



INTERVENCIÓN CON MUJERES QUE HAN SUFRIDO MALOS TRATOS POR PARTE DE SUS PAREJAS, DESDE EL MARCO DE LA TERAPIA PSICOANALÍTICA RELACIONAL. Aportes desde mi práctica¹

MARIA MARCELA LOCKETT²

Psicóloga, Madrid, España

Es objetivo del presente trabajo, realizar a partir de la reflexión de mi práctica, algunos aportes a la intervención psicológica con mujeres que han sufrido violencia desde el marco de la terapia psicoanalítica relacional. Es importante tener presente que nuestros primeros vínculos interpersonales fueron internalizados constituyendo nuestra subjetividad, y estos continúan funcionando en nuestras relaciones interpersonales, en la manera en como vemos el mundo, sentimos, pensamos, actuamos. A su vez, estos patrones de relación se reproducen en el vínculo con el terapeuta y están ahí jugando, susceptibles de ser traídos, para ser analizados y no sólo actuados, favoreciendo el cambio. Así el vínculo terapéutico se presta para sostener, o afirmar dando una oportunidad a nuevas experiencias reestructurantes para el sujeto. Expondré un pequeño marco teórico, partiendo del eje transversal de género, hacia la intervención específica desde lo vincular. Se ilustra mediante un caso clínico enmarcado en el diagnóstico de estrés post traumático crónico y complejo (Herman Judith, 1997)

Palabras clave: género, violencia hacia la mujer, intervención psicológica, psicoanálisis relacional, terapia del déficit, vínculos intersubjetivos, estrés postraumático complejo.

The aim of this paper is to layout some personal reflections from a psychoanalytical relational therapy perspective shedding light on the psychological treatment of female victims of domestic violence by their own partners. It's important to keep in mind that our earliest interpersonal ties were internalized thereby developing into our subjectivity, and that these ties continue to work in our interpersonal relationships in the way in which we see the world, we feel, think and act. Similarly these relationship patterns are reproduced in the link between patient and therapist and there they are, susceptible to being brought out in the open and be analyzed and not only triggered, favouring the change. Thus the therapeutic link supports or affirms and thus provides the subject with the opportunity for new restructuring experiences. I will put forward a simple theoretical framework covering a range of gender issues, getting to the specifics of the intervention from the relational perspective. A clinical case classified as chronic, complex post-traumatic Stress Disorder (Herman Judith, 1997) illustrate the proposed framework.

Key Words: Gender, violence towards women, psychological intervention, relational psychoanalysis, intersubjective bonds, therapy on deficit, Post-traumatic Stress Disorder.

English Title: NOTES FROM MY EXPERIENCES WITH VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE INFLICTED BY THEIR OWN PARTNERS, FROM A PSYCHOANALYTICAL RELATIONAL THERAPY PERSPECTIVE.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Lockett, María M. (2008). Intervención con mujeres que han sufrido malos tratos por parte de sus parejas, desde el marco de la terapia psicoanalítica relacional. Aportes desde mi práctica. *Clinica e Investigación Relacional*, 2 (1): 165-176. [ISSN 1988-2939] [<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen21Mayo2008/tabid/355/autorizacion/es-ES/Default.aspx>]

INTRODUCCION:

A lo largo de mi carrera profesional, he estado enfocada a la intervención psicosocial con mujeres que han sufrido violencia dentro del ámbito de la pareja o ex-pareja. Ahora desde mi rol de psicóloga, formada en Buenos Aires, desde un marco psicoanalítico tradicional y con una experiencia concreta en una institución española, donde priman marcos cognitivos conductuales, necesito resituarme para poder analizar desde que modelo asumo una terapia y me planteo objetivos de intervención.

Preguntas han surgido a lo largo de mi quehacer profesional en relación a la técnica utilizada para el cambio, si podría situarme en lo que se denomina psicoterapia breve, o focalizada en el problema, si mi marco podría decirse psicoanalítico o si es integrativo de diferentes marcos teóricos a manera de “caja de herramientas” que me permita lograr cambios en la población con la que trabajo; preguntas centradas en como justificar mi intervención ante otras profesionales que poseen su marco teórico y manera de intervenir muy clara e inamovible como ser, las terapias cognitivas conductuales.

De aquí parte la motivación para este trabajo, siendo el objetivo del mismo realizar a partir de mi reflexión, algunos aportes a la intervención psicológica con mujeres que han sufrido violencia desde la terapia psicoanalítica relacional. Entiendo a esta última, en un sentido amplio, según la definición dada por Ramón Riera (2002: 230) por *“todas aquellas perspectivas que se centrarán en la investigación empática de los afectos y convicciones emocionales que el individuo ha desplegado a lo largo de los contextos relacionales por los que ha atravesado a lo largo de su vida”*.

Cuando intento explicarme a mí misma que es lo que diferencia mi intervención a la del resto de mis compañeras que siguen otras líneas teóricas, surge en mí la idea clara de la importancia de tener presente que nuestros primeros vínculos interpersonales fueron internalizados constituyendo nuestra subjetividad, y estos continúan funcionando en nuestras relaciones interpersonales, en la manera en como vemos el mundo, sentimos, pensamos y actuamos. A su vez, estos patrones de relación se reproducen con la figura del terapeuta y están ahí jugando y susceptibles de ser traídos, para ser analizados y no solo actuados, favoreciendo el cambio. Así el vínculo terapéutico se presta para “sostener”(Winnicott) o “afirmar” (Killingmo) dando una oportunidad a nuevas experiencias reestructurantes para el sujeto.

Para poder desarrollar esta idea principal expondré un pequeño marco teórico, partiendo del eje transversal de género, hacia la intervención específica desde lo vincular. Luego ilustraré lo propuesto por medio de un caso clínico enmarcado en el diagnóstico de estrés post traumático complejo (Herman Judith, 2004).

DESARROLLO:

Es básico, aunque trillado para los que conocemos la problemática, introducir el eje transversal y fundamental que atravesará toda la intervención a la hora de estar frente a una mujer que ha sufrido malos tratos en el ámbito doméstico, me refiero a la categoría de género.

Se entiende por género al *“conjunto de atributos simbólicos, sociales, económicos, jurídicos,*

políticos y culturales asignados a las personas de acuerdo a su sexo, a partir de la diferenciación sexual. Cada sociedad en un determinado momento histórico asigna a sus mujeres y varones un conjunto de atributos, roles y lugares sociales que tienen valorización y jerarquía social diferente” (Fondo Población, 1999: 114).

Este concepto nos remite a las relaciones de poder que se establecen entre hombres y mujeres y de sus consecuencias, debido a la asimetría que caracteriza esta relación, produciendo acciones de violencia simbólica y muchas veces explícitas entre los mismos, donde la mujer ocupa un lugar de subordinación.

Múltiples son las formas de expresión de estas asimetrías, así como las consecuencias tanto del cumplimiento como el incumplimiento por parte de las mismas de los mandatos socialmente transmitidos. La violencia hacia las mujeres es tal vez una de las expresiones más extrema de la asimetría de poder descrita, padecida al interior de la familia, en función de los roles fijos y estereotipados, distribuidos a partir de una supuesta naturalidad biológica dada por la diferencia sexual. Se entiende por violencia hacia la mujer *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada”*. (Fondo de Población, 1999:115).

La característica principal del acto violento es el uso de la fuerza (física o simbólica) para producir un daño. Para ello tiene que existir un desequilibrio de poder en la relación, que posibilite doblegar al otro, poniendo en peligro su integridad. Este uso de la fuerza e imposición anulando al otro en su carácter de sujeto, se establece como un modelo de relación que genera determinado ciclo que se repite, cronificado, estudiado y conocido como ciclo de la violencia.

Considero necesario contextualizar el problema desde un *“modelo ecológico integrado”* (Corsi, 1994: 52) de carácter multidimensional, donde el problema no sea explicado de manera simplificada, sino que abarque desde un macrosistema o contexto social más amplio que reproduce y naturaliza las desigualdades que se viene describiendo, hasta una dimensión microsocia, en las relaciones cara a cara, donde los procesos de socialización primaria perpetúan estas relaciones asimétricas de poder al interior de las familias.

Como objetivo principal de la intervención psicológica lo sintetizaría en *“que la mujer pueda reestablecer el control de su propia vida, pudiendo integrar, reflexionar y modificar los vínculos violentos en los cuales se ha visto inmersa”*.

Esto trae a mi mente la definición de salud de Winnicott (1967), siendo sana *“la persona que siente que está viviendo su propia vida, y asumiendo la responsabilidad de sus actos y omisiones y es capaz de atribuirse el mérito cuando triunfa y la culpa cuando fracasa. Una manera de expresarlo es decir que el individuo ha pasado de la dependencia a la independencia, o a la autonomía”*.

Desde este atravesamiento de la categoría de género podríamos enumerar como objetivos a desarrollar en la terapia: elaborar nuevos modelos de feminidad más acordes con sus deseos; trabajar los conflictos que surgen con relación a la lógica diferencial que se da entre el ámbito público y privado; la estructuración en función de mandatos sociales de cuidado de los otros; reflexionar en relación a la dimensión del proyecto futuro, descubriendo sus propias capacidades, y permitiéndose *“el despliegue de la pulsión de dominio”*, apropiándose de su propia vida.

Ahora bien, ¿que destacaría de importante de la intervención desde un espacio terapéutico con

mujeres que sufren malos tratos?.

Primero la necesidad de establecer una relación empática con la mujer que recurre en busca de ayuda, en la que la misma no se sienta juzgada, sino entendida en lo que le ha ocurrido, pudiendo validar su experiencia. Reconocer los diferentes tipos de malos tratos, como esta situación la ha afectado, en diferentes ámbitos de su vida, iniciar un proceso doloroso de reconstrucción de lo que ha acontecido.

Intentar conjuntamente responder la pregunta que la mayoría de ellas trae al inicio de la terapia “¿por qué he aguantado tanto?” Poder dar nombre a conceptos estudiados como la indefensión aprendida, al estrés post traumático en caso de padecerlo, así como de otros síntomas consecuencias de haber vivido una relación violenta. Creo que esto es fundamental en la medida en que muchas de ellas llegan a dudar de sus propias percepciones, a partir de las estrategias utilizadas por el maltratador: “¿me habré vuelto loca?”, es otra pregunta que acompaña muchos de sus discursos, muchas veces reproducción del discurso repetido del hombre como justificante de sus acciones.

Intentar reconocer los mecanismos de control que ha utilizado el maltratador, poder entender que el mismo tiene determinado perfil, despejar hipótesis que traen en relación al origen de la violencia: “¿era violento porque abusaba del alcohol, u otras sustancias, tenía algún problema de salud mental?” Me parece que es necesario y por lo que se observa poder diferenciar los perfiles de maltratadores más clásicos ligados al machismo y a una visión tradicional de los roles de género, de aquellos con un perfil más psicopático que se encuentran cada vez con mayor asiduidad, ya que este último produce mayor desconcierto en la mujer, al tener una lógica de acción totalmente diferente al perfil más tradicional. Creo que este perfil es consecuente con la época posmoderna que nos encontramos viviendo, con personalidades más narcisistas, centradas en sí mismas, sin posibilidad de empatizar con los otros. Consecuencias en la subjetividad del contexto social, la llamada “Era del vacío” (Lipovetsky, 1983).

Considero de suma importancia esta etapa psicoeducativa, donde se prioriza el poder expresar los sentimientos que ha producido esta relación, así como las fantasías, sentimientos reprimidos hacia el maltratador; cómo el rol impuesto socialmente a las mujeres de cuidadoras de los otros en detrimento de sus propios cuidados ha contribuido al sostenimiento de esta relación; el amor entendido como fusión y entrega incondicional, las relaciones maternas que se reproducen en relaciones de pareja. ¿Donde queda la mujer como sujeto, donde está su deseo, sus motivaciones y aspiraciones?.

Creo que esta manera de intervenir la compartimos la mayoría de los que trabajamos en esta problemática. La diferencia surge a la hora de poder contextualizar el problema en la historia de la vida de la mujer, y aquí creo que el enfoque psicoanalítico relacional tiene mucho para aportar.

Muchas veces escuchamos decir a los profesionales: “he trabajado para aumentar su autoestima y no logro que deje de sentirse tan disminuida”, “he trabajado desde lo psicoeducativo y no logro que deje de lado la dependencia emocional que tiene hacia el hombre maltratador”, “¿por qué ha iniciado otra relación y vuelve a verse inmersa en una situación de violencia psicológica con todo lo que hemos trabajado?”.

El enfoque del psicoanálisis relacional trae la importancia de los primeros vínculos para la constitución de la subjetividad¹. La misma va a configurarse a partir de patrones de relación entre el niño y sus cuidadores, los cuales se internalizarán, permitiendo la posibilidad de un self cohesionado, o deficitario: (Fonagy, 1999) “*como patrones recurrentes de transacciones intersubjetivas dentro del sistema que tiene lugar en el desarrollo dan como resultado el*

establecimiento de principios invariantes, que inconscientemente organizan las subsiguientes experiencias del niño".

Así lo patológico se entendería como sintonías afectivas tempranas defectuosas, rupturas del sistema cuidador-niño que llevan a la pérdida de capacidad de regular el afecto². Se destaca como a través del vínculo con el cuidador y la validación de su experiencia, de sus necesidades y diferentes estados, regulándolo emocionalmente en los primeros meses, validándolo como sujeto, permite, la constitución y cohesión de su self y la constitución de una realidad acorde a su deseo, en caso de ser reconocido por otro. De no ser así constituirá una realidad creada en función de la demanda de sus cuidadores, que no le otorgan el carácter de humanidad necesario para constituir su subjetividad, como ser diferente y autónomo³

Estos patrones de relación tienden a internalizarse, acompañándonos el resto de nuestra vida, constituyendo lo que desde la psicología cognitiva se ha dado en llamar "memoria procedimental". En relación a esta, Storolow y Atwood (2004) vienen a reformular la concepción Freudiana de inconsciente, sumando al inconsciente dinámico, el inconsciente pre-reflexivo y el inconsciente invalidado.

En relación al *inconsciente pre reflexivo*, coincide con la memoria procedimental, como lo que escapa lo simbólico, como patrones de relación que repetimos automáticamente, porque han quedado cristalizados en función de lo que fueron nuestros primeros vínculos con nuestras figuras de apego.

Esto lo trae Lyon-Ruth (1991) en como en un vínculo caracterizado por un apego seguro, a nivel comunicativo lo que se observaría sería un "*diálogo colaborativo*", en la medida que el adulto intenta conocer cuales son las necesidades de los niños y responder a ellas. Esto implica sucesivas adaptaciones, corroboraciones, tenerlo en cuenta al otro como sujeto deseante, adaptarse a él y frustrar aceptando el nivel de tolerancia del otro, consolando de ser necesario. Esto implica según lo que relata muy claramente en el texto: estructuración activa del dialogo con la finalidad de poner de relieve sus carencias, necesidades; búsqueda activa por parte del adulto de poner en claro malentendidos, reparando los equívocos, estableciendo feedback entre emisor y receptor del mensaje; en todo esto tanto el adulto como el niño participan activamente, a pesar de la relación de asimetría intrínseca a la relación.

Según Fonagy (1999) esto implica una *capacidad reflexiva* por parte del adulto, entendiendo a la misma como "*la comprensión de la conducta de uno y de los otros en términos de estados mentales*". "*Inconscientemente el cuidador adscribe un estado mental al niño como un agente mental lo que es percibido por el niño, surgiendo el sentimiento nuclear de mismidad mental*".

Esto lleva a la capacidad de tener en cuenta los sentimientos, el estado mental de otro en la estructuración y planificación de las acciones.

En los casos de violencia hacia las mujeres que veo en un alto porcentaje y sobretodo los más cronificados, hay una historia infantil generalmente de malos tratos, abusos, de identificación a una madre que fue maltratada por su pareja, de abandonos y de desencuentros con sus padres. En esos primeros vínculos aprendieron como debe comportarse una mujer, la pasividad, el rol de cuidadora, el constante pedir afecto en las relaciones, el hacer lo que sea para no ser abandonadas nuevamente, el sacrificio por el otro, como forma de demostrar sus sentimientos, lo poco que valen por sí mismas. No toda mujer aguantaría las situaciones que se plantean en las historias que escucho, llegando a

anularse como persona a costa de otro: esto ya estuvo en sus vidas, porque esa manera de vincularse es la que reproducen en sus vínculos actuales, y en el vínculo con el terapeuta. Podríamos decir que los traumas⁴ de la infancia son la base para nuevas retraumatizaciones en la vida adulta.

Tutte (2004) utiliza la metáfora de “hilos rotos que no logran el entretrejo” para hablar de lo traumático, porque mostraría los agujeros que quedan en el self, supongo que podrán ser de menor o mayor amplitud y esto será determinante a la hora del pronóstico de que una mujer pueda salir adelante en su vida.

Si tomamos en cuenta los primeros vínculos del sujeto, y que la relación terapéutica es un vínculo intersubjetivo de dos, podemos apostar por la riqueza de este vínculo a la hora de trabajar dichos déficit. La única manera de aprender de los vínculos es por medio de relaciones intersubjetivas, y así el espacio terapéutico abre su abanico de posibilidades de subsanar en relación.

Fonagy (1999) lleva estos estudios a la relación paciente-analista, y a la metodología misma donde no alcanza con hacer consciente lo inconsciente, destacando el espacio terapéutico como el aprendizaje de nuevas formas de vincularnos con los otros.

Esto va en la línea de los autores que hablan de “la terapia del déficit” como Killingmo (1989: 3) el cual entiende la necesidad de utilizarla cuando *“debido ya sea a un estímulo abrumador, a un estímulo inadecuado, o a la privación, el yo ha sido dañado, en un momento en que su capacidad para representar causas y efectos y su capacidad para experimentar el sí mismo como un centro estratégico no se han desarrollado todavía. El resultado de esta falta de diferenciación del yo es un estado de confusión y de sentimientos amorfos de vergüenza y culpa... contra lo que uno se defiende es fundamentalmente contra la angustia de fragmentación, es decir contra la pérdida de la propia sensación de identidad”*

A diferencia de modelos psicoanalíticos donde prima la interpretación pura y dura y tomando en cuenta en este caso, que hay algo que no se ha construido, el terapeuta funciona como un soporte para esa construcción: *“y así expresa que todo conocimiento es en esencia reconocimiento, en la medida que un aprendizaje nuevo reorganiza automáticamente y hasta cierto punto el aprendizaje antiguo”*. El autor refiere como objetivo de la terapia el *“deconstruir los modos desadaptativos de estar con los otros, junto con la co-construcción simultánea de nuevos modos de estar en compañía que sean mas adaptativos”*.

“El rol del analista será de proveedor que suministra al paciente algo que él no ha obtenido de los objetos si mismo originales, o en cantidad suficiente ya sea amor, aprobación, o empatía....Cuando el material señala en relación al déficit, la estrategia será establecer el significado a través de intervenciones de tipo afirmativo”. (Killingmo, 1989: 3)

Con las respuestas de tipo afirmativo el autor se refiere a *“eliminar la duda conectada a la experiencia de realidad y de ese modo establecer o reestablecer un sentimiento de identidad”*. Así se trasmite la experiencia de ser entendido, *“el analista demuestra, bien con palabras, bien con entonación que él realmente comprende / alcanza ser como él y que es legítimo sentir como lo hace”*. Así se siente comprendido, y por lo tanto la entonación afectiva con el otro le da un sentido de existencia, afirmando el sentido de sí mismo: *“si me entienden existo como persona”*.(Killingmo, 1995:6)

El psicoanálisis clásico ha aportado mucho acerca de los aspectos transferenciales⁵. Las nuevas corrientes vienen a destacar los aspectos contratransferenciales⁶ y la necesidad de que el terapeuta los tome en cuenta y los utilice como herramienta de intervención. De allí la importancia de poder analizar que le produce esa relación terapéutica particular, que

repercute en su propia historia. ¿Qué le pasa al terapeuta con las historias de dolor que le cuenta la mujer, como repercute en su historia y en subjetividad?. Esto trae como necesario el espacio de supervisión clínica y de terapia personal.

Así Stolorow y Atwood (1992:156) expresa, parafraseando a Kohut (1959) que *“la alianza terapéutica viene dada por el compromiso del analista en buscar de forma continuada el sentido de las expresiones del paciente, sus estados afectivos y sobre todo el impacto del analista en él, desde una perspectiva que está dentro y no fuera del marco de referencia de la subjetividad del paciente”*.

Esta visión pone énfasis en el protagonismo del vínculo que se establece, donde el terapeuta “es alguien que participa, actúa y luego intenta explicar algo de lo que ha ocurrido entre los dos”. Esto es algo inevitable en los vínculos, en la interacción entre dos subjetividades.

EL CASO DE JUANA ¿LA LOCA?:

Juana es una mujer que sufrió malos tratos físicos, psíquicos, control y aislamiento, por parte de su pareja durante más de quince años. El agresor, con un perfil psicopático, utilizaba explicaciones teóricas para justificar su accionar: “te estoy enseñando a ser fuerte por eso no puedes llorar”. Las secuelas del mismo son acordes a dichas torturas: posee estrés post traumático crónico y múltiples somatizaciones crónicas y agudas. Podría encajar su diagnóstico en el llamado *estress post traumático complejo*⁷ propuesto por Judith Herman (Herman, 1994: 196)

Como situaciones de terapia donde he utilizado la afirmación (Killingmo, 1995), como propia de la terapia del déficit, pensaba como ejemplos: el desmontar las atribuciones que hace el agresor para justificar su violencia de “locura en la mujer”, utilizando herramientas de chantaje un tanto perversas y sofisticadas como “hacer luz de gas” y hacerla dudar de sus propias percepciones siendo este un *modus operandis* que se repite en la relación. El trabajar con la mujer desvelando estas estrategias permite entender las características de dicha relación, y poder posicionarse diferente entendiendo que no “está loca” como él le decía, cuestión que la tranquiliza bastante y le permite entender los síntomas que tienen como secuelas de lo que ha vivido.

Cuando a través de un ejercicio que le doy a ella para completar desde su historia⁸, Juana revela una infancia de malos tratos y control de sus ritmos corporales, un “poder ser” en la medida en que enfermara y permaneciera postrada en función de los otros. Ahora de adulta, se siente responsable de ese trato otorgado por aquellos que debían darle protección, intenta buscar una respuesta auto culpándose diciendo “yo no recuerdo haber hecho nada malo, no era desobediente, pero algo debo haber hecho...” .

Intento abrir esto en las intervenciones por medio de la pregunta “¿y que puede haber hecho de malo una niña pequeña para que la traten así?”. Sabemos que para poder sobrevivir en este tipo de historias la estrategia psicológica utilizada muchas veces, para negar que aquellos que tienen que protegerte son los que ejercen el maltrato es considerarse “la mala, la culpable” única forma en que el vínculo se hace tolerable. Si este significado de la infancia continua siendo vigente en la adultez, todo el tiempo aparece esta visión de si mismo, poniendo por ejemplo igual responsabilidad en el adulto que en el niño. En Juana la terapia en si es un espacio afirmante, en la medida en que esta le sirve para devolverle otra imagen de si misma de la que se ha construido en la infancia y continua teniendo vigencia en la adultez porque a quedado cristalizada: “estas loca, eres una maltratadora, eres mala”. Esto

la paraliza porque viene de su pasado. La terapia pasa a ser una lucha de fuerzas, entre esta definición de si misma y la que construimos en la terapia, pero es una reto difícil, porque en ella misma se cuele el discurso de aquellos que la han maltratado a lo largo de su historia: “me dejó porque enfermé, dice en relación a su ex pareja”. Mi intervención: “¿no enfermaste a raíz de 20 años de malos tratos a los que te ha sometido?”.

Al volver a encontrarnos tras el periodo vacacional, me comenta que ha leído el libro acordado a manera de “objeto transicional” (Winnicott, 1972) ante el periodo de impasse de sesiones, cuya protagonista es Juana La Loca. Realiza la siguiente reflexión, identificada a su protagonista: “ahora sé que no estaba loca, que la querían volver loca, como a mí”.

En relación a situaciones de conmoción interna, de peligro de desestructuración del self, la observé en ella en una crisis que tuvo donde estaba en juego la continuidad temporal, la vitalidad, y su subjetividad en cuanto dejarse ser un objeto inerte, desvitalizado. Cuento la experiencia en sesión: le doy a realizar una tarea en relación a un autorretrato y escribir logros y fortalezas. A la siguiente sesión devuelve lo siguiente: “estaba encantada de hacerla pero cuando fui a sentarme ya no era la misma y no sabia que escribir”....Trae ideas de acabar con todo “que linda seria la nada, poder descansar”. Además de un contrato de “pedir ayuda”, le traje a sesión la imagen de un “cuaderno con candado” en donde debía unir o pegar en el lo que había escrito de su historia de violencia, así como sus deseos y sueños, porque ambas cosas formaban parte de su ser. La metáfora le llegó profundamente.

Como ejemplo del trabajo de la relación a partir de la figura del terapeuta, y la utilización de la contratransferencia: le planteo al comunicarle que me cogeré quince días de vacaciones, que a mi regreso “valoraremos la situación para ver como continuamos”.

A la sesión siguiente comienza planteándome un sueño traumático al que relata: “mi hermana había hecho las maletas porque se iba, había vuelto el: ya tienes quien te cuide... Llena de terror, llamo por teléfono, era lo único que podía hacer buscándote, y me dicen, que luego tú te comunicaras, no estando disponible en ese momento.... Luego llegas a casa, con otra chica, y me dices que no entiendes que hago con él, que es el maltratador. Yo intento decirte que no es después de todo malo... tú me muestras fotos donde coincide con su imagen. El comienza a hablarte, dice que estoy loca, intenta convencerte...todo termina que te vas, y tu dices que seré citada por la clínica forense. El empieza a estrangularme. Me despierto con contractura y rasguños provocados por mí”.

Tras escuchar el sueño, le planteo las repercusiones de lo que le dije en la ultima sesión. Ella plantea su interpretación del sueño y yo la mía: es exactamente en que consiste el trabajo terapéutico: yo estoy ahí para intentar mostrarle el maltrato que han ejercido en su infancia, ella a veces lo reconoce, pero por otras no puede. El anuncio vago que le he hecho, implica un abandono anunciado; todos le dicen que esta loca, yo sólo que es una victima y sobreviviente de tanto maltrato.

El abandonarla, seria en su subjetividad, similar a la muerte, a dejarla abandonada en manos del agresor.

Ella comienza a llorar, dice que es una egoísta, que la vida es así, y que esta haciendo teatro...

Yo le devuelvo que debería permitirse sentir sentimientos de odio hacia mi, porque puedo abandonarla. Que la vida no es así, que para ella si lo ha sido, y que las lágrimas son acordes.

Interpreto la relación: yo soy como esa familia que a lo largo de su vida a buscado que la

adopte y tras haber confiado en mí, ahora le anuncio que puedo irme.

El poder hablar de esto, le expreso, a mí me tranquiliza, porque siento que ella me coloca en un lugar muy omnipotente, y yo también fallo, no voy a poder estar siempre para sostenerla.

Me sentí muy sincera, al revelar lo que me provoca su situación y ella misma. Al decir de Little (1957: 5) *“Los verdaderos sentimientos que el analista coloca sobre su paciente y su deseo de ayudar tienen que ser expresados clara y explícitamente, nombrados, cuando ellos son experimentados y pueden, por consecuencia surgir con espontaneidad y sinceridad.”*

Si tuviera que describir lo que contratransferencialmente me produce esta mujer, no puedo olvidar la primera sesión en la que fui testigo del horror y trato inhumano al que fue sometida. Esto ha generado en mí a nivel personal, la necesidad de búsqueda de supervisión y espacios propios donde me sintiera protegida, y acogida, destacando la importancia del ser cuidados para poder cuidar. El ser testigo de los abusos, sumado a la idealización en la que la mujer me ha puesto, con su temor al abandono, me ha colocado en un lugar de “salvadora”, demasiado comprometido para mí en un marco personal e institucional. Esto ha hecho que anunciara adelantadamente una despedida, error al cual tuve que responder para poder seguir trabajando: “ahora si sería un abandono, porque me estás usando para sostenerte y eso es positivo y parte del tratamiento: si te sostengo para que hagas cosas, para que no des paso a las ideas autolíticas, si te sostiene mínimamente ante el no estoy loca, y continuas peleando, es válido...”

A mí me ha servido para bajar un nivel de omnipotencia, que puedo fallar, y puedo no estar, pero es terapéutico que continuemos, hay elementos para justificar la terapia, así que sigamos adelante, trabajando.....”

Esto ha permitido el trabajo de los sentimientos negativos, de rabia y odio que trajo mi intervención y que Juana no se permite sentir, porque siente que merece ser abandonada.

CONCLUSIONES:

Considero que el camino de la búsqueda de nuestro propio marco teórico que sostenga nuestra práctica y técnica es arduo, sería más fácil, tomar los viejos modelos y refugiarnos en ellos, dándonos el beneficio de la seguridad como psicoterapeutas pero perdiendo nuestro foco principal, las mujeres que atendemos, y su problemática específica..

El psicoanálisis relacional, ha marcado para mí un telón de fondo desde el cual pensar y analizar las intervenciones, y ha dado una herramienta de trabajo fundamental: la relación misma que se establece entre la mujer que tengo frente a mí y yo como terapeuta.

Espero poder haber transmitido a lo largo de este trabajo, la importancia de los primeros vínculos en la conformación de la subjetividad, como “la experiencia psíquica y los procesos mentales son el producto de la influencia recíproca entre el sujeto y el otro del contexto intersubjetivo.”

Me parece positivo poder reflexionar sobre nuevos modos y corrientes de la teoría psicoanalítica que alejan las visiones del terapeuta como “oráculo revelador”, haciéndolo más cercano y empático con las mujeres que sufren relaciones de pareja violentas.

Como límites del modelo expuesto, destaco la necesidad de un tiempo para que el vínculo entre el terapeuta y la mujer pueda ser utilizado terapéuticamente. Muchas veces tenemos la presión de las instituciones desde donde trabajamos, del aumento de la demanda,

cuestión que condiciona nuestra intervención. Hay cuestiones que implicarían un trabajo mucho más profundo y continuado en el tiempo, por lo que intento motivar a las mujeres con las que trabajo, para que estén atentas cuando estos patrones de relación que se repiten, puedan convertirse en un nuevo problema y pidan ayuda a tiempo. Como negativo, siento que en muchas ya se ha establecido el vínculo transferencial, muy rico para continuar avanzando y la sensación que a veces me queda, es “que lástima ahora esta relación debe finalizar”. Es necesario expresar que muchas veces siento una profunda sensación de satisfacción, no se si es “regodeo narcisista del terapeuta”, pero la verdad es que siento como ha cambiado esta mujer, siento que el vínculo a potenciado ese proceso, que se lleva cuestiones que le servirán en su vida, que ve las cosas diferentes o por lo menos es más conciente de sus mecanismos de actuación, del porque de sus orígenes.

Espero haber podido aportar con estas reflexiones otra mirada desde la psicología que permita hacer frente a la problemática de la violencia hacia la mujer, y al camino de la conformación de sujetos sanos, al decir de Winnicott, con vínculos más igualitarios.

REFERENCIAS

- AVILA, A, BASTOS, A et al. (2002). REFLEXIONES SOBRE LA POTENCIALIDAD TRANSFORMADORA DE UN PSICOANÁLISIS RELACIONAL. *Intersubjetivo* n2, v 4. Pág. 155-192
- BLEICHMAR, H. (1999). PSICOANÁLISIS: FUNDAMENTOS Y APLICACIONES DEL ENFOQUE MODULAR-TRANSFORMACIONAL. *Revista Aperturas psicoanalíticas*. N 1.
- CORIA, C (2001). EL AMOR NO ES COMO NOS CONTARON, NI COMO LO INVENTEMOS. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- CORSI J (1994). VIOLENCIA FAMILIAR: UNA MIRADA INTERDISCIPLICARIA SOBRE UN GRAVE PROBLEMA SOCIAL. Barcelona: Editorial Paidós.
- FONAGY P. (1999). PERSISTENCIAS TRANSGENERACIONALES DEL APEGO: UNA NUEVA TEORIA. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*, n 3.
- FONDO DE POBLACION DE NACIONES UNIDAS (1999). MANUAL PARA EQUIPOS DE SALUD. TALLERES EDUCATIVOS EN SALUD Y GENERO. Montevideo: Fondo de Población.
- KILLINGMO B.(1989).CONFLICTO Y DEFICIT: IMPLICACIONES PARA LA TECNICA. *Int. J Psycho-Anal*, 70:65-79. Traducido por Colectivo GRITA. Doc de trabajo n 7.
- HERMAN Judith (1994). TRAUMA Y RECUPERACIÓN: COMO SUPERAR LAS CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA. , Madrid: Editorial Espasa Hoy.
- KILLINGMO B.(1995). LA AFIRMACION EN PSICOANÁLISIS.*Int. J Psycho-Anal*, 76: pp 503-518. (traducido por Colectivo GRITA. Doc de trabajo n 8)
- LITTLE M (1957). R- LA RESPUESTA TOTAL DEL ANALISTA A LAS NECESIDADES DE SU PACIENTE. Traducido por Colectivo GRITA, documento de trabajo n 5.
- LIPOVETSKY, GILLES (1983). LA ERA DEL VACÍO. Barcelona: Editorial Anagrama.
- LOCKETT M (2006). LA EXPERIENCIA DE UN GRUPO DE MUJERES EN UNA CASA DE ACOGIDA: EN BUSCA DE UN PUNTO DE ENCUENTRO. EN “Resignificando lo grupal en el trabajo social”. Teubal- Dell Anno, Editorial Espacios.
- LYONS-RUTH KARLEN (1999). EL INCONCIENTE BIPERSONAL. EL DIALOGO INTERSUBJETIVO, LA REPRESENTACION RELACIONAL ACTUADA Y LA EMERGENCIA DE NUEVAS FORMAS DE

- ORGANIZACIÓN RELACION. Revista Aperturas psicoanalítica n 4
- RIERA I A R (1989). LA FASCINACION DEL PSICOANÁLISIS CLÁSICO POR LAS FUERZAS OSCURAS. *Intersubjetivo*. 2002. n 2, Vol. 4, Pág. 228-257.
- STOROLOW Y ATWOOD (2004). LOS CONTEXTOS DEL SER: LAS BASES INTERSUBJETIVAS DE LA VIDA PSIQUICA. Barcelona: Herder.
- TUTTE J C (2004). EL CONCEPTO DE TRAUMA PSIQUICO: UN PUENTE EN LA INTERDISCIPLINA. Revista *Aperturas Psiconalíticas* n 23, agosto 2006.
- WINNICOTT D (1967). EL CONCEPTO DE INDIVIDUO SANO. Conferencia pronunciada en la División de Psicoterapia y Psiquiatría social de la real Asociación Medico-psicológica.

NOTAS

¹ Trabajo presentado en el Congreso Internacional de Violencia, Malos tratos y Abusos. Buenos Aires, nov. 2007.

² Licenciada en Psicología y en Trabajo Social en la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Especialista en Servicios Sociales en Salud y Educación para la Salud (Gobierno Ciudad Buenos Aires). Experiencia profesional en salud trabajando a nivel familiar, grupal y en la elaboración y ejecución en proyectos comunitarios. En España: Especialista Universitario en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica: el niño y su familia; Especialista Universitario en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica: adultos. (en curso) Universidad Pontificia de Comillas. Seminario de Clínica y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica Relacional (Agora Relacional). Experiencia en diferentes dispositivos de atención a la mujer que sufre violencia de género en el ámbito de la pareja. Actualmente desempeño como psicóloga realizando intervención psicológica con víctimas de malos tratos, de modalidad individual y grupal. Contacto: marcelockett@yahoo.com

¹ Autores como Winnicott, Bowlby, Kohut, Fonagy, han realizado grandes aportes en esta línea. Para profundizar ver: Colectivo Grita: "Reflexiones sobre la potencialidad transformadora de un Psicoanálisis Relacional". *Intersubjetivo*, diciembre 2002, n 2 vo 4. Pág. 155-192.

² Se entiende por afecto: "el grado en que una persona puede llegar a experimentar los afectos como mente, es decir como sentimientos, en lugar de únicamente como cuerpo, dependerá por lo tanto de la presencia de un contexto intersubjetivo facilitado. En la ausencia de este contexto facilitador ese proceso de transformación fácilmente quedará alterado, con lo cual los afectos continuarán experimentándose principalmente como estados corporales." Storolow y Atwood (2004)

³ "La madre o el padre como personas reales constituyen psicológicamente múltiples objetos con relación a las múltiples funciones que desempeñan a través del vínculo parental: objeto del self que otorga reconocimiento y valoración narcisista; objeto seductor, aquel a través de sus cuidados agrega un plus de placer que activa las potencialidades del placer sensual-sexual; objeto "continente" de la ansiedad y regulador de los estados afectivos, acciones que contribuyen al equilibrio del sistema neurovegetativo, objeto de heteroconservación, proporcionando cuidados y alimento que preservan la vida; objeto de proximidad física y contacto emocional lo que satisface las necesidades de apego; objeto que tiene capacidad de respuesta cualificada y diferenciada a las necesidades del infante lo que desarrolla un sentimiento de eficacia y regulación adecuada de impulsos." Hugo Bleichmar.(1999)

⁴ Se entiende por trauma: "no toda situación dolorosa se constituye como tal. Lo que debe sumarse para que el trauma se produzca es que los padres no respondan de manera adecuada cuando se ha roto el escudo protector que ellos mismo generan durante el desarrollo del infante. El niño debe disociar el sentimiento doloroso de la experiencia en la medida en que no es reconocido, o consolado por sus padres. Esto debe hacerlo para poder seguir contando con su amor, ante el temor del abandono". Storolow y Atwood (2004)

⁵ Desde este marco hablamos de transferencia OBJETO SI MISMO (Kohut), para referirnos a las personas que necesitan de un objeto capaz de suministrarle las condiciones apropiadas para corregir las representaciones objetales distorsionadas, y para internalizar las funciones del objeto.

⁶ Little (1957: 5), en relación a la contratransferencia, trae el concepto de respuesta total, definiendo a la misma como "todo lo que el analista dice, hace, piensa, imagina, o experimenta en el curso de un análisis en relación a un paciente". Refiere que surge de la interacción y de un equilibrio entre el amor y el odio que el analista siente en relación al paciente.

⁷ Se entiende por desorden de estrés Postraumático Complejo (Herman, 1994: 196) a situaciones en las que se dan estas características: "una historia de sometimiento a un control totalitario en un período de tiempo prolongado. Alteraciones en la regulación de las percepciones; en la conciencia; en la percepción de si mismo; en la percepción del perpetrador; en las relaciones con los demás; en el sistema de significado."

⁸ Utilizo algunos ejercicios de autorreflexión personal sobre su historia de vida, situaciones vividas con su pareja como materiales a ser trabajados en la terapia. Muchas veces más allá del contenido que las mujeres puedan traer, trabajo lo que les sucede con la tarea, como la entienden (como por ejemplo como una obligación para con el terapeuta), las resistencias que las mismas les ha generado, los olvidos, como se posicionan frente a ella (“¿esta bien, lo he hecho bien?”). El ejercicio planteado en este caso ha sido un cuadro a completar con la consigna “las cosas que él te hacía o decía”, y “estas cosas las escuche o las viví en la infancia”.