cuenta sus problemas familiares y su novio resulta un apoyo para ella más que un peligro para la cohesión familiar.

Hubo otro límite importante que estas muertes plantearon a Clara: se había sometido a su madre con el conflicto familiar, pero ahora sentía enfado con ella por no haberla apoyado en absoluto con la muerte de Marcel o de la abuela. Era la primera vez que Clara explicitaba en terapia la esperada reciprocidad a un nivel concreto, qué esperaba, como lo esperaba y por qué lo esperaba: que su madre la

apoyara con su duelo, porque ella la había apoyado con su rabieta contra sus tíos Charlotte y Pierre. Se encontraba en el inicio del doloroso proceso de aceptar que su sometimiento no había servido de nada y que quizás nunca recibiría el amparo que esperaba de su familia.

En la segunda sesión, reformula la demanda:

“Voy a sentirme culpable, voy a estar en medio de una ruptura familiar que no tiene ningún sentido. No podemos cambiar la gente, pero nosotros podemos cambiar. Es lo que espero yo en esta psicoterapia también, aprender a manejar esto siendo yo misma. Y mejorar mi estado general, siempre con esta dualidad de “quiero esto pero no lo soy, así que me muero de un infarto”...Y además este vacío, me doy cuenta que al final, por cobardía, lo he ido llenando con mi familia: voy a cuidar de mi familia, “ahora que estoy bien, voy a conducir a Francia, voy a hacer tal, tal...” Y estaba tan contenta de que pudiera conducir... ¿Recuerdas? A veces me río mucho, de cuando tenía miedo de perder la vista. Pero de verme así, pues, me he dicho, este vacío, pues esto me lo va a llenar, me va a hacer sentir mejor, fuerte y no sé qué y ha sido una tontería, porque no he aprovechado este vacío para llenarlo de algo de mí, algo que me gusta, que me sea mejor. Y me he ido corriendo a salvar...”

Normalizar y legitimar la tristeza resultó esencial. Las invalidaciones que había recibido Clara hacia sus emociones de malestar a lo largo de su vida, junto con el terror a que pudiese repetirse el episodio en que su madre se la llevó a casa cuando tuvo depresión y allí la maltrató sin piedad cual árbol caído, se encontraban en la raíz de este miedo a la tristeza y su consecuente falta de elaboración del duelo. Por ello se profundizó en este momento de duelo en el continuo trabajo de validar la anomía, como su necesidad de recordar, de llorar y de despedirse, legitimando sus ganas de estar sola, o con personas que la pudiesen acompañar en ese duelo, incluso las ganas de evitar a personas que por lo que fuera, no le apetecía ver en esos momentos. Por ello se le explicó en qué consiste un duelo y el sentido del ritual social del funeral, así como que la tristeza es una emoción natural y en cierto modo necesaria ante cualquier pérdida, y que es a través de esta tristeza que se puede elaborar la pérdida para reconstruir la vida después del duelo. Entender que *“estar triste no es estar enfermo”*, ayudó a Clara a poder pasar esos duelos, visitando la familia de Marcel y llorando con ellos, encontrándose con amigos comunes para recordarle, todo ello con una serenidad que a ella misma la sorprendía:

He llorado mucho Lluïsa, pero estoy bien. ¿Te lo puedes creer? Le hemos hecho un funeral, así con amigos, hemos hablado de él y ha sido muy bonito. (...) Es que me he dado cuenta de que cuando supe que la abuela moriría, me puse a pensar en mí, en como reaccionaria yo ante la muerte, en el miedo que me dan esas cosas como que la sangre deja de circular, el corazón se para y eso. Lo enfocaba sobre mi cuerpo, mi paranoia, en vez

de pensar: “Voy a estar triste, no voy a tener a mi abuela.”

Plantear la relación con su familia en términos transaccionales fue de gran utilidad, el tener un referente externo con sentido le ayudó a entender el carácter impuesto de su heteronomía. Dada esta heteronomía impuesta, fueron muchas las resignificaciones que se trataron en terapia: el amor, el odio, el altruismo, el bien y el mal,... una de las más importantes fue la diferenciación entre traicionar y desobedecer. Clara sentía que traicionaba a su madre, aunque no se había comprometido con nada y se limitaba a obedecer unas órdenes: como *“no habléis con ninguno de los tíos”*, así que se le planteó la diferencia entre traicionar y desobedecer. Este tipo de intervenciones, aparte de resultarle liberadoras, ayudaron a Clara a entender también lo que ella estaba haciendo y porque lo hacía: no había ningún trato con su madre y ella se sometía para conseguir algo de amor o reconocimiento. Así, poco a poco, pudo empezar a deshacerse de los valores impuestos, y crear unos propios determinados a partir de sus consideraciones, del desarrollo de una ética, no de la imposición de unas normas. Empezó a distanciarse de la alianza forzada con su madre, teniendo opiniones y valoraciones propias, y fue reafirmando su derecho a relacionarse con quien quisiera. Este salir al ágora familiar fue fundamental: su tía Charlotte resultó ser una gran validadora en su proceso de diferenciación.

Y es que, por ejemplo, por lo que se refería a su madre, Clara se identificaba como *“su hija”*, y se hizo la devolución de que parecía ser *“su hija”* en un sentido de propiedad. Cuando le pregunté si este *“ser su hija”* significaba ser la *“niñita de mamá”*, el *“ojito derecho”*, dijo que no riéndose. En su proceso de diferenciación, Clara vio que no era una esclava que tenía que obedecer, y tuvo que aceptar que nunca sería esa *“niñita de mamá”*, con lo que le quedaba la opción de ser ella a través de ella y refiriéndose a ella. Diferenciarse fue esencial, ya que se sentía con la responsabilidad de todo lo que hacían sus padres, para ello fue necesario pasar por el duelo de aceptar que no podría cambiar a su familia, y reconocer y aceptar sus límites; pero también hubo una parte de responsabilizarse de su vida y entender que los demás podían y debían hacer lo propio, y sobre todo entender el dolor como necesario para el cambio, también el de los demás.

Clara fue entendiendo poco a poco el sentido del síntoma, por ejemplo, identificó que las obsesiones crecían cuando se sometía para conseguir algo que ella quería, básicamente amor, reconocimiento y sobre todo, no ser considerada *“la mala”*. Esto le permitió mejorar positivamente el concepto que tenía de sí misma, el síntoma dejaba de ser una demostración de su incapacidad, o de su *“locura”* y podía ser entendido como un intento de mantener el status quo, de mantener algún tipo de relación afectiva con su familia así como de evitar una valoración externa de sí misma negativa.

En esta última fase de terapia, hablando de la culpa y la pena que sentía por su madre y la consecuente responsabilidad con ella, apareció el miedo que sentía Clara ante la *“locura”* de su madre, entendiéndola como una enfermedad incurable de la

que ella tenía que responsabilizarse. En ese momento, y tal como avisó el supervisor en la primera supervisión, se le explicó que el problema de su madre no era una enfermedad en sí y se aprovechó para hacer un trabajo de comprensión del problema de la madre a la luz de la Teoría del Desarrollo Moral (Villegas, 2011). Clara identificó la regulación predominantemente anómica, y se explicó la probable invención de una heteronomía al servicio de esta anomalía, y el haber conseguido un núcleo familiar aislado del exterior que mantenía esa regulación. Su madre no había integrado la socomonía que Clara había descubierto con la terapia: el reconocer y respetar los otros egos, que también sufren, sienten y desean; la capacidad de querer con benevolencia o de cuidar incondicionalmente; ni tocaba la autonomía, aceptando los propios límites y respetando los de los demás. Se le planteó el ejemplo de que ante el conflicto que había creado la madre con su hermana Charlotte, para solucionarlo, podría pedir disculpas, reconocer que se había equivocado y quizás dar explicaciones por lo que había hecho y no estaría “*tan sola*”. Pero como Clara reconocía, su madre no hacía las paces con su hermana Charlotte “*por orgullo*”.

Clara empezó a “*posicionarse diferente*”, pero no solo con su madre: ahora reconocía que se había sometido también a su hermano, buscando amor y por el miedo que le tenía, ignorando por ello sus necesidades. Desvictimizó al padre, reconociendo las negligencias que éste había cometido con ella en su infancia, (ya que este hubiese tenido el apoyo familiar para separarse de su madre y sacar a los hijos de esa situación), responsabilizándole a él de su vida y liberándose ella de esta responsabilización.

En la penúltima sesión, Clara hace el siguiente resumen de la situación:

“Ahora no tengo TOC, pero tengo angustia. (...) Las angustias vienen más del miedo a perder a mis padres. Pero me estoy preparando para que nuestra relación se rompa. (...) Ahora a eso no quiero volver. De verdad, estoy pensando en todo aquello y prefiero no verlos nunca más. A veces, huir es la única opción que te queda, cuando no te puedes proteger ni salvar. Mi madre no va a cambiar, y no creo que pueda aceptar mis cambios. Me voy preparando. Si hace falta no los veo nunca más, con tal de no volver a eso, es la única salida. Quiero aprender a vivir conmigo misma. Tengo miedo a morir sola, pero es que todos estamos solos, y esto me da mucho miedo, estar sola, ser ahí, un individuo, y me da miedo morir sola, y todo esto, pero quiero estar bien conmigo misma y hacer mi camino, pase lo que pase. “Avec les pieds sur terre”. Estar conectada, conmigo misma y con la realidad, con los pies en el suelo. Si el precio que he de pagar es distanciarme así con mis padres, pues mira. (...). Y creo que ahora me estoy posicionando en esta familia como una adulta, que nunca fui, lo máximo que he hecho es ponerme como una adolescente que he sido. ¿Sabes? Que siempre me quedé donde me habían dejado: viendo como si todavía me tuviesen que perdonar todo lo que he hecho y tal, que tengo que

portarme súper bien y seguir esos valores, incluso se suponía que tenía que inculcarlos a mis hijos. (ríe) Y creo que además me estoy dando cuenta que estoy como una adulta. Y que si estoy mal, pues estoy sola también. Y bueno, sola pues también puedo.”

“Si, además estoy súper contenta. Es que me ha ayudado, bueno, a abrir los ojos y, es que ya me daba cuenta de todo esto, de toda esta locura, pero al poder hablarlo, y de poder... posicionarme. Si. Porque esto era imposible... estaba dominada por mi madre y mi hermano. Y ahora ya no. No sé. Todavía tengo esta sensación, les tengo un poco de miedo y tal, pero ahora sé que bueno, puedo hacerle frente, que si no quiero llamarles, no les llamo. Que si no estoy en un buen día, no estoy en un buen día, y no estoy allí... Y si tengo algo que decir, se lo diré también, si se ha pasado de la raya.”

En la última sesión Clara intenta recordar los rituales obsesivos que estaba llevando a cabo y se da cuenta que hace unas semanas que no los realiza. También ha desaparecido su preocupación hipocondríaca. *“Con la agorafobia voy poco a poco. Ahora, cuando voy en bus, pienso en lo que voy hacer cuando llegue a casa, en lo que me apetecerá hacer. Y bueno, poco a poco me voy sintiendo mejor. Ya no tengo preocupaciones por mi salud o mi cuerpo, eso era lo más duro, lo más angustiioso. Tener un pinchazo en el corazón y pensarme que me moría. Ahora me río de lo que pensaba.”*

Evaluación del proceso

Clara se desprendió notablemente de la heteronomía impuesta y consiguió empezar a crear una heteronomía impersonal, útil y sobre todo realista, que le permitía un dialogo con su recuperada anomía, sus deseos y necesidades. La integración de la heteronomía le supuso un desarrollo de sus habilidades de acción sobre el mundo, saliendo tanto de la reclusión en su cuerpo, de la hipocondría, como de la instalación en la duda de la obsesión.

La socionomía se desligaba de la obligación: *“tengo que querer”*, liberándose de la heteronomía que la pervertía. Con ello, la socionomía se purifica, convirtiéndose en una regulación que permite relacionarse con los demás, sin la contaminación de la obligación o del *“quedar bien”*. Consiguió deshacerse del referente externo, para construirse un referente interno. Pero para ello tuvo que darse cuenta de que su amor no era incondicional, sino que quería *“para que la quisieran”*. Entender el aspecto meritocrático de su comportamiento, le resultó tan revelador como había sido el reconocer el soborno en su actitud salvadora. Esta comprensión y la aceptación de sus limitaciones fueron esenciales en su proceso de autonomía. El tocar con la humildad le resultó liberador, ya que desvanecía la fuerza de la obligación y su robo de grados de libertad.

A lo largo de su vida Clara había podido ser libre cuando se había encontrado

en situaciones en las que la heteronomía no la constreñía a que se leen la que se la “ma para ella, rse de la culpa, le molestaba mucho no poder ibertad se conquista a cada momento: con su tía Charlotte en su infancia, o con los padres de su amiga del instituto que la llevaban con ellos los fines de semana; gracias a éstas, la anomía no estaba del todo aniquilada, pero no podía ser libre mientras esperaba que las condiciones para que pudiera serlo se cumplieran, tenía que aprender a conquistar la libertad a cada momento, descubrir que podía luchar por ella y no esperar a que las circunstancias se la permitieran, comprometiéndose con ella misma y no con los chantajes emocionales que encontrara en su camino.

Por noticias posteriores, supe que se había casado con esta última pareja y habían tenido un hijo, también que había retomado su carrera, tanto por el trabajo como por seguir ampliando sus estudios.

El presente artículo repasa las supervisiones realizadas a lo largo del proceso de terapia en un caso de maltrato familiar, abuso psicológico y maltrato infantil. Teniendo en cuenta la Teoría del Desarrollo Moral, el crecimiento hacia la autonomía fue impedido por las carencias emocionales y morales sufridas, y fue necesario apoyar la creación de valores personales como base para el desarrollo de un referente propio.

Palabras clave: maltrato, abuso psicológico, vinculación, diferenciación.

Referencias bibliográficas

- Villegas, M (1996). El análisis de la demanda: una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26-27, 25-78.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder

LA CONSTRUCCIÓN DE LA VOLUNTAD COMO ALTERNATIVA A LA EXPERIENCIA DE ABUSO

Maria Oliveras Farrés

Col. número 15402

oliveras.farres.maria@gmail.com

This article tries to share the supervisions made following a case of therapy in childhood sexual abuse, in light of Moral Development Model. The Moral Development perspective helps to understand the transversality of a lack of volitional structure and focuses the direction of the therapy on building an own will, as reparation for abuse and its consequences.

Keywords: abuse, volitional structure, transversality, reparation.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de escribir este artículo nace de la gran ayuda que supuso para mí supervisar el caso de Mercedes con el grupo del Dr. Manuel Villegas y con la intención que pueda servir a otros profesionales. Gracias a estas supervisiones, pude acompañar a la paciente a hacer su propio proceso de integración de la experiencia traumática por haber sufrido abusos sexuales de pequeña. Pero no sólo me sirvió para facilitar el desarrollo de la terapia, sino que también me ayudó a comprender mejor las estrategias de regulación que ella necesitó utilizar y poderlo aplicar a otros casos de abuso.

A continuación, y tras una contextualización del caso, citaré las 6 sesiones de supervisión transcritas para que sea posible entender el sentido de este caso.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA DEMANDA

El proceso terapéutico de Mercedes inicia en Junio de 2008 en una consulta privada, donde realizamos sesiones semanales de una hora al principio, y progresivamente las fuimos espaciando a medida que se iba encontrando mejor.

Análisis de la demanda

Mercedes acude voluntariamente a la consulta solicitando apoyo psicológico debido a que “sufrió problemas de pequeña y desde hace un tiempo piensa en ello continuamente y llora y necesita solucionar su problema”.

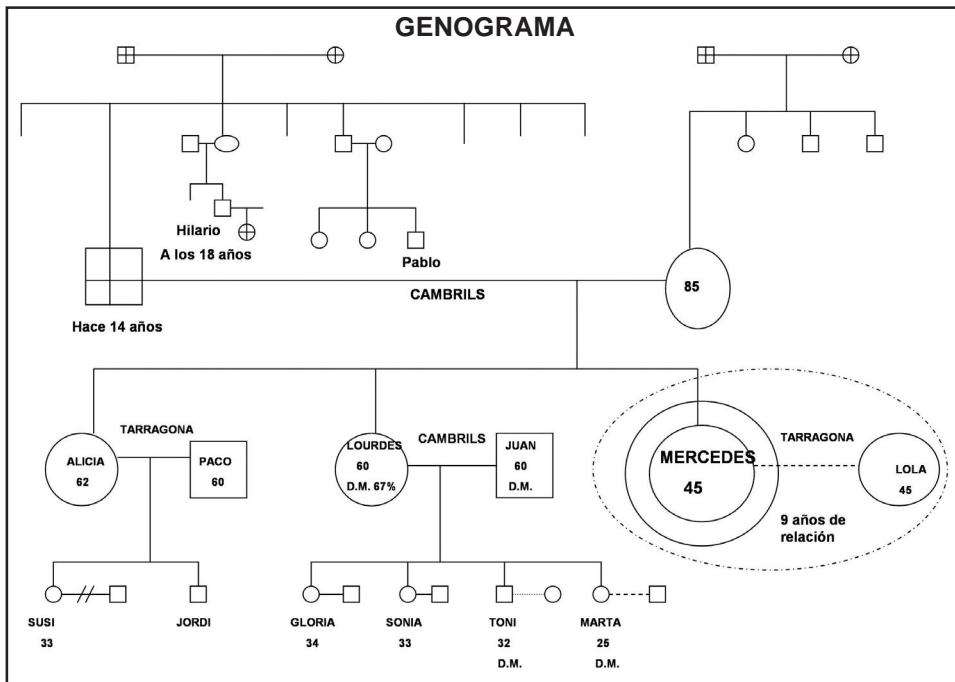
Según el análisis de la demanda propuesto por Villegas (1996) se trata de una demanda propia inespecífica, ya que es producto de una decisión de ella misma y lo que busca es apoyo y orientación para entender y hacer frente a sus problemas. Su formulación es imprecisa, pero intuye que su problema es psicológico, aunque no consigue darle una forma operativa.

Sintomatología

Al inicio del tratamiento, Mercedes presenta síntomas clínicos significativos de un cuadro obsesivo: falta de atención y concentración, dificultades de pensamiento, inquietud constante, sueño intranquilo, nerviosismo general, elevada y constante activación, molestias físicas (dolor cervical, de espalda, de cabeza...), escaso apetito y bajo peso. También refiere hipocondría, claustrofobia, miedo a los espacios grandes y abiertos, fobia a la oscuridad, pánico al agua, sensaciones de culpabilidad, bloqueos al hablar, llanto inesperado, pensamientos intrusivos a veces... Durante ocho años aproximadamente (de los 25 a los 33 años) hizo un consumo regular de tóxicos (alcohol y cocaína). Actualmente evita el consumo de cocaína; el de alcohol es muy esporádico y le hace efecto rápidamente, con gran malestar posterior. Mantiene una relación distante con la familia, con visitas esporádicas a su madre, y una relación sentimental de tipo dependiente con su pareja que le conlleva mucho sufrimiento.

GENOGRAMA E HISTORIA DE VIDA

- 4** años: Abusos de su vecino Pedro
- 6** años: Abusos de su primo Hilario, de 18 años
- 9** años: Rotura en su historia: sus hermanas se casan y se van de casa, su padre enferma gravemente, su única amiga se va de la escuela y ella se “anestesia”
- 11** años: Juega a básquet y ello se convierte en su pasión, hace “juegos compensatorios” de tocamientos con niños de la escuela, somete a una vecina que era retrasada
- 12** años: Se enamora perdidamente de Carme, por quien sentía “fascinación”, sin entenderse
- 13** años: Queda “hipnotizada” por Cristina y eso la confunde muchísimo y la hace sufrir. Vive una adolescencia “desagradable”, sin adaptarse demasiado
- 17** años: Se aísla socialmente y toma conciencia de su homosexualidad
- 18** años: Prohibición paterna de ver a la chica que le gustaba, decide “romper con su familia” y entra en “el ambiente”. Mantiene relaciones con una chica. Empieza a estudiar diseño.



- 20 años: Deja el básquet y el diseño y decide tomarse un “año sabático”.
- 21 años: Entra en una relación tortuosa con una chica 10 años mayor que ella y empieza a trabajar con ella, inicia el consumo de cocaína, al principio puntualmente pero luego de forma asidua
- 26 años: Sufre una grave crisis vital: las drogas le provocan síntomas desagradables, su pareja la engaña con otra, se lo niega repetidas veces y aún así Mercedes la perdona, la despiden del trabajo, finalmente su pareja rompe con ella
- 28 años: Trabaja en bar de copas. Consumo de cocaína y trafica para amigos, sale con una chica de 17 años
- 30 años: Viendo una película recuerda los abusos sufridos en su infancia, pero no lo cuenta a nadie
- 36 años: Conoce a su actual pareja y a los 3 meses van a vivir juntas. Al poco tiempo, su pareja le propone montarse un bar y lo abren en poco tiempo
- 43 años: Un día se queda a solas con una vecinita en el restaurante y siente pánico. A partir de aquí el tema de los abusos se le vuelve obsesivo. Decide iniciar terapia.

METODOLOGÍA TERAPÉUTICA Y SUPERVISIONES CLÍNICAS

Durante el proceso de terapia de 2 años con Mercedes he tenido la ocasión de poder supervisar su caso en 6 ocasiones, dentro del marco conceptual del modelo

del desarrollo moral (Villegas, 2011). A continuación, iré contextualizando el proceso y sintetizaré el significado extraído de cada una de las supervisiones, para que se entienda la evolución del caso y el desarrollo de las sesiones.

Junio 2008 (3 sesiones realizadas):

En esta ocasión, estando aún en la fase de acogida y exploración, empezaba a conocer el motivo de la demanda de Mercedes y algunos aspectos de su historia, que me ayudaban a comprender su conflicto interno:

“De pequeña tuve problemas y como en este último año el trabajo ya me va mejor, supongo que tengo la cabeza más despejada; no es que quiera. Vamos, que me empecé a recordar de todo este tema (abuso), prácticamente a diario, y fatal. Y luego me di cuenta de que necesitaba que alguien me explicara un poco cómo me ha afectado esto, que yo no soy capaz de saberlo”.

Los dos temas centrales que Mercedes expresa son el abuso sufrido en la infancia y su gran sentimiento de culpa. En este momento es cuando decidí supervisar el caso para comprender mejor la relación entre estas dos vivencias.

Lo primero que se diferenció fue la connotación semántica del término “abuso sexual”. “Sexual” es el adjetivo, pero no da información del impacto psicológico del abuso. La mayoría de la gente nos centramos en el adjetivo, pero lo fundamental del abuso no es que sea “sexual”, “laboral”, etc.; es el ABUSO, el sustantivo. Si se tratase de abuso con violencia, es una violación.

Lo realmente destructivo para la persona es la vivencia del “abuso”, entendido como un aprovecharse de otro en una relación asimétrica, de poder. Esta experiencia invalida a la persona, ya que no es ella misma quien determina o decide qué quiere o no quiere hacer. Esta imposibilidad de hacerse responsable lleva a un sentimiento de culpa.

También aquí fue clave que se revelara la diferencia entre lo que es **culpa moral** y lo que es **culpa neurótica**:

- La “culpa moral” es la “culpa del SÍ”, la culpa derivada del reconocimiento de una carencia moral, es decir, *“me doy cuenta del daño cometido, no lo quiero volver a hacer, pido perdón, intento reparar el daño y me hago responsable de mis actos”*. La culpa moral, pues, es reconciliadora y responsable.
- La “culpa neurótica”, en cambio, es la “culpa del NO”, ya que en muchas ocasiones no se ha cometido ningún daño. Es el miedo al castigo por un incumplimiento moral, muchas veces sin ni siquiera entenderlo. La culpa neurótica no lleva a la responsabilidad sino que lleva a la ansiedad. Es necesario pasar de la culpa neurótica a la culpa moral, como parte del pasaje hacia la autonomía: *“De acuerdo, ya está hecho. Dime cuál es el daño que has hecho, arrepíentete y luego miremos de hacer algo para*

reconciliarlo”.

Fue clave para Mercedes, pues, poder llamar a cada cosa por su nombre y pasar de la culpa neurótica a culpa moral, para transformar ese sentimiento angustiante en el inicio de la construcción de su voluntad.

Octubre 2008 (14 sesiones realizadas):

En este tiempo fuimos contextualizando los episodios de abuso sufridos en la infancia, que se daban como “juegos” por parte de un vecino 8 años mayor que ella, con quien eran “amigos”, jugaban juntos y que “la quería mucho”. Esta confusión creó una incongruencia interna en Mercedes que la colocaba sin saberlo en una posición de poder ser abusada. Alguien que está atrapado, que no es libre, que no puede huir, puede ser abusado. Su posición es de servilismo: está al servicio del capricho o deseo del otro. El otro tiene una necesidad o un impulso y tú estás obligado psicológicamente (quizá no moralmente) a satisfacer el deseo del otro. Eres su sirviente sin referente propio, ya que el referente es la necesidad o deseo del otro.

Así pues, parece que el abuso en este caso fuerza el paso a la socionomía complaciente, antes de tiempo. A esto se le sumó el descubrimiento en la adolescencia de su tendencia homosexual (considerada parte anómica). Parece que el conectar con su deseo chocó con el agrado de sus padres y con el rechazo social hacia la homosexualidad, por lo que no se legitimó ni reconoció que era lesbiana. Este secreto aún lo oculta. Ambos secretos la llevaron a una vida caótica, impulsiva (consumo de drogas y alcohol, descontrol, etc. en ámbitos sociales) y obsesiva (en contextos laborales), entendido como una regulación anómica y heteronómica no integradas.

Poco a poco, con la información recogida, fuimos construyendo el significado de los diferentes episodios que ella explicaba, pero llegó un punto en que Mercedes expresó la necesidad de recordar para entender por qué no dijo nada a sus padres y por qué ella seguía yendo con el vecino si no quería. Se sentía bloqueada y eso la angustiaba. Le propuse que trajera fotografías de cuando ella era pequeña, para verlas juntas y hacer un trabajo emocional con ellas. El objetivo no sólo era ordenar cronológicamente sus recuerdos sino dar voz a la “Mercedes pequeña”, como una manera de escuchar y validar qué es lo que entonces sentía.

Esta necesidad de entender qué ocurrió en la dinámica relacional con sus padres en su infancia, que la llevaba a sentir mucha rabia, fue la que me llevó a supervisar el caso por segunda vez. Se aclaró que es común que las personas abusadas tengan rencor con quienes les tenían que haber protegido y no lo hicieron. Arquetípicamente, la madre debería saber leer entre líneas lo que su hijo necesita o lo que le ocurre y saber qué hacer. La persona abusada se ha quedado esperando esa protección que no ha llegado. Por eso tiene la sensación de que nadie la entiende y de que nadie la puede proteger. Hace falta acompañarla a un proceso de perdón

(¿qué pasa si lo digo? ¿qué ocurriría después?), de salir de la posición de esperar una reparación externa y renunciar a ella, superar la postura de víctima o bloqueo.

Mercedes únicamente desarrolló un síntoma, una conducta reservada e inmadura, y tal como el supervisor cuenta, el síntoma se convierte en señal, que se manifiesta pero no se revela. La señal necesita convertirse en significado. En este caso, ella no habló con su madre... ¿por qué? Al no decírselo, ella misma ya se colocó en una posición de hacerse cargo del otro (su madre), negando su propia necesidad. Lo mismo que aprendió al ser abusada, tuvo que negar su necesidad y someterse a la necesidad del otro.

Hasta ahora no había elaborado su silencio acerca de los abusos y poco a poco empezó a plantearse que quizá fue por miedo a quedarse sola. A los 9 años sus hermanas se casaron y se fueron de casa y ella quedó sola con sus padres, en una situación no muy favorable. Recuerda que entonces tomó conciencia de la situación familiar y allí dio el salto hacia la heteronomía, volviéndose obediente, cumpliendo con sus obligaciones, etc. y hacia la sionomía oblativa, haciéndose cargo de sus padres, a quienes veía como muy mayores y que podían morir pronto, y sacrificándose por ellos. Percibió la incapacidad de los padres, con lo que se portaba bien para que no tuvieran más trabajo, y a la vez se tuvo que hacer de “padre”, de cuidadora y reguladora de sí misma, como pudo. Aquí entraba también el exigirse en los estudios, el retarse a sí misma con el básquet...y de la misma manera, el olvidarse de lo sufrido. De pequeña, pues, aprendió a no explicar cosas que intuía que los otros no querían saber, o sea que ya se puso en una posición muy oblativa. El supervisor utilizó el símil de la “omertà” de la mafia italiana: existe un pacto de silencio que no se puede romper.

Diciembre 2008 (24 sesiones realizadas):

Aproximadamente a los 5 meses de terapia, Mercedes llegó a explicitar su definición particular de abuso, desde su experiencia, que fue el hilo conductor de su historia:

“El abuso es la manipulación de la voluntad por la coacción y la intimidación”

En este momento de la terapia, necesité supervisar otra vez para ampliar la comprensión del caso, a nivel evolutivo, de cómo tal suceso influyó en la posterior regulación de Mercedes. Ella se expresaba con mucha rabia en las sesiones y yo sentía que, pese a ir avanzando en la expresión de lo que le había ocurrido, faltaba explicitar de forma más concreta los abusos para poder dar una lectura profunda de toda su vida y poderla ayudar a integrar lo que le había ocurrido.

Al supervisor le encantó la definición que la paciente misma hizo de los abusos, ya que según él, explica maravillosamente el núcleo constitutivo del abuso. Y ello también explica la sensación típica de las personas que se han encontrado en situaciones de abuso, como si la vida hubiese decidido por ellas.

“Manipulación de la voluntad” significa que mi voluntad está **alienada** por la manipulación de otro que me coacciona a través de la intimidación. Justamente la experiencia es que mi deseo no es tenido en cuenta por el otro, quien me coacciona a través de la intimidación, manipulando mi voluntad. Si alguien manipula mi voluntad quiere decir que mi voluntad es manipulable. Entonces utilizó un ejemplo gráfico: *Si un pizzero manipula la pasta de la pizza es porque la pasta de pizza es manipulable. Y para que sea manipulable se la tiene que preparar, es decir, se la debe remover, se la debe ablandar, se le debe amasar hasta un punto, se le debe dar forma...* Eso significa que yo tengo una percepción de mí como “manipulable”, alguien que puede ser coaccionado a través de la intimidación. Esta es la esencia del abuso.

Esto significa que yo, como referente volitivo (de voluntad) de mí mismo, estoy cuestionado, en el sentido que sé que soy manipulable, por lo tanto, no soy dueño de mí mismo, cosa que me coloca en una situación de vulnerabilidad y, por lo tanto, de posibles nuevos abusos. Por lo tanto, ya tengo una tendencia a entrar en las relaciones en una cierta posición de dependencia. La persona dependiente se pone en una posición de ser abusada por el otro. El otro podrá abusar o no, pero ella se pone ya en la posición. Por eso, las personas en una posición dependiente aceptan maltratos. El maltrato y el abuso tienen la misma dinámica constitutiva, que manipulan la voluntad del otro, pero para hacerlo usan la coacción (fuerza que se hace a alguien para obligarlo a algo) y la intimidación (causar o infundir miedo). Tal como se ve en su historia, Mercedes tuvo continuidad en los abusos.

Así pues, aquí fue cuando se destacó el común denominador del caso: esta **disociación respecto a la propia voluntad** y la percepción de manipulable, a través de diferentes formas de coacción y de intimidación. La voluntad puede ser manipulada de diferentes maneras: prenómicamente (“si no lo haces, me mataré”; posición pasivo-agresiva), anómicamente (“si no lo haces por las buenas, lo harás por las malas”), heteronómicamente (“hazlo porque te lo mando yo”) y sionómicamente (“si me quieres, hazlo” o “si no lo haces, no te querré”). Lo interesante es conocer cuál es el miedo, a qué, qué me coacciona para que yo me desconecte de mi voluntad.

Viendo los ejemplos de conducta de Mercedes, se aventuró que parecía tratarse de un miedo a la exclusión. Y como no pertenecer es una experiencia de exclusión, Mercedes se esforzó en hacer lo que hiciera falta (incluso de “camello”) para que la aceptaran los otros, si bien no era una aceptación de ella como persona, sino como medio para conseguir lo que los demás querían.

Se propuso explicarle sus oscilaciones de comportamiento durante su vida (que a ella también le resultaban curiosas), de modo transversal (es decir, diferentes regulaciones morales en un mismo periodo de vida, pero según los contextos). Así, podría entender que si una persona no tiene integrados los diferentes sistemas de regulación, puede utilizar un sistema de regulación u otro en función del contexto

en qué se encuentre. Esto también la podría ayudar a entender que su voluntad es únicamente suya y no se la pueden manipular, para empezar a construir un sentido de propiedad de la voluntad.

Si bien es cierto que evolutivamente nos vamos regulando por diferentes momentos evolutivos, no son posibles los estadios de regulación posteriores si no se ha construido un núcleo volitivo bien claro. Entonces, por ejemplo, si la persona está en contextos sacionómicos, debería introducir la heteronomía, pero ésta no puede dialogar con la sacionomía si no ha integrado la anomía. Primero hace falta reconocer la propia anomía. Por ejemplo, alguien a quién le sienta mal beber alcohol, en una fiesta social puede beber para complacer a los demás, pero al siguiente día le dolerá todo. O bien, puede decir “No bebo porque debo conducir” o “No bebo porque el médico me lo prohíbe”, es decir, buscar una razón externa a ella que como los demás pueden aceptar, queda legitimada en el contexto social. O bien, puede decir “No, gracias, no quiero beber, no quiero, me sienta mal” y punto, desde su propio referente volitivo. Y no tiene por qué significar que no le guste beber, sino que algo puede gustarte y no querer hacerlo.

La condición psico-social de Mercedes, pequeñita, con padres y hermanas mayores, implicó que ella creciera como en el vacío. Y en el vacío, ella aún no se había formado y ya abusaron de ella. Además, no tuvo referentes adultos que la ayudaran a construirse su voluntad, diciendo: “No, no, oye, tú no querías esto. Podrías haber dicho que no...”, o sea, que la ayudaran a través de la heteronomía a reforzar su voluntad. A su madre aún le estaba reclamando haberlo hecho. No se trata tanto de perdonar al otro (madre), sino más bien de liberarse de la expectativa de que otro lo hiciera, porque nadie lo hizo, ni lo hará, y responsabilizarme de mí mismo, asumir lo que sea, porque eso ya está hecho y no desaparecerá.

También se comentó que existen muchos elementos evolutivos en los abusos, de que los adultos que hubieran podido hacer algo no asumen un papel protector, porque o bien no lo saben o no se lo creen o miran de taparlo como sea, invalidando la experiencia del pequeño. La situación de abuso cuando se es menor produce un mayor impacto, ya que no facilita el desarrollo de una estructura propia sana, libre. No lo puede integrar, ni puede encontrarle sentido.

En el caso de Mercedes, que sufrió abuso sexual siendo menor, el supervisor explica que se crea una contradicción: ¿me quiere o no me quiere? Y si no me quiere, ¿por qué no me quiere? Es decir, si abusan es porque te quieren, pero te quiere el otro para su provecho. Eso no significa que te quiera a ti, ni que tú quieras lo que quiere él. El vecino “la quería mucho”, pero abusaba de ella, entonces ¿qué construcción hace ella del amor y de las relaciones? Si me quieren, abusarán de mí, o sea, querer significa renunciar a la propia voluntad, es decir, no poder tenerse en cuenta. Todo esto puede ser el elemento que permita darle cohesión y coherencia a la experiencia.

Por ejemplo, a nivel de pareja, Mercedes mantenía una relación con otra mujer

en la que interactuaban a través de manipulaciones emocionales. Por este motivo, alguna vez se planteaba dejarla, pero decía que en el fondo se querían, que era quien siempre estaba a su lado. El supervisor sugirió explorar qué quería decir para ella que se querían. Si para ella querer a una pareja significa estar siempre a su lado, si la quiere mantener así, que la mantenga, pero esto no quiere decir que su voluntad tenga que “bailar a su son”. Es decir, por ejemplo, si Mercedes quiere bailar salsa y le ponen un vals, no será congruente con su estado de ánimo. Quizá no tiene el momento para bailar un vals, le apetece una salsa. Si su pareja quiere bailar vals y Mercedes quiere bailar salsa, ellas dos no pueden bailar juntas en ese momento. Lo primero es saber si tengo ganas de bailar, y si es así, si quiero bailar salsa, o vals o lo que sea. Entonces, si su pareja quiere bailar vals y ella salsa, suponiendo que tengan ganas de bailar, ¿qué bailarán? Hay muchos tipos de baile, pero cada uno implica un estado de ánimo distinto. Es un estado de ánimo diferente bailar salsa que bailar vals. Hay gente que le cuesta conectar con lo que quiere.

En ese caso, preguntarle qué estado de ánimo es con el que el bailarías salsa o bailarías un vals o bailarías otro baile. Lo primero es conectar con el estado de ánimo. Esto es anómico: ¿qué siento?, ¿qué quiero?, ¿qué impulso hay en mí que sea coherente con esta música? Antes de poder hacerse respetar su estado de ánimo, primero lo tiene que detectar. Si hay una “anestesia”, no siente. Pueden, por ejemplo, resolver que si una quiere bailar salsa y la otra quiere bailar vals, que cada una baile por su cuenta. También pueden negociar que una acompañe a la otra a bailar un día vals y al otro día salsa. De esta manera, podría integrar las ganas de bailar salsa con las ganas de su pareja de bailar vals, si es que la quiere complacer, pero explicitando “Lo que a mí me apetecería es bailar salsa, pero como ahora están tocando un vals y a ti te apetece bailar el vals, pues por ti salgo a bailar un vals. Por lo tanto, te acompaño hoy y mañana u otro día, salsa” (porque el vals se baila a dos, la salsa aún podría bailarla uno solo). No es tanto fijarse en qué siente en relación con su pareja (por ejemplo, miedo, y por eso acaba bailando vals), sino respecto al vals, ella qué siente, cuál es su estado de ánimo. Es decir, el miedo lo tiene y conecta con él, pero ¿qué quiere? Entonces, ¿cómo puede conseguirlo? Porque a veces es posible combinarlo, y el simple hecho de decir que a ella le apetecería más la salsa, pero como a ti te apetece más el vals, ya le puede cambiar su estado de ánimo. Ella sabe que la salsa también está bien.

Si ella misma puede legitimar que le gusta la salsa y que le apetece bailar salsa, pero que también le apetece complacer a su pareja, puede integrar las dos cosas, sin hacerlas contradictorias. O, en determinado caso, si son tan contradictorias, puede decir “Mira, yo es que el vals no lo soporto. Si tú quieres bailar el vals, búscate un bailarín que te saque a bailar el vals”.

Mercedes se siente atada a su pareja (viven juntas, trabajan juntas...), atrapada, que no puede moverse demasiado. El supervisor señala que a veces no puedes salir de una relación, pero lo que sí se puede trabajar es cómo ser uno mismo en la

relación. No hace falta que cambie nada, sólo conócete y sepas qué sientes. Sólo el hecho de saber que renunciamos a algo que queremos, en el fondo, ya es más libre la renuncia. Ya no es si me gusta la salsa o no, sino que me gusta la salsa pero decido renunciar a ella por miedo, por ejemplo. En el caso de Mercedes, ella no puede reconocer nada suyo y por eso mira hacia el otro. Está un poco perdida, y si se va encontrando a ella misma en terapia irá perdiendo esta mirada hacia el otro.

No se trata de qué hará, sino de construir una estructura interna que permita sentir, querer, decidir, actuar... y después ya vendrá lo que quiera. No es tan importante lo que hace sino desde dónde lo hace.

La manipulación por parte de otro de su voluntad que ella misma no tiene constituida, hace que se vaya regulando en función del contexto, no de forma propia. Es necesario que ella misma construya su propia voluntad. Me recomendó utilizar el cuento de los tres cerditos como metáfora para entender la necesidad de construirse su voluntad “con ladrillos, sólidamente, para que cualquier inconveniente no destruya lo construido (hasta ahora hecho de paja o barro)”.

En las siguientes sesiones, Mercedes se dio cuenta de que si no tenía una voluntad propia, siempre abusarían de ella (“*Del árbol caído, todo el mundo hace leña*”), por lo que redefinió su demanda de terapia a partir de entonces como la construcción de su voluntad.

Marzo 2009 (36 sesiones realizadas):

El proceso de terapia con Mercedes siguió este rumbo de trabajo, pero aún así, pasados 6 meses, yo como terapeuta sentía que a pesar de entender ahora muchas más cosas que al principio, me faltaba algo que me permitiera darle una lectura más profunda, para que pudiera ayudar a darle un mayor sentido a la historia de Mercedes. También ella misma explicitó que le faltaba una “*pieza del puzzle para que le permitiera ligarlo todo*”. En este momento recurrí otra vez a la supervisión de grupo, cosa que me aportó un mayor aprendizaje. Al parecer, al trabajar con su historia, Mercedes únicamente había podido extraer una relación etiogénica de los hechos históricos, es decir, una relación causa-efecto, como podría ser la “teoría del trauma”: “esto ha producido esto otro”, hubo un trauma y entonces el trauma se repite en mil ocasiones. Si no hubiera habido el trauma, esto no pasaría, pero como ha ocurrido, se cierra el círculo y no se acaba de entender con profundidad.

Aprendí que más que en los hechos, cuando se va a la historia del paciente, debe entenderse el significado de la historia, es decir, “Tú desarrollaste un tipo de construcción, de narración, de significación de los hechos, de regulación respecto a los demás y entonces este patrón puede repetirse o reproducirse en situaciones similares”.

Una persona abusada se ha acostumbrado a ser manipulada en su voluntad a través de la coacción e intimidación, por lo tanto, hay que ayudarla a ir leyendo las situaciones concretas desde sus deseos, sus pensamientos, sus sentimientos... Por

ejemplo, “Tú, en este caso, ¿cómo te sentiste?”, “Pues sentí que estaba cediendo al deseo del otro”, “¿Y cómo vivías lo que te estaba diciendo el otro?” “Como un deseo suyo”, “¿Y su deseo coincidía con el tuyo?” “No, pero creo que no puedo oponerme porque tal y cual”... Hay que ver en cada situación qué tipo de coacción está en juego y qué tipo de intimidación.

Hay que trabajar primero una situación concreta, pero desde un modelo abstracto (o sea, ¿cuál es la manipulación?). No hace falta hablar al paciente en términos técnicos, sino tenerlo nosotros presente para hacer que esa situación concreta sea un ejemplo de una tipo de funcionamiento más básico, más estructural.

En cualquier estructura, que exista un poder es normal, pero otra cosa bien distinta es el abuso de poder. Precisamente, “poder” es la capacidad de potenciar (viene del latín *potere/potens*), es una fuerza para sacar una potencia (similar a “educar”, que significa ayudar a sacar hacia fuera lo que está dentro). Es decir, el poder no es malo, lo malo puede ser el uso que se haga de ese poder. Este se llama “abuso”.

La constricción de la libertad de Mercedes proviene del hecho que ella sentía que no podía salir o liberarse de las situaciones de abuso. Si alguien no puede huir puede ser abusado, no tanto porque el otro sea un abusador, sino porque este alguien no puede huir o hacer algo.

Mercedes, en terapia, explica que aún siente que nadie la reconoce ni la apoya, es más, la critican. Esto lo expresa con rabia hacia los demás, porque es otra vez que le pasan cosas y no se siente validada, sobre todo por su pareja y familia. Aún así, trata de diferenciarse de ello, utilizando ironías y hablando como si ella “pasara” de todo eso. Este mecanismo de defensa le permitía no caer en la angustia o la depresión. Pero para evitar esto que quizá más adelante suceda, está siendo manipulada, coaccionada e intimidada aún. En algún momento tocará fondo, y desde este fondo podrá remontar.

Aunque pueda asustar que la paciente toque fondo, es decir, se “desmonte”, poniéndose a llorar intensamente, es positivo que ocurra porque así podrá dar sentido, como un acto de afirmación de ella misma, de diferenciación auténtica. Porque la persona abusada pierde el sentido de identidad; es como que pertenece a la voluntad del otro, no la tiene propia. Cuando toque fondo, la propia necesidad puede llevarla a conectar con su voluntad.

A nivel de desarrollo moral, en su caso, la estructura sacionómica de querer complacer a los demás le viene forzada, antes de tiempo. El supervisor remarcó la necesidad de hacer aflorar todo el significado, de crear una metacognición. “¿Me han hecho daño? Y si me han hecho daño, ¿qué daño me han hecho?”. El abuso en una edad tan tierna se hace difícil de gestionar, porque la estructura heteronómica tampoco aún está constituida. Curiosamente, ella de pequeña pegaba a una niña deficiente más pequeña que ella, y de eso se avergüenza tremendamente y se siente culpable, porque no entiende por qué lo hacía. Esto se entiende porque la persona

abusada no adquiere unas regulaciones interpersonales sanas. Entonces, como a ella la obligaban, ella obligaba a otra, y es la ley del más fuerte. “Si yo soy más fuerte que otra, la puedo manipular; si soy más débil, tengo que someterme”. O sea, ha aprendido algo que no quería, que es entender las relaciones interpersonales como de dominio-sumisión.

Con preguntas, hace falta ayudarla a subir de nivel, llevarla al nivel metacognitivo. Es igual haber empezado tocando el tema de los abusos primero o el tema de la rabia hacia su madre o de cualquier otro aspecto de la problemática, porque el orden de los factores no altera el producto. Ir siguiendo lo que vaya planteando la paciente, porque al final, todo irá a parar a lo mismo.

Junio 2009 (50 sesiones realizadas):

Llegada a esta parte del proceso, Mercedes se sentía triste y deprimida, con manifestaciones emocionales que ella misma intentaba reprimir. Entonces necesité volver a supervisar para saber cómo seguirla acompañando.

Mercedes ha tenido alguna crisis emocional estos días, tras verse afectada por pensamientos intrusivos continuos acerca de poder ser ella también una abusadora, y se siente muy vulnerable. Ella está en un momento en que necesita no amenazar su equilibrio, pero el curso de sus emociones espontáneamente lo hacen. El supervisor indica que es necesario darle espacio, es decir, permitirle que hable mucho su anomía, y que cuando esta anomía esté suficientemente fuerte, llegará un momento en que los pensamientos intrusivos los podrá cuestionar y ver que no tienen sentido, porque habrá reforzado su autoconocimiento y reafirmación de sí misma, de lo que podría hacer y de lo que no.

Se trata de validar la anomía desde una integración moral, no desde el ir haciendo cosas que le gusten sin más. Debe plantearse un proyecto futuro de ella misma. Es decir, lo que hace, ¿lo hace porque quiere?, ¿qué motivación tiene en la vida?, ¿sabe qué quiere hacer con su vida?, en las cosas que hace ¿qué implicación emocional tiene?

Las voces que siente en su cabeza son voces de la culpa preventiva del sistema obsesivo: para evitar una cosa que no se ha hecho pero que podría pasar, aparecen como alarmas para que se sienta culpable por el mero hecho de haberlo pensado. Esto ocurre cuando la voluntad, que ha sido manipulada por coacción e intimidación, se está constituyendo, y aparece su contrapartida. Entonces, si ella conecta tanto con la anomía, con lo que ella desea, como los que abusaron de ella en su día conectaron con su propia anomía, de forma inconsciente se produce una contrabalanza interna, por la que surge el pensamiento automático de que ella podría hacer lo mismo que hicieron con ella, podría abusar de alguien. Seguramente estos pensamientos no le hubieran surgido si ella no hubiera estado conectada con su anomía. De ahí que ella, de alguna manera, asocie la anomía como algo peligroso y se intente prevenir, reprimiendo sus emociones.

El miedo al descontrol es heteronómico, ya que ella vive la espontaneidad no como algo sano y libre sino como descontrol, como algo que puede hacer que ella haga algo que se le escape de las manos sin querer. Parece entender la anomía como una negación de la heteronomía y, por lo tanto, si ella se regula por la anomía quiere decir que todo es posible, que no hay ley, que no hay norma. Esto ocurre cuando aún no se tiene bien interiorizado el criterio propio interno, con el que pueda distinguir claramente qué quiere hacer y qué no.

En el caso de Mercedes, parece ser que su anomía la integra no tanto con la ley (heteronomía), sino más bien con el amor por el otro (socionomía). Es necesario que Mercedes defina sus actuaciones desde la autonomía, es decir, “Bueno, yo pienso unas cosas, pero tengo un criterio para decidir si son cosas buenas o malas y si quiero hacerlo o no, y a mí ninguna voz me tiene que venir a decir nada, ni lo que tengo que hacer ni lo que no tengo que hacer”. Es decir, posicionarse en sí misma.

El supervisor habló también acerca de la tristeza, y dio una visión muy humana de la misma. Comentó que si alguien está triste, no hay lucha entre anomía y heteronomía, sino que está prenómico, en cuanto que deja que sea la tristeza la que regule. No hay lucha sino que hay abandono, resignación... y esto permite luego pasar a la aceptación, que es cuando la persona puede asumir lo que le ocurre y hacerse cargo de sí misma. Es bueno pasar por esta prenómica, pues. Él lo compara con cuando uno está enfermo y se mete en la cama, porque lo necesita, y ponerse en la cama es una manera de permitir que la enfermedad haga su curso.

Mercedes siente miedo a sentir tristeza por si se instala en una depresión de la que no sepa salir. Por eso, es necesario explicarle que las emociones tienen su curso y que es necesario dejarlas cursar para que, por sí solas, se regulen. El supervisor aquí recordó la parábola del arca de Noé y el Diluvio Universal: después de 40 días de lluvia, vino la calma y Dios dijo que nunca más castigaría a la humanidad con un diluvio. Y por eso, pese a que todo estaba inundado, Noé envió una paloma y ésta volvió con una rama de olivo, que significaba que había algún lugar donde el agua ya había bajado y volvían a crecer los olivos. Por eso se considera el olivo como símbolo de la paz. Se propuso utilizar la metáfora del Diluvio Universal para explicar a la paciente que necesita llorar 40 días y 40 noches, es decir, necesita poder cursar la tristeza, permitírselo.

El grupo recordó que en el duelo, la tristeza precede a la aceptación, cuando uno ve realmente que ha perdido algo. Pero para perderlo, se debe sentir la pérdida. En el caso de Mercedes, se trata de hacer el duelo del abuso. Sentir la pérdida es doloroso, pero llega un momento en que estás sintiendo el dolor y espontáneamente te levantas del suelo. La tristeza es una emoción sana y reparadora. Es necesario acompañarle a que primero sienta y conecte con su tristeza y luego la elabore. Por suerte, recordamos la gran capacidad metacognitiva que esta paciente ha demostrado a lo largo de su proceso de terapia, por lo que se me anima a seguir acompañándola a integrar lo que siente.

También expuse al grupo de supervisión la relación de dependencia de Mercedes con su pareja, entendida como una fusión, donde ella siempre tiene la duda de si su pareja la quiere. Aquí, el supervisor apuntó que saber si te quieren sólo lo puedes saber si alguien tiene un amor incondicional por ti. Pero las relaciones siempre están potencialmente amenazadas y no hay nunca la seguridad de que alguien te querrá para siempre (arquetípicamente, sólo los padres, pero en su caso, ni así lo sintió). Lo importante es que ella únicamente puede estar segura de si quiere y de si ella misma se quiere. Necesita tener presente su autoestima. Sería conveniente que empezara a fijarse en lo que ella hace o siente (agente activo) y no en lo que sienten o hacen los demás hacia ella, porque los otros ya le han hecho muchas cosas, y de tal manera que ella sólo recibía o reaccionaba a ello (agente pasivo). Es decir, en su relación de pareja, adoptar una postura activa es querer ella. Ella puede querer, y si la corresponden, bien, y si no, ya verá qué quiere hacer, porque no vale la pena echar agua en un recipiente agujereado. Responsabilizarse de su querer, no del de los demás, ya es un paso para desarrollar su autoestima. Posicionándose más en la anomía y en la autonomía, las relaciones interpersonales también cambian.

Al finalizar esta supervisión, expuse mi temor a estar manteniendo su manera de regularse, por el hecho de no provocarle sentir o pasar por lo que ella misma reprime y porque no notaba permanencia en los cambios de Mercedes. Aquí el supervisor me recordó que hace falta tiempo para consolidar los cambios y que para eso es necesario mantener cierto seguimiento del proceso de los pacientes. La terapia es un espacio para ella donde se encuentra a sí misma y donde sigue su proceso, que es de lo que se trata la terapia. Me recomendaron mantener una posición como terapeuta de dejar que la persona haga su proceso (y frenar mis ganas de que esto suceda). De eso trata la aceptación auténtica.

Julio 2009 (55 sesiones realizadas):

En este momento de la terapia, quise supervisar para aumentar mi visión más comprensiva del caso y así poder ayudar mejor a la paciente. Traté de acabar de hilar el sentido del caso para ser capaz de ayudar a Mercedes a que lo hiciera por sí misma.

Por una parte, quería aclarar la evolución de su regulación moral y ahí el supervisor lo explicó de forma muy sencilla: Mercedes, desde bien pequeña, dio un salto hacia la socionomía oblativa, haciéndose cargo de sus padres al no explicar nada de lo que le había ocurrido, y eso es muy frecuente en casos de abuso. Pero hablar de salto no significa que las demás estructuras no estén, sino que evolutivamente, la socionomía se desarrolla antes de que le toque. Es decir, en esa edad tan temprana, a una niña pequeña no le toca hacerse cargo de los demás y sacrificarse por ellos; al menos, no le tocaría como una forma estable de regularse, como le sucedió a ella.

Existe una doble lectura: por una parte, ella percibe la incapacidad de los padres, entonces ella se porta bien para que sus padres no tengan más trabajo ni

problemas (es decir, la motivación es socioeconómica), y a la vez debe hacerse de padre de sí misma (su padre cae enfermo y su madre debe ir a trabajar). Así pues, ella tuvo que hacer de padre de sí misma, de cuidadora de sus padres y de reguladora de sí misma. Entonces apareció la exigencia (el funcionamiento heteronómico, obsesivo, etc), y dentro de esta exigencia encaja el olvidarse de los abusos, el tapar, el hacer como si no hubiese pasado, el asumir muchas responsabilidades de manera sustitutoria, etc. Cuando uno es adulto, lo que haya pasado ya ha pasado; no se puede esperar eternamente a que los que en su momento no lo hicieron, hagan las funciones que les tocaba, porque esa posición de victimismo no permite una regulación autónoma, sana y libre. En cambio, cuando uno es pequeño y adopta una posición adulta que no le corresponde evolutivamente, como Mercedes, no da espacio a que crezca una voluntad, un deseo, una entidad propia sólida.

Curiosamente, esta paciente se llama Mercedes y ha estado “a merced de todos”. Esto podría utilizarse como metáfora. Los romanos decían “*Nomen est omen*”, que significa “El nombre es el destino”. El nombre se puede entender de muchas maneras, pero puede ser una buena metáfora si le puede servir como para construir una “merced” propia, que no pueda ser utilizada por los demás.

Intentamos elaborar el aspecto de sus relaciones de pareja, y vimos que, en cuanto a su forma de relacionarse con sus parejas (se enamoró de una chica por primera vez a los 11 años), ella siempre ha estado en relaciones. Si le gustaba alguna chica actuaba socioeconómicamente con ellas, para conseguirlas. Su forma de conquistarlas era entregándose, dándose a las otras, olvidándose de sí misma. Seguramente aprendió de bien pequeña que dando al otro lo que quería podía tener al otro. Se trata, pues, de una socioeconomía al servicio de la anomalía. En otras ocasiones, eran algunas chicas que se encaprichaban con ella y ella igualmente, sentía la necesidad de salir con ellas para complacerlas, pero eso le ha llevado a desarrollar una dependencia de las relaciones. En todas ellas se ha posicionado o bien arriba (posición *up* o dominante) o bien abajo (posición *down*, o sumisa), como en la fábula del lobo y el cordero: ella en algunas relaciones era lobo y en otras era cordero. No sabe relacionarse desde la igualdad, sino que ha aprendido que las relaciones son de abuso: o abuso o soy abusada. Es decir, para ella las relaciones entre las personas no son de intercambio sino que son relaciones de dominio y sumisión.

En cuanto a la relación entre haber sido abusada de pequeña y ser lesbiana, pregunto al supervisor si puede tener sentido que ella, al haber sido abusada por dos chicos, haya desarrollado una tendencia homosexual. El supervisor no lo ve determinante, ya que parece que ella explica que se sentía “fascinada” por una chica ya a los 11 años. Él comenta también que en la adolescencia, enamorarse de alguien del mismo sexo es bastante frecuente, pero es cuando esta dinámica va continuando y se va reforzando que entonces acaba pudiendo ser predominante. A esa edad, Mercedes no entraba en relación con los chicos desde una posición de *philia* (amistad), cosa que con las chicas sí. Y desde esta posición, que implica el

compartir, la complicidad, la confianza, la intimidad, etc., ella veía cualidades positivas en estas chicas, de que no le harían daño, y las idealizaba. En cambio, en la época de pubertad, pre-adolescencia y adolescencia, esta relación de respeto con los chicos no existía. Quizá por eso se sentía más atraída por las chicas, porque estaba más cómoda y se sentía más próxima. De todas maneras, si no hubiera habido abusos, también podría haber sucedido. Es decir, no es importante centrarse en si es homosexual o no, sino entender que cualquier persona, en función de sus necesidades y en función de su imaginario y de los estímulos que recibe, se puede sentir atraída por una determinada persona. Por lo tanto, no se puede considerar el abuso como la causa de que Mercedes sea lesbiana, porque existen muchos factores, pero está claro que una relación de abuso sexual por parte de un hombre, por la connotación desagradable que conlleva, hace problemático que una chica pueda sentir atracción sexual por un hombre y vivirlo como un estímulo positivo, si no lo ha trabajado ni lo ha podido elaborar, o si no confunde el deseo del otro con el amor..

Expongo también en la supervisión que Mercedes durante las sesiones de terapia se plantea cosas importantes para su futuro como tener un hijo, tener un restaurante propio, etc. de una forma muy en el aire, sin demasiada elaboración. El supervisor señala que es lo mismo que le ocurre en su vida: ella se mete en algo y eso la lleva, como si fuera en una barca y fuera la barca quien la llevara a ella de aquí para allá. Él comenta que esto es debido a su falta de identidad: no se conoce a sí misma y no sabe qué quiere. De la manera como se regula en las relaciones, ella conoce al otro, pero desde una posición que le impide aproximarse con respeto. Todo ello tiene que ver con el no llevar el timón del barco de su propia vida; en ningún momento ella dirige nada de su vida.

Ahora tiene la oportunidad, con la terapia, de plantearse qué es lo que realmente quiere y crear un proyecto desde la autonomía: si el bar que tiene ya le está bien, pues de acuerdo, pero hace falta que haga la decisión suya. Esto es lo que hará que el cambio en Mercedes sea profundo, que cada decisión se la plantee desde ella misma. Por ejemplo, que se plantee qué necesidad tiene de hacer un cambio, por qué quiere hacer un cambio. Si respondiera “Para que dejen de aprovecharse de mí”, preguntarle “¿Y por qué quieres que dejen de aprovecharse de ti?”. Si ella respondiera “Porque me veo muy dependiente de los otros, sin criterio, y los otros me manipulan”, preguntarle “¿Y por qué te está mal esto?”, es decir, preguntarle hasta saber cuál es el motor profundo de eso, que la mueve a decir que ya basta, que eso no puede ser. Si ella respondiera que es el gran malestar que siente y los síntomas que tiene, haría falta plantearle qué coste tendría desarrollar un criterio propio, es decir, qué pérdidas tendría. Es necesario ver qué balance interno hace ella. En este caso, Mercedes en alguna sesión ha comentado que se planteaba la idea de dejar, quizá, su relación de pareja actual. Entonces aquí sería necesario acompañarla a plantearse por qué quizá sí o quizá no, es decir, ¿por qué llego a esta conclusión?, ¿qué me lleva a pensar esto?

En el caso de su relación actual, con su pareja no han llegado a construir la *philia* que comentábamos antes. No existe una buena comunicación entre ellas. Mercedes no concibe la *philia* como algo bonito sino como algo inquisidor, por lo que en su proceso de terapia se plantea una situación de evolución personal y de pareja, si quiere. A menudo ocurre que si un miembro de la pareja evoluciona y el otro no, el equilibrio homeostático se rompe. En su caso, pese a ser una relación asimétrica (con diferentes poderes), han funcionado hasta ahora, pero Mercedes ya ha roto el equilibrio de la relación y ahora ello pide una reestructuración o bien una ruptura.

Por ejemplo, cuando la pareja de Mercedes no quiere hacer algo, no le dice “A mi no me gusta, pero ve tu”. Simplemente le dice “A mi no me gusta” y no va, y Mercedes entra entonces en conflicto. Su relación es de mutua dependencia y eso les impide posicionarse de forma autónoma. Al no darse mutuamente opción libre de escoger, reconociendo la diferencia de la otra, no se posicionan en tomar una decisión propia en función de sí mismas, sino de la relación.

Incluso, cuando Mercedes en su adolescencia rompió con su familia y entró en el ambiente no fue una decisión propia, sino que fue por rebote. La voluntad hubiese sido ejercida diciendo “Yo quiero a esta chica, es un sentimiento mío, y por lo tanto yo asumo las consecuencias y la responsabilidad de esta relación. Ya soy mayor de edad. Yo a vosotros os he cuidado (hacia sus padres) y ahora soy yo quien tiene que decidir. Entonces si vosotros no me entendéis...”. En cambio, ella siguió viviendo en su casa y ni ella contaba nada, ni sus padres le preguntaban nada. No se posicionaba. Pero a la vez, parece que tampoco hubiera entonces, por parte de sus padres, una socionomía hacia ella, un interés personalizado, una empatía, una aceptación.... Parece más que como ya tenía los 18 años, cual norma heteronómica, ya no le podían decir nada porque ella en teoría ya podía hacer lo que quería, puesto que era mayor de edad. Aún así, no se hablaba de si eso le convenía o no, o de qué le pasaba o qué quería o por qué... No tuvo tampoco entonces el espacio para construir una voluntad propia. El papel de sus padres fue el de cubrir las necesidades instrumentales, prácticas, como el comer, los médicos, etc. pero no tuvieron una dimensión tutelar, de mentores, de educar..., es decir, no tuvo una nutrición completa. Incluso, en su misma escuela, debido a que su familia tenía problemas económicos para pagar sus estudios, le propusieron a Mercedes, que era muy buena estudiante, que diera clases de repaso de manera gratuita a cambio de no pagar la escuela. Es decir, también en esa institución hubo una especie de abuso. Las reglas no son claras, no son limpias. Si los padres no podían hacerse cargo económicamente, quizá hubiesen podido considerar otras opciones: que las hermanas mayores, que ya trabajaban, los hubiesen ayudado, o quizá plantearse si ella iba a una escuela que excedía sus posibilidades... Pero si los padres no pueden pagar y la escuela quiere hacerse cargo, no ha de ser a cambio de nada. Por ejemplo, hubieran podido decir “Tú te quedas a estudiar aquí porque vemos que eres una chica que vales y no

queremos que por cuestiones económicas pierdas la posibilidad de estudiar y asumimos tenerte gratis. Si a caso, lo que sí queremos pedirte es que no se lo digas a nadie”. Podría haber sido como una beca que da la escuela por sus méritos; eso hubiera sido limpio. Si no, la relación se pervierte, todo tiene condiciones, todo es un juego. Es decir, que incluso la escuela como institución le reforzó el juego.

En la escuela Mercedes recuerda que en el patio jugaba con los niños a tocarse, es decir, reproducía las interacciones aprendidas. Siempre se trata de un “*do ut des*”, o sea, ella juega con los niños, los niños me tocan, yo toco a los niños, los niños me aceptan..., o sea que no son relaciones limpias, no existe altruismo puro, todo es a cambio de algo o condicionado a algo.

En su caso, Mercedes funciona desde la socionomía en sus relaciones, haciéndose cargo de los demás, pero cuando no recibe una reciprocidad no lo reclama ni se queja, es decir, no cae a una posición preñómica o depresiva. Ella utiliza un juego manipulatorio aprendido de la seducción. Es manipulatorio porque no nace de la empatía hacia el otro sino que nace de la anomía, pero una anomía pervertida: el otro viene a mí y abusa cuando quiere y lo acabo usando yo también. Ha aprendido que en este mundo las relaciones obedecen y se rigen por los deseos, y que entonces si el otro me desea quiere decir que soy deseada; por lo tanto, tengo un valor y eso quiere decir que tengo un poder sobre el otro. Pero entonces, a la vez, entra ella en un juego de poderes: ¿quién puede qué? Yo seduciendo, el otro siendo seducido; yo dominando, el otro siendo dominado. Este juego no es de igualdad. Es un juego de deseos y necesidades, no de voluntades. Incluso el hecho de que se lo haya puesto ella misma tan difícil en sus relaciones de pareja parece que era desde el deseo, no desde su voluntad. La voluntad hubiese sido que si resulta que esta relación me perjudica más que me beneficia... es decir, “¿y yo qué quiero?”.

En general, la vida de Mercedes ha sido entrar en este juego de los otros, sin tener una posición propia. De alguna manera, ya desde muy pequeña aprendió el “*être pour autrui*”, en vez de *être pour soi*, es decir, a ser para los demás o en relación a los demás, no en sí misma. No había construido una entidad propia, y desde ahí se relacionó. Por eso, siempre estuvo en función del otro, no en función de sí misma. Para mantener su identidad, su razón de existir, debía someterse al deseo del otro.

El supervisor recomendó ayudarla, a través de varias preguntas, a que entendiera qué era lo que buscaba: “¿Qué buscabas realmente haciendo eso? ¿Qué necesidad estabas satisfaciendo con esto? ¿Por qué entrabas en ese juego? ¿Qué te movía a participar en él? ¿Qué te mantenía en él: el sentirte deseada, el sentirte necesitada, el poder, o qué?...” Es necesario que ella comprenda por qué ha actuado toda su vida como lo ha hecho, para poder darle sentido a todos los juegos en que siempre ha estado metida. Hasta que no se construya una identidad propia no podrá mantener relaciones sanas, sin dependencias o abusos. Deberá construir un proyecto de aferrarse a sí misma como referente, así que por eso también sería adecuado preguntarle las implicaciones que tendría comenzar a funcionar de esta manera.

Tras esta supervisión, pude acompañar mejor el proceso de Mercedes, en el que poco a poco fue creando una voluntad propia más sólida que le fue otorgando la confianza en sí misma que buscaba y fue integrando las diferentes estructuras morales, gracias a una comprensión profunda de sí misma.

EVALUACIÓN AL FINAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Al final del proceso terapéutico se pudieron observar cambios significativos en Mercedes respecto al inicio de la terapia, según la escala BDI-II y SCL-90-R, tales como disminución de síntomas depresivos (al inicio puntuó 22 indicando Depresión moderada, y al final, dicha puntuación fue de 9, dentro de la normalidad) o la desaparición de síntomas clínicos como el Miedo y la Hostilidad, la Obsesión-Compulsión, la Ansiedad, la Sensibilidad, los pensamientos de muerte y los sentimientos de culpa. Parece ser que el proceso de construcción de su voluntad, es decir, de autovalidación y dignificación, contrarrestó los síntomas derivados de la experiencia del abuso.

Gracias a ello, también fue destacable un aumento de la autoestima y una mayor flexibilidad de pensamiento, que le permitieron empezar a vivir las relaciones y las situaciones cotidianas de una manera muy diferente.

Todos estos cambios fueron sucediendo progresivamente e integrándose a medida que avanzaba la terapia; por supuesto no sucedieron de golpe. Sí que nos fue animando el ver que Mercedes se iba dando cuenta de que empezaba a entender las cosas de otra manera y a plantearse todo lo que le ocurría de una forma en la que ella podía manejar y decidir qué hacer, en vez de vivirlo de manera reactiva o pasiva como había hecho hasta entonces.

Un ejemplo ilustrativo de ello fue la desaparición progresiva de los pensamientos intrusivos que Mercedes sentía cuando veía niños pequeños jugando o cuando ella interaccionaba directamente con algún niño pequeño. Llegaba a oír voces en su cabeza que le decían que ella también podía abusar de esos pequeños y eso la torturaba, porque se sentía un monstruo y dudaba de si sería capaz de hacerlo. Poco a poco, a medida que su propia voluntad tomó protagonismo, ella misma pudo ir cuestionándose esos pensamientos intrusivos que le aparecían espontáneamente. Precisamente, le aparecieron con más fuerza a medida que Mercedes fue conectando con sus deseos y necesidades. Parece ser que escuchar sus deseos, tal como hicieron sus abusadores en su día, la bloqueaba totalmente y sentía pánico.

En el proceso terapéutico, ella fue desarrollando una estructura cada vez más autónoma, es decir, cada vez se fue conociendo y entendiendo más y fue construyendo su voluntad y un criterio propio cada vez más sólidos. Gracias a eso, aprendió a aceptar que el pensamiento, seguramente por reacción a lo vivido, es libre y se expresa como ha aprendido, pero que ni mucho menos es determinante de la conducta ni tiene que ver con lo que ella misma quiere hacer. Hacer ley de su voluntad fue el mejor antídoto para ella.

En este artículo se comparten las supervisiones llevadas a cabo a raíz de un caso de terapia de abusos sexuales en la infancia, a la luz del Modelo del Desarrollo Moral. La perspectiva del Desarrollo Moral permite comprender la transversalidad de la falta de una estructura volitiva y enfocar la dirección del trabajo a la construcción de la voluntad como elemento reparador del abuso y de sus consecuencias.

Palabras clave: *abuso, estructura volitiva, transversalidad, reparación, psicoterapia*

Referencias bibliográficas

- Villegas, M. (1996). El análisis de la demanda. Una doble perspectiva social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26/27, 25-78
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder

MI CUERPO ES MÍO

Roser Santonja Guillén

Col. Número 14491

rosersg@copc.es

The aim of this report is to illustrate the understanding, the approach, and the therapeutic process in the case of a girl teenager who shows signs of extreme personality disorder and eating disorder - restrictive anorexia type, through the evolutionary theory of the Moral Development. To do it, I will base my article on the three supervision sessions held following this model.

Keywords: model of the Moral Development, abuse, impulsiveness, Eating Disorders, autoinjuries, Borderline Personality Disorders, Narrative Therapy, integration, teenager, dialectics

INTRODUCCIÓN:

He querido participar en esta publicación agradecida por el marco que la teoría del desarrollo moral (Villegas, 2011) me ha otorgado. También el caso ha sido escogido por motivos de gratitud, fue uno de los primeros casos graves, según mi consideración, que tuve al empezar a ejercer mi profesión, y, gracias a la ayuda del grupo de supervisión, pude aprender y sigo aprendiendo de él.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA DEMANDA:

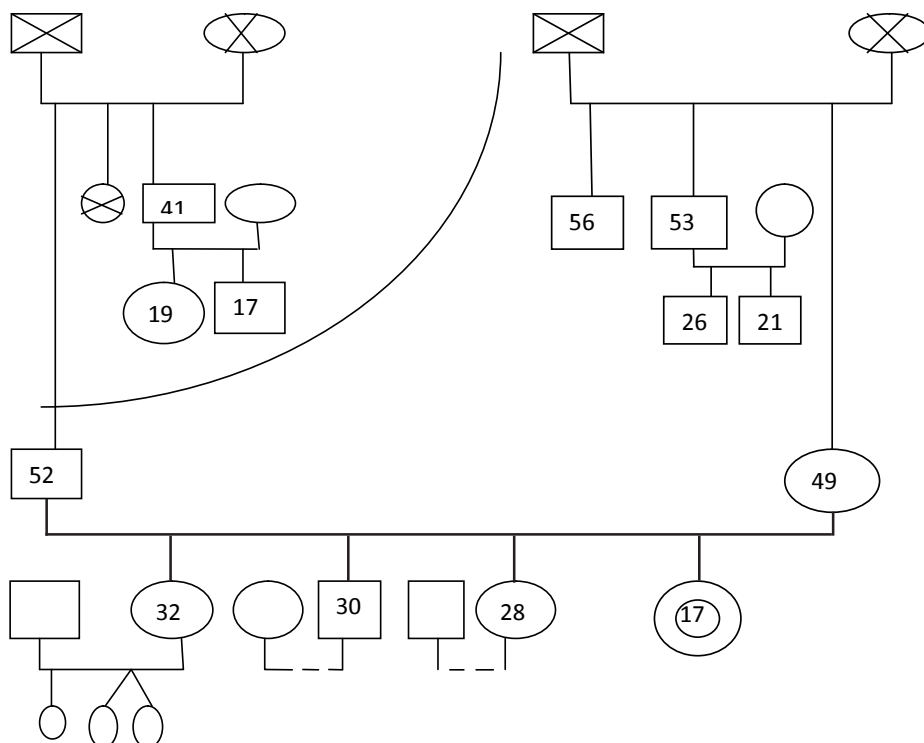
El proceso terapéutico de Rita tuvo una duración de dos años y medio, desde 2008 hasta el 2011. Se realizó en un centro de día, dedicado a la prevención y al tratamiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria. El centro funciona como un hospital de día y ofrece también servicios de tratamiento ambulatorio. El tratamiento de Rita fue realizado en régimen de centro de día. El horario completo de hospital de día es de 10 a 18:30. Las personas que acuden en este horario (Rita entre ellas) realizan cuatro ingestas alimentarias en el centro, y desarrollan la mayor parte de las actividades en grupo. El grupo de autoayuda del que formaba parte Rita estaba formado por unos 25 miembros aproximadamente, todos ellos menores de edad en el inicio del tratamiento. El centro tiene un convenio con el seguro escolar por el que todas las personas que no estén cotizando en la seguridad social, como es el caso de

Rita, tienen el tratamiento cubierto por dicho seguro, no obstante la terapia familiar no está incluida.

La demanda era ajena a Rita, procedía de sus padres. Ella acudía al centro obligada, a menudo acompañada para asegurar su asistencia, por tanto, se trata de una no-demanda según los tipos de demanda estipulados por Villegas(1996).

Rita presentaba sintomatología de Trastorno de la Conducta Alimentaria de tipo Anorexia Nerviosa Purgativa (DSM.IV 307,1), estaba obsesionada con el cuerpo y la comida, mantenía una fuerte restricción alimentaria y el malestar que le causaba lo poco que comía le generaba la necesidad de hacer conductas compensatorias tales como vomitar, tomar laxantes e hiperactivar, tenía amenorrea y estaba en un Índice de Masa Corporal de 16, infra peso. No obstante, la sintomatología alimentaria aparecía en un marco general de la sintomatología propia del Trastorno Límite de Personalidad (DSM 301.83). Presentaba una gran inestabilidad emocional, estaba aislada socialmente, no acudía al colegio, con su familia mantenía una actitud o muy cariñosa y demandante o tremendamente agresiva, realizaba consumo de tóxicos y se autolesionaba.

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PROBLEMA:



Rita tenía mucha relación con la familia por parte de su madre: había pasado la mayor parte de su infancia con la abuela materna, quien vivía con su hijo mayor, el tío que había abusado sexualmente de ella. En cambio, sólo el padre de Rita iba a visitar a su madre, la abuela paterna, de vez en cuando; los demás no tenían ningún contacto con la familia paterna. El abuelo paterno se suicidó, ahorcándose, el día del santo de su padre. Rita nos contó que sabía por sus hermanos, que sus padres habían tenido discusiones muy fuertes, causadas por los celos del padre, sin embargo al iniciar el tratamiento estos conflictos no se estaban dando. Explicó que lo que sí que recordaba eran unas broncas muy fuertes entre el padre y su hermano, cuando éste tenía problemas con las drogas. Explicó que su hermana mediana también había tenido problemas con las drogas y que la mayor había tenido síntomas de patología alimentaria.

Los hijos podrían haber estado relevándose en la función de chivo expiatorio con sus diferentes síntomas, quedando los miembros de esta familia atrapados en triangulaciones desviadoras. La hermana mayor vivía en otra comunidad autónoma, a más de mil kilómetros de distancia.

Rita explicaba que los abusos habían empezado cuando ella tenía 4-5 años, se daban durante las celebraciones familiares en las que se reunían todos, o en casa de los abuelos maternos. El tío se la llevaba con la excusa de la moto o de darle caramelos. También explicaba que en quinto de primaria unos niños la obligaron a participar en juegos sexuales sin que ella quisiese, amenazándola en encerrarla en el lavabo si no lo hacía. Nunca les comentó nada a sus padres.

Rita tenía una historia de fracasos en los intentos de socialización. En primero de la E.S.O. realizó un cambio de colegio, lo vivió como una nueva oportunidad, no obstante los problemas se agravaron. Ella creía que se debía a que se vestía con marcas y a que obedecía a los profesores. Pasaba las horas del recreo escondida, y empezó a dejar de tener hambre, esto le hizo adelgazar y entonces quiso más. En esta época empezó a consumir estupefacientes; cannabis, cocaína y anfetaminas, y notaba que le ayudaban a adelgazar.

En el siguiente curso en su colegio se realizaron unos talleres para la prevención de los trastornos alimentarios, en ellos se habló de las páginas de Pro-Ana y Pro-Mía. Se trata de claves que utilizan las personas que tienen patología alimentaria con la intención que no se les censure el espacio que estén utilizando en internet, las webs Pro-Ana van dirigidas a perfiles anoréxicos y las webs Pro-Mía a perfiles bulímicos. Rita se sintió profundamente identificada y empezó a ser una asidua de estas páginas y a seguir todos los consejos que allí se proponían. Empezó a aislarse cada vez más y sólo salía acompañada de su hermana mediana o su madre.

Hizo un proceso terapéutico con un psicólogo que se interrumpió por la muerte de éste. Rita contó que le había ido bien porque se podía desahogar pero que nunca le había hablado ni de la anorexia, ni del abuso.

Contaba que desde finales del 2007 le venía de manera intrusiva el abuso a la

mente. Un día Rita le preguntó a su madre, “¿alguna vez te han hecho algo que no has contado?”. Al día siguiente su hermana mediana le preguntó a Rita si le había pasado algo que no les había contado y Rita contó el abuso. Los padres en seguida la creyeron, el padre quiso ir a pegar al tío, pero le detuvieron, no obstante cortaron la comunicación con él. Al enterarse la hermana mayor, ésta explicó que a ella también le había pasado lo mismo.

Al cabo de unos meses los padres se ponen en contacto con el centro preocupados por la conducta agresiva de Rita, tanto con ella misma como con los demás. En esos momentos todos los hermanos de Rita estaban independizados y Rita vivía con sus padres, estaba a punto de cumplir los diecisiete.

METODOLOGÍA TERAPÉUTICA Y SUPERVISIONES

En el marco del programa del tercer año del Máster de Terapia Cognitivo Social de la U.B., tuve la oportunidad de participar en un grupo de supervisión formado por el Dr. Manuel Villegas Besora y otros profesionales de la psicología clínica, dicho grupo perduró a pesar de la finalización de los estudios. Los casos eran comprendidos a través de la teoría evolutiva del Desarrollo Moral (Villegas, 2011). A continuación describiré lo que me aportaron estos espacios de supervisión, contextualizándolo con el momento del tratamiento.

PRIMERA SESIÓN DE SUPERVISIÓN:

Muchas chicas que han sufrido abusos sexuales lo mantienen en silencio. Rita no, al llegar al centro es lo primero que contó, como si fuese su carta de presentación. También explicaba que era conocedora que con las autolesiones y con el infra peso “*jodía*” a sus padres, y ponía mucho hincapié en que esto era algo que no quería dejar de hacer. Ésta “no demanda” sumada a la gravedad sintomatológica del caso fue el motivo por el cual lo quise supervisar.

Para realizar la supervisión aporté el genograma y la línea de la vida de la paciente identificada que compartí con mis compañeros. También comenté mi preocupación por el bajo peso de Rita (I.M.C. de 16), y el alto grado y frecuencia de las autolesiones y agresiones hacia los demás que cometía.

Empezamos la sesión de supervisión abordando el hecho de que el abuso puede ser construido de diferentes maneras. Rita había realizado la siguiente construcción; mi cuerpo puede ser usado y abusado (hacer mal uso, pasarse del uso), mi cuerpo no me pertenece y puede ser el centro de las iras. Existía una disociación entre Rita y su cuerpo. La relación que mantenía con su cuerpo era de abuso, lo convertía en un reclamo para los demás, dándole un valor de objeto, por ejemplo con la extrema delgadez o con las autolesiones que se infringía.

El supervisor comentó que utilizar a alguien es vaciarlo de sí mismo, quitarle la esencia, y señaló que esto tiene un efecto estructural que puede explicar el Trastorno de Personalidad.

Ahondando en el significado de los actos de Rita el supervisor señaló que pretendía suscitar el bien a través del mal; pedía protección y cuidado a través de la desprotección y de la destrucción, quedando atrapada en el círculo vengativo de la justicia.

Una manera de convertir su sentimiento de rabia en algo positivo podría haberse dado de la siguiente manera; siento rabia porque no me han cuidado, quiero ser cuidada y protegida, me cuida y me protege. Para darse esta dialéctica Rita hubiese necesitado tener un nivel de regulación moral diferente al que presentaba. Tanto el supervisor como los profesionales que compartíamos el espacio de supervisión, veíamos un nivel de regulación entre pre-nómico y anómico no integrado en Rita.

La impulsividad es el resultado de una anomía desregulada. Y la regulación pre-nómica se expresaba en la delegación que tanto Rita como sus familiares hacían de sus necesidades. Por ejemplo, Rita esperando que alguien le procurase protección, no sabía cómo hacerlo ella misma; estaba desprovista de la posibilidad de no sentirse objeto. Y los padres, abrumados por la situación, esperaban que alguna institución resolviese los problemas conductuales de su hija menor. Se comentó, en el grupo de supervisión, que a menudo la indiferencia genera más indiferencia.

Un cuerpo es una persona, la persona siente, piensa y vive con su cuerpo, éste no se posee. Vimos, como en otros casos tratados en este grupo de supervisión, que lo que la mente no elabora, lo elabora el cuerpo; lo que Rita no elaboraba lo expresaba su cuerpo con la sintomatología.

Se propuso acompañar a la paciente a construir el significado del abuso desde su propia experiencia de abuso de sí misma, lo que hacía con la comida, con los cortes. Ayudarla a elaborar, no la morbosidad del abuso, no la anécdota, sino el significado. El supervisor explicitó la diferencia que hay entre ser víctima de un desastre natural y ser víctima de un desastre intencional; reside en que la referencia es la acción del otro, no hace referencia a la propia acción. El objetivo sería tener una idea profunda de lo que era el abuso para ella, con el fin de realizar una reparación ontológica; volver a ser el cuerpo. Un cuerpo como objeto no tiene dignidad, no es una persona y deviene el campo de expresión de todas las emociones. Era una manera de cursar las emociones de manera primaria, que denotaban que Rita no había podido desarrollar las herramientas necesarias para hacerlo desde un curso complejo.

Decidimos cerrar la sesión de supervisión aquí. Me di cuenta que no habíamos hablado explícitamente de la demanda que yo traía sobre el caso: ¿cómo trabajar una no demanda?. No obstante, pensé que acompañando a Rita a tomar conciencia del significado que tenía para ella el haber sido abusada y, actualmente ser ella quien mantiene una relación de abuso con su cuerpo, se generaría una demanda y una dirección de tratamiento, y así fue.

SEGUNDA SESIÓN DE SUPERVISIÓN:

Habían pasado 6 meses desde el ingreso de Rita en el centro. Se la estaba acompañado a comprender qué significaban para ella los abusos, era consciente de que había aprendido a usar su cuerpo, a abusar de él, no sólo en las conductas autoagresivas que conocíamos, sino de manera generalizada en las diferentes áreas de su vida, por ejemplo en las relaciones que establecía con los chicos. Rita había solicitado demanda, una demanda propia: quería aprender a tratar bien a su cuerpo, superar la anorexia, y también quería mejorar la convivencia en casa.

En este momento del tratamiento Rita había conseguido dejar de agredir a sus padres, mantenía constancia en la asistencia al centro y ya no requería venir acompañada por riesgo de fuga. Había reducido notablemente la frecuencia y el uso que hacía de las autolesiones. Ya no ingería medicación de forma descontrolada, ni tomaba laxantes. Con el grupo terapéutico tuvo muchos conflictos que iba resolviendo con el acompañamiento de los terapeutas, y estaba cada vez más integrada. A pesar de esta reducción de la sintomatología más notoria, Rita continuaba regulándose de manera prenómica y hablaba de una nueva sintomatología, no expresada con anterioridad, que consistía en la aparición de ideas persecutorias y decía que escuchaba voces que le decían lo que tenía que hacer.

Ésta nueva sintomatología me alarmó y me llevó a cuestionarme si el diagnóstico estaba bien realizado, decidí a volver a llevar el caso al grupo de supervisión. A parte de obtener un mejor entendimiento de todo lo que le estaba pasando a Rita, quería pedir a mi grupo de supervisión ayuda en cómo llevar a término el proceso terapéutico de volver a ser cuerpo que se había planteado en la primera sesión de supervisión.

En esta ocasión, compartí con mis compañeros y el supervisor dos escritos realizados por la propia paciente. Con el fin de acompañar a Rita a entender la construcción que hacía del abuso, le había propuesto escribir sobre ello, y ella aceptó, el recurso de escribir estuvo presente a lo largo de todo el tratamiento, ella lo definía como una manera de hablar consigo misma.

En uno de los escritos hablaba de cómo, dónde y cuándo se daban los abusos sexuales por parte de su tío materno. Llamaba la atención que el tío siempre usaba algo que le gustase a ella para que la acompañase, por ejemplo, unos caramelos que a ella le encantaban o las motos, tema que también le apasionaba.

En el otro escrito describía con nostalgia las Navidades que celebraba junto a su familia cuando era pequeña. Era sorprendente la dualidad que aparecía en este escrito; por un lado hablaba de unas celebraciones idílicas, con mucha gente, dónde ella y su hermana mayor eran tratadas como “*princesitas*”, por otro lado, simultáneamente, en dichas celebraciones se producían algunos de los abusos, “*era como si yo para mis padres no existiese... me veían como la rarita*”

Después de leer y compartir mis preocupaciones con el grupo de supervisión, el supervisor encaró el tema y empezó a dar luz y significado a la nueva sintomatología.

Comentó que las ideas persecutorias son bastante congruentes si uno no se siente protegido. Si tú no te proteges y tampoco te protegen, los peligros aumentan, porque no hay una percepción de defensa, al contrario hay una percepción de indefensión.

Prosiguió explicando que las voces podrían haberse generado desde la disgregación del yo que presentaba Rita, un yo disgregado, que no está bien construido. Por esto, era necesario reconstruir la historia de manera integrada. En un yo desintegrado las partes desintegradas hablan por sí solas, hablan aparte. El supervisor sugirió que quizás las voces tenían que ver con su mundo interior, a su vez, las ideas persecutorias podían estar relacionadas con la manera en que estaba desintegrada la vivencia del mundo exterior. Un mundo que le generaba gratificación y a la vez abuso. Entonces, ¿cómo podría saber que no la engañarían? Su inseguridad se proyectaba con miedo, porque la podían engañar, la podían abusar, y no sabría distinguir, no sabría situarse, por tanto, el mundo era peligroso.

Sigmund Freud (1856-1939) conceptualizaba estas problemáticas como traumas, mientras que el supervisor lo veía como un proceso evolutivamente desintegrado, por tanto, debe reconstruirse evolutivamente para poder integrarlo.

Gracias a estos espacios de supervisión, y a casos como el de Rita, aprendí a no dejarme alarmar por la pomposidad del síntoma sino a entenderlo desde su significado. Aquí me di cuenta que los nuevos síntomas no planteaban un diagnóstico diferente, el grupo de supervisión me ayudó a integrarlos en la hipótesis generada en la primera sesión de supervisión, a ver que nacían desde un nivel de regulación prenómico y desde la misma escisión que Rita presentaba con su cuerpo.

Rita tenía una estructura desintegrada, que estaba proyectando en sus relaciones interpersonales. El supervisor volvió a señalar que esto era evolutivo y estructural. Comentó que a veces, el abuso, no quiere decir necesariamente que nazca en el seno de una violencia o en engaños por parte del otro, sino que es suficiente que la persona esté internamente dividida para que algo pueda ser vivido como abuso. Evolutivamente, Rita no pudo construir la anomalía porque se disoció estructuralmente.

Una vez encajados los nuevos síntomas dentro de la comprensión del caso y la dirección del tratamiento, nos centramos en los escritos de Rita. El supervisor subrayó un aspecto del texto escrito por la paciente en el que describía las fiestas de Navidad de cuando era pequeña, las describía cómo llenas de amor, con muchísimas personas y con añoranza. Era en estas mismas celebraciones dónde se producían los abusos. La palabra amor despertó un aviso de alerta en el supervisor. Podía haber mucho amor, pero era un amor egoísta, egocéntrico, es decir; quiero utilizar la criatura para mi satisfacción, por tanto no hay protección, es un amor abusador. Todos los profesionales estuvimos de acuerdo en que había una confusión de sentimientos por parte de Rita, esto dificultaba más el proceso que si lo hubiese podido diferenciar claramente de ella. Esto, internamente, genera una disociación; yo quiero o no quiero una cosa, por ejemplo, haciendo referencia al caramelo. Las

motivaciones se cruzaban.

Coincidimos en que Rita debería aprender a diferenciar qué es lo que era suyo de lo que no, en otros términos, debería construir una subjetividad para poder renunciar a eso que a la vez le atraía y a la vez le abusaba, conocer que es lo que sentía y quería limpiamente Rita. Esto es muy difícil para un niño pequeño. El supervisor señaló que los síntomas se pueden leer justamente como un intento de construir un centro de ella misma a través del cuerpo; si se lesionaba, era ella quién se lesionaba, no la lesionaba otro, si ayunaba, era ella quién sometía su cuerpo al ayuno, es decir, entendimos que Rita estaba intentando apoderarse de su cuerpo, pero de una manera destructiva.

Rita intentaba apropiarse de eso que había sido un objeto para otro. De ahí que muchas veces, en la Anorexia Restrictiva sobre todo, hay una negación de la feminidad entendida como el cuerpo para el otro. Un cuerpo que prácticamente niegan, de alguna manera es como querer prescindir de él pero si se prescinde más, se mata. El supervisor explicó que es muy típica en la Anorexia Restrictiva la creencia de que se es un alma y que se trasciende del cuerpo y que, por tanto, se puede prescindir de él. Puso de relieve que nada de esto tiene que ver con estar guapa. Se trataba de un intento de encontrar lo más alienable de sí misma. Ya que el cuerpo de Rita fue descontrolado por otro, ella intentaba controlarlo, intentando controlar las necesidades más básicas, o reprimirlas, intentando dominar el núcleo más básico de sí misma. El supervisor señaló que eso era erróneo, porque en lugar de plantearse la regulación desde un punto de vista moral, es decir, sobre la responsabilidad, se planteaba una regulación del cuerpo, como si el cuerpo fuese el culpable, como si haciendo desaparecer al cuerpo, consiguiese hacer desaparecer el deseo de los otros y, por tanto, dejase de ser alienada o de poder serlo. La idea es que si me mato, ya nadie podrá abusar. Paradójicamente, el suicidio parece el acto de máximo dominio de sí mismo, pero tiene un inconveniente, dura un momento; soy el amo de mí mismo, pero al instante dejo de serlo, es paradójico, aunque en la construcción mental se vivencia como que nadie puede dominar sobre la propia vida.

El supervisor hizo referencia a una anécdota explicada por la terapeuta al inicio de la sesión de supervisión; en un espacio de terapia grupal Rita se asustó al saber que si conseguía una restricción alimentaria total moriría, la sorpresa que le causó saber que moriría nos dejó perplejos al resto del grupo terapéutico y a los mismos terapeutas.

El supervisor comentó que a veces, en los casos de abusos, nos centramos en que como la persona es pequeña, el fallo es de los protectores, y lo es, pero psicológicamente el impacto es “que yo no puedo”. Por tanto, debemos reconstruir este poder. En definitiva toda persona ha de hacer este proceso, haya estado abusada o no. Si ha sido abusada puede ser más difícil, pero tiene una experiencia que por contraste puede ser muy potente. Finalmente, lo que te queda es lo que has

aprendido. Estamos habituados a poner el acento sobre la víctima, pero en general los maltratos se dan dentro de una dinámica relacional, nos recordó el supervisor. En definitiva la vida es tuya, la responsabilidad en el sentido de responderte a ti mismo.

Entendimos que Rita tenía que construir un sistema de regulación interno. Saber qué quería y qué no quería y actuar coherente a esto. Cuando ella era pequeña, no podía, y se regulaba en definitiva por el placer del caramelo. Había sensaciones y experiencias contradictorias que no integraba, que supeditaba unas a las otras. Esto a nivel de experiencia psíquica queda, es parecido a quién se supedita a la droga; a quién se ha drogado le queda una experiencia psíquica, por tanto, para liberarse debería romper con esta supeditación, renunciar al placer.

Para ello, el supervisor propuso los siguientes tres pasos claros:

- 1-. Reconstruir la historia de los abusos en el sentido de cómo se sentía ella en ese momento (cuando se daban), qué mezcla de sentimientos contrapuestos había, por qué creía que cedía; es decir: resituarse.
- 2-. Elaborar la reacción que esperaba de los demás, entender por qué no se dio, entender por qué no explicó el abuso, de qué manera hubiese modificado la armonía, quizás ella no quería que el ambiente tan fantástico se rompiera. Entender bien cuál era su posición y si estaba esperando algo de los demás pero a la vez no quería que se diese. Poderse situar también frente a la reacción de los demás y el abusador. El supervisor recalcó que la aceptación no es resignación, es reposicionamiento.
- 3-. Construir cómo reaccionaría en ese momento; ponerse en la piel de la niña que fue abusada, pero con la conciencia actual.

Todo el grupo estuvo de acuerdo con los pasos planteados por el supervisor. Me ayudaron mucho, tanto en la profundidad y luz que dieron a los actos de Rita, como en dotarme de herramientas y una dirección y guión claro de tratamiento.

TERCERA SESIÓN DE SUPERVISIÓN:

Ya había pasado casi un año y medio desde el ingreso de Rita en el grupo terapéutico. Había seguido el guión propuesto en la anterior sesión de supervisión. El proceso de Rita, en términos de la Teoría del Desarrollo Moral (Villegas, 2011), había consistido en acompañarla a construir una anomía integrada e ir evolucionando hacia los nuevos estadios del desarrollo moral.

Rita se encontraba, en esos momentos, reanudando sus estudios. Pero al poco tiempo de empezar el curso tuvo una recaída notable a un nivel de regulación de nuevo prénómico y a la antigua sintomatología, Rita llevaba meses sin presencia de sintomatología alimentaria y las autolesiones habían quedado lejos. Sin embargo, al segundo mes de colegio empezó a contar que se añoraba del síntoma, en especial añoraba controlar lo que comía y la obsesión por el cuerpo. Empezó a tener faltas de asistencia a clase y a desmotivarse. Hablaba de una pereza que le impedía ir a

clase. Oscilaba entre un estado prenómico y otro heteronómico no integrado de exigencia hacia los demás y hacia sí misma; o quería tirar la toalla y volver a la Anorexia Restrictiva, o se exigía y exigía a los demás sin dar espacio al error.

Esta recaída de Rita más la constatación de que no la estaba acompañando a evolucionar a nuevos niveles de desarrollo moral de manera integrada, me movilizaron a volver a supervisar el caso.

En esta ocasión, llevé la línea de la vida y el genograma de Rita, y expuse a mis compañeros sus circunstancias actuales. El supervisor enseguida inició la sesión rescatando algunas vivencias de la historia de Rita que no habían sido abordadas. Me di cuenta, que el abuso había eclipsado el proceso terapéutico y que aún quedaban para elaborar aspectos de su historia que también le habían condicionado y que tenían mucha relación con la nueva etapa que estaba iniciando. Me estoy refiriendo a todos los problemas de socialización que había tenido Rita, llegando a cambiar en varias ocasiones de colegio, pero fracasando en las diferentes estrategias que había probado.

Vimos que la pereza de Rita era otra forma de pasividad, había dejado de castigarse, pero no asumía una actitud activa respecto a sí misma. El abuso había sido asumido, pero el bullying escolar no había sido tratado. En el colegio había desplegado muchas estrategias pero ninguna le funcionó, esto nos hizo plantear que quizás Rita no creía en sus propios recursos, que tenía una percepción de incapacidad propia. Una manera de protegerse contra la crítica es no hacer nada, pero también una manera de no hacer nada es tener miedo a la crítica, tiene las dos caras. Rita utilizaba el miedo a la crítica como excusa.

En esos momentos tenía que afrontar a sus propios deseos. Ella quería estudiar fotografía y sacarse la E.S.O. y para ello debía responsabilizarse, en el sentido de responderse a sí misma. Responsabilizarse desde una estructura heteronómica no es responsabilizarse, es exigirse u obedecer, pero no es responsabilizarse. Responsabilizarse es hacérselo suyo. En esos momentos Rita no se estaba responsabilizando de su vida y sobre todo no se estaba responsabilizando de la proyección de su vida. Debía plantearse todo aquello que no hizo como hacerlo, por ejemplo, qué condiciones debía cumplir para sacarse la ESO, cual era la proyección, el camino.

El supervisor señaló que la dinámica oscilatoria que presentaba Rita era lógica; si tú tienes un conflicto entre anomía y heteronomía y no se resuelve, fracasas, entonces te pones prenómico. Se trataba de acompañar a la paciente a que de la dialéctica que se daba entre anomía y heteronomía generase una síntesis. Debía empoderarse, crear poder real interno. Siendo adolescente no se puede pedir de un día para otro, pero ese era el camino. Sentirse legítima. Una posición integrada: Rita tenía un deseo, tenía un proyecto, debía luchar para conseguirlo, entendiendo que se trataba de un proceso, que tenía implicaciones, por ejemplo, para aprender a menudo es necesario equivocarse.

Cerramos la supervisión en este momento, quedándome claro que en esta etapa

de tratamiento Rita debía empoderarse, y que eso no lo podían hacer los demás por ella. El circuito oscilatorio entre un nivel de regulación de tipo heteronómico y un nivel de regulación de tipo anómico que no acaban de integrarse y que llevan a la persona de nuevo a un nivel de regulación prenómico lo he presenciado en bastantes ocasiones en la práctica clínica. Entenderlo como una dialéctica en la que hay una tesis, una antítesis y que de ellas puede nacer una síntesis me ha ayudado mucho.

Ésta fue la última supervisión. Rita agotó el servicio que ofrece el Seguro Escolar: dos años de hospital de día y seis meses de ambulatorio. Meses antes de agotar el término ya expresaba que quería tirar ella sin el apoyo del grupo ni de los terapeutas, a pesar de que agradecía mucho toda la ayuda. Ya han pasado tres años desde el final del tratamiento de Rita y he tenido noticias de ella a través del mail. Al cabo de seis meses intensificó el correo durante una semana explicando que era una pena que no pudiese costearse el tratamiento por vía privada, porque volvía a tener ganas de volver al síntoma. Dejó de escribir durante un tiempo y posteriormente me explicó que se ingresó voluntaria en un hospital público en una unidad de patología alimentaria. Pero el mismo día por la tarde, ya se dio de alta. Según me explicó ella ya sabía lo que tenía que hacer y qué estar otra vez con chicas con esta enfermedad le había ayudado a ver que no quería volver a aquello. Desde entonces en los *mails* me ha hablado de nuevos proyectos, de su proyección en los estudios, de los trabajos que ha tenido, de su pareja, de estancias en el extranjero para aprender idiomas, etc. Cuenta que a veces tiene problemas y sufrimientos, pero que se siente lejos de tener ganas de refugiarse en un síntoma que tiene ganas de vivir, lo bueno y lo malo. Con el paso del tiempo cada vez se va agrandando más el tiempo transcurrido entre correo y correo.

El objetivo de este artículo es ilustrar la comprensión, el enfoque y el proceso terapéutico, en un caso de una adolescente con rasgos de Trastorno límite de la personalidad y Trastorno de la Conducta Alimentaria de tipo Anorexia Restrictiva, a través de la teoría evolutiva del Desarrollo Moral Para ello, construiré este artículo basándome en las tres sesiones de supervisión realizadas.

Palabras clave: desarrollo moral, abuso, impulsividad, trastornos alimentarios, autolesiones, trastorno límite de la personalidad, terapia narrativa, integración, adolescencia, dialéctica

Referencias bibliográficas

- Villegas, M (1996). El análisis de la demanda: una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26-27, 25-78.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder



Manuel Villegas

PROMETEO EN EL DIVÁN

Psicoterapia
del desarrollo moral

Herder

DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN UN CONTEXTO DE PAREJA

Albert Vidal Raventós
albertvidal@copc.cat

In the present article, we introduce a case study of sexual therapy that takes place within a couples' context. At the beginning of the process, the couple presents erectile dysfunction which started just over one year before. Throughout the sessions, the symptoms significantly improve as a structural crisis, based on a crossed imbalance between symmetry and complementarities, surfaces in the couple.

Keywords: psychotherapy, couple therapy, sexual therapy, moral development erectile dysfunction, impotence

Introducción

El caso que exponemos a continuación se refiere a una pareja joven, que acude a consulta por un problema de disfunción eréctil de poco más de un año de duración. En el momento de escribir el presente artículo, la terapia sigue en curso, habiéndose realizado siete sesiones en total, de una hora y media de duración, espaciadas tres semanas o un mes entre sí. En ese período se observa una evolución positiva del síntoma sexual, con remisión prácticamente completa. Sin embargo, paralelamente, aflora un conflicto de pareja complejo, que es explorado a lo largo de las sesiones y será expuesto en este artículo.

El caso ha sido supervisado en dos ocasiones en el grupo de Manuel Villegas, después de la segunda y de la séptima sesión. Hemos querido reflejar de forma diferenciada estas dos supervisiones. La primera, con tan solo dos sesiones de terapia, se centró en la obtención de más datos, estableciendo un listado de señalamientos e hipótesis con finalidad exploratoria. La segunda supervisión, en cambio, se orientó principalmente a analizar la información obtenida, a estructurarla e interpretarla.

De este modo, este artículo está dividido en tres partes. Empezamos con una síntesis de las dos primeras sesiones de terapia, donde se contextualiza el caso, se describe la demanda, y se exponen datos demográficos y del problema. La segunda parte del artículo corresponde a una síntesis de la primera supervisión, que

presentamos en forma de listado de señalamientos e hipótesis. Finalmente, en la tercera parte proseguimos con el relato de las posteriores cinco sesiones terapéuticas, estructuradas con el apoyo de la segunda supervisión.

Contextualización del caso y la demanda. Las primeras dos sesiones

Mireia y Raúl son pareja desde hace diez años, y llevan ocho años viviendo juntos. Ella tiene 37 años y él 35. Acuden a consulta por un problema de disfunción eréctil, que se inició hace un año y se desarrolló progresivamente durante el transcurso del mismo. Actualmente, Raúl es capaz de mantener la erección durante el acto sexual una de cada diez veces, aproximadamente. *“Por fin”*, se dice a sí mismo, cuando lo consigue. En cambio, cuando la erección no se produce, o no es suficiente para lograr o mantener la penetración, queda *“hecho polvo”*. Mireia dice mantener una actitud comprensiva cuando eso ocurre, pero él no quiere hablar del tema, asegura. *“Cuando tiene un problema se lo guarda, se cierra. Por fin he conseguido traerlo a terapia”*.

Ha realizado una exploración médica, por parte del urólogo, descartando causas orgánicas significativas. Sí que le han detectado niveles de colesterol por encima de la normalidad, y un cierto sobrepeso, que trata de corregir con dieta. En todo caso, ninguno de estos factores explicaría el problema de la erección. Técnicamente, pues, nos encontraríamos delante de un caso de disfunción eréctil secundaria, parcial/total y situacional (Cabello, 2010).

Hablamos de deseo sexual, donde se observan posiciones contrapuestas. Raúl se autodefine como una persona con poco apetito sexual, *“para mí lo haría cada quince o veinte días”*, afirma. Mireia interviene indignada: *“lo que más me angustia es que él no tenga ganas... no me siento deseada, antes no era así”*, haciendo referencia al primer año y medio o dos años de la relación, cuando aún no vivían juntos. En el momento que compartieron la vida cotidiana, explican, el deseo –de Raúl– decreció progresivamente. Mireia dice sentirse desgastada, *“me he cansado de buscarlo”*. Cuenta que él la esquivaba, sin querer hablar del problema, haciéndose el dormido, etc... En algunas ocasiones se enfadaban. *“Ahora que él siente angustia es cuando se ha decidido a venir, yo ese problema ya hace ocho años que lo sufro”*, afirma Mireia. *“Si él no ha hecho nada hasta ahora es porque confía en que no le haré el salto...”*. Raúl asiente, para informar que en parte está de acuerdo con lo dicho por Mireia.

Aquí nos planteamos la posibilidad que Raúl experimente deseo sexual hipoactivo, hipótesis que dejamos abierta para más adelante, pues de momento parece no vincularse cronológicamente con el problema de disfunción eréctil, ya que es previo en el tiempo.

Cuando se les pregunta por las diferentes áreas de la pareja, a parte de la sexual, aseguran que forman una pareja ideal. En relación a la convivencia diaria, la gestión económica, los momentos de ocio, la amistad y complicidad mutuas, las familias de

origen, los amigos compartidos... A ese párrafo cabe prestarle atención, pues entrará en contradicción con la información que se nos va revelando a medida que avanzan las sesiones.

Se explora la línea de vida de la pareja, y aparece un evento relevante. Hace cuatro años, Mireia interrumpe su primer embarazo por un aborto espontáneo. A resultas de ese suceso inesperado, se le detecta un cáncer de útero, que supera después de una intervención quirúrgica y posterior tratamiento. Las consecuencias inmediatas son la pérdida de la fertilidad, y el desarrollo de un trastorno de ansiedad que es tratado con una terapia psicológica de un año de duración y medicación con ansiolíticos. Actualmente aún se medica, pero de forma muy puntual. *“Fue muy duro”, afirman los dos, “pero nos ha unido más que separado”. Hablamos de la terapia; “Carpe Diem”, sintetiza Mireia, “aprendí que la vida se tenía que aprovechar, disfrutar los momentos, el día a día, y no planificar tanto...”*

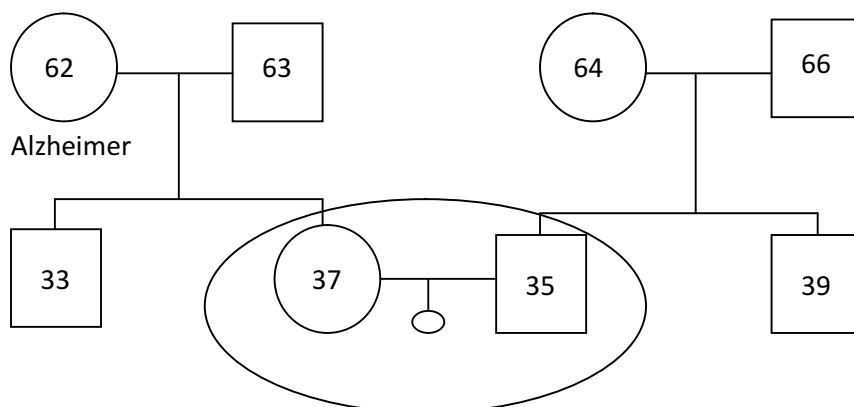
Mireia confiesa que habría querido quedarse embarazada ya antes. *“Él quiso planificar, esperar dos años, y mira... yo ya lo quería entonces. Si no hubiésemos esperado...”* Mireia piensa que fue una mala decisión. Ahora han encontrado la solución de un vientre de alquiler, están en trámites.

“Sí, tengo tendencia a planificar, soy muy organizado”, afirma Raúl. De profesión es músico y técnico de sonido. Trabaja como autónomo, “voy por libre”, precisa. Es ordenado, exigente y sufridor. A menudo trabaja desde casa, haciendo llamadas y organizando la agenda. Reconoce que le cuesta desconectar del trabajo: “me encanta mi trabajo, me siento libre, no sé, siento que tengo el control, que nadie me manda. No me gusta que me ordenen”. Para Raúl, la libertad es un constructo central, con el que conecta muy a menudo, incluso en el vestir: lleva ropa deportiva, amplia y cómoda, sin preocuparse por lo que dirán, excepto en las actuaciones, donde mira de arreglarse lo mínimo imprescindible. Para Mireia, en cambio, la presencia es importante, le gusta ir bien vestida. En ese sentido, se queja que él sea tan reticente a ponerse ropa elegante, no van nunca en sintonía. De hecho, en la consulta se puede apreciar la discrepancia que comenta Mireia.

“Estás obsesionado por el trabajo”, dice Mireia a Raúl. Ella le reclama que desconecte más de las obligaciones laborales, que le preste más atención, que le pregunte como está, “que sea un poco más cariñoso, que esté un poco más sobre de mí. Me costó adaptarme a su demanda de libertad”. Raúl replica *“Es que yo veo que ella siempre quiere más, nunca es suficiente”.* Mireia lo niega *“¡Esto no es cierto!”*.

En el genograma podemos observar la situación familiar de Raúl y Mireia. A destacar la enfermedad de la madre de Mireia, con un diagnóstico de Alzheimer desde hace cuatro o cinco años. Actualmente presenta un deterioro cognitivo avanzado, aunque vive en casa. El padre de Mireia se jubiló prematuramente para poder asistirle.

Genograma:



Hasta aquí una síntesis de las primeras dos sesiones. Se prescribe una primera tarea, fácil y sencilla, para que puedan actuar ya sobre el síntoma. Se trata, por un lado, de prohibir temporalmente el coito, con el objetivo de reducir de forma inmediata la ansiedad y la demanda de ejecución (Masters y Johnson, 1970). En segundo lugar, considerando que sí se produce erección, aunque muy fluctuante a medida que se acerca el coito, se procederá a practicar la “técnica fastidiosa” (Masters y Johnson, 1970), consistente en estimular el pene de forma intermitente, provocando subidas y bajadas de forma intencional. Esta técnica es efectiva para habituarse a las fluctuaciones de la tumefacción, y permite recuperar confianza en la propia capacidad de remontar una bajada eventual de la erección.

Primera supervisión clínica:

La primera supervisión se produce pasadas las dos primeras sesiones de terapia. El camino recorrido es aún escaso, por lo que la supervisión coge un matiz flexible, con propuestas necesariamente abiertas, que deberán ser exploradas en posteriores sesiones de terapia.

Comentar, también, que no todos los puntos recogidos durante la supervisión han sido explorados aún en terapia, aunque siguen ahí, en función de la evolución del proceso terapéutico.

1. Has comentado que hace cuatro años Mireia fue operada de un cáncer de útero, donde perdió el embarazo y le incapacitó para quedar otra vez encinta. Tuvo después un período de recuperación física y psicológica. Por otro lado, afirmas que Raúl tiene un problema de erección desde hace un año o año y medio. Entonces, ¿sabemos qué pasó y cuanto tiempo transcurrió entre la recuperación postoperatoria y el inicio de la disfunción eréctil?

2. Se observa la creencia de Raúl: “Ella nunca tiene suficiente”. ¿A qué ámbitos aplica la creencia?
3. En los encuentros sexuales, Mireia presenta una actitud demandante, mientras que Raúl mantiene la actitud contraria. Parece observarse una dinámica perseguidora-fugitivo.
4. La demanda de Mireia ¿es una demanda de deseo –sentirse deseada– o de satisfacción sexual? Son conceptos diferentes, que probablemente los estemos tratando como una misma entidad. ¿Qué es lo que ella desea? Y Raúl ¿cómo responde a esa demanda?
5. Hablemos del síntoma. Raúl se siente frustrado cuando no puede mantener la erección. Pero, ¿qué le frustra, exactamente? ¿Qué pasa cuando no puede conseguir la erección? ¿Cómo reacciona Mireia?
6. Ese último punto nos lleva a indagar en una de las afirmaciones de Mireia: *“Ahora que él tiene angustia, es cuando se ha decidido a venir. Yo este problema ya hace ocho años que lo sufro”*. Para Mireia, parece que la angustia de Raúl sea de naturaleza egocentrada, como si él no tuviese en cuenta su deseo.
7. La anterior afirmación de Mireia lleva a pensar que la dinámica perseguidora-fugitivo es anterior al síntoma de disfunción eréctil. Por lo tanto, si bien podría condicionar –poniendo presión sobre Raúl– no explicaría por sí solo por qué aparece hace tan solo un año o año y medio. ¿Qué ha cambiado desde entonces?
8. El tema del vientre de alquiler parece una solución efectiva para resolver la incapacidad para engendrar hijos. Ahora bien, surge la siguiente cuestión: ¿será hijo biológico de los dos, o sólo de Raúl? Como lo viven internamente? ¿Cuándo y cómo tomaron esa decisión?

De la tercera a la séptima sesión.

Estructuramos las siguientes sesiones a partir de los siguientes ejes, que van desarrollándose de forma simultánea a lo largo de la terapia. Empezamos por el eje propiamente sexual.

- **Disfunción eréctil, resolución.**

A medida que avanzan las sesiones, el problema de disfunción eréctil empieza a resolverse. En un primer momento, durante las sesiones tercera y cuarta, se recomienda a los pacientes que durante las relaciones sexuales no lleguen a realizar la penetración. Esta consigna da a Raúl un respiro, se siente menos presionado por la demanda de ejecución.

En la tercera sesión, Raúl y Mireia comentan que han tenido tres relaciones sexuales, *“dos han salido bien y una mal”*, aclara Raúl. Por “bien” se refiere a la presencia de erección sostenida hasta el orgasmo, aunque no han realizado el coito,

siguiendo parcialmente la consigna que se les propuso. Han hablado sobre ello entre sí, y atribuyen los dos éxitos al hecho de no haberlo planificado. “*El día que falló fue por mi culpa*” afirma Raúl, “*porque lo quise programar*”.

Pero, ¿qué a qué se refieren con programar o no programar? En general, la iniciativa para iniciar la relación sexual parte de Mireia; Raúl a veces accede, a veces no. Lo más habitual es que no. A menudo, después que Raúl manifieste que no tiene deseo, hace él mismo la propuesta de posponer la relación sexual uno o dos días; es entonces cuando hablamos de acto programado. Observamos, aquí, que no se trata de una programación propositiva, sino reactiva, que busca diferir una demanda externa a él.

¿Qué más implica que sea programado? Que Raúl se compromete, el día y hora pactado, a buscar a Mireia, por lo tanto, a iniciar la relación sexual. “*De algún modo también me responsabilizo que vaya bien...*”, añade Raúl. Aquí aparece por primera vez un término que va a ser clave para avanzar en la comprensión del problema: la responsabilidad. Una vez iniciado el acto sexual, el protagonismo es normalmente compartido: “*ninguno de los dos manda*”, sonríe Mireia.

Cuando Raúl lo programa, ¿cómo lo vive? “*Pues a veces he estado todo el día pensando en ello, pensando que mañana toca. Y eso me pone... no sé, tenso.*” Observamos que, en programar, la relación sexual adopta un signo normativo, algo que toca hacer, un deber. En términos de Desarrollo Moral (Villegas, 2011), se ubica en el nivel de regulación moral heteronómico. Lejos del ámbito anómico, pues, donde se expresa propiamente el deseo y el juego, por lo tanto, como ya comentamos en una anterior ocasión (Anton Chacón, L. et al., 2011), el nivel óptimo para regularse durante una relación sexual satisfactoria.

En el contexto del matrimonio, dice el supervisor, hay un concepto muy antiguo que es el débito, de naturaleza netamente heteronómica. Significa el deber de avenirse a las relaciones sexuales en una relación formalizada. Tanto de él como de ella, aunque su razón de ser vaya más dirigido a la mujer, para evitar su negativa a cumplir con el contrato matrimonial en cuestiones sexuales. En la misma Biblia (Corintios 7, versículos 3, 4 y 5) se habla detalladamente de ese contrato conyugal:

“El marido devuelva el débito a su mujer, y lo mismo la mujer al marido. La mujer no tiene potestad sobre su cuerpo, sino el marido; del mismo modo tampoco el marido tiene potestad sobre su propio cuerpo, sino la mujer.”

Deber y derechos mutuos, pues, que regulan heteronómicamente aspectos que hoy en día consideraríamos más propios del ámbito anómico: deseo, juego, placer.

Afortunadamente, en la actualidad la terminología y los conceptos relativos al débito conyugal han sido apartados del Derecho civil, así como de la misma teología moral y pastoral. Aunque perduran todavía en ciertos ámbitos del Derecho canónico, y sobre todo, permanecen aún en el trasfondo cultural de nuestra sociedad. Como cuando Mireia se considera con derecho sexual, y traslada a Raúl el deber

correspondiente, que de algún modo acepta, no sin contradicciones ni resistencia.

“No es normal que una pareja joven haga el amor cada tres o cuatro semanas, ¿verdad?”. Pregunta Mireia, buscando la complicidad médica del terapeuta. Momento en el que nosotros mismos entramos en un dilema, pues somos incapaces de trazar aquí una línea científica de lo que es patológico o no en cuestiones de deseo sexual. ¿Padece Raúl de deseo sexual hipoactivo? ¿Hasta qué punto debemos orientar la terapia a incrementar su deseo sexual?

Hecha esta reflexión al entorno del derecho y del deber, proseguimos en nuestra tarea de entender mejor como transcurren sus relaciones sexuales.

En aquellas ocasiones donde Mireia le propone sexo, y Raúl acepta, la relación transcurre por lo general sin dificultades de erección. Sin embargo, casi nunca lo hacen de ese modo, ya que Raúl raramente acepta.

Pero durante el período anterior a la aparición de los síntomas de disfunción eréctil también se planificaba, casi siempre. Entre la operación y la recuperación de las relaciones sexuales pasaron unos meses. Ella tomaba Cipralex para la ansiedad, por lo que según afirma le costaba más llegar al orgasmo. Aunque no le afectó el deseo *“Yo tenía ganas igualmente”*. Desde las primeras relaciones sexuales hasta los primeros síntomas de disfunción eréctil pasaron cinco o seis meses, más o menos.

“Creo que un día” dice Mireia *“por lo que fuera –cansancio...– no pudo... se le puso en la cabeza que tenía algo, y no se lo pudo quitar de la cabeza”*. Añade Raúl: *“Sí, es posible, soy una persona que me lo guardo, y después no paro de pensar en ello”*. Mireia continúa: *“...pero los días que lo cojo desprevenido y no hay una negativa, ese día puede, y entonces se pone contento –¡he podido, he podido!–. Y entonces yo le digo que no tiene nada, que es todo de cabeza... pero vuelve otra vez a planificarlo, y es cuando falla, es que lo tengo comprobado”*.

Vamos a los “fallos”. ¿Cómo transcurren? Al inicio de la relación sexual se excitan mutuamente, esta fase en principio transcurre sin problemas. Es cuando llega el momento de la penetración que la erección cae. Se le pregunta a Raúl qué le pasa por la cabeza en ese instante. Afirma que cuando se acerca el momento de la penetración, toma conciencia que la erección ha bajado un poco (señalamos que la fluctuación de la erección, durante una relación sexual, es un fenómeno habitual). Cuando eso sucede, aparece el siguiente pensamiento, de tipo ansioso: *“Ay que se me baja, ya volvemos a estar así, no podré”*, que acelera la bajada y confirma el propio pronóstico.

¿Qué pasa después de un “fallo”? Si el acto ha sido planificado, Mireia se lo echa en cara: *“ves, es que no lo teníamos que haber programado, no se puede hacer de esa manera”*. Raúl se lo toma mal, le pide que le deje en paz, que no le diga nada, que ya tiene suficiente en fallar que encima tenga que escuchar toda esta “bronca”. *“Yo sé que si no lo consigo me llevo una bronca”*, dice Raúl. Mireia se defiende: *“Si yo lo digo por él, no lo digo por mí, porque me sabe mal que le pase esto...”*. Raúl

replica: *“Pero si yo ya soy consciente... además, el tono que utilizas no es de paz... ¡es de guerra! A mí me deja anulado en ese momento, siento que no soy nadie... no tengo suficiente en sentirme culpable que después lo remarque... entonces me hundo. A mí me gustaría que ella dijera que no me preocupara y ya está”*.

Mireia afirma que, en realidad, lo que la hace enfadar no es esto... sino el hecho que siempre lo hacen cuando él quiere, sin tener en cuenta su deseo. Que él no ha hecho nunca el esfuerzo para satisfacerla: *“no es el hecho que tenga o no erección, entiendo que es un problema que tiene él, a mí esto no me hace enfadar, todo lo contrario, me sabe mal por él. No es bronca, lo que le digo es que no tenemos que programarlo, que cuando lo programamos falla. Las broncas son cuando yo tengo ganas y él nada... aquí están las broncas”*.

Raúl interviene: *“Yo a veces digo que no, otras veces le digo que otro día, y entonces es cuando programo. Es que de algún modo me siento responsable... si hoy le digo que no, mañana le tendré que decir que sí... si no se va a enfadar, pienso que tengo que ceder”*.

Señalamos, aquí, otra vez el concepto “responsabilidad”. Como afirmamos anteriormente, se observa un patrón sexual de marcada regulación heteronómica, ubicado en las esferas del deber y la responsabilidad de él, y el derecho de ella. En ese escenario, la expresión de Raúl “tengo que ceder” no puede ser más explícita, reveladora de un conflicto de poder.

En la sesión señalamos a la pareja la posible relación entre la disfunción eréctil y la presión que ejerce Mireia para iniciar relaciones sexuales. Mireia se defiende: *“Pero ¿qué tengo que hacer, yo, no decir nada? ¿Callarme? ¿Hacer como un mueble y esperar que él lo desee? ¡Yo también tengo derecho!”*. Mireia nos habla aquí de su derecho, del derecho al deseo, o para ser más exactos, de deseo con derecho a existir y ser tenido en cuenta en el marco de la relación.

Aquí, observa el supervisor, parece que se esté interpretando el deseo como una necesidad, una necesidad que se convierte a la vez en un derecho que debe satisfacerse. Vemos como entonces se lee el deseo en términos de derecho; y si uno se considera en derecho, se ubica automáticamente en una posición *up*: el otro debe satisfacer mi derecho. Con lo que se sobrepasa precisamente el derecho del otro a no tener deseo.

Nos ubicaríamos, así, en un contexto de legitimidad, de reparto de derechos y deberes, de ceder o reivindicar, de desigualdad de poder, y por lo tanto de asimetría en la relación (Villegas, y Mallor, 2010). Más adelante volvemos a ese punto, pensamos que central en el conflicto.

En la cuarta sesión, Raúl nos sorprende, visiblemente satisfecho: *“No hemos hecho los ejercicios... pero fue bien!”*. Nos cuenta que se han saltado la consigna de no penetración, y han realizado el coito sin problemas significativos. Nos cuenta que los pensamientos y los miedos sobre no poder aguantar la erección han sido presentes, pero muy aminorados. *“Sí, me han venido a la cabeza, pero no han tenido*

ningún efecto... no me preocupaban...”.

Se constatan cambios substanciales, indagamos más a fondo. Han tenido relaciones sexuales dos veces, las dos sin planificar. La demanda de sexo ha provenido una vez de Mireia y otra de Raúl: *“Una de las veces fui yo. Hacía días que yo sabía que ella quería, aunque a mí también me apetecía”*. No es habitual que Raúl sienta deseo propio, dice que a lo mejor es porque ella ya no lo presiona tanto como antes. *“Este último mes ella está más calmada conmigo, no me aprieta tanto. Creo que ella lo ha valorado, esto”*. ¿Pero es eso lo que ella desea? Preguntamos ¿Dos veces en un mes? *“No, no lo creo... no me lo dice para no presionarme, pero yo sé que a ella no le es suficiente...”*. Mireia asiente.

Mireia ha dejado de poner presión a Raúl, pero a base de inhibirse. Ha cedido. En consecuencia, el síntoma de disfunción eréctil experimenta una mejoría significativa, que se afianzará en las siguientes sesiones. A pesar de eso, y considerando la naturaleza del conflicto, vinculado a cuestiones de simetría, ese no puede ser el punto de llegada del proceso terapéutico. Ni el punto de llegada, ni tampoco el único camino a seguir. Paralelamente, contigua a la terapia estrictamente sexual, donde se trata específicamente el problema de la disfunción eréctil, se dedica tiempo y esfuerzo en ampliar el foco de conocimiento y comprensión. Más adelante desarrollamos otros ángulos del conflicto, de forma necesariamente separada pero con voluntad de establecer una visión global e integrada del proceso terapéutico.

Habiendo hecho esta puntualización, proseguimos con el ámbito sexual. Proponemos nuevos ejercicios. En esta ocasión, se trata de encontrar un encaje entre dos deseos que se manifiestan a diferente ritmo. Un punto intermedio que implique un esfuerzo mutuo, real y percibido, y a la vez ganancias también para las dos partes.

Trabajamos el concepto mismo de sexualidad. Raúl tiene un concepto de sexualidad bastante convencional, estandarizado, rígido incluso. *Hacer el amor*, para él, es una experiencia bastante pautada, con un orden secuencial y un tiempo prefijado. Mireia se queja constantemente de este hecho. Hablamos de los matices, de las variables, de las opciones. Una relación sexual no debería ser una conducta del todo a nada, sino más bien de gradiente, donde pueden pasar cosas o no, dependiendo de las circunstancias de cada momento, un encuentro abierto a la improvisación y a la creatividad, sin metas prefijadas, donde coito y orgasmo serían posibilidades en vez de certidumbres.

Partiendo de este marco, proponemos dos estrategias para afrontar el encaje sexual. En primer lugar, dar oportunidades al deseo. Teniendo en cuenta que suele haber menos problemas de disfunción eréctil si Mireia lo pide, abrir posibilidades aunque Raúl no experimente en un inicio deseo. A menudo, como señala Cabello (2010), el deseo no precede a la excitación, sino que le sigue; dar oportunidades al deseo, pues, puede ser una opción para personas con inhibición del deseo sexual. La condición necesaria para este ejercicio es ausencia de presión y condicionantes; si el deseo no aparece, se debe respetar.

En segundo lugar, se puede jugar con el grado de implicación en la relación sexual. No es tanto una cuestión de querer o no querer, sino que a veces lo que apetece es algo más breve o menos intenso, o simplemente compartir un momento de intimidad corporal sin más consecuencias. Cuestión a negociar, por lo tanto, dependiendo del deseo inicial o del grado de excitación alcanzado durante el encuentro.

En las siguientes sesiones se constata la limitación de las anteriores propuestas. “*Si veo que tu no lo deseas*”, dice Mireia, dirigiéndose a Raúl “*entonces a mi me cortas el rollo... a lo mejor sí que tendría que cambiar ese chip... Es que yo siento que él lo hace por obligación, porque él no se está excitando*”. Raúl replica “*Pero para mí no es una obligación, yo lo quiero hacer por ti*”. Mireia añade “*Pienso entonces que yo no lo deseo, que no le gusto, y entonces no me puedo concentrar*”. Mireia necesita sentirse deseada, “*sentir que él ha dedicado tiempo, que lo haya preparado, que no sea: va, te lo hago*”. En ese sentido, tomamos consciencia que no se trata simplemente de satisfacción sexual, sino que implica también una petición de deseo, de sentirse deseada. Respondemos, de ese modo, a una de las cuestiones abiertas de la primera supervisión.

Paralelamente, y a pesar de lo anterior, las relaciones sexuales en su conjunto van mejorando. “*Se ha ganado en calidad*”, afirma Mireia, “*aunque no en cantidad*”. Y añade “*Incluso lo hemos programado y ha salido bien... yo se lo dije, no lo programes que no saldrá bien... pero no, llegó hasta el final*”. ¿Y los temores?, preguntamos a Raúl. “*Sí, ahí estaban, incluso tenía miedo de cambiar de postura, pero al final salió bien... no era aquel nivel de miedo, tampoco*”. A diferencia de antes, “*estoy un poco más tranquilo, no estoy tan apretado... noto que ella está más tranquila conmigo, me deja más libre*”. “*No le estoy encima, le doy tiempo*”, admite ella.

Hasta aquí el ámbito específicamente sexual. A continuación abordamos otros aspectos de la terapia, piezas de un mismo rompecabezas de más complejidad.

- **Creencia “ella nunca tiene suficiente”**

Durante las dos primeras sesiones, apareció esa creencia de Raúl hacia Mireia. Nos proponemos trabajarla. ¿Se aplica a diferentes aspectos? “*Sí*” dice Raúl, “*para todo, no tiene suficiente en lo económico, no le basta la casa donde vivimos...*”. Mireia no está de acuerdo “*Pero eso es porque yo hago comentarios, pero no me lo creo; económicamente, pues siempre me he apañado con lo que he tenido, y nunca...*”. Discuten sobre la creencia. Dice Raúl: “*Tu concepto de vida es hacer más, tener más, y nunca estarás contenta, es lo que percibo de ti, y te lo he dicho muchas veces*”. Mireia no lo admite: “*Eso no lo puede decir de mí, porque yo no he tenido nunca lo que he querido, y he sabido conformarme y ser igualmente feliz*”. Y sigue: “*Además, ¿eso es malo? ser emprendedora, tener expectativas...*”. Raúl sigue “*Bueno, vale, pero entonces dime ¿cuáles de esas cosas dependen de ti? Porqué yo*

me las hago mías, también, esas expectativas, ¿eh?” Aportan ejemplos, episodios concretos, para defender sus respectivas posturas. Resalta el episodio de la permanencia de Mireia en Edimburgo, seis meses, para estudiar inglés: *“Si fuese por tí”* dice Raúl *“hubiesen sido seis meses más, seguro... pero no eras consciente que eso era un pastón... aunque yo te apoyé, claro, pero fue duro, ¿eh?”*.

La discusión continúa. Dice Raúl: *“Cuando ella se propone algo, yo soy el responsable de todo... cuando ella hace un paso grande, de dejar el trabajo, yo me siento responsable”*. Mireia replica: *“Pero ese es tu problema, yo no te pido que te hagas responsable... además, cuando tú te pusiste por tu cuenta, también te hubiera podido salir mal, y yo te apoyé...”*. “Ya”, admite Raúl, *“pero tú nunca cogiste las riendas, no te hiciste responsable de nuestra situación familiar. Si tú te fuiste a Edimburgo tranquila es porque yo te apoyé económicamente”*. Raúl sigue: *“Porque si yo no me hago responsable, ¿quién lo hace? ¿Tu padre?”*. Remitir a la figura paterna es descriptivo, proyecta un rol de mayor responsabilidad, portador de recursos, frente al de ella, infantilizado.

La discusión provoca enfado mutuo. Se revela otra vertiente de la crisis de pareja, ahora relacionada con la generación desigual de recursos. Raúl expresa aquí un déficit; según afirma, Mireia no aporta suficiente, o no de forma equitativa. En ese escenario, la creencia *“Ella nunca tiene suficiente”* enfatiza su queja por el déficit percibido.

“Al principio de la relación era totalmente diferente”, afirma Raúl. *“Ella era totalmente autosuficiente, muy libre..., hacía y deshacía, y yo también... y a mí eso me molaba, que cada uno se ocupase de sus cosas”*. Esta situación cambió, afirma Raúl, en el momento del cáncer. *“Sí, fue el punto de inflexión. Es cuando ella deja el trabajo que tenía, cuando decide hacer cosas que no había hecho... y, claro, todo eso cae sobre mi responsabilidad, aguantar...”*. *“Fue un momento muy duro para ella, y yo la apoyé encantado, ¡claro! ...si para ella es importante dejar el trabajo, pues yo la apoyo... está en el paro un año y medio, y mientras hace cosas, quiere ir a estudiar inglés, pues vale, venga... pero claro, para mí ha sido duro, también. Ella se marcha, pero el que me quedo soy yo”*. Más adelante Raúl añade: *“Cuando ella decía que yo no tenía por qué coger esa responsabilidad, no estoy de acuerdo, yo no cogí nada, me vino”*.

Es en este período, alrededor del viaje a Edimburgo, cuando empiezan los problemas de erección, en paralelo con el desequilibrio de responsabilidades y la aportación desigual de recursos. El vínculo entre esas dos esferas de la relación debe ser explorado.

“Cuando regresa de Edimburgo, quiere volver seis meses más, y es entonces cuando yo le pido que no lo haga, que se quede. Y lo asume. Entonces empieza a buscar trabajo. Para mí fue un punto de inflexión”. A pesar de ese cambio, los problemas de erección continúan.

Hacemos retrospectiva. La pareja parte de una situación de equilibrio, dos

personas que se relacionan desde su autonomía. En un momento dado, se produce una crisis vital, las consecuencias de la cual recaen en mayor medida sobre Mireia. A parte de la pérdida del embarazo, desarrolla una enfermedad de alto riesgo para su vida, y sufre la pérdida de la capacidad de quedarse nuevamente embarazada. Aparece un trastorno de ansiedad que le lleva a terapia psicológica y farmacológica. En ese período, Raúl asume mayores responsabilidades, pues Mireia entra en dependencia material y funcional. Dependencia de la que aún no se ha recuperado plenamente (más adelante retomaremos ese punto, en el apartado dedicado al trastorno de ansiedad).

Hablamos, así, de dos momentos diferentes: antes y después de la crisis vital. Dos contextos diferentes para una misma creencia, la de que “Ella nunca tiene suficiente”. Esa afirmación no adopta el mismo significado antes que después de la crisis. Antes, la actitud de Mireia en relación al deseo, sexual y de “todo”, no era un problema, ni una amenaza para Raúl, era simplemente una característica del modo de ser y de expresarse de Mireia. Esa característica, sin embargo, pasa a ser una preocupación para Raúl cuando la relación se desequilibra: “*En ningún momento antes era un problema para mí*”, reconoce Raúl, “*ella ya sabía lo que se hacía, si quería o podía hacer eso o aquello, era cosa suya*”.

Cuando Raúl da el salto a nivel laboral, antes de la crisis vital, se pone de autónomo, ella le apoya psicológicamente, pero no materialmente, ya que él no necesita ese apoyo, pues lo da en un momento de fortaleza personal. Él no la necesitó. “*Si yo en aquel momento hubiese pensado que la necesitaba económicamente, creo que no lo hubiera hecho. Le di muchas vueltas, hice las cuentas y comprobé que podía subsistir autónomamente un par de años sin ayuda de nadie*”. Pero cuando Mireia deja el trabajo y se pone a estudiar cursillos, va a Edimburgo a aprender inglés, etc., y se replantea su mundo profesional, lo hace en situación de debilidad. Está en plena crisis personal, luchando contra un trastorno de ansiedad, y sin recursos materiales suficientes para mantenerse autónoma.

El hecho es que después de la crisis vital, la creencia “Ella nunca tiene suficiente” toma fuerza en la mente de Raúl, le mete presión. Siente que los deseos de Mireia ahora le implican, y se responsabiliza de ellos no por voluntad, como decisión propia, sino, como él mismo afirma, se los encuentra como un deber impuesto. En diferentes ámbitos, también en el sexual. Y es precisamente en este momento que empiezan los problemas de erección.

Habíamos afirmado anteriormente que el problema de la disfunción eréctil parecía haberse desarrollado en el plano de los derechos y deberes, de simetría o asimetría de poder en la relación. Ahora vemos que el conflicto tiene otro matiz, relacionado también con la complementariedad, es decir, el aporte –y consumo– de recursos. Simetría y complementariedad, ambos implicados, que son los dos ejes principales del conflicto de pareja de tipo estructural (Villegas y Mallor, 2010). Por el lado de la simetría, Mireia exige el *débitum* a Raúl; por el lado de la

complementariedad, Raúl denuncia un déficit y exige a Mireia más responsabilidad en la aportación y gestión de los recursos.

Un escenario de asimetría deficitaria, plantea el supervisor. Habitualmente, cuando en una relación se da asimetría deficitaria, la balanza suele decantarse en favor de uno de los cónyuges, es decir, el que tiene el poder dispone normalmente también de los recursos. En ese caso, sin embargo, parece que los ejes de simetría y complementariedad se desequilibren de forma cruzada. Uno gana en poder, el otro aventaja en recursos. Un caso donde se pone de relieve la necesidad de trazar esa distinción entre la cuestión del poder y el ámbito de los recursos, dado que no siempre se presentan bajo el mismo patrón, a diferencia de Linares (2006), quien entiende simetría y complementariedad como los extremos de un solo eje, donde un concepto toma el significado opuesto al otro. Un enfoque limitado para el presente caso, pues tenemos delante una pareja que no encajaría en ninguno de los dos patrones.

- **Embarazo y vientre de alquiler.**

Habíamos visto anteriormente cómo Raúl se definía como una persona organizada, exigente, con tendencia a planificar. Planificar el trabajo, y planificar en general, también las relaciones sexuales, así como el momento del embarazo. Una mala decisión, ésta, sigue pensando Mireia: “*Él quiso planificar, esperar dos años, y mira... yo ya lo quería entonces. Si no hubiésemos esperado...*”. Sin embargo, Mireia hizo caso a Raúl, sobre que no estaban preparados, y accedió a esperar. Y cuando Mireia se quedó finalmente embarazada, contrajo cáncer. Desde el punto de vista médico, según cuentan los pacientes, fue un hecho aleatorio, independiente del momento, de la edad, y demás factores personales. A pesar de eso, y siendo conscientes del diagnóstico, han creado un relato donde él asume ser parte causante: “*Siento un poco de culpabilidad con todo esto... sé que fui yo el que propuso esperar... y después, visto lo que pasó, pues me siento un poco responsable...*”.

Ahora la pareja ha encontrado la solución para ser padres, contratando un vientre de alquiler. El supervisor nos propone indagar más en esa toma de decisión. ¿Cómo y cuándo llegaron a esa solución? ¿Sirvió para elaborar el duelo o para posponerlo? ¿A partir de qué sentimientos y valoraciones parte ese proyecto? ¿De qué modo y hasta donde se ha elaborado interiormente?

Desde el punto de vista económico, hay que añadir que les va a suponer un importante esfuerzo. Hablamos de recursos, otra vez, que pondrán de forma necesariamente desigual, dado sus desiguales ingresos. Volvemos así al eje de la complementariedad, a su desequilibrio. Mireia parte ya de una posición deficitaria, y ahora encima en un ámbito donde tradicionalmente es la mujer la que aporta el recurso principal de la reproducción, su cuerpo, su propio vientre.

- **Trastorno de ansiedad y dependencia funcional**

A raíz de la crisis de ciclo vital, de la pareja y personal, Mireia desarrolló un trastorno de ansiedad. En su momento fue a terapia, con resultados positivos. Los síntomas disminuyeron, aunque no del todo.

En la presente terapia, no entramos a fondo en el tema en cuestión hasta la sesión séptima, cuando nos damos cuenta que hemos subestimado su alcance y magnitud. A continuación transcribimos la parte de la sesión donde aflora el trastorno de ansiedad, sus características específicas, y su posible encaje en el marco global.

Empezamos con una de las preguntas estrella de toda terapia de pareja, sugerida, por cierto, en la primera supervisión: ¿Qué os atrajo el uno del otro? Mireia afirma que le atrajo su carácter, su simpatía, espontaneidad... también porque era músico, y sabía bailar salsa “*pero no hemos ido nunca más a bailar salsa... me engañó. No hacemos nada juntos, tendríamos que apuntarnos a bailar salsa!*” afirma contundente.

Raúl dice que en realidad no saben ni cuándo ni cómo se conocieron. Tenían amigos en común y fue muy progresivo. “*Ella era más introvertida que yo, iba a su rollo, y eso me atrajo. Me gustaba su libertad, cogía su coche y se marchaba sola a algún concierto, donde fuera, sin saber el camino. Y eso a mí me molaba, mira la tía, qué valor tiene... improvisaba...*”. Raúl sigue, pero ahora se dirige a Mireia: “*Antes eras muy libre, ahora, en cambio te tengo que acompañar a muchos sitios. Muchas veces me dices que si yo no vengo tu tampoco vas, qué significa que no puedes ir*”, se queja Raúl. Empieza otra discusión. Se cuentan episodios relacionados con el coche, contexto en el que aparece el trastorno de ansiedad. Se habla de miedo, de ansiedad, que condiciona la capacidad de conducir de Mireia. Puede conducir, y lo hace a diario, pero ya no a todos los sitios. El miedo a sufrir otro ataque de pánico le coarta su autonomía.

Le preguntamos si le condiciona la ansiedad: “*Sí, me condiciona bastante. Siempre tengo que ir con las pastillas en el bolso... si voy a cenar con gente y me tengo que meter en un restaurante, pues ya me viene la ansiedad... Lo tengo más controlado que hace tres años, pero yo no soy la misma que antes, la ansiedad me ha cambiado la vida, no puedo hacer las cosas que hacía antes... era más alegre, más independiente...*”.

“*Raúl no ha entendido nunca mi ansiedad*”, añade, y dirigiéndose a él le dice “*Muchas veces no hemos podido ir a algún sitio, y te has enfadado conmigo... y yo sé que cuesta, porque si no se vive la ansiedad no se sabe qué es...*”. Raúl no está de acuerdo, y sigue la discusión: “*Cuando tú has querido solucionarla, ha sido tan solo con tus cosas, no has querido compartirlo conmigo, con mis cosas... has ido a Edimburgo por tu cuenta, y has luchado... pero yo te he pedido ir un viernes a cenar y superar tu ansiedad, y tú me has dicho que no.. eso es lo que no entiendo... pero por supuesto que entiendo tu ansiedad, y la sufro...*”. Raúl sigue, ahora

dirigiéndose al terapeuta: “*¡Hemos estado dos o tres años sin pisar un restaurante juntos! Siento que no quiere superar la ansiedad conmigo, que no me tiene en cuenta, como si me dejase de lado...*”. Mireia le responde que a ella le es más fácil estando sola, que no quiere hacerle pasar un mal rato: “*Yo a veces voy a un restaurante y tengo que marchar sin comer, si estoy sola o con una amiga—que no sepa nada de eso— pues me invento una historia y no pasa nada. Mi amiga me es igual, pero con Raúl no quiero hacerle esto, no quiero implicarlo*”. Mireia dice sentir vergüenza que le vea “*haciendo el numerito*”, e impotencia por no poder controlar la situación. Tampoco desea que después se lo “*eche en cara*”.

En casa, la situación es parecida. Si está ansiosa, a veces no puede cenar, y se va sola a la cocina, donde se relaja y come. “*Y no es que en la cocina se coma mejor*”, precisa Raúl, “*sino que lo hace por mí, si no estoy yo se relaja*”. Raúl se incomoda cuando lo explica.

Se trata de una fobia relacionada con la ingesta de comida, miedo a atragantarse “*Cuando estoy ansiosa se me cierra la garganta*”, dice Mireia. “*Pero eso me pasa con cualquier persona, es también con mis padres, con una amiga...*”. ¿Y Raúl puede hacer algo cuando esto pasa, cuando te vas a la cocina? ¿O no puede hacer nada? le preguntamos a Mireia. Le cuesta encontrar la respuesta “*Pues no sé..., que me dijera que me vaya a la cocina y así me lo podré comer mejor...*”. O sea, que tu pudieras ver que acepta el hecho que tengas que ir a la cocina para estar más tranquila. “*Sí, que no se lo tome como algo personal, es que él en el fondo no lo entiende*”.

Mireia nos detalla más en qué consiste la fobia: desde pequeña ha tenido tics, que fluctúan en intensidad y variedad en función de si está más o menos ansiosa. Uno de esos tics se manifiesta en la garganta. El miedo aparece cuando está deglutiendo la comida, y piensa que le puede venir el tic en cuestión, y se atragante. Ya le ha pasado alguna vez, y “*es horroroso, me ahogo*”. En la terapia que hizo hará tres años, “*fue dura*”. Se trabajó el afrontamiento de situaciones que producían ansiedad, con técnicas de tipo cognitivo-conductual. Lo hizo sola, y también con las amigas, cosa que Raúl no entiende. Con las amigas le es más fácil “*Como no saben el problema que tengo, no están pendientes...*”. La terapia la ayudó a un mayor control de la ansiedad, a recuperar espacios de libertad, más autonomía personal, aunque de un modo incompleto. Sigue coartada interiormente, sujeta aún a las arbitrariedades de la ansiedad. Y una de sus consecuencias es la dependencia para con Raúl.

Cuando anteriormente les preguntamos lo que les atrajo al inicio de la relación, Raúl resalta la imagen de una Mireia independiente, valerosa, que “*va a su bola*”. Imagen que se contrapone a la actual. Les hacemos esta devolución, y Mireia reacciona: “*Si yo no tuviese ansiedad, todo esto que le pasa a él, que si la dependencia, que si no sé qué... ¡no existiría! pero es que yo con la ansiedad lo he probado todo, incluso la hipnosis...*”. Raúl le contesta: “*¿Pero tú has probado que*

yo te ayude?”. Mireia se dirige entonces al terapeuta: “*Es que yo no lo entiendo... me quiere ver independiente, y después me quiere ayudar... que se aclare, ¿no?... Además, ¿pero qué me vas a ayudar? ¿Cómo puedes ayudar a una persona con un problema que no sabes qué es? No sabe ni tan siquiera los síntomas, la taquicardia, la hiperventilación, o dar conversación para desviar el foco.... Nunca te has interesado en coger un libro e informarte bien*”. Raúl manifiesta voluntad de empezar a leer sobre el tema. Se les recomienda un libro de divulgación: “Convivir con el pánico y mejorar la autoestima”, de Bev Aisbett (2004).

La séptima sesión va terminando, y no comprendemos aún la complejidad de la cuestión. Hará falta dedicarle más tiempo y atención. Antes de acabar, sin embargo, Mireia lanza una información muy relevante: “*Además, éste por la noche hace cosas raras, y una vez casi se ahoga...*” Apnea del sueño, precisa. “*Y claro, a mí se me ha ido acumulando el miedo este. Y no quiere ir al médico*”. Mireia entonces revela su hipótesis de la génesis de la ansiedad: “*A mí me cogió la ansiedad después de que tú te atragantaras*” dirigiéndose a Raúl. Él lo niega, “*fue un hecho puntual, le das demasiada importancia*”.

Fuera de tiempo, y sin posibilidades ya de ahondar más, debemos finalizar la sesión, la última antes de cerrar también este artículo. Delante se nos presenta un camino fértil donde proseguir. Hemos visto que el trastorno de ansiedad se inicia en el contexto de la crisis vital, del cáncer, de la pérdida del embarazo. Ahora, sin embargo, aparece este otro episodio, parece que estrechamente relacionado, que implica a Raúl. Próximo sendero a explorar, pues, en las siguientes sesiones de terapia.

Síntesis

En el presente artículo hemos expuesto un caso de terapia sexual que se desarrolla en un contexto de pareja. En un inicio, la pareja en cuestión acude a consulta por una demanda de tipo sexual, concretamente una disfunción eréctil de poco más de un año de duración. A lo largo de las sesiones el síntoma mejora de forma significativa, hasta su remisión prácticamente completa. Sin embargo, de forma paralela, aflora un conflicto de pareja de mayor complejidad.

Destaca un momento clave en la relación, hace cuatro años. Mireia pierde su primer embarazo a causa de un cáncer, que hace peligrar su propia vida y le provoca la pérdida irreversible de la capacidad para concebir. A causa de ese hecho traumático, Mireia desarrolla un trastorno de ansiedad con claustrofobia, aún hoy no resuelto.

Una crisis del ciclo vital de la pareja que desata otra crisis de tipo estructural, con desajustes en los ámbitos de la simetría y la complementariedad. Por un lado, se desequilibra el acuerdo en el reparto de derechos y deberes, aflorando un débito conyugal que sitúa Mireia en una posición *up*. En ese contexto aparece el síntoma de la disfunción eréctil, fruto de la presión que percibe Raúl en la realización de su

deber. Por otro lado, por el lado de la aportación de los recursos, Mireia se sitúa en déficit, fruto de una dependencia funcional relacionada con el trastorno de ansiedad. Desajustes en los dos ejes, pues, aunque de forma cruzada.

En el momento de escribir el presente artículo, la terapia continúa. El síntoma sexual, el que originó la demanda de terapia, ha entrado en vías de solución. En ese sentido, se logra el objetivo inicial acordado con los pacientes. A pesar de eso, se ha tomado consciencia de la aparición de un conflicto más amplio, que afecta la globalidad de la relación. Si se quiere proseguir adelante, continuar con el proceso terapéutico, deberá darse un replanteamiento en la próxima sesión. Se pondrá sobre la mesa el nuevo escenario, mucho más amplio, y se deberán consensuar nuevos objetivos terapéuticos.

En el presente artículo, se expone un caso de terapia sexual que se desarrolla en un contexto de pareja. En un inicio, la pareja acude con una demanda de disfunción eréctil de poco más de un año de duración. A lo largo de las sesiones el síntoma mejora de forma significativa, a medida que va aflorando una crisis de pareja de tipo estructural, basada en un desequilibrio cruzado entre simetría y complementariedad.

Palabras clave: psicoterapia, terapia de pareja, sexología, desarrollo moral disfunción eréctil, impotencia.

Referencias Bibliográficas

- Aisbett, B. (2004). *Convivir con el pánico y mejorar la autoestima. Manual de supervivencia a los ataques de pánico*. Barcelona: Ediciones Obelisco.
- Anton, L., Piqué, C., Prades, V., Rallo, M. C., Vidal, A. (2011). *Recursos audiovisuales en terapia sexual y de pareja*. Revista de Psicoterapia nº86/87, págs 69-98.
- Cabello, F. (2010). *Manual de terapia sexual y de pareja*. Madrid: Síntesis
- De Béjar, S. (2011). *Tu sexo es tuyo. Todo lo que has de saber para disfrutar de tu sexualidad*. Barcelona: Planeta
- Kaplan, H. S. (2010). *Manual ilustrado de terapia sexual. La solución a los trastornos sexuales más comunes*. Barcelona: De bolsillo
- Linares, J.L. (2006). *Las formas del abuso*. Barcelona: Paidós
- Masters, W. H. y Johnson, V.E. (1970). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica
- Villegas, M., Mallor, P. (2010). *Consideraciones sobre la terapia de pareja: a propósito de un caso*. Revista de psicoterapia nº 81, págs. 37- 106.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

“CRÓNICA DE MI MENTE”: UN TRASTORNO DE LEGITIMIDAD PERSONAL

Laura Esquinas López

Col. 13.845

esquinas@copc.es

This article will walk the path followed in the supervision of a diagnosed case of borderline personality disorder, according to the guidelines specified from the perspective of the theory of moral development.

Keywords: psychotherapy, borderline personality disorder, supervision, moral development,

INTRODUCCIÓN

Considero que supervisar es una actividad casi ineludible, especialmente en los inicios, en nuestra profesión. La supervisión es una actividad básica en el aprendizaje del quehacer terapéutico. De la misma manera que, dentro del planteamiento del desarrollo moral, Villegas (2011, 2013) compara “la intervención del terapeuta, como la figura externa en el modelo de Vygotsky de la zona de desarrollo proximal, que ayuda en el proceso cuando el sistema no puede conseguirlo por sí mismo”, la formación de un psicoterapeuta se podría inferir de la misma manera. La zona de desarrollo proximal en la formación de un terapeuta sería aquel espacio en el que gracias a la interacción entre el supervisor y el terapeuta, éste puede trabajar y realizar un proceso terapéutico de una manera y con una visión y unas herramientas que no sería capaz de alcanzar individualmente.

Cuando un psicólogo empieza a ejercer su profesión lo hace con un sinfín de conocimientos teóricos y no tanto prácticos. Las primeras terapias suelen ir acompañadas de miedos, de inseguridades y de dudas. Por otro lado el hecho de acompañar a alguien en un momento de crisis a que resuelva o afronte sus miedos, sus pérdidas, su ansiedad, su dolor, o cualquier tipo de problemática es una gran responsabilidad. El tener a alguien que pueda acompañarte en este proceso de “hacerse terapeuta”, y lo haga desde la zona de desarrollo proximal, trabajando como con un andamiaje, permite al terapeuta poder ir labrando tanto con su sistema

emocional como poder ir desarrollando y fortaleciendo sus destrezas, conocimientos y herramientas.

A través de la experiencia clínica, la formación y la supervisión, el terapeuta va creando su propio estilo, y eso le va permitiendo alcanzar una autonomía para hacer terapia, lo que no implica a su vez que siga supervisando, como una manera de poder enriquecerse de otras visiones, conocer otras maneras de trabajar delante del mismo caso, aprender diferentes técnicas, además de dejar a un lado la parcialidad de la que van acompañadas las hipótesis del terapeuta.

La supervisión a lo largo de estos años con el Dr. Manuel Villegas me ha permitido integrar su modelo de desarrollo moral como un marco teórico desde el cual puedo entender y interpretar las estructuras psicológicas del ser humano y su patología, entendiendo a este como un ser libre y responsable.

CONTEXTUALIZACION DEL CASO Y LA DEMANDA

Nekane, nombre ficticio así como el de los otros protagonistas que aparecen en el relato, acude a mi consulta en junio de 2009, y viene acompañado de sus padres, a quienes yo ya conocía pues había tratado a su hija pequeña por anorexia restrictiva. De ella ya disponía cierta información, sabía que estaba diagnosticada de trastorno límite de personalidad, y que había realizado diversos intentos de suicidio, lo que la llevaba a estar frecuentemente ingresada en centros de salud mental. En uno de estos ingresos Nekane había acusado a su padre de haber abusado sexualmente de ella desde pequeña y tanto los padres como la hermana y la familia más extensa negaban que eso hubiese podido ocurrir.

Nekane viene a terapia obligada por sus padres, ella, hasta bien adentrada la terapia, no tiene ningún tipo de demanda, por lo que según el análisis de demanda propuesto por Villegas (1996) estaríamos delante de una no demanda. En el momento que iniciamos la terapia. Nekane tiene 24 años recién cumplidos, lleva el pelo corto, teñido de un color muy llamativo y viste de manera *punk*, y ya a simple vista trasmite una necesidad de autodestrucción. La actitud del Nekane en las primeras sesiones es desafiante y muy poco colaboradora, pero en la medida en que la terapia va avanzando, y trabajamos el vínculo, Nekane se va mostrando más abierta, muy risueña y colaboradora.

En esta primera visita los padres hablan de la desesperación e impotencia que sienten ante la situación que están sufriendo. Acuden con un resumen del historial médico de la paciente, que no especificaré aquí por razones de privacidad, pero que consta de diecisiete ingresos en diferentes centros de salud mental de la ciudad en la que reside, en el periodo comprendido entre octubre de 2004 y junio de 2009. Todos estos ingresos están precedidos por intentos autolíticos, mediante ingesta masiva de medicación como Tranquimazin, Lírca 25, Topamax 100, y Seroquel 200, mediante autolesiones con cuchillas, y un intento de tirarse al tren, además de agresiones varias a miembros de su familia. Además de estos intentos autolíticos

que acababan en ingresos, la paciente ha realizado otros muchos que la han llevado a urgencias pero que no han derivado en un ingreso.

A causa de estos constantes ingresos, su red social se limitaba a pacientes que había conocido en los hospitales. En estos momentos Nekane no estudia, ni trabaja, y sus padres reciben una paga porque ella tiene una minusvalía del 68%.

La terapia de Nekane tiene una duración de 22 meses, nos vemos con una frecuencia semanal en un formato de terapia individual. Durante la terapia supervisé el caso en dos ocasiones, una con motivo de la acusación que ella hacía a su padre de abusos sexuales y la otra relacionada con los constantes intentos autolíticos que la paciente había hecho.

Además de realizar las sesiones individuales con la paciente, hice dos visitas con los padres, tres con la hermana y tres madre e hija. La terapia se ve interrumpida en dos ocasiones, en Junio y Diciembre de 2009, por dos ingresos en centros de salud mental, tras realizar intentos autolíticos. Finalmente, la terapia se interrumpe a finales de Abril de 2011 porque la paciente se va a vivir con su actual pareja a otra ciudad.

LÍNEA DE LA VIDA

Los padres de Nekane explican que ya desde bien pequeña lloraba muchísimo, pero “lloraba por llorar porque estaba sana, servida, comida y limpia. Por la noche dormía como mucho 20 minutos seguidos y por la calle tenía muchas rabietas: se tiraba al suelo, hacia muchos numeritos, siempre ha tenido un carácter muy particular”.

Los padres manifiestan desacuerdo en la educación de Nekane, ya desde cuando ella era bebé. Alfredo era un padre normativo y, la madre Muntsia, era sumisa al padre. Muntsia padecía una sordera, que contrajo a los cinco años por culpa de una estreptomocina y explica que esto muchas veces ha podido influir en no enterarse de algunas de las cosas que pasaban en casa. Algunos ejemplos en los que se pone de manifiesto el estilo educativo son: los padres se iban a pasear mientras Nekane dormía, y cuando volvían se la encontraban llorando desesperadamente, la castigaban en una silla sin moverse y a pesar de que la niña se tiraba de la silla, la volvían a sentar.

Cuando Nekane tenía diez meses Muntsia se quedó embarazada de nuevo. A los dos meses del embarazo empezó a tener pérdidas y sufrió un aborto espontáneo, lo que la llevó a caer en una depresión: “Lloraba por todo, no tenía ganas de nada”. Empieza a hacer terapia y al año se recupera.

A los cuatro años pasó algo que les dejó muy sorprendidos: la noche de Reyes tuvo muchos juguetes y algunos caramelos esparcidos por la mesa. Los padres pensaron que se volvería loca con tantos juguetes, pero ella cogió una chuchería y se sentó a comérsela.

Nekane explica que desde los seis años tenía que hacer los deberes como su

padre quería y no como le explicaban en el cole:

Las crisis de ansiedad me venían discutiendo con mi padre; lo que pasaba era que claro yo como en el cole nunca me ha gustado estudiar, ¡así de claro! y me faltaba, me distraía con cualquier cosa, yo con mi padre siempre he discutido mucho, mucho, mucho.

Mi padre me aplicaba lo que el había estudiado en el cole, y yo le decía: “papá, pero si a mi me lo han contado así”, y el me decía: “ya, pero es así”, y claro siempre discutíamos, yo me enfadaba, y bueno lo que había... Él que me que quería poner como él lo había estudiado... Si no lo hacía, él me cogía a la fuerza y me sentaba en una silla del comedor o simplemente me gritaba o me daba uno o dos bofetones... Mi madre intentaba calmar a mi padre o a veces no decía nada...”

Cuando Nekane tiene 6 años nace su hermana Noor. La relación entre ellas nunca ha sido muy cercana, además de la diferencia de edad, por la problemática de Nekane. La paciente explica que desde los 6 años hasta los 18, se producen tanto abusos sexuales como maltrato físico por parte de su padre. En relación a los abusos explica que hasta los 18 años solo hubo tocamientos.

A los siete años tuvo una crisis de ansiedad mientras estaban celebrando la castañada en su pueblo. Nekane recuerda que se puso a llorar y a temblar toda la noche. Explica que su padre estaba enfadado y gritando y su madre y una amiga de ésta se turnaban para dormir abrazadas a ella.

“Me acuerdo de chiquitica que a los siete años me cogió una crisis muy fuerte, muy fuerte, muy fuerte y me acordaré toda la vida. Empecé a temblar, a temblar, a temblar; estábamos en el pueblo, empecé a temblar, estábamos ahí, me acuerdo que me enfadé con mi padre, estuve discutiendo con mi padre, ya de pequeñita, y ahí empecé a temblar, la respiración me faltaba aire, y claro mi padre: “Nekane no se qué, Nekane no se qué”, no pude dormir en toda la noche. Me puse con mi madre, mi madre ahí: “Nekane tranquila” y yo: “que no puedo dormir, que no puedo dormir”, y claro mi madre se asustó, y yo temblando, que me faltaba el aire, de ahí me acuerdo que ya empezó cuando me vinieron las crisis de ansiedad y ya...”

Con nueve años empieza a tener problemas de rendimiento escolar que motivaron el inicio de un tratamiento con logopeda. A los 13 años la diagnostican de trastorno somatoforme con epigastralgias, dolor precordial, temblor y vómitos. Observaron que había reflujo gastroesofágico sin patología digestiva por lo que finalmente determinan que era psicológico e inicia un tratamiento psicológico. La psicóloga la diagnóstica de histeria y con ella hace un tratamiento que dura unos tres años. Obtiene el alta aunque les advierte que tengan cuidado porque Nekane habla de quitarse del medio. A esta edad empieza a tener crisis de ansiedad. También tiene su primera pareja.

Con 16 años inicia los estudios como auxiliar de enfermería y se relaciona con un grupo en el instituto, con el que hace novillos. Ya empiezan a ver cosas que despuntan de una adolescencia normal: “no entraba en razones, se hacía notar mucho en clase, iba de gótica”. La tutora avisa a los padres de los problemas que crea.

Conoce a su segunda pareja, Akira, con el que practica juegos de magia negra y juegos de sangre. Al tiempo de salir con él, Nekane lo acusa de haberla forzado a tener relaciones. Con esta edad se produce la primera autolesión, en el contexto en el que el padre le pone un límite con la hora de llegada y ella coge unas tijeras y se corta. Con diecisiete años se queda embarazada de Akira y aborta. Ella explica que no quería hacerlo pero se ve obligada. Vuelve con su primera pareja, deja los estudios y se pone a trabajar en un mercado. La dueña del mercado les llama y les dice que ve cosas raras, muchas mentiras. A los padres les empieza a faltar dinero.

Con dieciocho años es diagnosticada de trastorno límite de personalidad, seis meses después su hermana pequeña es diagnosticada de anorexia nerviosa restrictiva, y es ingresada en un hospital durante dos meses. En los siguientes meses la vuelven a ingresar en otras dos ocasiones en el mismo hospital sin éxito. Finalmente los padres acuden a un centro especializado en trastornos alimentarios en el que yo trabajaba en aquel momento. Tras un tratamiento intensivo durante un año la hermana logra recuperarse totalmente.

Desde los 18 años hasta los 24 Nekane entra en una dinámica de múltiples intentos autolíticos (cortes superficiales, sobreingesta medicamentosa, triarse al metro) lo que la lleva a realizar múltiples visitas a urgencias e ingresos en diferentes centros de salud mental. La madre cuenta: “en estas crisis siempre aparece la sangre, la espectacularidad de sus crisis: repartir la sangre, utilizar la sangre para escribir en el espejo, cortarse las venas en la bañera...”. Estos ingresos constantes provocan una institucionalización de la paciente, su vida gira entorno a estos ingresos y apenas tiene vida fuera. Durante estos años la paciente también refiere, en alguna ocasión, tener alucinaciones auditivas de contenido imperativo que le incitaban a la autolisis. También presenta clínica conversiva y disociativa en algunos de los ingresos.

Con 21 años además de las autolisis empieza a desarrollar conductas heteroagresivas hacia la familia, como una agresión con un cuchillo a la madre.

Con 22 años la llevan a realizar un exorcismo con un sacerdote que conocen a través de una entrevista en un periódico. En el exorcismo le leen un texto con muchos nombres de santos. Al día siguiente al mediodía el padre al abrir los ojos de la siesta se encontró delante a su hija con un cuchillo diciendo que oía la voz del cura incitándola a matarlo.

Con 23 años tiene su primera relación homosexual con Sakura, a la que conoce en el centro de salud mental y también está diagnosticada de trastorno límite de personalidad. Con esta pareja vuelven y dejan la relación en varias ocasiones.

Durante esta época inicia diversas relaciones con mujeres.

METODOLOGÍA TERAPÉUTICA Y SUPERVISIONES

En el caso de Nekane hubo dos temas principales que me llevaron a supervisarlos. Por un lado, la temática de la acusación que hacía la paciente hacia su padre, tanto de maltrato físico como de abusos sexuales, y por otro lado la institucionalización a la que estaba sometida, relacionada con los constantes intentos autolíticos. En relación al tema del abuso me planteaba: ¿qué hacer? Sabía que era imposible dilucidar quién decía la verdad y con respecto a los constantes intentos autolíticos, me cuestionaba como acompañarla a salir de ese círculo.

En las supervisiones con el Dr. Manuel Villegas vemos que desde pequeña ha habido una carencia de nutrición afectiva en el cuidado de Nekane, en el sentido de protección, de ayudarla a entenderse y a regularse. Por un lado vemos la existencia de un padre normativo y, por otro, de una madre que no se ve capaz de posicionarse delante del padre: cuando Nekane era un bebé salían a pasear y la dejaban durmiendo. Cuando volvían se la encontraban llorando desesperadamente. La madre comenta que aunque ella no estaba de acuerdo con esta situación, no se sentía capaz de hacer nada y se sometía al estilo educativo del padre. Además cuando Nekane tiene diez meses, la madre se deprime, quedando en este caso la responsabilidad del cuidado en el padre, un padre al que le cuesta asumir funciones maternizantes. A los 8 o 9 meses el niño ya reconoce; en esta etapa empieza a interactuar, por lo que el hecho que fuese alrededor de esta época que la madre se deprimiese pudo agravar esta situación de falta de nutrición afectiva. En la crianza de Nekane se ha producido una parentalización masculina, en vez de una maternización. La madre no ha podido ejercer por la sordera y la depresión, además de por el miedo al conflicto con su pareja.

El supervisor explica que en el bebé no hay conciencia del yo, pero en cambio existe un núcleo experiencial que es de donde surgen sus necesidades, y la conciencia de estas necesidades contribuirá a la gestación de la conciencia del yo. Como el bebé aún no posee lenguaje, se expresa a través del llanto, y busca que le sacien, que le calmen sus necesidades. El bebé no puede regularse, de la misma manera que tampoco se puede calmar, es el adulto el que introduce la sensación de calma. El reconocimiento de la legitimidad de las propias necesidades ayuda a sentar las bases para la autonomía ontológica. “lloraba por llorar porque estaba sana, servida, comida y limpia. Por la noche dormía como mucho 20 minutos seguidos, y por la calle tenía muchas rabietas: se tiraba al suelo, hacia muchos numeritos, siempre ha tenido un carácter muy particular”

En este caso se ve claro el peso que tiene la fase prenómica en la formación del sentido de sí, de que yo soy alguien que puedo entender el mundo, porque lo que me pasa es algo que tiene que ver con el mundo. En Nekane vemos que no hay superación de esta fase prenómica, pues se produce un déficit nutritivo, de

protección y de afectividad lo que provocó un déficit evolutivo.

En el periodo de la prenomía hay un paralelismo casi exacto entre el nivel de construcción cognitivo que es sensorio-motor y el nivel prenomico de regulación. Éstos forman parte del mismo proceso evolutivo, justamente porque no puedo dar significado todavía a nada, no le puedo dar un valor moral de significado: que el niño lllore por la noche no es algo intencional, llora porque le pasa algo.

Nekane tendría un déficit evolutivo según el modelo de desarrollo moral. Así como los trastornos neuróticos son estructurales, y en estos el malestar surge de un conflicto entre diferentes niveles de regulación, en los trastornos de personalidad habría la carencia de una o más de las etapas. El trastorno límite echaría sus raíces en la fase prenomica en el sentido que sus necesidades básicas no se han cubierto, lo que provoca que haya comportamientos autodestructivos, comportamientos compulsivos, y de dificultad en la lectura de las emociones. Pero a su vez también rasgos de personalidad histriónicos. El trastorno límite, en efecto, puede caracterizarse como un trastorno mixto entre prenomía y anomía. Lo más prenomico es la confusión de sensación con emoción, la emoción no aparece, aparece el malestar. En relación a la anomía vemos la impulsividad, las compulsiones, y los comportamientos autodestructivos.

También hablamos de la influencia que pudo tener en Nekane, el hecho de que la educación se fundamentara en un rol normativo, en muchas ocasiones utilizando la fuerza, y que este no fuera acompañado de un razonamiento, de una explicación, es decir, sin que hubiera un intento de hacer entender a la niña el porque de los castigos. La madre explica:

“Con los castigos la sentaba en la silla sin moverse, Nekane lo vivía como un infierno, y se tiraba de la silla al suelo, no sé cómo lo hacía, con un bote se tiraba y una rabieta, y Alfredo la cogía y la volvía a sentar con fuerza y Nekane me decía que le hacía daño, y entre la rabieta y que le hacía daño, cogía una rabieta y yo también por medio, intentando pero nada”.

“En la calle cuando cogía una rabieta podíamos estar una hora esperando a que se le pasara y que la viera todo el mundo, y si se cansaba. Alfredo era bastante brusco con ella, la cogía, la estiraba, la zarandeada”.

“En relación a la alimentación tenía que comer todo lo que había en el plato tanto si le gustaba como si no”.

“Yo muchas veces le decía: o te portas bien, o llamo a tu padre. Sé que con esto agravaba la situación, pero en aquel momento no tenía herramientas... Yo no pensaba que Alfredo tuviese un carácter tan fuerte para educar y yo fuese tan débil”

Este tipo de educación no promueve que haya evolución desde las sensaciones, que pueden ser de bienestar o de malestar, pero sin llegar a conectar con lo que está pasando, sin que la persona pueda llegar a construir narrativamente qué es lo está pasando. Es decir “si me castigan en la silla ¿porqué me han castigado?” Hay

momentos en los que la intervención con fuerza, no con violencia, puede ser necesaria, cuando, por ejemplo, le quitas al niño un objeto pequeño de la boca que se puede tragar, cuando le apartas la mano porque la va acercar al fuego, pero lo importante es que la persona pueda darle un significado, que pueda entenderlo.

En relación a los abusos físicos y sexuales Nekane en la primera sesión explica lo siguiente:

... Yo creo que me ha marcado mucho mi padre, Ufff, cuando me pegaba de pequeña, o un día que lo vi pegar a mi madre también, que esto, buah, ha causado muchos problemas en casa, discusiones entre mi madre, yo, mi hermana y mi padre. Mi hermana nunca quiere hablar de ese tema y cuando alguna vez me ve hablar se pone entremedio. Cuando yo digo que mi padre me ha pegado, mi hermana me dice: tú deliras Nekane.

T: ¿y tu madre?

N: Mi madre se calla, no dice nada.

T: entonces, cuando tú hablas de que tu padre te ha pegado...

N: nadie me da la razón, ni nada

T: ¿y tú cómo lo vives?

N: Me sienta como una patada en el culo, porque yo se que mi madre a veces me cogería y me diría, tienes razón; pero todos con la boquita tapada y quien queda mal soy yo.

T: ¿Y hay otras cosas de las que sientas que tampoco puedes hablar?

N: Bastantes, es que me cuesta... Me cuesta mucho decirlo, una vez cuando estaba ingresada en un hospital, vale, ya hubo un show de buah, porque mi padre intentó abusar de mi cuando era pequeña y para mi esto ya... me duele demasiado, yo se lo conté al psiquiatra que en ese momento tuve y el psiquiatra me dijo: "tú tranquila que yo no se lo voy a contar a nadie". Era entre él y yo, pero me dio el alta, y cada vez que volvía a ingresar, se lo contó a mi madre y claro mi madre se lo tomó supermal y me dijo el psiquiatra que mi madre también me tenía que comentar algo y mi madre me contó que mi abuelo abusó de ella, y claro, me levanté de ahí llorando y claro y yo le conté a mi madre que el papa y claro mi madre se puso buah: "¿que el papa qué? Cómo puedo yo estar conviviendo con éste, no se qué", y claro, mi padre no estaba y cuando lo hizo pasar mi padre se reía, cuando yo lo contaba se reía y claro el psiquiatra le decía ¿cómo se puede estar riendo usted de su hija? Mi padre dijo: porque todo es mentira ¿no ve usted que se lo va inventando? Y el psiquiatra le dijo: ¿cómo quieres que se lo invente si ha estado llorando todas las veces? Y usted está tan frío.

Luego mi madre vino y me dijo que esto era de mi imaginación que porque no le decía al psiquiatra que me lo había inventado y claro yo le dije al psiquiatra que me lo había inventado. Tuve una pelea superintensa con el psiquiatra que por qué lo hacía, que por qué lo había dejado de hacer...

Ah, mira pues que yo de pequeñita pude haber tenido una fantasía por la noche y claro al cabo de quince días pedí el alta voluntaria y se quedó todo así. Mi padre sin hablarme no sé cuánto tiempo...”

El supervisor me plantea que en los abusos muchas veces se produce una espaciosa fijación en el hecho, en si se ha producido o no, en quién dice la verdad y no en el significado del hecho. El abuso no sabemos si se ha producido o no, pero lo importante es el significado de por qué ella necesita decir eso. Hablamos que es importante no entrar en la cuestión de sí se ha dado o no, sino en comprender qué significa que Nekane diga que ha sufrido abusos, en que posición coloca esto a su padre, a su madre, que está diciendo de la relación.

En esta paciente hay una historia de abuso, tanto si ha sido sexual o no, hay abuso por ese tipo de crianza que han tenido con ella. Aquí se me orienta a que le acompañe a legitimar su historia y para eso reconstruirla, reconstruir el significado de su vida, entender lo que hace, para qué lo hace, y por qué lo hace. El objetivo es centrarse en darle significado a lo que le pasa, que sienta que tiene que reivindicar su legitimidad.

Detrás de los trastornos límites de personalidad siempre hay una desprotección, y el abuso entraría dentro de esta lógica de desprotección, tanto por parte del padre porque abusa, lo haga o no lo haga sexualmente, lo hace con esa actitud de nos vamos y si llora pues no pasa nada, es decir pasa de la niña, y la madre que se ha sometido a esta actitud del padre.

Cuando hablamos de las constantes autolesiones e intentos autolíticos de Nekane, vemos que están relacionadas con que no sabe darle sentido a su malestar, por lo que lo traslada a su cuerpo como una manera de darle entidad. Las emociones no se sienten directamente como tal, sino como sensaciones.

El nivel de construcción en este caso es el sensorio-motor, se producen sensaciones de vacío y de acciones dirigidas a los sentidos: a hacerse daño, a darse golpes, a actuar de manera compulsiva, a beber, a drogarse, a la utilización de sustancias que nos desconecten de la emoción, que no faciliten el contacto con la emoción. Esta manera de actuar ya se pone de manifiesto cuando la paciente tiene cuatro años pues, la noche de Reyes tuvo muchos juguetes y algunos caramelos esparcidos por la mesa. Los padres pensaron que se volvería loca con los juguetes, pero ella cogió una chuchería y se sentó a comérsela. El caramelo es lo sensorial, los juguetes pertenecen al mundo de lo simbólico, una muñeca en sí misma no se come. Aquí vemos como delante de un mundo de ilusiones, de imaginación, de juego simbólico de simbolismo, porque el juguete es un símbolo una representación de algo, le llama la atención el caramelo que es lo sensorial.

En Nekane se produce la sustitución de las emociones por las sensaciones provocadas. Es decir, yo me provoqué una sensación y eso me hace descargar una tensión que no sé ni siquiera vivir emocionalmente, porque no sé lo que significa, y además eso sirve para dramatizar. La persona tiene un malestar pero no sabe

ponerle voz, no sabe darle sentido, y entonces lo expresa a través de una acción sobre el cuerpo para que así el cuerpo reaccione de una manera sensorial.

Las autolesiones pueden tener una función múltiple, por un lado darle una entidad sensorial al dolor y por otra parte ser un autocastigo: una autolesión tiene un carácter represor y liberador. Liberador de la tensión, pero represor de la emoción y represor de la justificación del estado: no tienes motivo para estar así. Hay personas que viven el castigo como liberador: como no puedo asumir la responsabilidad de lo que hago, si me castigan ya está. Es una manera de liberarse de la culpa.

Nekane actúa de manera activa para descargar el malestar emocional a través de la sensación: es decir, se hace daño, como por ejemplo como cuando un niño ante una negativa de un deseo se pega contra la pared o se tira suelo. Todo esto son descargas sensorio-motoras, en vez de reaccionar de manera emocional, lo hacen sensorialmente, como las criaturas. En la supervisión hablamos de que la dirección de la terapia iría dirigida a darle sentido a lo que le pasa en el momento o ante una situación concreta: ahora esta pasando esto, por eso te sientes así, esto es lo que te pasa muchas veces. Trabajar más con la emoción, y entonces la emoción la podrá llevar a hablar. Desde la emoción se puede hablar más en lo concreto.

... Estoy con cualquier persona y me igual estar con quien sea, como si se pone a mi lado mi cantante preferido, me da igual...-

... Ahora estoy todo el día con ganas de llorar, como ausente, tampoco sé describir como me siento...

... Ahora estaba hablando con mi padre y le decía: “papá un día de estos explotaré, voy a hacer una locura, lo noto en la impulsividad...”

... Me da morbo, ahora estaba en mi habitación y tenía una cuchilla y me daban ganas, me daba eso de bah, hazte un tajo y mírate como te estás desangrando, o empieza a atrincherarte, me daban ganas, por hazlo consciente, consciente tía de que te vas a desangrar, o tírate al metro tía o monta un pollo, monta un pollo tía que vea toda la gente como te mueres... es el morbo éste...

...Ahora estaba en casa de mi abuela fumando el cigarrillo que es un ático de 8 plantas, porque estaba mi abuela, pero ha habido un momento que he dicho hostia tírate, tírate y no lo he hecho porque en ese momento ha venido mi abuela, o sea, con una cara de felicidad que hasta yo he flipado y digo buah...

...ya te digo, ¿estamos a lunes? De esta semana no pasa...Mira, hoy mi madre no está en casa, está mi padre, o sea que hoy puede ser la hostia, una enganchada con mi padre y tal y como estoy hoy y mi padre que también está conmigo...

...yo tenía una recolecta de pastillas, me puse las canciones que tenía a llorar un poquito, a desembolsar todas las pastillas y me las puse en una cajita y luego tenía una cuchilla, me fui al baño cogí las tijeras me hice ya

sangre, pero ya me la sudaba, me conecte al messenger....a la hora de cenar: no quiero cenar, y ya no me acuerdo muy bien, me tomé la medicación que me dio mi padre, más la que yo ya me fui tomando... Me quedé dormida, al día siguiente pues ya, ni me acuerdo quién me encontró ahí como estaba, yo nada más me acuerdo de que mi padre entró dos veces a preguntarme cómo estaba y yo ya estaba sangrando, porque me acuerdo que vale era una mierda de rajina, pero sangré un montón, pero me daba igual, que yo cuando me empastillé no se cómo ni mi hermana, ni mi padre se dieron cuenta porque yo iba dando tumbos por la casa... me acuerdo de hablar con mi hermana y empotrarme con el vidrio, un vidrio súper guapo y hablar con ella y decirme, pero si estas mal vete a la cama porque te vas a caer y bueno y no me acuerdo de nada más, sólo que me decían que era consciente en todo momento, entre comillas, y yo no me acuerdo, sólo de estar en el hospital..”

En el discurso de Nekane no hay una definición de situaciones concretas, no hay nada. Llama mucho el estilo que ella tiene de contar que no cuenta. Hay una falta de constitución y de validación del propio ser, es como incapaz de dar sentido y coherencia a un relato. Hay un déficit del pensamiento concreto que oscila ente lo sensorial, las sensaciones y las divagaciones para las que se usa un lenguaje más que abstracto, difuso, es decir, que nunca se llega a concretar nada. A continuación podemos ver algunos ejemplos de esa falta de concreción en el discurso:

“Ahora Namura no es nadie.... En el momento del ingreso tampoco nadie, pero ahí yo le dije que quería estar con ella, vale, mis padres, mi madre no dijo nada mi padre dijo mira yo lo veo muy bien porque Namura te quiere un montón digo ya pero yo la quiero pero no estoy enamorada, porque ella se ha pasado mucho conmigo... Estuve hablando con una psiquiatra, habló con Namura, que yo le dije que por qué coño tenía que hablar con Namura, pero bueno yo luego le dije que quería estar con ella que tal y cual”

“Hoy te has despertado con el cuerpo dolorido, lastimado. Has intentado abrir los ojos, pero te ha sido imposible por la inflamación. ¡Otra vez! Has pensado. Ahora sólo te queda disimular con los amigos diciéndoles que te has caído por las escaleras o te lo has hecho tú, como siempre. Siempre la misma canción que nadie cree ya, y cuando llegue la noche y oigas el ruido de la puerta abrirse sabrás de qué humor viene y lo que te espera hoy. ¿Recuerdas cómo fue la primera vez? Solamente las huellas que llevas en tu cuerpo te dan una vida de lo que has pasado, tu miserable infancia, peleas... simplemente recuerda... siempre te preguntas aquella primera vez que te puso la mano encima, si tú no hubieras sido tan pequeña, mi madre me hubiera oído. Si aquella primera vez no hubiera sido tan pequeña, te hubieras girado contra él... ahora no seguirás padeciendo. Crecis te entre una infancia de peleas y te enseñaron a ser una niña alegre,

debías ser respetuosa con tus padres. Eras una niña ¿que ibas a decir? Creciste... tu mundo se cerraba. Todo era oscuro y tenebroso. Ya no llamaban las magias, te sentías sola, sólo querías que te dejaran en paz, tú y tu mundo. Corrías y corrías hacia un mundo sin salida. Siempre era de noche para ti. No querías ni salir de casa y es que los golpes no sólo los llevabas en el cuerpo, se te quedan grabados en el alma, y el alma también lloraba y tenía un miedo horroroso delante de la vida. Tú ahora querías la muerte o simplemente desaparecer! No había derecho con lo que pasaba pero nadie nunca te había creído. Era como una pesadilla, como si todo a tu alrededor se hubiera fundido. Sólo querías cariño o alguien que te dijera que te creía, pero nunca fue así. Eras como un animal y ya estabas cansada. Pero esa mañana decidiste que ya es suficiente. En ese momento cambió tu vida.

A lo largo de su vida Nekane se ha acostumbrado a disociar la experiencia, no hay continuidad en el estado emocional, puede pasar de un estado a otro en milésimas de segundo sin saber muy bien por qué. En los trastornos límite de personalidad hay una incapacidad de manejar las emociones, pues una vez activada, les resulta muy difícil reducir la intensidad, lo que les lleva a autolesionarse o a disociar la experiencia

A veces la manera de soportar una experiencia insoportable o a lo mejor lo que la hace insoportable es la dificultad de darle un sentido y por tanto la manera de reaccionar a ella es la disociación, como por ejemplo, cuando le explican lo que había hecho:

¡Buah! Ahora tengo un caos, ahora intento recordar lo que me cuentan, mi ex pareja me dice ¿tu sabes lo que hiciste la última vez? No, sino me lo explicas no, pues sino te llegamos a encontrar yo y tu padre... Mira guapa es que no me acuerdo, y mi cabeza quiere recordar, pero... En el hospital me contaban tú lo puedes controlar, el TLP no es tanto, es hipersensibilidad, es altibajo de las emociones, joder pues vaya, hipersensibilidad pero ¿tanto cómo para que se me bloquee la cabeza tanto, tanto y yo no me acuerde luego?

Son ya imágenes grabadas, tantas cosas que se me vienen a la cabeza, que cuando tienes una crisis no te acuerdas de nada, luego te cuentan lo que has hecho, y dices yo no quiero ser lo que me han contado...

...Yo no soy una psicópata, yo levantarle la mano a mi madre, yo, a mi cuando me contó mi madre que la perseguí con un cuchillo por la calle, ¿que coño voy a perseguir yo a mi madre con un cuchillo! O tirarme al metro, o tirarme a la vía del tren...

No me acuerdo cuando fue mi primer intento de suicidio, ahí ya me ingresaron no se sí a los 16 o a los 18.

Un día ya me acuerdo que fuimos al Forum y me ingresaron por primera

vez, y ya fue el caos de los caos, para mi todo era nuevo. Un mes sin ver a la familia que para mi eso fue traumático.

Este último ingreso no me acuerdo, ya me han dicho que ha sido el colmo de los colmos, me han dicho que hace 15 días he estado ingresada y no me acuerdo de nada.

Otro ejemplo de disociación lo vemos en una sesión cuando Nekane aparece un día muy angustiada porque Namura una ex-novia suya hace un intento de suicidio al tirarse al tren. En la siguiente sesión retomamos el tema:

T: el otro día hablamos que lo que te pasó con Namura te ha servido de espejo para darte cuenta de lo que tú hacías ¿has pensado en lo que pasó durante esta semana?

N: nada, porque en ningún momento he pensado en ella

T: el otro día estabas muy angustiada por lo que había pasado, y decías que te había hecho replantar tu conducta

N: en ningún momento he pensado en ella, hasta ahora que me has hablado de ella.

T: ¿no has pensado en lo que pasó?

N: he pasado absolutamente, fue ese día que estaba angustiada. Mi cabeza ha pasado de largo de eso.

T: ¿y eso te pasa habitualmente que las cosas en un momento te afectan mucho y luego se te pasan?

N: No, no siempre me estoy machacando con las cosas

T: ¿y qué hubiera pasado si te hubieras machacado con lo de Namura?

N: Ya estaría ingresada, porque de un granito de arena hago una montaña, ya me hubiera dado una crisis, porque estaría ahí preocupándome por ella...

Los continuos ingresos que ha sufrido también la disocian de la experiencia emocional convirtiéndolo en algo orgánico. En supervisión hablamos que trabaje con la paciente para que cuando tenga una crisis que llame porque así se puede construir la experiencia que está pasando, y, de esta manera poder trabajarla en vivo.

A lo largo de las sesiones con Nekane nos dedicamos a reconstruir el significado de su vida a través de trabajar su historia, a entender lo que le había pasado, en legitimar lo que explicaba. También fuimos contextualizando las situaciones que me iba relatando en las sesiones, identificando las emociones que sentía en ella, y también así poder desarrollar un pensamiento más concreto. A continuación se muestra un ejemplo:

T: ¿Te gustaría hacer cosas como qué?

N: Me gustaría hacer música.... Son muchas cosas. Le pedí el otro día también, que esto ya es un caprichoso: mama yo para Reyes quiero un tatuaje, lo hablé con mi padre, mi padre dijo: vale, si es lo que quieres. Donde voy a hacérmelo me conocen y me lo dejan por cincuenta euros, y

dice mi madre ya veremos vamos muy justos...

T: ¿Y además de música que más te gustaría hacer?

N: Un montón de cosas, estudiar pero ya lo veo Ufff, trabajar

T: ¿Te gustaría estudiar?

N: Si

T: ¿Y acabarías enfermería?

N: Si, pero primero la pierna porque aún me duele (en esa época la habían operado de la pierna y estaba en rehabilitación), y ayer ya me bajaron la autoestima un piñón, porque en rehabilitación se ve que tengo las cicatrices, Ufff y me han dicho que está mal, y que debería estar mejor, y que llevara la muleta y digo por aquí y dicen por tu bien y digo mira tú no eres mi médico, me vas a decir lo que tengo que hacer, y me dijo un día te vas a caer por la calle porque no tienes masa muscular

T: Decías que te gustaría enfermería ¿entonces te gustaría trabajar de enfermera?

N: De enfermera o de auxiliar. Me quedan dos asignaturas pero lo haría todo

T: Aparte de enfermería ¿hay otras cosas que te gusten?

N: La criminología, Ufff, pero es de mucho estudiar y lo de maquillar, peluquería,

T: Y, por ejemplo, ¿de enfermería que te gusta?

N: Tratar con la gente, es que son muchas cosas, siempre me ha llamado la atención, ya no es por lo de estudiar es porque cuando estuve haciendo las prácticas me sentía súper bien.

Aquí podemos observar la facilidad que tiene Nekane para apartarse de lo que estamos hablando, irse a otro tema, y divagar sobre él. En las sesiones continuamente la vamos acompañando a concretar tanto a nivel de pensamiento como emocional.

En diciembre de 2009 le propongo a Nekane realizar visitas conjuntas con los miembros de su familia. La idea es que puedan ir compartiendo sus vivencias para poder acompañarla a reconstruir su historia y para poder legitimarla.

Por otro lado en supervisión habíamos hablado que en los trastornos límite de personalidad tienen rasgos obsesivos rígidos, pues como el mundo para ellos es tan ambiguo, la manera de afrontar la ambigüedad, es mantener el sentido literal de las cosas, es decir que utilizan la heteronomía al servicio de la prenomía. Pensamos que estas situaciones interactivas, le podría ayudar a flexibilizar, intentando entender la interpretación que hace ella de la situación y contemplando otras posibles lecturas.

En un principio Nekane sólo quiere realizar las sesiones con su hermana, más adelante acepta que también trabajemos con la madre. Las visitas con la hermana se realizan en diciembre de 2009. La situación parental y conyugal ha sido diferente entre Noor y Nekane. Cuando la madre sufre un aborto inicia un trabajo personal al que también se une el padre, lo que influye en que Noor se encuentre con una

parentalidad diferente al nacer. Noor al inicio de la sesiones expresa “es mi hermana, pero hay como muchos vacíos. Cuando ella empieza con los ingresos, es como que mi vida se separa de ella. Hay mucha distancia y cuando me acerco veo muchos vacíos”. Estas sesiones facilitan un acercamiento entre hermanas.

Con el mismo objetivo de legitimar a Nekane también iniciamos un trabajo entre la madre y ella en marzo de 2010. A continuación se muestra un pequeño extracto de una de las sesiones:

T: Nekane cuando tenías las crisis y te hacías daño, ¿era con el objetivo de desaparecer?

N: Sí, en todas

M: Sí, si yo también lo he vivido así, si, si. Una vez, hace cuatro años fue muy fuerte, todavía lo tengo... Una vez en el parking de casa, entramos en el parking y había una escalera, pues abajo como te diría, es todo cemento duro, pero cemento duro y abajo hay una cosa que acaba en punta, pues se encontraba mal ¿te acuerdas? Estaba ingresada pero estaba de permiso, (A Nekane) estaba de permiso, se empezó a encontrar mal y nosotros fuimos hablando con ella, y tal y cual, algo había hecho en casa también y me acuerdo que Alfredo la cogía y venga va Nekane y estábamos ahí con ella y total que fuimos a coger el coche. Alfredo fue a coger el coche, yo no se dónde fui y se me escapó corriendo, se cogió a la barandilla y la tuve que coger yo por las manos y la veía abajo, la veía abajo. Alfredo vino corriendo, estuvo con ella y yo cogí el coche para llevarla al hospital. (Nekane esta llorando mientras su madre explica esta historia)

T: ¿qué te hace llorar? (a Nekane)

N: Porque sí que me acuerdo

T: ¿Y de lo que explica tu madre que te hace llorar.

N: Me acordaba y no me acordaba

M: Luego tiene esto, que se acuerda de cosas

N: De imágenes, no es todo, como si se me pasaran

T: ¿Te angustia recordar lo que has hecho?

N: Sí, me coge hasta calor

T: ¿Sientes dolor cuando lo recuerdas.

N: Sí, pero no me gusta

T: ¿Qué es lo que no te gusta?

N: Pues esto, el escuchar lo que hice

T: ¿Y te ayuda recordar.

N: Sí, sí

Aquí vemos como el poder escuchar lo que ha hecho la ayuda a conectar con las emociones, y cómo cuando se le pregunta por estas emociones lo conecta con lo sensorial: calor, no me gusta

En abril de 2010 y después de 10 meses de terapia Nekane, ante una situación

de crisis, es capaz de afrontarla sin necesidad de ingreso

“Estos días he estado mal, he estado nerviosa, y he sido la primera que lo he dicho, te he llamado a ti (terapeuta), he tenido mis recursos, he utilizado mis recursos, y no me he hecho daño”

También en esta época empieza a crear una demanda propia:

“Me cuesta un montón lo que piense la gente de mí, me hace mucho comerme la olla, me da mucho miedo. Hasta cuándo voy a la discoteca a veces, ya por como vaya vestida. Yo sé que bailo bien, es una cosa que lo sé, me lo han dicho mis amigas, me lo han dicho los gays, y ya me da cosa bailar, subirme al podio, aunque al final lo acabe haciendo, por lo que pueda pensar la peña y es una chorrada y luego pienso: ¡vaya tontería más grande!, pero ya me da cosa, pues imagínate una cosa del tamaño de buscar faena, o ir a preguntar por el título de monitora de tiempo libre, y decir: me quiero apuntar en septiembre, ¿qué tengo que hacer?.”

Empezamos a ver un discurso más concreto:

... Mi madre está más tranquila conmigo, supongo que está mejor porque no está mi padre... Si mis padres se separan yo creo que mi madre se va quitar un peso de encima. Va a estar más relajada.

“Lo que no entiendo es que si madre está mal con mi padre que se vayan juntos, se van este fin se van con la Sussi, se van con la Sussi pero se van, que ya se podría ir mi madre perfectamente con la Sussi sola.”

“... Veo las cosas de diferente manera, ahora cuando me enfado, soy la primera, en pensar, en contar hasta 10, voy a la habitación y me descargo de otra manera, antes se me iba, ahora ya no, ahora me descargo llorando, hablando...”

EVOLUCIÓN DEL CASO

En agosto de 2010 los padres se separan, Nekane se va a vivir con su madre y la hermana Noor se queda con el padre, pues éste se queda en la vivienda habitual y Noor no quiere cambiarse de vivienda.

Nekane decide sacarse el título de monitora de tiempo libre, y empieza a trabajar en un comedor escolar, vigilando a los niños mientras comen y hasta que vuelven a las clases. La adaptación al trabajo es buena, y se muestra contenta y satisfecha de haberlo conseguido.

En abril de 2011 Nekane se va a vivir con una chica que ha conocido por internet. Esta chica vive en otra provincia, con lo que se ve interrumpida la terapia.

Durante este tiempo Nekane y yo hemos estado en contacto a través de *email* o alguna visita. Sigue tomando medicación y visitándose regularmente con psiquiatra. Está muy contenta con la estabilidad que ha conseguido.

Como colofón, diría que durante la terapia Nekane pudo entender lo que le había pasado, le pudo dar un sentido, además de empezar a reconocer algunas

emociones sin necesidad de traducirlas a un nivel sensorial. Esto seguramente le ha permitido dejar de autolesionarse. En relación a la teoría del desarrollo moral (Villegas, 2011, 2013) diría que ha podido integrar la prenomía, y nos quedamos en el camino de construir una anomía e integrar la heteronomía.

En este artículo se recorre el camino seguido en la supervisión de un caso diagnosticado de trastorno límite de la personalidad, siguiendo las orientaciones marcadas desde la perspectiva de la teoría del desarrollo moral.

Palabras clave: psicoterapia, trastorno límite de la personalidad, supervisión, desarrollo moral.

Referencias bibliográficas

Villegas, M (1996). El análisis de la demanda: una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26-27, 25-78.

Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder

Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder

INDICE GENERAL AÑO 2012

Nº 89 APORTACIONES TEORICAS E INSTRUMENTALES

LA PERSPECTIVA NARRATIVA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Adrián Montesano

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO (CRES-4): LA VERSIÓN EN ESPAÑOL

Feixas, G.; Pucurull, O.; Roca, C.; Paz, C.; García-Grau, E. y Bados, A.

EL NARCISISMO Y SUS MODALIDADES

Manuel Villegas y Pilar Mallor

LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CORE-OM: *CLINICAL OUTCOMES IN ROUTINE EVALUATION - OUTCOME MEASURE*

Guillem Feixas, Chris Evans, Adriana Trujillo, Luis Ángel Saúl, Lluís Botella, Sergi Corbella, Esther González, Arturo Bados, Eugeni García-Grau y M. Angeles López-González

Nº 90/91 TERAPIA INFANTIL

EL USO DE HABILIDADES RELACIONALES DE LA TERAPIA DE JUEGO EN TERAPIA CONSTRUCTIVISTA

Richard E. Watts y Yvonne Garza

PSICOTERAPIA EN LA PRIMERA INFANCIA: PROCESOS PSÍQUICOS Y REPRESENTACIONES MENTALES

Margarita Ibáñez Fanés

LA PSICOTERAPIA RELACIONAL INFANTIL

Gemma Pou y Caroline Flaster Taverner

RELATOS, APEGOS, Y TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

F. Javier Aznar Alarcón

PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN LA ETAPA PREESCOLAR. EXTREMOS NORMATIVOS O INDICIOS DE TRASTORNO MENTAL

Dora Vera, Aurèlia Rafael, Roser Castellà y Noemí Mauri

LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A NIÑOS Y ADOLESCENTES

Aurèlia Rafael, Dora Vera, Leticia Bardinnet, Montse Molina

INTERVENCIÓN CON NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Noemí Balmaña Gelpí y Sergi Corbella

UN ENFOQUE INTEGRADOR EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH INFANTIL Y JUVENIL

Amalia Gordóvil-Merino y Thorsten Faust

RETOS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA POSTADOPCIÓN: UNA PROPUESTA INTEGRADORA

Meritxell Pacheco, Laia Garcia, Sandra Ger, Cristina Sallés y Berta Boadas

TERAPIA INFANTIL – ¿TERAPIA DE PADRES?

Ursula Oberst

Nº 92 CASOS SUPERVISADOS

UNA SUPERVISIÓN EN CO-TERAPIA: LA EXPERIENCIA DE UN TERAPEUTA EN FORMACIÓN

Sonia Tapia Melendo

A LA TERCERA VA LA VENCIDA

Lluïsa Solsona Pauils

LA CONSTRUCCIÓN DE LA VOLUNTAD COMO ALTERNATIVA A LA EXPERIENCIA DE ABUSO

Maria Oliveras Farrés

MI CUERPO ES MÍO

Roser Santonja Guillén

DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN UN CONTEXTO DE PAREJA

Albert Vidal Raventós

“CRÓNICA DE MI MENTE”: UN TRASTORNO DE LEGITIMIDAD PERSONAL

Laura Esquinas López

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@ub.edu

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITORIAL GRAÓ

c./ Hurtado, 29

08022 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com