



“YO SOLO, POR AHÍ, LLENO DE MOCOS”

Reflexiones sobre el tratamiento relacional de la adicción grave¹

José González Guerras²

Centro Self, Salamanca, España

En el presente artículo se propone un recorrido, a través de la práctica clínica, por aspectos teóricos relevantes relacionados con la regulación de los afectos y la construcción y desarrollo del Self a partir de la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta, a partir por tanto del encuentro intersubjetivo. En este proceso de psicoterapia desarrollado con un paciente narcisista con una estructura de personalidad límite ha sido de vital importancia la construcción de un vínculo estable, seguro y confiable. Es solo a partir de la construcción de este tipo de vínculo que se ha podido ir desarrollando alternativas de vida más saludables para el paciente que el consumo de drogas. A lo largo de la psicoterapia hemos ido co-construyendo una relación de confianza que ha permitido poder ir reconociendo, explorando, aceptando afectos y emociones que estaban reprimidos, escindidos y negados por el paciente, cristalizando todo este tipo de defensas en el consumo de drogas como forma de escapar del sufrimiento, de la desvalorización, del sentimiento de ser incapaz, de la angustia, de la rabia...

Palabras clave: Regulación de los afectos, confianza, co-construcción, psicoterapia, sufrimiento narcisista, consumo de drogas.

The present article covers the relevant theoretic aspects that emerge throughout clinical practice, related to the regulation of affects and the construction and development of the Self, beginning with the relationship that is established between the patient and the therapist, that is, beginning at the intersubjective encounter. It has been of vital importance to build a stable and secure bond of trust, in this process of the psychotherapy developed with a narcissist patient with a borderline structure. It is only stemming from the construction of this type of bond that it has been possible to develop alternatives of life that are healthier for the patient than the consumption of drugs. Throughout the psychotherapy, we have been co-constructing a relationship of trust that has allowed us to recognize, explore and accept affects and emotions that were repressed, split and denied by the patient, crystallising a range of defences with the consumption of drugs as a form of escaping from suffering, devaluation, the feeling of being incapable, anguish, rage...

Key Words: Affect regulation, trust, co-construct, psychotherapy, narcissist suffering, consumption of drugs.

English Title: “Just me, all alone with my snotty nose”. Reflections on the relational treatment of a serious addiction.

Cita bibliográfica / Reference citation:

González Guerras, J. (2011). “Yo solo, por ahí, lleno de mocos”. Reflexiones sobre el tratamiento relacional de la adicción grave. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (3): 525-542. [ISSN 1988-2939]

INTRODUCCIÓN

¡Dejan solo a un niño!

¿Qué provoca más miedo, angustia y psicopatología en un niño? ¿Que le peguen?, ¿Que le dejen solo...? Simplemente con este principio quería hacer una pequeña mención y paralelismo con el trabajo de Freud (1919) "Pegan a un niño". Trabajo en el que se nos muestra un niño con pulsiones libidinales y agresivas que conforman sus fantasías (en este caso de flagelación) así como sus defensas y estructura de personalidad, pero el contexto en el que vive, sus padres o cuidadores principales, tienen poca relevancia en su desarrollo.

Si esto fuera realmente así, este niño si que se encontraría solo ante sus pulsiones, afectos y necesidades lo cual le provocaría enormes angustias (miedo sin solución: M. Main y E. Hesse, 1990) que sin la presencia de un otro no serían de fácil resolución. Sin embargo en mi entendimiento del caso que presento es de vital importancia el contexto intersubjetivo en el que se desarrolla, el otro, tanto para la creación de la desregulación y la patología como para el aprendizaje de formas más sanas de acomodación y adaptación (Piaget) a la vida. Para un niño es mejor una respuesta (aunque esta sea patológica) por parte de sus objetos del self que ningún tipo de respuesta ya que así no se verán sumidos en las angustias de aniquilación, inexistencia y muerte.

Cuando a un niño se le deja solo llorará, pateará y hará todo lo posible para conseguir llamar la atención de un otro, con el ánimo de provocar una respuesta que calme sus necesidades y angustias, si esto no sucediera se producirá la retirada y el desapego, teniendo esto unas connotaciones importantes en su desarrollo. Aunque en el caso que presento esto es una cuestión importante, no lo es menos la invasión e intrusismo que sus padres han tenido para con él. En ocasiones no había respuesta, para pasar a otros momentos en que la respuesta era invasiva e intrusiva. Yo creo que un niño llorará y pateará cada vez con más fuerza precisamente para conseguir una respuesta por parte de sus cuidadores, aunque esta sea patológica. No hay nada más difícil de soportar que las angustias de fragmentación, inexistencia, aniquilación y muerte.

Como va a ser posible que un niño, que ha sido desvalorizado, criticado, vejado y humillado psicológicamente, pueda llegar a tener un self integrado, estable y coherente. Cualquier niño criado en este tipo de contexto será un niño sujeto a la patología, a la desregulación afectiva, al consumo de drogas, al trastorno límite de la personalidad...en definitiva al sufrimiento y al dolor y lo mejor que puede hacer para sobrevivir es negar, disociar y no sentir ni emociones ni afectos. Solo si puede encontrar una figura dispuesta a recorrer un camino inverso y diferente podrá animarse a vivir de una forma diferente, en definitiva a cambiar.

Mí visión y tratamiento del caso está desarrollada desde una perspectiva

intersubjetiva en la que se entiende que es el otro el que otorga valor y sentido al sujeto y que solo desde la mirada del otro es que se puede desarrollar la subjetividad propia de cada persona. Es por ello que entiendo de vital importancia, tanto en el infante y sus cuidadores como entre el terapeuta y su paciente, los procesos de relación y comunicación que se desarrollan entre ellos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El paciente es derivado en Marzo de 2007 desde Tavad, clínica de desintoxicación con la que tengo un convenio de colaboración para el tratamiento de pacientes que consumen alcohol, benzodiacepinas, heroína, cocaína...El periodo de desintoxicación de alcohol y cocaína es realizado en la clínica y después es derivado a mí con la pertinente medicación prescrita. El tiempo de tratamiento que es abonado por la clínica es de un año, completando 27 sesiones, estructuradas por la clínica de la siguiente manera: los 3 primeros meses nos vemos una vez a la semana, los siguientes 6 meses una vez cada 15 días y los restantes 3 meses una vez al mes, lo que hacen un total de 27 sesiones.

Con David una vez terminados los 3 primeros meses, y para poder desarrollar un encuadre psicoterapéutico con la suficiente continuidad, decidimos de común acuerdo seguir viéndonos semanalmente, abonando él la semana que, ateniéndonos a la estructuración de la clínica, no le pertenecía. Una vez terminado el año de tratamiento que la clínica le proporcionaba hemos seguido trabajando hasta la actualidad a razón de una sesión por semana. El tratamiento dura ya cuatro años.

BIOGRAFÍA.

David tiene 31 años y una hermana 2 años mayor que él. Su madre, desde que el la recuerda, toma ansiolíticos y antidepresivos y su padre bebía bastante alcohol, la relación de pareja siempre fue mala. Su hermana, cuando él era pequeño, hacía de hermana mayor cargándola sus padres con la responsabilidad de cuidar a David, la relación entre los hermanos no era buena.

La familia vive en torno a una fabrica-casa (la indiferenciación entre la fábrica y la casa es tal que pueden estar comiendo y sonar el teléfono para hablar con un cliente) en la que siempre se hizo lo que la madre quería, teniendo esta a la familia aglutinada en torno a ella. El padre también ha estado dominado por ella, a veces se rebelaba con ataques de agresividad y furia, aunque su manera de afrontar las cosas era anestesiándose con el alcohol y el trabajo, así podía sobrellevar mejor la sumisión y adaptación al dominio de su mujer. Los padres cuando lo veían necesario les decían a sus hijos todo lo que habían trabajado y el esfuerzo que habían realizado para sacar la empresa adelante y que esto solo lo habían hecho por ellos.

David desde pequeño ha sido un niño rebelde y dice que las ha preparado "muy gordas", de fiesta, con las chicas...Tiene que repetir 6º de E.G.B. y en verano lo llevan a un

reformatorio con horarios muy estrictos, en 7º de E.G.B. lo internan en un colegio regentado por religiosos, también muy rígido y estricto, comenta que en una ocasión le castigaron por estar sentado al lado de unas chicas. Para él fue muy duro el primer año del curso pues se encontraba muy solo y le costó bastante hacer amigos, gracias al fútbol, que le gustaba, fue haciendo amistades, pero no siente que fueran ni muy profundas ni íntimas. En este sentido dice que sus padres siempre cuestionaban sus amistades, alertándole incluso de las posibles intenciones de aprovecharse de él.

Una vez terminada la E.G.B. deja de estudiar, muy en contra de las pretensiones de los padres, y comienza a trabajar en la fábrica donde constantemente es criticado y desvalorizado por sus padres, "eres un inútil y nunca llegarás a nada". Probablemente todo esto influya en la inseguridad y dudas que siente ante todas las circunstancias de su vida, en las relaciones interpersonales, en el terreno laboral. En ocasiones en las relaciones sociales sentía tal inseguridad y vergüenza que no era capaz de articular palabra haciéndole esto sentir aún peor, la vergüenza que da tener vergüenza por sentirse incapaz y sin valía.

Cuando tiene 14 años se enamora de una chica de la que dice que le "dejó tocado". Esta chica le tenía totalmente dominado y hacía de él lo que quería, hasta el punto de sufrir vejaciones y humillaciones por parte de ella pero David no era muy consciente de esto en aquellos momentos. Comenta que en una ocasión estando en una casa con otros chicos y chicas le dijo tú te quedas aquí que nosotros nos vamos para el baile y el lo asumía como normal. A los 8 meses la chica lo deja y se marcha con otro chico. Parece que se repite el vínculo de dominio de la mujer al hombre que se daba en sus padres.

Alrededor de los 15 años comienza a utilizar el alcohol como antídoto ante la vergüenza que sentía al relacionarse con los demás, sobre todo con las chicas, probablemente la relación con la chica citada influyó de una manera importante en la utilización del alcohol como forma de escapar del vacío, desvalorización y sentimientos de incapacidad y humillación que tenía. Una vez que tenía unas cuantas copas se sentía capaz de cualquier cosa y nada le causaba angustia ni miedo. Sobre los 18 años comienza a mezclar el alcohol y la cocaína (alcohol relajante y cocaína estimulante) incrementando poco a poco este consumo hasta llegar a poder consumir en cualquier momento del día y por cualquier motivo, sobre todo los relacionados con frustraciones en el trabajo o en las relaciones interpersonales (familia, amigos, chicas). Toda esta situación produce una dinámica en la que la intolerancia a la frustración, la impulsividad y ansiedad encuentran un bálsamo en el consumo de drogas pudiendo negar así todo tipo de emociones de la vida diaria y escapándose-refugiándose cada vez más en su adicción.

Cuando David ingresa en el programa de desintoxicación de alcohol y cocaína se encontraba muy descontrolado y perdido, en ocasiones ponía en riesgo su vida conduciendo a grandes velocidades completamente "puesto" de alcohol y cocaína. Debido a este descontrol y desubicación son sus padres y hermana los que le obligan a ir a la clínica pasando, los padres, a tener un control exhaustivo sobre él. No obstante para David lo que más influyó en su asistencia al tratamiento fue que su hermana nada más

casarse se entera de que David consume drogas con su marido y le culpabiliza a él de haberle iniciado en ese mundo. Debido a esto, en las primeras etapas del tratamiento, David trae mucho el sentimiento de rabia porque le hacen culpable de la adicción de su cuñado. Cree que todos están contra él y le presionan a salir de las drogas pero piensa que es más por la preocupación que tienen sus padres y hermana de la influencia que ejerce en su cuñado, aunque, a mi modo de ver, esto era utilizado por los padres como forma de presión para que no consumiera.

Durante los primeros 8 meses del tratamiento el control de los padres hacia David es total, hasta el punto que siempre está con ellos, incluidos sábados y Domingos. Pero llega un momento alrededor de los 8 meses que se siente tan agobiado que se escapa a consumir, desapareciendo durante dos días y poniendo de nuevo en riesgo su vida pues llegó a ir por carreteras de la sierra a la velocidad de 160 Kms/hora. Ante esta situación los padres vuelven a retomar el control de David pero a los 2 meses vuelve a recaer en el consumo anterior, llegando incluso a dejar durante mes y medio de venir al tratamiento. Al cabo de este tiempo decide, por el mismo, retomar el tratamiento. De alguna manera conseguimos que los padres estén ahí pero no con ese control tan exhaustivo, aunque en esos momentos no podemos evitar que el vínculo que establecen con David sea bastante intrusivo e invasivo, siendo este uno de los ejes que vertebran el tratamiento.

PSICOTERAPIA.

Beebe & Lachmann (2002), Pally (2001) entienden que puede establecerse un cierto paralelismo entre las interacciones tempranas de el niño y sus cuidadores (que giran especialmente entorno a las experiencias afectivas del niño y la integración de estas a la emergente organización del self) y las interacciones entre adultos que transcurren en el marco de los procesos psicoterapéuticos. Buirski y Haglund (2001) piensan que la transformación psicoterapéutica de los estados afectivos del paciente es una meta terapéutica cardinal cuyo logro resulta indispensable para facilitar la emergencia de nuevas organizaciones más satisfactorias de la experiencia.

Reconocer, explorar e integrar afectos son procesos fundamentales a la hora de crear nuevas organizaciones de la experiencia y promover en el paciente una experiencia más estable, cohesiva y continua del self. Desde esta perspectiva, la capacidad para el reconocimiento y entonamiento empático con los estados emocionales del paciente es una característica del terapeuta que pasa a primer plano en toda psicoterapia exitosa. Al advertir, tolerar, contener y modular afectos disruptivos, posibilitamos la integración de estos en la organización del self, ampliando al mismo tiempo la diversidad experiencial inherente a la dimensión afectiva y los fundamentos mismos del self. Los sentimientos de abandono, las angustias de inexistencia y despersonalización son fundamentales en David para entender su salida hacia las drogas. David no podía reconocer y aceptar sus afectos y emociones porque nunca le dieron una respuesta empática y entonada a estos.

Debido a estas fallas y déficits se trata de facilitar una relación de objeto del self

potencialmente nueva y reparativa para lo que debemos mantener una postura de responsividad entonada respecto de los estados afectivos del paciente. Stolorow et al (1987) entienden que para que se pueda generar un **cambio terapéutico**, el vínculo con el terapeuta tiene que ser capaz de facilitar y tolerar la aparición de aquellos estados afectivos dolorosos y atemorizantes que, en las primeras relaciones de apego del paciente, tuvieron que ser disociados o negados por ser percibidos como amenaza a la continuidad del necesitado lazo con los cuidadores.

Las defensas del paciente lo protegen de estos estados afectivos dolorosos y atemorizantes por lo que han de ser entendidas como formando parte de su aprendizaje relacional, ya que si estos estados emocionales aparecen esperaran por parte del terapeuta la misma respuesta desentonada que en el pasado recibieron por parte de los cuidadores. Es tal que hasta que no pueden llegar a sentirse **confiados** debido a la repetición y estabilidad de una respuesta entonada a sus necesidades por parte del terapeuta no permitirán la aparición de estos afectos disociados y negados.

Es a partir de un momento del tratamiento, alrededor del año y medio, que el sentimiento de cercanía y confianza entre David y yo, su terapeuta, se hace fuerte y nos permite profundizar en el vínculo que tiene con su familia, sobre todo con su madre. David me llama media hora antes de la sesión y me dice que ha consumido y que se encuentra muy mal, que si me puedo acercar a su casa. Yo siento miedo y angustia por como se encuentra David, pero también siento que es una forma de movilizarme y poner a prueba hasta que punto estoy dispuesto a estar con él, la teoría de la técnica me dice que no debo ir; mis sensaciones, mi intuición y sobre todo mi verdadera preocupación por David me dice que no le puedo dejar solo y opto por acercarme a la casa en que estaba y cuidar de él durante un espacio de aproximadamente 3 horas que es el tiempo que más o menos tardamos en que estuviera lo suficientemente bien como para coger el coche e irse a la otra casa, de la sierra, en la que vive.

Creo honestamente que si David y yo seguimos trabajando juntos es gracias a aquel momento de enormes angustias para David en que sintió que hubo alguien dispuesto a estar con él en un momento tan delicado. A posteriori trabajamos el significado de esta situación y pudimos ver que lo que David buscó, aunque en principio de manera inconsciente, era sentir que yo me preocupaba de verdad por él. Es a partir de este momento que hemos podido traer a la sesión el malestar, la rabia e incluso el sentimiento de no tener nada que ver con sus padres. Hay una frase que David ha repetido varias veces a lo largo del tratamiento: "Yo nunca he tenido a nadie que me muestre o me diga como hay que hacer las cosas". No solo no le acompañaban mostrándole el camino, sino que le denigraban y criticaban ante cualquier iniciativa.

David era consciente (por mi manera de trabajar con él en otras caídas en el consumo) de que en otras ocasiones, ante sus consumos, yo trabajaba con él las causas que le habían podido llevar a consumir (ver a un conocido que consumía, no conseguir un logro en el trabajo, superar su timidez y vergüenza...) y que era tolerante en el sentido de que no me comportaba de la misma manera que sus padres ante los consumos,

insultándole, culpabilizándole de todas sus desgracias e incrementando el control sobre él.

Nosotros trabajábamos de otra manera, era necesario que se hiciera responsable del consumo, de sus causas y consecuencias pero también era necesario que sintiera que alguien estaba con él en este camino. Mi tolerancia y cercanía ante todo el contexto que conformaba su consumo no quiere decir que en ocasiones y sobre todo en sus caídas yo no dejara de sentirme frustrado, preocupado y angustiado porque ponía en peligro su vida. Creo que David, a su modo, era consciente de mi implicación, pero de alguna manera quiso comprobar hasta donde podía confiar en mí. Recuerdo que antes de esta situación David comentaba, a veces, "que en realidad nadie se preocupaba por el de verdad, que hasta yo si lo hacía era por el dinero".

Siguiendo a autores como Maroda (1999) y Fosha (2001) la presencia emocional y la responsividad afectiva del terapeuta son actitudes centrales para promover un proceso de aprendizaje en el paciente, ya que le indican que el terapeuta no se ve embargado de incomodidad y ansiedad frente a la aparición de los afectos de ambos. Desde mi punto de vista el paciente se da cuenta de nuestra incomodidad y ansiedad, pero también entiende que nosotros somos capaces de contenerla, hablar de ella y transformarla en algo que nos pueda ayudar a entenderle mejor, a que él se entienda mejor, a gestionar sus afectos y emociones de otra manera, etc. De acuerdo a Fosha las herramientas terapéuticas que apoyan este proceso incluyen la empatía explícita, la resonancia afectiva, el espejamiento, la autorrevelación emocional, la exploración de las experiencias relacionales del paciente y la focalización en la experiencia que el paciente tiene de la empatía, afectividad y conexión vincular del terapeuta.

Como podemos deducir de lo anteriormente expuesto la cuestión sería que, ante la desvalorización, la incapacitación que le proyectan los padres y por lo tanto la dependencia de ellos como se puede ir construyendo en David un sentimiento de valía y capacidad para poder ir afrontando su autonomía e independencia. Podríamos preguntarnos como alguien que se siente débil, incapaz, sin valor puede ser autónomo e independiente y por tanto salir de círculos viciosos en los que es humillado, incapacitado y desvalorizado teniendo como consecuencia de todo ello su dependencia de los demás.

Ante esta dependencia de los demás su Narcisismo se rebela escapándose de una realidad dolorosa y sufriente hacia un mundo hedonista en el que las preocupaciones y las emociones (ya que son negativas y frustrantes) no tengan cabida. El vínculo que David ha vivido siempre con sus figuras de apego ha sido un vínculo intrusivo/invasivo y por tanto desorganizador. Su ambiente familiar crítico, incapacitante, desvalorizante y a veces despreocupado e incluso negligente fueron conformando un Self vulnerable y débil incapaz de poder afrontar su realidad debido a lo doloroso que puede resultar afrontar este tipo de emociones y angustias (sin un otro que los sostenga y contenga) relacionadas con la despersonalización y sentimientos de irrealidad.

El primer recuerdo de su infancia que David me relata es verse a sí mismo en la

fábrica familiar "lleno de mocos y solo". Es desde este lugar de fragilidad y debilidad de David que hemos de ir construyendo un espacio en el que se pueda sentir valorado y capacitado para ir afrontando su vida y circunstancias. El objetivo es que David sea lo suficientemente autónomo e independiente para poder ir tomando las riendas de su vida, pero esto solo lo podremos conseguir desde un lugar en el que se sienta valorado y capacitado, desde un lugar en el que se sea tolerante con sus contradicciones, con su rabia y frustración, sin olvidar el análisis del porqué de esa rabia y frustración.

Por tanto lo más importante en un principio es ir creando un vínculo de confianza en el que nuestra relación se convierta para él en un lugar seguro pase lo que pase, y que perciba que no le voy a abandonar aunque se rebele contra mí, contra el tratamiento y contra todo en general. Entre otras cuestiones el consumo de drogas ha sido su forma de rebelarse ante el abandono y la infravaloración por parte de sus padres. Estos siempre estaban pendientes del negocio familiar y si David generaba problemas ya lo corregirían en la escuela, en los reformatorios o sino los curas, total ellos no tenían tiempo más que para estar constantemente pendientes de su fábrica, ni siquiera para pararse a pensar en las dificultades de su relación de pareja.

Los padres de David no solo no estaban lo suficientemente atentos a las necesidades de este sino que además eran intrusivos e invasores desvalorizándole por medio de la crítica y el rechazo. Siempre han utilizado su trabajo y esfuerzo en la fábrica para chantajear emocionalmente tanto a David como a su hermana, "*con todo lo que nosotros hemos pasado en la empresa...*"

No obstante, como dice E. Kalina (1987, 1988) una de las características de las familias de los drogadictos es el no reconocimiento de sus emociones, negando por tanto la realidad, este es el ambiente en que se crió y creció David. Ya he comentado que su madre se anesthesiaba emocionalmente con los ansiolíticos y antidepresivos y su padre con el alcohol. En un momento del tratamiento, alrededor del año, David me dice que nunca ha tenido a nadie que le guíe y le enseñe y que esto siempre lo ha echado en falta.

En las primeras sesiones además de traer el deseo de consumir trae sentimientos de culpa y de rabia e impotencia porque le hacen responsable de que su cuñado se iniciara en el mundo de la droga y también de que en la actualidad consuma. En una sesión llora porque dice que su madre se preocupa por su cuñado, entendiéndolo que a él no le presta la misma atención y al menos en lo que se refiere a la explicitación de la preocupación esto es así.

En los primeros meses de tratamiento yo me convierto en un "Superyo-auxiliar" y desde este lugar es que David va haciendo progresos respecto a su continuidad y estabilidad en el trabajo, al afrontamiento de los deseos de consumir, a buscar alternativas de ocio, etc.

David comienza a luchar y a hacer verdaderos esfuerzos por tener un orden y control tanto en el trabajo como respecto al no consumo algo que yo le valoro tanto a nivel implícito como explícito, pues entiendo que necesita sentir y escuchar que esta

trabajando bien así como también necesita que se valore su esfuerzo. Además el se está haciendo consciente, poco a poco, de la incapacidad de sus padres de valorarle, aunque esto es causa de no pocos conflictos durante todo el tratamiento hasta la actualidad, en que expresa claramente que no puede confiar en ellos y que hay cosas que se tiene que callar o sino, como el dice, *"todo lo que diga será utilizado en mí contra"*.

David hace verdaderos progresos en sus funciones en la empresa lo que repercute en un crecimiento en el volumen de negocio de esta y cada vez va adquiriendo más responsabilidades, aunque de vez en cuando aparecen su madre o su padre para increparle y dejarle bien claro que el negocio es de ellos. David dice: *"en la confusión y desorganización mi madre se desenvuelve como nadie"*. Poco a poco David ha ido haciendo progresos, de trabajar de vez en cuando a trabajar de continuo, de darle dinero cuando lo necesitaba a cobrar un sueldo (aunque este todavía no es acorde a lo que merece), de que fueran los demás los que le dijeran lo que tenía que hacer a ser el quién en su mayor parte (junto con su hermana) lleva las riendas del negocio.

No obstante desde hace tiempo venimos trabajando en la idea de que su mundo no solo es la fábrica, algo que por otro lado es lo que ha aprendido de sus padres. David ha podido ir cambiando su modo de vivir el tiempo libre, así como sus relaciones con los amigos y con las chicas. Desde luego no está siendo fácil pero está realizando progresos debido a su capacidad de esfuerzo al sentir que alguien estaba ahí, animándole, esforzándose por entenderle, valorándole y escuchando y conteniendo sus angustias y ansiedades para poder pensar y reflexionar sobre ellas entre los dos.

Entiendo que es debido a este tipo de encuentro con un otro que David realiza sus progresos en relación a su autonomía y a poder ir construyendo un self más coherente e integrado. Mi respuesta como objeto del self es una respuesta contenedora, valorizadora, tolerante lo que ha permitido que David, debido a la repetición de este patrón de relación, pueda ir adquiriendo un conocimiento relacional implícito más sano y equilibrado en el que la tolerancia hacia si mismo, la valoración y la gestión de las emociones formen parte de sus patrones y esquemas afectivos-cognitivos. Hoy día lleva cinco meses con una chica con la que se encuentra muy a gusto, disfruta de su tiempo libre haciendo deporte, paseando, en una comida, etc.

No obstante sigue habiendo un núcleo importante de angustia, inseguridad y dudas, no en vano su discurso interno emocional-cognitivo está fundamentado en la desvalorización, la crítica, la confusión y la negación todo ello provocado por un vínculo dañino pero necesario, cuando era niño, para vivir por lo que se acercaba a estas figuras, aunque estas se vincularan con él de una manera anuladora, castrante y desorganizadora. Es desde el entendimiento de esto que yo me he de situar como esa figura valorizadora, capacitante, contenedora, segura y confiable en compensación y contraposición a esa figura de la madre que busca cualquier hecho o circunstancia para meterse con él, llamándole vago, señorito, etc. y sobre todo no valorando sus progresos en el trabajo, en la abstinencia del consumo de drogas, etc. En definitiva David ha vivido, y algo todavía queda, siempre en un vínculo que nunca le ha permitido ser él, utilizando

todo tipo de argucias para que no pudiera escapar del control de papa y mama. Esto tiene que ver con una madre angustiada y deprimida llena de miedos al abandono y la soledad, cuya respuesta como objeto del self ha sido desorganizadora y psicopatologizante para sus hijos, sobre todo para David por ser hombre y el más pequeño de los hermanos.

Si los padres son incapaces de regular sus propios afectos y emociones, cómo van a ser capaces de regularlos en sus hijos. Ninguno de los padres fue capaz de cumplir la función de espejarización produciendo esto en David un constante sentimiento de deficiencia, fallo y vergüenza, lo que influye en su dificultad para valorarse, y poder sentirse capaz y con la suficiente energía para ser autónomo e independiente.

Maroda (1999) dice que los niños son muy dependientes de las respuestas afectivas de sus cuidadores y que, en ausencia de estas, el logro evolutivo de una organización psíquica coherente y la aparición de la capacidad de contener y expresar las propias vivencias emocionales se ven dificultadas. Stolorow et al. (1987, 2002) también subrayan el papel central de la afectividad en términos de la organización del self.

EL RECORRIDO DESDE LA TEORÍA DEL APEGO Y LA PSICOLOGÍA DEL SELF.

Desde un marco relacional que tiene en cuenta la desvalorización y vulnerabilidad del Self debido al vínculo desorganizado que establecen los padres de David con él, es que podemos entender la desregulación afectiva-cognitiva-emocional que presenta el paciente. Es desde una relación contenedora, empática y tolerante que podemos ir creando un vínculo de confianza y seguridad que pueda ir dando coherencia e integración al Self del paciente, todo lo cual influye en que cada vez se vaya pudiendo sentir más capaz y seguro a la hora de enfrentar, afrontar las situaciones de la vida.

Los estudios del apego, desde Bowlby hasta los más actuales, pasando por los experimentos de la "situación extraña" de Mary Main y Eric Hesse nos indican la importancia de este vínculo que se establece entre los cuidadores y el niño. M. Main y E. Hesse (1990) proponen que las conductas intranquilizadoras, atemorizantes o desorientadoras por parte de los padres generan un estado de ansiedad o de "miedo sin solución" que es el origen vivencial de esa perturbadora respuesta de desorganización que se da en la categoría del apego desorganizado.

En opinión del neurocientífico del desarrollo Myron Hofer (1990), la presencia materna hace que el bebe experimente un equilibrio fisiológico básico. En cambio la ausencia prolongada de la madre estresa a la cría y expone su cerebro inmaduro a un grado de estrés que es incapaz de regular. La investigación evidencia que la repetición de esas situaciones estresantes merma la capacidad de la cría para regular de manera equilibrada sus estados fisiológicos en el futuro. Los estudios del apego señalan que los apegos seguros alientan la emergencia de coherencia mental, mientras que los apegos inseguros generan distintas formas de incoherencia. Una mente incoherente es

consecuencia de situaciones extremas de abuso y de negligencia infantil.

El mayor problema que David presenta desde un principio es su dificultad para gestionar la ansiedad, para autorregularse, no en vano desde los 17 años ya padece de colón espástico. Desde nuestro entendimiento de la formación del self debido a los procesos intersubjetivos que se producen en la relación con nuestros cuidadores principales es que podemos entender la importancia que tiene para el desarrollo del niño el vínculo que se establece con los padres o cuidadores.

Por tanto la pregunta sería ¿es posible que ante este tipo de vínculo y relación con sus padres un niño pueda ser capaz de no vivir las pequeñas dificultades como generadoras de una ansiedad no asumible y regulable? Ya desde bien pequeño vemos que no se produce una regulación de la ansiedad por parte de los padres, bien sea porque estos están al negocio (abandono) o porque cuando han de contenerla no son capaces, incrementando esta debido a su propia patología, y por tanto dejando a David solo ante una realidad que va a codificar como peligrosa.

Lyons-Ruth afirma que si bien pudiera pensarse que las conductas parentales temerosas o retraídas resultan menos problemáticas que las hostiles y atemorizantes, parecen existir evidencias de que los niños criados en unas y otras condiciones sufren consecuencias muy negativas, incluyendo una elevada secreción de cortisol como respuesta a estresores leves durante la infancia, juego de fantasía inhibido o caótico durante la etapa preescolar, importantes conductas hostil-agresivas hacia otros niños en la escuela infantil y en la educación secundaria, así como altos niveles de patrones de apego controladores hacia los padres a la edad de seis años (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999).

El sistema de apego también puede ser fundamental a nivel fisiológico en el establecimiento de patrones relativamente duraderos de actividad neurotransmisora y niveles de receptividad del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal al estrés o la amenaza. En David su colón estaba afectado desde muy joven.

Para E. Kalina (1988) hay una serie de características en una familia que pueden generar una personalidad preadicta:

El uso indiscriminado de medicamentos.

El uso de tabaco compulsivamente cuando se presentan situaciones de ansiedad.

Consumo de alcohol o comida cuando hay tensiones.

Comprar, trabajar o hacer cosas de manera compulsiva, para no sentir angustia.

De esta manera se puede constituir un modelo de comportamiento en donde no se aprendió a pensar, ni se permite sentir, y sí actuar. Como ya he apuntado anteriormente, la madre de David, desde que éste recuerda ha recurrido a los antidepresivos y ansiolíticos y el padre al alcohol, con estos modelos de regulación de la angustia y ansiedad ¿como iba David a poder aprender a regular su propia angustia? Ya desde Balint

(1968) con su concepto de la falta básica, así como Winnicott con los conceptos de la madre suficientemente buena y de la función de continente nos hablan de la importancia del otro (de la intersubjetividad) a la hora de que el niño pueda aprender a regular sus afectos y emociones. Dice Winnicott: "El medio ambiente cuando es suficientemente bueno, facilita el proceso madurativo. La provisión externa se adapta de manera extremadamente sutil a las cambiantes necesidades que surgen a partir del proceso de maduración....cuando la adaptación de la madre no es suficientemente buena, el infante es seducido para que sea sumiso, es un falso self complaciente el que reacciona a las exigencias ambientales que el infante parece aceptar" (Winnicott, *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, 1965).

Debido a estas fallas en la función parental, el niño es incapaz de simbolizar, de utilizar el proceso secundario, de reflexionar ante las situaciones que le generan cierto estrés o angustia; el proceso de mentalización se halla comprometido y por tanto se repite el modelo que los padres le han enseñado no de un modo premeditado y consciente pero sí a nivel procedimental- emocional. La evidencia sugiere que las comunicaciones intersubjetivas del cuidador son importantes para la desorganización del apego lo que influye a su vez en la integración, coherencia e identidad del Self.

En nuestro paciente las angustias de despersonalización y sentimientos de irrealidad eran importantes ante situaciones de estrés, por ejemplo podía llegar a ver su incipiente barba de color amarillo e incluso no ser capaz de reconocerse al mirarse al espejo, lo que nos habla de un self débil, frágil y poco integrado.

Dentro del espectro desorganizado la investigación encuentra diversidad de perfiles, encontrando dos subgrupos importantes: uno el de madres indefensas-temerosas y otro el de aquellas con un perfil hostil-autorreferencial en cuanto al apego. Estas últimas muestran una mezcla contradictoria de conductas rechazantes y conductas que buscan la atención de sus infantes. David no solo era desatendido, sino que constantemente era desvalorizado y criticado pero por otra parte (para retenerlo a su lado) le llenaban de miedo ante los demás (recordar su enorme dificultad en las relaciones interpersonales que aprendió a superar con el ansiolítico más generalizado, el alcohol) al hablarle críticamente de ellos, así como diciéndole que algo querrían de él, "algo buscarán".

Como venimos viendo hasta ahora el contexto intersubjetivo en el que David es criado es incapaz de regular sus afectos y emociones y por tanto nuestro paciente no puede aprender a regular sus propios afectos y emociones, sintiéndose impotente/indefenso ante sus angustias y recurriendo al consumo de drogas, a automedicarse, ("como su madre") para poder conseguir el bienestar aunque solo sea por un rato. Khantzian (1997) plantea que debido a la intolerancia a los afectos, las personas adictas se automedican y localiza los orígenes de la incapacidad para tolerar los afectos en la infancia temprana y en un fracaso de la internalización de la capacidad de autocuidado proveniente de los padres.

Esta capacidad se desarrolla a partir de los cuidados y protección prodigados por los

padres desde la temprana infancia y posteriormente a través de las interacciones entre el niño y sus padres. Debido a que carecen de estas internalizaciones las personas adictas no pueden regular la autoestima o las relaciones, ni cuidar de sí mismos. La hipótesis de la automedicación también se confirma en David ya que este respondía a los estados afectivos intolerables mediante el uso de drogas.

Dodes (1990, 1996) sugiere que las personas adictas tienen una vulnerabilidad narcisista a sentirse abrumadas por experiencias de impotencia/indefensión. Recordemos que nuestro paciente ante cualquier dificultad en el trabajo, en las relaciones interpersonales, etc recurría al consumo de alcohol y cocaína como forma de recobrar su sentimiento de potencia y capacidad. Dodes cree que la puesta en funcionamiento de la conducta adictiva sirve para restaurar un sentimiento de potencia contra la vivencia de impotencia/indefensión. Por medio de la conducta adictiva se restaura un sentimiento de poder como reemplazo a la reafirmación de poder en el mundo real.

En nuestro caso es evidente que David al ser constantemente denigrado ("eres un vago, un sinvergüenza, no haces nada...") se sentía incapaz de poder cambiar las cosas, de rebelarse ante el dominio humillante al que era sometido, de acuerdo con Dodes encontró en las drogas la potencia necesaria para rebelarse ante sus padres y, al menos cuando se drogaba, se sentía poderoso e incluso como alguien especial ya que era el hijo de...una vez estaba drogado no tenía problemas para relacionarse con las chicas, aunque solo las quería para tener relaciones sexuales, escapándose de ellas, y del vínculo, al día siguiente.

Para Kernberg (1975) el uso de una adicción es semejante a los desórdenes de personalidad borderline o narcisistas ya que el individuo adicto se aferra a la conducta adictiva como medio de evitar la experiencia interna de abandono. David tiene características de personalidad narcisista, su sentimiento de ser especial p.e., así como una estructura de personalidad límite con baja tolerancia a la frustración, impulsividad y angustias de despersonalización e irrealidad.

Como venimos viendo con todos estos autores la falta de sintonía y de responsividad (D. Siegel, 2005) de los cuidadores ante los afectos, emociones y angustias de los niños provoca la incapacidad de estos de aprender a poder regularlas dando lugar a la psicopatología y/o al consumo de drogas, ya que su incipiente self no es capaz de integrar de un modo coherente este tipo de experiencias. Debido a los déficits y fallas de los objetos del self el incipiente self del niño no será capaz de consolidar una identidad bien integrada y estable. A mi modo de ver es la psicología del self la que mejor aborda la génesis y los orígenes de la formación del sí mismo entendiendo que la identificación es la base para la realización del self.

GÉNESIS DEL SELF

La experiencia que el niño tiene de su realidad interna no le hace psicológicamente

real, y por tanto plenamente utilizable, excepto mediante la identificación con las respuestas de los otros significativos para su realidad interna. Loewald (1960) dice que la identificación temprana como parte del desarrollo del yo, construida mediante la introyección de aspectos maternos, incluye la introyección de la imagen que la madre tiene del niño. Parte de lo introyectado es la imagen del niño tal como es visto, sentido, oído, escuchado, tocado por la madre.

Cuando la madre tiene capacidad de ensoñación (reverie), nombra (da forma) a la experiencia del infante mediante su interpretación de los estados internos de éste. Por ejemplo, el infante, al principio no experimenta hambre; experimenta una forma de tensión psicológica que todavía no es un acontecimiento psicológico que pueda estar contenido en la mente del infante por sí misma. El acto de la madre de percibir la tensión del infante, de abrazarlo, mirarle, alimentarle, hablarle y cantarle, representa facetas de una "interpretación" de la experiencia del niño. De esta manera es creado el *hambre* y es creado el *infante* como individuo (es decir, los datos sensoriales brutos del infante se transforman en acontecimientos psicológicamente significativos) mediante el reconocimiento del hambre por parte de la madre [pp. 46-47].

El tipo de identificación implicada en este proceso temprano de realización del self no es la identificación simplemente como imitación, sino más bien una apropiación de la experiencia intersubjetiva total, tal como es percibida por el niño. El niño pequeño tiene una experiencia primaria embrionaria de su existencia, incluidas sus necesidades, sus estados de tensión, sensaciones, afectos e intereses. La madre y, en definitiva, ambos padres, responden a estas expresiones con un reconocimiento más o menos empático de la experiencia subjetiva del niño, y el sentimiento del self del niño se forma en consecuencia.

Cuando debido a la patología de la madre de David esta no responde contingentemente a las necesidades de este no solo se queda solo ante la angustia sintiéndose desbordado, sino que además de no aprender la respuesta adecuada ante esas situaciones, aprenderá la respuesta que el objeto del self es capaz de emitir. En este caso la respuesta que el paciente recibe en vez de contención y sostén es un modelo de desregulación solo mitigado por el uso de fármacos, podemos decir que no en vano David se droga porque la respuesta de sus objetos del self ante las angustias y los avatares de la vida eran y son medicarse.

Con el tiempo y la repetición, estas identificaciones primarias a nivel procedimental con las respuestas de los otros al self se vuelven principios organizadores cada vez más consolidados del self intersubjetivo. Para el niño pequeño, la identificación con la respuesta del otro al self es una constante, como la respiración; de manera tal que cualquiera que sea la experiencia intersubjetiva del niño con los cuidadores, se identificará con esa experiencia. Cuando las respuestas parentales son acordes con los estados de self primarios del niño, o ayudan a regularlo, las identificaciones tempranas llevan a un sentimiento progresivo de eficacia y realización del self. Cuando, como en David, los padres fallan en reconocer la realidad psíquica de sus niños, las identificaciones

que se forman alienan al niño de esa realidad y anulan sus capacidades para relacionarse con el mundo externo sobre la base de una experiencia de self auténtica.

Una característica importante de estas identificaciones tempranas con las respuestas de los objetos del self es que, en la medida en que son el modo primario en que el niño empieza a conocerse, son experimentadas por éste como indiferenciadas de los aspectos de su experiencia subjetiva primaria, a los cuales se asocian (Loewald, 1978). Cuando las identificaciones son con respuestas facilitadoras o de sintonía, esta cualidad indiferenciada aporta el sentimiento de consolidación o cohesión descrito en la teoría de la psicología del self. Cuando las identificaciones son con respuestas faltas de sintonía o traumatizantes, su cualidad indiferenciada crea la paradoja patogénica de que son simultáneamente del self y ajenas al self –una cualidad descrita por primera vez por Ferenczi (1933) como la confusión de lenguas.

Esto tendría que ver con los sentimientos de irrealidad y despersonalización que, como David, este tipo de pacientes presentan. De acuerdo con esto, es una parte primordial de la tarea del analista ayudar a que los pacientes comiencen a diferenciar las identificaciones tóxicas de la experiencia subjetiva primaria que les dio lugar. Bollas cree que como parte del proceso de internalización, el infante o el niño se identifica automáticamente con las respuestas inferidas del cuidador a su experiencia subjetiva primaria y estas identificaciones se convirtieron en organizadores centrales de su experiencia del self intersubjetivamente constituida.

SOBRE REGULACIÓN AFECTIVA Y PSICOPATOLOGÍA.

Autores como Beebe & Lachmann; Fosha, Gross, Schore afirman que el concepto de regulación afectiva resulta fundamental para comprender los estados psicopatológicos. Lichtenberg et al. (1996) aseveran que la desregulación afectiva es un principio central para entender adecuadamente los estados psicopatológicos y que esta es producto de perturbaciones o deficiencias en las experiencias de objeto del self tempranas. Fosha cree que un factor clave en el desarrollo de dificultades en la regulación afectiva es la soledad indeseada [del niño] frente a experiencias emocionales intensas y, por tanto, abrumadoras.

Propone una concepción de la psicopatología como fenómeno ligado tanto a experiencias afectivas abrumadoras como a una **falla en la regulación interactiva** de esas experiencias en el marco de las relaciones tempranas emocionalmente significativas.

Para Schore (2002) el factor más importante que hace posible la evitación de la psicopatología es la seguridad de un vínculo de apego que incluye a un cuidador que pueda regular los afectos del niño y reparar las fallas regulatorias que se producen en la relación temprana. Schore considera que en las experiencias traumáticas infantiles, además de que el cuidador des-regula al niño, le retira la necesitada función de objeto del self regulatoria “dejando al infante por largos periodos en un estado psico-biológico

intensamente disruptivo que se encuentra más allá de sus inmaduras estrategias de manejo".

Yo aquí añadiría que ante la angustia en la cual queda el niño este se aferrará a cualquier tipo de respuesta de objeto del self por muy patológica que esta sea, en el caso de David aprendió a calmar estas angustias consumiendo drogas al igual que su madre (aunque estas fueran legales). La cuestión es que ante lo abrumador de estas angustias el niño se identificará siempre con la respuesta del cuidador con lo que se iría conformando un falso self. Shore refiriéndose al trabajo de Tronick piensa que un infante des-regulado está a merced de su estado afectivo, sin poder hacer nada más hasta que el estado presente sea controlado. En esta situación se produce una falla significativa en términos de la continuación del desarrollo del self. Es el momento de traer la respuesta de mi paciente ante la pregunta de cuál era su primer recuerdo de niño: "*Yo solo, por ahí en la fábrica, lleno de mocos*".

CONCLUSIONES

David y yo ya hemos recorrido un camino, creo que siempre en una línea de progreso hacia su autonomía e independencia, lo que no excluye momentos de retroceso, de miedo, angustia y confusión. Creo que precisamente el miedo, la angustia y la confusión es lo que más ha impregnado el tratamiento, habiendo sido necesario para seguir progresando el continuo aumento en nuestra capacidad de confiar el uno en el otro, el continuo aumento en nuestra capacidad de estar y sentir al otro, algo que se ha de ir co-construyendo, algo que no se crea de una manera inmediata y para siempre sino que es fruto del tiempo y de la necesidad de abrir nuestras mentes a un otro de lo cual resultará un mayor conocimiento, a todos los niveles, de este otro. En este mayor conocimiento que se produce en la relación analítica, es el conocimiento relacional implícito (entre otras cuestiones) aquel que es necesario ir conociendo y a la vez poder ir cambiándolo hacia un diferente conocimiento relacional implícito más sano y equilibrado. En David hemos podido ir cambiando un sentimiento implícito a nivel relacional desde la no confiabilidad a la confiabilidad, desde el abandono a la presencia, desde el intrusismo a la tolerancia.

Como he dicho antes con el tiempo y con los momentos de encuentro que son, a mi modo de ver, el crisol de todo el conocimiento implícito hasta ese momento acumulado es que hemos podido modificar esa manera de estar con un otro y con uno mismo en David. Así es como yo entendí aquel momento (importantísimo para el desarrollo del tratamiento) en que yo fui al encuentro de un David que me reclamó desde el lugar de la angustia, desde el lugar de la soledad que se siente cuando uno no tiene nadie en quién confiar, pero también desde un lugar, aprendido a través de su conocimiento implícito de la relación, en el que vio una puerta que se podía abrir hacia la confiabilidad en mí, hacia el poder sentir que alguien se ocupaba y preocupaba de él, de alguien de quién tenía claro que no le iba a humillar y denigrar por lo que estaba haciendo, pero a la vez de

alguien de quien no tenía tan claro si podía contar con él a un nivel mucho más profundo.

Solo desde este progresivo aumento en nuestras capacidades, es que estamos pudiendo co-construir un self más integrado y cohesionado, capaz de sentirse lo suficientemente fuerte y poderoso para ir afrontando y enfrentando las situaciones del día a día, a la vez, que no sin dolor, David va siendo capaz de separarse de su madre, separando a la vez su casa de la fábrica lo que de alguna forma significa que David no va a repetir la historia. Ya David no antepone ni antepondrá su negocio, su trabajo a su vida y de esto, tal vez, sus hijos se beneficien si algún día decide tenerlos. La persistencia transgeneracional del tipo de apego desorganizado puede que quede cortada en este punto intergeneracional.

REFERENCIAS

- Balint, M. (1968). *The Basic Fault*. (V. castellana: Buenos Aires, Paidós).
- Beebe, B. & Lachmann, F. (2002). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Buirski, P. & Haglund, P. (2001). *Making Sense Together: The Intersubjective Approach to Psychotherapy*. New Jersey: Jason Aronson.
- Dodes, L.M. (1990). Adicción, helplessness, and narcissistic rage. *Psychoanalytic Quarterly* 59:398-419.
- Dodes, L.M. (1996). Compulsion and addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 44:815-835.
- Fosha, D. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (2), 227-242.
- González Guerras, J. (2008). *Psicoanálisis y Toxicomanías*. CEIR Vol. 2 Nº1.
- Hofer, M. A. (1990). Early symbiotic processes: Hard evidence from a soft place. In A. Glick & S. Bone (Eds.), *Pleasure beyond the pleasure principle* (pp. 55-78). New Haven, CT: Yale University Press.
- Kalina, E. (1987). *Temas de drogadicción*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kalina, E. (1988). *Adolescencia y drogadicción*, (3ª ed.), Buenos Aires: Nueva Visión, 1997.
- Khanthian, E.J. (1997). *The self-medication Hypothesis of substance use disorders: A reconsideration an recent applications*, *Harvard Review of Psychiatry* 4:231-244.
- Lichtenberg, J., Lachmann, F. & Fosshage, J. (1996). *The Clinical Exchange*. New Jersey: The Analytic Press.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In M, T. Greenberg, D. Cicchetti, et al.
- Maroda, K. (1999). Show some emotion: Completing the cycle of affective communication. En L. Aron & A. Harris (Eds.), *Relational Psychoanalysis: Innovation and Expansion* (Vol.2) (pp.121-

143). New Jersey: The Analytic Press.

Pally, R. (2001). A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 21 (1), 71-93.

Schore, A. (2003). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New, York: Norton.

Siegel, J. D. y Hartzell, M. (2005). *Ser padres conscientes*. Vitoria: La Llave D. H.

Stolorow, R., Atwood, G. & Orange, D. (2002). *Worlds of Experience: Interweaving Philosophical and Clinical Dimensions in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.

Stolorow, R., Brandchaft, B. & Atwood, G. (1987). *Psychoanalytische Behandlung: Ein intersubjektiver Ansatz*. Frankfurt am Main: Fischer.

Original recibido con fecha: 30/05/2011 Revisado: 29/09/2011 Aceptado para publicación: 30/09/2011

NOTAS

¹ Presentado como Trabajo Fin de Máster en Psicoterapia Relacional, Madrid, 2011.

² Psicólogo clínico y Psicoterapeuta, Máster en Psicoterapia Relacional y Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional. *Centro Self*, Salamanca (C/Sorias 7-11, bajo dcha. SALAMANCA). josegg@usal.es