

REVISTA DIGITAL

# PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA

Núm. 8  
Any 2020

**ACPP**

Asociación Catalana de  
Psicoterapia Psicoanalítica

**LA REVISTA DE PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA DE L'ACPP** és editada per l'Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica. Està destinada a la publicació de treballs en llengua catalana i originals en castellà, que es traduiran a la llengua catalana, sobre psicoteràpia psicoanalítica en qualsevol dels seus vessants i aplicacions. Admetrà també articles a propòsit de qualsevol altre tema, sempre que sigui en relació més o menys estreta amb la psicoteràpia psicoanalítica o la psicoanàlisi, amb la gènesi de la salut i amb l'etiologia de la patologia. La Revista és oberta als membres de l'ACPP i també a altres col·laboradors.

### **Consell Directiu 2016 – 2020 i Vocalies de L'ACPP**

**President:** Jesús Gracia Alfranca

**Vicepresidenta:** Olga López Valle

**Secretària:** Marissol Matamoros i Sans

**Tresorera:** Cèlia Montañés i Virgili

**Vocalia d'Admissions:** Elisabeth Llorca Serrano

**Vocals:** Àngels Codosero Medrano, Cèlia Montañés i Virgili, Teresa Pont Amenòs, Núria Tomàs Bonet

**Vocalia Científica i de Publicacions:** Ana Miniéri Palau i Olga Prada Soler

**Vocalia de Formació:** Sandra Borro Ruloff

**Vocalia Web, Xarxes socials i Premsa:** Àngels Codosero Medrano

**Vocals:** Angelina Graell Amat, Olga López Valle, Coralí Rodríguez Papa

### **Consell de Redacció de la Vocalia Científica i de Publicacions 2016 – 2020**

Ana Miniéri Palau i Olga Prada Soler

**Maquetació de la revista:** Albert Sánchez Prada i Alba Parareda Barniol

**Disseny de la portada:** Pinturas de Rothko

**Il·lustració gràfica de la revista:** Aina Tejedo Miniéri

# **ACPP**

© Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica

Pl. de Bonanova, 11, entresòl 2a

08022 Barcelona

Tel: 93 212 78 96 - Fax: 93 417 45 57

Web: [www.psicoterapeuta.org](http://www.psicoterapeuta.org)

**REVISTA DIGITAL  
DE PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA  
DE L'ACPP**

*NÚM 8 - ANY 2020*

# SUMARI

06

**Editorial**

Vocalia de Publicacions de l'ACPP

08

**Contradicciones de la psiquiatría médica**

Julio Company Ortega

23

**Contradiccions de la psiquiatria mèdica**

Julio Company Ortega

39

**Més enllà del binarisme de gènere: vers la fluïdesa**

Concepció Garriga Setó

57

**Capitalisme i salut mental**

Olga López Valle

63

**La importancia de la prevención a nivel psicológico en un  
contexto de sociedad líquida**

Gemma Cánovas Sau

70

**La importància de la prevenció a nivell psicològic en un  
context de societat líquida**

Gemma Cánovas Sau

77

**Psicoteràpia digital: implicacions de les noves  
tecnologies en la salut mental**

Susanna Tres Coca

86

**El nostre cos i els seus diàlegs**

Itxasne Atanes González

98

**Per una comprensió de les dificultats infanto- juvenils i  
la història del pacient adult**

Eulàlia Ruiz Farré

122

**Ciclo de conferencias online**

Versión original

146

**Cicle de conferències online**

Versió en Català

170

RACÓ LITERARI

**Instrumental de James Rhodes**

Susanna García

178

RESSENYA DE LLIBRES

**Las experiencias terapéuticas en el proceso  
psicoanalítico**

Joan Coderch de Sans, Ángeles Codosero, Neri Daurella, Alejandra Plaza i Teresa Sunyé

# EDITORIAL

*Vocalia científica i de publicacions*

Amb la publicació de la revista digital d'aquest any 2020, arribem al final del nostre recorregut com a vocalia científica i de publicacions de l'Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica. Vam iniciar el nostre camí al juny de l'any 2016 i, al llarg d'aquest temps, hem pogut aprendre i comptar amb el suport de moltes persones que han confiat en nosaltres per portar a terme la publicació dels seus escrits. Ara toca acomiadar-nos i cedir el nostre lloc a altres professionals que aportin noves perspectives i continguts a la revista.

Ens sentim agraïdes per totes les col·laboracions en cada una de les revistes que hem publicat, ho entenem com un indicador de bona acollida i receptivitat a les nostres peticions de participació. Des de l'inici de l'exercici de la vocalia vam defensar que la revista era de tots els associats i, per tant, es feia a partir de la implicació de tots i totes. Hem viscut una experiència de treball en la que hem tingut encerts i errors i tot es valora perquè ha contribuït a incrementar el nostre aprenentatge.

No podem marxar sense fer menció a l'esdeveniment de l'any 2020 per excel·lència, la pandèmia pel virus Covid-19. Aquest fet tan inaudit, que ens afecta a tots, ha provocat que hàgim obert una nova secció de la revista digital: Cicle de conferències online en temps de pandèmia per la Covid-19. Ho iniciem amb unes reflexions sobre el procediment de fer teràpies online i la seva aplicació a l'àmbit de les relacions de parella, així com la conveniència -o no- de portar a terme la teràpia de parella quan hi ha violència de gènere.

Desitgem a la nova vocalia científica i de publicacions els nostres millors auguris en profit de la qualitat de la revista digital de l'Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica.

**Fe d'errates: A l'editorial del passat volum de la revista hi ha un error. Quan es fa referència a Montserrat Palau hauria de dir Montserrat Bassols.**

VERSIÓN ORIGINAL

# CONTRADICCIONES DE LA PSIQUIATRÍA MÉDICA

## *En la teoría y en la práctica*

*Julio Company Ortega*

---

### RESUM

Aquest text no tracta d'una nova psiquiatria o d'un manifest de ruptura amb l'abordatge actual dels "trastorns mentals". Més aviat tracta de posar en relleu l'allunyament sistemàtic d'allò genuí de l'individu, per una manera de fer grollera, imprecisa, però alhora implacable, característica de la psiquiatria mèdica imperant. Em qüestiono si aquesta aproximació al patiment existencial no contribueix, ans al contrari, a la cronificació d'aquest patiment en veure's forçat el subjecte a identificar-se, sense opció, a una posició passiva que el situa com "malalt mental". Des de la mirada d'un psiquiatra a l'ús es ressalten contradiccions evidents, tant en la teoria com en la pràctica, i s'esbrina sobre el nucli de l'aferrament, cabut, a les mateixes.

**Paraules clau:** Contradiccions de la psiquiatria mèdica, patiment existencial, cronificació del sofriment, malalt mental.

### RESUMEN

Este texto no trata sobre una nueva psiquiatria o un manifesto de ruptura con el abordaje actual de los "trastornos mentales". Más bien trata de poner de relieve el alejamiento sistemático de lo genuino del individuo, por un proceder basto, impreciso, pero a la vez implacable, característico de la psiquiatria médica imperante. Me cuestiono si esta aproximación al padecimiento existencial no contribuye, por el contrario, a la cronificación de dicho sufrimiento al verse forzado el sujeto a identificarse, sin opción, a una posición pasiva que lo sitúa como "enfermo mental". Desde la mirada de un psiquiatra al uso se resaltan contradicciones evidentes, tanto en la teoría como en la práctica, y se indaga sobre el núcleo del aferramiento, terco, a las mismas.

**Palabras clave:** Contradicciones de la psiquiatria médica, padecimiento existencial, cronificación del sufrimiento, enfermo mental.

### ABSTRACT

This text is not about a new psychiatry or a manifesto of rupture with the current approach to "mental disorders". Rather, it tries to highlight the systematic departure from the genuineness of the individual, by a course, imprecise procedure, but at the same time implacable, characteristic of the prevailing medical psychiatry.

I wonder if this approach to existential suffering does not contribute on the contrary, to the chronification of said suffering when the subject is forced to identify without option a passive position that places him as "mentally ill". From the perspective of a psychiatrist to the use, obvious contradictions are highlighted both in theory and practice, and the clinging nucleus is investigated stubborn to them.

**Key words:** Contradictions of medical psychiatry, existential suffering, chronification of suffering, mentally ill



## ***1. Descompensación siempre por falta de medicación***

Uno de los preceptos más habituales en la práctica diaria en psiquiatría, que se da en conversación con compañeros o en coordinaciones con otros dispositivos, es que la descompensación de un trastorno mental, se explica por “por falta de medicación”. Pondré como ejemplo un caso que me hizo pensar, irrumpiéndome las cuestiones más ingenuas, pero que no he podido responder todavía. Se trataba de una coordinación con un servicio concreto con el que trabajamos y explicaban el caso de una mujer que había presentado una fase maníaca. Comentaban que era una paciente diagnosticada de trastorno bipolar tipo I y que en los últimos cuatro años no había tomado la medicación eutimizante. La conclusión fue que la descompensación se debía al abandono de la misma.

La pregunta que se me presentó ineludible fue ¿qué la mantuvo estable durante tantos años? Si entramos en la fórmula biologicista, es decir, [lesión cerebral + medicación estabilizadora], la única explicación es que el psicofármaco haya tardado en metabolizarse cuatro años. ¿Sería comparable este caso a un cuadro de diabetes o de hipertensión? ¿Qué pensaríamos si durante cuatro años dejás una medicación y estás totalmente asintomático?

En este punto se presentan otras contradicciones, por ejemplo, personas con supuesto diagnóstico de enfermedad mental grave que están estables sin medicación o durante periodos largos, o personas que pese a la medicación crónica se descompensan.

La cuestión es que, si nuestro discurso va encaminado a describir “enfermedades mentales crónicas” equiparándolas con el resto de enfermedades somáticas, es decir, que requieren de una medicación continua y para toda la vida ¿cómo encajan las anteriores situaciones en esta ecuación? ¿Por qué en vez de obviar estos hechos, pensamos en qué factores permiten a la persona estar estable, más allá de los psicofármacos? dicho de otro modo, ¿qué otras variables son las que hacen que una persona permanezca “compensada”? Son preguntas que caen por su propio peso, pues no son casos aislados, pero ¿por qué no nos lo paramos a pensar? Citaré algunos factores:

- **La carga asistencial:** un psiquiatra al uso, en régimen ambulatorio, puede llegar a tener en su agenda de trescientos a seiscientos pacientes. Se trata de una carga asistencial enorme, pues no sólo incluye el aspecto clínico (visitas programadas, grupos de terapia, visitas o llamadas de urgencia), sino también el burocrático (derivaciones, informes asistenciales de diversa índole), el social-jurídico (peritaje en juicios), las coordinaciones con el propio equipo u otros dispositivos de la red de salud mental, otras reuniones de diversa índole, convenios de docencia, etc. En mi opinión dicha carga asistencial condiciona totalmente el caso que se está tratando, facilitando respuestas groseras, generalizadas y apartándose de la singularidad de cada situación.

- **La instrucción psiquiátrica oficial:** la formación tradicional, sobre todo para el psiquiatra, es totalmente médica, que podría condensarse en [síntoma + medicación], por lo que, en general, no hay noción de otra realidad fuera del perímetro biologicista, así que, la actitud ante cualquier otra explicación, y como ante todo lo que desconocemos, suele ser defensiva o evitativa.

- **La comodidad o la evitación de más estrés:** resulta mucho más llevadero asociar la descompensación a falta de medicación, pues tardas cinco minutos en instruir a la

persona que tienes delante, que indagar en qué factor externo y/ o subjetivo ha sido el precipitante de la descompensación, lo cual, en cambio, puede acarrear varias visitas, es decir, meses, y eso en caso de que haya una disposición por parte del interlocutor. Instruir a una persona en neurotransmisores y un par de medicaciones con el precepto de que es para toda la vida se tarda muy poco tiempo. Explorar la dimensión personal, es decir, su posición ante la vida, sus relaciones, sus fantasías, su angustia nuclear, sus defensas, sus suplencias, los significantes que lo designan, las coyunturas de desestabilización, etc., es decir, indagar en lo genuino de la persona es algo complejísimo para lo que se requeriría, en cambio, años.

En esta misma línea, si se produce una recuperación o mejoría siempre se deberá a la medicación, tanto si el cambio se produce inmediatamente, como si lo hace a meses vista. Por ejemplo, durante mi rotación en la unidad de agudos en mi época de residente, observaba, a veces, que la estabilización clínica se producía de forma repentina e ingenuamente preguntaba qué factores contribuían a que una persona se recuperara a los pocos días de estar ingresada y, en cambio, otra tardara hasta cuatro semanas en hacerlo. La respuesta siempre era por la introducción de tal o cual pauta farmacológica. La contundencia que percibía de la respuesta era tal que no osaba cuestionarla. Quedaba en silencio, pero en mi fuero interno pensaba cómo dos aspectos contrarios podían tener la misma solución, sin introducir ninguna variable más.

Sobre la estabilidad psicopatológica, en general, ¿no es posible que se esté excluyendo el distanciamiento con ciertos factores desencadenantes que le posicionan a uno de tal o cual manera, la narrativa de lo sucedido que la misma persona elabora con el tiempo, la adquisición o recuperación de suplencias o nuevas relaciones que permiten un posicionamiento subjetivo diferente? Todas estas variables, quizá menos palpables y difíciles de evaluar, y sin embargo determinantes, no se contemplan, o lo que es más grave, apenas se tiene noción de ellas.

Ocurre también que, después de años de medicación, la persona que la abandona se desestabiliza, con lo cual se infiere, de nuevo, que se debe a la "falta de medicación". Sin embargo, me asaltan otras hipótesis como, por ejemplo, ¿no se modulará el cerebro, después de décadas de medicación, de manera que se haga dependiente a la misma? ¿No es posible, también, que la persona tras años de constante psicoeducación y subyugada a coordenadas como "la medicación es para siempre", "no dejes la medicación o empeorarás", o de modo indirecto con continuas alusiones a la misma, esté representada por una serie de significantes, fuera de los cuales quede totalmente desprovista de identidad?

Me gustaría citar, ahora, algunos ejemplos de primeras descompensaciones extraídas tanto de la literatura psiquiátrica como de la práctica diaria y que, en este tenor, me hacen pensar qué se pone en juego más allá de un supuesto desequilibrio irreversible de neurotransmisores.

- - La hermana de una paciente se casa; ésta última se va a vivir con ella; el marido de la hermana va a la mili; en este periodo de ausencia del marido, la hermana tiene un amante; la paciente, aunque en contradicción, facilita la relación; en un momento dado, ésta empieza a sentir que el nuevo amante de la hermana se siente atraído por ella (la paciente); ésta brota cuando ve a la hermana mayor y al amante besarse.
- -Paul Schreber, caso clásico de psicosis, presenta un cuadro psicótico cuando le nombran miembro del tribunal de Apelación de Dresde.
- -Una madre, que siempre había soñado con serlo, entra en descompensación psicótica cuando el médico le da el niño tras el parto.

- -Una mujer, que había sido sodomizada desde que era pequeña, en la adolescencia presenta incontinencia fecal. Inicia un cuadro alucinatorio grave en el momento en que le reconstruyen el esfínter anal.
- -Un investigador que lleva décadas trabajando en una investigación. Presenta un cuadro psicótico en el momento en que la pública.

¿Cómo se explican todos estos ejemplos desde un punto de vista biológico? ¿Se trata quizá de un estrés agudo que lleva a la desorganización de neurotransmisores? ¿Lo podría demostrar para poder afirmarlo de forma tan tajante? Por ejemplo, en cuanto a la primera suposición, seguramente la persona habrá soportado a lo largo de su vida situaciones de mayor carga emocional así es que, ¿por qué ha sido en ese contexto concreto donde ha salido a escena la psicosis? ¿Por qué por un lado nos desentendemos de buscar la bisagra que torna hacia la locura, pero por el otro, damos una unívoca explicación biológica?

¿No funcionamos, quizá, a partir de unos parámetros que determinan la percepción tanto del mundo que nos rodea como de nuestra identidad, pudiendo acontecer situaciones que los hagan tambalearse?

## ***2. Contraste de la psiquiatría con respecto del resto de especialidades médicas***

Una de las cosas que se le exige a cualquier especialidad médica, más hoy en día, es la correlación anatomo-clínica. Es decir, la relación entre la clínica y el hallazgo lesivo causal y sus secuelas, no en uno sino en diferentes planos: anatómico (macroscópico), anatomopatológico/histopatológico (microscópico) y, actualmente, genético y epigenético. Ésta es quizá una de las más evidentes contradicciones, ya que nunca se verá a un psiquiatra pedir una prueba complementaria diagnóstica, sino que, por el contrario, dirá que la pide para descartar organicidad, pero ¿no habíamos quedado que lo psiquiátrico es biológico, luego orgánico? Así pues, ¿asumimos que la psiquiatría se sostiene en la medicina sin poder explicar ninguna de sus “enfermedades” desde un punto de vista anatómico, fisiopatológico ni genético, es decir, sin un agente causal?

A lo largo del siglo XVII surge en Europa y América un movimiento filosófico que será conocido como la edad de la razón o la ilustración. Sus participantes querían iluminar el intelecto humano y la cultura después de la oscura Edad Media. El interés se desplazó hacia el hombre y concretamente en el alcance de la plenitud a través de la razón, lo cual se fue haciendo extensible al ámbito social, económico, político y científico. En este marco, los médicos empezaron a rehuir de las teorías generales, empeñándose en hallar el agente causal último de las enfermedades del cuerpo. Sobre este eje, se buscaría identificar las enfermedades naturales del hombre, que debían cumplir ser numerables e irreductibles, con un proceso y pronóstico determinado y consecuentes a un agente causal concreto. Por ejemplo, una neumonía se debía diferenciar de una apendicitis y ésta de la gota, ya que las tres tendrían unos signos concretos en diferentes órdenes: el clínico, el anatómico y el anatomopatológico. Paralelamente, si se hallaba el agente causal de una patología, se definiría un tratamiento específico para aquél. Consecuencia de ello, se descartaron, por un lado, las teorías generales y, como corolario, se rechazaron también las panaceas, es decir, aquellos tratamientos que servían, en teoría, para cualquier tipo de padecimiento.

La psiquiatría podría aspirar acercarse al resto de la medicina si se hallara, para cada supuesta enfermedad, un agente causal concreto, es decir, que para corroborar que una persona tuviera, supongamos, esquizofrenia, halláramos en sangre una sustancia única y común en todas las personas que hubiéramos diagnosticado de la misma. Podríamos llamar a esta sustancia, a modo de ejemplo, *esquizofreína*, y, si observáramos que a determinados valores por encima se iniciara

la clínica que asociamos a esta psicosis, y a otros valores por debajo remitiera, estaríamos en condiciones de afirmar que su origen es biológico. Lo mismo para la melancolía-manía y para la paranoia. Dicho así parece absurdo, reduccionista y propio de la ciencia ficción, sin embargo, es lo que anhela la psiquiatría médica, es decir, un marcador biológico que delimite una enfermedad de otra. Si estamos lejos de alcanzar este punto, mucho más lo estamos de asignar una enfermedad mental a un determinado gen, lo cual, revelándose una hazaña imposible se ha optado por justificarse desde la “multicausalidad”, lo “multifactorial” o lo “biopsicosocial”, es decir, volver, en mi opinión, a constructos generales y teorías vagas que no apuntan a nada en concreto ¿no es otra contradicción?

Este aspecto queda más difuminado si cabe en el terreno de la neurosis, la cual queda enmascarada con términos tan comunes, a la vez que inespecíficos, como son la “depresión”, la “distimia” o “trastorno de la personalidad”. Bajo estos rótulos se puede encontrar, en muchas ocasiones, desde gente agotada y en condiciones externas muy diversas, personas en duelo por pérdidas de diferente índole, conflictos internos reactivos a diversos factores de estrés, hasta incluso, síntomas iniciales de un desencadenamiento psicótico posterior. Dado que hoy en día se ha perdido el valor de la causalidad psíquica y se ha promocionado el diagnóstico rápido equiparando el síntoma superficial con la estructura, ha tenido lugar la aparición de una cantidad ingente de diagnósticos superficiales de escaso valor pronóstico y mucho menos, que señalen un tratamiento preciso.

Por otro parte, el tratamiento en psiquiatría es lo más parecido a una panacea, es decir, a un remedio poco específico que sirve para muchas cosas, lo cual es debido a que no hay una sustancia natural sobre la que actuar. Por ejemplo, podríamos emplear un mismo tratamiento, pongamos un “antipsicótico”, para un caso en que se considere de impulsividad excesiva, para una situación de ansiedad generalizada suficientemente invalidante, para una ideación obsesiva, para sintomatología psicótica o para el insomnio pertinaz. También para alguien que advirtamos “raro”. Como psiquiatras médicos, nos quedamos tan anchos, pero ¿qué pensaríamos si para la hipertensión, nos pautaran un antidiabético o la hormona tiroidea? ¿no dudaríamos de su precisión tanto diagnóstica como terapéutica?

También hay diferencia en el objetivo último que persiguen las especialidades médicas con respecto de la psiquiatría. La finalidad de las primeras es evitar la muerte del sujeto derivada de un proceso morboso natural y consecuencia directa de una disfunción orgánica o aliviar el dolor somático. La segunda, sin embargo, intenta controlar la sinrazón o el padecimiento existencial. Se trata de diferentes órdenes, dado que la muerte es algo universal y, por ejemplo, un infarto tendrá las mismas consecuencias aquí que en Groenlandia, mientras que el sentido de una conducta o el padecimiento se asocian a una cultura determinada.

### ***3. Particularidades de nuestros diagnósticos***

Se infiere de lo descrito anteriormente que, si no hay un agente causal, nuestro diagnóstico tampoco apuntará a una lesión orgánica específica, como sí lo es, por ejemplo, un infarto de miocardio con elevación del segmento ST, el cual conllevará a una intervención determinada acorde con la lesión descrita. Conforme a esta particularidad, tanto el tratamiento como el pronóstico en psiquiatría se vuelven imprecisos. Como veremos más adelante los psicofármacos inhiben o atenúan la conducta por un efecto depresor del sistema nervioso, pero no porque estén subsanando una lesión. Así sucede,

entonces, que bajo una misma etiqueta diagnóstica respiran individuos totalmente distintos con manifestaciones clínicas y conductuales tan dispares que nada tienen que ver con el diagnóstico al que quedan perpetuamente asociadas ¿Qué tendrá que ver una persona con una ideación delirante aguda que remitió y sigue con su vida en apariencia normal; con otro que decidió silenciarse para siempre; con otro cuya desorganización conductual es tal que no puede vivir más que en un centro cerrado; con otro que escucha voces comentadoras de vez en cuando y que lejos de asustarle le hacen compañía; con otro a quien le atemorizan de forma constante y vocifera para deshacerse de ellas? ¿Cómo es posible que una etiqueta diagnóstica suture toda esa discontinuidad?

Otra peculiaridad de nuestros diagnósticos se da, a veces, cuando advertimos estructuras que podemos considerar como psicóticas por los síntomas, por la manera de relacionarse, por el tipo de ansiedad, por funcionamiento general, por el peso de certeza de sus ideas, etc., pero decidimos diagnosticar de “trastornos” calificados como “leves” porque convenimos que la persona se maneja con suficiente normalidad como para no ser diagnosticada con tal losa. Es decir, que en muchas ocasiones se tiene en cuenta el impacto estigmatizador e invalidante en muchos campos de su vida, que sobreviene al ser diagnosticado de una enfermedad mental ¿es este efecto estigmatizador común al resto de especialidades médicas?

La psiquiatría debe de ser de las pocas especialidades médicas cuyo manual diagnóstico oficial cambia radicalmente sus criterios cada cierto tiempo sin que haya una causa natural o biológica que lo justifique. Sería como si de repente encontráramos en los manuales diagnósticos de cardiología que el corazón se sitúa a la derecha sin encontrar una explicación para ello ¡Como si la naturaleza cambiara en función del consenso entre un puñado de expertos!



Sobre este manual se pueden decir muchas cosas. En primer lugar, ¿no es sospechoso que se hable de “trastornos mentales”? Es decir, con respecto a la causa de “las enfermedades mentales”, si decimos constantemente, sin albergar ninguna duda, que se trata de una disfunción en la cantidad de neurotransmisores en determinadas áreas del cerebro, ¿por qué no calificarlo de “enfermedad cerebral”? ¿Por qué emplear términos tan difusos como “trastorno” y como “mental”? ¿Por qué, teniendo la oportunidad de condensar tanta (e)videncia, en el momento de la verdad tomamos términos tan poco biológicos como “trastorno”, que se aleja de la lesión y por lo tanto de lo médico, y “mental”, que sí, en cambio, es un término más común en el terreno de la psicología, la antropología, la literatura y otras ciencias humanistas? ¿Se trata de un volantazo desesperado para evitar una colisión mortal?

El DSM define el trastorno en términos de comportamiento, con lo cual se produce una diseminación de la patología. Por ejemplo, en vez de considerar la timidez y el nerviosismo como síntomas de una categoría clínica subyacente por descubrir, éstos se convierten en una categoría en sí misma, la fobia social. La idea de causalidad psíquica compleja o vida interior desaparece, para definirse como acausal y ateórico. Y ¿no vuelve a ser una contradicción permanecer en el terreno médico y erigirte sin causa biológica alguna para justificar un diagnóstico? Se desmorona la diferencia entre el síntoma y la estructura. Cualquiera puede tener un tic, una fobia, un desorden alimenticio, una obsesión, pero deberíamos estudiar qué lugar ocupa eso en la vida del individuo. Se da validez a la parte por el todo, por ejemplo, una conducta obsesiva te convierte en un neurótico obsesivo; una conducta histérica en un histérico. Se borra, en definitiva, la diferencia entre lo superficial y lo profundo, con lo que cada vez se generan más categorías clínicas facilitando que cada aspecto de la condición humana pueda convertirse en un trastorno. Parece que, cuanto más ligeros sean los criterios diagnósticos, mayor sector de la población abarcará y más facilidad sea diagnosticar y tratar una conducta.

Otra característica resaltable es que, a veces, se fuerzan diagnósticos para diferentes finalidades como, por ejemplo, para buscar recursos sociales, para introducir a la persona en protocolos que aseguren un mayor seguimiento y adherencia o para cumplir con programas específicos, pues si no se llega a un mínimo de determinadas etiquetas diagnósticas no te financian o te penalizan. Por ejemplo, en un determinado CSMA tienen que llegar a un 33% de diagnósticos TMS (trastorno mental severo) a final de cada año o, si no penalizan con una sanción económica. El usuario debe adaptarse al dispositivo y no al revés ¿Tendría que ser así si nos rigiéramos por leyes de la naturaleza?

Operamos desde lo biológico y, sin embargo, en nuestra práctica clínica nunca solicitamos una sola prueba biológica diagnóstica. ¿No es eso algo cuestionable? Toda gira en torno a esta teoría, justificando así el tratamiento psicofarmacológico y el aferramiento al mismo de forma crónica, desconociendo, contradictoriamente la calidad y la cantidad de receptores/neurotransmisores del paciente que tengo delante. Jamás va a basar en algo real que yo le pueda mostrar a esa persona, sino que se creará un discurso sobre un imaginario que tanto él como yo debemos aceptar.

Entonces, la cuestión es, ¿nos son de utilidad los diagnósticos si no sirven para precisar, desde un punto de vista estrictamente biológico, una prueba diagnóstica, una lesión específica, un pronóstico o concretar un tratamiento específico? ¿Qué diferencia hay, desde el periscopio positivista, entre una paranoia, una reacción psicótica breve, una psicosis cíclica, un estado confusional o una psicosis tóxica? ¿Cómo se explica desde la teoría de los neurotransmisores tal diferencia? ¿Qué diferencia hay desde esta óptica

entre una idea obsesiva, una ideación deliroide, una idea delirante transitoria, una creencia superficial, una convicción profunda, una rumiación o una preocupación? ¿No apunta esta imprecisión biológica a un intento forzado de delimitar lo que es subjetivo?

En relación a este apartado, hay un fenómeno muy difícil de sortear que resulta de diagnosticar una enfermedad mental. Desde ese momento, toda manifestación de malestar es sospechosa de principio de descompensación y, como reacción habitual del facultativo, reajustará la pauta farmacológica. Es como si se estableciera un sentido unívoco e incuestionable, que parte de una idea inamovible y que seguramente estará avivado por varios condicionantes, como, por ejemplo:

- **-El escaso tiempo.** Sucede que para abordar una situación que quizá requeriría de días para poderse esclarecer y dar el margen necesario para que la persona pusiera palabras a su malestar, el facultativo, por el contrario, se ve impelido a dar respuesta en quince o treinta minutos cada tantos meses.
- **-El espacio.** Tal situación se encara en un lugar que tiene la misma conformación que cualquier otra especialidad médica, es decir, que la persona queda posicionada como una enferma o pasiva ante su padecimiento. ¿Es similar el seguimiento de una anemia que el de un estado mental con todos sus condicionantes? ¿No nos obliga esta posición a valorar el problema en términos absolutos y, por lo tanto, en dar una respuesta generalizada, y no de forma relativa, es decir, teniendo en cuenta el contexto en el que se desarrollan los acontecimientos?
- **-La presión.** Ésta se ve facilitada al no poder supervisar la situación con más continuidad, lo cual está condicionado, a la vez, por la carga burocrática y clínica de los cientos de pacientes agendados. Lo peor de esto, no es la carga asistencial en sí, sino que, mucha de ésta, se aleja de lo que, supuestamente deberíamos hacernos cargo, es decir estados mentales “patológicos”. Se acaba acogiendo toda forma de malestar social, por ejemplo, gente desempleada; inmigrantes sin papeles que, por un lado, se les cobija, pero que a los dieciocho años se les echa a la calle sin muchas explicaciones; personas sin posibilidad de recursos sociales que se acogen a “la enfermedad mental” como última salida, etc. No es tanto el hecho de no querer dar salida a toda esta mescolanza de malestar, que no se puede y que acaba por congestionar nuestras consultas, volviéndolas inoperantes, sino que da la sensación que se enmascara la insuficiente respuesta social y política con la enfermedad mental. Por ejemplo, no es que no haya recursos para ayudar a una persona que debe ejercer de cuidadora principal de sus padres enfermos y dementes, que además mantiene, con su único sueldo, a su familia dado que a su marido le han echado de su empresa con cincuenta y un años y no encuentra trabajo a su edad, y esté lógicamente agotada, sino que tiene un “trastorno adaptativo mixto”. Es decir, que, dándole la vuelta a la tortilla, es la persona que, supuestamente, por sus cualidades psíquicas o genéticas no da la respuesta suficiente a una situación, ya de por sí imposible, y no es capaz de adaptarse. ¿No seremos cómplices, con nuestro proceder, de una sociedad desequilibrada? ¿Sirve de algo ese diagnóstico para esa persona o para el psiquiatra que debe codificarla?
- **-El apremio ejercido por el entorno.** Personas alrededor de la persona diagnosticada, que normalmente han sido psico-educadas con la visión unívoca de la “enfermedad mental”, se alertan por una inminente descompensación cuando detectan determinados signos. Se da en ocasiones que una clínica determinada es tolerada tanto por el paciente como por el facultativo, sin embargo, la situación cambia cuando

ésta entra en confrontación con más personas o en convivencia. Se puede dar el caso que, ante esa misma clínica, en un caso se pueda sobrellevar y en otro caso se deba proceder a un ingreso por la tensión que va generando. Ocurre que este factor agravante, en la mayoría de casos, pasa desapercibido, y, sin embargo, en mi opinión, contribuye a fijar el síntoma y así favorecer la cronicidad.

Estos son sólo algunos de los factores condicionantes a los que el “profesional” en psiquiatría queda sometido, y, en consecuencia, empujado, más que a dar una respuesta meditada y particular, a descomprimir a ultranza esa tensión generada por factores que incluso no tienen que ver con esa situación de supuesta descompensación. En todo caso, la intervención pasará por medicar o derivar. ¿Este tipo de acciones, con el tiempo, no van silenciando al sujeto que padece esos síntomas? ¿No le va arrastrando inexorablemente a la posición de enfermo? ¿No se va cronificando también el facultativo? ¿No va éste abandonando, con el tiempo, otras maneras de pensar la situación y, por lo tanto, de ofrecer otro tipo de respuesta?

Da la sensación de no haber noción de que determinados padecimientos tienen un determinado ritmo y requieren, quizá, de un acompañamiento solamente, pero que, en ningún caso, remiten a una “enfermedad” o supuesta descompensación de la misma. Dado que sólo hay un sentido al malestar, sólo puede haber una respuesta o solución al mismo y, tanto el paciente como el facultativo, quedan entonces atrapados por el mismo axioma.

Me pregunto si el actual proceder de la psiquiatría médica, no hace más que reforzar una y otra vez la “enfermedad”, dando un sentido patológico a procesos que, quizá con una relación de confianza y acompañamiento suficiente, se pueden ir atemperando. Me pregunto, también, si este proceder, desde el principio y durante años, no coarta otras posibles salidas a ese padecimiento y se empobrece con el tiempo un yo con otras posibilidades de identificación. ¿No hay una parte del sujeto que se va ahogando y otra, por el contrario, se ve forzada a asirse al flotador único de la “enfermedad”? ¿No es posible que este proceder, con el tiempo suficiente, debilite a un individuo que debe resignarse a respuestas únicas e implacables?

#### ***4. Sobre nuestros tratamientos***

Normalmente, en la medicina primero se hace una investigación exhaustiva, por ejemplo, se busca un marcador, una proteína, una enzima, una molécula y luego se hace un fármaco a medida. Es decir, que se hace una llave para abrir una puerta determinada. En psiquiatría, por el contrario, se validó una llave en concreto y se hizo la puerta a medida.

En el caso de los fármacos antipsicóticos parece ser que fueron descubrimientos casuales y sin relación con alguna alteración fisiopatológica. Por ejemplo, la clorpromazina se utilizaba como tranquilizante en la anestesia; la reserpina para tratar la hipertensión; la iproniazida para tratar la tuberculosis; el urato de litio para sedar a cobayas antes de experimentar con ellas. Lo que sucedió es que estas cualidades narcóticas se promocionaron y se equipararon a la retórica de “cura” y “tratamiento”. Pasaron de ser “sujeciones químicas” a “curas de precisión”, por parte de campañas de marketing de determinadas corporaciones.



Los efectos que se apreciaron tras la toma de dichas sustancias sirvieron de acorde puente para reforzar la armadura médica. Uno de los efectos más comunes que producen, y que se advirtió entonces, es la indiferencia frente a lo que les rodeaba. Actuaban como “una camisa de fuerza química”. Cabe resaltar que neuroléptico significa, literalmente, sustancia que ata o detiene al sistema nervioso. Se deduce pues que, dicha sustancia reducía la actividad cerebral en todas sus facetas. Eso permitió que pasara de ser un tranquilizante o supresor del sistema nervioso a un “antipsicótico”, es decir a actuar en el proceso químico, supuesto, de la psicosis y revertirlo.

¿Significa que quien responde a dicha sustancia reduciendo la impulsividad, la ansiedad, o el insomnio, es un psicótico? ¿Se trata entonces de un antipsicótico o es más lógico definirlo como neuroléptico? Sirva como anécdota obtenida de la práctica diaria, comentaré, que no se considera válido el resultado de un test de inteligencia de una persona que tome de forma crónica psicofármacos, ya que se considera que dichas sustancias entorpecen el rendimiento psíquico general ¿No dibuja este ejemplo más a un neuroléptico que a un antipsicótico de precisión? Atribuir el papel de la conducta humana a los neurotransmisores sería como atribuir la existencia de la literatura la tinta de la pluma o decir que hablamos gracias a la boca, sin contemplar los eslabones que anteceden a la consecuencia final. Necesariamente se requiere de un soporte material o biológico, pero de este no se infiere la conducta manifiesta.

Asimismo, los intentos de abordaje a partir de según qué modelos psicológicos pueden ser igualmente alienantes. Partiendo de que el diagnóstico en salud mental es un constructo teórico de valor parcial y no absoluto, es decir, que va variando según el momento histórico o el contexto médico en que se encuentra el sujeto, valga como ejemplo la homosexualidad, y no del hallazgo de una sustancia universal, se tratará un determinado padecimiento con ideas generales acorde a tal construcción, alejándose, consecuentemente, de lo genuino de la persona que lo sufre. Dichas intervenciones estarían en la misma línea que anteriormente comentábamos, que no sería otra que la de crear una potente matriz donde el paciente se vería impelido a identificarse.

### ***5. La herencia de la “enfermedad mental”***

Otro de los capítulos donde la psiquiatría médica se vuelve borrosa en su intento de aproximarse a la medicina, es sobre el tema de la “herencia genética” de la “enfermedad mental”. Constantemente se escucha que hay un claro componente hereditario, pero no hay suficientes pruebas genéticas para confirmarlo o que hay un claro componente hereditario, pero también hay casos inaugurales de enfermedad. ¿No es eso último algo contradictorio o que, por lo menos, debería motivarnos a poner nuestra atención a esos últimos casos y no los primeros? ¿Cómo se puede explicar un mismo hecho desde dos puntos de partida contrarios y llamarlo evidencia? Los eslóganes en el ámbito de la psiquiatría suelen dibujar el trayecto de una estrella fugaz: con gran intensidad al principio, pero desvaneciéndose rápidamente. Se inicia un artículo hablando de una evidencia irrefutable y dos líneas después se rectifica. ¿Es equiparable la psiquiatría con la evidencia de una ciencia pura como la física o las matemáticas? ¿Se puede trasladar la subjetividad humana, con pruebas antropométricas, puesto que no disponemos de analíticas ni pruebas de imagen, a la ciencia? ¿No nos arriesgamos a caer en un reduccionismo extremo y alienante? Un aspecto que me llama la atención en este mismo capítulo es que siempre se habla de genes, que se activan y se desactivan, cual patrón mendeliano, pero se

obvia que el crecimiento psíquico e incluso cerebral se construye por medio de su entorno, en las primeras etapas de la vida. Desde un punto de vista biológico exclusivamente, parece que hay ciertas condiciones que facilitan la liberación de factores neurotróficos, así como la cantidad y calidad de conexiones neuronales en las primeras etapas de la vida y en cambio, otras situaciones que lo obstaculizan, según, por ejemplo, estudios realizados por laboratorios particulares, no subvencionados por ciertas industrias. En comparación con lo que sucede con los seres humanos, la conducta de éstos en su hábitat natural no requiere de ningún aprendizaje y está adherida filogenéticamente a los miembros de una especie, es decir, que se pone en marcha por instinto. Por ejemplo, nacen y nadie les enseña a caminar, comunicarse, a comer, a identificar a sus depredadores, etc., sino que es algo, que se despliega automáticamente en cada miembro de la especie, sin excepción. Es decir, estas conductas tienen su causa en la naturaleza misma, son innatas.

Este despliegue, en cambio, en el ser humano no es algo natural, sino fruto de la cultura, y, por lo tanto, serán conductas inherentes a un momento histórico, a una comunidad, a una unidad familiar con idiosincrasia propia, y, por consiguiente, adquiridas. ¿No resultarán las primeras etapas de la vida cruciales para la formación del campo simbólico, el lenguaje y, a consecuencia de éste, advendremos disímiles con respecto de los demás miembros de nuestra especie?

En la práctica clínica, aunque no es algo generalizable, parece más lógico entender el estado mental de una persona por su biografía o su explicación subjetiva de sus acontecimientos vitales que atribuyéndolo a una activación o desactivación caprichosa de una serie de genes, lo cual, en última instancia, será algo imaginario e inaccesible tanto para el facultativo como para la persona que tenemos delante. ¿Es equivalente que en las primeras etapas de la vida haya un encuentro armónico con nuestros cuidadores o, como diría Winnicott, “una madre suficientemente buena”, que una situación de abandono o de negligencia? ¿Qué entendemos por “predisposición genética” exactamente? Esto último, se predica constantemente como un mantra, pero resulta difícil de explicar de manera lógica y desgranando los acontecimientos desde el gen hasta una conducta



determinada. ¿Por qué suena jocoso plantear un equivalente psiquiátrico en los animales y en cambio es algo más razonable para el resto de especialidades médicas? ¿No serán las manifestaciones psiquiátricas consecuencia de las particularidades y del desarrollo de nuestro campo simbólico en interacción con las circunstancias del entorno? ¿No hablarán dichas manifestaciones de nuestra propia naturaleza, el lenguaje, más que del soporte biológico del mismo? ¿Igualmente, la “enfermedad mental” es algo aislado al entorno que la rodea o su curso puede verse modulado por la interacción con éste? ¿No deberíamos poner el énfasis en entender, además de a aquellas personas que padecen “enfermedad mental” y tienen antecedentes familiares diagnosticados, a las que, por lo contrario, no los tienen? ¿Por qué parece que desde el cientificismo hay cierta inclinación en anular una posición activa del sujeto frente a su padecimiento?

## **6. ¿Crónicos o cronificados?**

Cuando en nuestros dispositivos se habla de que alguien es “un crónico”, hay cierto remusgo de empobrecimiento o de deterioro a lo largo del tiempo. Desde la visión neo-kraepeliana actual, se podría entender tal proceso asumiendo que la propia “enfermedad” (precoz) conlleva un (supuesto) deterioro biológico y, por tanto, un menoscabo de todos los rendimientos psíquicos. Sin embargo, me resulta inaceptable pasar por alto los aspectos comentados hasta el momento.

La teoría médica de la “enfermedad mental” se basa todavía en un supuesto, no algo en lo que haya un consenso unánime, ya que, de ser así, hubiera sido transferida a los dominios de la neurología, lo cual, por otro lado, sí ha sucedido con la demencia senil o enfermedad de Alzheimer. Siendo esto todavía así, ¿cómo es posible que se transmita con tanta determinación esta concepción sin albergar, si quiera, alguna duda? Si los diagnósticos no nos sirven para señalar una lesión, un tratamiento ni un pronóstico concretos, ¿es lícito psico-educar a la persona proporcionando un sentido único a su padecer? ¿Le es útil a la persona o al facultativo? ¿Es posible que tenga una repercusión negativa a largo plazo o que esté coartando posibilidades de mejoría? ¿Y, es posible, además, que la misma medicación a largo plazo favorezca el deterioro cerebral?

Pese a la debilidad explicativa de la “enfermedad mental” desde la óptica médica, los dispositivos institucionales están dispuestos en función de sus coordenadas. Dando por válida esta perspectiva, ¿para qué se necesita ver al paciente? Seguido al diagnóstico, se despliega de forma automática un panóptico del que el usuario, en continua inspección, ya no puede escapar, éste queda marcado y su subjetividad invalidada en pro de un falso self generalizado fruto de la psicoeducación. Uno no es consciente de cuánto desconoce a la persona que tiene delante, hasta que hace números. Si la media de visitas en un centro de salud mental corriente es de una vez cada tres meses y cada visita, siendo generosos, es de treinta minutos (en algunos dispositivos puede ser incluso la mitad de tiempo), estaríamos asistiéndolo alrededor de dos horas al año. Repito, dos horas al año.

La pregunta inevitable es ¿[puedo ayudar a alguien] que ha caído por el agujero de la psicosis [dedicándole dos horas al año]? Suponiendo que en este centro se filtra los casos más complejos y graves en cuanto a salud mental se refiere ¿es el tiempo adecuado que debo dedicar? ¿Puedo con este tiempo, mínimamente, conocer su realidad interna y externa? Desde cualquier otra óptica es un tiempo ridículo, sin hablar del condicionamiento que origina el espacio o las indumentarias semejantes a cuando nos

tienen que valorar sacar unos puntos, sin embargo, desde la (im)postura oficial es tiempo más que suficiente. Desde este enfoque, los fármacos cobrarán un valor imprescindible, ya que la única manera de actuación sobre esa persona no es mediante la construcción de una relación transferencial particular, la reflexión conjunta, el cuestionamiento o el abordaje de unas necesidades concretas, sino mediante un sometimiento disciplinario del cuerpo y de sus emociones, con fármacos y psicoeducación. Como ya hemos explicado antes, debe tenerse en cuenta, además, que el facultativo ambulatorio tiene su agenda colapsada, con lo cual, la posibilidad de escapar de la fatiga y la tensión, es improbable, reduciéndose indefectiblemente la capacidad de reflexión, cuestionamiento o posibilidad de particularizar el caso. Así pues, la respuesta desde la institución, generalista, inflexible y defensiva, está, con mucha probabilidad, asegurada.

Otro punto interesante es el tema de los dispositivos supuestamente más horizontales, como son los clubs sociales o los centros de día. Siempre me ha llamado poderosamente la atención, que espacios cuya finalidad responde a la inserción social, la rehabilitación o la integración, reciban el mismo nombre que aquellos otros a los que nos destinan cuando somos improductivos socialmente, dementes o un estorbo. Por ejemplo, los centros de día de ancianos. Otra contradicción que me suscita es que la mayoría de veces, la persona se inicia en estos centros tras dos y tres décadas de institución médica y no, curiosamente, desde el principio. ¿No se infiere del nombre su verdadera finalidad? ¿Se busca realmente tras la derivación a estos dispositivos reorganizar el proyecto de vida de la persona y un cuestionamiento conjunto de su situación particular, así como un ánimo de prosperidad?

Después de subrayar estos puntos, ¿no es posible que participemos, de alguna manera, en este proceso degenerativo si desde el principio devolvemos como única imagen la de "enfermo mental" a la que empujamos a la persona a aferrarse? Si añadimos, además, que durante años la toma de medicación es crónica y, en algunos casos progresiva, con el impacto físico implícito que conlleva, ¿no contribuirá a su empobrecimiento e inhibición progresivas?, es decir, ¿a la cronificación? ¿No se instauraría un proceso deletéreo semejante en una persona que se resigna a dar vueltas en círculo sin posibilidad de otros alicientes, expectativas o posibilidades de identificación? ¿No es inmanente en la "cronificación" la resignación y la desesperanza? Si consideramos la psicosis como un desmoronamiento dramático de las identificaciones que hasta el momento sustentaban al individuo, ¿no sería más adecuado posibilitar cuantas más identificaciones y desde el principio, mejor, en vez de dedicarlo a protocolos, test y programas de psicoeducación? ¿No desalentamos, con nuestra manera de aproximarnos, al sujeto que existe detrás de los síntomas? La pregunta pues, sería ¿son "crónicos" o "cronificados"?

## ***7. Avances en psiquiatría***

Bien pensado, ¿qué avances, en estos doscientos años de psiquiatría médica ha habido?

- -En cuanto a hallazgos biológicos, me viene uno a la cabeza, la enfermedad de Alzheimer. Al haber consenso de una lesión cerebral objetiva ha pasado en el acto a ser tratada como una enfermedad cerebral, no una enfermedad mental y por lo tanto a ser catalogada dentro de los diagnósticos de neurología. Todo y eso, si seguimos rascando, vemos que hay casos de personas que, aun habiendo alteraciones cerebrales post mortem sugerentes de Alzheimer (cuerpos beta-amiloide), en vida nunca manifestaron la clínica. ¿No nos sugiere este ejemplo que hay algo que trasciende a la

materia palpable? ¿Quizá nuestra dimensión simbólica? Siempre me he preguntado, lo cual también es muy visible en la práctica diaria, ¿por qué hay personas de cierta edad que, “casualmente” se “demencian” cuando se quebranta el trayecto, hasta el momento constante, de su vida? Por ejemplo, una jubilación. En estos casos, dado que no se contempla que personas de edad avanzada puedan debutar con cuadros psiquiátricos puros (¿puros quiere decir no biológicos? pero ¿los trastornos mentales no son de causa biológica?), se suele hacer una prueba de imagen que se da como válida cuando el cerebro presenta signos de atrofia. Sin entrar en detalles, se trata de un proceder de nuevo impreciso, ya que la mayor parte de la población anciana puede presentar signos de atrofia en una neuroimagen y, sin embargo, no tener correlato, en absoluto, con su conducta. Una vez más, se sale del paso desprevenido, obviando otras argumentaciones. Aceptando la premisa de la atrofia cerebral como origen de la conducta disfuncional en personas de edad avanzada, ¿por qué causalmente después de tal o cual desencadenante vital?

- -En cuanto a los tratamientos farmacológicos, sí parecen, a corto plazo, ser menos dañinos, aunque a largo plazo y altas dosis, que es lo que muchas veces sucede en condiciones de cronicidad, no parece estar tan claro. Actualmente, se destila la forma depot, que es justificada como un tratamiento “más cómodo” para el paciente (y para el facultativo, sobre todo, que no debe preocuparse más por la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico). Sin embargo, en mi opinión va en detrimento de su autonomía y de su responsabilidad en cuanto a la toma de medicación y sus posibles consecuencias. En definitiva, le hace ser más pasivo. Contrariamente, seguimos administrando fármacos clásicos, algunos incluso con más de cincuenta años, ya que, con el tiempo, los fármacos de primera línea, o incluso las formas depot, pierden su efectividad y es necesario un mayor efecto neuroléptico.
- Otro aspecto sobre los tratamientos que me es llamativo, es la intensa promoción de un procedimiento tan antiguo y controvertido como la terapia electro-convulsiva. Lo que me pregunto es, si en el resto de la medicina se siguen promoviendo las purgas o las sangrías.
- Este aparente estancamiento en el dominio terapéutico, con respecto al resto de especialidades médicas ¿no es un indicio de la obcecación en una diana que no existe? ¿No estaremos confundiendo las causas con las consecuencias? ¿No estaremos tratando de apagar las alarmas en vez de detener el fuego que las activa?
- -Otro aparente avance podría ser el hecho de que actualmente no existan, por lo menos en nuestro ámbito territorial, los manicomios. No obstante, se sigue enviando a la gente, y a edades muy tempranas, tanto a centros residenciales, como a centros de larga estancia. También cabe mencionar la cantidad de personas que están tuteladas de forma crónica, sin que se vuelva a reevaluar la situación, perdiendo, en consecuencia, la mayoría de sus derechos civiles.

Parece claro que estamos tan lejos de una “cura” de la enfermedad mental, como al principio, pero ¿hemos mejorado en ayudar a integrar al loco en la sociedad? ¿No debería ser nuestra prioridad desalienar más que “curar”?

Si ha habido mejoría en la evolución de las “enfermedades mentales”, no me parece que haya sido por el desarrollo de nuevos fármacos, o por el mayor conocimiento biológico de la “enfermedad mental” sino, y a pesar del enfoque actual, porque hay mayor asistencia, lo

cual es posible que se traduzca en mayores oportunidades de deseo, mayor posibilidad en la satisfacción de las necesidades básicas, nuevos posicionamientos interpersonales o mayor presencia en momentos de soledad.

Tomando esta premisa como válida y concluyendo ¿no sería más acertado dedicar el esfuerzo económico y humano no tanto a la generación de nuevas medicaciones, o en ejercer como un dispensador, sino en crear dispositivos más horizontales y, desde un buen principio, personalizar cada situación al máximo, valorar las necesidades de la persona, así como poder abordar lo mejor posible las circunstancias familiares y sociales que la envuelven? ¿No deberíamos asumir nuestras contradicciones y debilidades para poder avanzar en una dirección más próxima a la realidad de cada individuo? ¿No apunta la psiquiatría estar más cerca de las disciplinas humanistas que de las médicas? ¿No refleja, esta terquedad actual, el miedo a enfrentar situaciones que desarmen nuestros sempiternos argumentos? o, más aún, ¿no temeremos, en el fondo, poner en cuestión una posición de reconocimiento o poder? ¿Quizá de comodidad o de ignorancia?

¿Cómo se entendería, si no, aferrarse a argumentaciones, hasta la fecha, tan contradictorias?

Julio Company Ortega

Mollet del Vallès, Barcelona, 29 de septiembre de 2019

## Bibliografía

**Leader, D.:** *¿Qué es la locura?*, D.F. México, Editorial Sextopiso, 2013

**Szasz, T.:** *El mito de la enfermedad mental*, Círculo de lectores, ensayo contemporáneo, 1999

**Lantéri-Laura, G.:** *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Editorial Tricastela, 2000

**Foucault, M.:** *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Argentina, Editorial Fondo de Cultura Económica, 2005

**Winnicott, D.W.:** *Realidad y juego*, Barcelona, Editorial Gedisa, 2013

**Colina, F.:** *Sobre la locura*, Valladolid, Editorial Cuatro, 2013

**Huertas, R.:** *Otra historia para otra psiquiatría*, Barcelona, Editorial Pensodromo 21, 2017

**Matilla, K.:** Carreño, J.: *Lo que tu psiquiatra nunca te dijo*, Barcelona, Editorial Xoroi, 2018

**Schreber, P.:** *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, Madrid, Editorial AEN, 2018

**Peteiro Cartella, J.:** *El autoritarismo científico*, Málaga, Ediciones Miguel Gómez, 2010

VERSIÓ EN CATALÀ

# CONTRADICCIONS DE LA PSIQUIATRIA MÈDICA

## *En la teoria i en la pràctica*

*Julio Company Ortega*

---

### RESUM

Aquest text no tracta d'una nova psiquiatria o d'un manifest de ruptura amb l'abordatge actual dels "trastorns mentals". Més aviat tracta de posar en relleu l'allunyament sistemàtic d'allò genuí de l'individu, per una manera de fer grollera, imprecisa, però alhora implacable, característica de la psiquiatria mèdica imperant. Em qüestiono si aquesta aproximació al patiment existencial no contribueix, ans al contrari, a la cronificació d'aquest patiment en veure's forçat el subjecte a identificar-se, sense opció, a una posició passiva que el situa com "malalt mental". Des de la mirada d'un psiquiatra a l'ús es ressalten contradiccions evidents, tant en la teoria com en la pràctica, i s'esbrina sobre el nucli de l'aferrament, cabut, a les mateixes.

**Paraules clau:** Contradiccions de la psiquiatria mèdica, patiment existencial, cronificació del sofriment, malalt mental.

### RESUMEN

Este texto no trata sobre una nueva psiquiatría o un manifiesto de ruptura con el abordaje actual de los "trastornos mentales". Más bien trata de poner de relieve el alejamiento sistemático de lo genuino del individuo, por un proceder basto, impreciso, pero a la vez implacable, característico de la psiquiatría médica imperante. Me cuestiono si esta aproximación al padecimiento existencial no contribuye, por el contrario, a la cronificación de dicho sufrimiento al verse forzado el sujeto a identificarse, sin opción, a una posición pasiva que lo sitúa como "enfermo mental". Desde la mirada de un psiquiatra al uso se resaltan contradicciones evidentes, tanto en la teoría como en la práctica, y se indaga sobre el núcleo del aferramiento, terco, a las mismas.

**Palabras clave:** Contradicciones de la psiquiatría médica, padecimiento existencial, cronificación del sufrimiento, enfermo mental.

### ABSTRACT

This text is not about a new psychiatry or a manifesto of rupture with the current approach to "mental disorders". Rather, it tries to highlight the systematic departure from the genuineness of the individual, by a course, imprecise procedure, but at the same time implacable, characteristic of the prevailing medical psychiatry.

I wonder if this approach to existential suffering does not contribute on the contrary, to the chronification of said suffering when the subject is forced to identify without option a passive position that places him as "mentally ill". From the perspective of a psychiatrist to the use, obvious contradictions are highlighted both in theory and practice, and the clinging nucleus is investigated stubborn to them.

**Key words:** Contradictions of medical psychiatry, existential suffering, chronification of suffering, mentally ill

## ***1. Descompensació sempre per falta de medicació***

Un dels preceptes més habituals en la pràctica diària en psiquiatria, que apareix en la conversa amb companys o en coordinacions amb altres dispositius, és que la descompensació d'un trastorn mental, s'explica per "falta de medicació". Posaré com a exemple un cas que em va fer pensar, interrogant-me les qüestions més ingènues, però que no he pogut respondre encara. Es tractava d'una coordinació amb un servei concret amb el qual treballàvem i explicaven el cas d'una dona que havia presentat una fase maníaca. Comentaven que era una pacient diagnosticada de trastorn bipolar tipus I i que, en els últims quatre anys, no havia pres la medicació eutimitzant. La conclusió va ser que la descompensació era deguda a l'abandonament de la mateixa.

La pregunta que se'm va presentar ineludible va ser, què la va mantenir estable durant tants anys? Si entrem en la fórmula biologista, és a dir, [lesió cerebral + medicació estabilitzadora], l'única explicació és que el psicofàrmac hagi trigat a metabolitzar quatre anys. Seria comparable aquest cas a un quadre de diabetis o d'hipertensió? Què pensaríem si durant quatre anys deixes una medicació i estàs totalment asimptomàtic?

En aquest punt es presenten altres contradiccions, per exemple, persones amb suposat diagnòstic de malaltia mental greu que estan estables sense medicació o durant períodes llargs, o persones que tot i la medicació crònica es descompensen.

La qüestió és que, si el nostre discurs va encaminat a descriure "malalties mentals cròniques" equiparant-les amb la resta de malalties somàtiques, és a dir, que requereixen d'una medicació contínua i per a tota la vida, com encaixen les anteriors situacions en aquesta equació? Per què en lloc d'obviar aquests fets, pensem en quins factors permeten a la persona estar estable, més enllà dels psicofàrmacs? dit d'una altra manera, quines altres variables són les que fan que una persona romangui "compensada"? Són preguntes que cauen pel seu propi pes, ja que no són casos aïllats, però per què no ens ho parem a pensar? En citaré alguns factors:

- **La càrrega assistencial:** un psiquiatre a l'ús, en règim ambulatori, pot arribar a tenir en la seva agenda de tres-cents a sis-cents pacients. Es tracta d'una càrrega assistencial enorme, ja que no només inclou l'aspecte clínic (visites programades, grups de teràpia, visites o trucades d'urgència), sinó també el burocràtic (derivacions, informes assistencials de diversa índole), el social-jurídic (peritatge en judicis), les coordinacions amb el propi equip o altres dispositius de la xarxa de salut mental, altres reunions de diversa índole, convenis de docència, etc. Al meu entendre aquesta càrrega assistencial condiona totalment el cas que s'està tractant, facilitant respostes grolleres, generalitzades i apartant-se de la singularitat de cada situació.
- **La instrucció psiquiàtrica oficial:** la formació tradicional, sobretot per al psiquiatre, és totalment mèdica, que podria condensar-se en [síntoma + medicació], de manera que, en general, no hi ha noció d'una altra realitat fora del perímetre biologista, així que, l'actitud davant de qualsevol altra explicació, i com davant tot el que desconeixem, sol ser defensiva o evitativa.
- **La comoditat o l'evitació de més estrès:** resulta molt més portable associar la descompensació a falta de medicació, ja que trigues cinc minuts a instruir la persona que tens davant, que indagar en quin factor extern i/o subjectiu ha estat el precipitant de la descompensació, la qual cosa, en canvi, pot comportar diverses visites, és a dir,



mesos, i això en cas que hi hagi una disposició per part de l'interlocutor. Instruir una persona en neurotransmissors i un parell de medicacions amb el precepte que és per a tota la vida es triga molt poc temps. Explorar la dimensió personal, és a dir, la seva posició davant la vida, les seves relacions, les seves fantasies, la seva angoixa nuclear, les seves defenses, les seves suplències, els significants que el designen, les conjuntures de desestabilització, etc., és a dir, indagar en allò genuí de la persona és una cosa complexíssima per al que es requeriria, en canvi, anys.

En aquesta mateixa línia, si es produeix una recuperació o millora sempre es deurà a la medicació, tant si el canvi es produeix immediatament, com si ho fa a mesos vista. Per exemple, durant la meua rotació en la unitat d'aguts en la meua època de resident, observava, de vegades, que l'estabilització clínica es produïa de forma sobtada i ingènuament preguntava quins factors contribuïen al fet que una persona es recuperés als pocs dies d'estar ingressada i, en canvi, una altra trigués fins a quatre setmanes a fer-ho. La resposta sempre era per la introducció de tal o qual pauta farmacològica. La contundència que percebia de la resposta era tal que no gosava qüestionar-la. Quedava en silenci però, en el meu fur intern, pensava com dos aspectes contraris podien tenir la mateixa solució, sense introduir cap variable més.

Sobre l'estabilitat psicopatològica, en general, no és possible que s'estigui exclouent el distanciament amb certs factors desencadenants que el posicionen a un de tal o qual manera, la narrativa del que ha passat, que la mateixa persona elabora amb el temps, l'adquisició o recuperació de suplències o noves relacions que permeten un posicionament subjectiu diferent? Totes aquestes variables, potser menys palpables i difícils d'avaluar, però determinants, no es contempen, o el que és més greu, amb prou feines es té noció d'elles.

Ocorre també que, després d'anys de medicació, la persona que l'abandona es desestabilitza, amb la qual cosa s'infereix, de nou, que es deu a la "falta de medicació". No obstant això, m'assalten altres hipòtesis com, per exemple, no es modularà el cervell, després de dècades de medicació, de manera que es faci depenent a la mateixa? No és possible, també, que la persona després d'anys de constant psicoeducació i subjugada a coordenades com "la medicació és per sempre", "no deixis la medicació o empitjoraràs", o de manera indirecta amb contínues al·lusions a la mateixa, estigui representada per una sèrie de significants, fora dels quals quedi totalment desproveïda d'identitat?

M'agradaria citar, ara, alguns exemples de primeres descompensacions extretes tant de la literatura psiquiàtrica com de la pràctica diària i que, en aquest tenor, em fan pensar què es posa en joc més enllà d'un suposat desequilibri irreversible de neurotransmissors.

-La germana d'una pacient es casa; aquesta última va a viure amb ella; el marit de la germana va a la mili; en aquest període d'absència del marit, la germana té un amant; la pacient, tot i que en contradicció, facilita la relació; en un moment donat, aquesta comença a sentir que el nou amant de la germana se sent atret per ella (la pacient); aquesta es brota quan veu a la germana gran i a l'amant besar-se.

-Paul Schreber, cas clàssic de psicosi, presenta un quadre psicòtic quan li nomenen membre del tribunal d'Apel·lació de Dresden.

-Una mare, que sempre havia somiat amb ser-ho, entra en descompensació psicòtica quan el metge li dona el nen després del part.

- -Una dona, que havia estat sodomitzada des que era petita, en l'adolescència presenta incontinència fecal. Inicia un quadre al·lucinatori greu en el moment en què li reconstrueixen l'esfínter anal.
- -Un investigador que porta dècades treballant en una investigació. Presenta un quadre psicòtic en el moment en què la publica.
- Com s'expliquen tots aquests exemples des d'un punt de vista biològic? ¿Es tracta potser d'un estrès agut que porta a la desorganització de neurotransmissors? ¿Ho podria demostrar per poder afirmar-ho de manera tan contundent? Per exemple, pel que fa a la primera suposició, segurament la persona haurà suportat al llarg de la seva vida situacions de major càrrega emocional així és que, per què ha estat en aquest context concret on ha sortit a escena la psicosi? Per què per una banda ens desentnem de cercar la frontissa que torna cap a la bogeria però, per l'altre, donem una unívoca explicació biològica?
- No funcionem, potser, a partir d'uns paràmetres que determinen la percepció tant del món que ens envolta com de la nostra identitat, podent esdevenir situacions que els facin trontollar?

## ***2. Contrast de la psiquiatria respecte de la resta d'especialitats mèdiques***

Una de les coses que se li exigeix a qualsevol especialitat mèdica, més avui en dia, és la correlació anatomo-clínica. És a dir, la relació entre la clínica i la troballa lesiu causal i les seves seqüeles, no en un sinó en diferents plans: anatòmic (macroscòpic), anatomopatològic / histopatològic (microscòpic) i, actualment, genètic i epigenètic. Aquesta és potser una de les més evidents contradiccions, ja que mai es veurà a un psiquiatre demanar una prova complementària diagnòstica, sinó que, per contra, dirà que la demana per descartar organicitat, però, no havíem quedat que allò psiquiàtric és biològic, després orgànic? Així doncs, assumim que la psiquiatria se sosté en la medicina sense poder explicar cap de les seves "malalties" des d'un punt de vista anatòmic, fisiopatològic ni genètic, és a dir, sense un agent causal?

Al llarg de segle XVII sorgeix a Europa i Amèrica un moviment filosòfic que serà conegut com l'edat de la raó o la il·lustració. Els seus participants volien il·luminar l'intel·lecte humà i la cultura després de la fosca Edat Mitjana. L'interès es va desplaçar cap a l'home i concretament en l'abast de la plenitud a través de la raó, la qual cosa es va anar fent extensible a l'àmbit social, econòmic, polític i científic. En aquest marc, els metges van començar a defugir de les teories generals, obstinant-se a trobar l'agent causal últim de les malalties del cos. Sobre aquest eix, es buscava identificar les malalties naturals de l'home, que havien de complir ser numerables i irreductibles, amb un procés i pronòstic determinat i conseqüents a un agent causal concret. Per exemple, una pneumònia es devia diferenciar d'una apendicitis i aquesta de la gota, ja que les tres tindrien uns signes concrets en diferents ordres: el clínic, l'anatòmic i l'anatomopatològic. Paral·lelament, si es trobava l'agent causal d'una patologia, es definiria un tractament específic per a aquell. Conseqüència d'això, es van descartar, d'una banda, les teories generals i, com a corol·lari, es van rebutjar també les panacees, és a dir, aquells tractaments que servien, en teoria, per a qualsevol tipus de patiment.

La psiquiatria podria aspirar acostar-se a la resta de la medicina si es trobés, per a cada suposada malaltia, un agent causal concret, és a dir, que per corroborar que una persona tingués, suposem, esquizofrènia, trobéssim en sang una substància única i comuna a totes les persones que haguéssim diagnosticat de la mateixa. Podríem anomenar aquesta substància, a manera d'exemple, esquizofreïna, i, si observéssim que a determinats valors per sobre s'iniciés la clínica que associem a aquesta psicosi, i a altres valors per sota remetés, estaríem en condicions d'afirmar que el seu origen és biològic. El mateix per a la malenconia-mania i per a la paranoia. Dit així sembla absurd, reduccionista i propi de la ciència ficció però és el que anhela la psiquiatria mèdica, és a dir, un marcador biològic que delimiti una malaltia d'una altra. Si estem lluny d'assolir aquest punt, molt més ho estem d'assignar una malaltia mental a un determinat gen, la qual cosa, revelant una gesta impossible, s'ha optat per justificar des de la "multi causalitat", el "multifactorial" o el "biopsicosocial", és a dir, tornar, al meu entendre, a constructes generals i teories vagues que no apunten a res en concret. No és una altra contradicció?

Aquest aspecte queda més difuminat, si cap, en el terreny de la neurosi, la qual cosa queda emmascarada amb termes tan comuns, alhora que inespecífics, com són la "depressió", la "distímia" o "trastorn de la personalitat". Sota aquests rètols es pot trobar, en moltes ocasions, des de gent esgotada i en condicions externes molt diverses, persones en dol per pèrdues de diferent índole, conflictes interns reactius a diversos factors d'estrès, fins i tot, símptomes inicials d'un desencadenament psicòtic posterior. Atès que avui en dia s'ha perdut el valor de la causalitat psíquica i s'ha promocionat el diagnòstic ràpid equiparant el símptoma superficial amb l'estructura, ha tingut lloc l'aparició d'una quantitat ingent de diagnòstics superficials d'escàs valor pronòstic i molt menys, que assenyalin un tractament precís.

D'altra banda, el tractament en psiquiatria és el més semblant a una panacea, és a dir, a un remei poc específic que serveix per a moltes coses, la qual cosa és degut a que no hi ha una substància natural sobre la qual actuar. Per exemple, podríem emprar un mateix tractament, posem un "antipsicòtic", per a un cas en què es consideri d'impulsivitat excessiva, per a una situació d'ansietat generalitzada prou invalidant, per a una ideació obsessiva, per simptomatologia psicòtica o per l'insomni pertinaç. També per a algú que advertim "rar". Com a psiquiatres metges, ens quedem tan amples, però què pensaríem si per a la hipertensió, ens pautessin un antidiabètic o l'hormona tiroïdal? No dubtaríem de la seva precisió tant diagnòstica com terapèutica?

També hi ha diferència en l'objectiu últim que persegueixen les especialitats mèdiques respecte de la psiquiatria. La finalitat de les primeres és evitar la mort del subjecte, derivada d'un procés morbós natural i conseqüència directa d'una disfunció orgànica o alleujar el dolor somàtic. La segona, però, intenta controlar la desraó o el patiment existencial. Es tracta de diferents ordres, atès que la mort és una cosa universal i, per exemple, un infart tindrà les mateixes conseqüències aquí que a Groenlàndia, mentre que el sentit d'una conducta o el patiment s'associen a una cultura determinada.

### ***3.Particularitats dels nostres diagnòstics***

S'infereix del que ha estat descrit anteriorment que, si no hi ha un agent causal, el nostre diagnòstic tampoc s'apuntarà a una lesió orgànica específica, com sí ho és, per exemple, un infart de miocardi amb elevació del segment ST, el qual portarà a una intervenció

determinada d'acord amb la lesió descrita. D'acord amb aquesta particularitat, tant el tractament com el pronòstic en psiquiatria es tornen imprecisos. Com veurem més endavant els psicofàrmacs inhibeixen o atenuen la conducta per un efecte depressor del sistema nerviós, però no perquè estiguin esmenant una lesió. Així succeeix, llavors, que sota una mateixa etiqueta diagnòstica respiren individus totalment diferents amb manifestacions clíniques i conductuals tan dispars que res tenen a veure amb el diagnòstic a què queden perpètuament associades. Què tindrà a veure una persona amb una ideació delirant aguda, que va remetre i segueix amb la seva vida en aparença normal ; amb un altre que va decidir silenciar-se per sempre; amb un altre, la desorganització conductual del qual és tal que no pot viure més que en un centre tancat; amb un altre que escolta veus comentadores de tant en tant i que, lluny de espantar-lo, li fan companyia; amb un altre a qui l'atemoreixen de forma constant i vocífera per desfer-se'n? Com és possible que una etiqueta diagnòstica suturi tota aquesta discontinuïtat?

Una altra peculiaritat dels nostres diagnòstics es dona, de vegades, quan advertim estructures que podem considerar com psicòtiques pels símptomes, per la manera de relacionar-se, pel tipus d'ansietat, pel funcionament general, pel pes de certesa de les seves idees, etc. , però vam decidir diagnosticar de "trastorns" qualificats com "llesus" perquè convenim que la persona es manega amb prou normalitat com per no ser diagnosticada amb tal llosa. És a dir, que en moltes ocasions es té en compte l'impacte estigmatitzador i invalidant en molts camps de la seva vida, que sobrevé a l'ésser



diagnosticat d'una malaltia mental. És aquest efecte estigmatitzador comú a la resta d'especialitats mèdiques?

La psiquiatria ha de ser de les poques especialitats mèdiques el manual diagnòstic oficial de la qual canvia radicalment els seus criteris de tant en tant sense que hi hagi una causa natural o biològica que ho justifiqui. Seria com si de cop i volta trobéssim en els manuals diagnòstics de cardiologia que el cor se situa a la dreta sense trobar una explicació per a això. Com si la naturalesa canviés en funció del consens entre un grapat d'experts!

Sobre aquest manual es poden dir moltes coses. En primer lloc, no és sospitós que es parli de "trastorns mentals"? És a dir, pel que fa a la causa de "les malalties mentals", si diem constantment, sense tenir cap dubte, que es tracta d'una disfunció en la quantitat de neurotransmissors en determinades àrees del cervell, per què no qualificar-lo de "malaltia cerebral"? Per què emprar termes tan difusos com "trastorn" i com "mental"? Per què, tenint l'oportunitat de condensar tanta (e) vidència, en el moment de la veritat prenem termes tan poc biològics com "trastorn", que s'allunya de la lesió i per tant d'allò mèdic, i "mental", que sí, en canvi, és un terme més comú en el terreny de la psicologia, l'antropologia, la literatura i altres ciències humanistes? Es tracta d'un cop de volant desesperat per evitar una col·lisió mortal.

El DSM defineix el trastorn en termes de comportament, amb la qual cosa es produeix una disseminació de la patologia. Per exemple, en comptes de considerar la timidesa i el nerviosisme com a símptomes d'una categoria clínica subjacent per descobrir, aquests es converteixen en una categoria en si mateixa, la fòbia social. La idea de causalitat psíquica complexa o vida interior desapareix, per definir-se com acausal i atèdic. I, no torna a ser una contradicció romandre en el terreny mèdic i erigir-te sense causa biològica alguna per justificar un diagnòstic? S'ensorra la diferència entre el símptoma i l'estructura. Qualsevol pot tenir un tic, una fòbia, un desordre alimentari, una obsessió, però hauríem d'estudiar quin lloc ocupa això en la vida de l'individu. Es dona validesa a la part pel tot, per exemple, una conducta obsessiva et converteix en un neuròtic obsessiu; una conducta histèrica en un histèric. S'esborra, en definitiva, la diferència entre allò superficial i allò profund, amb la qual cosa cada vegada es generen més categories clíniques facilitant que cada aspecte de la condició humana pugui convertir-se en un trastorn. Sembla que, com més lleugers siguin els criteris diagnòstics, major sector de la població abastarà i més facilitat sigui diagnosticar i tractar una conducta.

Una altra característica destacable és que, de vegades, es forcen diagnòstics per a diferents finalitats com, per exemple, per buscar recursos socials, per introduir la persona en protocols que assegurin un major seguiment i adherència o per complir amb programes específics, ja que si no s'arriba a un mínim de determinades etiquetes diagnòstiques no et financen o et penalitzen. Per exemple, en un determinat CSMA han d'arribar a un 33% de diagnòstics TMS (trastorn mental sever) a final de cada any o, si no, penalitzen amb una sanció econòmica. L'usuari s'ha d'adaptar al dispositiu i no a l'inrevés. Hauria de ser així si ens regíssim per lleis de la natura? Operem des d'allò biològic i, no obstant això, en la nostra pràctica clínica mai sol·licitem una sola prova biològica diagnòstica. No és això una cosa qüestionable? Tot gira al voltant d'aquesta teoria, justificant així el tractament psicofarmacològic i l'aferrament a la mateixa de forma crònica, desconeixent, contradictòriament, la qualitat i la quantitat de receptors / neurotransmissors del pacient que tinc davant. Mai es basarà en alguna cosa real que jo li pugui mostrar a aquesta persona, sinó que es crearà un discurs sobre un imaginari que tant ell com jo hem d'acceptar.

Llavors, la qüestió és, ens són d'utilitat els diagnòstics si no serveixen per precisar, des d'un punt de vista estrictament biològic, una prova diagnòstica, una lesió específica, un pronòstic o concretar un tractament específic? Quina diferència hi ha, des del periscopi positivista, entre una paranoia, una reacció psicòtica breu, una psicosi cíclica, un estat confusional o una psicosi tòxica? Com s'explica des de la teoria dels neurotransmissors tal diferència? Quina diferència hi ha des d'aquesta òptica entre una idea obsessiva, un ideació deliroide, una idea delirant transitòria, una creença superficial, una convicció profunda, una ruminació o una preocupació? No apunta aquesta imprecisió biològica a un intent forçat de delimitar el que és subjectiu?

En relació a aquest apartat, hi ha un fenomen molt difícil de superar que resulta de diagnosticar una malaltia mental. Des d'aquest moment, tota manifestació de malestar és sospitosa de principi de descompensació i, com a reacció habitual del facultatiu, reajustarà la pauta farmacològica. És com si s'establís un sentit unívoc i inqüestionable, que parteix d'una idea inamovible i que segurament estarà avivat per diversos condicionants, com ara:

**-L'escàs temps.** Passa que, per abordar una situació que potser requeriria de dies per poder-se aclarir i donar el marge necessari perquè la persona posés paraules al seu malestar, el facultatiu, per contra, es veu impel·lit a donar resposta a quinze o trenta minuts cada tants mesos.

**-L'espai.** Aquesta situació està encara en un lloc que té la mateixa conformació que qualsevol altra especialitat mèdica, és a dir, que la persona queda posicionada com una malalta o passiva davant el seu patiment. És similar el seguiment d'una anèmia que el d'un estat mental amb tots els seus condicionants? No ens obliga aquesta posició a valorar el problema en termes absoluts i, per tant, en donar una resposta generalitzada, i no de forma relativa, és a dir, tenint en compte el context en què es desenvolupen els esdeveniments?

**-La pressió.** Aquesta es veu facilitada al no poder supervisar la situació amb més continuïtat, la qual cosa està condicionada, alhora, per la càrrega burocràtica i clínica dels centenars de pacients agendats. El pitjor d'això, no és la càrrega assistencial en si, sinó que, molta d'aquesta, s'allunya del que, suposadament hauríem de fer-nos càrrec, és a dir estats mentals "patològics". S'acaba acollint tota forma de malestar social, per exemple, gent desocupada; immigrants sense papers que, d'una banda, se'ls acull però que, als divuit anys, se'ls tira al carrer sense moltes explicacions; persones sense possibilitat de recursos socials que s'acullen a "la malaltia mental" com a última sortida, etc. . No és tant el fet de no voler donar sortida a tota aquesta barreja de malestar, que no es pot i que acaba per congestionar les nostres consultes, tornant-les inoperants, sinó que dona la sensació que s'emascara la insuficient resposta social i política amb la malaltia mental. Per exemple, no és que no hi hagi recursos per ajudar a una persona que ha d'exercir de cuidadora principal dels seus pares malalts i dement, que, a més, manté, amb el seu únic sou, a la seva família ja que al seu marit l'han fet fora de la seva empresa amb cinquanta i un anys i no troba feina a la seva edat, i estigui lògicament esgotada, sinó que té un "trastorn adaptatiu mixt". És a dir, que, donant la volta a la truita, és la persona que, suposadament, per les seves qualitats psíquiques o genètiques no dona la resposta suficient a una situació, ja de per sí impossible, i no és capaç de adaptar-se. No serem còmplices, amb el nostre procedir, d'una societat desequilibrada? Serveix d'alguna cosa aquest diagnòstic per a aquesta persona o per al psiquiatre que ha de codificar-la?

**-El constrenyiment exercit per l'entorn.** Persones al voltant de la persona diagnosticada,

que normalment han estat psico-educades amb la visió unívoca de la "malaltia mental", s'alerten per una imminent descompensació quan detecten determinats signes. Es dona en ocasions que una clínica determinada és tolerada tant pel pacient com pel facultatiu, però, la situació canvia quan aquesta entra en confrontació amb més persones o en convivència. Es pot donar el cas que, davant aquesta mateixa clínica, en un cas es pugui suportar i en un altre cas s'hagi de procedir a un ingrés per la tensió que va generant. Passa que aquest factor agreujant, en la majoria de casos, passa desapercebut, i, no obstant això, al meu entendre, contribueix a fixar el símptoma i així afavorir la cronicitat.

Aquests són només alguns dels factors condicionants als quals el "professional" en psiquiatria queda sotmès, i, en conseqüència, empès, més que a donar una resposta meditada i particular, a descomprimir a ultrança aquesta tensió generada per factors que fins i tot no tenen a veure amb aquesta situació de suposada descompensació. En tot cas, la intervenció passarà per medicar o derivar. Aquest tipus d'accions, amb el temps, no van silenciament al subjecte que pateix aquests símptomes? No el va arrossegant inexorablement a la posició de malalt? No es va cronificant també el facultatiu? Aquest facultatiu, no va a abandonant, amb el temps, altres maneres de pensar la situació i, per tant, d'oferir un altre tipus de resposta?

Dona la sensació que no hi hagi noció que determinats patiments tenen un determinat ritme i requereixen, potser, d'un acompanyament només però que, en cap cas, remetent a una "malaltia" o suposada descompensació de la mateixa. Atès que només hi ha un sentit al malestar, només pot haver-hi una resposta o solució a aquest i, tant el pacient com el facultatiu, queden llavors atrapats pel mateix axioma.

Em pregunto si l'actual procedir de la psiquiatria mèdica, no fa més que reforçar, una i altra vegada, la "malaltia", donant un sentit patològic a processos que, potser amb una relació de confiança i acompanyament suficient, es poden anar temperant. Em pregunto, també, si aquesta manera de fer, des del principi i durant anys, no coarta altres possibles sortides a aquest patiment i s'empobreix amb el temps un jo amb altres possibilitats d'identificació. No hi ha una part del subjecte que es va ofegant i una altra, per contra, es veu forçada a agafar-se al flotador únic de la "malaltia"? No és possible que aquesta manera de fer, amb el temps suficient, debiliti a un individu que ha de resignar-se a respostes úniques i implacables?

#### ***4. Sobre els nostres tractaments***

Normalment, en la medicina primer es fa una investigació exhaustiva, per exemple, es busca un marcador, una proteïna, un enzim, una molècula i després es fa un fàrmac a mida. És a dir, que es fa una clau per obrir una porta determinada. En psiquiatria, per contra, es va validar una clau en concret i es va fer la porta a mida.

En el cas dels fàrmacs antipsicòtics sembla ser que van ser descobertes casuals i sense relació amb alguna alteració fisiopatològica. Per exemple, la clorpromazina s'utilitzava com a tranquil·litzant en l'anestèsia; la reserpina per tractar la hipertensió; la iproniazida per tractar la tuberculosi; l'urat de liti per sedar cobais abans d'experimentar amb elles. El que va succeir és que aquestes qualitats narcòtiques es van promocionar i es van equiparar a la retòrica de "cura" i "tractament". Van passar de ser "subjeccions químiques" a "cures de precisió", per part de campanyes de màrqueting de determinades corporacions.

Els efectes que es van apreciar després de la presa d'aquestes substàncies van servir per reforçar l'armadura mèdica. Un dels efectes més comuns que produeixen, i que es va advertir llavors, és la indiferència davant del que els envoltava. Actuaven com "una camisa de força química". Cal ressaltar que neurolèptic significa, literalment, substància que lliga o deté el sistema nerviós. Es dedueix doncs que, aquesta substància reduïa l'activitat cerebral en totes les seves facetes. Això va permetre que passés de ser un tranquil·litzant o supressor del sistema nerviós a un "antipsicòtic", és a dir, a actuar en el procés químic, és clar, de la psicosi i revertir-ho.

Significa que qui respon a aquesta substància reduint la impulsivitat, l'ansietat, o l'insomni, és un psicòtic? Es tracta llavors d'un antipsicòtic o és més lògic definir-lo com neurolèptic? Serveixi com a anècdota obtinguda de la pràctica diària, comentaré, que no es considera vàlid el resultat d'un test d'intel·ligència d'una persona que prengui de forma crònica psicofàrmacs, ja que es considera que aquestes substàncies entorpeixen el rendiment psíquic general. No dibuixa aquest exemple més a un neurolèptic que a un antipsicòtic de precisió? Atribuir el paper de la conducta humana als neurotransmissors seria com atribuir l'existència de la literatura a la tinta de la ploma o dir que parlem gràcies a la boca, sense contemplar les baules que precedeixen a la conseqüència final. Necessàriament es requereix d'un suport material o biològic, però d'aquest no s'infereix la conducta manifesta.

Així mateix, els intents d'abordatge a partir de segons quins models psicològics poden ser igualment alienants. Partint que el diagnòstic en salut mental és un constructe teòric de valor parcial i no absolut, és a dir, que va variant segons el moment històric o el context mèdic en què es troba el subjecte, valgui com a exemple l'homosexualitat, i no de la troballa de una substància universal, es tractarà un determinat patiment amb idees generals d'acord a aquesta construcció, allunyant-se, en conseqüència, del que és genuí de la persona que el pateix. Aquestes intervencions estarien en la mateixa línia que anteriorment comentàvem, que no seria altra que la de crear una potent matriu on el pacient es veuria impel·lit a identificar-se.

### ***5.L'herència de la "malaltia mental"***

Un altre dels capítols on la psiquiatria mèdica es torna borrosa, en el seu intent d'aproximar-se a la medicina, és sobre el tema de la "herència genètica" de la "malaltia mental". Constantment s'escolta que hi ha un clar component hereditari, però no hi ha prou proves genètiques per confirmar-ho o que hi ha un clar component hereditari, però també hi ha casos inaugurals de malaltia. No és això últim alguna cosa contradictòria o que, almenys, hauria de motivar-nos a posar la nostra atenció a aquests últims casos i no els primers? Com es pot explicar un mateix fet des de dos punts de partida contraris i dir-ne evidència? Els eslògans en l'àmbit de la psiquiatria solen dibuixar el trajecte d'una estrella fugaç: amb gran intensitat al principi, però esvaint-se ràpidament. S'inicia un article parlant d'una evidència irrefutable i dues línies després es rectifica. És equiparable la psiquiatria amb l'evidència d'una ciència pura com la física o les matemàtiques? Es pot traslladar la subjectivitat humana, amb proves antropomètriques, ja que no disposem d'analítiques ni proves d'imatge, a la ciència? No ens arrisquem a caure en un reduccionisme extrem i alienant? Un aspecte que em crida l'atenció en aquest mateix capítol és que sempre es parla de gens, que s'activen i es desactiven, com patró mendelià, però s'obvia que el creixement psíquic i fins i tot cerebral es construeix per mitjà del seu



entorn, a les primeres etapes de la vida. Des d'un punt de vista biològic exclusivament, sembla que hi ha certes condicions que faciliten l'alliberament de factors neurotròfics, així com la quantitat i qualitat de connexions neuronals en les primeres etapes de la vida i, en canvi, altres situacions que ho obstaculitzen, segons, per exemple, estudis realitzats per laboratoris particulars, no subvencionats per certes indústries. En comparació amb el que succeeix amb els éssers humans, la conducta d'aquests en el seu hàbitat natural no requereix de cap aprenentatge i està adherida filogenèticament als membres d'una espècie, és a dir, que es posa en marxa per instint. Per exemple, neixen i ningú els ensenya a caminar, comunicar-se, a menjar, a identificar als seus depredadors, etc., sinó que és una cosa, que es desplega automàticament a cada membre de l'espècie, sense excepció. És a dir, aquestes conductes tenen la seva causa en la naturalesa mateixa, són innates.

Aquest desplegament, en canvi, en l'ésser humà no és una cosa natural, sinó fruit de la cultura, i, per tant, han de ser conductes inherents a un moment històric, a una comunitat, a una unitat familiar amb idiosincràsia pròpia, i, per consegüent, adquirides. No són les primeres etapes de la vida crucials per a la formació del camp simbòlic, el llenguatge i, com a conseqüència d'aquest, advindrem dissemblants respecte dels altres membres de la nostra espècie?

A la pràctica clínica, tot i que no és una cosa generalitzable, sembla més lògic entendre l'estat mental d'una persona per la seva biografia o la seva explicació subjectiva dels seus esdeveniments vitals que atribuint-ho a una activació o desactivació capritxosa d'una sèrie de gens, la qual cosa, en última instància, serà una mica imaginari i inaccessible tant per al facultatiu com per a la persona que tenim davant. És equivalent que en les primeres etapes de la vida hi hagi una trobada harmònica amb els nostres cuidadors o, com diria Winnicott, "una mare prou bona", que una situació d'abandonament o de negligència? Què entenem per "predisposició genètica" exactament? Això últim, es predica constantment com un mantra, però resulta difícil d'explicar de manera lògica i desgranant els esdeveniments des del gen fins a una conducta determinada. Per què sona jocós plantejar un equivalent psiquiàtric en els animals i en canvi és una mica més raonable per a la resta d'especialitats mèdiques? No seran les manifestacions psiquiàtriques conseqüència de les particularitats i del desenvolupament del nostre camp simbòlic en interacció amb les circumstàncies de l'entorn? No parlaran aquestes manifestacions de la nostra pròpia naturalesa, el llenguatge, més que de el suport biològic del mateix? Igualment, la "malaltia mental" és quelcom aïllat a l'entorn que l'envolta o el seu curs es pot veure modulats per la interacció amb aquest? No hauríem de posar l'èmfasi en entendre, a més de les persones que pateixen "malaltia mental" i tenen antecedents familiars diagnosticats, a les que, per contra, no els tenen? Per què sembla que des del científicisme hi ha certa inclinació a anul·lar una posició activa del subjecte enfront del seu patiment?

## ***6. Crònics o cronificats?***

Quan en els nostres dispositius es parla que algú és "un crònic", hi ha cert albir d'empobriment o de deteriorament al llarg del temps. Des de la visió neo-kraepeliana actual, es podria entendre tal procés assumint que la mateixa "malaltia" (precoç) comporta un (suposat) deteriorament biològic i, per tant, un menyscabament de tots els rendiments psíquics. No obstant això, em resulta inacceptable passar per alt els aspectes comentats fins al moment.



La teoria mèdica de la "malaltia mental" es basa encara en un supòsit, no una cosa en el que hi hagi un consens unànime, ja que, si fos així, hauria estat transferida als dominis de la neurologia, la qual cosa, d'altra banda, sí que ha succeït amb la demència senil o malaltia d'Alzheimer. Sent això encara així, com és possible que es transmeti amb tanta determinació aquesta concepció sense tenir, tan sols, algun dubte? Si els diagnòstics no ens serveixen per assenyalar una lesió, un tractament ni un pronòstic concrets, és lícit psico-educar la persona proporcionant un sentit únic al seu patir? Li és útil a la persona o al facultatiu? És possible que tingui una repercussió negativa a llarg termini o que estigui coartant possibilitats de millora? I, és possible, a més, que la mateixa medicació a llarg termini afavoreixi el deteriorament cerebral?

Tot i la debilitat explicativa de la "malaltia mental" des de l'òptica mèdica, els dispositius institucionals estan disposats en funció de les coordenades. Donant per vàlida aquesta perspectiva, per a què es necessita veure el pacient? Tot seguit del diagnòstic, es desplega de forma automàtica un panòptic de què l'usuari, en contínua inspecció, ja no pot escapar, aquest queda marcat i la seva subjectivitat invalidada en pro d'un fals self generalitzat fruit de la psicoeducació. Un no és conscient de quant desconeix la persona que té davant, fins que fa números. Si la mitjana de visites en un centre de salut mental corrent és d'un cop cada tres mesos i cada visita, sent generosos, és de trenta minuts (en alguns dispositius pot ser fins i tot la meitat de temps), estariem assistint-lo voltant de dues hores a l'any. Repeteixo, dues hores a l'any.

La pregunta inevitable és: [puc ajudar a algú] que ha caigut pel forat de la psicosi [dedicant-li dues hores a l'any]? Suposant que en aquest centre es filtra els casos més complexos i greus pel que fa a salut mental, és el temps adequat que he de dedicar? Puc amb aquest temps, mínimament, conèixer la seva realitat interna i externa? Des de qualsevol altra òptica és un temps ridícul, sense parlar del condicionament que origina l'espai o les indumentàries semblants a quan ens han de valorar treure'ns uns punts, però, des de la (im)postura oficial és temps més que suficient. Des d'aquest enfocament, els fàrmacs cobraran un valor imprescindible, ja que l'única manera d'actuació sobre aquesta persona no és mitjançant la construcció d'una relació transferencial particular, la reflexió conjunta, el qüestionament o l'abordatge d'unes necessitats concretes, sinó mitjançant una submissió disciplinària del cos i de les seves emocions, amb fàrmacs i psicoeducació. Com ja hem explicat abans, cal tenir en compte, a més, que el facultatiu ambulatori té la seva agenda col·lapsada, amb la qual cosa, la possibilitat d'escapar de la fatiga i la tensió, és improbable, reduint-ne indefectiblement la capacitat de reflexió, qüestionament o possibilitat de particularitzar el cas. Així doncs, la resposta des de la institució, generalista, inflexible i defensiva, està, amb molta probabilitat, assegurada.

Un altre punt interessant és el tema dels dispositius suposadament més horitzontals, com són els clubs socials o els centres de dia. Sempre m'ha cridat poderosament l'atenció, que espais la finalitat dels quals respon a la inserció social, la rehabilitació o la integració, rebin el mateix nom que aquells altres als quals ens destinen quan som improductius socialment, dements o un destorb. Per exemple, els centres de dia de gent gran. Una altra contradicció que em suscita és que la majoria de vegades, la persona s'inicia en aquests centres després de dos i tres dècades d'institució mèdica i no, curiosament, des del principi. No s'infereix del nom la seva veritable finalitat? Es busca realment després de la derivació a aquests dispositius reorganitzar el projecte de vida de la persona i un qüestionament conjunt de la seva situació particular, així com un ànim de prosperitat?

Després de subratllar aquests punts, no és possible que participem, d'alguna manera, en aquest procés degeneratiu si des del principi tornem com a única imatge la de "malalt mental" a la qual empenyem a la persona a aferrar-s'hi? Si afegim, a més, que durant anys la presa de medicació és crònica, i, en alguns casos progressiva, amb l'impacte físic implícit que comporta, no contribuirà al seu empobriment i inhibició progressives? És a dir, a la cronificació? No s'instauraria un procés deleteri semblant en una persona que es resigna a donar voltes en cercle sense possibilitat d'altres al·licients, expectatives o possibilitats d'identificació? ¿No és immanent a la "cronificació" la resignació i la desesperança? Si considerem la psicosi com un enfonsament dramàtic de les identifications que fins al moment sustentaven a l'individu, no seria més adequat fer possible com més identifications i des del principi, millor, en comptes de dedicar-lo a protocols, test i programes de psicoeducació? No desanimem, amb la nostra manera d'aproximar-nos, al subjecte que hi ha darrere dels símptomes? La pregunta doncs, seria: són "crònics" o "cronificats"?

## ***7. Avanços en psiquiatria***

Ben pensat, quins avenços, en aquests dos-cents anys de psiquiatria mèdica hi han hagut?

-Quant a troballes biològiques, em ve una al cap, la malaltia d'Alzheimer. A l'haver consens d'una lesió cerebral objectiva, ha passat a l'acte a ser tractada com una malaltia cerebral,

no una malaltia mental i, per tant, a ser catalogada dins dels diagnòstics de neurologia. Tot i això, si seguim rasant, veiem que hi ha casos de persones que, tot i haver alteracions cerebrals post mortem suggerents d'Alzheimer (cossos beta-amiloide), en vida mai van manifestar la clínica. No ens suggereix aquest exemple que hi ha alguna cosa que transcendeix a la matèria palpable? Potser la nostra dimensió simbòlica? Sempre m'he preguntat, la qual cosa també és molt visible en la pràctica diària, per què hi ha persones de certa edat que, "casualment" es "demencien" quan es trenca el trajecte, fins al moment constant, de la seva vida? Per exemple, una jubilació. En aquests casos, atès que no es contempla que persones d'edat avançada puguin debutar amb quadres psiquiàtrics purs (purs vol dir no biològics? Però els trastorns mentals no són de causa biològica?), se sol fer una prova d'imatge que es dona com a vàlida quan el cervell presenta signes d'atròfia. Sense entrar en detalls, es tracta d'un procedir de nou imprecís, ja que la major part de la població anciana pot presentar signes d'atròfia en una neuroimatge i, en canvi, no tenir correlat, en absolut, amb la seva conducta. Un cop més, se surt del pas desprevingut, obviant altres argumentacions. Acceptant la premissa de l'atròfia cerebral com a origen de la conducta disfuncional en persones d'edat avançada, per què causalment després de tal o qual desencadenant vital?

- Quant als tractaments farmacològics, sí que semblen, a curt termini, ser menys nocius, encara que a llarg termini i altes dosis, que és el que moltes vegades passa en condicions de cronicitat, no sembla estar tan clar. Actualment, es destil·la la forma depot, que és justificada com un tractament "més còmode" per al pacient (i per al facultatiu, sobretot, que no ha de preocupar-se més per l'adherència del pacient al tractament farmacològic). No obstant això, al meu entendre va en detriment de la seva autonomia i de la seva responsabilitat pel que fa a la presa de medicació i les seves possibles conseqüències. En definitiva, el fa ser més passiu. Contràriament, seguim administrant fàrmacs clàssics, alguns fins i tot amb més de cinquanta anys, ja que, amb el temps, els fàrmacs de primera línia, o fins i tot les formes depot, perden la seva efectivitat i cal un major efecte neurolèptic.

Un altre aspecte sobre els tractaments que em crida l'atenció, és la intensa promoció d'un procediment tan antic i controvertit com la teràpia electro-convulsiva. El que em pregunto és si en la resta de la medicina se segueixen promovent les purgues o les sagnies.

Aquest aparent estancament en el domini terapèutic, pel que fa a la resta d'especialitats mèdiques, no és un indicatiu de l'obcecació en una diana que no existeix? No estarem confonent les causes amb les conseqüències? No estarem tractant d'apagar les alarmes en comptes d'aturar el foc que les activa?

- Un altre aparent avanç podria ser el fet que actualment no hi hagin, almenys en el nostre àmbit territorial, els manicomis. No obstant això, se segueix enviant a la gent, i a edats molt primerenques, tant a centres residencials, com a centres de llarga estada. També cal esmentar la quantitat de persones que estan tutelades de manera crònica, sense que es torni a re-avaluar la situació, perdent, en conseqüència, la majoria dels seus drets civils.

Sembla clar que estem tan lluny d'una "cura" de la malaltia mental, com al començament, però hem millorat en ajudar a integrar el boig a la societat? No hauria de ser la nostra prioritat desalienar més que "curar"?

Si hi ha hagut millora en l'evolució de les "malalties mentals", no em sembla que hagi estat pel desenvolupament de nous fàrmacs, o pel major coneixement biològic de la "malaltia mental" sinó, i malgrat l'enfocament actual, perquè hi ha major assistència, la

qual cosa és possible que es tradueixi en majors oportunitats de desig, major possibilitat en la satisfacció de les necessitats bàsiques, nous posicionaments interpersonals o major presència en moments de soledat.

Prenent aquesta premissa com a vàlida i concloent, no seria més encertat dedicar l'esforç econòmic i humà no tant a la generació de noves medicacions, o en exercir com un dispensador, sinó en crear dispositius més horitzontals i, des d'un bon principi, personalitzar cada situació al màxim, valorar les necessitats de la persona, així com poder abordar el millor possible les circumstàncies familiars i socials que l'envolten? No hauríem d'assumir les nostres contradiccions i debilitats per poder avançar en una direcció més pròxima a la realitat de cada individu? No apunta la psiquiatria estar més a prop de les disciplines humanistes que de les mèdiques? No reflecteix, aquesta tossuderia actual, la por a enfrontar situacions que desarmin els nostres sempiterns arguments? o, més encara, no temerem, en el fons, posar en qüestió una posició de reconeixement o poder? Potser de comoditat o d'ignorància?

Com s'entendria, si no, aferrar-se a argumentacions, fins a la data, tan contradictòries?

Julio Company Ortega

Mollet de Vallès, Barcelona, 29 de setembre de 2019

## Bibliografía

**Leader, D.:** *¿Qué es la locura?*, D.F. México, Editorial Sextopiso, 2013

**Szasz, T.:** *El mito de la enfermedad mental*, Círculo de lectores, ensayo contemporáneo, 1999

**Lantéri-Laura, G.:** *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Editorial Tricastela, 2000

**Foucault, M.:** *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Argentina, Editorial Fondo de Cultura Económica, 2005

**Winnicott, D.W.:** *Realidad y juego*, Barcelona, Editorial Gedisa, 2013

**Colina, F.:** *Sobre la locura*, Valladolid, Editorial Cuatro, 2013

**Huertas, R.:** *Otra historia para otra psiquiatría*, Barcelona, Editorial Pensodromo 21, 2017

**Matilla, K.:** Carreño, J.: *Lo que tu psiquiatra nunca te dijo*, Barcelona, Editorial Xoroi, 2018

**Schreber, P.:** *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, Madrid, Editorial AEN, 2018

**Peteiro Cartella, J.:** *El autoritarismo científico*, Málaga, Ediciones Miguel Gómez, 2010

# MÉS ENLLÀ DEL BINARISME DE GÈNERE; VERS LA FLUÏDESA

***Concepció Garriga Setó, psicoterapeuta relacional, membre de la “Sociedad Fórum de psicoterapia psicoanalítica” de Madrid de la International Association for Relational Psychotherapy and Psychoanalysis (IARPP) i de la associació EMDR.***

*concepgarriga@gmail.com; www.concepciogarriga.com*

---

## **RESUM**

Aquest article es fonamenta en nombrosos treballs d'un ampli espectre de disciplines (psicoanàlisi, psicologia social, sexologia, biologia,...) per acabar proposant que, com a societat, caminem cap a la fluïdesa de gènere i cap als valors emancipadors de les democràcies més avançades. Veurem com les diferents possibilitats de posicions de gènere i d'orientació sexual ens van apropant cap a la igualtat, que està previst que s'assoleixi entre d'aquí a 80 anys i a 400 en funció del nivell de desenvolupament actual.

**Paraules clau:** Fluïdesa de gènere, orientació sexual, posicions de gènere??.

## **RESUMEN**

Este artículo se fundamenta en numerosos trabajos de un amplio espectro de disciplinas (psicoanálisis, psicología social, sexología, biología, ...) para terminar proponiendo que, como sociedad, caminamos hacia la fluidez de género y hacia los valores emancipadores de las democracias más avanzadas. Veremos como las diferentes posibilidades de posiciones de género y de orientación sexual nos van acercando hacia la igualdad, que está previsto que se alcance entre dentro de 80 años y 400 en función del nivel de desarrollo actual.

**Palabras clave:** Fluidez de género, orientación sexual, posiciones de género??.

## **ABSTRACT**

This paper is based on numerous works from a wide spectrum of disciplines (psychoanalysis, social psychology, sexology, biology, ...) to end by proposing that, as a society, we are moving towards gender fluidity and towards the emancipatory values of the most advanced democracies. We will see how the different possibilities of gender positions and sexual orientation bring us closer to equality, which is expected to be reached between 80 and 400 years from now, depending on the current level of development.

**Key words:** Gender fluidity, sexual orientation, gender positions??.

Aquest principi de segle ha suposat una autèntica eclosió de posicions de gènere i d'opcions sexuals. Moltes persones fugen del binarisme normatiu per situar-se en alguna posició singular dins el continu home-dona. I per trobar la pròpia forma d'expressió dels desigs i dels afectes.

Al llarg del segle passat es va produir un canvi de paradigma: vam passar del gènere com a conseqüència psíquica de l'anatomia (Freud, 1932), al gènere com a construcció social (de Beauvoir, 1949, Money, 1975) per arribar, al segle XXI, a la comprensió del gènere com un entramat multifactorial: relació, cos, ment, social (Corbett et al., 2014), cosa que, com diu també Corbett, permet a les persones sentir que hi ha latitud, que no s'han de constrènyer als estrets marges del gènere normatiu.

### a.Freud

Partint de la idea de la supremacia del penis i del menyspreu del clítoris, Freud va dir que la dona havia de reconèixer la superioritat de l'home i la seva pròpia inferioritat i que havia d'adoptar el que ell anomenava l'actitud femenina normal: passivitat, masoquisme, docilitat i dependència. Això no va escandalitzar gaire, a la primera meitat del segle passat, perquè era la manera com s'educaven els homes i les dones, però avui no estem gens d'acord amb aquestes afirmacions.

Freud va reblar el clau de la dominació masculina afirmant que **la reproducció ha estat confiada a l'agressió de l'home, independentment del consentiment de la dona** (p. 3176) d'aquesta manera donava legitimitat a la violació, paradigma de la dominació.

Freud (1937) va acabar arribant al **repudi de la feminitat**, convertint una diferència biològica en una desigualtat jeràrquica: un superior valoritzat i una inferior objecta: el gènere normatiu dins les organitzacions socials patriarcales.

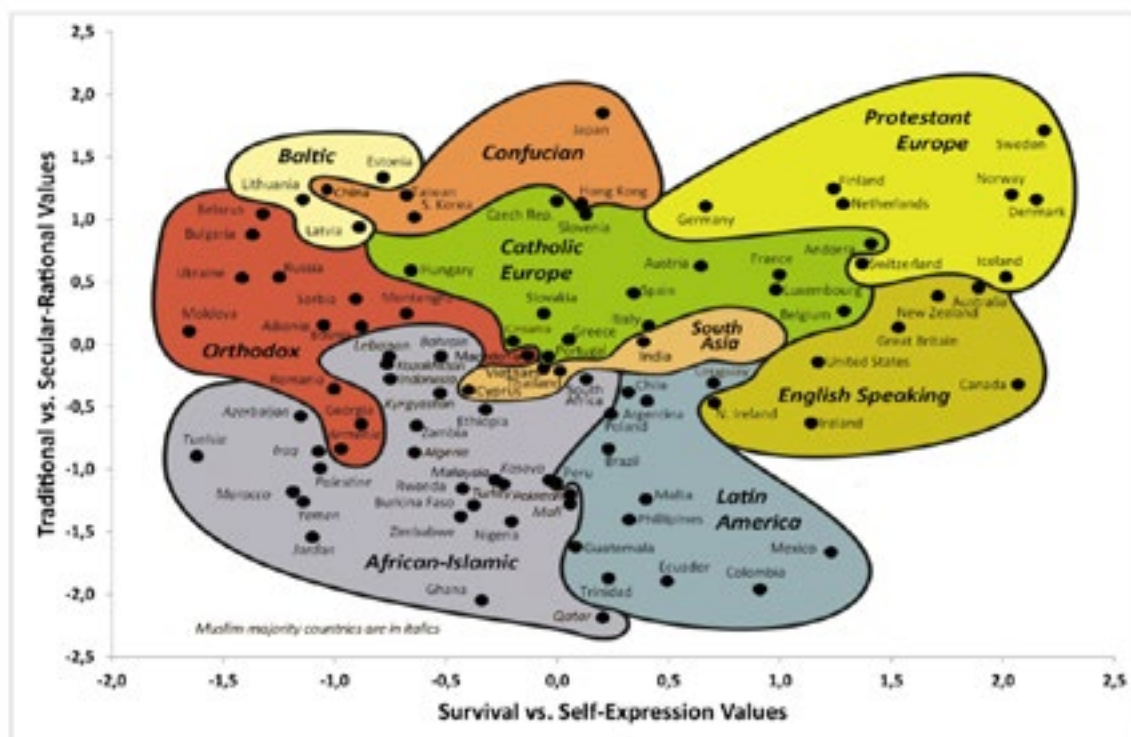
Un estat és patriarcal en la mesura que no combat la violació ni el feminicidi amb el dret; els considera crims menors. I d'aquesta manera perpetua la concentració de tots els poders en mans dels homes (Segato, 2016). Per això l'onada d'indignació davant la violència del "ramat" i la "inclemència" de la justícia va ser tan gran, perquè ens deia a la cara: encara que estiguem en democràcia nosaltres seguim dominant. Aquest és el missatge social que emana de la violència sexual. Ensenya que qui té el poder són: els militars i policies, l'església, els homes alfa,...

### b.Modernització, canvi cultural i democràcia

L'evolució de la societat al llarg de la segona meitat del segle passat, sortint de la postguerra i la dictadura, amb la industrialització i el desenvolupament econòmic, va propiciar uns canvis culturals que la gent del WVS (Inglehart & Welzel, 2006) ha descrit com a evolució dels valors, des dels **tradicionals** (religiositat, respecte a l'autoritat, obediència i matrimoni) i de **supervivència** (prioritat a la seguretat davant la llibertat, no participació política, desconfiança en el que ve de fora, no acceptació de l'homosexualitat, un sentit feble de felicitat), cap als valors **secular-racionals**, participant en organitzacions cíviques i polítiques com els partits, el moviment feminista,... La modernització de la societat en post-industrial i en societat del coneixement, va anar donant lloc a que els valors **d'auto expressió** anessin substituïnt els tradicionals i que les persones assolissin un sentit **d'apoderament subjectiu agent** que propicia els **valors emancipadors** consistents en: llibertat en l'estil de vida, igualtat de gènere, autonomia personal i la veu del poble. Els



**valors emancipadors** generen llibertats individuals i desigs de democràcia liberal crítica, el màxim exponent dels quals són els països nòrdics, amb Suècia al capdavant.



Fins aquí encara estem definint el gènere binari com una construcció social. Certament la democratització de la societat, en el sentit d'igualtat que proclama la declaració dels Drets Humans, va fer molta feina generant igualtat d'oportunitats. Malgrat això, els tics autoritaris d'algunes societats (Espanya i Mèxic, per ex.) i la proliferació d'organitzacions feixistes ens ensenyen la resistència del patriarcat a la democratització, i ens demanen que continuem treballant per eradicar-les.

## ***Les arrels biològiques: determinació genètica, hormonal i neuroanatòmica del sexe i el gènere.***

### ***a. Interacció cervell-hormones-cos.***

Young & Alexander (2012), argumenten que el 1974, amb l'article de Imperato-McGinley, es van donar a conèixer les "machihembras"<sup>2</sup> de Las Salines (St. Domingo), noies que havien nascut amb inequívocs trets de dona: genitals d'aspecte femení, amb llavis i clitoris, i que eren criades com a nenes. A la pubertat (12 anys aproximadament) els sortia penis i llavors les noies es convertien en homes (una transsexualitat espontània), i amb això també canviava el seu comportament, es casaven i tenien fills; encara que tenien un penis una mica més petit, no molta barba, i menys calvície, s'autodenominaven homes.

<sup>2</sup>youtube: "Mysterious Case Of Guevedoces: Boys Don't Grow A Penis Until Puberty"



Havien nascut amb una mutació en la 5-alfa reductasa, un enzim que converteix la testosterona en dihidrotestosterona, el missatger que dóna l'ordre de construir genitals masculins. En estat fetal, les "machihembras" no fabricaven prou testosterona, però quan arribaven a la pubertat, i en rebien una injecció massiva, se'ls desenvolupaven els genitals masculins. Les "machihembras" exemplifiquen la complexitat de la construcció del sistema sexe-gènere: tenien un sexe genètic XY; un sexe gonadal immadur que, a la pubertat, per efecte del seu sexe hormonal, les convertia en homes, amb un sexe genital masculí; una identitat sexual i una identitat de gènere masculines -després de la pubertat, i una orientació sexual heterosexual.

### ***b. El canvi de paradigma en el sistema sexe-gènere***

Si com sostenien de Beauvoir (1949) i Money (1975), que és la societat la que modela la identitat de gènere, és a dir, que el gènere és només una construcció cultural-social, aquestes noies haurien de mantenir la seva identitat, però la canviaven. Imperato-McGinley afirmava: l'abast de l'exposició del cervell als andrògens té un major efecte a l'hora de determinar la identitat de gènere masculina que el sexe en el que es cria al subjecte.

Judith Butler (2004) també va qüestionar la posició de de Beauvoir i de Money, que era la que les feministes sostenien. El cas de Money, Bruce / Brenda / David Reimar, és il·lustratiu. El nen Bruce als 5 anys en una circumcisió accidentada es va quedar sense penis. Money va proposar que l'anomenessin Brenda i que l'eduquessin com una nena. Money sostenia que la identitat de gènere s'adquireix per socialització. Però també li van administrar estrògens. Anys més tard, Brenda es va fer operar per treure's els pits que se li havien format pels estrògens, i per dotar-se d'un simulacre de penis i testicles, i va passar a dir-se David. Va començar a prendre testosterona i es va casar amb una dona. Però no

va poder redreçar la seva turmentada història. Es va acabar suïcidant a l'edat de 38 anys disparant-se amb una escopeta, en el seu tercer intent. El cervell de David, era masculí, a causa de que **havia rebut un bany d'andrògens en la seva vuitena setmana de vida fetal**, independentment dels seus genitals, i de la seva socialització. Butler i tot el moviment intersex i transsexual qüestionen **l'ideal del binarisme** de gènere davant el **contínuum** de posicions que hi ha entre l'home i la dona per diverses causes. La hipòtesi organitzativa ho explica.



**"La hipòtesi organitzativa"** (Wallen, 2009) explica que els rudiments del cervell són femenins; que es masculinitza per efecte dels andrògens a la vuitena setmana d'embaràs si el fetus és XY. **La hipòtesi organitzativa** postula que **hi ha molts moments crítics** en l'organització neuronal que configuren les estructures cerebrals i que hi ha conductes de gènere en les que intervenen els nostres cervells que són efecte de les hormones (com hem vist amb el cas Reimar). **No hi ha tan sols un o dos moments crucials per a l'organització cerebral en el fetus, sinó molts, que afecten determinades regions cerebrals en moments diferents.** Els moments crítics en el desenvolupament poden tenir lloc al nivell del sexe genètic XY, XX ó XXY, XYY... ; del sexe gonadal, del sexe hormonal, del sexe genital; de la identitat sexual i la identitat de gènere, i encara, de la orientació sexual.

Exemples:

1. 20.400 homes neix amb la **Síndrome d'Insensibilitat als Andrògens**, són homes 46 XY que neixen amb un cos d'aspecte femení i els seus testicles no han baixat. Quan són petites mostren conductes femenines, prefereixen les joguines i els jocs femenins i senten atracció pels homes quan creixen. Pel que fa als seus cervells són dones.

**Sistema XY**

•Determinació en humans i (mamífers)



**síndrome de feminització testicular**

Quatre germans amb aquesta síndrome (insensibilitat congènita als andrògens 22<sup>a</sup> +XY)



[http://www.dailymotion.com/video/x80z5u\\_](http://www.dailymotion.com/video/x80z5u_)

Imatge 1: Síndrome d'Insensibilitat als Andrògens:

- 15.000 nadons neixen amb una **Hiperplàsia Adrenal Congènita** (que fa que el fetus en desenvolupament rebi grans dosis d'andrògens). Els nens que la pateixen tenen baixa estatura, infertilitat i conducta de nens normals. En canvi en les nenes pot provocar genitals ambigus, un clitoris més gran del normal i l'aparició d'un escrot. Possiblement siguin estèrils. Adopten el lesbianisme en fases posteriors de la seva vida en major proporció que les noies que no el pateixen, i juguen més com nens.



**Fig. 2.** Paciente con hiperplasia adrenal congénita. Nótese la presencia de la hiperplasia del ditoris con orificio en su base, y el engrosamiento de los labios mayores que se encuentran fusionados en la línea media.

### ***c. La definició de gènere contemporània***

És la més completa i complexa a la que hem arribat, de Corbett (2011)<sup>3</sup> diu: El gènere està incorporat i constituït per via de la fantasia, l'excitabilitat orgànica, el desig, la neurona, el múscul, la relacionalitat, la ferida, i la pràctica. El cos amb gènere es materialitza en un camp sociocultural complex, obert a múltiples punts de referència, a expectatives normatives, i a significats relacionals. Hi ha latitud, afegeix.

Corbett és un psicoanalista gai. L'orientació sexual és un tema complex en el que ara entrarem. Abans es deia opció, com si fos una tria voluntària. Avui veurem que la definició que Corbett fa del gènere també valdria per la sexualitat, per això Rubin (1986) parlava de sistema sexe-gènere.

### ***d. Organització cerebral i orientació sexual: circuits diferents, conductes diferents (heterosexualitat, homosexualitat i transsexualitat)***

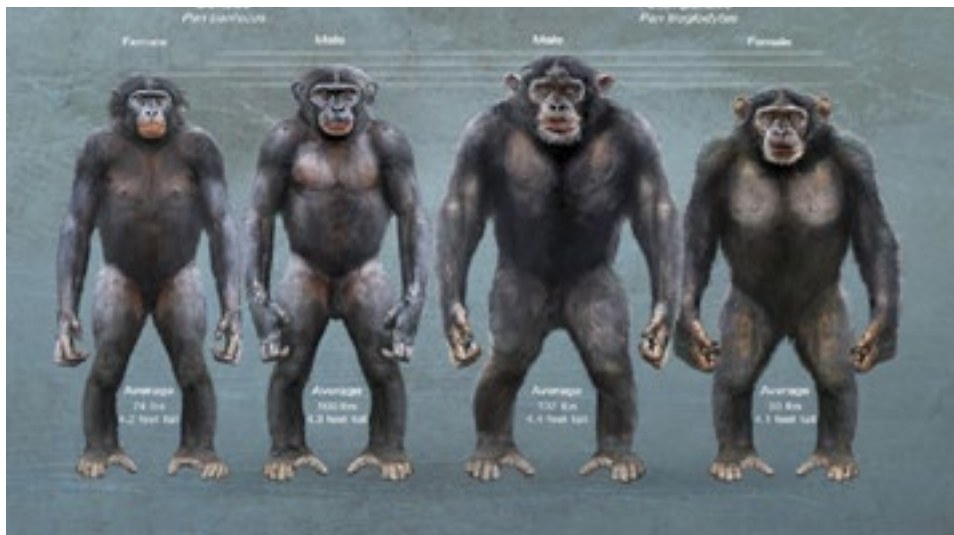
Molts mamífers adopten conductes homosexuals. Els primats, també. Els goril·les dominants tenen "novios". Alguns langur dediquen el 95% de la seva vida sexual a trobades homosexuals.



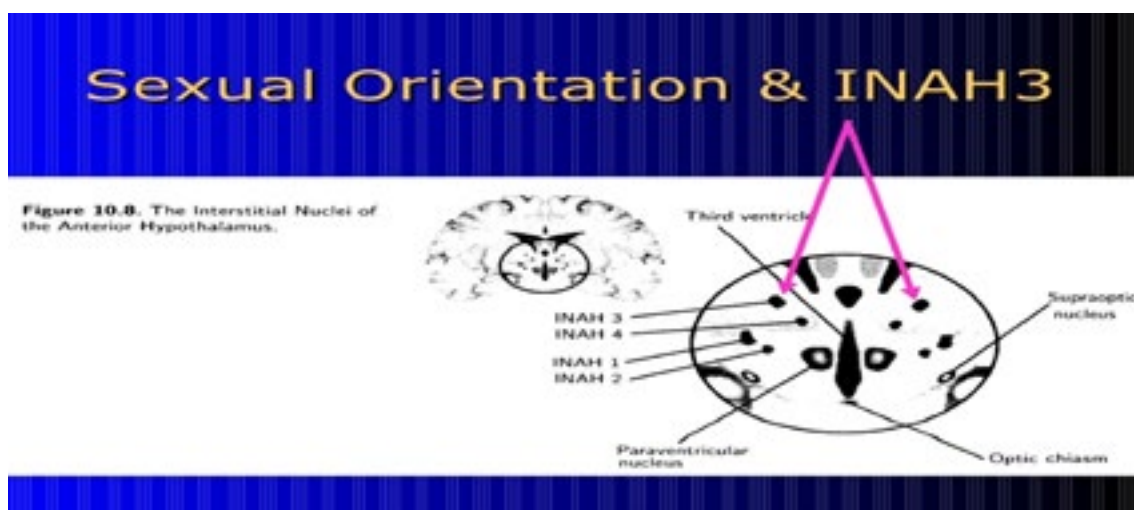
<sup>3</sup>Corbett, K. (2011), Gender Regulation, presentació en el Panel de Gènere, en el congrés de la IARPP a Madrid. **Text complet del Panel de Gènere:** Garriga, C. (Coord.) (2011). "Teoría del género para el siglo XXI: no lineal, desecho, queered, relacional". *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (3): 429-455.

Les femelles bonobo utilitzen la sexualitat amb finalitats comunicatives, i tenen un repertori que creïem humà: masturbacions, fel·lacions, cunnilingus i còpules frontals. (Hi ha un llibre excel·lent de l'Almudena Hernando<sup>4</sup> que qüestiona les comparacions que es fan entre els ximpanzés i les persones per justificar la jerarquia social i la dominació dels mascles.

Si estudiem els bonobos, la metàfora social que se'n deriva és completament diferent: són societats cooperatives, comunicatives, igualitàries,... i la seva estructura corporal i òssia també en dóna compte).



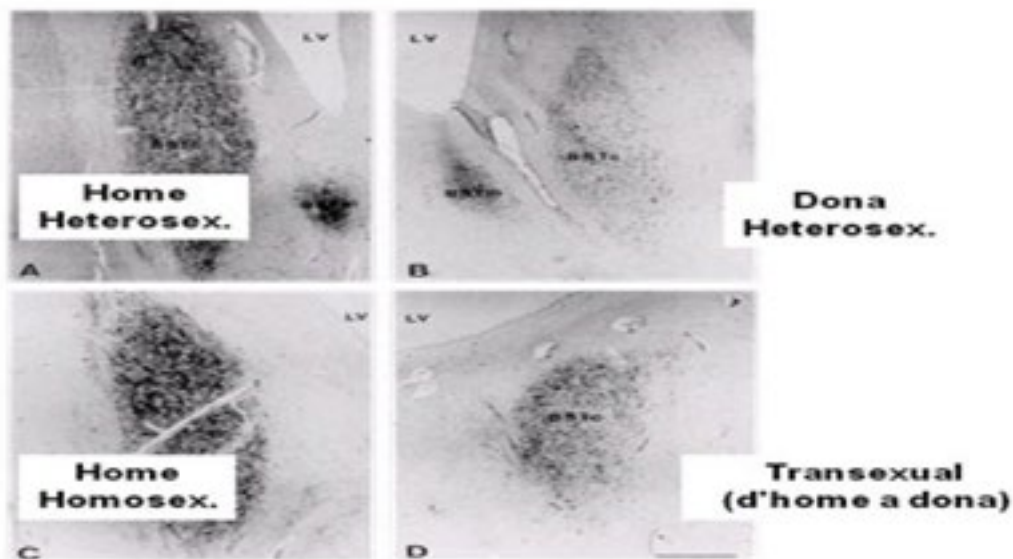
LeVay, el 2010<sup>5</sup> va trobar que una àrea de l'hipotàlem, [el nucli intersticial de l'hipotàlem anterior (INAH3)] d'homosexuals homes és entre dues i tres vegades més petit -i de mida semblant al de les dones- que en heterosexuals.



<sup>4</sup>Hernando, A. (2012), La fantasía de la individualidad. Sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno. Madrid: Katz editores.

<sup>5</sup>LeVay, S. (2010), Gay, straight, and the reason why: the science of sexual orientation, London: Oxford University Press.

Gràcies a que als Països Baixos han facilitat la donació de cervells humans per a usos científics, Dick Swaab (2008)<sup>6</sup> ha descobert el cervell transsexual. El nucli del llit de l'estria terminal -NLET- és sexualment dimòrfic.



Swaab va examinar els NLET d'homes i de dones hetero i homosexuals, i els de persones transsexuals (d'H a D) i va descobrir que el NLET d'un transsexual era de la mateixa mida que el d'una dona. (Aquests descobriments s'han pogut utilitzar per permetre que els transsexuals puguin modificar els seus passaports perquè reflecteixin el sexe dels seus cervells). "El que presenta diferències en els transsexuals no és una única estructura sinó que hi ha diferències en tot tipus de xarxes".

***Les variacions de sexe i gènere també es poden atribuir a les diferents interaccions entre estructura cerebral i hormones, en diferents moments crítics de la seva evolució.***

1. Les reaccions hormonals que desencadenen la formació dels nostres genitals es produeixen al principi de l'embaràs.
2. Les influències hormonals que configuren el nostre cervell es produeixen en fases posteriors de la gestació.
3. Si ens fixem en els òrgans sexuals no podem treure cap conclusió. El penis no fa a l'home, ni la vagina fa a la dona. Un ésser humà 46XY amb insensibilitat als andrògens és una dona; una persona amb penis i barba que se sent dona (i ha fet un transit de gènere, una transvestida), i li atrauen els homes no és un home homosexual, sinó una dona heterosexual.
4. Un home que se sent atret per altres homes, i es comporta i sent com un home, és un home amb un cervell homosexual,...

<sup>6</sup>Swaab, D. (2008), "Sexual Orientation and Its Basis in Brain Structure and Function", Proceedings of the National Academy of Sciences, July.

5. En resum: Els genitals, i fins i tot els cromosomes poden ser irrelevants per a la conducta de gènere.
6. Les noies heterosexuales tenen un repertori més ampli d'expressions de gènere que els nois heterosexuales<sup>7</sup>.

Les persones que es consoliden i reifiquen en un transgènere pot ser que pateixin "autoexigència" per definir-se. Les posicions més flexibles comporten menys dols.

## 1 Món queer<sup>8</sup>.



### a. La proliferació de gèneres i opcions sexuals

Les vivències de gènere són tan diferents que necessitem una teoria prou flexible com perquè les contingui totes.

Corbett (2014)<sup>9</sup> diu : "Hi ha noves possibilitats de reconeixement. S'ha posat en qüestió la rígida necessitat de l'ordre simbòlic: l'ampliació del marc de la llei matrimonial incloent els matrimonis homosexuals, la importància decreixent dels codis de gènere tradicionals, el desmantellament de les polaritats de gènere tradicionals, l'àmplia xarxa de llenguatge i de formes d'intercanvi comunicatiu, i la re-definició de la família, per anomenar-ne només uns quants exemples. A les psiques ja no els cal estar tancades a les mateixes gàbies velles. Als gèneres no els cal seguir la mateixa vella identificació amb la figura parental del mateix sexe. Els cossos paradoxals<sup>10</sup> es poden sostenir com a tals (Veure com a exemple a Andrej / Andreja Pejic, que va desfilar per Gaultier tant amb vestits d'home com amb vestits de casament de dona; inicialment es definia com androgin; ara s'ha fet transdona).

Ara els gèneres esdevenen matèria (passen a ser corporalitzats) dins d'un espectre menys

<sup>8</sup>Garriga, C. (2007), Elementos para el abordaje analítico de las variaciones del género y de la sexualidad contemporáneas [Corbett, K.]. Aperturas Psicoanalíticas n°27

----, (2008), Elementos para el abordaje analítico de las variaciones del género y de la sexualidad contemporáneas 2 [Butler, J., 1956]. Aperturas Psicoanalíticas n°28

---, (2014), La bondat en la subjevitat femenina: implicacions per a la clínica y per a la sexualitat. Clínica e Investigación Relacional, 8 (2): 382-396.





constrictiu. Lazlo Pearlman mantén els seus genitals femenins, igual que Buck Angel, que, per exemple, apareix com un camioner amb genitals femenins.



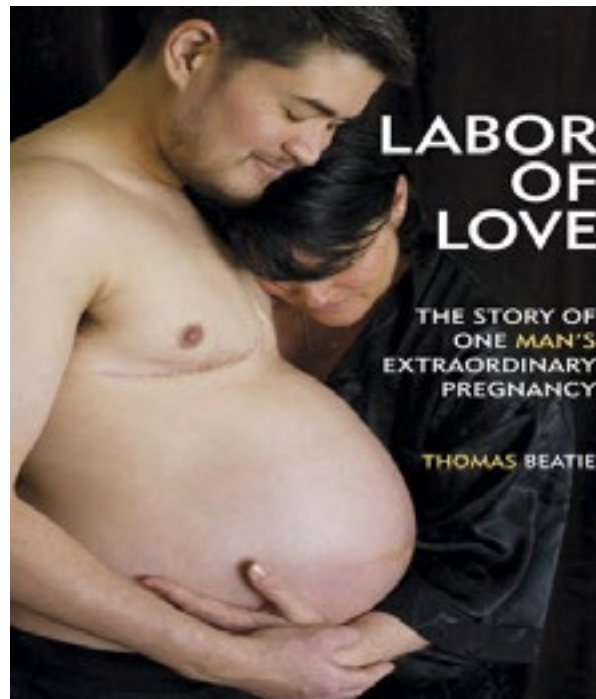
Buck té un anunci molt queer a Internet: on recomana la revisió ginecològica anual.

<sup>9</sup>Corbett, K., Dimen, M., Goldner, V. & Harris, A. (2014), "Talking Sex, Talking Gender – A Roundtable", *Studies in Gender and Sexuality*, 15:295-317.

<sup>10</sup>Veure striptease documental Jo Sol (2010), *Fake Orgasm*

<sup>11</sup><https://vimeo.com/9710848>

Un altre exemple de cos paradoxal és el de Thomas Beatie, "l'home embarassat".



Beatie, com Pearlman i Angel, és un home trans de D a H que va mantenir el seu aparell reproductor (excepte les mames), i que va gestar i va donar a llum a tres criatures, una nena i dos nens, amb esperma de donant. Per explicar la seva història va escriure el llibre "Labor of love. La història de l'embaràs extraordinari d'un home". La paraula "labor" tant vol dir treball com part. Beatie és fill d'una dona d'ascendència britànica de Sant Francisco i d'un home d'origen Coreà. Va néixer i va créixer a Hawaii. Als 10 anys es va començar a identificar com a home. Als 23 es va sotmetre a una cirurgia de canvi de sexe, però només de la part superior del seu cos (mastectomia i silueta). Abans de casar-se es va canviar el nom i tota la documentació oficial d'acord amb les lleis de Hawaii. Es va casar en un matrimoni heterosexual amb una dona. Es van mudar a Oregon, on, essent home va tenir les seves tres criatures, i va tenir problemes a l'hospital perquè no el volien anomenar pare.

Els gèneres es fan en la intersecció de classe, raça, lloc, ideologies dominants i religions. A Andreja Pejic, segons en quines regions del món no democràtic, en lloc de ser rebut amb flaixos, potser el farien fora a pedrades, perquè sabem que crear el gènere sovint genera violència, fins i tot mort.

### ***b. Sexe-gènere personal***

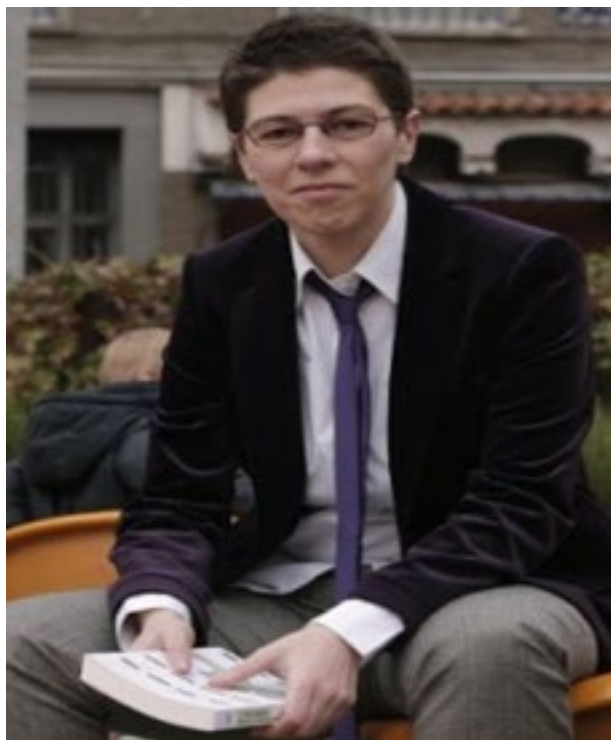
Actualment la proliferació de sexes, de gèneres i d'orientacions sexuals és tan gran que cal introduir milers de matisos i de vocabulari per a poder-nos entendre.

La paraula **dona** descriu a totes les persones que **se senten** dones i es presenten i representen com a tals, siguin el que siguin biològicament. Poden ser 46XY, amb insensibilitat als andrògens; o persones trans H a D en qualsevol fase de la transició. El terme **cisdona**, es refereix a la coincidència sexe / gènere. No es fa servir gaire, només en cercles on hi pugui haver dones que no siguin biodones.

La paraula **home** descriu a totes les persones que **se senten** homes i es presenten i representen com a tals, siguin el que siguin biològicament. El terme **cishome**, es refereix a la coincidència sexe/gènere.

**Transgènere:** Una dona que desitja viure com a home sense canviar el seu cos, o un home que desitja viure com a dona sense intervencions quirúrgiques, tot i que poden admetre o sol·licitar intervencions mèdiques, hormones per exemple. Són exemples de transgènere o fluïdesa de gènere:

Raquel/Lucas Platero, professor/a de pedagogia de la Universitat Complutense de Madrid (ara ja s'ha definit com a transsexual, es diu Lucas R. Platero). També hi ha els homes Cross-



dressers o transvestides que vam veure en un programa "Sense Ficció" (23/10/2018).

Es diu "**cisgènere**" a les persones que tenen una identitat de gènere i un gènere assignat en néixer que són concordants amb el comportament socialment assignat, és a dir, les persones que no s'identifiquen com transgènere. (Drescher, 2015)<sup>12</sup>.

**Intersexual** es diu a les persones que han nascut en aquesta condició, per exemple 46XY, però amb genitals no ben definits perquè els testicles no han baixat.

**Transsexual**, és l'home que se sent atrapat en un cos de dona o dona que se sent atrapada en un cos d'home; que està en trànsit (hormones, intervencions quirúrgiques) o que ja ha canviat, es diu de H a D o de D a H. Per tant hi pot haver un solapament entre transgènere i transsexe. Paul B. Preciado, filòsof i activista queer, que escriu a l'ARA - que ens mostra que s'ha anat definint cada cop més masculí dins el transgènere, fins que ha transitar cap a la transsexualitat D a H.

També existeixen els cossos paradoxals, com hem vist (Striptease, Beatie, Buck Angel).

**Trans-figura-parental-transgeneracional:** això és una paraula que m'he inventat davant



d'una amiga, que és àvia, i que em va dir “faig de ‘pare’ dels meus nets”.

### ***c. Orientació Sexual***

**Gai, Lesbiana:** Per a les relacions íntimes i sexuals els agraden les persones del mateix sexe.

En l'article citat de Drescher (2015) apareixen dues noves terminologies: **androfilia** (atracció pels homes) i **ginefilia** (atracció per les dones), que fa innecessària qualsevol referència al sexe / gènere de la persona que sent l'atracció.

La teoria queer inclou l'enorme diversitat interna que hi ha entre gais i lesbianes. Entre les **Lesbianes: Dragking**, hipermasculina. **Butch**, molt masculina. **Transgènere**, masculina amb genitals femenins, **Gallimarsot** o **tomboy**, preponderància masculina, **Andrògina**, masculina i femenina, Indiferenciada, poca masculinitat, poca feminitat, **Femenina**, predomini feminitat **Femme**, molt femenina. **Dragqueen**, hiperfemenina. Entre els **Gais: Dragking**, hipermascle, **Mascle**, masculí, **Indiferenciat**, poca masculinitat, poca feminitat, **Androgin**, masculí i femení, **Sisi**, preponderància femenina, **Transgènere**, femení mantenint genitals masculins, **Dragqueen**, hiperfemení.

**Heterosexual:** Per a les relacions íntimes i sexuals els agraden les persones del sexe contrari.

**Bisexual:** Per a les relacions íntimes i sexuals els agraden les persones estiguin on estiguin col·locades dins el continu home-dona.

**Milendra** (hag tag en anglès): dona a qui per les relacions íntimes i sexuals li agraden els homes gais.

**Asexual:** persones que no senten desig ni atracció sexual per ningú. En canvi tenen sentiments romàntics i l'absència de desig representa un repte a l'hora de mantenir una relació de parella. Alguns senten aversió cap al sexe, però la majoria senten una indiferència que els permet tenir relacions amb les seves parelles i masturbar-se

<sup>12</sup>Drescher, J. (2015), “Gender Policing in the Clinical Setting: Discussion of Sandra Silverman’s ‘The Colonized Mind: Gender, Trauma and Mentalization’”, *Psychoanalytic Dialogues*, 25(1):67-76.

periòdicament si així ho consideren. La seva excitació genital sol funcionar. Un 1% de la població britànica ho és (dades 2004). Brotto (2011)<sup>13</sup> apunta que l'asexualitat és una orientació sexual més que una patologia (actualment se'n parla més, és una manera més de deixar de normatitzar –s'ha de practicar sexe un cop per setmana- i en canvi de normalitzar), molt interessant perquè té en compte la singularitat de cada persona.

**Indeterminada:** Hi ha algunes persones que es queden en una indeterminació respecte a la seva opció sexual durant un temps, més o menys llarg, de manera que les organitzacions LGBT han incorporat la I, i ara són LGBTI (i la Q queer i la A d'asexual) LGBTIQA (i aquestes altres).

Kinsey en el seu informe de 1948 ja va oferir una escala de 7 punts on 0 corresponia a 100% heterosexual i 6 a 100% homosexual, i va trobar que molts de lxs sevxs enquestadxs es definien com a 5, 2 o qualsevol valor intermedi. Dades més recents recullen que entre el 3



i el 4% dels homes i entre l'1 i el 2% de les dones es defineixen com homosexuals. Entre l'1 i el 2% dels homes i entre el 2 i el 5% de les dones es declaren bisexuals. També hi ha un bon nombre de persones que se senten homo o heterosexuals, però que en algun moment han fantasiejat o tingut relacions amb individus del gènere no preferit. L'orientació sexual també és un continuïum. Poder parlar en aquests termes és molt nou i això ha flexibilitzat el constructe.

<sup>13</sup>Brotto, L. A., Yule, M. A. (2011), "Physiological and subjective sexual arousal in self-identified asexual women", Archives of Sexual Behavior, 4(4):699-712.

L'homosexualitat es pot aprendre, segons Coria-Àvila (2012)<sup>14</sup> els estímuls associats a les primeres experiències sexuals són molt determinants, i la plasticitat del cervell permet que l'orientació sexual es vagi modelant amb l'aprenentatge. En canvi, no es pot desaprendre. Un cop establerta és molt sòlida (ex. pacient gai que se'n va fer veient porno gai).

L'atropellament de Toronto (el 23/4/2018) va fer aparèixer una nova categoria: els "cèlibes involuntaris", "**incels**" en anglès. Es defineixen així perquè no poden tenir relacions sexuals amb qui ni quan volen, al contrari dels "**chads**" als que envegen perquè són guapos i tenen tot el sexe que volen amb les "**stacys**": dones atractives que rebutgen.

#### ***d. Relacions íntimes o de parella***

**Promiscuïtat:** relacions íntimes i sexuals amb diverses persones simultàniament en el temps.

**Monogàmia:** relacions amb una de sola.

**Monogàmies successives:** al llarg del temps van canviant de parelles estables.

**Parella estable o matrimoni:** relacions monògames amb compromís de fidelitat (o no).

**Poliamor:** enamorar-se de més d'una persona alhora; tenir relacions romàntiques simultànies.

**Swinger:** intercanvis de parelles consensuats en clubs dissenyats per a aquesta activitat.

#### ***e. Qüestions d'igualtat***

El World Values Survey abans esmentat afirma, com hem vist, que una de les variables crítiques de l'índex d'emancipació social, és la igualtat de gènere. Per això vull acabar el meu escrit així.

Hyde (2005)<sup>15</sup>, va fer un treball sobre 46 metanàlisi científiques que examinaven diferències psicològiques entre homes i dones, i va arribar a la conclusió següent: en la majoria de funcions cognitives i característiques psicològiques homes i dones són molt semblants. Va trobar diferències en algunes reaccions emocionals com l'agressivitat física, certs aspectes motors: com llançaments; i pel que fa a la sexualitat, en índexs de masturbació, i actituds sobre el sexe esporàdic.

Una altra dada recent i significativa és que a Islàndia, Suècia i Alemanya els pares tenen les baixes de parentalitat més extenses i més ben dotades del món, i això s'està traduint,

<sup>14</sup>Coria-Àvila, G. A. (2012), "The role of conditioning on heterosexual and homosexual partner preferences in rats". *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 2:17340.

<sup>15</sup>Hyde, J. (2005), "The gender similarities hypothesis", *American Psychologist*, 60(6):581-592.

<sup>16</sup>(CEDAW) Convention to Eliminate All Forms of Discrimination Against Women

diversos anys després, en què l'ús del temps dels pares ha canviat significativament: passen més temps cuidant a les criatures i fent treball domèstic. Les mares per la seva banda dediquen més temps al treball i a les seves carreres i milloren la seva economia.

Amelia Valcárcel comenta que segons càlculs de la CEDAW<sup>16</sup> de l'ONU, si seguim al mateix ritme que fins ara, no s'aconseguirà la igualtat en el món fins a l'any 2468. Si ens quedem en els països weird (sigles en anglès de Occidentals, Educats, Industrials, Rics i Democràtics, weird significa rars -per escassos), el càlcul, està en uns 80 anys d'espera. Ens traslladen al llindar del segle XXII.

## Bibliografía

**Butler, J.** (2004), *Deshacer el género*, Barcelona: Paidós, trad. 2006.

**Corbett, K., Dimen, M., Goldner, V. & Harris, A.** (2014), "Talking Sex, Talking Gender – A Roundtable", *Studies in Gender and Sexuality*, 15:295-317.

**De Beauvoir, S.** (1949), *Le deuxième sexe*, Paris: Gallimard.

**Freud, S.** (1896), "La etiología de la histeria", p. 299-316, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

----- (1905), "Tres ensayos para una teoría sexual. La sexualidad infantil", p.1195-1216. *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

----- (1909), "Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso 'Juanito')", p. 1365-1440. *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

----- (1924), "La disolución del complejo de Edipo", p. 2748-2751, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

----- (1925), "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica", p. 2896-2903. *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

----- (1931), "Sobre la sexualidad femenina", p. 3077-3089, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

----- (1932), "La feminidad", p. 3164-3178, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

----- (1937), "Análisis terminable e interminable", p. 3339-3373. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.

**Imperato-McGinley, J. et al.** (1974), "Esteroid-5-alpha reductase Deficiency in Man: An Inherited Form of Male Pseudo hermaphroditism ", *Science*, 27 December.

----- (1979), "Androgen and the Evolution of Male-Gender Identity Among Male Pseudohermaphrodites with 5a-Reductase Deficiency", *New England Journal of Medicine*, May.

**Inglehart, R. & Welzel, Ch.** (2006), *Modernización, cambio cultural y democracia: la secuencia del desarrollo humano*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

**Money, J.** (1975), "Ablatio Penis: Normal Male Infant Sex-Reassigned as a Girl", *Archives of Sexual Behaviour*, January.

**Segato, R. L.** (2016), *La guerra contra las mujeres*, Madrid: Traficantes de Sueños.

**Wallen, K.** (2009), "The Organizational Hypothesis: Reflections on the 50th Anniversary of the Publication of Phoenix, Goy, Gerall and Young" *Hormones and Behaviour*, may.

**Welzel, Ch.** (2014), *Freedom Rising: Human Empowerment and the Quest for Emacipation*, Harvard: Cambridge University Press.

**Young, L. & Alexander, B.** (2012), *Química Entre Nosotros, Amor, Sexo y la Ciencia de la Atracción*. Madrid: Alianza Editorial.



# CAPITALISME I SALUT MENTAL

*Per Olga López Valle*

---

## RESUM

L'article analitza l'augment de la prevalença de malalties mentals com la depressió i l'ansietat posant les dades en el context social i econòmic actual, emmarcat dins el sistema capitalista. Es fa una breu comparativa entre alguns aspectes de la construcció de la pròpia identitat abans i després del sorgiment del liberalisme econòmic, intentant buscar respostes en els canvis que han tingut lloc en els vincles i l'organització social, en la cosificació de les relacions i la il·lusió de satisfacció personal mitjançant el consum incessant.

**Paraules clau:** capitalisme, malalties mentals, suïcidis, consum, crisi financera, psicofàrmacs, classe social, identitat personal.

## RESUMEN

El artículo analiza el aumento de la prevalencia de enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad poniendo los datos en el contexto social y económico actual, enmarcado dentro del sistema capitalista. Se hace una breve comparativa entre algunos aspectos de la construcción de la propia identidad antes y después del surgimiento del liberalismo económico, tratando de buscar respuestas en los cambios que se han dado en los vínculos y en la organización social, en la cosificación de las relaciones y en la ilusión de satisfacción personal a través del consumo incesante.

**Palabras clave:** capitalismo, enfermedades mentales, suicidios, consumo, crisis financiera, psicofármacos, clase social, identidad personal.

## ABSTRACT

The article analyses the increase in the prevalence of mental disorders such as depression and anxiety, putting the data in the current social and economic context, framed within the capitalist system. A brief comparison is made between some aspects of the construction of one's identity before and after the emergence of economic liberalism, trying to find answers in the changes that have occurred in personal ties and in social organization, in the objectification of relationships and in the illusion of personal satisfaction through incessant consumption.

**Key words:** capitalism, mental disorders, suicide, consumption, financial crisis, psychotropic drugs, social class, personal identity.

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), més de 300 milions de persones viuen amb depressió, havent-se donat un increment del 18% entre 2005 i 2015 en la prevalença d'aquesta malaltia. Per a l'esmentada organització, "els símptomes d'estat d'ànim freqüentment irritable o baix, dificultat per a conciliar el son o excés de son, canvis importants en la gana, sovint amb augment o pèrdua de pes, cansament i manca d'energia són tan comuns al món que representen un greu problema de creixement alarmant". La depressió és la causa principal de discapacitat al món. Per tant, no és només una malaltia mental: és un símptoma d'època i, com a tal, no el podem abordar només des d'una perspectiva individual.

Davant la concepció clàssica del "homo economicus" del segle XVIII basada en virtuts personals de càlcul, prudència i estalvi, l'home neoliberal està cridat a conduir-se com una "empresa d'ell mateix", on l'individualisme i la competència amb els altres presideix les seves relacions. La recerca del benefici es trasllada també a les relacions personals, dominades pel càlcul i la lògica del mercat. Ésser empresari d'un mateix implica viure en el risc, anar constantment més enllà d'un mateix, no aturar-se mai i assumir un desequilibri permanent dins la pròpia vida. Felix Guattari, en la seva crítica contra l'escola psicoanalítica francesa, va dir que el fet d'individualitzar els trastorns portava a pensar que els responsables n'eren els individus i no la societat que els crea, però com va dir a "Revolución Molecular", el complex d'Èdip es viu de forma diferent a un barri francès de la perifèria o a París.

Amb la crisi financera global que esclatà l'any 2008, s'ha intensificat l'extracció de plusvàlua de la classe treballadora, abaixant els salaris i empitjorant les condicions laborals de gran part dels llocs de feina. Tot això enmig de la ideologia capitalista, en la qual la diferència entre ser un "triomfador" o un "perdedor" resideix suposadament a la meritocràcia, ja que no es contempen les diferències socials, i qui no vol emprendre és un perdedor o bé algú que viu d'unes prestacions socials que, per tant, està justificat que s'eliminin. L'estigmatització de les classes socials desfavorides substitueix les dinàmiques de solidaritat per dinàmiques de la sospita.

Sabem que la desigualtat és un dels majors determinants de la salut de les poblacions, en especial de la salut mental: a major desigualtat, major prevalença dels problemes de salut mental. La crisi de 2008 ens ha permès constatar que problemes com les addiccions, el patiment psíquic o els suïcidis s'han incrementat més en els països en els quals les polítiques de retallades s'han aplicat amb més intensitat. La temporalitat, la precarietat, la necessitat permanent d'adaptació i de "re-invenició" d'un mateix, dificulten la possibilitat de construir-se una identitat coherent i duradora, que abans sovint estava construïda al voltant del treball i els rols socials estables. Aquesta inestabilitat biogràfica va paral·lela a la fragilitat dels vincles socials, de les antigues solidaritats, de les lluites col·lectives. Es formen identitats parcials al voltant del consum, de la marca, o pseudoidentitats grupals etèries que intenten compensar la manca d'una narrativa que doni sentit.

La temàtica clínica actual es relaciona amb un debilitament de les estructures simbòliques clàssiques on el subjecte trobava la seva identitat. El sentiment de buit és una condició humana que omplim gràcies a la immersió en un món simbòlic construït per la cultura. La neurosi clàssica es plantejava en termes de conflicte entre el desig i la realitat, però cap prohibició se sosté ja davant l'exaltació d'una capacitat d'elecció infinita. L'alienació de la societat neoliberal consisteix en que el límit del gaudi no està en els límits culturals, sinó –de forma il·lusòria– en el propi individu. Els problemes de salut mental ja no tenen un origen social o en la interacció del subjecte i el medi, sinó que es deuen a la



falla d'un cervell "alterat". La hipòtesi de que les malalties mentals es deuen a la manca de neurotransmissors al cervell, que es corregeix mitjançant uns fàrmacs específics, es converteix en un gran mite de la psiquiatria. I aquesta hipòtesi s'aplica no només a les malalties mentals, sinó a tot tipus de patiment psíquic, inclosos els trastorns més lleus.

Després de l'aparició del capitalisme a l'Europa occidental, l'adquisició competitiva de riquesa es va convertir en el criteri per a assolir un estatus d'èxit. En els primers anys, es conferia el major prestigi als qui eren més rics però vivien amb més austeritat, però després, quan les seves fortunes van ser més segures, la classe alta va recórrer a l'ostentació i el consum desmesurat per a impressionar els seus rivals. Mentrestant, les classes mitja i baixa continuaven considerant millors els qui més treballaven i menys gastaven. Però el creixement de la capacitat de producció començava a saturar el mercat, i es va fer necessari modificar els hàbits de les classes mitja i baixa, mitjançant la publicitat i els mitjans de comunicació. Així, el capitalisme modifica les necessitats de la gent en funció del que la indústria marca en cada moment, i fa que oblidin les seves necessitats reals i intentin calmar el seu dolor mitjançant el consum. S'incita l'individu al gaudi com a un nou concepte de Superjò, que provoca culpa a qui no ho passa bé amb un sistema que, suposadament, té tot el necessari per a procurar benestar. Els béns de consum s'han convertit en marcadors establerts de prestigi social. Però el consumisme acaba generant insatisfacció, ja que el desig de substituir objectes vells per objectes nous fa que mantenir la posició a la societat es converteixi en la recerca incessant d'un nivell inassolible.

Baran i Sweezy entenen la relació entre el capitalisme i l'individu d'una forma que va ser influenciada per la psicoanàlisi. D'una banda, van fer referència a la centralitat de les energies latents com els impulsos libidinosos i la necessitat de la seva gratificació. A més, accepten la noció freudiana que l'ordre social requereix la repressió de les energies

libidinals i la seva sublimació amb fins socialment acceptables. En aquesta línia, Erich Fromm va argumentar que la realització de les necessitats creatives és essencial per a poder estar mentalment sa; dotats de raó i imaginació, els éssers humans no poden existir com a éssers passius, sinó que han d'actuar com a creadors. Baran i Sweezy també van identificar una insuficiència de relacions socials dins les societats capitalistes monopolistes i deien que la frivolitat havia envaït gran part de la interacció social, que es caracteritza per una conversa superficial.

A finals del segle XVIII, durant la Revolució Industrial, la propietat privada va sorgir com la forma predominant en l'àmbit de producció, desplaçant la propietat feudal, els gremis, els tallers i la producció artesana, que es basaven en la propietat de les eines de producció per part de treballadors individuals o de gremis d'artesans. Fins el desenvolupament del capitalisme, el terme "propietat" es referia a la tinença de terres; a partir de llavors es va començar a utilitzar per a referir-se a la propietat sobre els mitjans de producció, que pertanyen a persones i no a una organització com l'Estat. En el mode de producció capitalista, la generació de productes –béns i serveis– es fa mitjançant una llarga seqüència de moviments discrets, repetitius, que ofereixen al treballador poca satisfacció psicològica per "una feina ben feta".

Abans del capitalisme, la vida es duia a terme com a part d'un grup social més ampli i, després, es va desenvolupar el sorgiment de l'individu aïllat i privat, i de la família nuclear, cada cop més privatitzada. Els individus es veuen cada cop més dividits i aïllats per la competència amb els altres, necessària per a assolir l'èxit. La soledat es considera cada cop més una preocupació important de salut pública, palesa per exemple en la creació d'un Ministeri per a la Soledat l'any 2018 per part del govern britànic.

L'estrès, la sensació de fracàs i la depressió han passat a ser comuns entre els joves, la classe mitjana i la classe baixa. Segons la Millennial Survey Data de Telefónica, el 51% dels joves entre 18 i 30 consideren que "els millors dies han passat", en oposició als que "estan per arribar". Causes d'això en són la manca de control que les persones senten tenir (i/o tenen) sobre la pròpia vida, l'estrès de viure en una societat que valora principalment els beneficis i l'alienació i pèrdua de sentiment de comunitat que s'experimenten en la societat de classes. El professor de Harvard Robert Putnam ha documentat la ràpida disminució de coses que els humans fem com a grup: les activitats socials estan en caiguda lliure des de fa dècades. Les motivacions es van encaminant cap a un major consum, major producció, major rendiment, major competitivitat, major capacitat adquisitiva, que van creant en les persones un buit existencial i emocional fruit de la no atenció a la recerca d'una existència plena, el menyspreu cap al desenvolupament de la intel·ligència emocional i la cooperació social.

Segons l'OMS, la salut mental és un "estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les seves pròpies capacitats, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de forma productiva i fructífera i és capaç de fer una contribució a la seva comunitat". A l'estat espanyol, entre les deu malalties més declarades, en trobem dues de tipus mental: la depressió (6,89% segons l'enquesta europea de salut del 2014) i l'ansietat crònica (6,85%), i un 35% de la població fa psicoteràpia o bé està prenent psicofàrmacs, xifra que, en zones desindustrialitzades, augmenta fins el 50%. No podem perdre de vista que, amb les retallades al sistema públic de salut, l'accés a la psicoteràpia s'ha vist reduït, i la venda d'antidepressius va augmentar un 14% entre l'any 2012 i el 2016, segons l'Agencia Española del Medicamento i, pel que fa als ansiolítics, l'augment ha estat del 9%. És cert que la societat també ha evolucionat cap a la demanda de solucions ràpides i que no suposin

patiment; això fa, d'una banda, que els psicofàrmacs siguin una mesura més acceptable per a moltes persones i, de l'altra, que sentiments derivats de l'exigència del ritme de vida, de l'estrès laboral, i d'altres situacions que poden considerar-se com a part de la vida (pèrdues, dificultats amb els fills, dolors derivats de l'envelliment), prefereixin medicar-se abans que iniciar un treball psicoterapèutic que requerirà més temps i més tolerància al patiment, o bé construir una xarxa social de recolzament, que també requeriria més recursos.

El neoliberalisme econòmic crea la idea que tots podem aconseguir qualsevol cosa si ens hi esforcem prou, negant així la idea de l'existència de classes socials i basant-ho tot en una suposada meritocràcia que acaba provocant frustració i sensació d'impotència quan no s'assoleix l'esmentat ideal: el fracàs és només de cadascú. La psicologia positiva està basada en principis similars, així com molts llibres d'auto-"ajuda", que empenyen la persona a creure que tot és possible, que tenim una capacitat il·limitada i que podem controlar tot el que succeeix a les nostres vides i ser immunes al patiment. Reproduïxen aquest model de subjectivitat i ubiquen en l'individu la font de la seva desgràcia o el seu èxit. Així, la felicitat passa a veure's com un camí de superació i desenvolupament personal, en el que s'han d'optimitzar els "recursos personals", aprendre a "gestionar" emocions per a aconseguir una major "autoestima".

En una jornada homenatge a Foucault l'any 2014, Joseba Atxotegui diu "el pobre és psicòtic, el ric és extravagant. (...) Després d'investigar com s'havia tractat la bogeria al llarg de la història, Foucault va trobar motius per a creure que el boig era tractat com a tal per a no pertorbar la moral de la societat i que, silenciament la seva veu, es privilegiava la de l'expert". Atxotegui també parla de la psiquiatrització de la vida quotidiana, de la patologització d'emocions que sovint són totalment coherents amb la situació que travessa l'individu i que són part de l'existència mateixa.

Sembla imprescindible replantejar-se els models de vida actual, i tornar en alguns aspectes a maneres de fer que havíem deixat enrere. No sempre el progrés augmenta el benestar.



## Bibliografia

**Antona, D. G.** (2011) Los suicidios en el trabajo. Otra cara oscura del capitalismo. Recuperado de [www.portaloaca.com](http://www.portaloaca.com); <http://rebellion.org/noticia.php/id=122434> (Fecha de publicación: 15 de Febrero de 2011)

**Baran, P., Sweezy, P. and Chávez de Yáñez, A.**, 2006. *El Capital Monopolista*. México: Siglo Veintiuno.

**Fromm, E., Funk, R. and Fuente Herrero, E.**, 1998. *El Humanismo Como Utopía Real*. Barcelona: Paidós.

**Giddens, A.** (2000) Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestras vidas. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones, S. A.

**Hari, J.**, 2018. *Lost Connections*. London: Bloomsbury Publishing Plc.

**Harris, M.**, 1994. *El Materialismo Cultural*. Madrid: Alianza.

**Ortiz Lobo A.**, Mata Ruiz I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Atopos* 2004; 2:15-

**Pérez del Río, F.**, Desigualdad económica y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 2013, vol. XI, no 45: 66-74.

**Talarn, A.**, 2008. *Globalización Y Salud Mental*. Barcelona: Herder.

**Wilkinson, R.**, 2005. *Unhealthy Societies*. London: Routledge.

VERSIÓN ORIGINAL

# LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN A NIVEL PSICOLÓGICO EN UN CONTEXTO DE SOCIEDAD LÍQUIDA

*Gemma Cánovas Sau*  
*Psicóloga Clínica-Psicoterapeuta. Psicoanalista*

## RESUM

El discurs soci cultural influeix en el comportament dels éssers humans i, d'alguna manera, també en la seva subjectivitat. En el nostre exercici professional quotidià, atenent en les nostres consultes, serveis i institucions, s'observa com en els darrers anys s'ha anat incrementant un determinat tipus de problemàtiques emocionals que evidencien un denominador comú – a més dels factors intrínsecs de la història personal de cada individu – un malestar que apareix com un símptoma social derivat d'una dissolució de referents que, des d'una òptica sociològica, conflueixen en allò que Bauman denominà "societat líquida". La tasca preventiva, llavors, adquireix rellevància en aquest context en el qual ens movem i no és aliena a la nostra feina.

**Paraules clau:** Discurs social, societat líquida, símptoma social

## RESUMEN

El discurso socio cultural influye en el comportamiento de los seres humanos y, de algún modo, también en su subjetividad. En nuestro ejercicio profesional cotidiano, atendiendo en nuestras consultas, servicios e instituciones, se observa cómo en los últimos años se ha ido acrecentando un determinado tipo de problemáticas emocionales que evidencian un denominador común - además de los factores intrínsecos de la historia personal de cada individuo- un malestar que aparece como síntoma social derivado de una disolución de referentes que, desde una óptica sociológica, confluyen en lo que Bauman denominó "sociedad líquida". La labor preventiva, entonces, adquiere relevancia en este contexto en que nos movemos y no es ajena a nuestra labor.

**Palabras clave:** Discurso social, sociedad líquida, síntoma social

## ABSTRACT

Socio-cultural discourse influences the behavior of human beings and in some way also their subjectivity. In our daily professional practice attending to our consultations, services and institutions, it is observed how in the last years a certain type of emotional problems has been increasing, evidencing a common denominator – in addition to the intrinsic factors of the personal history of each individual – a discomfort that appears as a social symptom derived from a dissolution of referents that, from a sociological perspective, converge in what Bauman called "liquid society". Preventive work, then, becomes relevant in this context in which we operate and is not alien to our work.

**Keywords:** Social discourse, liquid society, social symptom

## ***Introducción***

Es sabido que la influencia del contexto social y cultural origina una resonancia en la vida psíquica de las personas en todas las épocas, como admitía Freud a pesar de remarcar el acento en la actividad pulsional. El conjunto de valores, normativas, costumbres o creencias contribuye a la percepción de la realidad que circunda al sujeto y al modo de interactuar con los otros. Cada comunidad genera y establece un conjunto de creencias en las que se halla situada la persona y que afecta la dimensión de su vida cotidiana en relación a sus proyectos, anhelos, criterios, escala de valores y la forma de expresarlos.

En la actualidad percibimos, como profesionales, unas variables que inciden en la vida de los sujetos que acuden a nuestras consultas o centros de atención en los que trabajamos. Podrían citarse muchos ejemplos que tienen un denominador común: la inestabilidad referida al mundo laboral, la vivienda, las relaciones personales, los vínculos afectivos, la escala de valores ... Esta inestabilidad estable, aunque resulte paradójico, repercute, si no a la disolución, al debilitamiento de referentes que se precisan como un GPS para el desarrollo vital.

Hemos de ser conscientes de que, en la confluencia entre el contexto socio-cultural y la historia personal de los sujetos, se constituye la percepción que tenemos de la propia identidad y de las relaciones con los otros.

Zygmunt Bauman, eminente sociólogo, conceptualizó lo que denominó "sociedad líquida". La definió como una sociedad caracterizada por una disolución de lo "sólido, sociedad de la desconexión de los vínculos entre las elecciones individuales y los proyectos y acciones colectivas - las estructuras de comunicación y coordinación entre las políticas de vida individuales y las acciones políticas colectivas" - y cita a J. Rutherford cuando menciona las "instituciones zombis, vivas y muertas" (Bauman, 2003, págs. 12), nombrando a la familia y al vecindario como ejemplos. El individuo no es un bien en sí mismo sino para el sistema, un sistema diluyente.

Sabemos que la estabilidad no es un concepto cerrado, ya que de forma completa no existe. La vida comporta cambios y exigencias de adaptación a nuevas situaciones vitales, pero se distingue del discurso que plantea la vida en dirección a la inestabilidad y, a su vez, lo presenta como valor. La frase en boga de: "salir de la zona de confort", divulgada y presentada como un avance, utilizada con frecuencia por expertos en inteligencia emocional, coaches o similares, es un reflejo del empuje a la inestabilidad que conecta muy bien con la liquidez - por cierto, término también utilizado en economía- a la que me refiero.

Desde nuestra formación y metodología de trabajo, con sus diversas variantes y opciones, pero nutriéndose de la teoría psicoanalítica, constatamos que a pesar de la corriente actual hacia una simplificación de los procesos psicológicos, el sujeto del inconsciente pugna por hacerse escuchar por medio del malestar, ya sea en el plano emocional o implicando al organismo. Habla y busca respuestas que lo interpreten.

### **Los malestares emocionales: la intersección de la historia individual i la influencia del discurso social**

Como es sabido desde nuestro ejercicio profesional y nuestra formación, la historia individual de las personas desde su nacimiento - e incluso antes - influye de algún modo





y grado en el psiquismo de los individuos, la autopercepción, la percepción de la realidad externa y su forma de interactuar con los otros. El discurso social no es ajeno tampoco a estos procesos.

En la sociedad actual el discurso social actúa también a través de las tecnologías. Redes sociales tales como Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp, apps, etc. transmiten formas de actuar, valores, contravalores y tienen la doble vertiente de favorecer la comunicación, pero también de deformarla, sociabilizar, pero también de forma paradójica, aislar, mostrar y mostrarse, pero a la vez diluir la distancia entre lo privado y lo público, favorecer grupos de intercambio y cohesión y, a la vez, propagar la difamación o la crítica o, en extremos, los insultos despiadados detrás del anonimato.

Este nuevo contexto influye y afecta el psiquismo, la personalidad y los comportamientos de nuestros pacientes o consultantes. Como muestra, la rapidez y facilidad con que discurren las comunicaciones, van en dirección contraria a la reflexión básica necesaria que requiere, por ejemplo, escribir una carta -ya en desuso- o, incluso, un simple correo electrónico.

Por tanto, en la intersección de la historia individual de las personas y de la influencia del contexto sociocultural, se irán entretejiendo las expectativas, actitudes, fantasías,

pensamientos que se inclinarán a generar bienestar, falso bienestar o malestar.

Cuando nos consultan respecto al malestar que prepondera en sus vidas, o cuando ni siquiera son conscientes aún de ello, nuestra posición ética nos conduce a preguntarnos y preguntarle al sujeto sobre el posible origen del sufrimiento, de los obstáculos que interfieren en el fluir de sus deseos, su potencial creativo, su capacidad para legitimarse frente a la vida con todo lo que ello comporta.

Desde la psicología dinámica, el psicoanálisis, se formulan preguntas partiendo de la base de la existencia del inconsciente que condiciona la subjetividad.

## ***Las mujeres***

No podemos obviar que las mujeres, como colectivo, tienen factores específicos a considerar y, de hecho, se constata en las sesiones que, muchas de ellas, están afectadas psicológicamente por condicionantes socio ambientales tales como: la dificultad de conciliación de la vida familiar y laboral, y la complicada doble conciliación con sus espacios propios, ya que como colectivo ha recibido, y aún recibe, el mensaje de ser las cuidadoras, por excelencia, con el agravante de no haber aprendido a cuidarse suficientemente a sí mismas por mandato de género, lo cual desequilibra la balanza y produce consecuencias no beneficiosas en su salud psíquica y física.

Por otra parte, los roles asignados a las mujeres socialmente se han ido modificando progresivamente en la cultura occidental en aras de criterios que favorecen derechos igualitarios: mayor acceso a niveles académicos, responsabilidad y equidad en puestos laborales, acceso a la planificación familiar, etcétera, etcétera. Pero de forma paradójica, las mujeres en la realidad cotidiana, del día a día, tienden a sumar roles en vez de deshacerse de unos para sustituirlos por otros. Así la sobre exigencia se multiplica y se añade a un arquetipo de superyó femenino de por sí bastante penalizador.

En relación al ejercicio de la maternidad, surgen voces que cuestionan la idealización maternal (club de moda de las denominadas **malas madres**, por ejemplo, que sacuden exitosamente las redes sociales y ventas de libros), pero las alternativas que abanderan suelen irse al otro extremo sin poder - o querer asumir - públicamente el reconocimiento de la gran responsabilidad que implica ejercer la crianza de los hijos desde la posición materna - y por supuesto paterna - y, a la vez, otorgarse un espacio propio interno ya que, además de madres y por encima de ello, son mujeres.

Las técnicas de reproducción asistida se han generalizado hasta el punto de que los procesos en los que intervienen donantes de óvulos o de esperma son frecuentes. Pero esta generalización no ha ido en paralelo con una cultura de cómo gestionar la dimensión emocional en los sujetos implicados, a diferencia de la adopción en que el tabú acerca del origen está prácticamente eliminado de la sociedad.

En relación a la maternidad subrogada (vientres de alquiler), no permitido en el estado español, la cuestión es aún más compleja ya que un colectivo de mujeres, generalmente muy precarizadas, se presta -no precisamente por causas filantrópicas- a gestar hijos para otras u otros, todo ello sin haber analizado en profundidad las posibles consecuencias en la construcción de la identidad de los menores.

El hilo conductor de tales prácticas, aplicable también a otras manifestaciones de esta sociedad líquida, es, como en el discurso de lo social, el poder acceder a TODO sin límites.

Las relaciones de pareja cada vez se viven más como exentas de compromiso, las separaciones son más frecuentes y en breve plazo de tiempo dentro de la convivencia, cuando aparece el hastío o surgen las primeras discrepancias. Cuando existen hijos fruto de la unión, estos pasan a sistemas calificados de custodia compartida, o como si lo fuera en la práctica, sin que se valoren previamente factores tales como: existencia de violencia física, violencia psicológica, capacidad de cuidar debidamente por parte de la figuras parentales y, lo principal, la edad y etapa evolutiva de los menores, que no deben ser transportados de una vivienda a otra, con pernoctaciones incluidas, cada pocos días e incluso día sí, día no, generando en los menores desorientación y confusión internas en etapas en las que hay que potenciar la estabilidad.

## ***Los hombres***

Los hombres han de modificar roles arcaicos que, a la vez que oprimen a las mujeres con el mantenimiento del sistema patriarcal, los oprimen de otra forma a ellos mismos. Ser siempre los fuertes y los líderes, obligatoriamente, pasa factura; situarse lejos de las expresiones emocionales cansa. Pero, ¿qué tipo de masculinidad están buscando? Unos se refugian en los arquetipos clásicos que son aparentemente seguros por antigüedad e implican dominio, autoritarismo en el ámbito familiar y de pareja. Otros se hallan inseguros en su identidad y el tambaleo les conduce a cargarlas a ellas con un exceso de responsabilidades y decisiones en lo doméstico u otros ámbitos, ocupando un lugar dependiente, infantiloides y a la vez exigente-controlador. Otros se decantan por distanciarse afectivamente de ellas con posicionamiento misógino. Los más lúcidos no renuncian a una masculinidad creativa desde la empatía.

Variantes de las relaciones amorosas tales como: la promoción por los medios de comunicación del poliamor, la teoría *queer* o la del género fluido son una lluvia fina que va calando progresivamente y de la mano del capitalismo neoliberal.

Una vez más comprobando que la historia familiar e individual siempre están presentes e influyentes, a través de sus modelos parentales, y mezcladas con los nuevos patrones de conducta también en línea de lo fluido.

## ***La infancia-adolescencia y la familia***

La infancia se extiende, según se explica en la descripción de las etapas psicoevolutivas, hasta los 11/12 años en que empieza la pubertad. Sabemos por Winnicott, y otros referentes básicos en psicología infantil, que el acceso al juego simbólico es imprescindible para ir transitando fases. Pues bien, la infancia, entendida como fase de la vida en que se establecen las bases de la futura identidad, se ve recortada en la actualidad, podría decirse torpedeada por:

- El abandono prematuro del juego simbólico sustituido por juegos pautados - no solo de mesa que deben tener su espacio en el mundo lúdico infantil - sino por la tecnología utilizada por los adultos (bebés a los que sus padres tratan de calmar con la

manipulación de un móvil en sus cochecitos) sin preguntarse por los posibles efectos en su sistema neurológico. Además, los menores han de atravesar inevitablemente situaciones que comportan frustración para lograr un adecuado desarrollo psico-madurativo. Si los padres calman de forma inmediata sus demandas con el acceso fácil a pantallas de todo tipo, impiden que se lleve a cabo ese proceso y le muestran una imagen distorsionada de la vida real.

- Estar expuestos a estímulos visuales y auditivos de tipo sexual produciendo excitación sexual precoz: lenguaje inadecuado, imágenes, anuncios en horarios infantiles, calificaciones por edades de series o películas que no se corresponden en absoluto al nivel de entendimiento esperado..., que no pueden ni saben procesar todavía adecuadamente.
- Presentar y promocionar mediante concursos infantiles que son un “copia y pega” de los de adultos, de modelos competitivos: master chef, la voz Kid, etc. favoreciendo comportamientos de extrema rivalidad entre ellos y mostrando el acceso fácil al éxito, maquillado de afán de superación. Éste es un enfoque simplista y con un modelo de programa generalizado a diversos países con lo que su influencia es de carácter masivo a la población infantil.
- En la cercanía de la pre pubertad y la pubertad, así como en la adolescencia, etapas de por sí vulnerables, cambiantes y que comportan crisis, se siembran dudas desde un discurso político-ideológico determinado respecto a su identidad básica en construcción, que no hay que confundir con la reivindicación de derechos legítimos de determinados colectivos, presionando, a menudo, a partir de orientaciones sexuales temporales hacia su mismo sexo, a que sean definitivas e, incluso, a situarlos en el ámbito del transgénero desde las etapas infantiles.
- La proliferación en la etapa adolescente de sostener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas sin que, a nivel psicoafectivo, exista una preparación adecuada que no avanza en paralelo con el desarrollo orgánico, quedando expuestos y expuestas a una especie de “burnout” sexual, no procesado emocionalmente, ya que la sexualidad se presenta socialmente y, de forma frecuente en el discurso social, desvinculada de la afectividad.

### ***La voz de los profesionales psi***

La voz de los profesionales Psi frente a este estado de cosas no puede ni debe quedar silenciada, la posición ética que nos interpela nos conduce a cada uno de nosotr@s a la observación, reflexión y expresión de advertencias en el área no solo del ejercicio profesional, desde la atención y los tratamientos, sino de la prevención.

En esta época que estamos atravesando en que los efectos de la globalización se han hecho patentes también en la propagación del corona virus, generando un plus añadido de malestar a nivel masivo y en la población más vulnerable psicológicamente, se pone al descubierto que la ficción del lema prepotente: “accedamos a todo”, que pretende convertir a cada persona en un Dios, negando la dimensión interdependiente de los seres humanos, sus límites y su necesidad de estabilidad en la construcción y mantenimiento de vínculos, no se sostiene.

Nuestra actividad profesional tiene diversas vertientes. Aunque la más frecuente consiste en atender a las personas de forma individual o grupal en encuadres de psicoterapia o psicoanálisis, en nuestras consultas privadas o en ámbitos institucionales, también disponemos de plataformas de expresión a través de las supervisiones, la docencia, la escritura, las conferencias, mesas redondas en jornadas, los medios de comunicación... En esos foros podemos dar a conocer nuestras observaciones sobre los obstáculos que a nivel general pueden producir o incrementar malestar o sintomatología en la población, y cuales podrían ser los enfoques que mejorasen la salud psicológica en general.

En la atención individual también la prevención es un acto profesional en sí mismo. La dirección de la cura tiende a prevenir mayores padecimientos, o el enquistamiento de los que ya existen, y también conlleva el deber ético de prevenir a los pacientes de las consecuencias de según que actos o estilos de vida.



## **Bibliografía**

**Bauman, Z.** (2003) *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica, México, 2015

**Cánovas, G.** *El oficio de ser madre*. Ed. Paidós, 2010

**Cánovas, G.** *¿Transgénero en la infancia?* En Revista Mujer y Salud, nº 47, 2020

Entrevista a Marie France Hirigoyen en Revista del País semanal, 14 de Marzo del 2020

VERSIÓ EN CATALÀ

# LA IMPORTÀNCIA DE LA PREVENCIÓ A NIVELL PSICOLÒGIC EN UN CONTEXT DE SOCIETAT LÍQUIDA

*Gemma Cánovas Sau*  
*Psicòloga Clínica-Psicoterapeuta. Psicoanalista*

## RESUM

El discurs sociocultural influeix en el comportament dels éssers humans i, d'alguna manera, també en la seva subjectivitat. En el nostre exercici professional quotidià, atenent en les nostres consultes, serveis i institucions, s'observa com en els darrers anys s'ha anat incrementant un determinat tipus de problemàtiques emocionals que evidencien un denominador comú – a més dels factors intrínsecs de la història personal de cada individu – un malestar que apareix com un símptoma social derivat d'una dissolució de referents que, des d'una òptica sociològica, conflueixen en allò que Bauman denominà "societat líquida". La tasca preventiva, llavors, adquireix rellevància en aquest context en el qual ens movem i no és aliena a la nostra feina.

**Paraules clau:** Discurs social, societat líquida, símptoma social

## RESUMEN

El discurso sociocultural influye en el comportamiento de los seres humanos y, de algún modo, también en su subjetividad. En nuestro ejercicio profesional cotidiano, atendiendo en nuestras consultas, servicios e instituciones, se observa cómo en los últimos años se ha ido acrecentando un determinado tipo de problemáticas emocionales que evidencian un denominador común - además de los factores intrínsecos de la historia personal de cada individuo - un malestar que aparece como síntoma social derivado de una disolución de referentes que, desde una óptica sociológica, confluyen en lo que Bauman denominó "sociedad líquida". La labor preventiva, entonces, adquiere relevancia en este contexto en que nos movemos y no es ajena a nuestra labor.

**Palabras clave:** Discurso social, sociedad líquida, síntoma social

## ABSTRACT

Socio-cultural discourse influences the behavior of human beings and in some way also their subjectivity. In our daily professional practice attending to our consultations, services and institutions, it is observed how in the last years a certain type of emotional problems has been increasing, evidencing a common denominator – in addition to the intrinsic factors of the personal history of each individual – a discomfort that appears as a social symptom derived from a dissolution of referents that, from a sociological perspective, converge in what Bauman called "liquid society". Preventive work, then, becomes relevant in this context in which we operate and is not alien to our work.

**Keywords:** Social discourse, liquid society, social symptom

## ***Introducció***

És conegut que la influència del context social i cultural origina una ressonància en la vida psíquica de les persones en totes les èpoques, com admetia Freud malgrat posar l'accent en l'activitat pulsional. El conjunt de valors, normatives, costums o creences contribueix a la percepció de la realitat que envolta al subjecte i a la manera d'interactuar amb els altres. Cada comunitat genera i estableix un conjunt de creences en les que es troba situada la persona i que afecta la dimensió de la seva vida quotidiana en relació als seus projectes, anhels, criteris, escala de valors i la forma d'expressar-los.

A l'actualitat percebem, com professionals, unes variables que incideixen en la vida dels subjectes que venen a les nostres consultes o centres d'atenció en els que treballem. Podrien citar-se molts exemples que tenen un denominador comú: la inestabilitat referida al món laboral, l'habitatge, les relacions personals, els vincles afectius, l'escala de valors... Aquesta inestabilitat estable, tot i que sembla paradoxal, repercuteix, si no a la dissolució, al debilitament de referents que es necessiten com un GPS pel desenvolupament vital.

Hem de ser conscients que, en la confluència entre el context soci-cultural i la història personal dels subjectes, es constitueix la percepció que tenim de la pròpia identitat i de les relacions amb els altres.

Zygmunt Bauman, eminent sociòleg, conceptualitzà el que va denominar "societat líquida". La va definir com una societat caracteritzada per una dissolució d'allò "sólido, sociedad de la desconexión de los vínculos entre las elecciones individuales y los proyectos y acciones colectivas – las estructuras de comunicación y coordinación entre las políticas de vida individuales y las acciones políticas colectivas"- i cita a J. Rutherford quan menciona les "instituciones zombis, vivas y muertas", anomenant a la família i al veïnat com exemples (Bauman,2003, pàgs.12). L'individu no és un bé en si mateix sinó pel sistema, un sistema diluent.

Sabem que l'estabilitat no és un concepte tancat, ja que de forma completa no existeix. La vida comporta canvis i exigències d'adaptació a noves situacions vitals, però es distingeix del discurs que planteja la vida en direcció a la inestabilitat i, a la vegada, el presenta com un valor. La frase de moda: "sortir de la zona de confort", divulgada i presentada com un avenç, utilitzada amb freqüència per experts en intel·ligència emocional, coachs o similars, és un reflex de l'empenta a la inestabilitat que connecta molt bé amb la liquiditat – per cert, és un terme també utilitzat en economia – a la que em refereixo.

Des de la nostra formació i metodologia de treball, amb les seves diverses variants i opcions, però nodrint-se de la teoria psicoanalítica, constatem que malgrat el corrent actual cap una simplificació dels processos psicològics, el subjecte del inconscient pugna per fer-se escoltar mitjançant el malestar, ja sigui en el pla emocional o implicant l'organisme. Parla i busca respostes que l'interpretin.

### **Els malestars emocionals: la intersecció de la història individual i la influència del discurs social**

Com és sabut des del nostre exercici professional i la nostra formació, la història individual de les persones des del seu naixement - i fins i tot abans- influeix d'alguna manera i grau en el psiquisme dels individus, l'autopercepció, la percepció de la realitat externa i la seva forma d'interactuar amb els altres. El discurs social tampoc és aliè a aquests processos.



A la societat actual el discurs social actua també mitjançant les tecnologies. Xarxes socials tals com Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp, apps, etc. transmeten formes d'actuar, valors, contravalors i tenen el doble vessant d'afavorir la comunicació, però també de deformar-la, socialitzar, però també de forma paradoxal, aïllar, mostrar i mostrar-se, però a la vegada diluir la distància entre allò privat i allò públic, afavorir grups d'intercanvi i cohesió i, a la vegada, propagar la difamació o la crítica o, in extremis, els insults despietats darrera l'anonimat.

Aquest nou context influeix i afecta el psiquisme, la personalitat i els comportaments dels nostres pacients o consultants. Com a mostra, la rapidesa i facilitat amb que discorren les comunicacions, van en direcció contrària a la reflexió bàsica necessària que requereix, per exemple, escriure una carta – ja en desús – o, fins i tot, un simple correu electrònic.

Per tant, en la intersecció de la història individual de les persones i de la influència del context sociocultural, s'aniran entreteixint les expectatives, actituds, fantasies, pensaments que s'inclinaran a generar benestar, fals benestar o malestar.

Quan ens consulten respecte al malestar que prepondera en les seves vides, o quan ni tan sols són conscients encara d'això, la nostra posició ètica ens condueix a preguntar-nos i preguntar-li al subjecte sobre el possible origen del patiment, dels obstacles que



interfereixen en el fluir dels seus desitjos, el seu potencial creatiu, la seva capacitat per legitimitzar-se enfront a la vida amb tot allò que això comporta.

Des de la psicologia dinàmica, la psicoanàlisi, es formulen preguntes partint de la base de l'existència de l'inconscient que condiciona la subjectivitat.

## ***Les dones***

No podem obviar que les dones, com a col·lectiu, tenen factors específics a considerar i, de fet, es constata a les sessions que, moltes d'elles, estan afectades psicològicament per condicionants soci ambientals tals com: la dificultat de conciliació de la vida familiar i laboral, i la complicada doble conciliació amb els seus espais propis, ja que, com a col·lectiu, ha rebut, i encara reben, el missatge de ser les cuidadores, per excel·lència, amb l'agreujant de no haver après a cuidar-se suficientment a si mateixes per mandat de gènere, la qual cosa desequilibra la balança i produeix conseqüències no beneficioses en la seva salut psíquica i física.

Per altra part, els rols assignats a les dones socialment s'han anat modificant progressivament en la cultura occidental en nom de criteris que afavoreixen drets igualitaris: més accés a nivells acadèmics, responsabilitat i equitat als llocs laborals, accés a la planificació familiar, etcètera, etcètera.

Però de forma paradoxal, les dones a la realitat quotidiana, del dia a dia, sumen rols més que no es desfan d'uns per substituir-los per altres. Per la qual cosa, la sobre exigència es multiplica i s'afegeix a un arquetipus de superjò femení de per si prou penalitzant.

En relació a l'exercici de la maternitat, sorgeixen veus que qüestionen la idealització maternal (club de moda de les denominades **males mares**, per exemple, que sacsegen exitosament les xarxes socials i vendes de llibres), però les alternatives que abanderen solen anar-se'n a l'altre extrem sense poder - o voler assumir - públicament el reconeixement de la gran responsabilitat que implica exercir la criança dels fills des de la posició materna - i per suposat paterna - i, a la vegada, atorgar-se un espai propi intern ja que, a més de mares i per sobre d'això, són dones.

Les tècniques de reproducció assistida s'han generalitzat fins el punt que els processos en els que intervenen donants d'òvuls o d'esperma són freqüents. Però aquesta generalització no ha anat en paral·lel amb una cultura de com gestionar la dimensió emocional en els subjectes implicats, a diferència de l'adopció en la qual el tabú envers de l'origen està pràcticament eliminat de la societat.

En relació a la maternitat subrogada (ventres de lloguer), no permès a l'estat espanyol, la qüestió és encara més complexa ja que un col·lectiu de dones, generalment amb molta precarietat, es presta - no precisament per causes filantròpiques - a gestar fills per altres, tot això sense haver analitzat en profunditat les possibles conseqüències en la construcció de la identitat dels menors.

El fil conductor d'aquestes pràctiques, aplicable també a altres manifestacions d'aquesta societat líquida, és, com en el discurs d'allò social, el poder accedir a TOT sense límits.

Les relacions de parella cada cop es viuen més com exemptes de compromís, les separacions són més freqüents i en un breu termini de temps dins la convivència, quan apareix el cansament i la buidor o sorgeixen les primeres discrepàncies. Quan existeixen

fills de la unió, aquests passen a sistemes qualificats de “custòdia compartida”, o com si ho fos a la pràctica, sense que es valorin prèviament factors tals com: existència de violència física, violència psicològica, capacitat de cuidar degudament per part de les figures parentals i, el més important, l'edat i etapa evolutiva dels menors, que no han de ser transportats d'un habitatge a un altre, amb pernoctacions incloses, cada pocs dies i fins i tot dia sí, dia no, generant en els menors desorientació i confusió internes en etapes en les que s'ha de potenciar l'estabilitat.

### ***Els homes***

Els homes han de modificar rols arcaics que, a la vegada que oprimeixen a les dones amb el manteniment del sistema patriarcal, els oprimeixen d'una altra forma a ells mateixos. Ser sempre els forts i els líders, obligatòriament, passa factura; situar-se lluny de les expressions emocionals cansa. Però quin tipus de masculinitat estan buscant? Uns es refugien en els arquetips clàssics que són aparentment segurs per antiguitat i impliquen domini, autoritarisme a l'àmbit familiar i de parella. Altres es troben insegurs en la seva identitat i el balanceig els condueix a carregar-les a elles amb un excés de responsabilitats i decisions en l'àmbit domèstic o en altres àmbits, ocupant un lloc dependent, infantilitzat i, a la vegada, exigent-controlador. Altres es decanten per distanciar-se afectivament d'elles amb posicionament misogin. Els més lúcids no renuncien a una masculinitat creativa des de l'empatia.

Variants de les relacions amoroses tals com: la promoció pels mitjans de comunicació del poliamor, la teoria queer o la del gènere fluid són una pluja fina que va calant progressivament i de la mà del capitalisme neoliberal.

Una vegada més comprovant que la història familiar i individual sempre estan presents e influents, a través dels seus models parentals, i barrejades amb els nous patrons de conducta també en la línia d'allò fluid.

### ***La infància-adolescència i la família***

La infància s'estén, segons el que s'explica a la descripció de les etapes psicoevolutives, fins els onze/dotze anys, moment que comença la pubertat. Sabem per Winnicott, i altres referents bàsics en psicologia infantil, que l'accés al joc simbòlic és imprescindible per anar transitant fases. Doncs bé, la infància, entesa com a fase de la vida en que s'estableixen les bases de la futura identitat, es veu retallada a l'actualitat, es podria dir que és torpedinada per:

- L'abandonament prematur del joc simbòlic substituït per jocs pautats - no només de taula que han de tenir el seu espai en el món lúdic infantil – sinó per la tecnologia utilitzada pels adults (bebès als quals els pares intenten calmar amb la manipulació d'un mòbil en els seus cotxets) sense preguntar-se pels possibles efectes en el seu sistema neurològic. A més, els menors han de travessar inevitablement situacions que comporten frustració per aconseguir un adequat desenvolupament psico-maduratiu. Si els pares calmen de forma immediata les seves demandes amb l'accés fàcil a pantalles de tot tipus, impedeixen que es porti a terme aquest procés i li mostren una imatge distorsionada de la vida real.
- -Estar exposats a estímuls visuals i auditius de tipus sexual produint excitació sexual precoç: llenguatge inadequat, imatges, anuncis en horaris infantils, qualificacions per

edats de sèries o pel·lícules que no es corresponen en absolut al nivell d'enteniment esperat..., que no poden ni saben processar encara adequadament.

- -Presentar i promocionar mitjançant concursos infantils que són un “copia i enganxa” dels que fan els adults, de models competitius: Màster xef, la Voz Kid, etcètera, afavorint comportaments d'extrema rivalitat entre ells i mostrant l'accés fàcil al èxit maquillat d'un afany de superació. Aquest és un enfoc simplista i amb un model de programa generalitzat a diversos països amb la qual cosa la seva influència és de caràcter massiu a la població infantil.
- Al voltant de la pre- pubertat i la pubertat, així com a l'adolescència, etapes de per si vulnerables, canviant i que comporten crisi, es fomenten dubtes des d'un discurs polític-ideològic determinat respecte a la seva identitat bàsica en construcció, la qual cosa no s'ha de confondre amb la reivindicació de drets legítims de determinats col·lectius, pressionant sovint a partir d'orientacions sexuals temporals envers el seu mateix sexe, a que siguin definitives i, fins i tot, a situar-los a l'àmbit del trans-gènere des de les etapes infantils.
- La proliferació a l'etapa adolescent de sostenir relacions sexuals a edats cada vegada més primerenques sense que, a nivell psicoafectiu, existeixi una preparació adequada que no avança en paral·lel amb el desenvolupament orgànic, quedant exposats i exposades a una espècie de “burnout” sexual no processat emocionalment, ja que la sexualitat es presenta socialment i, de forma freqüent en el discurs social, desvinculada de l'afectivitat.



## ***La veu dels professionals psi***

La veu dels professionals Psi davant d'aquest estat de coses no pot ni ha de quedar silenciada, la posició ètica que ens interpel·la ens condueix a cadascú de nosaltres a l'observació, reflexió i expressió d'unes advertències a l'àrea no només de l'exercici professional, des de l'atenció i els tractaments, sinó de la prevenció.

En aquesta època que estem travessant en que els efectes de la globalització s'han fet palesos també en la propagació del coronavirus, generant un plus afegit de malestar a nivell massiu i en la població més vulnerable psicològicament, es posa al descobert que la ficció del lema prepotent: "accedim a tot", que pretén convertir a cada persona en un Déu, negant la dimensió interdependent dels essers humans, els seus límits i la seva necessitat d'estabilitat en la construcció i manteniment de vincles, no es sosté.

La nostra activitat professional té dos vessants. Tot i que la més freqüent consisteix en atendre les persones de forma individual o grupal, en enquadraments de psicoteràpia o psicoanàlisi, en les nostres consultes privades o en àmbits institucionals, també disposem de plataformes d'expressió a través de les supervisions, la docència, l'escriptura, les conferències, taules rodones en jornades, mitjans de comunicació... En aquests fòrums podem donar a conèixer les nostres observacions sobre els obstacles que, a nivell general, poden produir o incrementar °malestar o simptomatologia a la població i quins podrien ser els enfocaments que milloressin la salut pública.

## **Bibliografia**

**Bauman, Z.** (2003) *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica, México, 2015

**Cánovas, G.** *El oficio de ser madre*. Ed. Paidós, 2010

**Cánovas, G.** *¿Transgénero en la infancia?* En Revista Mujer y Salud, nº 47, 2020

Entrevista a Marie France Hirigoyen en Revista del País semanal, 14 de Marzo del 2020

# PSICOTERÀPIA DIGITAL: IMPLICACIONS DE LES NOVES TECNOLOGIES EN LA SALUT MENTAL

*Susanna Tres Coca*

*Psicòloga sanitària. Psicoterapeuta per la FEAP  
Treballa a la seva consulta privada i a la clínica Sant Jordi de  
Barcelona  
www.susannatres.com*

---

## RESUM

Internet i les noves tecnologies de la informació i la comunicació impacten de manera molt complexa en com ens relacionem i vivim la pròpia subjectivitat. En els últims temps, les pantalles han guanyat espais en tots els àmbits de la societat. Els professionals de la salut mental tenim un paper important a l'hora de conèixer els efectes de les innovacions tecnològiques. Ens preocupa com el seu ús afecta el desenvolupament mental, la vivència de la identitat, de la sexualitat, de la intimitat, de la llibertat i la seguretat. Es mostren unes vinyetes clíniques sobre les implicacions de la comunicació online en psicoteràpia. S'analitzen avantatges i desavantatges de la psicoteràpia online.

**Paraules clau:** Internet i tecnologies de la informació i comunicació (TICs), sistema capitalista patriarcal, espai transicional, addiccions, comunicació online, psicologia online, psicoteràpia mediada per la tecnologia (PMT).

## RESUMEN

Internet y las nuevas tecnologías de la información y la comunicación impactan de manera muy compleja en cómo nos relacionamos y vivimos la propia subjetividad. En los últimos tiempos, las pantallas han ganado espacios en todos los ámbitos de la sociedad. Los profesionales de la salud mental tenemos un papel importante a la hora de conocer los efectos de las innovaciones tecnológicas. Nos preocupa como su uso afecta el desarrollo mental, la vivencia de la identidad, de la sexualidad, de la intimidad, de la libertad y la seguridad. Se muestran unas viñetas clínicas sobre las implicaciones de la comunicación online en psicoterapia. Se analizan ventajas y desventajas de la psicoterapia online.

**Palabras clave:** Internet y tecnologías de la información y comunicación (TICs), sistema capitalista patriarcal, espacio transicional, adicciones, comunicación online, psicología online, psicoterapia mediada por la tecnología (PMT).

## ABSTRACT

The Internet and new information and communication technologies have a very complex impact on how we relate and live our own subjectivity. In recent times, screens have gained space in all areas of society. Mental health professionals have an important role to play in understanding the effects of technological innovations. We are concerned about how its use affects mental development, the experience of identity, sexuality, intimacy, freedom and security. Clinical vignettes are shown on the implications of online communication in psychotherapy. The pros and cons of online psychotherapy are discussed

**Keywords:** Internet and information and communication technologies (ICTs), patriarchal capitalist system, transitional space, addictions, online communication, online psychology, technology-mediated psychotherapy (PMT).

Amb la ràpida expansió i accés massiu a Internet i les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), s'ha modificat indubtablement la nostra manera d'aprendre, relacionar-nos i viure'ns. La capacitat per crear tecnologia que ha tingut l'ésser humà al llarg de la seva història (des del foc, a l'agricultura, l'escriptura fins l'electricitat), ens ha fet evolucionar com a espècie. Sempre hi ha hagut una resistència en acceptar el que és nou, ja que amb els guanys venen també les renúncies. Però actualment els canvis, amb els guanys, renúncies i riscos, són tan ràpids que ens falta temps per fer-los conscients i gestionar-los. Més que mai ens cal parar i reflexionar sobre la tecnologia, la societat i els seus efectes en l'individu.

Començant per la principal innovació tecnològica, Internet, una xarxa d'informació distribuïda a través de connexions horitzontals que permet a qualsevol individu d'accedir i a la vegada crear continguts. El seu potencial creatiu, que podria estar a l'abast de tothom, ens podria ajudar a estar més a prop els uns amb els altres i solucionar els problemes que tenim com a societat. Però ni Internet està a l'abast de tothom, a causa de les desigualtats socioeconòmiques que hi ha al món, ni sovint ens ajuda de forma positiva a causa dels mals usos que se'n fa.

Malauradament, l'ús de la xarxa no beneficia a tothom per igual, inclús perjudica moltes persones, sobretot en l'àmbit de la salut mental. Un nombre relativament petit d'empreses controlen i manipulen totes les dades amb fins comercials i polítics. Les nostres interaccions i moviments queden gravats i aquestes dades alimenten algoritmes ocults que dirigeixen les nostres cerques. Aquests poders també inunden les xarxes amb fake news i continguts amb valors que promouen l'individualisme i els prejudicis. Així doncs, si no podem regular aquestes males pràctiques, el nostre benestar individual i col·lectiu, quan usem els dispositius online, inevitablement queda malmès.



És habitual trobar-se a les consultes de salut mental persones de qualsevol edat que manifesten tenir problemes perquè passen massa temps connectades a xarxes socials, videojocs o plataformes audiovisuals. I és que totes les aplicacions que tenim als nostres dispositius electrònics estan pensades perquè hi passem el màxim de temps possible. Amb el sistema d'interaccions, com per exemple les notificacions, els likes, o el guany i pèrdua de followers, rebem reforços curiosament dissenyats per equips d'experts, per tal que quedem enganxats. S'exploten les vulnerabilitats humanes per alimentar un sistema molt poc humanista.

Amb aquest panorama tan poc esperançador, venen ganes de desconnectar definitivament i desentendre's de la tecnologia. Però la tecnologia no és el problema sinó el mal ús que se'n fa. Sense anar més lluny, ara amb el confinament per la pandèmia, la tecnologia ha fet possible no quedar aïllats a la vegada que hem pogut compartir i organitzar-nos per donar i rebre suport. Hem descobert els avantatges de la comunicació a-temporal i deslocalitzada i hem hagut d'aprendre a relacionar-nos en 2 dimensions. Molta més gent ha descobert la curiosa sensació que el dispositiu electrònic forma part d'un mateix. I és que és possible compartir emocions i vincular-nos a través de la pantalla.

L'espai virtual té molt en comú amb l'espai transicional, en el sentit que no és veritablement intern, però vincula alguna cosa entre la realitat exterior i el món intern (Gabbard, 2001). Quan estem en una videotrucada ens acostem a la pantalla per estar més a prop de l'altre. A l'espai virtual es donen fenòmens transicionals com la comunicació, el joc o la creativitat, amb característiques que dependran, a més de l'estructura psíquica i capacitats relacionals dels subjectes, també dels seus coneixements tècnics i de les característiques de la tecnologia.

A l'espai virtual existeix l'anomenat efecte pantalla o de desinhibició, que pot facilitar l'expressió d'aspectes reprimits tant en l'àmbit individual com en l'àmbit de grup. Un exemple de fenomen que s'ha donat per l'efecte pantalla és el conegut #MeToo, que ha ajudat individus i grups a comunicar els abusos sexuals patits, amb un potencial sanador a escala planetària. Però per altra banda, aquestes valuoses comunicacions poden quedar exposades al buit o a respostes inadequades, amb el possible efecte retraumatitzador per la persona que les expressa. També ens trobem que a l'espai virtual és més fàcil l'expressió d'aspectes violents, enganys i valors negatius.

Una altra característica de la comunicació online, és que es poden projectar diferents parts de nosaltres mateixos en diferents espais del món virtual, produint o mantenint una fragmentació del jo. Seria el cas d'una persona que, de forma més o menys dissociada, a la vegada és agressiva per una reivindicació a Twitter, participa en un fòrum de suport mutu per un dol i gestiona un perfil per tenir contactes sexuals a Tinder. Així doncs, tant per l'efecte pantalla, per la fragmentació, i per totes les interferències que hi ha a Internet, es fa molt necessari que en algun lloc d'espai, virtual i/o real, hi hagi algú que reculli aquestes comunicacions, posi uns límits, i ajudi a elaborar-les i integrar-les.

Cuidar la salut de les persones en el ciberespai pot ser un repte pels psicoterapeutes del món actual. Per això ens cal conèixer i saber-nos moure en aquest món. En el moment en què els psicòlegs comencem a usar la tecnologia, ens trobem amb un apassionant món ple de possibilitats per descobrir. Les característiques de la comunicació online faciliten la intervenció amb persones que estan aïllades per motius geogràfics, socials o psicològics. També podem fer ús terapèutic de les experiències dins de la xarxa. I podem tractar als pacients en els seus espais domèstics, amb els familiars i les mascotes.

La Núria, de 10 anys, que feia tractament presencial per símptomes depressius i ansietat, a les sessions online estava amb el seu gat. Ella, des de ben al principi, es va sentir còmoda, ja que estava familiaritzada a jugar en línia. Mostrava una gran dependència amb el gat, el buscava per amanyagar-lo mentre m'explicava com n'era d'afectuós. I seguidament s'hi enfadava quan l'animal fugia o bufava, llavors deia que era un dimoni i que estava boig. El gat va integrar-se en el tractament i ens va ajudar a trobar noves formes de relació. No hauria pogut comptar amb aquesta co-teràpia tan valuosa al meu despatx.

La Núria era i és molt tímida i li costava relacionar-se cara a cara. Al despatx fèiem servir material per dibuixar, pintar i modelar. Quan vam començar a veure'ns online ja no li podia oferir aquest material i, quan no hi era el gat, la nena marxava a la cuina a agafar menjar, o es movia per l'habitació, sortint del meu camp de visió. Tot i que l'online era per ella una forma habitual d'estar amb els amics, experimentava malestar per haver perdut la sessió presencial. Un dia, per error, vaig clicar alguna cosa i li vaig fer una foto. Ella em va explicar divertida què havia clicat, fent-me'n una a mi. Vam riure i així va començar un joc, que consistia a enviar-nos fotografies o àudios que trobàvem per la xarxa.

Les sessions online ens obren a experiències que no tindríem en una sessió virtual. A la videotrucada ens trobem amb un pla molt proper i detallat de la cara i tors de la persona, que hem d'aprendre a observar per captar la informació que necessitem per sintonitzar-hi. Necessitem evocar la presència física a través de la informació que captem (gestualitat, to de veu, respiració, moviments...). També evoquem la presència física de les vivències d'encontres presencials anteriors, a través de la representació mental que tenim de l'altre. Això no és possible quan la teràpia comença online.

El procés terapèutic d'en Pedro, de 40 anys, va començar online. Venia perquè estava molt aïllat després d'haver tingut problemes greus amb l'alcohol i la justícia. El primer contacte per Skype va ser difícil perquè no li sortien les paraules. Es mostrava nerviós i evitava mirar als ulls, en aquell moment vaig pensar que la pantalla l'ajudava. Fent ressò del seu patiment i acompanyant-lo amb el seu relat, a poc a poc va anar mirant més, explicant la seva experiència, les seves emocions i anhels.

Quan ens trobem per primera vegada a la consulta, me n'adono que s'ha esvaït la confiança guanyada en les sessions anteriors. Torna a defugir la mirada i ja no somriu. A mi també em costa assumir que en Pedro va amb aquell cos alt i robust. La presència del cos fa més real una intimitat que s'ha construït en i amb els límits del ciberespai. Li comento que es fa estrany veure'ns a la realitat física, com si fos el primer dia, quan ja feia molts dies que ens trobàvem i havíem compartit tantes coses. En Pedro prefereix les consultes online, que el fan sentir més segur. Formarà part del seu procés terapèutic anar fent trobades presencials a la vegada que pugui teixir una xarxa de relacions en el món real.

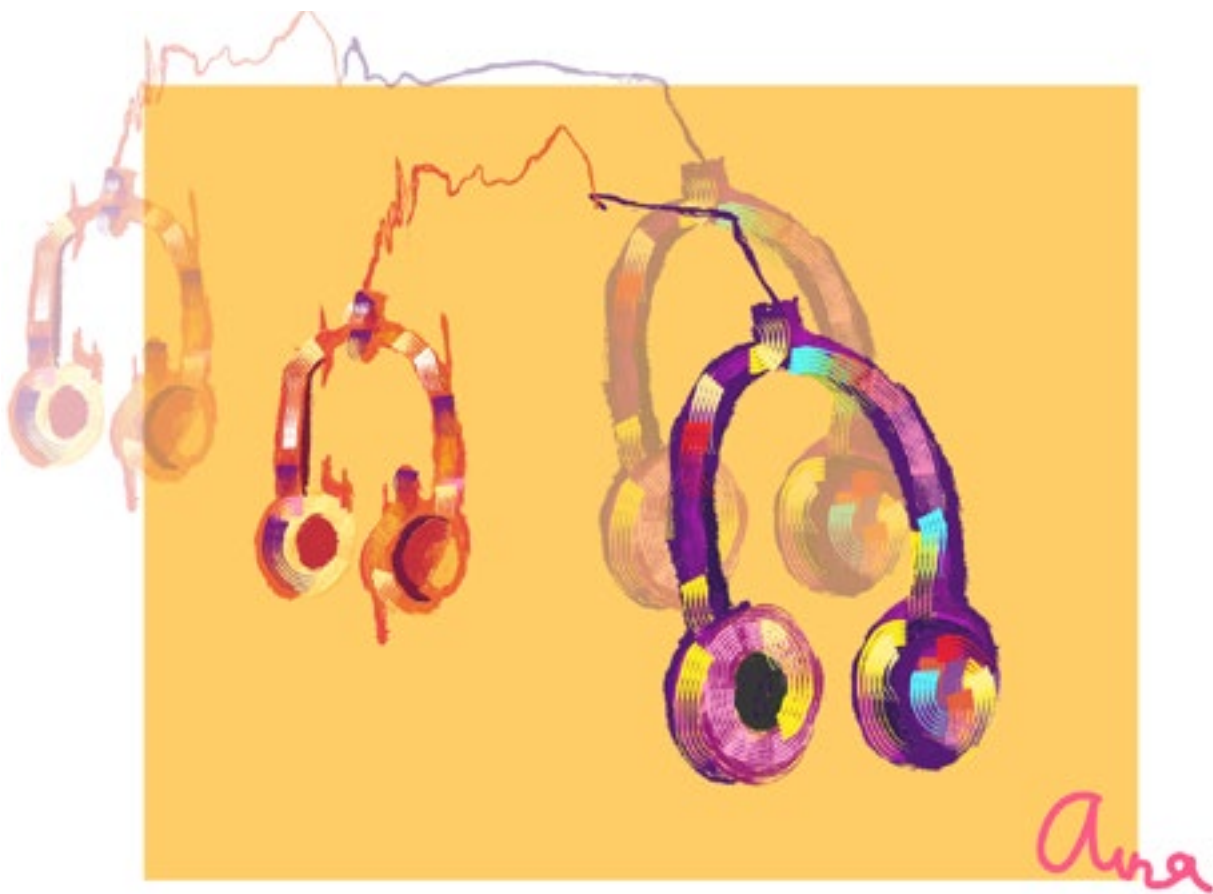
La falta de presència física pot fomentar la idealització i alterar la vivència de la intimitat. Com que les condicions de la realitat es perceben de forma diferent en una trobada online, es poden arribar a confondre els rols i es poden alimentar fantasies de fusió amb el perill d'acting dels impulsos. Però, a la vegada, la distància virtual pot facilitar el primer contacte i el procés de vinculació a persones molt aïllades a qui costa el contacte directe, com va passar amb en Pedro. Amb acostaments presencials progressius, es poden afrontar millor les angoixes que es desperten a la vida real. Hi ha casos, com el de la Maria, en què el procés pot ser a l'inrevés, que el treball online afavoreixi el procés d'individuació quan hi ha un aferrament ansiós i dependència emocional.



Amb la Maria, de 30 anys, portàvem ja un temps llarg de procés terapèutic. Les primeres sessions de teràpia online, a causa de la pandèmia, van suposar un dol per la impossibilitat de veure'ns de forma presencial i van aflorar moltes ansietats. El seu estat de salut, que era estable, va empitjorar. La Maria rebutjava la tecnologia perquè dubtava que la pogués seguir ajudant si no ens trobàvem físicament, però el vincle que ja teníem la va fer confiar a connectar-se.

Li costava molt veure la seva imatge a la pantalla mentre fèiem la sessió perquè es veia grassa i lletja i se li activava el vell i conegut impuls de restringir la ingesta i vomitar després de menjar. Va ser tot un repte tolerar aquest malestar. En un moment crític d'una sessió, vaig provar de mirar-la directament als ulls mirant a la càmera en comptes de la pantalla. La veia desdibuixada però sentia el seu to de veu i escoltava les paraules. També vam reforçar la presència amb l'ús puntual del xat entre les sessions. I amb les setmanes, la Maria va superar la crisi guanyant en autonomia i autoestima. Ara prefereix fer sessions online perquè, amb les seves paraules, "estem més focalitzades". Jo penso que es refereix que, d'alguna manera, tenim més intimitat.

Certament que es pot experimentar aquesta sensació de "més intimitat" amb l'online. No hi ha el desplaçament, ni la trucada a la porta, ni els rituals de benvinguda i comiat. Només el moment de la trobada cara a cara, dins de l'espai privat de cadascú, amb només un clic. És important posar cos, espai i temps per tal de protegir-nos d'excessives fantasies de fusió. L'abans i després, que forma part de l'encontre físic, ajuda a sentir la presència del cos i així, a elaborar i integrar millor l'encontre. Cal pensar com fer entrades i sortides progressives, deixant uns instants per compartir el context abans i després de la sessió, per exemple. Per situar-nos també podem parlar d'on som i de si hi ha les condicions d'intimitat.



Vetllar perquè la qualitat de la connexió sigui òptima forma part de la nostra tasca, tot i que és inevitable que sorgeixin incidències. Les fallades de connexió o altres problemes tècnics formen part dels encontres virtuals. Els hem d'integrar al treball terapèutic amb dosis de creativitat, flexibilitat, paciència i una mica de coneixements tècnics. La imatge que surt de nosaltres mateixos a la videotrucada pot servir com a feedback de com ens veuen, per comprovar si hi ha la llum suficient o si la distància en què ens posem és l'adequada.

Amb el Pedro i la Maria hem vist com la modalitat de psicoteràpia online ha afavorit la intersubjectivitat i el desenvolupament psíquic, tot i que es corren uns perills que cal tenir molt en compte. La intervenció òptima és l'alternança entre sessions presencials i online, que ofereix els avantatges d'ambdues modalitats a la vegada que evitem els desavantatges. Amb la Maria, el xat també va intervenir la psicoteràpia. L'espera que comporta la comunicació asincrònica d'un xat o fòrum pot potenciar la reflexió i l'elaboració a persones ansioses i impulsives.

A més de l'ús de tecnologia com a mediatra d'una psicoteràpia, els psicoterapeutes també podem fer ús de les interaccions del pacient a la xarxa. Va ser molt rellevant el paper d'Internet en el procés terapèutic de la Laura. Des de petita havia inhibit desitjos i conductes perquè no encaixaven dins de la visió de gènere binària i rígida dels seus pares. Al principi de l'adolescència va trobar a la xarxa espais on parlar amb nois i noies que patien confusió i/o conflicte amb la identitat de gènere. I experimentava a diferents espais virtuals amb identitats masculines.

Explica que va sentir un descans quan en un xat li van dir que era trans. Es trobava molt còmode relacionant-se online. Però a la vida real estava molt aïllat, desorientat i ple de por. La identitat que havia trobat i s'estava formant digitalment estava molt lluny del què vivia en el món real. Internet havia sigut un espai segur on trobar-se i experimentar però corria el perill de quedar atrapat a l'espai digital en una identitat sense desenvolupar. No podia viure la seva identitat només a la xarxa. Va haver d'anar portant les seves vivències a la vida real amb l'ajuda de la psicoteràpia i, més endavant, també dels seus amics i la seva família.

Ara com ara, podem experimentar la realitat virtual com un augment o un espai d'experimentació de la realitat però no com una alternativa que la substitueixi. De la mateixa manera, les TIC's poden ajudar a, però mai substituir, un professional de la salut, un educador o encara menys una figura parental. Som éssers relacionals que necessitem vincles segurs per desenvolupar-nos com a individus sans. La xarxa també permet vincular-nos, amb tot un ventall de possibilitats, uns límits i uns riscos.

Les generacions més joves viuen les TIC's amb molta més naturalitat. Això genera sentiments molt variats a les generacions més grans, des de sorpresa i curiositat fins a por, enveja i rebuig. Els anomenats nadius digitals tenen capacitats que els immigrants digitals mai podrem tenir. Hi ha una bretxa generacional enorme que hem d'intentar salvar per tal que els joves se sentin acompanyats i cuidats pels grans. Això ho farem, sobretot, fomentant els vincles segurs durant la criança, i sostenint-los per crear un món millor.

Les TIC's podrien ajudar-nos a enfrontar els reptes que tenim com a societat i a millorar-la. Bauman parla de la societat líquida a l'era digital. Utilitza la metàfora de l'estat líquid, sense forma pròpia, per definir una societat individualista, basada en el consumisme, globalitzada, hiperconnectada i canviant. Aquesta societat líquida empeny als individus a tenir relacions efímeres, superficials i sense compromís, portant-los a patir problemes de

depressió i ansietat. En definitiva, és una societat que pressiona a les persones i fomenta el narcisisme.

Quin paper juguen les noves tecnologies a l'hora de fomentar el narcisisme? A la pantalla, a diferència del mirall del mite de Narcís, que reflecteix la pròpia imatge, hi ha la possibilitat d'interaccionar amb algú altre i d'evolucionar. La pantalla, també anomenada per alguns autors com a mirall tecnològic (Vaimberg R. Et al, 2020) o "mirall negre", no reflecteix com un mirall clàssic sinó que permet enviar i rebre projeccions. Així doncs, la comunicació a través de les noves tecnologies no fomentaria el narcisisme sinó que, donades unes condicions, inclús podria ajudar a combatre'l.

Ens trobem amb una eina molt potent que necessitem conèixer bé per tal de protegir-nos dels perills que amaga, ser conscients de les limitacions i fer ús del seu potencial. Per això ens cal molta investigació i reflexió, a la vegada que un compromís social i polític que ajudi a posar unes normes al seu ús. No podem permetre que la tecnologia se'ns posi en contra i amplifiqui els defectes que tenim com a societat. Volem una societat amb més justícia social i llibertat, que pugui encarar el repte del canvi climàtic i de la convivència en un món globalitzat.

Com a professionals de la salut mental, se'ns obren nous camps en la prevenció i intervenció. Internet permet arribar a més persones i ens dóna eines per ajudar-les d'una manera més efectiva. Però ens cal conèixer millor les característiques de la comunicació online com són la desinhibició, la fragmentació o l'atemporalitat per tal de ser conscients de les possibilitats i els riscos. També tenim un paper actiu a l'hora de discernir quins aspectes afavoreixen la salut i denunciar els que no. El fet de no ser nadius digitals ens posa certes limitacions, però també ens dóna l'avantatge de poder-nos-ho mirar des d'una distància i reflexionar-hi.

## Bibliografia

- Bauman, Z.** (2005). *“Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos”*. Fondo de Cultura Económica. Madrid
- Cabré, V. y Mercadal, J.** (2016). *Psicoterapia On-line. Escenario Virtual para una relación real en el espacio intermediario*. *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (2): 439-452. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2016.100206
- Castells, M.** (2000) *“La era de la información. La sociedad red”*. Madrid. Alianza Editorial.
- Gabbard, G. O.** (2001) *“Cyberpassion. E-rotic transference on the Internet”*. *Psychoanalytic Quarterly*, 70: 719-737.
- Lemma, A.** (2017) *“The digital age on the couch: psychoanalytic practice and new media”*. Routledge. London.
- Orben, A., Przybylski, A.K.** *“The association between adolescent well-being and digital technology use”*. *Nat Hum Behav* 3, 173–182 (2019).  
<https://doi.org/10.1038/s41562-018-0506-1>
- Parra E., Soto, F., Perea, V., Franco, M., Muñoz, J.L.** *Actas Esp Psiquiatr* 2017, 45(3): 116-26 [Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/317833267\\_Online\\_interventions\\_for\\_caregivers\\_of\\_people\\_with\\_dementia\\_A\\_systematic\\_review](https://www.researchgate.net/publication/317833267_Online_interventions_for_caregivers_of_people_with_dementia_A_systematic_review)]
- Peirano, M.** (2019) *“El enemigo conoce el sistema: manipulación de ideas, personas e influencias después de la economía de la atención”*. Debate. Madrid.
- Spitzer, M.** (2013) *“Demencia digital: el peligro de las nuevas tecnologías”* Ediciones B. Barcelona
- Tres, S.** (2019) *“Noves tecnologies i desenvolupament saludable”*. Diari Ara. Suplement Criatures. [https://criatures.ara.cat/infancia/Noves-tecnologies-desenvolupament-saludable-criatures\\_0\\_2177182269.html](https://criatures.ara.cat/infancia/Noves-tecnologies-desenvolupament-saludable-criatures_0_2177182269.html)
- Turkle, S.** (1997) *“La vida en la pantalla. La construcción de la identidad en la era de Internet”*. Paidós. Barcelona.
- Turkle, S** (2017) *“En defensa de la conversación. El poder de la conversación en la era digital”*. Ático de los libros. Barcelona.
- Vaimberg, R. (2005).** *“Psicoanálisis y sociedad de la información”*. Jornadas de investigación en salud mental. Facultad de Psicología de la ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Vaimberg, R.** (2005). *“Usos y sentidos de la utilización de las TICs por pacientes diagnosticados de TMS, Trastorno mental severo”*. Trabajo de investigación presentado para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados (DEA). Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Barcelona, España.
- Vaimberg, R.** (2009). *“Escena heterotopía y ciberespacio”*. Intercanvis, N° 22. <http://intercanvis.eu/pdf/22/Intercanvis-Intercambios-2205-Raul-Vaimberg.pdf>

**Vaimberg, R.** (2010). *Psicoterapias tecnológicamente mediadas (PMT). Estudio de procesos y microprocesos a partir de participación online (Tesis doctoral)*. Archivos TDX. <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-1019110-140640>

**Vaimberg, R.** (2012). "Bases de la psicoterapia e intervenciones online". Intercanvis (27 de Junio del 2012). [http://www.intercanvis.eu/pdf/28/art\\_n28\\_06.pdf](http://www.intercanvis.eu/pdf/28/art_n28_06.pdf)

**Vaimberg, R.** (2012) "Nuevas tecnologías: ¿beneficios o riesgos para niños y adolescentes?" <https://raulvaimberg.wordpress.com/2013/07/07/nuevas-tecnologias-beneficios-o-riesgos-para-ninos-y-adolescentes-2a-parte/>

**Vaimberg, R. and Vaimberg, L.** (2020). *Transformations through the technological mirror*. Capítulo del libro: Theory and Practice of online Therapy. Edited by Haim Weinberg and Arnon Rolnick.

**Vallejo, M.A. y C.M Jordan,** (2007). *Psicoterapia a través de Internet*. Boletín de Psicología, núm. 91, 27-42, [Recuperado en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N91-2.pdf>]

**Weinberg, H.** (2020) *From the Couch to the Screen (Online Group Therapy)*. Article: on the AGPA newsletter. Haim Weinberg, PhD, CGP, FAGPA: [https://www.agpa.org/docs/default-source/practice-resources--group-circle/group-circle-winter2020-final.pdf?sfvrsn=1b0f98a9\\_2](https://www.agpa.org/docs/default-source/practice-resources--group-circle/group-circle-winter2020-final.pdf?sfvrsn=1b0f98a9_2)

# EL NOSTRE COS I ELS SEUS DIÀLEGS

## *Conferència dels segons dijous a l'ACPP*

*Itxasne Atanes González*

---

### RESUM

Respirar profundament, tot sent-ne conscients, ens ajuda a destensar el cos permetent-nos sentir profundament. L'autoconsciència té a veure amb el coneixement corporal i la reflexió mental. El coneixement és concebut com a acció al món, com a moviment. L'experiència personal d'identitat està relacionada amb el sentit del moviment o consciència cinestèsica. En aquesta memòria implícita, procedimental, es basa el coneixement relacional implícit, previ a tota divisió cos ment. Atrevir-nos a Ser, ens arrela a la nostra realitat, ens connecta al nostre cos, a la nostra sexualitat, amb els altres. Es vincula amb el concepte d'integració i augment de l'autoestima.

**Paraules claus:** Respiració superficial vs. profunda, coneixement corporal i reflexió mental, autoconsciència, inconscient prerreflexiu, consciència prerreflexiva, consciència corporal/ del jo: interoceptors, exteroceptors y propioceptors.

### RESUMEN

Respirar profundamente, siendo conscientes de ello, nos ayuda a destensar el cuerpo permitiéndonos sentir profundamente. La autoconsciencia tiene que ver con el conocimiento corporal y la reflexión mental. El conocimiento se concibe como acción en el mundo, como movimiento. La experiencia personal de identidad está relacionada con el sentido del movimiento o conciencia cinestésica. En esta memoria implícita, procedimental, se basa el conocimiento relacional implícito, previo a toda división cuerpo mente. Atrevernos a Ser, nos enraíza a nuestra realidad, nos conecta a nuestro cuerpo, a nuestra sexualidad, con los demás. Se vincula con el concepto de integración y aumento de la autoestima.

**Palabras clave:** Respiración superficial vs. Profunda, conocimiento corporal y reflexión mental, autoconsciencia, inconsciente prerreflexivo, consciencia prerreflexiva, consciencia corporal/del yo: interoceptores, exteroceptores y propioceptores.

### ABSTRACT

Breathing deeply, being aware of it, helps us to relax our body allowing us to feel deeply. Self-awareness has to do with body knowledge and mental reflection. Knowledge is conceived as action in the world, as movement. The personal experience of identity is related to the sense of movement or kinaesthetic awareness. In this implicit, procedural memory, we base the implicit relational knowledge, previous to all body-mind division. Daring to Be, it roots us in our reality, it connects us to our body, to our sexuality, with others. It is linked to the concept of integration and increased self-esteem.

**Key words:** Shallow breathing vs. deep, body awareness and mental reflection, self-awareness, pre-reflective unconscious, pre-reflective awareness, body awareness of self: interoceptors, exteroceptors and proprioceptors.

## ***Exercici pràctic***

***“Abans de començar, us demanaria si podeu tancar els ulls i restar en silenci durant uns instants. Us proposo respirar de manera natural (la què us surti) i, a poc a poc, fer-ho de manera més lenta i profunda.***

***Si vénen pensaments (lòbul frontal), intenteu concentrar-vos en el cos, com el sentiu ara mateix. A poc a poc, torneu a la vostra respiració natural.***

***Ja podeu obrir els ulls. Segurament tingueu més despertes les sensacions del vostre cos que abans de parar a sentir-vos. Potser alguns estigueu cansats, d'altres amb el cap a un altre lloc, d'altres pre/ocupats per temes quotidians, o bé amb certa energia i curiositat per l'aquí i ara, etc.***

***Però potser fins que no heu parat no heu connectat amb el vostre cos (jo corporal de Freud) (Bion parlaria del buit –que genera la incertesa- necessari perquè emergeixi l'experiència emocional i pensament veró)”.***

Segons Alexander Lowen, psiquiatre que creà la bioenergètica a partir de Wilhelm Reich i investigà la connexió cos-ment (llibre “La espiritualidad del cuerpo”, pàg.50), explica que quan estem tensos, la respiració es torna superficial (un senyal seria la respiració inaudible). Quan respirem profundament, destensem el cos.

És important tenir consciència de la nostra respiració: si respirem pel nas o per la boca, si contenim l'aire de manera inconscient. Sospirar (deixar sortir l'aire) és una resposta a l'anterior. Badallar (agafar aire) succeeix quan la nostra energia necessita restablir-se. Respirar profundament és sentir profundament.

***“Faig un incís: al llarg de la xerrada, us proposaré anar connectant amb la informació del vostre cos, des del vostre sentir i, alhora, intentaré que sigui de manera integrada, aportant dades teòriques així com experiències de la meua trajectòria personal i professional.”***

El coneixement corporal (= memòria corporal) és un mode de coneixement i està relacionat amb la reflexió mental (article “Mind the Body”, E. Anttila). Aquesta relació pot facilitar l'autoconsciència. Posar atenció conscient al cos permet un procés de clarificació així com de formació de significat i enteniment. Quan no som conscients, som inconscients.

Jeffrey Maitland, filòsof i psicoterapeuta corporal, parla de l'inconscient prerreflexiu. ***“Les sensacions que teníeu abans de tancar els ulls i respirar profundament però que potser no havíeu copsat (per exemple, algun punt de tensió o dolor). Després, les heu experimentat sense pensar-les des de la raó”*** (reflexivament, que implicaria desconexió/separació entre el vostre jo observador i la realitat observada). Això ha ajudat al que diríem consciència prerreflexiva.

***“Fem un pas més: us proposo que preu atenció a alguna part del cos (per exemple, l'esquena, per la postura en què estem tots asseguts) en la que sentiu tensió. Un cop localitzada, interveui com necessiteu: potser copets, massatge, pressionar, acariciar, etc.***

***Us invito que sentiu com esteu ara quant a sensacions corporals. Segurament,***

***hi haurà més intensitat en la vostra sensibilitat, cert? Si tinguéssim un espai per córrer, saltar, moure'ns com volguéssim, la nostra sensibilitat crearia encara més consciència de nosaltres mateixos.***

Us he proposat aquest petit experiment perquè vull donar importància a la consciència corporal ("Beyond Words", Moore and Yamamoto), començant per la consciència del Jo. La informació sobre el món extern i intern prové de tres fons (nervis sensorials), que contribueixen a la percepció del moviment:

-Interoceptors: reben l'estimulació sensorial dels processos interns (sistemes circulatori, digestiu, respiratori, neuromuscular, etc.), controlant els processos fisiològics com la respiració, la temperatura corporal, la pressió arterial, per tal de mantenir l'homeòstasi. Podrien influir en les més altes funcions mentals i en el comportament (Cameron 2001,p. 8/52), sensacions visceral que es podrien associar amb la manifestació de les emocions.

-Exteroceptors: reben estímuls de l'entorn extern a través dels cinc sentits: vista, oïda, olfacte (sentits d'esdeveniments distants), gust i tacte (de rang limitat).

-Propioceptors: registren informació de la posició del cos en l'espai, el seu moviment i la relació de les parts del cos. Es troben en les articulacions, músculs i aparell vestibular de l'oïda interna.

L'anomenat sisè sentit és la cinestèsia -sentit de moviment- i barreja dades d'exteroceptors amb propioceptors.





***“Podem fer-ho nosaltres mateixos: intentem moure una part del cos, per exemple, la mà. Inclou el sentit de la vista o oïda (sorollets de les articulacions, per exemple) així com la propiocepció de la nostra posició de la mà en l'espai.”***

Hem afegit el factor temporal, que està estretament relacionat amb el moviment.

***“Ara us proposo incloure el moviment: com faríeu moviments lineals? I circulars? Per exemple, amb la mà.***

***Lineals: amb inici i final (com un director d'orquestra, una coreografia de dansa, la interpretació d'una peça de piano).***

***Circulars: repetitius (per exemple, fer petar dits).”***

Des d'una perspectiva de temps lineal, el moviment és una seqüència única d'accions que comença amb el repòs i acaba amb el repòs. L'aspecte cíclic del temps també es pot veure en el moviment: amb la repetició aprenem i perfeccionem habilitats físiques, per exemple, caminar, fer salts, etc.

En el treball psicoterapèutic des de la Dansa Moviment Teràpia (DMT) es considera la qualitat, com és el moviment. S'usa el moviment per interactuar amb el pacient i llegir els moviments pels seus símbols i continguts expressius (Stanton Jones). Davis (1974; 21) explica que aquest moviment reflecteix simultàniament patrons intrapsíquics (emoció, ansietat, mecanismes de defensa, o comunicació simbòlica inconscient), interpersonals (cohesió, relació, dominància, etc.) -ambdós subjectes a canvis- i culturals (models transitoris o estils perdurables).

El moviment sa és flexible, s'adapta a la tasca o expressió en moviment i abraça un ampli rang de combinacions de qualitats del moviment (effort-shape), sistema de notació de Laban. Irmgard Bartenieff afegeix les corresponents correlacions psicològiques:

Espai: Directe/Indirecte. Atenció (de quina manera m'apropo a l'espai).

Pes: Fort/Lleu. Intenció (quin és el meu impacte/jo).

Temps: Ràpid/Sostingut. Decisió (quan necessito completar l'acció, amb urgència o sense).

Flux: Continu/Discontinu. Emoció (com jo continuo, espontàniament o entretalladament).

Hi ha 8 combinacions d'accions de moviment bàsiques i les seves qualitats dinàmiques. ***“(Però ara no hi entrarem, si voleu més informació, m'ho comenteu al final i us dono referències al respecte).”***

Val a dir que Sándor Ferenczi (llibre d'Antoni Talarn, “S.F., El mejor discípulo de Freud”, pàg. 214) aportà idees molt interessants a la Psicosomàtica (parlà d'inconscient orgànic), de fet, és considerat com el precursor de la psicosomàtica moderna. El precursor de la medicina psicosomàtica fou Georg Groddeck, metge alemany, que aplicà les idees freudianes al sanatori Baden Baden. Freud ja havia establert una base sòlida en l'àmbit teòric-pràctic de la comprensió psicoanalítica de les pertorbacions orgàniques.

Ferenczi, més enllà de destacar la influència del psíquic sobre l'orgànic, destacà la importància de l'impacte físic sobre el que és emocional. Per exemple: dificultat de digerir/

expressar emocions pot generar símptoma de males digestions; ahora, aquestes afecten com ens sentim (pensem en Bion quan explica com la mare conté tot, transformant els elements beta -malestar psicofísic que el nadó no pot digerir- en elements alfa, possibilitant el pensament, fruit d'una experiència emocional).

Ferenczi considerà l'organisme biològic com un escenari, un llenguatge que permet representar les vicissituds més íntimes i profundes de l'ésser humà. La fisiologia no és un mecanisme automàtic ni independent dels processos inconscients (exemple, epilèpsia, pàg. 219). Val a dir que per poder desenvolupar la nostra capacitat d'observació hem de trobar la manera de superar la tendència a desconnectar-nos i simplificar la percepció del moviment humà.

Mary Whitehouse (1911-1979), una de les precursoras de la DMT actual, va treballar el moviment en profunditat, com a mètode de descobriment personal. Treballà (des de 1950) de manera individual i grupal, amb persones sanes (molts estudiants de dansa que ja anaven a psicoteràpies verbals. Amb les que podia posar èmfasi en revelar el material inconscient toleraven menys la direcció terapèutica i més la indagació psíquica (versus els pacients hospitalitzats amb estructura joica fràgil). Ens aporta, entre d'altres, dos conceptes bàsics: consciència cinestèsica i moviment autèntic.

La consciència cinestèsica és el sentit intern individual del self físic, l'experiència personal d'identitat. L'habilitat per fer una "connexió subjectiva" amb el mode en què un se sent al moure's d'una determinada manera.

Algunes persones tenen naturalment més sentit cinestèsic que d'altres, però es pot desenvolupar (si no, el cos reflectirà distorsions, curtcircuits, tensions..., sent assimilats a imatges mentals i actituds determinades).

El moviment autèntic (li posà el nom John Martin (1933), al veure a Mary Wigman actuar) és un procés en el qual la ment conscient té el paper d'observadora silenciosa ("participa però no dirigeix, coopera però no escull", 1979). Hi ha algun element del "jo em moc" (moviment controlat, sense càrrega emocional genuïna, invisibilitat de les emocions o pensaments subjacents, estilització de l'acció o rigidesa muscular) present durant l'experiència "jo sóc mogut" (l'individu renuncia al control i permet que el cos es mogui lliurement).

És probable que Whitehouse desitgés unir els oposats i aconseguir una consciència total que abracés moviment conscient-inconscient. El procés del moviment és un rang continu des d'una polaritat -moviment invisible del self conscient- a l'altra -moviment autèntic del self inconscient-. Hi ha diversos graus en funció de les necessitats individuals i els diferents moments. L'objectiu és ajudar als pacients a trobar un punt al llarg del continu, o potser transcendir-lo, on "jo em moc" i "jo sóc mogut" coexisteixin i puguin ser experimentats simultàniament.

Com dèiem anteriorment, abans de qualsevol divisió subjecte-objecte, el cos és el mitjà de funcionament tàcit de la nostra forma quotidiana de ser/estar al món.

***"Segur que heu sentit a parlar de tenir sentit comú"***, podríem entendre-ho tenint com a base l'experiència corporal. És una percepció sensorial intermodal, que té com a base de la qual l'anomenat coneixement tàcit, és inconscient i és anomenat així des de la fenomenologia per Thomas Fuchs.

Des de la psicologia s'ha conegut com a memòria de procediment o coneixement implícit. Les estructures essencials d'aquest s'han construït a la primera infància, principalment, per imitació: per les capacitats mimètiques del cos viscut.

***“Si intenteu fer una expressió facial d'una emoció (és molt clar en els nadons) veureu que hi ha un moment de ressonància mútua, experimentant-vos els dos cossos com a similars.”***

Stern i Beebe (1985) consideren que el nen internalitza experiències mútues i seqüències d'interaccions, no pas imatges aïllades. És a partir d'això que s'obté el Coneixement Relacional Implícit (Lyons-Ruth i Stern, 1998), preverbal, no codificat simbòlicament. Bowlby ho equiparà als Models Operatius Interns. Destaca la seva Teoria del Apego, des de la psicologia evolutiva, bàsica per entendre l'anterior.

Integrem també les aportacions des de la neurociència (processos de memòria i percepció), antropologia (experiències relacionals i patrons comunicatius diferents segons la cultura), sociologia (desenvolupament al llarg de l'evolució social), etc. El Coneixement relacional implícit seria com els passos d'un ball que sabem (un fa el paper de leader i l'altre de follower. Els rols es fan simultanis, o bé s'intercanvien en una mateixa cançó). Coneixem el procediment, la sincronització intercorporal, el tempo, el ritme acció-reacció, etc. Seria la memòria “musical”.

El procés contrari implicaria el desacoblament dels elements connectats: per l'atenció conscient es perdria l'espontaneïtat, per exemple, en el cas de l'esquizofrènia. Per exemple, quan ens asseiem, no pensem en com fer-ho. Si fos així, viuríem una divisió cosment que ens faria una sensació de buidor, de ser robots.

***“Fent un parèntesi, recordo que quan vaig estar treballant amb pacients autistes (Centre de Tractaments Carrilet), segons el cas, la meva contratransferència em resultava realment difícil, em generava sensacions corporals de buidor, de desconnexió que, a poc a poc, havia de transformar en una emoció per retornar una vivència d'integració. I per què? de la mancança de ressonància emocional en aquests nens?”***

Faré una breu explicació: l'hemisferi dret (pàg. 57, J. Ibáñez) és el dominant pel self corporal i emocional. L'esquerra es desenvolupa després, accelera el creixement a partir dels dos anys, maduració modulada per les comunicacions emocionals. La capacitat d'empatitzar té a veure amb un bon desenvolupament del còrtex orbitofrontal i es vincula amb les neurones mirall (pàg. 66): imiten com reflectint l'acció de l'altre (detecten les emocions, el moviment, les intencions: contagi emocional). En els autistes hi ha falles en aquestes neurones.

M. Whitehouse parla de la corporalitat de l'empatia (al llibre “La vida es danza”, pàg. 92): tenim una sensibilitat especial per percebre el moviment humà, en part, explicada per les neurones mirall. Aquestes proporcionen la base per l'aprenentatge motor per imitació i l'empatia. Després, es necessita experiència, esforç conscient i reflexió profunda per comprendre veritablement el significat de comportaments no verbals, segons contextos culturals i socials. El nostre sistema nerviós central i perifèric té un alt grau de plasticitat, fet que ens dóna la possibilitat d'aprendre a moure'ns però també la necessitat.

## ***Vinyeta d'una pacient amb el cos-ment escindit***

Dona de 44 anys. Creix en un entorn dur, sense ressonància emocional, molt “productiu”. “Sóc una supervivent”, diu. La paraula que més anomena és “desorientada”. Els seus ulls són opacs i m'impacta molt el somni que més se li repeteix: mentre dorm es converteix en pedra. Consulta perquè sent una paràlisi corporal en el seu dia a dia que l'espanta i no veu normal. Val a dir que la seva expressió és confusa: quan explica quelcom trist, riu. I al revés.

Em va dir un cop: “Vaig començar a notar opressió al pit i vaig saber que alguna cosa anava malament”. Després descobrí que havia estat molts anys angoixada sense saber-ho.

Després de 7 anys de relació terapèutica, en la que s'han donat canvis en el seu coneixement relacional implícit, els seus ulls brillen més, expressen més emocions i ara pot sentir el llenguatge del cos i posar els seus sentiments en paraules.

Un dia em va explicar un somni que se li estava repetint amb variacions: ella anava al mercat a buscar cartells amb paraules que jo li donava en funció de la cara que ella feia. Cada vegada en trobava de diferents. “I ara me les faig meves”, diu rient.

Diu coses com: “Vist així és diferent”, “això que sento ara m'ajuda a respirar profundament”.

Ara detecta el sentiment d'estimar a la seva parella, sent desig per tot el cos, aspecte inimaginable fa anys quan, amb pànic, em deia que no sabia si sabia sentir amor. Tampoc sabia què era l'autèntic en ella i estava preocupada per si res singular tenia com a persona.

Quan la vaig conèixer, la seva esquena estava rígida, el seu caminar encorbat semblava que contingés un món sencer en el seu pit, tancat (asma com a símptoma).

A poc a poc, el seu cos s'ha anat obrint, és més flexible i respon de manera diferent al context i viceversa. Expressa vida, sexualitat i pot copsar i dialogar amb els seus sentiments de vergonya, incertesa, enfado, etc. Ella diu que “el seu món” ha canviat tot i que, aparentment, és el mateix.

La vergonya amb el seu propi cos era impactant: no gosava mirar-se perquè no l'identificava com a seu.

Recordem, quan Rosa Velasco (article “Dismorfofobia o vergüenza del cuerpo”) ens explica que la vergonya del cos és un tipus de patiment psíquic que té a veure amb una por extrema a no ser acceptat, la persona s'amaga rere sistemes de seguretat per protegir-se, té una convicció invalidant de què el defecte està en ella mateixa. Per tal que es dilueixi, i doni pas a l'acceptació de la mateixa singularitat, cal la mirada de l'altre. Rosa V. relaciona vergonya amb iniciativa: atrevir-se a ser un mateix, a qüestionar un ideal.

Cal destacar l'article que complementa l'anterior: “Atreverse a Ser”, de Laura Molet.

Podríem relacionar el concepte anterior amb l'arrelament de que parla Lowen (pàg. 116): els humans som com arbres, arrelats a la terra en un extrem i tendint al cel des de l'altre, com més “toquem de peus a terra”, més connectats estem a la nostra realitat: al nostre cos, la nostra sexualitat (**recordem el desenvolupament en aquest sentit de la pacient**), amb els altres. Quan l'anterior es dona, tenim més harmonia corporal, més quantitat d'energia, més qualitat de les sensacions.

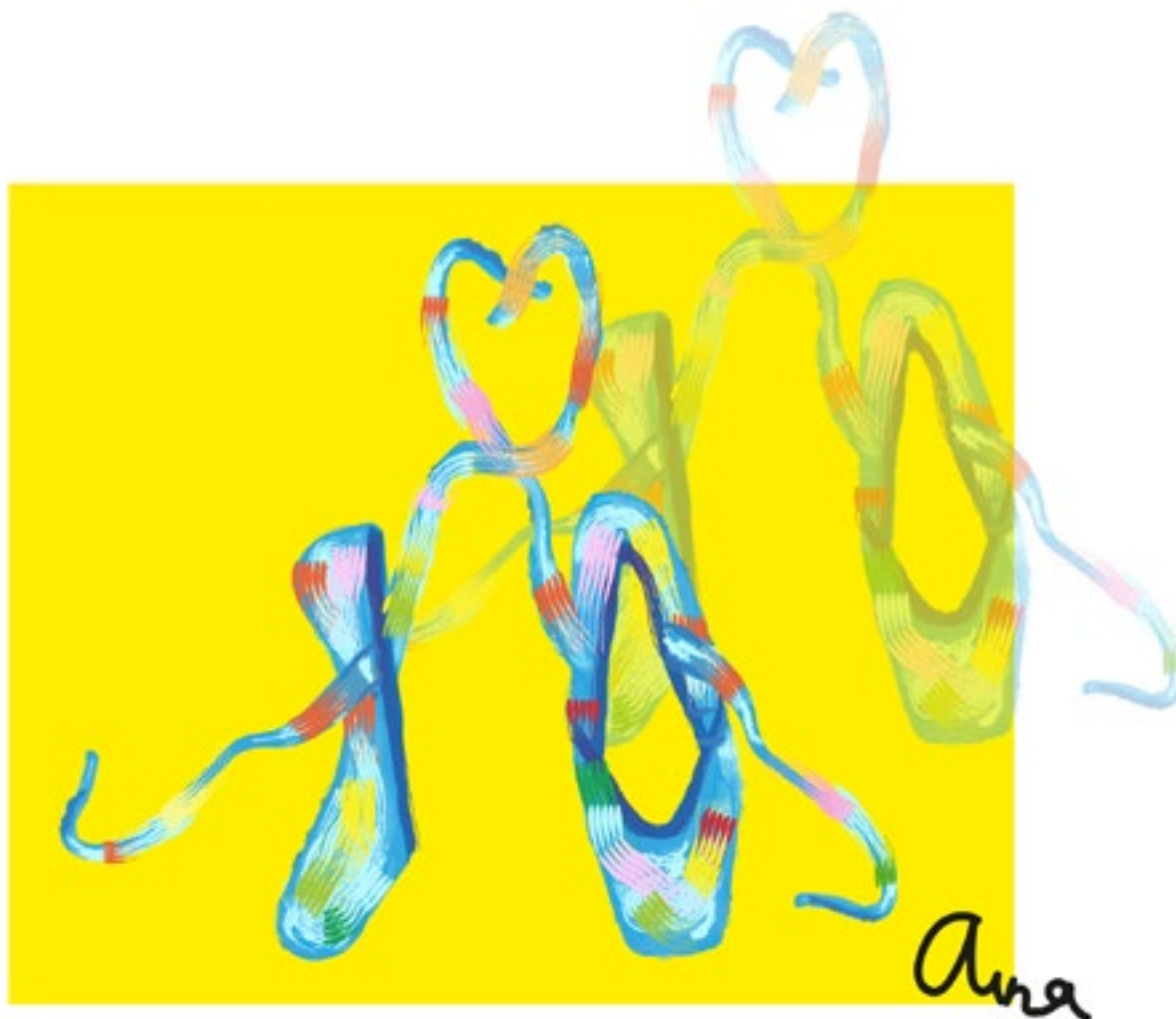
A “Mind the body” es proposa abandonar la lògica dualista cos-ment per investigar la relació entre cos viu (biològic) i cos viscut (fenomenològic, subjectiu). Així doncs, el sentit d'estar viu depèn de ser un subjecte encarnat -teoria de l'enactment, des de l'enfocament de la DMT), integrat.

Què entenem per ment? Juan José Martínez Ibáñez, a “Las dos edades de la mente”, la defineix així (p.40): “procés de regulació (cognitiva i afectiva), d'un flux d'energia i d'informació i que es portaria a lloc a través de les relacions interpersonals i processades cerebralment per les connexions neuronals, que deixarien petjades en el nostre cervell”.

La integració implica a la qualitat subjectiva de la nostra consciència i a les formes internes de coneixement que enriqueixen la nostra capacitat de sentir, de donar significats a les coses, d'estimar, de definir propòsits i establir connexions. Tot plegat és el que generarà les petjades, el coneixement relacional implícit.

J. Ibáñez diu que pensar o mentalitzar és un procés mental conscient i inconscient, cognitiu i afectiu que ens permet connectar-nos amb la realitat. La mentalització només es desenvolupa a partir de l'experiència de la interacció social amb els cuidadors. Activitat mental predominantment inconscient i imaginativa (p.135).

***“Personalment, penso que la paraula mentalització no fa justícia amb la noció d'integració vera, si tenim en compte el cos. És a dir, la funció reflexiva, el fet de pensar, considero que és un procés que passa pel cos. El cos mateix expressa coses i arriba a on no arriba la paraula, però no només des de la psicopatologia sinó com un***



***llenguatge igualment vàlid que la paraula. Una altra qüestió seria la consciència del que està expressant, o no. Encara tinc molt present l'experiència a Fundació Puigvert, amb els molts casos portats, i amb les interessants i artístiques obres d'art, fent supervisions de casos, del Dr. Lluís Farré. També Núria Camps, etc.***

***Com us ressona a vosaltres el concepte de mentalització i el que abraça?"***

Afegiria que segons la teoria de l'enactment (enacció) ("La vida es danza", pàg. 82) el coneixement s'entén com a experiència constructiva: integra acció, percepció, emoció i cognició. Els moviments del nostre cos modelen la nostra estructura corporal, constrenyent o possibilitant el seu repertori propi d'acció, alhora que l'estructura corporal determina els hàbits de moviment de cada espècie. Coneixement concebut com acció al món, com a moviment (no confondre-ho amb els moviments mecànics dels exercicis gimnàstics, totalment desconnectats del "viure al cos").

***"Lavors, com podem anomenar d'una altra manera la mentalització? Deixo oberta la reflexió per a després."***

Perquè si tenim en compte que la paraula emoció té un component d'acció (moció: posar en moviment), estem incloent el fet de sentir com la vida del cos, i el fet de pensar com la vida de la ment ("La espiritualidad del cuerpo". Lowen, pàg. 93). L'única manera de sentir-nos sans i alliberar-nos de les tensions és, precisament, sentint-les i percebent la seva connexió amb els sentiments suprimits de temor, ira i tristesa. En molts casos, prendre consciència del que se sent condueix a l'expressió espontània del sentiment i a una descàrrega resultant de la tensió. A més, l'autoestima, el sentiment de vàlua personal, augmenta.

La psicoanalista Judith Kestenberg planteja un perfil del moviment (KMP) que consta d'una observació psicològica descriptiva juntament amb l'aproximació de Rudolf Laban. Considera que hi ha patrons de moviment individual des del naixement, ritmes preferents, expressions de la personalitat. A més, cada nen travessa estats del desenvolupament (oral, anal, uretral, genital, fà·lic) amb certs ritmes relacionals que serveixen a la descàrrega de forces específiques. L'ús predominant en un pacient adult de determinat ritme indica una regressió a un punt de fixació evolutiu, o a un assumpte sense resoldre en el desenvolupament psicosexual relacionat amb aquest ritme (Stanton Jones). Cal afegir que cap moviment té exactament el mateix significat dos cops.

Des de la Psicoanàlisi Relacional (article "Conocimiento relacional implícito: su rol en el desarrollo y tratamiento psiquiátrico". Lyons-Ruth and co.) es considera que en la relació pacient-terapeuta es viuen moments d'encontre intersubjectiu, moments prèviament experimentats i representats en el coneixement relacional implícit de l'infant i el cuidador. En la relació terapèutica es donen canvis en el coneixement relacional implícit del pacient, pels moments d'encontre diferents que obren camí per elaborar una manera més complexa i coherent d'estar junts (recordar que el canvi terapèutic no es basa únicament en la interpretació). Considerar (pàg.93, "La vida es danza") el procés terapèutic com una experiència afectiva-cognitiva-creativa, que implica una aventura compartida, m'atreuria a dir que això és autèntic i vertader, més enllà de la branca teòrica de la qual partim.

***"És possible que us pregunteu el per què de la importància d'integrar els coneixements a propòsit del cos i des de la psicoanàlisi relacional –en el meu cas– en relació a la ajuda des de les consultes pel benestar dels nostres pacients. No sé***

***vosaltres, però jo m'he encuriosit cada cop més per un concepte holístic de Salut.***

***M'adonava que els pacients milloraven a les seves vides, amb ells mateixos...i que alhora es tornaven més expressius a nivell no verbal i verbal, més harmònics a nivell corporal. També, observar el llenguatge no verbal dels que no milloraven, m'ajudava a connectar i entendre l'ajuda des d'un punt de vista més holístic.***

***Va ser llavors que, tenint un període de feina més intensa, vaig començar a necessitar moure'm, ballar més la vida, a equilibrar els meus hemisferis cerebrals, a no carregar el meu lòbul frontal i a veure l'ésser humà des de la integració vera, donat que jo m'anava integrant cada cop més a escala personal. Més enllà de la teràpia de paraula (emocionada), i absolutament des de l'experiència emocional, em faltava l'experiència corporal i incorporar-la en la meva feina. I vaig complementar la meva formació (amb la DMT) i les meves experiències (moviment autèntic grupal i individual) per, seguint des de l'òptica relacional, poder anar ampliant la mirada al Món.”***

### ***Conceptes claus***

- Respiració superficial vs. profunda (sentir profund)
- Coneixement corporal i reflexió mental = autoconsciència
- Inconscient prerreflexiu
- Consciència prerreflexiva
- Consciència corporal/del Jo: Interoceptors, Exteroceptors i Propioceptors
- Cinestèsia = sentit del moviment
- Temps lineal i temps cíclic
- Treball des de la DMT: qualitat del moviment (símbols i continguts expressius; patrons intrapsíquics, interpersonals i culturals).
- Moviment sa->moviment flexible
- S.Ferenzi: precursor de la Psicosomàtica
- M. Whitehouse:
  - Consciència cinestèsica. Experiència d'identitat
  - Moviment autèntic. “Jo em moc” i “jo sóc mogut”
  - Procés del moviment>unir els oposats>consciència total
- Sentit comú = percepció sensorial intermodal. Promou:
- Coneixement tàcit = memòria de procediment = Coneixement implícit

- Imitació. Promou:
- K. Lyons Ruth: Coneixement relacional implícit
- J. Bowlby: Teoria del Apego
- Capacitat d'empatitzar<-> neurones mirall+ experiència, esforç conscient i reflexió profunda
- Autisme: dèficit de funcionament neurones mirall
- Corporalitat de l'empatia
- Plasticitat SNC i SNP
- Vergonya del cos
- Arrelament->Sexualitat
- Teoria de l'enactment. Subjecte encarnat
- Ment + Integració = Pensar o Mentalitzar
- Mentalització. Concepte holístic?
- Coneixement com acció al món, com a moviment
- Sentir les tensions al cos->Alliberament->Consciència sentiment->Augment vàlua personal
- Moments d'encontre infant-cuidador<->Moments d'encontre pacient-terapeuta: Canvis en el coneixement relacional implícit del pacient
- Procés terapèutic: experiència afectiva-cognitiva-creativa
- Concepte holístic de Salut. Ampliant la mirada al Món



## Bibliografia

- Anttilla, E.** (2007). *Mind the Body. Unearthing the Affiliation between the Conscious Body and the Reflective Mind*. In L. Rouhiainen (Ed.), *Ways of Knowing in Dance and Art*. Yliopistopaino: Finnish Academy and the Arts Council of Finland.
- Fuchs, T.** (2005). *Corporealized and disembodied minds: a phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia*. *Philos Psychiatry Psychol*.
- H. Wengrower & Chaiklin**, (coords.) (2008). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Laban, R.** (1984). *La Danza Educativa Moderna*. Méjico: Paidós.
- Laban, R.** (1987). *El Dominio del Movimiento*. Madrid: Fundamentos.
- Levy, F.** (1988). Mary Whitehouse-movement in depth- a Jungian approach to dance therapy with normal and neurotics. Cap 4. *In Dance movement therapy, a healing art*. Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Lowen, A.** (2014, 10ª impresión). *La espiritualidad del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Lyons-Ruth, K.** (1998). *Conocimiento relacional implícito: su rol en el desarrollo y el tratamiento psiquiátrico*. Sexto Congreso Mundial de la asociación Mundial para la Salud Mental Infantil.
- Martínez Ibáñez, J.J.** (2013). *Las dos edades de la mente. Vicisitudes del funcionamiento mental*. Madrid: Ágora Relacional.
- Molet, L.** (2013). *Atreverse a ser*. *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (1):143-152.
- Moore, C.L. & Yamamoto, K.** (2011, 2nd edition). *Beyond Words. Movement Observation and Analysis*. London: Gordon and Breach.
- Panhofer, H.** (Ed). (2005). *El cuerpo en psicoterapia. La teoría y la práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Panhofer, H.** *Observación y Análisis del Movimiento*. La Estrella de Laban (presentación power point). Máster y Postgrado en Danza Movimiento Terapia. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Stanton Jones, K.** (1992). *Movement and Meaning, cap. 4*. In Stanton Jones, K. *Dance Movement Therapy in Psychiatry*. London: Routledge.
- Talarn, A.** (2003). *Sándor Ferenczi: el mejor discípulo de Freud*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Velasco, R.** (2010). *Dismorfofobia o Vergüenza del cuerpo*. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1): 208-220.

# PER UNA COMPRENSIÓ DE LES DIFICULTATS INFANTO-JUVENILS I LA HISTÒRIA DEL PACIENT ADULT

*Eulàlia Ruiz Farré, psicòloga clínica - psicoterapeuta*

---

## RESUM

Les diferents classificacions psicopatològiques no han proporcionat suficients explicacions per comprendre les dificultats emocionals que pateix el pacient. Més que un diagnòstic i els símptomes relacionats, ens interessa entendre la persona. En particular, volem centrar-nos en la seva totalitat i les seves àrees vitals: personal, emocional, familiar, social, etc. Cal establir una relació terapèutica de confiança mitjançant el diàleg. Els objectius d'aquesta presentació són, d'una banda, servir com a eina per a professionals i estudiants de diferents àrees de la salut que treballen amb infants i adolescents. D'altra banda, destacar la importància de conèixer la clínica d'aquestes edats i la seva repercussió en la clínica de l'adult. De manera que puguem trobar contextos en la història dels nostres pacients que ens ajudin a la comprensió i l'establiment de la relació terapèutica.

**Paraules clau:** dificultats emocionals, contextualització del patiment, clínica infantil i juvenil, clínica de l'adult, primeres relacions afectives.

## RESUMEN

Las diferentes clasificaciones psicopatológicas no han proporcionado explicaciones suficientes para comprender las dificultades emocionales que padece el paciente. Más que un diagnóstico y los síntomas relacionados, nos interesa comprender a la persona. En particular, queremos centrarnos en su globalidad y en sus áreas vitales: personal, emocional, familiar, social, etc. Es necesario establecer una relación terapéutica de confianza a través del diálogo. Los objetivos de esta presentación son, por un lado, servir de herramienta a los profesionales y estudiantes de diferentes áreas de la salud que trabajan con niños y adolescentes. Por otro lado, destacar la importancia de conocer la clínica de estas edades y su repercusión en la clínica del adulto. De modo que seamos capaces de encontrar contextos en la historia de nuestros pacientes que nos ayuden a la comprensión y al establecimiento de la relación terapéutica.

**Palabras clave:** dificultades emocionales, contextualización del sufrimiento, clínica infantil y juvenil, clínica del adulto, primeras relaciones afectivas.

## ABSTRACT

The different psychopathological classifications have not provided sufficient explanations for understanding the emotional difficulties the patient suffers from. Rather than a diagnosis and the related symptoms, we are interested in understanding the person. In particular, we want to focus on his/her entirety and his/her vital areas - personal, emotional, family, social, etc. To do so a therapeutic relationship of trust needs to be established through dialogue. The aims of this presentation are, on the one hand, to serve as a tool for professionals and students in different areas of health who works with children and teenagers. On the other hand, to emphasize the importance of knowing the clinic of these ages and its repercussion in adult clinic. So that we are able to find contexts in the history of our patients that help us to the understanding and the establishment of the therapeutic relation.

**Key words:** emotional difficulties, contextualization of suffering, children's and youth clinic, adult clinic, first affective relationships.

## **Introducció**

La nostra ment es va formant en relació amb la ment dels altres, amb la interacció i, si aquesta no és suficientment adequada, en el sentit winnicottí, per satisfer les necessitats emocionals de l'ésser humà, de relació, de sentiment de ser reconegut i estimat, sorgiran dificultats emocionals o patologies psicològiques. Per tant val a dir que la patologia psicològica és una patologia relacional. La psicopatologia infantil i juvenil, així com la de l'edat adulta, ha estat objecte de diferents classificacions que no sempre han donat explicació suficient per a la comprensió de les dificultats emocionals que pateix el pacient. Més que el nom del diagnòstic i les manifestacions simptomàtiques, el que ens interessa és entendre el patiment de la persona, la seva globalitat, les seves experiències vitals, les seves relacions, el com viu i sent les seves circumstàncies, i ens cal conèixer els seus àmbits, personal, afectiu, familiar, social, etc., i com ha estat el seu desenvolupament. Per això crec important buscar explicacions per a la comprensió, més enllà del símptoma.

En aquest sentit m'ha semblat interessant la "*Classificació Francesa dels Trastorns Mentals de l'infant i de l'adolescent*" (CFTMIA, Misés et al) que entén l'infant i l'adolescent immersos en la seva evolució i per això la classificació no pot basar-se únicament en paràmetres "actuals"- de la patologia dominant-, ja que l'evolució del trastorn és susceptible de canviar en la seva categorització. Aquesta classificació contempla la petita infància donant importància a la perspectiva interactiva, diàdica, dels primers temps de vida, com a moment de l'inici de les dificultats i trastorns que estan en via de construcció. Més que un simple conjunt de conductes ens insta a confiar en un enfocament més ampli, pensant en una perspectiva dinàmica i en evolució, de les particularitats de la patologia mental de la infància i de l'adolescència, posant de manifest els components multifactorials presents en l'adveniment i l'organització de les principals perturbacions trobades en el desenvolupament. S'entén, en un principi, que moltes d'aquestes perturbacions poden revertir i no tenen perquè esdevenir en trastorns, ja que cal comptar amb el curs de l'evolució, amb les influències diverses que aquesta pugui tenir, o l'abordatge terapèutic adient, exclouent les explicacions reduccionistes.

Un altre document en el que s'enfoca l'atenció de l'infant des d'un model biopsicosocial és el "*Protocol d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut a l'Edat Pediàtrica, infància amb salut*", del Departament de salut de la Generalitat de Catalunya (2008), en l'apartat referent a la Salut Mental Infanto juvenil, i proposa criteris de detecció de les alteracions psicològiques en atenció primària, per tal de fer una detecció precoç de psicopatologies greus, factors de risc i senyals d'alarma de possibles evolucions de dificultats clíniques. No obstant, en el meu entendre, ens manquen explicacions més detallades que ens ajudin a comprendre les dificultats relacionals, emocionals i contextuals que es troben darrera les demandes que ens arriben, per poder fer un abordatge de la persona, amb totes les seves circumstàncies, presents i passades, tenint en compte la dimensió biopsicosocial.

Els objectius d'aquesta presentació són, en primer lloc, que serveixi per a professionals que atenen a infants i adolescents, des de diferents disciplines (medicina, psicologia, social) i també com a eina per a estudiants. En segon lloc, posar èmfasi en la importància que té el fet de conèixer la clínica infanto juvenil, i la seva repercussió, per una millor comprensió de la clínica de l'adult. Els professionals que atenen adults, i que moltes vegades no han atès infants i adolescents, poden trobar contextos en la història dels pacients que ajudin en la tasca clínica i l'establiment de la relació terapèutica. Al llarg de la temàtica parlaré de la importància de la vinculació, i les relacions afectives, com a pilar de l'evolució en la

vida de la persona i, en aquest aspecte, la nostra actitud, com a professionals davant les problemàtiques de l'infant i de l'adolescent, així com de l'adult, ha de ser de poder veure i sentir empàticament l'experiència del pacient. I alhora poder mirar de la mateixa forma als pares i mares, en les seves dificultats en les funcions parentals.

La nostra mirada s'ha d'enfocar en el seu patiment, les seves experiències vitals, en les circumstàncies passades i presents, que no han pogut ser elaborades ni enteses, i molt sovint no han pogut ser pensades ni expressades. Cal que el pacient pugui sentir-se entès, validat, i que pugui sentir-se important per algú, per poder mirar-se des d'una altra mirada, entendre's i reconstruir-se. Només així podrem arribar que es puguin donar canvis essencials en la seva comprensió afectiva de les situacions en què es troba, i obrir noves perspectives en les actituds i patrons de relació.

### ***Factors de risc***

Ens cal conèixer quins són els factors de risc que poden repercutir en el seu desenvolupament de la salut mental i entendre'ls com elements que han pogut interferir, com a circumstàncies adverses en el patiment actual del pacient, de qualsevol edat. A continuació faig una breu explicació d'alguns d'aquests factors de risc que considero rellevants:

- Abans de néixer, depenent de les circumstàncies personals de la mare, carències afectives, socials, educatives, culturals dels pares i riscos de caire biològic o les malalties cròniques.
- Quan la mare és adolescent, encara no ha pogut madurar com a dona per assumir un paper de mare, com adolescent té altres prioritats. Es trunca el curs vital de la noia i, en conseqüència, pot portar que no s'estableixi una vinculació afectiva, afavoridora per al fill i també pot acabar comportant, més greument, situacions d'abandó, negligència o maltractament.
- Quan l'infant és adoptat ja porta una història darrera d'abandonament, parteix de vivències amb els cuidadors anteriors a l'adopció, que poden ser més o menys dificultoses, i que poden afectar profundament en com l'infant es vincula amb altres, en la seva possibilitat d'autoregulació emocional i en la seguretat en si mateix i envers els altres.
- Si el fill és fruit d'una violació, comporta una barreja d'afectes materns, que poden ser molt contradictoris, respecte al qui naixerà, essent difícil la regulació emocional i, si aquesta no es pot fer, comportarà greus problemàtiques en la relació mare-fill.
- Cada infant és diferent, ja des d'abans de néixer. Tot i que hi poden haver factors genètics/biològics, en el "temperament" cal veure com hi han pogut jugar un paper important els factors de com s'ha viscut l'embaràs i com es viuen la maternitat i/o la paternitat. En els primers temps de vida l'acoblament al nadó pot ser difícil, ja que cada infant té necessitats diferents, alguns es poden acoblar millor o pitjor a determinats tipus de tracte, més o menys excitador, per part dels cuidadors. En alguns, l'excés d'excitació pot ser viscut com una intrusió, per altres, pot ser el contrari, quan són més demandants de joc i moviment, amb més necessitat d'estimulació (les situacions

com l'alimentació o la neteja poden ser contextualitzats de forma més calmada o excitadora)

- Hi ha canvis ambientals o situacions que també podem considerar de risc. Poden provocar angoixa de separació, dificultats d'adaptació, dificultats per establir una bona vinculació afectiva, i canvis o ruptures en l'afectivitat. Una circumstància a tenir en compte pot ser el cas de la mort d'un dels pares o d'un germà. Aquest fet genera un canvi en les relacions afectives, pot ser viscut de maneres diferents, per cada membre de la família i crear dols més o menys complicats, sobretot depenent de la relació de cadascú amb qui s'ha mort. Els progenitors, amb el seu dol, poden reaccionar de formes que no resultin saludables envers els fills, quan no es poden expressar els sentiments, quan s'amaguen, o bé quan s'aboca en els fills tota l'angoixa i malestar, com a "partenaires", no deixant-los ocupar el lloc que els correspon, com a infants. Quant als afectes propis de l'infant, respecte al pare, mare o germà mort, poden manifestar-se de formes que poden no ser clares a la vista de l'adult, i més quan l'infant no té encara la capacitat verbal per expressar què sent, com formes de protegir-se del dolor. Cal dir que la mort s'entén de diferent manera segons el moment evolutiu de l'infant, igualment com les seves reaccions emocionals també poden ser diferents. Pot mostrar malestar, tristor i plor, pot tenir actituds regressives, en hàbits que ja té adquirits, o en el llenguatge i la comunicació. Pot presentar trastorns somàtics, dificultats en l'àmbit escolar, manifestacions d'ansietat, conductes de ràbia, apatia, d'aïllament, sentiments d'inseguretat, de culpa, temors a la mort d'altres familiars. Si el dol no pot ser elaborat adequadament, pot causar perturbacions afectives, com una situació traumàtica que es va revivint fins a la vida adulta, a més de patologies o trastorns mentals. (Tizon, Sforza 2008). El dol pot arribar a ser patològic depenent de la negació dels afectes o de l'agreujament de la intensitat d'aquests, o/ i la seva persistència. Crec important valorar quines fantasies s'ha pogut crear l'infant al respecte, sobretot en les etapes en què encara hi ha un pensament màgic del tipus "si penso o desitjo alguna cosa, pot passar".
- Una altra situació a destacar és l'absència d'un dels pares, sigui per malaltia, feina o negligència, entre altres. El com el progenitor absent manté contacte amb els fills, o el com el progenitor present sent o viu la situació (malestar, angoixa, tristor, enuig, desànim) i com aquests afectes es transmeten als fills, directament o indirectament, amb actituds verbals o no verbals, pot tenir repercussions en la vida de la persona. En certes edats l'absència pot ser viscuda com un abandó, i al retorn de la persona absent, l'infant pot fer-li rebuig, que no és més que el seu temor a tornar a sofrir altra vegada el malestar de sentir-se abandonat. (Bowlby 1998)
- El maltractament físic i/o sexual deixa una empremta d'indefensió, de desconfiança, amb greu risc de patir trastorns ansiosos, depressius, símptomes somàtics. I en molts casos, l'estrès produït per aquestes situacions traumàtiques, poden arribar a vertaders quadres clínics, tant en l'infant com en l'adolescent, podent arribar a la vida adulta. Quan aquests traumes no han pogut ser elaborats i compartits, es poden arribar a dissociar durant anys, o amagar-se en altres simptomatologies i/o patologies, i en dificultats per establir relacions adequades, i/o reproduir, de forma paradoxal, el mal que s'ha sofert, en altres.
- Els pares amb trastorns psicopatològics, així com aquells que pateixen de malalties cròniques o greus dèficits sensorials, haurien de comptar amb un ajut, des dels inicis de la vida dels seus fills o abans, per la importància de la vinculació afectiva.

- Estudis recollits per Lebovici (1988) mostren com factors importants en l'establiment de la interacció, els medis desfavorits, els trastorns psicòtics, els depressius, la psicopatia i les toxicomanies en els cuidadors.
- En situacions de descompensació depressiva de la mare, són freqüents les descompensacions en l'infant. Sigui en circumstàncies com: la mort d'un parent pròxim, infidelitat, dificultats econòmiques i, amb freqüència, circumstàncies com: la mort d'algun fill, per accident, o un fill nou nat, o un infant mort "in utero", un fals part, conegut o curiosament amagat. La depressió materna produeix un canvi en la relació que l'infant té amb la mare, que passa de ser rica i viva a uns intercanvis pobres i morts. Encara que les conseqüències dependran de la qualitat, la durada i de com és l'infant i de la qualitat del lligam afectiu anterior. Les conseqüències es poden observar des de l'inici de la vida fins a l'adolescència, essent els períodes més vulnerables els del segon semestre de vida i els mesos següents (Kreiser, 1985)
- Les vivències de la infantesa dels pares creen uns patrons interns de funcionament, que si no han estat tractats, elaborats i entesos afectivament, poden crear uns patrons interns en els fills, també poc saludables (Bowlby, 1989).

## ***El vincle afectiu***

Les experiències sobre com ha estat la regulació de les reaccions emocionals de l'infant s'incorporen en els seus models representacionals, als que Bowlby (1995) va anomenar Models operants interns de funcionament - manera en què l'individu internalitza aspectes de les primeres relacions. Aquestes interioritzacions comporten un model estable de funcionament que influencia la conducta de l'infant en les seves relacions futures, les seves cognicions, els seus afectes, i el seu futur comportament social.

Ainsworth (1978) va observar les respostes de l'infant al tornar a trobar-se amb els seus cuidadors després de separacions breus. Per les conductes que va observar, els infants segurs presenten ansietat de separació i es reasseguen en retrobar-se amb el cuidador-model de funcionament intern de confiança en la persona d'afecte. Els infants amb un patró ansiós/evitatiu mostren poca ansietat davant la separació - funcionament de desconfiança en la disponibilitat de la figura d'afecte. Els nens amb un patró ansiós/resistent, amb vincle insegur ambivalent, presenten ansietat de separació, i no se senten reassegurats quan el cuidador fa intents de calmar-los en els seus plors i agitació.

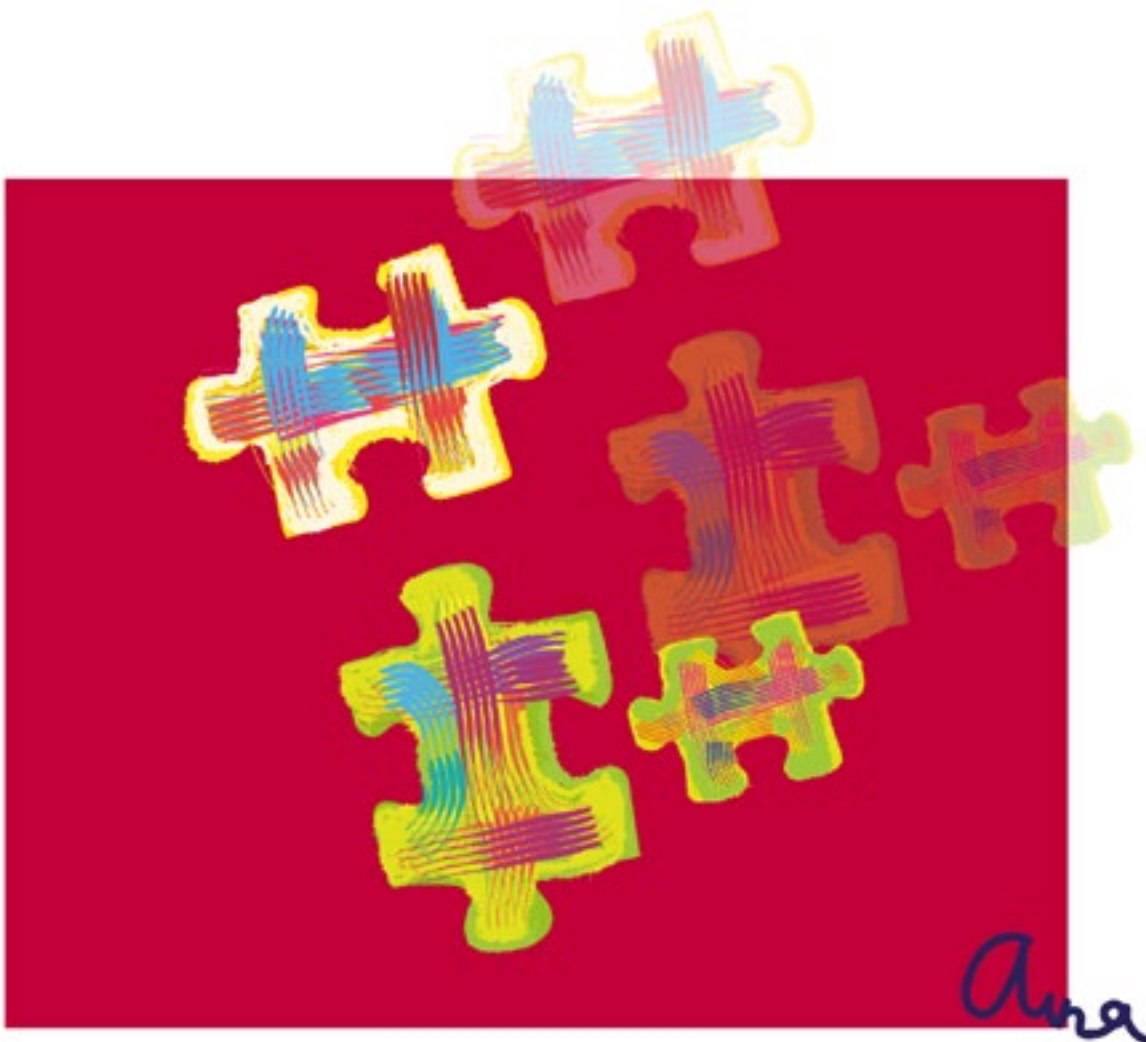
Els patrons de vinculació insegura/evitativa i l'ansiosa, ambivalent/resistent, respectivament, es poden relacionar amb el rebuig matern i la manca de predictibilitat de la mare. En la vinculació segura hi ha confiança amb les figures parentals accessibles i col·laboradores davant situacions adverses o de temor. Aquesta seguretat és afavorida per l'adult quan es mostra sensible i accessible als senyals del fill i amb sensibilitat afectuosa quan hi ha necessitat de protecció i consol. Així mateix afavoreix l'exploració de l'entorn. En la vinculació ansiosa-resistent l'infant no té la seguretat que l'adult sigui accessible i sensible i si podrà comptar-hi en moments de necessitat. Aquesta incertesa el porta a aferrar-se, i a més dificultats en explorar el món que l'envolta. Pot ser que l'adult de vegades es mostri accessible i altres no, amb possibles amenaces d'abandó. En la vinculació ansiosa-elusiva l'infant no té la confiança de rebre cura quan la necessita, el que espera és ser rebutjat. Busca viure sense la necessitat de l'altre, ser autosuficient, essent-li

difícil poder comunicar afectes que no siguin vistos com a positius. Aquesta vinculació és resultat d'un constant rebuig de l'adult quan busca consol i protecció.

Les respostes de l'adult poden respondre al grau de suport emocional que sent en el moment actual i el que ha tingut en la seva infància. Si l'adult pot recordar i elaborar els seus afectes infantils, l'ajudarà a poder establir una bona relació afectiva.

Winnicott (1998) assenyala la importància del Holding Maternal, funció de manteniment de la mare, que sosté l'alimentació tant físicament com psíquicament del bebè. Per ell el desenvolupament afectiu del primer any té les bases de la salut mental i en general de la salut. En aquest moment el nen es veu complementat per la mare, i sentint-se així pot adquirir confiança en si mateix, ja que té el sentiment que pot crear-se satisfaccions, se sent important i té la il·lusió segura i reconfortant de trobar respostes satisfactòries a les seves necessitats, i a les seves tensions, sempre que la mare respongui en el moment oportú a les seves necessitats, ni massa aviat- per donar temps d'experimentar les sensacions d'absència-, ni massa tard- perquè no sigui sentit de forma cruel.

Al llarg d'aquest any, la mare o qui en tingui cura, haurà de saber absentar-se, no en excés, sinó suficient. La desil·lusió de l'infant, que no totes les seves necessitats són satisfetes de forma immediata, ha de ser progressiva, per no trencar la seva organització i confiança. El trencament de la relació satisfactòria amb la mare origina inseguretats i el nen es veu incapaç de desprendre's de la presència física de la mare, i qualsevol allunyament li



produeix angoixa. Les separacions o ruptures precoces són origen de trastorns greus de la personalitat.

Spitz (1958), en l'observació relacions objectals, assenyala l'aparició del somriure social als 3 mesos, i l'actitud d'angoixa davant l'estrany als 8 mesos, quan ja hi ha reconeixement i diferenciació de la mare respecte altres. Quan les relacions estan alterades poden aparèixer afeccions psicotòxiques, èczemes, coma... La deprivació afectiva parcial pot esdevenir en depressió anaclítica, i quan és completa, en hospitalisme.

Crec important parlar sobre l'angoixa davant l'estrany (Spitz,1978) evolutivament, des de 6-8 mesos aproximadament, s'observa en el nadó la dificultat de separació de les persones estimades i la dificultat de poder contactar amb estranys, això és un signe evolutiu que s'ha establert una bona vinculació amb les persones d'afecte, i pot persistir fins a aproximadament els 12-18 mesos.

Però això pot ser més difícil quan s'acompanya de circumstàncies reals de separació, més o menys perllongada (hospitalitzacions de l'infant i/o la mare, naixement d'un germà, malaltia o circumstàncies que comporten canvis en l'actitud de la mare, el pare o cuidadors...). Aquestes separacions poden ser especialment traumàtiques al segon any de vida, etapa en què l'infant se sent com a ser separat, diferenciat, però amb temor a la separació. (Bowlby 1998)

Si els pares són suficientment contenidors, amb actituds tranquil·les i de no forçar, i a més no s'angoixen davant l'angoixa de l'infant, aquesta no serà tan intensa i anirà desapareixent i deixant que l'infant pugui entrar progressivament, i de manera saludable, en relació amb els altres.

Si l'angoixa és extrema i persistent, podem pensar en com és la relació establerta, les pautes educatives, les pors/angoixes dels pares, davant els temors de l'infant, les seves reaccions i conductes.

Mahler (1977), parla de fases de separació- individuació, en què el nen progressivament es va distanciant de la mare per anar diferenciant-se i prenent autonomia. Abans dels 4-5 mesos, la mare fa de suport, de jo del nen. Entre 5-9 mesos comença a disminuir la dependència corporal de la mare, està més estones despert, i és més autònom en la motricitat, explora la mare, la toca, i pot comparar persones diferents de la mare, que ja coneix. Entre 9-14 mesos pot allunyar-se activament de la mare i tornar (gatejant, caminant), per explorar l'ambient. De 14-24 mesos veu la mare com un ser diferenciat. Li agrada compartir els seus jocs amb ella, juga a apartar-se perquè ella l'agafi. És comprensible que en aquesta edat el nen reaccioni amb angoixa de separació davant les separacions de la mare. Aquestes poden ser molt traumàtiques, encara que siguin breus – sigui per malaltia, viatges, canvis en el tracte amb la mare, etc., ja que la mare no es pot substituir fàcilment. A partir dels 24 mesos s'inicia la consolidació de la individualitat, percep la mare clarament diferenciada d'ell i alhora se la pot representar mentalment, encara que no la tingui físicament present.

Per poder adquirir una confiança bàsica i poder-se diferenciar com individu de les figures d'estimació, cal que les figures parentals tinguin la capacitat per adaptar-se a les necessitats de l'infant i acceptar les seves noves adquisicions i canvis.



## ***Importància del vincle afectiu en les diferents dificultats i trastorns en l'infant i l'adolescent***

- Durant les situacions de l'alimentació es va creant l'acoblament de la diada, un clima de satisfacció mútua entre mare i nadó, en com el nadó se sent quan és alletat i en com la mare se sent quan l'alleta, la forma com rep la més o menys avidesa del seu nadó i com aquest rep la manera d'acceptar la seva major o menor necessitat. En aquesta relació, en la mare es desperten sensacions i sentiments sobre la seva capacitat per satisfer el lactant, el qual l'enforteix, en més o menys mesura, en el seu paper matern, per contenir suficientment el fill. S'estableix un "feed-back": l'infant, amb les seves actituds (agafar-se, mirar, acoblar-se al cos matern, sons...) estimula la funció materna i aquesta respon a la comunicació afectiva del nadó-lactant amb la pròpia. Depenent de com sigui l'establiment del vincle, juntament amb com és tractat el tema de l'alimentació dins la família, si durant els primers temps de vida hi ha alguna situació estressant (separacions, morts, entrada a l'escola bressol...), podem trobar-nos trastorns en l'alimentació del nadó i el lactant, des de situacions reactives o adaptatives a circumstàncies, reaccions de tipus depressiu, fins a patologies de la manca afectiva i de l'estimulació materna.

La creació del clima en la situació de l'alimentació pot ser dificultós, per moltes circumstàncies del mateix nadó (temperament, pes, malalties...), que comportin patiment i angoixa materna, o bé dificultats i /o patologies de la mateixa mare, que poden ser acompanyades o no, del tipus de contenció que rep per part de la parella o altres persones properes, respecte a la seva funció.

Quan hi ha comportaments d'oposició cal observar la relació amb els cuidadors. Però hem de tenir en compte que l'infant té un comportament oposicionista evolutiu en les edats de 2 anys i mig - 3 anys, quant a la relació amb l'altre, com a forma d'autoafirmació de si mateix i diferenciar-se. Aquesta etapa no sol durar més enllà dels 4 anys.

En la pubertat i adolescència, respecte a l'alimentació, cal discriminar si és una situació adaptativa o reactiva, o bé una demanda d'atenció, d'altres situacions més greus i no passatgeres. L'abast d'aquests trastorns és enorme i precisa d'una atenció cas per cas, de manera molt delicada, donada la seva complexitat i diferents fons de la personalitat. En aquestes edats el funcionament familiar és important: els contactes, les preocupacions per donar bona imatge, la valoració exclusiva de l'èxit escolar i social i l'evitació de conflictes oberts, verbalitzats. Les interaccions poden esdevenir patològiques, segons com reaccionen els pares, la seva personalitat i l'estil comunicatiu familiar.

- Respecte al son, les dificultats en l'establiment del vincle afectiu també poden comportar trastorns del son, alguns insomnis que s'acompanyen de plors es veuen en infants amb dificultats de separació. En l'insomni precoç d'infants al primer semestre, s'observa sovint que la mare no pot realitzar la seva funció protectora, de poder posar fre a les excitacions. El son i les seves pertorbacions permeten captar un aspecte essencial de les necessitats afectives del lactant. El son respon a una regressió massiva mitjançant un tallar complet amb el món exterior, i això només pot ser si està infiltrat per una càrrega afectiva adquirida en el contacte amb la mare (Kreiser,1985).

Dins aquestes dificultats, actituds com el balanceig o els cops de cap, si són persistents, poden fer pensar en una auto estimulació o un intent de calmar-se, quan hi ha carència en la cura afectiva, així com en simptomatologia psicòtica sempre que vagin acompanyades

d'altres trets dels trastorns psicòtics.

Els temors a dormir, en l'infant petit solen tenir relació amb l'angoixa de separació. L'actitud de l'entorn tindrà un paper cabdal enfront dels temors i de la negativa a anar a dormir, que s'observa principalment al voltant dels 2-3 anys, sobretot amb infants molt actius. Quan l'entorn és indecís, permissiu o agressiu, contribueix al manteniment d'aquesta conducta, al contrari de quan l'entorn manté una actitud tranquil·la, pacient i ferma, donant seguretat afectiva (Houzel,1990).

Les angoixes nocturnes són freqüents entre 2-6 anys, pròpies de la fase evolutiva, però la seva etiologia pot ser d'esdeveniments traumàtics, com naixement d'un germà, intervencions quirúrgiques, separacions del medi familiar, dols...o en altres casos perturbacions de la relació afectiva entre l'infant i l'entorn.

- Les manifestacions somàtiques en l'infant entre 6 i 12 anys, , descartant aspectes orgànics, es poden presentar per les dificultats que comporta l'expressió i el fet de poder sentir i pensar en els mateixos sentiments interns. L'aparell mental de l'infant encara està madurant i, per això, l'expressió del patiment pot manifestar-se de manera somàtica (en les àrees alimentària, del son, del control esfinterià, tics, queixes de dolors, afeccions dermatològiques, entre altres.). Cal valorar la història afectiva dels primers temps de vida, i del moment actual, les capacitats maternes i paternes de contenció, d'expressió i de resposta a les seves necessitats, les formes educatives, rígides o bé negligents, en les normes, la neteja, ordre, estudis...i discriminar, per una part, si es tracta de trastorns reactius a situacions reals estressants o traumàtiques, si tenen components depressius, o d'agressivitat continguda. I, per altra part, si poden ser més o menys passatgeres, o agreujar-se, si no hi ha intervenció psicològica.
- En els trastorns del comportament o la conducta. Abans de parlar de trastorns cal tenir en compte l'edat d'oposicionisme evolutiu de l'infant, entre 2-3 anys i mig aproximadament, en aquestes edats pot ser normal, ja que l'infant necessita reafirmar-se com a persona autònoma i diferent (una reafirmació del seu propi jo incipient). És important la resposta familiar davant aquestes conductes: d'excessiva tolerància, o pel contrari excessivament restrictiva. L'excés de tolerància pot portar a l'infant a l'augment de les seves conductes, amb exigències tiràniques importants, que poden esdevenir més complicades i inclòs patològiques, a mesura que es va fent més gran. Segons com els pares ho viuen, depenent de la seva pròpia història i les experiències que han viscut i sentit, com a fills amb relació amb la seva família d'origen -càstigs, normes...- poden témer fallar i/o danyar l'infant, com possiblement s'han sentit afectats ells mateixos quan eren infants, i reaccionin sobre compensant en el que ells s'han sentit mancats- quan no s'ha pogut elaborar mentalment aquestes mancances. També, i per altres situacions viscudes en la mateixa infància, com quan hi ha hagut negligència, i/o poca contenció en els límits, poden sobre compensar amb exigència i excés de límits normatius. I en altres casos s'observa una repetició dels patrons apresos de les experiències d'interacció infantils dels pares, en un ambient rígid, reproduint el que no ha pogut ser elaborat mentalment. L'exigència extrema no deixa que l'infant pugui trobar el seu propi espai com a persona i es pugui individuar i que pugui tenir un sentiment de si mateix validat, que porti a l'autoconfiança. Entre 6 i 12 anys sota els trastorns del comportament, en molts casos, trobem immaduresa afectiva, amb baixa tolerància a la frustració. Si els trastorns són intensos, caldria una intervenció precoç, a fi de prevenir futures organitzacions psicopàtiques, sobretot, quan hi ha incapacitat d'acceptar normes fora l'àmbit familiar, com l'escola o altres. L'agressivitat,

impulsivitat, oposicionisme, pot revelar un patiment de fons depressiu, amb dificultats per expressar i sentir tristesa. En molts infants i adolescents, la depressió pot adoptar aquestes manifestacions de conducta i agressivitat.

En mentides reiterades, cal discriminar entre fabulacions egosintòniques, el qual apuntaria a patologia greu o si es tracta d'una defensa, sense fabulacions egosintòniques, davant autoexigències o exigències externes, sentiments de menyspreu, o com a forma indirecta d'agressió, cap als sentiments de pressió que l'infant pot sentir. Altrament, ho podem veure quan els progenitors afavoreixen un tipus de vincle ambivalent, en el que l'infant no se sent segur respecte les respostes de l'adult.

L'autoagressió pot fer pensar, per una banda, en una demanda de límits (autoagressió com autocàstig), davant situacions familiars poc contenedores afectivament, o excessivament negligents, pel que fa a les normes. També serà necessari copsar si hi ha trets depressius. Quan l'agressió va dirigida als altres iguals o animals, l'infant pot estar projectant, en els altres o animals, la seva agressivitat. En uns casos per la impossibilitat de mostrar l'agressió en la situació real, pel possible temor a perdre l'estimació dels pares o altres figures importants (per ex: davant gelosia dels germans més petits, malalts, valorats, que ell sent que reben més atencions o valoracions). En altres casos podem pensar que s'estigui iniciant un futur trastorn de tipus més psicopàtic o psicòtic.

Quan hi ha un excés de moviment, sense finalitat (descartant el trastorn hiperactiu), amb moviments repetitius, estereotipats, cal observar si s'acompanya d'altres simptomatologies psicòtiques, però també es pot observar en infants amb greus deprivacions afectives i/o ambientals, com a forma d'autoestimulació, o com a forma de buscar una contenció per poder calmar-se.

En l'adolescent ens cal tenir presents les relacions afectives des de la primera infància, la contenció afectiva i les situacions viscudes, com separacions o dols.

Quan es donen trastorns de la conducta cal discriminar si s'està organitzant una personalitat psicopàtica, amb baixa tolerància a la frustració, i sense sentiments de culpabilitat (quan hi ha agressions físiques, robatoris, mentides, conductes sexuals inadequades, crueltat amb animals i consum de tòxics) o si hi ha manca de límits i de normes donades amb afecte, essent aquestes conductes, de manera indirecta, una provocació de demanda de límits. Per altra banda hem de diferenciar un possible fons depressiu, com a fugida dels propis sentiments i/o el no poder-los expressar o sentir.

- En els trastorns de la relació, la comunicació i el joc (descartant trastorns generalitzats del desenvolupament). En el nadó i lactant, podem trobar greus carències afectives, quan observem com amb el tracte i amb estimulació afectiva, sobretot a través del joc i en les activitats de cura quotidiana, l'infant respon al contacte. És cabdal conèixer l'estat afectiu en què es troben els cuidadors, com afronten o inciten l'infant a relacionar-se, si de forma excessivament intrusiva o pel contrari amb passivitat i manca d'estimulació. Fins a 6 anys es poden relacionar aquests trastorns amb aspectes depressius i possibles desencadenants en situacions de l'entorn proper, o situacions més o menys traumàtiques, que comportin que l'infant reaccionï amb hetero o autogressivitat, irritabilitat i mostres depressives.
- Les pors amb evitació de situacions, des de 2-3 anys, a la nit, la foscor, animals, persones desconegudes... les podem trobar en els més petits, com a símptomes de temor a

l'abandó, d'angoixa de separació, de carència o bé d'un excessiu aferrament dels pares amb l'infant, quan aquest viuen amb molt temor qualsevol cosa que l'infant pugui fer de forma autònoma - temor que prengui mal, o temor a deixar-lo amb altres, pensant que no en tindran prou cura, per exemple- no afavorint la confiança i autonomia segura del fill/a. (Caldria entendre això dins el context de relació viscut en les relacions infantils dels pares). La timidesa intensa, quan no hi ha aïllament, pot ser símptoma de temors que l'infant no sap expressar, com el temor a l'abandó (en infants que han sofert un abandó real més o menys perllongat, o una separació de les persones estimades. En altres ocasions hi pot haver temor davant amenaces d'abandó expressades de manera explícita o implícita). Alhora cal dir que ho observem en infants amb un patró de vincle insegur.

- En l'agressivitat amb els iguals o aïllament, caldria descartar situacions de gelosia amb els germans o altres, naixement d'un nou germà, entrada a l'escola, o bé altres desencadenants que puguin provocar patiment, als quals l'infant pot reaccionar amb aquestes dues conductes extremes, i dificultats de relació amb els iguals, que poden estar relacionades amb les qualitats dels vincles establerts - insegur, ansiós i ambivalent. Ambdues reaccions mostren manca d'una contenció afectiva segura, trets depressius i dificultats de mentalització (Ruiz E. 2017).
- Pel que fa al joc, quan l'infant no juga o no fa joc simbòlic ni imitatiu des de 2-3 anys, o fa un joc molt repetitiu, sense curiositat, pot indicar trastorns greus de l'espectre autista, o bé de greus carències afectives i d'estimulació.
- De 6 a 12 anys, quan s'observa aïllament, les alteracions de relacions amb iguals i sobre dependència de l'adult, en general, indica que hi ha dificultats en els patrons de relació en el vincle establert, en els models interns de funcionament. De manera més o menys indirecta, cal entendre els progenitors que poden presentar temors propis, a vegades patològics, d'aspectes personals no elaborats mentalment, que transmeten als fills amb les seves actituds, de vegades de formes no verbals, i que dificulten l'autonomia de l'infant i la separació. "L'infant tem el que els pares temen".
- En altres casos d'aïllament respecte a iguals, cal explorar situacions reals d'assetjament a l'escola o en altres àmbits de convivència amb iguals. Caldria preguntar-nos el perquè aquest infant és víctima- ja sabem que pot ser-ho sense haver-hi causes personals, però si no és així i la situació persisteix hauríem de poder pensar en les seves defenses personals internes, de seguretat afectiva, de baixa autoestima. I podríem afegir qüestions respecte de quin paper hi ha pogut exercir la família, i la contenció-seguretat que l'infant ha rebut i està rebent.

En un altre tipus de casos caldria veure els sentiments, els temors de l'infant, respecte del món extern que l'envolta, no reactius a situacions reals. Aquí apuntaríem patologies que poden ser més o menys greus, des d'aspectes psicòtics fins a fòbies patològiques o fòbies evolutives per l'edat.

Altrament les dificultats per poder fer amics, alteracions en les relacions, la baixa tolerància en perdre, amb reaccions emocionals excessives, sense aïllament, poden tenir a veure amb infants hiperactius, regressius, amb manca de límits normatius o amb sentiments de menyspreu personal. La dificultat per fer amics també pot denotar que l'infant projecta en els altres sentiments de temor a l'abandó, angoixa de separació, quan hi ha hagut situacions d'amenaça en aquest aspecte o abandons reals, mostrant dificultats de

caràcter depressiu, dificultats per establir relacions, d'agafar afecte, pel temor que el tornin a fallar o a patir altres abandons.

En casos més extrems, amb desconexió, respecte als altres i el que l'envolta, podríem pensar en aspectes psicòtics, sempre que hi hagi altres simptomatologies d'aquest trastorn. Cal discriminar aspectes psicòtics de les situacions de greu deprivació afectiva, amb manca de comunicació afectiva.

- En els trastorns per ansietat. Cap al tercer any de vida s'accentuen i multipliquen els rituals en anar a dormir o en l'alimentació. La resposta davant aquests ritus (segons siguin els aspectes més profunds de la personalitat i les experiències dels adults), amb excés de complaença o d'intolerància, tindrà gran influència en el destí d'aquestes manifestacions.
- De 6 a 12 anys, sobre els rituals compulsius, si no són invalidants en el rendiment personal, acadèmic i de la vida quotidiana, poden ser evolutius, amb la predominança d'un pensament màgic, com per exemple la tendència al col·leccionisme o l'ordre, que proporcionen, en aquesta etapa, aspectes de seguretat i tapen els temors propis de l'edat escolar. Abans de la pubertat s'observen rituals aïllats, supersticions que fan que l'infant faci conjurs, per exemple, amb la finalitat de tenir sort en els exàmens o evitar algun mal. Tot això, malgrat tenir un caràcter compulsiu, l'infant no s'ho creu de manera absoluta i aquestes manifestacions ocupen un lloc mínim en el seu funcionament mental. En canvi en les formes psicòtiques, l'aspecte rigorós dels rituals no impedeix que l'angoixa resulti invasora, ni que el pensament resulti assetjat. Els trastorns obsessius en l'infant difereixen dels de l'adult, en l'infant hi ha reorganitzacions i el pronòstic resulta difícil (Diatkine,1989).

En situacions més incapacitants, aquests aspectes obsessius, presenten la dificultat de l'infant de poder sentir i pensar els seus temors, entorn de l'agressivitat, la sexualitat o altres, desplaçant o tapant i volent calmar el patiment amb aquestes defenses rituals. Si això va acompanyat d'altres símptomes més greus, com per exemple desconexió dels altres, caldrà valorar la gravetat dels trastorns obsessius i/o possibles inicis de trastorns psicòtics. En l'adolescent els rituals, les preocupacions excessives per l'ordre, la neteja, la simetria, etc. ja no són evolutius, mostren trets obsessius que amaguen temors de sentiments interns els quals l'individu intenta evitar i defensar-se'n. Sempre ens cal conèixer la seva història relacional i el moment present, en els seus contextos familiar i extra familiar. Trobem temors obsessius als seus impulsos, de cometre algun acte absurd o prohibit, de dir alguna cosa no permesa, d'agredir algú, etc. Aquestes fòbies d'impulsió o obsessions impulsives comporten uns comportaments evitatius i de vegades aïllament. Aquests temors poden ser a les relacions, a la sexualitat, a l'agressivitat mateixa, o impulsos i reaccions més primàries, no reconeguts de manera totalment conscient. Sobre les preocupacions excessives per malalties, infeccions, cal observar si hi ha hagut esdeveniments angoixants i també què poden significar en cadascú aquestes malalties temudes, amb què es relacionen – situacions familiars, temors entorn de la sexualitat o altres.

Dels símptomes que suggereixen o imiten una malaltia caldria discriminar si hi ha trastorn de tipus conversiu (com paràlisi, pèrdua de veu...) o si s'està organitzant una personalitat psicossomàtica. I en cada cas cal veure, a través de la reflexió conjunta, les dificultats i les capacitats del pacient per afrontar situacions estressants en els seus contextos, que poden provocar ansietat i també els beneficis secundaris que pot tenir la seva

simptomatologia.

- L'ansietat d'allunyar-se dels pares, abans de la pubertat, es pot relacionar amb la sobre dependència de l'adult, sobretot si hi ha hagut separacions reals o amenaces de separació. També podem esmentar que a l'edat aproximada dels 9 anys l'infant ja reconeix, de forma clara, el sentit de la mort i, si en aquests moments hi ha situacions reals de separacions, morts o malalties de les persones estimades, l'infant pot reaccionar amb actituds de temor a quedar-se sol.
- Les fòbies solen començar a l'edat escolar, i poden ser evolutives. Caldria explorar en cada cas, ja que provoquen molt patiment i ansietat.

En concret podem esmentar les fòbies escolars, des de finals d'aquesta edat i en l'adolescència. L'evolució d'aquestes fòbies pot anar en diferents direccions. La major part dels casos van acompanyades d'un matís depressiu i amb malestar davant la seva incapacitat de fer una vida normal. De vegades apareixen preocupacions hipocondríiques, sense signes d'activitat delirant, i amb un aïllament social relatiu. En la història d'aquests infants pot haver-hi dificultats que els han portat a reeducacions que han resultat ineficaces o, en altres casos, els seus records mostren que l'activitat escolar ha estat un sotmetiment al desig d'altres més que al propi. Aquí, sovint, podríem parlar del "fals self" de Winnicott (Diatkine i Valentine,1989). Cal dir que aquestes situacions són de bon pronòstic amb el tractament psicoterapèutic adequat, encara que el procés sol ser molt lent.

L'evolució cap a l'esquizofrènia és molt poc freqüent. En cas d'aparició de símptomes més manifestos i eclosió d'un deliri paranoide, pot ser més o menys ràpid, probablement en funció de les reaccions de la família i de les iniciatives terapèutiques (Diatkine i Valentin,1989).

En l'adolescent cal explorar els sentiments i temors interns -d'agressivitat, sobre la sexualitat, les dificultats de separació- però ens cal discriminar aquests temors de situacions reals i traumàtiques desencadenants. Les pors excessives solen focalitzar-se en determinats objectes, situacions, llocs, amb els que l'adolescent desplaça el seu temor. El perfeccionisme mostra inseguretats i necessitat de valoració personal, amb trets obsessius, aquests tapen possiblement altres preocupacions. Cal veure quins sentiments i emocions estan sota aquests trets, i com es viu la realitat personal dins l'àmbit familiar, la valoració, l'exigència, les comparacions, etc.

Amb relació a les fòbies escolars cal comentar el mateix que ja hem explicat en l'apartat de l'edat precedent, i afegir també que s'observa entre l'adolescent i la família una interacció difícil, exacerbada per l'eclosió de la fòbia escolar, que preexistia a la seva aparició. L'adolescent nega la seva necessitat d'ajut, mostrant-se reticent, amb reaccions agressives cap als pares i amb grans barreres defensives (Diatkine i Valentin,1989).

- En el retard en el desenvolupament cognitiu i psicomotor i del llenguatge. En qualsevol retard cal diferenciar l'existència de trastorns orgànics, deficiències mentals, síndromes, o si es tracta de l'existència d'anomalies en l'estimulació. Com a professionals ens cal conèixer bé les fases del desenvolupament cognitiu, motor i del llenguatge de l'infant, per poder valorar adequadament.
- En el nadó i el lactant cal descartar trastorns orgànics, els retards i anomalies de

l'organització tònic postural, així com les anomalies de l'ajustament postural del bebè en braços, el retard en la marxa sense dificultats motores específiques i la pinça atípica. També podem pensar en possibles signes de trastorns generalitzats del desenvolupament, sempre que es donin altres simptomatologies d'aquests. Les sospites de greu carència afectiva o greus dificultats en l'establiment del vincle afectiu les podem observar quan es presenten les següents actituds: pobresa de les actituds anticipatòries perquè el portin en braços, anomalies de l'ajustament postural del bebè en braços del cuidador principal, trastorns de la prensió, evitació de la prensió- 8 mesos, aproximació dubitativa: avança i retira la mà, toca i tira els objectes ràpidament, sense exploració, toca i tira els objectes ràpidament, sense exploració, pobresa de moviments i retenció en els moviments, que inicia però no acaba.

- El quequeig pot aparèixer entre els 2 i 4 anys, amb menys freqüència dels 5 als 7 anys, i rarament durant l'adolescència. És normal als 2 - 3 anys i es resol de manera espontània. Parlem del quequeig evolutiu en aquesta edat en què la parla no està encara prou afermada. Si l'adult no transmet tranquil·litat, o el força, no li dona temps perquè s'expressi o el recrimina, no afavoreix que l'infant vagi agafant confiança en la seva evolució. Podem plantejar-nos si cal un diagnòstic i una intervenció des dels 4-5 anys. Les reaccions emocionals negatives per part de la família i companys poden afectar l'autoestima, el desenvolupament social, escolar i el del llenguatge. En alguns casos, poc freqüent, pot haver-hi algun trastorn neurològic, en cas de descartar-lo cal pensar en ansietat, encara que no podem dir que hi hagi una causa única en aquest trastorn, caldrà valorar cada cas concret.
- El retard de la parla s'associa a signes d'immaduresa emocional, en particular hàbits orals d'infància, de mamar i per una alimentació amb llet i dieta semi líquida. Sovint formen part d'una relació amb el cercle familiar que afavoreixen el manteniment d'aquests comportaments regressius.
- El mutisme, havent descartat la sordesa sense estimulació i símptomes psicòtics, pot mostrar fòbies i/o situacions traumàtiques reals. Podem trobar diferents situacions:
- El que mai ha començat a parlar (mutisme total), en aquest cas ens plantejarem trastorns d'autisme, sordesa profunda sense estimulació, retard greu del llenguatge, deficiència mental, o greu deprivació.
- El que hagi començat a parlar i deixi de fer-ho. En aquest cas la problemàtica pot ser greu, en cas de psicosi, o pot ser banal i passatgera, si és una resposta de l'infant a una situació determinada, un trastorn d'adaptació, en canvis de la seva vida que podem detectar fàcilment. O es pot tractar de fòbies, aquestes generalment en infants majors de 5 anys, o respondre a vivències de situacions traumàtiques, com dol, agressió, separació.
- Quan el mutisme és selectiu, amb determinades persones i situacions, cal conèixer com són les seves relacions afectives, i discriminar en conseqüència, si és de tipus fòbic, posttraumàtic o de negativisme.
- Els trastorns en l'articulació a partir dels 5 /6 anys, de tipus funcional amb inadequat funcionament dels òrgans perifèrics de la parla sense alteració estructural dels òrgans buc fonadors, poden ser deguts a immaduresa afectiva, problemes intel·lectuals, problemes de praxis motores, dificultats de discriminació auditiva. Però una de les

causes a explorar és la manca d'estimulació, el qual segurament anirà acompanyat d'altres retards, on la carència afectiva serà cabdal.

- En l'etiologia dels trastorns del llenguatge, descartant causes d'origen neurològic, o bé orgàniques dels òrgans perifèrics de la parla, o la pèrdua auditiva i la patologia primerenca de l'orella mitjana, podem trobar sovint dificultats en les relacions afectives i de comunicació amb els adults de referència, en els primers temps de vida i els primers anys i a l'entorn social en general. El procés del desenvolupament es fa en connexió entre les diferents àrees, comunicació, sensorial, motriu, cognitiu i afectiva. Una dificultat en una d'aquestes àrees pot afectar en el desenvolupament de les altres, com també en el desenvolupament cerebral.
- En les dificultats escolars. Per valorar aquest aspecte cal indagar sobre la història escolar, com els canvis freqüents d'escola, les absències o pèrdues d'escolaritat, descartant possibles retards intel·lectuals. Hem d'observar si hi ha canvis en la situació familiar, com separacions, canvis de domicili, naixement de germans, morts de persones estimades, o malalties d'aquestes. Això especialment quan es presenta descens significatiu del rendiment i/o dificultats d'aprenentatge, no degudes a l'escola, i quan hi ha bloqueig, manca de concentració o oblit dels aprenentatges. En els dos últims casos es fa necessari explorar si hi ha trastorns d'atenció i hiperactivitat, i en aquests caldria conèixer si la situació és actual o si ja s'ha anat forjant des de la petita infància, explorant com ha estat la contenció familiar en la petita infància, les dificultats per calmar-se i el que pot comportar tot això en l'autovaloració de l'infant.

Altres possibilitats diagnòstiques d'aquestes simptomatologies poden tenir a veure amb aspectes depressius i/o ansiosos, que poden presentar-se com a reactives a situacions familiars dificultoses.

Altrament podem trobar infants, que a l'inici de l'edat escolar, no presenten una maduresa afectiva per a enfrontar-se a les dificultats que suposa acceptar la separació familiar, créixer, fer-se gran, i/o amb situacions relacionals amb la parella de pares que no estan prou clares, pel que fa als sentiments i el paper que ocupa cadascú, el qual crea confusió i dificultats per interessar-se en els aprenentatges. Aquests aspectes poden anar acompanyats d'actituds regressives, com pors a dormir sol i enuresi. També l'infant pot tenir sentiments de culpabilitat envers els seus progenitors.

Cal copsar situacions com la manera com l'infant sent l'exigència familiar i la seva valoració, si hi ha negligència familiar, en l'aspecte escolar i/o en aspectes afectius, situacions *laissez faire*, situacions de ser tractat de més petit de l'edat que li correspon, i la demanda de valoració, contenció, de límits i d'estima.

De forma no conscient, pot mostrar la rebel·lió com agressió continguda, a través d'aquests símptomes, enfront d'excessives exigències en àmbits vitals diferents, per part de la família, com buscant la seva individuació -"vull ser jo, no com tu vols", encara que això pot ser més freqüent des de la pubertat.

- En els trastorns de l'estat d'ànim i afectius. De 6 a 12 anys pot haver-hi possibles desencadenants en la història de l'infant i la família (situacions traumàtiques, morts, malalties...). En aquestes situacions l'infant se sent desvalgut, amb necessitat de contenció afectiva. Quan mostra tristesa, hi ha més capacitat per poder sintonitzar amb els seus patiments, més que quan la depressió es mostra a través de trastorns de



la conducta i irritabilitat, manera molt freqüent de manifestar aspectes depressius en l'infant i l'adolescent.

Cal observar també possibles sentiments de culpa excessiva, reactives o no a les situacions reals. S'ha observat casos d'estats depressius en infants de 8-11 anys. Presenten inhibició, gestual, mímica, verbal i mental, amb vivències d'impotència i profund desànim. L'entorn parla de ganduleria i l'escola d'indisciplina i provocació. En la relació terapèutica hi ha intensa recerca d'afecte, amb temor al rebuig. En aquests casos es va constatar unes figures parentals rígides, sancionadores, i figures maternes exigents amb si mateixes i amb l'entorn. La majoria de casos evolucionaven cap a trets obsessius o altres amb problemàtiques relacionades amb intolerància a la frustració. (Penot 1989)

- De l'eufòria i excitació excessiva, en casos comentats per Penot (1989), d'infants entre 5 i 8 anys, a causa del seu comportament insuportable a l'escola, amb excitació maníaca, fabulació i provocacions cap a l'observador, es va observar que el tema de la mort envaïa les seves produccions, com en els dibuixos. Però en instants de tranquil·litat, aquests infants deixaven veure l'autèntic quadre depressiu, amb inhibició, vivència d'impotència i sofriment, amb gests suïcides, amb risc vital. La psicoteràpia va fer evident un rerefons psicòtic, un entorn familiar on el pare està absent, mort, desaparegut o sense funció, a causa de la seva inestabilitat o patologia, en canvi en les fabulacions maníacques dels infants apareix dotat de qualitats extraordinàries. S'observava la figura materna fantasiosa, mantenint una relació amb el fill imprevisible, amb variacions d'humor intempestives, podent fer pensar que l'infant no pot tenir un referent afectiu estable, i pot viure aquestes reaccions com ruptures traumàtiques. En aquests casos el pronòstic no té per què ser de psicosi en l'adolescent, però quan ho és, l'activitat delirant pren el relleu de l'excitació maníaca. En la majoria de casos l'evolució es caracteritza en angoixes depressives. Però quan hi ha trastorns del comportament amb aspectes més o menys delictius, suscita una estructuració semblant a la psicopatia.
- Quan hi ha astènia en l'infant escolar, sol anar acompanyada d'inhibició intel·lectual i cefalees. Pot ocórrer que l'infant estigui sotmès a una exigència escolar excessiva i una mala organització dels seus horaris, amb insuficients activitats lúdiques. S'observa en infants escrupolosos i ansiosos o bé en actituds familiars exigents que fixen aquesta actitud en els fills. Però cal una atenta observació de moltes altres possibles circumstàncies. L'astènia figura com un dels símptomes més importants entre els que poden revelar depressió essencial que pot portar a una desorganització psicossomàtica (Kreiser, 1985).
- En l'adolescent, com en l'infant, els aspectes depressius, no sempre es manifesten amb tristesa i trets depressius com en l'adult, moltes vegades es manifesten amb agressivitat, irritabilitat i baix rendiment acadèmic.

Quan les manifestacions són més directament depressives cal veure possibles situacions coincidents o desencadenants a les quals reacciona l'adolescent (morts, malalties, etc.), de manera que connecta amb el seu patiment i tristesa. En altres casos, no reactius, sense desencadenant extern coincident, caldria explorar el món intern, sentiments no basats en una realitat contrastable.

Hem de pensar que a l'adolescència es qüestionen les bases de la infància, la solidesa adquirida amb les experiències afectives infantils en relació amb les persones d'afecte i

l'entorn. Durant l'adolescència es reactiven les dificultats anteriors i cal veure-ho com una oportunitat de refer-se o reconstruir-se, podent ajudar a l'adolescent a la comprensió de les seves dificultats, a l'expressió d'aquestes i a l'acceptació de si mateix, la realitat i les seves possibilitats.

Segons Jeammet (1989) la depressió en l'adolescent (amb trets com inhibició psicomotora, humor depressiu, amb sentiment de tristor o de desvaloració, preocupacions suïcides, autoretretos, vergonya, menyspreu vers ell mateix, pèrdua de l'autoestima, trastorns fisiològics com anorèxia, astènia, insomni) podria ser preocupant, quant a un possible inici de trastorn bipolar, però aquests casos són molt rars abans de finals de l'adolescència. La major part de les formes depressives no són més una exacerbació de la depressió habitual de l'adolescència. Podem trobar l'adolescent taciturn, que viu la realitat com poc motivadora, que es queixa d'avorriment desmesurat, d'absència d'interessos, de sentiment de buit, amb un matís de queixa depressiva, però sense temes depressius de culpabilitat, d'ansietat i d'inhibició, i l'humor no es veu afectat, conservant l'energia i el sentit de realitat. En aquest cas Male adverteix aquí la influència de dificultats d'individuació de la primera infància. (Jeammet 1989)

Braconnier (1986) parla d'un tipus de depressió d'abandó en l'adolescent, amb sentiment de tristesa, d'abandó i de buit, que expliquen el que l'autor considera com equivalents depressius: consum de tòxics, ingesta compulsiva i relacions sexuals erràtiques. Aquest tipus de depressió té antecedents d'abandó traumàtic en la infància. La depressió en l'adolescent pot amagar-se també sota diferents formes d'expressió, com les queixes somàtiques, els trastorns del comportament o la inhibició.

- Les queixes somàtiques freqüents en la depressió de l'adolescent són cefalees, astènia, dolors abdominals, fatiga i preocupacions hipocondríiques. Les preocupacions hipocondríiques solen desencadenar-se per esdeveniments que comporten angoixa, presentant un caràcter sovint espectacular, inquietant, però solen reabsorbir-se en gairebé tots els casos, sobretot amb l'ajut psicoterapèutic, sense portar a una organització psicòtica. (Jeammet 1989) Les queixes somàtiques es poden associar a aspectes depressius i ansiosos, i les somatitzacions en general poden fer-nos pensar que el patiment psíquic és expressat amb el cos, ja que la ment no pot fer-ho.

Hem de valorar també les emocions en els canvis sexuals i sobre sentiments d'agressivitat continguda o situacions estressants, ja que les queixes somàtiques poden estar desplaçant conflictes

d'aquestes àrees.

- Quan l'expressió és a través de trastorns del comportament, pot haver-hi comportaments agressius i actituds hipomaniàques. Els suïcidis i temptatives de suïcidi formen part també del pas a l'acció, dins els trastorns del comportament.
- Els trastorns de les conductes alimentàries i les conductes d'addicció, també inclouen una dimensió depressiva.
- Algunes manifestacions amb queixes somàtiques o trastorns del son o de l'alimentació mostren que la depressió pot anar acompanyada d'ansietat. En aquest tipus de casos els resulta difícil poder pensar/sentir el que pot posar trist, costa poder connectar amb el seu patiment, manifestant la tristesa amb símptomes somàtics. Cal veure si darrere

d'aquestes queixes hi ha un significat simbòlic de tipus conversiu, o bé si hi ha una demanda d'atenció, o dificultats d'acceptar el fet de fer-se gran i separar-se, o altres dificultats en l'expressió dels afectes.

- Etiològicament hi ha tres nivells: (Jeammet 1989)
- Factors genètics i bioquímics. Cal conèixer si hi ha antecedents familiars de trastorns depressius, maníacs, bipolars, sobretot si hi ha episodis maníacs.
- Factors que poden tenir un paper important: les separacions freqüents en la infància, la discontinuïtat en la relació afectiva materna, conflictes familiars, la depressió materna, els dols reals precoços i la pèrdua de la mare abans dels 11 anys.
- Factors biogràfics i de l'entorn: pèrdues, conflictes parentals, allunyament de membres de la fratria, depressió parental, utilització per un o ambdós pares de l'adolescent, amb finalitats narcisistes o de projecció dels mateixos conflictes, confusió de generacions, marginació del pare i la desqualificació de la seva funció de prohibició amb complicitat de la mare.
- En l'abús de substàncies tòxiques a l'adolescència. En l'edat adolescent, davant la necessitat de mostrar-se autònom, diferent, amb la seva identitat i els límits, podem pensar com evolutiu el fet de saltar-se les normes fins al límit de certa perillositat, sense arribar a formes auto lesives o extremadament agressives. Quan els límits sobrepassen la demostració d'omnipotència, la seguretat pròpia i aliena, ens podem trobar que l'adolescent consumeix tòxics com una forma d'encobrir sentiments de tot el contrari. Cal considerar-ho com alarma d'aspectes depressius, o com a fugida del que el pot posar trist i que pot provocar sentiments de culpa (com davant estressants reals- mots, malalties, pèrdues...).

En altres casos podem pensar en situacions familiars amb manca de límits normatius i afectius clars i com a conseqüència una baixa tolerància a la frustració. En aquestes situacions hi ha la possibilitat del risc d'organitzar-se una personalitat psicopàtica, el qual necessita una atenció el més precoç possible. O bé la possibilitat que amb les seves actituds provocadores, l'adolescent pot estar fent una demanda indirecta de límits. Cal observar quan l'ús dels tòxics és una manera d'anestesià el malestar psíquic, quan hi ha dificultats de caràcter depressiu i ansios i discriminar molt bé quan els símptomes són deguts als tòxics o a altres trastorns, el qual, en molts casos pot ser difícil, ja que coexisteixen o poden coexistir ambdues problemàtiques.

- En els trastorns psicòtics en l'adolescent. Sempre hem de tenir present que en aquestes edats encara s'està formant la personalitat i que és etapa de crisi, de canvi i d'evolució. Per tant és important explorar bé si realment es tracta de trastorn psicòtic i no confondre-ho amb altres quadres, ja que en aquestes edats poden aparèixer símptomes que poden portar a confusió.

Discriminar deliris, al·lucinacions d'idees de referència, o pensaments estranys, que resulten molestos al pacient, i que tenen un caire més obsessiu, o possibles aspectes fòbics. Alhora hem de veure possibles situacions estressants o traumàtiques en els seus àmbits relacionals, que poden portar a símptomes que tinguin una aparença molt complicada.



### ***Comentaris sobre l'adolescència***

L'adolescent presenta uns motius de consulta amb dificultats imprecises i canviants per encasellar-les en categories rígides, encara que poden ser inquietants i a tenir en compte de cara al pronòstic (CFTMIA). Aquesta etapa és un procés de canvi crucial en la vida, en què es plantegen grans ambivalències, el dol de la infància i la difícil empresa d'entrar al món adult, el desig d'independència i autonomia enfront de la necessitat de la dependència de l'altre, el desig pel que és nou i el temor a perdre el que és conegut.

Aquest procés afecta també als pares i per tant a la relació pares-fills. Als pares els pot costar acceptar el canvi i creixement del fill, i poden experimentar sentiments des de la incomprensió fins al rebuig. Necessiten també fer el dol de l'infant, de la identitat com a nen/a i de la dependència d'aquest/a, així com també es veuen confrontats en l'acceptació del canvi del mateix cycle vital i de l'acceptació dels fracassos, crítiques i desidealitzacions que reben per part dels fills. Aquests canvis poden ser viscuts amb dolor i dificultats, reforçant actituds d'autoritat o pel contrari atorgant una excessiva llibertat, que el noi/a poden sentir com a no acceptació, com rebuig o com abandó.

El procés maduratiu i relacional, l'estabilitat afectiva i l'equilibri entre la gratificació i la frustració viscuts durant la infantesa, poden marcar el grau de dificultat i conflictiva de

l'adolescència. L'adolescent s'enfronta a canvis corporals, socials, personals, sexuals, en els desigs, en les relacions, amb un malestar difícil de controlar que el porten a defensar-se'n de diferents maneres, com racionalitzar i buscant teories sobre temes transcendents, refugiant-se en la seva fantasia i el seu món intern, volent prescindir de la necessitat dels altres. Els seus canvis corporals, d'identitat i el sentiment de soledat i de pèrdua del vincle amb els pares de la infantesa, el porten a la necessitat de buscar seguretat i pertinença en el grup d'iguals, o a la necessitat de reivindicació de canvis socials. Tot aquest entramat esdevé difícil i el pot portar a fluctuacions de l'estat d'ànim, a contradiccions en les seves conductes, mostrant diferents personatges d'un mateix. Hi ha la necessitat de sentir-se validat/valorat com a gran i adult pels seus congèneres i alhora pels pares, sense deixar de voler i necessitar sentir-se atès i entès en els seus aspectes infantils. En aquesta recerca de la seva identitat poden aparèixer conductes, dificultats i trastorns que ens poden portar a confusió diagnòstica.

Quan en la infància ha mancat la contenció o hi ha hagut rebuig, les reaccions a l'adolescència poden tenir un caire més conductual. Però cal remarcar que és normal que es vulgui provar sensacions de risc, com a forma de validar-se. Quan l'ansietat i el temor al desconegut sobrepassa poden aparèixer aspectes fòbics, i quan no hi ha un grau d'acceptació de la dependència, i aquesta és viscuda com a debilitat, ens podem trobar amb dificultats com el consum de tòxics, l'anorèxia, actuacions psicopàtiques o conductes autoagressives.

### ***Sobre la comprensió de les dificultats esmentades i el pacient adult***

Les demandes d'ajut de l'adult, encara que diverses, es poden presentar, segons l'exposició que presenta cada pacient, amb més o menys connexió amb patiments, afectes o situacions del seu passat infantil.

Moltes persones acudeixen a consultar presentant dificultats del moment present, posant el seu patiment en algun aspecte vital, sigui de relacions afectives actuals de parella, fills o altres, sigui de l'àmbit acadèmic o de treball, situacions de dol, situacions traumàtiques recents o altres esdeveniments actuals. El pacient situa els desencadenants del malestar en el present i en fets concrets, que en la majoria són motius de veritable patiment. Però també en la major part dels casos aquests malestars, situats en fets concrets actuals, ens porten, al llarg del tractament, a trobar aspectes que no havien pogut ser vistos i elaborats. Aquests aspectes corresponen, sovint, a models interns de funcionament, que la persona ha anat adquirint des de les seves primeres etapes de la vida, i les maneres de com ha pogut anar-se defensant davant les situacions adverses.

Les simptomatologies del moment present, encara que poden ser reactives a aspectes de la vida actual del pacient i desencadenades per fets concrets, segons són viscudes pel pacient, i com les afronta, segons la seva capacitat de mentalització o funció reflexiva<sup>1</sup>, poden posar en joc les possibles dificultats hagudes en el seu passat, quan aquestes no han pogut ser elaborades.

Cal poder comprendre afectivament el que hi pugui haver en el malestar present, poder-ho connectar amb els models interns que el pacient té, com a formes d'entendre i afrontar la seva vida i les seves relacions. I poder-ho posar en el context (de la seva pròpia història de vivències, sentiments, sensacions, afectes i esdeveniments), pot ajudar a comprendre el

que està passant i la simptomatologia que presenta.

Cal que el professional conegui les situacions i dificultats que es poden donar en les edats infantils, com les que s'han exposat en aquest text, per poder entendre la persona que tenim davant, en i amb tots els seus contextos ( presents i històrics) i els seus afectes. I és per això que crec rellevant que qualsevol professional que tracta a adults tingui sempre en perspectiva la multiplicitat de possibilitats històriques que puguin sorgir, com a possibles hipòtesis o camps d'investigació. Podent-ho anar veient, de forma conjunta amb el pacient. No podem contemplar tot el que hi pot haver dins del que cada persona porta, ja que resulta sorprenent com cadascú, malgrat que la simptomatologia sigui una o altra, té el seu propi món i la seva pròpia vivència. Per tant, el rerefons del seu patiment pot allunyar-se del que nosaltres podem tenir en la nostra la ment. Cada individu és únic, no es pot mesurar amb classificacions rígides, que encasellen en estereotips. En la relació terapèutica que es vagi establint, pot anar sorgint tot allò que, en un principi del tractament, encara no podem veure ni conèixer.

Per finalitzar voldria instar a altres col·legues, que des de la pràctica es pugui completar, millorar i elaborar documents per una comprensió de la psicopatologia, infantil, juvenil i adulta, des de la perspectiva de la psicoanàlisi relacional.

<sup>1</sup>La capacitat de mentalització va lligada a l'establiment de la vinculació afectiva i segons Fonagy (Mitjavia 2013) es defineix com la capacitat per explicar i donar significacions a les conductes de l'altre, en termes de pensaments, desigs, expectatives, és a dir atribuir a l'altre un món intern representacional-mental o considerar l'altre com que posseeix d'una ment els continguts de la qual determinen i permeten comprendre els comportaments de les persones. La capacitat de funció reflexiva dels pares es relaciona amb un vincle segur dels seus fills, aquesta capacitat els permet comprendre els estats mentals de l'infant i respondre de manera adequada a les seves necessitats.

La construcció d'aquesta capacitat es va forjant des dels inicis de la vida quan la figura de vinculació afectiva es representa l'infant com un ésser amb estats mentals intencionals i manifesta en formes verbals o no verbals que es representa d'aquesta manera a l'infant, de manera que aquest percep aquest reflex de si mateix com a ésser intencional i pot internalitzar aquesta visió que té d'ell la seva figura de vinculació afectiva. D'aquesta manera va construint-se la capacitat de poder comprendre's un mateix i comprendre els altres com a éssers intencionals (Lanza 2013)

**Agraïments:** Pel seu suport i supervisió d'aquest article, als psicòlegs clínics i psicoterapeutes: Àngels Codosero, Joan Homs, Maria Jesús Jiménez, Manel Vilella, i al Dr. Carlos Nòria, psiquiatre i psicoterapeuta.

## Bibliografia

- Aberastury, A., Knobel, M.** *La adolescència normal. Un enfoque psicoanalítico.* Paidós (1988)
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M. Wlaters, E.G. y Wall,S.G.** *Patterns of Attachment,* LEA Publishers, Nueva Jersey (1978)
- Barrows, P.** *El niño, sus padres y el psicoanalista.* Anzieu et al. Cap. 40. Encopresis. Ed. Síntesis SA (2006)
- Bowlby, J.,** *El apego y la pérdida-2.* La Separación. Paidós, Psicología Profunda (1998)
- Bowlby, J.,** *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego.* Paidós. Psicología Profunda (1995)
- Brusset, B.** *La anorexia. Inapetencia de origen psíquico en el niño y en el adolescente.* Ed. Nueva Planeta (1985)
- Brusset, B.** *La anorexia mental de las adolescentes,* Cap. VI. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. IV. Biblioteca Nueva-Madrid (1990)- Cobo Medina. Paidopsiquiatria dinámica I, Servicio Científico Roche (1983)
- Corredera Sanchez, T.** *Defectos en la dicción infantil.* Biblioteca de cultura pedagógica (1973)
- Diatkine, G.** *Obsesiones y neurosis obsesiva en el niño.* Cap. VIII. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. III. Biblioteca Nueva-Madrid (1989)
- Diatkine, R., Valentine.** *Las fobias infantiles y algunas otras formas de ansiedad infantil,* Cap. VII. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. III. Biblioteca Nueva-Madrid (1989)
- Dinville, C.** *La tartamudez.* Masson (1982)
- Gargallo, L., Villa, I.** "El pediatra ante movimientos repetitivos del niño: conductas motoras rítmicas y movimientos anormales" Acta pediátrica española, vol. 45, nº 11, 1987
- Golse, B.,** *El desarrollo afectivo e intelectual del niño.* Ed. Masson (1987)
- Houzel, D.** *La expresión somática, los trastornos del sueño del niño y del adolescente.* Cap. V. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. IV. Biblioteca Nueva-Madrid. 1990
- IMIPAE,** Vídeo: *Com pensem entre els dos i els quatre anys.* IMIPAE. Ajuntament de Barcelona (1986)
- IMIPAE,** Vídeo: *Activitats d'experimentació física a l'escola.* IMIPAE. Ajuntament de Barcelona (1987)
- Kreisler, L Fain, M. Y Soulé, M.** *El niño y su cuerpo* Ed. Amorrortu (2001)
- Kreisler, L.** *La desorganización psicosomática en el niño,* Ed. Herder (1985)
- Kreisler, L.** *La expresión somática, la patología psicosomática,* vol. IV, cap. IV. Tratado de psiquiatría del niño i del adolescente (1990)

- Kreisler, L.** *La psicossomàtica del lactante, su equilibrio y sus desviaciones*, boletín de la "Asociació d'estudis i recerca en psicossomàtica" (1990) pag.51-73.
- Lanza, G.** (2013) *Trabajando con pacientes en los que falla la capacidad de mentalizar*. Aperturas psicoanalíticas, revista internacional de psicoanálisis,45. www.aperturas.org
- Lebovici, S.** *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Las interacciones precoces. Amorrortu ed. (1988)
- Lebovici, S.** *La histeria en el niño y el adolescente*, Cap. VI. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. III. Biblioteca Nueva-Madrid (1993)
- Mahler M. S., Pine F. y Bergman A.** *El nacimiento psicológico del infante humano*. Simbiosis e individuación. Marymar, Buenos Aires (1977).
- Marcelli, D., Braconnier, A.** *Manual de psicopatología del adolescente*. Masson, Barcelona (1986)
- Mitjavila, M.** *Investigación y aportes de Peter Fonagy: una revisión desde el 2002 al 2012*. Temas de psicoanálisis, núm. 5- enero 2013.
- Misés, R.** *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012 5e édition*. Ed. Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 2012.
- Misés,R., Perron R.** *Estudio psicopatológico de las deficiencias intelectuales del niño*. Cap. I. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. IV. Biblioteca Nueva-Madrid.1990
- Nieto Herrera, M.** *Evolución del lenguaje en el niño*. Ed. Porrúa (1984)
- Palacios,J, Marchesi, A., Coll, C.** *Desarrollo psicológico y educativo, tomo I* Alianza Psicología (1993)
- Penot, B.** *La depresión en el niño*. Cap. XII. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. III. Biblioteca Nueva-Madrid (1989)
- Pertejo, J.** *Comunicaciones libres. Ressentions*. "R. Misés, J. Fortineau, Ph. Jeammet, J.L. Langa, Ph. Mazet, A. Plantade, N. Quemada. Classification Française des troubles mentaux de l'enfant et l'adolescent. La psychiatrie de l'enfant". Vol. XXXI, 1, 1988, pp.67-134", Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia infantil Sepypna, nº 6, 1988.
- Piaget,J.** *La construcción de lo real en el niño*. Ed Proteo, Buenos Aires (1965)
- Protocol d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut a l'Edat Pediàtrica, infància amb salut, apartat Salut Mental Infantojuvenil. Departament de salut de la Generalitat de Catalunya (2008)
- Ruiz, E., Vilella M.** *El lactant i les malalties psicossomàtiques, aspectes psiquiàtrics. La funció alimentària*. Curs de salut mental amb pacients infantil/juvenils, organitzat per l'ICS. Lleida 1992
- Ruiz, E.** *L'afectivitat en els primers temps de vida. La vinculació afectiva*. Full informatiu núm 187,( pag. 24-29) Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, març 2006
- Spitz, R.** *El primer año de vida del niño*, Ed. Aguilar (1958)
- Tizón, J.L., Sforza, M.G.** *Días de duelo, encontrando salidas*. Alba editorial, (2008)



**Winnicott, D.W.** *Los bebés y sus madres*. Paidós. (1998)

**Winnicott, D.W.** *Deprivación y delincuencia*, Ed. Paidós (2005)

**Winnicott D.C.**, *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (2): 302-311. recuperado [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es)

VERSIÓN ORIGINAL

# **CICLO DE CONFERENCIAS ONLINE.**

## **1. REFLEXIÓN SOBRE LA PSICOTERAPIA ONLINE EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA**

### **Presentación por parte de la Sra. Olga Vallés**

Desde la Asociación catalana de psicoterapia psicoanalítica (ACPP) queremos dar la bienvenida a este grupo online de reflexión, y agradecer la gran respuesta e interés con el que ha sido recibido. Gracias por vuestra presencia hoy, os saludamos desde Barcelona, muy contentos de contar con colegas de otras ciudades, y también de otros países como México o Colombia.

Antes de empezar, creo importante comentar unas cuestiones técnicas para facilitar el encuentro: por favor, mantengamos nuestras cámaras y micros apagados, excepto cuando hagamos una intervención.

Comenzaremos con unas exposiciones iniciales por parte de Ángeles Codosero, Eulàlia Ruiz y Paola Picardo. Después daremos paso a quienes deseéis participar con vuestras experiencias, reflexiones o dudas. Para solicitar turno de palabra, podéis hacerlo por el chat, indicándome vuestro nombre, profesión y ciudad, para que pueda presentaros cuando os dé la palabra. En ese momento podéis encender la cámara y el micro, para que podamos veros y oíros y una vez terminada la intervención, podéis apagarlos de nuevo. El tiempo que tenemos estipulado son 2 horas, es decir, hasta las 20:30, hora peninsular. Esperemos que la técnica esté de nuestra parte durante todo el evento.

La actual pandemia ha modificado de forma repentina nuestros hábitos cotidianos, nuestra forma de relacionarnos, y nos ha obligado a integrar la tecnología en todo ello, sobre todo en nuestro trabajo, en el cual el vínculo tiene un papel fundamental. Si bien muchos de nosotros ya trabajábamos en algunos casos de forma online, ahora se ha convertido, durante semanas, en la única forma de poder tratar con nuestros pacientes. Todo esto nos ha obligado a aprender a movernos en un entorno que muchos no dominábamos, y con ello nos hemos hallado en un nuevo escenario que, esta vez, era desconocido e incierto también para nosotros, no solo para el paciente.

La idea de crear este grupo de reflexión conjunta surgió de la consciencia de que tenemos muchas preguntas, de que se nos plantea una forma distinta de abordar la clínica que, por desconocida, nos obliga al esfuerzo de adaptar nuestras intervenciones, nuestra escucha y, claro, todo el setting. Hemos querido reunirnos con todos vosotros para buscar juntos todas las respuestas que podamos, a partir de nuestras experiencias y de los interrogantes que se nos van planteando en la práctica. Estamos seguros de que este encuentro nos enriquecerá a todos, y nos alegra muchísimo poder contar con vuestra presencia y vuestros conocimientos.

### ***Intervención psicoterapia online***

#### **Àngels Codosero**

Debido a la situación producida por la Covid-19 en relación a la salud física, y de forma indirecta por sus consecuencias en la salud mental, muchos profesionales que nos dedicamos a la psicoterapia, y más especialmente a la psicoterapia psicoanalítica, nos hemos visto con la necesidad de una rápida adaptación a las nuevas tecnologías para

intentar mantener el servicio que ofrecíamos.

Si bien es cierto que desde los últimos años muchos de nosotros, empujados por los propios pacientes, mayoritariamente por los jóvenes, considerábamos adecuado la indicación de psicoterapia online, especialmente en aquellos casos que requerían realizar desplazamientos geográficos durante tiempos prolongados, o cuando el desplazamiento físico o geográfico no era posible, o en ciertos diagnósticos, como fobias, agorafobias, o por patologías físicas... Estas indicaciones, en mi caso, ocupaban menos del 10% de mi hacer profesional, y casi siempre combinando el tratamiento virtual con el presencial. Con la aparición de la Covid-19, al principio, lo ofrecí como una posible alternativa, y al poco tiempo se fue incorporando la mayoría de mis pacientes, sin haber diferencias de sexo, ni edad..., más que las propias, ya existentes, de la población que trato. En estos momentos, y salvo urgencias, sólo estoy trabajando online, teniendo en cuenta que aproximadamente el 30% de mis pacientes no tienen las condiciones de intimidad y espacio físico que la psicoterapia requiere.

A pesar del esfuerzo para adaptarnos a dicha situación, y que, en un primer momento, se encontraron ciertas ventajas en la psicoterapia online, con el paso de los días también fuimos encontrado algunos inconvenientes, que se han ido convirtiendo en oportunidades. Hablaré sólo desde el punto de vista que me ha parecido más interesante, y al que durante estos días le he ido dando vueltas en relación a la psicoterapia online mediante vídeo-llamada.

### **¿Qué he visto que ocurre en la psicoterapia con vídeo-llamada?**

En la psicoterapia, y muy especialmente en la psicoterapia relacional, que es en la que me inscribo, y que como todos sabéis se asienta en las neurociencias, sabemos que un factor importante son las neuronas en espejo, por lo que los psicoterapeutas relacionales hemos de ser capaces de desplegar lo que llamamos sintonía psicobiológica. Mucho de lo que percibimos es a través de la interconexión intermodal a través de nuestros sentidos, y lo que percibimos queda registrado en nuestro cuerpo mediante otras modalidades sensoriales, lo que hace que pongamos palabras a una emoción o ayudemos al paciente en la simbolización.

Desde esta óptica, las nuevas tecnologías, a priori, pueden parecer una limitación a la información que nos puede transmitir el paciente (pensad que, para mí, como para muchos, esto es bastante nuevo, y vamos descubriendo nuevas posibilidades a medida que vamos trabajando). En un principio pensé que vía online sólo conseguía que el paciente se sintiera entendido a nivel cognitivo, incluso podríamos decir que sentía que quedaba limitada nuestra empatía emocional, y que esto lo podía compensar únicamente si con el paciente habíamos conseguido, anteriormente y de forma presencial, co-crear un espacio propio, un espacio del nosotros, que es el espacio intersubjetivo, quedando, entonces, sólo limitada la empatía que nos hace entender las intenciones del paciente.

Tenía la sensación que el tratamiento online iba en detrimento de la comunicación no verbal, quedando el conocimiento implícito emocional en entredicho, no pudiendo tener acceso a lo que llamaríamos el inconsciente implícito o procedimental, y favoreciendo sólo la comunicación verbal y potenciando el aspecto más cognitivo de nuestro trabajo

terapéutico. Me venía una y otra vez a la mente el artículo del Grupo de Boston, y me preguntaba donde quedaba el *“algo más allá que la interpretación”*. Compartiendo estas experiencias con colegas, todos coincidíamos en que las terapias online eran mucho más agotadoras que las sesiones presenciales, que teníamos que hacer un esfuerzo adicional, debido a que hay una mayor exigencia yóica, no sólo para el terapeuta sino también para el paciente, por lo tanto para ambos miembros de la diada, restando fuerza al sustrato pre-reflexivo constituido por las anticipaciones sensoriales de la presencia del otro, forjadas en el desarrollo corriente de cualquier relación.

Pero, por otra parte, recordaba el pasado, cuando no teníamos móviles ni acceso a las nuevas tecnologías tan vigente hoy en día. Cuántos de nosotros no nos hemos encontrado la experiencia, en periodo vacacional, con pacientes borderlines, tras una llamada y saltar el contestador que, al devolver la llamada nos decían: “ya estoy bien, al escuchar tu voz en el contestador, me calmé”.

En este momento, y a pesar de que es un periodo de tiempo muy corto para poder sacar conclusiones, lo que he ido viendo es cómo los pacientes se han ido movilizand, intentando compensar algo que sentían, pero no verbalizaban, utilizando el espacio “pantalla” como un nuevo espacio de juego, donde aparecen nuevas variables para poder estar con el otro, para crear una imagen del otro, para poder crear un nuevo y diferente espacio intersubjetivo del que ya teníamos ... He ido viendo como pacientes que no escribían han empezado a escribir un diario y a compartirlo, a mostrarme sus composiciones musicales, sus sueños cuando antes no los había, e incluso pidiendo que pudiera acceder a la terapia un miembro de la familia. Creo que con dichas actitudes compensan la manera de poder acceder a esta parte pre-reflexiva. No olvidemos que los seres humanos somos fundamentalmente relacionales y sociales, por nuestra propia naturaleza biológica, y esto ha dado lugar a otra perspectiva de los trastornos emocionales, y de la manera de ayudar a las personas que los sufren. Como dice Joan Coderch, “el ser humano siempre está en posición de anhelo”, y creo que los pacientes buscan nuevas maneras de estar con el otro. En la psicoterapia relacional no hay reglas fijas y formas obligatorias de estar con el otro, sólo hemos de estar atentos a las nuevas maneras de relacionarse.

Ya Gabbard (2001), nos habla del espacio virtual como un espacio transicional, espacio de juego, espacio que vincula algo entre la realidad interna y externa, no es sólo mundo interno. Somos reales y no reales.

Os voy a poner un ejemplo donde el paciente tuvo la disposición a ser empáticamente comprendido. El paciente es un joven de 25 años, lleva un negocio familiar junto a su padre. El paciente tiene estudios propios, que no tienen nada que ver con dicho negocio, pero su deseo es dedicarse profesionalmente a una afición que tiene, que tampoco tiene que ver con sus estudios. Antes del confinamiento tenía planeado llevar a cabo su deseo, durante unos meses, como hace cada año en contra de la voluntad de su padre y con el beneplácito de su madre (padres separados).

Hace tres semanas que no hacemos sesión. La última vez, al acabar la sesión, yo sentí que no se sintió acompañado más que por una actitud racional de animarle. Me explicaba que habían tenido que cerrar el negocio, a causa de la covid-19, y que el único dinero que tenían estaba en acciones que les dejó su abuelo. Sentí que me rechazaba por mis comentarios racionales. En la siguiente sesión me dijo por WhatsApp que no tenía wifi. Fue sorprendente, pues siempre nos conectamos por videoconferencia mediante WhatsApp,

y a la siguiente, que se encontraba mal, que la posponíamos. Opté por no decirle nada y esperar. A la siguiente sesión se conectó y me explicó que se encontraba muy bien, y era porque se había cambiado de piso, y que ahora tenía mucha luz. Me lo empezó a mostrar y vi un piso de aspecto muy anticuado, en comparación a la decoración de su piso anterior. Me empezó a hablar que desde que le mostré un aspecto de su padre había cambiado la relación con él y que incluso el otro día le creyó. Le impelí a que siguiera hablando. Me empezó a explicar que se encontró a su madrastra y empezó a temblar, de tal manera que tuvo que irse corriendo. Cuando me lo estaba explicando noté que la cámara temblaba y que se cogía del cuello con la otra mano. Me explicó que en una ocasión su madrastra le partió el labio de un bofetón porque no consiguió calmar a su hermanastro. Cuando le digo que parece que sus intenciones son mal interpretadas, las de salir corriendo, empieza a hablar rápido y a no escuchar, como si volviera a salir corriendo. Le digo que nos paremos, porque cada vez que sale corriendo se convierte en aquel niño pequeño e indefenso, que siente tanta impotencia y rabia, y que si no se va corriendo la “estrangularía”. Titubea y me dice que nunca lo había visto de esta manera, pero que recuerda una situación donde su padre le tuvo que parar porque, si no, no sabía lo que hubiera pasado. Me dijo que era absurdo, que si viera a su madrastra no mide más de 1 metro y medio (él mide casi dos metros), “no le tengo miedo a ella. Ahora recordando todo esto y hablando contigo me doy cuenta que me voy posiblemente para no hacerle daño, le tengo tanta rabia”. Le dije que era curioso, su madrastra medía más o menos como yo, y que a veces las personas bajitas pueden parecer que tienen mucho carácter y son muy contundentes. Ríe, pero enseguida empieza a llorar, y me dice que su mejor amiga también es muy bajita pero que es cierto que tiene mucho carácter. Le dije que quizás en la última sesión también me pudo percibir poco empática con la situación que me estaba explicando, y sintió rabia al no lograr captar su padecimiento. Me dice que se sintió incómodo, pero no lo relacionaba con esto. Me conoce y sabe que no le quiero mal.

Yo siempre he dicho que los pacientes me han enseñado el camino de la psicoterapia, y nuevamente lo están haciendo, como en este caso, que utiliza diferentes imágenes para poder hacerme comprender su estado emocional. Ellos están yendo por delante, nosotros sólo ponemos el espacio, nuestra presencia y, cuando podemos, nuestras capacidades. Es innegable que los tratamientos online nos presentan unos retos para el futuro, dado que todo apunta, al menos durante un tiempo relativamente largo, que esta forma de trabajo va a ser cada vez más habitual y a los terapeutas nos marca el reto de repensar la manera de cómo “estar con el otro”, para poder superar las barreras expuestas.

## Bibliografía

**BCPSG** (2005): *“The something more than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter”*, J. Amer. Psychoanal. Assn., 53: 693-729.

**GALLESE, V., EAGLE, M. y MIGONE, P.** (2007): *“Intentional atonement: mirror neurons and the neural underpinning of interpersonal relations”*, J. Amer. Psychoanalyse. Assoc., 55: 131-175.

**GALLESE, V.** [2009]: *“Neuronas en espejo, simulación corporeizada y las bases neurales de la identificación social”*, revista online Clínica e Investigación Relacional, vol.5 (1) pp. 34-59, 2011.

## ***Grupo de encuentro de reflexión sobre la psicoterapia psicoanalítica on-line.***

### **Eulalia Ruiz Farré**

Después de la intervención de Ángeles, que creo ha sabido condensar de forma clara aspectos esenciales del tema que estamos tratando, intentaré transmitir mis observaciones.

En mi experiencia personal, la motivación para el inicio del trabajo online ha sido poder continuar acompañando a los pacientes durante este período especialmente difícil y, como manera de prevenir recaídas y nuevos sufrimientos añadidos a los que ya tenían. Son pocos los pacientes que han aceptado las sesiones online, unos por no tener urgencia, otros por falta de privacidad y aquellos que consideran es una manera de comunicarse que les es poco conocida.

Ha sido difícil tener que aprender a manejar una tecnología que no domino, con la añadidura de que, a veces, he tenido que usar otros dispositivos cuando la videollamada ha fallado, para poder continuar la sesión en momentos que era necesario.

Me resulta un sobreesfuerzo el sentir empáticamente los pacientes a través de la videollamada. Noto la falta de muchas informaciones que nos hacen resonar afectivamente, por dentro, lo que el paciente nos transmite, y que cuando estamos presencialmente notamos, como Ángeles ha explicado, de forma implícita. Se pierden matices de información y con ellos la calidez emocional que conllevan.

Os comento una experiencia con un paciente. En el caso de este paciente, el temor a preservar su intimidad- que es algo que también forma parte de sus propias dificultades-, y a su vez el estar en un espacio diferente- el de su casa-, y el no estar en presencia física, han sido factores que han interferido, presentando resistencias para contactar on-line y dificultades en conectar consigo mismo. Entre sesiones era como si él también se desconectara, bloqueando los afectos y no pudiendo mantener presente, en la mente, la relación terapéutica. Manifestaba su necesidad de la presencia física y del espacio físico de la consulta.

Me pregunto sobre las diferencias entre el estar presente físicamente y el estar con la no presencia física, para el establecimiento de un clima emocional de conexión y confianza, y especialmente en determinados pacientes, como los que presentan dificultades de mentalización y un pensamiento operatorio, a los que les puede costar representarse mentalmente la presencia interna del otro cuando no está físicamente presente.

En general, pienso que cuando anteriormente ya ha habido contacto presencial y se ha podido establecer un espacio común, emocional y reflexivo, tal vez ya se tienen interiorizados algunos componentes de la relación que la facilitan, aunque posiblemente necesitaremos un período para irnos reajustando mutuamente en un espacio que no es físico, en el que no nos conocemos y en el que nos hemos de aprehender de nuevo, para poder sentir un espacio de confianza y seguro. Quizás hay que agarrarse al saber jugar de Winnicott, aprender a jugar de forma diferente, y lo tendremos que hacer entre dos.

Me pregunto si el establecimiento de la regulación emocional sigue parámetros diferentes. ¿Qué herramientas mentales, comunicativas, corporales y sensoriales utilizamos? Y ¿cómo los cambios perceptivos pueden interferir en nuestra escucha y

manera de estar? Aunque hay algo más allá de lo explícitamente sensorial y verbal en lo que aprehendemos, observo aspectos que pueden influir en esta conexión. La sensación de no presencia física nos puede llevar a hacer cambios para hacernos entender, como hablar en un tono más fuerte, o ser más sintéticos en el discurso y poner énfasis en algunas palabras como para querernos hacer entender de forma más rápida, con el temor de que la comunicación se corte o se sienta como cortada. Esto nos hace perder matices cambiando la calidad y el ritmo del discurso. También, a través de la pantalla, los silencios pueden ser vividos o sentidos de maneras diferentes y, a veces, se deben a que se corta la comunicación debido a un error tecnológico. Habría que ver cómo pueden ser interpretados por parte del paciente. Y me pregunto si podemos o debemos minimizar estos inconvenientes, si surgen. La mirada, a través de la pantalla no se ve como en la presencia física, no nos vemos mirando a los ojos y cuesta captar sus matices.

Otro inconveniente o diferencia es que no nos vemos de cuerpo entero. La actitud corporal, el gesto, la postura, la tensión, los movimientos, y sensaciones, la respiración ... transmiten informaciones que ahora no pueden intervenir con el mismo peso que cuando estamos presenciales. Asimismo, un cambio importante es el del espacio físico que debe ser adecuado para la privacidad de la conversación y, cómodo para la reflexión, sin interferencias de ruidos, personas, o actividades que no corresponden a la sesión. El espacio que el paciente utiliza ahora no está bajo nuestro control, como en la consulta presencial y, a veces, puede ser difícil de encontrar para él dentro de su ámbito. Dado que el espacio físico de la consulta no está, habrá que crear un espacio, en el sentido figurado de espacio mental compartido, un espacio de conexión entre dos mentes.

Por otra parte, un factor que también pienso puede tener influencia en favorecer o interferir en el contacto es el de la experiencia que cada uno de los participantes tiene con la tecnología, la seguridad en el dominio y conocimiento del uso tecnológico. Seguramente, se darán situaciones diferentes cuando se trata de pacientes y terapeutas que han nacido en la era digital o en la era analógica.

En definitiva, el tratamiento, en esencia, debe ser el mismo. Lo que cambia es el uso de una herramienta de comunicación diferente que conlleva cambios en aspectos comunicativos y de relación como los que hemos comentado, y hay que repensar cómo influyen estos cambios y qué herramientas utilizamos, ya sea para minimizar su interferencia o para incorporarlos en la relación Paciente- Terapeuta. Se me ocurre pensar en la necesidad del saber jugar del terapeuta, y ahora incorporando un elemento diferente, con el que pueden surgir sentimientos, sensaciones y situaciones con las que no estamos familiarizados. Habrá que entender nuestra incertidumbre, falta de conocimiento, falibilidad, y flexibilizar lo que sabemos, para encontrar otra manera de jugar, de crear juego entre Paciente- Terapeuta, buscando el acercamiento, el diálogo y la creación entre los dos.

Pienso que necesitamos mucha reflexión y estudio sobre estos y otros temas como, por ejemplo, las necesidades que llevan a realizar psicoterapia on-line por parte del Terapeuta o las demandas por parte del Paciente, pensar con qué pacientes puede ser más o menos adecuado, posible o no, el cómo abordar las situaciones de crisis y emergencias, el setting, y la confidencialidad y privacidad tecnológicas, lo cual Paola expondrá a continuación, entre otros aspectos.



## Bibliografía

**Cabré, V. Y Mercadal, J.** (2016). *Psicoterapia On-line. Escenario Virtual para una relación real en el espacio intermediario*. Clínica e Investigación Relacional, 10(2): 439-452 [ISSN 1988-2939] – <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2016.100206>

**Oromí, I.** *Una nueva perspectiva: El psicoanálisis no presencial (online o remoto)* Temas de psicoanálisis. Núm. 14 – Julio 2017. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/09/IRENE-OROMI.-Una-nueva-perspectiva-en-la-experiencia-psicoanalitica.-El-psicoanalisis-no-presencial-online-o-remoto.pdf>

**Winnicott, D.W.** *Realidad y juego*. Gedisa (1982)

### ***Intervención en el grupo de reflexión de la psicoterapia online.***

#### **Paola Picardo**

Las personas que me conocen y que han trabajado o estudiado conmigo, dicen (y quiero pensar que de forma cariñosa) que soy una "friki" de las llamadas nuevas tecnologías (TIC) y les doy la razón: porque me gustan, no me generan rechazo y disfruto descubriéndolas, probándolas y utilizándolas. En parte, supongo que debe ser (como decía Kranzberg) porque encuentro que la tecnología es también una actividad muy humana y que soy consciente de que no es ni "buena" ni "mala", pero tampoco neutral.

En realidad, el tema que nos ocupa hoy sobre la psicoterapia online no es muy novedoso como concepto de trasfondo, y es que los tratamientos psicoanalíticos no siempre se han desarrollado de forma presencial en la consulta. Recordemos que el mismo Freud mantenía correspondencia con sus pacientes obteniendo resultados clínicamente significativos (como con el caso Hans), y que antes de la aparición de las videoconferencias, muchos colegas ya habían tenido que hacer sesiones telefónicas.

Con la aparición de Internet, llegaron otras formas de comunicarnos y, aunque en la literatura psicoanalítica no encontramos demasiadas publicaciones sobre el impacto de las TIC en la estructura psíquica o sobre su uso en el encuadre analítico, en el congreso del año 2010, la **IPA** (*International Psychoanalytic Association*) aceptó la psicoterapia por Skype, concluyendo textualmente que "**el psicoanálisis debe adaptarse a la realidad social actual**, especialmente en los casos de la gente que vive en áreas rurales, personas de negocios que viajan continuamente y jóvenes que han crecido con la tecnología". Y es que no tiene sentido pensar en poner barreras para que la tecnología no estorbe el campo analítico; lo que necesitamos es poder pensar en una clínica que, sin desestimar los fundamentos psicodinámicos, permita ajustar nuestros horizontes a las diferentes subjetividades que suponen los cambios de nuestra época. Y por poner un ejemplo sobre esta adaptación, en **Tavistock** (hogar de grandes clínicos y autores psicoanalíticos), ofrecen desde hace ya unos años, el servicio de psicoterapia online tanto para adultos como para parejas.<sup>9</sup>

Si bien la IPA hablaba entonces sólo de Skype, actualmente contamos con multitud de plataformas con las que podemos hacer videoconferencias: WhatsApp, Zoom, Jitsi, Hangouts, Facetime, Teams. Snapchat e Instagram, para los preadolescentes y adolescentes, incluso existen aplicaciones como Caribu que se presentan como una muy buena opción para los más pequeños porque permite realizar juegos mientras nos miramos y hablamos por videoconferencia... (al finalizar mi exposición, os enseñaré un breve video de 10 segundos, de una sesión que realicé precisamente ayer con un niño de 6 años con diagnóstico de TEA y con el que utilizamos esta app)\*; En principio, todas ellas funcionan cifrando las comunicaciones utilizando un estándar de encriptado avanzado (AES) que es un tipo de tecnología que utilizan, por ejemplo, los gobiernos para proteger información altamente sensible. Pero también sabemos que siempre puede haber alguna grieta, alguna fisura por donde se filtra algún hacker y nos podemos encontrar con incidencias -como la que ocurrió recientemente con Zoom- que ponen en duda la completa garantía de **seguridad y confidencialidad**. Así que también debemos tener en cuenta que existen otros servicios de videoconferencia (aunque estos ya no son gratuitos) que están diseñados específicamente para la telemedicina y que ofrecen todavía un mayor nivel de seguridad, tales como *Vsee, Opentherapi, Doctoralia, Areapsico ...* y muchos más que, estoy convencida, pronto irán surgiendo.

Mirad, el filósofo **Byung-Chul Han** (que lo he descubierto recientemente) señalaba que los datos y las máquinas deben estar al servicio de la persona y no al revés; que las plataformas online (y las TIC en general) son herramientas de apoyo como pueden serlo una sierra y un martillo, que pueden servir para llegar a construir una casa, pero que mal utilizadas también sirven para cortar cabezas.

El debate entre los aspectos negativos y positivos de las tecnologías tampoco es nuevo y nunca han estado (ni estarán) libres de controversias. Y ya está bien que sea así, porque de esta manera continuaremos pensándolas ... que es precisamente lo que hizo que surgiera esta iniciativa de hoy en formato de grupo de reflexión.

En la psicoterapia online aparecen variables únicas que no tienen lugar en la psicoterapia presencial, y aparecen aspectos nuevos, inesperados y reveladores del funcionamiento mental del paciente (y del terapeuta). Comentábamos con una compañera hace unas semanas, la publicación que hacía una colega desde Panamá en el grupo de Facebook "Winnicott España" sobre el **encuentro con su propio rostro en la pantalla**. Y es cierto, que en la videollamada nos vemos también a nosotras mismas, y descubrimos expresiones faciales que quizás desconocíamos, hacemos el esfuerzo por mantener el contacto visual con el paciente... ella abría también un espacio de reflexión invitando a pensar qué sucede cuando podemos vernos mientras miramos al otro... y me parece muy interesante, podría ser de aquellas cosas que podemos debatir después.

A mí me gusta entender el trabajo psicoterapéutico como un constructo participativo, relacional y cambiante (tipo Wikipedia) y no en algo fijo y estático (como si fuera un diccionario impreso y que no admite ninguna modificación). Por eso también creo que **como psicoterapeutas debemos poder mostrarnos flexibles y creativos ante las nuevas circunstancias** (y no me refiero sólo a las que ahora ha dibujado el estado de alarma)

Quizás muchos colegas de profesión mostraban resistencias a poder dar el paso a hacer una atención telemática ... me pregunto si por desconocimiento en sí de las herramientas, porque no veían la necesidad o, como apuntaba Eulalia, por miedo a mostrarse falibles

ante el paciente. Sea cual sea el motivo, creo que desde las escuelas de formación y asociaciones tenemos que empezar a impartir este tipo de cursos, y, que, como profesionales, tenemos que tomar la iniciativa de formarnos concretamente **en el manejo de estas herramientas, y en el funcionamiento de las TIC en general, en su relación con la psicoterapia psicoanalítica.**

No diremos que es lo mismo realizar un trabajo analítico presencial que un trabajo online porque no lo es; como profesionales debemos ser conscientes de las diferencias de las que hablaban anteriormente las compañeras, de las interferencias, los diferentes espacios, de la manera en que apreciamos la comunicación no verbal... pero en ambos formatos aparecen barreras y dependerá de la capacidad del paciente y de nosotras, las terapeutas, de poder tomarlas como síntomas o señales que nos lleven a explorar otros lugares y utilizar lo que se muestra como una dificultad en una posibilidad de análisis. La **Dra. Gloria Mateu** de Sant Pere Claver decía hace unos días a través de sus redes sociales que "el trabajo online pide unas adaptaciones técnicas y emocionales, pero que una vez solventadas y elaboradas las pérdidas -y las trabas tecnológicas- el trabajo terapéutico continúa".

---

\* Pablo es un niño de 6 años con diagnóstico de TEA y que visito desde hace 3 años de forma semanal.

La madre, que estaba a su lado durante la sesión, no me comentó que grabaría estos segundos., lo hizo de forma espontánea porque se sorprendió mucho de cómo su hijo podía hablar conmigo, de cómo podíamos mirarnos, crear juegos juntos... Me lo pasó más tarde, al acabar la sesión e inmediatamente le pedí permiso para poder enseñároslo hoy. Lo que más me emocionó fue lo que le dijo Pablo a su madre después de acabar la sesión: "cuando acabe de llover, podemos volver a casa de Paola?"

La app presenta diferentes actividades para colorear, para relacionar ideas, tiene cuentos... la mayoría en inglés... pero creedme que sirven igual. La gracia es que se hacen de forma conjunta y a la vez hay contacto visual. Es, como diría el presidente de la ACPP Jesús Gracia, nuestra caja de juego virtual. En estos segundos que se visualizan, resolvíamos un laberinto... buscábamos la manera de recorrer juntos un camino.

## Bibliografía

**Balaguer Prestes, Roberto.** "La voz del Psicoanálisis frente a las Nuevas Tecnologías". Blog digital Enigma Psi. 20 de diciembre 2003

**Barceló Montalà, Teresa** "Narcisisme i vincle idealitzat en les tecnologies actuals". Revista ACPP

**Carlino, Ricardo.** "Psicoanálisis a distancia: teléfono, videoconferencia, chat, e-mail". Ed. Lumen, 2011

**Dessal, Gustavo.** "Inconsciente 3.0. Lo que hacemos con las tecnologías y lo que las tecnologías hacen con nosotros". Xoroi Ediciones, 2019

**Ferreira dos Santos, Silvina.** "Psicoanálisis y videojuegos: ¿final del juego?" Revista digital Psicoanálisis Ayer y Hoy. Número 17. Mayo 2018

- Ferrer Román, Carmen.** “¿Es posible el psicoanálisis a distancia?” IX Jornadas Gradiva. Noviembre 2016
- Han, Byung-Chul.** “La expulsión de lo distinto”. Herder Editorial, 2017
- Katz, Laura.** “Del lazo virtual, al lazo social. Psicoanálisis en tiempos de la tecno-cultura”. Fort-Da, Revista de Psicoanálisis con Niños. Núm. 12, diciembre 2017
- Kranzberg, Melvin.** “Technology and History: “Kranzberg’s Laws”. Technology and Culture. Vol 27, núm. 3. Julio 1986; PP. 544-560
- Migone, Paolo.** “La psicoterapia con internet”. Revista electrónica de psicoterapia: Clínica e investigación relacional. Vol. 3 (1). Febrero 2009; PP. 135-149
- Oromí, Irene.** “Una nueva perspectiva en la experiencia psicoanalítica: el psicoanálisis no presencial (online o remoto)”. Temas de psicoanálisis. Núm. 14, Julio 2017
- Savege Scharff, Jill.** “Psychoanalysis online 2. Impact of Technology on Development, Training, and Therapy”. Karnac Books, 2015
- Turkle, Sherry.** “La vida en la pantalla: la construcción de la identidad en la era de Internet”. Paidós Ibérica, 1997

## **2. PSICOTERAPIA ONLINE: PAREJA Y VIOLENCIA DE GÉNERO**

### **Presentación Ángeles Codosero**

Iniciamos este ciclo de conferencias a raíz de la situación pandémica en que nos encontrábamos con el confinamiento asociado y, dada la gran participación que hubo en la primera de las mismas, decidimos continuar con ellas, abordando temas más específicos, puesto que la Covid-19 parece que ha venido para quedarse al menos durante un tiempo, más o menos largo, motivo por el cual creemos que la psicoterapia online se va a convertir en una forma de trabajo habitual. Es por ello que creemos son necesarios estos espacios dónde, entre todos, podamos reflexionar sobre este tipo de práctica para llevarla a cabo de la manera más efectiva y eficiente.

Aunque el tema que nos ocupa hoy es más específico, Psicoterapia on-line en parejas y violencia de género, puede ser que los asistentes que coincidieron en la anterior conferencia escuchen conceptos que les resulten familiares porque ya los introducimos en aquella ocasión, pero es necesario refrescarlos para poder enmarcar lo que hoy se explicará.

Os recuerdo que es importante que tengáis los micrófonos apagados. Para solicitar turno de palabra, podéis hacerlo por el chat, indicándome vuestro nombre, profesión y ciudad, para que pueda presentaros cuando os dé la palabra. En ese momento podéis encender la cámara y el micro, para que podamos veros y oíros, y una vez terminada la intervención, podéis apagarlos de nuevo. El tiempo que tenemos estipulado son 2 horas, es decir hasta las 20:30 hora peninsular.

La primera ponencia es a cargo de Sandra Gines y versará sobre “Las Tic’s en tiempo de pandemias un nuevo lugar en la psicoterapia”

Sandra es Psicóloga sanitaria y especialista en Psicoterapia acreditada en European Federation of Psychologists Associations (EFPA). Cofundadora y codirectora de Ades Gabinet Psicològic (1997-1999), fundadora y directora de Abpsi Atenció Psicològica (1999 hasta la actualidad). En los dos centros ha ejercido como psicóloga y psicoterapeuta infanto-juvenil, adultos, pareja y familia. Responsable del departamento de psicología en el centro psicopedagógico El sol Blau, (2000-2003). Psicóloga en el centro Insercoop, Centre educatiu d’orientació sociolaboral con personas en riesgo de exclusión social (2002-2007). Formadora a diferentes colectivos a través de actividades de prevención y promoción de la salud.

Hace años que conozco a Sandra, dado que compartimos un Seminario de psicoterapia relacional en la SEP. Sandra se ha definido como psicoterapeuta de la 3ª generación, y hemos podido ver en qué puntos coincidíamos.

## ***Las TIC en tiempos de pandemia: un nuevo lugar en la psicoterapia.***

**Sandra Ginés Castellet**

### **Introducción**

El confinamiento ha comportado aislamiento y ha reducido nuestra comunicación (a excepción de las personas con las que se ha convivido). Este insólito hecho ha despertado mi curiosidad y me ha llevado a investigar, estudiar y recibir formación al respecto dentro de este período de tiempo.

Para nosotros, los psicólogos, las Tecnologías de la Información y la Comunicación, de ahora en adelante las TIC, nos han posibilitado continuar con nuestra labor y acompañar a la mayoría de pacientes que, con anterioridad a la pandemia, visitábamos de forma presencial. Así mismo, nos ha permitido también atender a nuevos casos durante el confinamiento y, ahora, con la llegada de la “nueva normalidad”, atender a través de los dos formatos (presencial y online) según las condiciones y necesidades de cada paciente y terapeuta. De esta forma, lo que al principio nos era desconocido y nos podía generar recelo y temor, ahora nos resulta, a la mayoría, cómodo y seguro.

Un alto porcentaje de profesionales ha incorporado esta modalidad en su ejercicio y siente las ventajas del trabajo online. Para sorpresa de muchos, se ha descubierto que se puede trabajar bien y que este formato facilita las condiciones necesarias para crear un espacio psicoterapéutico. Este aspecto hace que, en muchos casos, tanto a pacientes como a psicoterapeutas les cueste volver a lo presencial. Es por ese motivo que pienso que las TIC han venido para quedarse. En este momento de crisis, de transformación, en el que la comunicación presencial ha dejado un vacío, las TIC han pasado a rellenarlo y ello les ha permitido ocupar un nuevo lugar. El hecho de estar descubriendo el verdadero alcance de las TIC dentro de un contexto de excepcionalidad ha condicionado, de manera evidente, la forma en que nos estamos adaptando a ellas y, a la vez, ha hecho plantearnos muchas preguntas.

Hasta ahora la pregunta podía ser “Las TIC Sí o No” y la pregunta que ahora, quizás,

correspondería es “Las TIC cómo”. Si bien han ido cogiendo cada vez más terreno con el paso de los años, el salto vertiginoso que han realizado ahora, nos presenta un nuevo horizonte de intervención que debemos plantear y estudiar desde una mayor conciencia y con una nueva mirada, procurando medir y regular el flujo de su uso, para que este sea de forma ajustada y saludable. Con la “nueva normalidad” las TIC pasan, de nuevo, a ser una opción más, se abre ahora la oportunidad de contemplarlas como un formato más integrado en nuestra praxis.

Me planteo hasta qué punto somos conscientes del tiempo que llevamos ejerciendo en convivencia con las TIC como herramienta de trabajo, ¿Hemos sido conscientes del uso terapéutico que podían comportar? Debemos tener en cuenta que cuando hablamos del trabajo terapéutico online no nos referimos sólo a la videollamada, sino al uso global de las distintas aplicaciones y plataformas en línea, como por ejemplo formatos de comunicación asincrónica por WhatsApp, email, etc. Pienso que ahora el lugar, desde el cual las utilizamos, es distinto y el manejo de estas se hace con una intencionalidad terapéutica más consciente.

Según Raúl Vaimberg nos falta recorrido con las TIC y considera que proponernos un tratamiento específico online quizás sea demasiado prematuro. Sin embargo, a mí me parece un reto interesante su propuesta de plantearnos un encuadre mixto, ajustando el formato de atención según las necesidades de cada caso, y pensando en la idoneidad de la modalidad online según la estructura de personalidad del paciente.

Por todo ello opino que es necesario, y requiere de un ejercicio de responsabilidad, dar un espacio de reflexión al tratamiento psicológico online de forma particular y personal para cada profesional y, a la vez, continuar con la puesta en común para la construcción de un marco conceptual y teórico. Se necesita tiempo y más experiencia para un mayor desarrollo de las TIC en psicoterapia e ir viendo qué forma y qué lugar van tomando.

### **Elementos y características a tener en cuenta en el uso de las TIC en psicoterapia.**

Centrándome ahora en la aplicación concreta del formato online en psicoterapia, me gustaría desarrollar a continuación los elementos que han formado parte de mi crecimiento dentro del ejercicio de la psicoterapia en línea hasta el día de hoy. A lo largo del tiempo he ido haciendo una recopilación de viñetas clínicas de casos de terapia individual y de pareja. Algunos casos son míos, otros son casos de otros terapeutas que generosamente los han compartido y cedido para poderlos utilizar. Haré uso de algunos para ejemplificar conceptos y situaciones que se dan en la terapia online.

Recuerdo que al inicio con temor y cierta angustia, afronté la novedad de responder a una agenda repleta de visitas online. Me preocupaba cómo sería la terapia en línea para muchos de mis pacientes. Tras unos días de trabajo sentía el agotamiento causado por el esfuerzo para adaptarme a esta nueva modalidad, tratando de encontrar puntos de referencia que dibujaran un nuevo encuadre de trabajo. Al principio pensé que podía trasladar la terapia presencial a la pantalla creyendo que se trataría de lo mismo, y luego me di cuenta de que no podía hacerlo así. Apenas tuve tiempo de pensar en ello con anterioridad, por lo que tuve que ir construyendo a medida que avanzaban las sesiones. He atendido a mis pacientes básicamente a través de videollamada, por lo que debía reformular los distintos elementos que la configuran.

Para empezar, la videollamada es una comunicación bidimensional y está mediada por una pantalla donde cada persona está en un espacio físico distinto, por lo que hay que redefinir el setting y el encuadre. Algunos de los aspectos principales que debemos tener en cuenta cuando ofrecemos una terapia online, tanto individual como para pareja, familia o grupo, son (Haim Weinbert, 2020):

1. **La pérdida del control de la configuración.** En la modalidad online ya no estamos en el espacio de nuestra consulta diseñada para ofrecer un espacio terapéutico. Es recomendable acordar con anterioridad con los pacientes el espacio y las condiciones donde la persona va a estar, como por ejemplo que se conecte desde una habitación tranquila, sin interrupciones, donde su privacidad esté garantizada. La dificultad de encontrar esa privacidad ha sido uno de los motivos por el que algunos pacientes no han querido recibir terapia online. Pero, a otros, la creatividad les ha permitido encontrar soluciones. Por ejemplo, Carla, una paciente adolescente que quería continuar con las sesiones, pero que no disponía de un espacio de privacidad suficiente para ella, utilizó la videollamada para expresar, de forma oral, todo lo que quería que los padres escucharan, mientras ella escribía a la terapeuta, por el chat privado de la misma aplicación, todo lo que realmente pensaba y sentía.

La falta de control de la configuración por parte del terapeuta ha dado lugar a múltiples situaciones. Por ejemplo, Teresa asistió a la sesión dentro de la cama. Este escenario causó tal perplejidad a la terapeuta que no supo si recogerlo para abordarlo en la misma sesión y no hizo ninguna intervención al respecto en ese momento. Es una situación inédita. Por primera vez los pacientes (a excepción de los que son atendidos a domicilio) pueden introducirnos en sus propios escenarios y transmitirnos información de una forma que lo presencial no lo permite. Pienso que en este tipo de situaciones lo más recomendable sería integrar lo que se dé en la pantalla dentro del tratamiento y darle un lugar. Por ello sería indicado plantearse qué quería transmitir esa paciente con esta escena. El formato cuadrado de la pantalla no permitía ver el resto del cuerpo que permanecía dentro de la cama. Esta realidad nos lleva a la siguiente característica de la terapia por videollamada y que, bajo mi punto de vista, es una desventaja en relación con la terapia presencial.

2. **El ambiente incorpóreo** en la videollamada hace que la interacción cuerpo a cuerpo necesaria en cualquier relación para regularnos no se dé. En la terapia online lo que más vemos es la cara y es importante centrar la atención en las expresiones de la persona. También es recomendable pedir a las personas asistentes a la sesión que nos informen sobre las sensaciones corporales que van teniendo.

*Para ilustrarlo explicaré el caso de Olga y Roger, ambos de unos 20 años. Era su primera visita de terapia de pareja, y se hizo por videollamada dentro del período del confinamiento. Estaban en escenarios distintos porque no viven juntos. Tras unos 20 minutos de sesión, Olga empezó a relatar un episodio traumático y empezó a emocionarse de tal forma que parecía que iba a desbordarse. Roger intentaba calmarla, con un tono de preocupación y con palabras reparadoras. La pantalla era un inconveniente para la heterorregulación corporal. Se puso en evidencia esta limitación. Con la intención de compensar el hecho de no poder estar en el mismo espacio físico que Olga, se le pidió a ella que expresara cómo se sentía y qué sensaciones notaba en el transcurso de su narración. De esta forma la paciente pudo regularse y terminar su relato. Al final manifestó que tranquila se sentía por haber podido expresarse sin que las emociones se lo impidieran.*

- . Por otro lado, resulta curioso que Olga quisiera explicar el primer día y, través de terapia online, un episodio de su vida tan traumático para ella. Más adelante os explicaré por qué creo que lo hizo así.
- 3. **La cuestión de la presencia.** En la terapia online cuesta más mantener la presencia, hay más elementos distractores que pueden diluir la presencia del terapeuta, que debe adoptar un papel más activo. Para ello es necesario que a través de la empatía se vaya dando lugar a los sentimientos que se generan en el paciente y poner mucha atención a las expresiones faciales.
- 4. **Ignorar el fondo.** Tal y como he comentado en el punto 1, no tenemos control del escenario del paciente por lo que pueden aparecer elementos distractores en el fondo. Imaginemos por ejemplo que alguien entra en la sala de alguno de los miembros de la terapia, algo que sería difícil que se diera en la terapia presencial. Weinberg dice que tenemos que aprender a ignorar el fondo como si se volviera transparente para nosotros. Yo opino que hay que estar atento al lugar que le da el paciente a este tipo de situaciones para así integrarlo- o no- en la sesión de terapia. Otros elementos a tener en cuenta cuando afrontamos terapia online son las características propias de internet (Raúl Vaimberg y Lara Vaimberg, 2020). Las que me gustaría destacar porque, en mi opinión, afectan a la terapia con videollamada son: **1) la Inmersión:** puede dar la sensación de estar dentro de la pantalla (lo intrapsíquico traspasa la pantalla); **2) el efecto de desinhibición:** que implica una disociación entre el yo real y el que se muestra en la pantalla y ello hace que la persona sienta que disminuye el grado de responsabilidad de sus acciones.
- . ¿Os acordáis del caso de Olga y Roger que os he comentado antes? Continuando el hilo que he dejado a medias, pienso que este efecto de desinhibición permitió en buena parte a Olga explicar, el primer día de terapia, tras la pantalla, un hecho en su vida tan impactante. Pienso que ella se sintió resguardada tras la pantalla, en su casa y en su propio escenario, es quizás por eso que pudo sentirse más desinhibida.
- . Otro ejemplo es el de *una pareja, Joan y Cristina, que se conectaban desde el mismo ordenador en el salón de su casa. Joan manifestaba que, con el paso del tiempo, dentro del período de confinamiento, se sentía cada vez peor. Estaba nervioso por la situación laboral ya que su puesto de trabajo estaba afectado por un ERTE. Llegado a este punto, Joan interrumpió la sesión y salió de la escena mientras se le oía decir que "ahora volvía, que iba a por una cervecita". Y durante la sesión, sentado en su sofá junto a Cristina, se la estuvo tomando. Cristina le observó, pero no dijo nada y tampoco hubo, en este caso, ninguna intervención psicoterapéutica.*
- . La actitud desinhibida por parte del paciente dio paso a un clima más informal para la terapia, como si el compromiso fuera otro. Tal y como he comentado anteriormente, para prevenir este tipo de situaciones es importante establecer un buen encuadre antes de iniciar la terapia online, pero, por otro lado, si se dan, procurar darle un lugar para trabajarlo dentro de la misma sesión o durante el tratamiento.
- . Otra de las características de internet que afectan directamente a la terapia por videollamada es que es **3. un espacio no específico.** Esto facilita mucho la asistencia de los miembros de la pareja o familia a las sesiones y permite al mismo tiempo poner, a través del múltiple escenario en la misma sesión, un límite que permite la regulación y la contención. En pareja y familia es recomendable para según qué tipo de dinámicas



relacionales.

*Este es el caso de una pareja, Assumpta y Carlos, de mediana edad, en la que la convivencia era tensa debido a un episodio de infidelidad. Se pactó que ellos se conectarían desde dispositivos distintos para asistir a la misma sesión en diferentes estancias de la casa y con ello conseguir la distancia física necesaria para que pudieran expresarse cada uno desde un lugar que les hiciera sentir más seguros.*

Por otro lado, en el trabajo con videollamadas también es necesario tener en cuenta el “espejo tecnológico” que en la terapia presencial no se da, y es que, además de ver a los otros miembros que forman la sesión, la imagen de uno mismo también se ve reflejada en la pantalla. Esto puede repercutir en la comunicación entre los asistentes en la terapia. Para nosotros, los terapeutas, también es una situación inaudita. Es algo nuevo vernos mientras atendemos, y hemos tenido que crear un lugar nuestro interno para integrarlo dentro de la práctica. Me han surgido muchas preguntas sobre cómo me veo, cómo me ven, qué acerca y qué aleja para cada paciente. Recientemente he descubierto que la aplicación Zoom permite quitar la imagen de uno mismo. Parece que las aplicaciones y plataformas van perfeccionando su sistema a medida que se va definiendo sus diferentes utilidades.

## **Ventajas y desventajas que he observado**

Una de las claras ventajas que he detectado en el formato online es cómo permite combinar los múltiples escenarios para terapias con más de un miembro: personas que están en el mismo espacio, pero se conectan desde ordenadores distintos, ubicaciones geográficas distintas, zonas horarias diferentes, etc. Aumenta la variedad y se puede diseñar un espacio para un grupo muy heterogéneo o muy homogéneo, según sea el interés, con una mayor posibilidad de coincidencia y así enriquecer mucho el trabajo.

Por otro lado, hay también algunas desventajas, alguna de las cuales ya he citado a lo largo del presente escrito. Quiero añadir también la que Víctor Cabré y Josep Mercadal (2016) comentan sobre la soledad del terapeuta. Según estos autores es lo primero que debe destacarse en la terapia online, citan que “el terapeuta se enfrenta a un despacho vacío”. Considero que la soledad que puede acompañar a los distintos participantes de la terapia es un aspecto que debe ser considerado y desarrollado más extensamente.

Asimismo, las interferencias o avatares tecnológicos nos han ocasionado en más de una ocasión malos ratos. Por lo menos yo sufro bastante cuando la conexión no es buena, se congela la imagen, se entrecorta el discurso o los pacientes se ponen a contraluz y no los veo. Realizar una sesión en según qué condiciones tecnológicas es un ejercicio que requiere gran esfuerzo.

Es importante hablar con el paciente para que, con tiempo, se asegure que el dispositivo y la red funcionan correctamente.

Para muestra, el caso de June, una paciente entrada en la década de los 30, que estaba explicando en sesión la decisión de comunicar a su familia y entorno su condición sexual, es decir, “salir del armario”, como ella decía. En ese preciso momento de la sesión, la conexión empezaba a fallar y la comunicación se entrecortaba, por lo que no se la

entendía. La paciente se mantuvo en ese punto insistiendo hasta asegurarse que se había entendido su mensaje.

En esta ocasión se integró la interferencia tecnológica dentro del espacio de trabajo. Se señaló lo sucedido y se llegó conjuntamente a la hipótesis de que June a través de su perseverancia, y a pesar de la mala conexión, se sentía preparada para hacer frente a su decisión, más allá de las interferencias que se pudiera encontrar.

## **Casos clínicos**

Os propongo ahora tres viñetas. Las dos primeras hacen referencia al uso de la pantalla para obtener información sobre el lenguaje no verbal online y la tercera habla del cierre en la terapia online.

### **El lenguaje no verbal a través del espejo tecnológico**

#### • a. José y Celia

*José y Celia son una pareja mayor, de unos 65-70 años cada uno. Sorprendentemente, a pesar de su edad, accedieron a continuar la terapia a través del formato online. Desde hace muchos años asisten de forma puntual para tratar temas concretos. En este caso llegaron a la consulta de nuevo sobre febrero, se realizaron un par de sesiones y tuvieron que confinarse.*

*El motivo de la terapia consistía en una petición por parte de Celia hacia su marido para que este mejorara su estado de ánimo y la comunicación entre ambos. Ella necesitaba ser escuchada y que él se comunicara más.*

*Por otro lado, José manifestaba encontrarse bien, él expresaba que no le pasaba nada. Lo único que podía decir es que sentía que lo que él opinaba no tenía ningún valor en casa.*

*La sesión se hizo por videollamada de WhatsApp. La pantalla es pequeña y trataban de encuadrarse para que se les viera bien. El teléfono lo sujetaba Celia.*

*A medida que la sesión se sucedía se observaba como José iba quedando fuera de la pantalla, ella poco a poco iba centrando la imagen en sí misma, mientras decía que él tenía que cambiar. Llegó un momento en el que José, recuperando el teléfono y volviéndose a encuadrar, comentó: "Si es que lo que yo diga no vale, yo estoy bien". Y cuando devolvió el teléfono a su mujer, él volvió a quedarse fuera de la pantalla.*

#### • b. Martín y Nora

*Martín y Nora mantienen una relación sentimental y de convivencia desde hace aproximadamente 10 años. Los dos asistieron a la visita conectados desde el mismo ordenador y, en el transcurso de la misma, él lentamente iba saliendo de la pantalla hasta quedar medio cuerpo fuera y medio cuerpo dentro. Cuando se hacía referencia a este hecho, él volvía a colocarse centrado, pero al rato volvía a situarse igual.*

*A Martín le cuesta mucho comprometerse y mantener su presencia en los vínculos*

*emocionales. Justamente en una sesión individual expresaba que se sentía “con un pie dentro y otro fuera” en la relación con su pareja.*

En ambos casos podemos ver como a través de la pantalla obtenemos información que refleja aspectos inconscientes de los pacientes y que nos explican de su historia.

## **Despedida y cierre en la terapia online.**

Para finalizar, os explico un último caso en el que se trata del cierre de la terapia. Para mi gusto, en la terapia online el cierre está mal resuelto, se cierra la pantalla y ya finalizó, te quedas por unos segundos en la oscuridad del vacío de la pantalla.

*Silvia y Nuria era una pareja que llevaba tiempo de proceso y que estaba ya en la fase final de la terapia. Las sesiones se habían ido espaciando y la sesión de despedida y cierre coincidió con el confinamiento. Se llegó al acuerdo de cerrar la terapia por videollamada. En el momento de llevar a cabo la despedida, se alargaba el momento de cerrar la sesión, era como si no quisieran terminar. Finalmente, Silvia propuso cerrar ese día, pero dejar pendiente la despedida, con el abrazo, para cuando se pudiera. Faltó la emoción compartida del final.*

Para terminar, llego a la conclusión de que, para los profesionales de la psicoterapia, dentro del formato online, es un reto generar la sintonía necesaria para dar lugar al espacio intersubjetivo que posibilite el vínculo terapéutico, entre paciente y terapeuta, esencial como promotor de cambio.

Y así termino hoy, sintiendo que mi despedida no queda bien resuelta porque no puedo veros a todos, pero con el deseo de que os haya ayudado a despertar más inquietudes y preguntas sobre este nuevo panorama que se nos abre.

## **Bibliografía**

**Cabré, V. y Mercadal, J.** (2016). *Psicoterapia On-line. Escenario Virtual para una relación real en el espacio intermediario*. Clínica e Investigación Relacional, 10 (2): 439-452. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2016.100206]

**Castells, M.** (2000). *La era de la información. La Sociedad Red. Vol. 1*. Madrid: Alianza Editorial.

**Macías Morón, J.J. y Valero Aguado, L.** (2018). *La psicoterapia online ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia*. [Recuperado de <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/717/509>]

**Parra E., Soto, F., Perea, V., Franco, M., Muñoz, J.L.** Actas Esp Psiquiatr 2017, 45(3): 116-26 [Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/317833267\\_Online\\_interventions\\_for\\_caregivers\\_of\\_people\\_with\\_dementia\\_A\\_systematic\\_review](https://www.researchgate.net/publication/317833267_Online_interventions_for_caregivers_of_people_with_dementia_A_systematic_review)]

**Vaimberg, R.** (2005). *“Del diván y el escenario a la pantalla”*.

**Vaimberg, R.** (2012). *“Bases de la psicoterapia e intervenciones online”*. Intercanvis (27 de Junio del

2012). [http://www.intercanvis.eu/pdf/28/art\\_n28\\_06.pdf](http://www.intercanvis.eu/pdf/28/art_n28_06.pdf)

**Vaimberg, R.** "Nuevas tecnologías: ¿beneficios o riesgos para niños y adolescentes?"

**Vaimberg, R.** "Psicoanálisis y Sociedad de la Información".

**Vaimberg, R.** (2005a). *Usos y sentidos de la utilización de las TICs por pacientes diagnosticados de TMS, Trastorno mental severo.*

**Vaimberg, R.** and Vaimberg, L. (2020). *Transformations through the technological mirror.* Capítulo del libro: Theory and Practice of online Therapy. Edited by Haim Weinberg and Arnon Rolnick.

**Vallejo, M.A. y C.M Jordan,** (2007). *Psicoterapia a través de Internet.* Boletín de Psicología, núm. 91, 27-42, [Recuperado en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N91-2.pdf>]

**Weinberg, H.** (2020) Article: on the AGPA newsletter: From the Couch to the Screen (Online Group Therapy). Haim Weinberg, PhD, CGP, FAGPA: [https://www.agpa.org/docs/default-source/practice-resources--group-circle/group-circle-winter2020-final.pdf?sfvrsn=1b0f98a9\\_2](https://www.agpa.org/docs/default-source/practice-resources--group-circle/group-circle-winter2020-final.pdf?sfvrsn=1b0f98a9_2)

Gemma Cánovas Sau es Psicóloga Clínica-Psicoterapeuta-Psicoanalista.

Servicio de Atención a la Dona ICD Barcelona-Fundación Salud y Comunidad.

Ex colaboradora Servicio Atención a la Víctima (Fiscalía BCN) y SIAD Ajunt. Sta. Perpetua.

Autora de diversas publicaciones sobre mujer e infancia (Tu Hijo RBA, "El oficio de ser madre", Paidós, etc.).

Docente de diversos cursos y seminarios.

Nos hablará de la violencia de género y las atenciones psicológicas de pareja. El equilibrio imposible

### ***La violencia de género y las atenciones psicológicas de pareja, El equilibrio imposible.***

**Gemma Cánovas Sau; Psicóloga Clínica-Psicoterapeuta**

**Miembro Acpp-Feap**

**Barcelona, 10 de Julio del 2020**

**Grupo de Trabajo Psico online pareja y familia**

### **Introducción**

Cuando uno de los dos componentes de la pareja se pone en contacto con el/la profesional para realizar sesiones conjuntamente, plantea los motivos de su demanda, frecuentemente divergencias de criterios que los conducen a discusiones continuas,

problemas de infidelidad, tomar la decisión de seguir o no juntos, etc.

Una de las definiciones (B. Pinto, 1999), desde un enfoque cognitivo-sistémico, que hace B. Pinto de la psicoterapia de pareja es: “lograr la solución de problemas inherentes a la relación de dos personas que deciden convivir íntimamente juntos”. Otra definición, en este caso desde un enfoque psicoanalítico (Alejo 2008), planteando en qué casos puede ser conveniente, apunta a “buscar un proceso (de insight) centrado en lo intersubjetivo” y, por supuesto, “teniendo presente la presencia del inconsciente que se juega en el vínculo”, y subraya “no tener como objetivo la adaptación de acuerdo a normas sociales”.

### **¿Por qué desde el ámbito en que se trabaja a nivel psicosocial o psicológico con enfoque de género, se considera contraindicada la psicoterapia de pareja cuando existe violencia hacia la mujer?**

En el Decálogo de Buenas Prácticas elaborado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (*Psicología e Igualdad de Género 2016*), en la pág. 25, que se puede consultar en internet, consta textualmente: “*Es un error en estos casos tratar el conflicto como un problema de pareja. La terapia de pareja está absolutamente contraindicada, ya que puede poner en más riesgo, si cabe, la vida de la mujer, así como la mediación conjunta (también contraindicada)*”. Se podría añadir también que existe el riesgo de retroceso en el, ya deteriorado, estado emocional y psicoafectivo de la mujer (no son infrecuentes las ideas suicidas). La contraindicación se centra en un análisis que indica que las mujeres, como colectivo, proceden de un recorrido histórico con ausencia de lugar simbólico en relación al colectivo masculino y es, desde este punto de partida, que un sector de hombres reproduce, en lo personal y en la dinámica relacional de pareja -ligado a su historia personal evidentemente- determinados patrones provenientes de una cultura patriarcal, que favorece que el varón ejerza dominio sobre la mujer.

En relación a unas constantes en los individuos que ejercen maltratos, se comprueba que suelen tener en común estos rasgos que mencionaré a continuación, aunque no existe un perfil standard, ya que hay que considerar que pueden presentarse en muchos casos -no siempre- una mezcla de actitudes machistas de fondo y, a la vez, patología en diversas variantes y grados:

- Egocentrismo desbordante (no infrecuente en estructuras de personalidad psicopáticas o con rasgos psicopáticos).
- Ausencia de empatía.
- Ejercicio de posesión, control y dominio de la mujer, situándola como si fuera su propiedad, negándole el derecho en un plano de igualdad, desde la diferencia como persona, a pensar, hablar y decidir en cualquier plano de su existencia.
- Denigración sistemática de la mujer en cualquier área (incluida la maternidad) para, así, retroalimentar su posición de **amo** poseedor de la verdad, de ella: La mujer y de las situaciones en que se ve involucrada.
- Celotipia desconectada de la realidad en cuanto a la conducta de la mujer.
- Aislamiento de la mujer en el ámbito familiar y social.

- En los casos en que ejercen violencia física, dificultad para el control de las pulsiones agresivas, que puede verse incrementado en determinados casos por adicciones (alcohol, cánnabis, cocaína...).
- Percepción distorsionada de su identidad masculina en el plano subjetivo. (Es recomendable ver la película: *“Te doy mis ojos”* para observar el rol masculino con el fondo de inseguridad personal).
- Dificultad para dialogar con ellas de tú a tú, que implica reconocer implícitamente la igualdad y la dignidad de ambos como seres humanos.

En mi práctica profesional atendiendo mujeres víctimas de violencia machista, ya sea en el plano psicológico que siempre subyace -y es la base de todo maltrato- o, también, violencia física aunque sea esporádica, he escuchado a un tanto por ciento de ellas informando de que habían intentado o aceptado realizar sesiones de psicoterapia con su pareja, normalmente por demanda conjunta, o, en la mayoría de los casos, también por solicitud de ellas mismas, con el objetivo ideal de tratar de resolver la problemática de la convivencia. Relatan su experiencia resaltando las siguientes situaciones frecuentes que se han encontrado en las visitas conjuntas y que les ha generado fuerte malestar, en estos casos, no atribuible a las normales resistencias que aparecen durante estos procesos, sino a lo que denominaré un desequilibrio básico-estructural en relación a la posición de ambos (el equilibrio absoluto no existe, claro), ya que ellas en la dinámica relacional carecen de lugar como sujetos.

Frases frecuentes escuchadas en relación a las vivencias en terapia de pareja:

- “Lo que yo decía no tenía eco, siempre tomaba relieve lo que él argumentaba”.
- “Me sentía pequeña, sin lugar”.
- “Él o la profesional trataba de ser equitativo/a con sus intervenciones, pero no lo lograba”.
- “Él levantaba la voz cada vez más” (una forma de ejercer el poder) o “me cortaba las frases diciendo eso es falso, o es mentira, presentando sus argumentos como La Verdad”.
- “Presentaba una imagen de sí mismo que no se correspondía a cómo es él en la intimidad, y tenía la impresión de que el profesional se lo creía porque él es persuasivo y muy buen actor”. Esto lo escucho con frecuencia refiriéndose incluso a cuando ellos acuden a entrevistas en centros escolares, de los hijos, servicios sociales, departamentos oficiales para la salvaguarda del menor, etc.
- “Fui un par de veces, pero no pude soportar seguir yendo, al salir estaba siempre peor que cuando había entrado”.
- - “Él se vengaba en casa de lo que yo había dicho en la consulta”

## Ejemplos de casos

Una usuaria de un servicio público que había sufrido maltratos, e incluso obtenido una orden de alejamiento ya extinguida en el pasado, explicaba lo siguiente:

*“Cuando nos cita conjuntamente el profesional, psicólogo del centro público donde acudía el hijo a sesiones de reeducación, según se dictó en la regulación legal de una sentencia, él se dedica a echarme a mí la culpa de todo y no puedo decir nada. A pesar de ello nos siguen citando a ambos”. Aun sin ser un contexto de terapia de pareja, estuvo mal indicado ya que no se consideró la situación de violencia psicológica que se reproduce en los despachos profesionales, aunque sea para hablar de temas relativos a la crianza y educación de los hijos.*

Uno de los campos donde se ceba la violencia de género es el de los hijos. Es sabido que cuando se produce la triangulación, el pase de dos a tres por el nacimiento de un hijo, se desencadenan los mayores ataques hacia la mujer, por no soportar el exacerbado narcisismo de ellos, la atención y la inversión de libido que requiere por parte de la mujer el cuidado de un bebé y la instauración progresiva del vínculo materno-filial, situación que pone a prueba la madurez psicológica del varón, que requiere situarse al menos durante un tiempo, como acompañante colaborador de la pareja.

Otra mujer explicaba lo siguiente: *“él me condujo a sesiones de terapia de pareja, pero yo no me atrevía a decir lo que pensaba. Si alguna vez lo hacía la repercusión en casa era terrible, me insultaba, agredía, hasta que decidí no volver. Tenía mucho miedo, además que el diagnóstico que me habían realizado hace tiempo, de una posible bipolaridad, jugaba en mi contra”.*

Otra relataba que su marido la condujo a terapia de pareja porque la consideraba culpable de la mala relación que tenía con la hija de él, de un anterior matrimonio. En las visitas conmigo, ella decía que vivía las sesiones como una especie de “reeducación impuesta”, no se implicaba y se sentía atemorizada, y que, en cambio, no se hablaba allí de cómo el marido había establecido una relación con la hija en la que ella se sentía excluida como esposa, no ponía límites a la hija cuando está en plena adolescencia, la insultaba a ella, etc. Hasta el punto de que él dedicaba sus vacaciones a irse con su hija, mientras ella se iba con los hijos pequeños que tenían en común al extranjero, donde residía su familia de origen.

## Síntomas frecuentes en mujeres que padecen violencia de género.

Cuando una mujer lleva un tiempo, que pueden ser años, padeciendo este tipo de relación en la que sufre malos tratos, suele presentar los siguientes síntomas:

- Disminución autoestima.
- Autopercepción desvalorizada.
- Inseguridad, sentimiento de inferioridad.
- Ansiedad, angustia, insomnio.
- Depresión, desmotivación.

- Manifestaciones psicósomáticas.
- Desgaste energético, estrés crónico.
- Repercusión en su función materna por el traslado inconsciente de su malestar a los hij@s, aunque procure no visibilizarlo, y porque se ve disminuida su autoridad materna, ya que prepondera la paterna -de forma insana- directa o indirecta, ya que un padre que preserva la salud mental de sus hijos como principio, no maltrata a la madre.
- Se agravan patologías previas de la mujer anteriores a la unión o matrimonio de la pareja.

En la situación de confinamiento vivida recientemente a raíz de la pandemia mundial, se han agudizado las situaciones que conllevan opresión cotidiana y, por tanto, determinadas sintomatologías. De hecho, este colectivo de mujeres cuando acuden a consulta o servicios especializados, la principal tarea psicosocial o terapéutica a desarrollar es lo que se denomina: reparación de su identidad a partir de la escucha y la atención flotante, claro. En relación al grado de afectación habrá que considerar el aumento de dificultad en el trabajo psicológico a llevar a cabo.

Ejemplos de factores o antecedentes que añaden un plus de complejidad:

- El período de tiempo o años de padecer malos tratos.
- Su historia previa (violencia familiar, carencias afectivas, abusos sexuales en la infancia o adolescencia, otras parejas maltratadoras...)
- Posibles patologías previas a la relación.
- Débil capacidad de resiliencia para reconectar con su potencial y elaborar lo vivido. Insuficiente fortaleza yoica.

### **Análisis de las demandas**

Pienso que habría que diferenciar en las demandas de psicoterapia de pareja, las dinámicas relacionales en que está instalado un grave desequilibrio que afecta fuertemente la posición existencial del otro, frecuentemente en este caso de la mujer. También conviene precisar que puede producirse en parejas del mismo sexo o de la mujer hacia el hombre, pero el tipo de análisis que planteo tiene que ver con diferencias de tipo estructural. Estas características pueden ser evaluables en unas primeras entrevistas individuales o en una puntual conjunta, según los casos.

Algunos ejemplos de demandas admisibles:

- Respeto mutuo a pesar de las divergencias, el lugar de uno/a no anula el lugar del otro/a de forma invasiva en un grado elevado o insostenible.
- No se observan descalificaciones sistemáticas que van en dirección, de forma más evidente o solapada, de anular la identidad global de la mujer, como mujer, como



pareja, como madre, como hija, amiga, etc.

- El hombre no se sitúa como amo de la mujer que, según una definición lacaniana, se refiere a la dialéctica: amo-esclavo, en este caso: amo-esclava. Esta es la característica repetitiva en las situaciones en que el hombre ejerce un rol dominante asociado al maltrato: control en diferentes ámbitos, dominio (también en la sexualidad), celos obsesivos...
- Aunque el maltratador trate de presentar frente al profesional un perfil de persona dañada, o piel de cordero, acusándola a ella de todos los males de la relación, siempre aparecerán lapsus inconscientes en la verbalización o en la expresión corporal, que pondrán de manifiesto cuál es su percepción profunda de la pareja en la dinámica relacional.
- Cabe subrayar la importancia de no partir de clichés previos o estereotipos, a la hora de admitir en sesión conjunta a una pareja o empezar un proceso terapéutico.

### Expresión corporal en directo o en sesión online

En el plano de la expresión corporal, pueden aparecer movimientos bruscos, golpes de puño encima de algún mueble de la consulta, o de su casa si la sesión es online (violencia ambiental), signos visibles faciales de ira, miradas amenazadoras y, aun sabiendo que nuestro instrumento básico de trabajo es la palabra, habrá también que observar y utilizar el corte de tiempo en la atención en ciertas situaciones, para que el, o la, profesional no se convierta en un observador pasivo aprobando con su silencio lo que sucede.

Se evaluará el caso por caso, como hacemos siempre en psicología, más allá de la línea metodológica, pero habrá que priorizar, en caso de duda, la prevención. Es decir, valorar si el consultante tiene posibilidades de ser derivado a tratamiento individual o servicio especializado que atiendan hombres con conductas violentas, y, pasado un tiempo, según sus progresos, retomar, o no, las sesiones en pareja en paralelo. Y a ellas, derivación a atención individual o grupal con enfoque de género a ser posible, señalándole que se tome su tiempo para tomar decisiones en la línea, o bien, de separarse (que suele ser lo más habitual) o de tratar de reconectar con la relación desde otro posicionamiento, pero ya no de víctima.

El hombre que ejerce maltrato vive la relación con **La Mujer** desde la posesión absoluta, ella no es un sujeto con libertad para decidir o desear. Esa es la clave de lo que el psicoterapeuta debe escuchar entre líneas (entre palabras), más allá de la aparente coherencia del discurso verbal manifiesto. Al igual que las expresiones o silencios de las mujeres frente a la palabra de ellos, que también han de observarse.

VERSIÓ EN CATALÀ

# CICLE DE CONFERÈNCIES ONLINE.

## **1. REFLEXIÓ SOBRE LA PSICOTERÀPIA ONLINE EN EL CONTEXT DE PANDÈMIA**

### **Presentació per part de la Sra. Olga Vallés**

Des de l'Associació Catalana de Psicoteràpia Psicoanalítica (ACPP) volem donar la benvinguda a aquest grup online de reflexió, i agrair la gran resposta i interès amb què ha estat rebut. Gràcies per la vostra presència avui, us saludem des de Barcelona, molt contents de comptar amb col·legues d'altres ciutats, i també d'altres països com Mèxic o Colòmbia.

Abans de començar, crec important comentar unes qüestions tècniques per facilitar la trobada: per favor, mantinguem les nostres càmeres i micròfons apagats, excepte quan fem una intervenció.

Començarem amb unes exposicions inicials per part d'Àngels Codosero, Eulàlia Ruiz i Paola Picardo. Després donarem pas a qui desitgeu participar amb les vostres experiències, reflexions o dubtes. Per a sol·licitar torn de paraula, podeu fer-ho pel xat, indicant-me el vostre nom, professió i ciutat, perquè pugui presentar-vos quan us doni la paraula. En aquest moment podeu encendre la càmera i el micròfon, perquè us puguem veure i sentir-vos i, una vegada acabada la intervenció, podeu apagar-los de nou. El temps que tenim estipulat són 2 hores, és a dir, fins a les 20:30, hora peninsular. Esperem que la tècnica estigui de la nostra part durant tot l'esdeveniment.

L'actual pandèmia ha modificat de forma sobtada els nostres hàbits quotidians, la nostra forma de relacionar-nos, i ens ha obligat a integrar la tecnologia en tot allò, sobretot en el nostre treball, en el qual el vincle té un paper fonamental. Si bé molts de nosaltres ja treballàvem en alguns casos de forma online, ara s'ha convertit, durant setmanes, en l'única forma de poder tractar amb els nostres pacients. Tot això ens ha obligat a aprendre a moure'ns en un entorn que molts no dominem, i amb això ens hem trobat en un escenari que, aquesta vegada, era desconegut i incert també per a nosaltres, no només pel pacient.

La idea de crear aquest grup de reflexió conjunta va sorgir de la consciència que tenim moltes preguntes, que se'ns planteja una forma diferent d'abordar la clínica que, per desconeguda, ens obliga a l'esforç d'adaptar les nostres intervencions, la nostra escolta i, clar, tot el setting. Hem volgut reunir-nos amb tots vosaltres per buscar junts totes les respostes que puguem, a partir de les nostres experiències i dels interrogants que se'ns van plantejant en la pràctica. Estem segurs que aquesta trobada ens enriquirà a tots, i ens alegra moltíssim poder comptar amb la vostra presència i els vostres coneixements.

### ***Intervenció psicoteràpia online***

#### **Àngels Codosero**

A causa de la situació produïda per la Covid-19 en relació amb la salut física, i de forma indirecta per les seves conseqüències en la salut mental, molts professionals que ens dediquem a la psicoteràpia, i més especialment a la psicoteràpia psicoanalítica, ens hem vist amb la necessitat d'una ràpida adaptació a les noves tecnologies per a intentar

mantenir el servei que oferíem.

Si bé és cert que des dels darrers anys molts de nosaltres, empesos pels mateixos pacients, majoritàriament pels joves, consideràvem adequada la indicació de psicoteràpia online, especialment en aquells casos que requerien realitzar desplaçaments geogràfics durant temps perllongats, o quan el desplaçament físic o geogràfic no era possible, o en certs diagnòstics, com fòbies, agorafòbies, o per patologies físiques... Aquestes indicacions, en el meu cas, ocupaven menys del 10% del meu fer professional, i quasi sempre combinant el tractament virtual amb el presencial. Amb l'aparició de la Covid-19, al principi, ho vaig oferir com una possible alternativa i, poc temps després, es van anar incorporant la majoria dels meus pacients, sense haver-hi diferències de sexe, ni edat..., més que les pròpies, ja existents, de la població que tracto. En aquests moments, i excepte urgències, només estic treballant online, tenint en compte que aproximadament el 30% dels meus pacients no tenen les condicions d'intimidat i espai físic que la psicoteràpia requereix.

A pesar de l'esforç per adaptar-nos a aquesta situació, i que, en un primer moment, es van trobar certs avantatges en la psicoteràpia online, amb el pas dels dies també vam anar trobant alguns inconvenients, que s'han anat convertint en oportunitats. Parlaré només des del punt de vista que m'ha semblat més interessant, i sobre el que durant aquests dies li he anat donant voltes en relació amb la psicoteràpia online mitjançant vídeo-trucada.

### **Què he vist que ocorre en la psicoteràpia amb vídeo-trucada?**

En la psicoteràpia, i molt especialment en la psicoteràpia relacional, que és en la que m'inscriu, i que com tots sabeu es fonamenta en les neurociències, sabem que un factor important són les neurones en mirall, pel que els psicoterapeutes relacionals hem de ser capaços de desplegar el que anomenem sintonia psicobiològica. Molt del que percebem és a través de la interconnexió intermodal a través dels nostres sentits, i el que percebem queda registrat en el nostre cos mitjançant altres modalitats sensorials, el que fa que posem paraules a una emoció o ajudem al pacient en la simbolització.

Des d'aquesta òptica, les noves tecnologies, a priori, poden semblar una limitació a la informació que ens pot transmetre el pacient (penseu que, per a mi, com per a molts, això és bastant nou, i anem descobrint noves possibilitats a mesura que anem treballant). En un principi vaig pensar que via online només aconseguia que el pacient se sentís entès en l'àmbit cognitiu, fins i tot podríem dir que sentia que quedava limitada la nostra empatia emocional, i que això ho podia compensar únicament si amb el pacient havíem aconseguit, anteriorment i de forma presencial, cocrear un espai propi, un espai del nosaltres, que és l'espai intersubjectiu, quedant, aleshores, només limitada l'empatia que ens fa entendre les intencions del pacient.

Tenia la sensació que el tractament online anava en detriment de la comunicació no verbal, quedant el coneixement implícit emocional en dubte, no podent tenir accés a què anomenaríem l'inconscient implícit o procedimental, i afavorint només la comunicació verbal i potenciant l'aspecte més cognitiu del nostre treball terapèutic. Em venia una vegada i una altra a la ment l'article del Grup de Boston, i em preguntava on quedava el "quelcom més enllà que la interpretació". Compartint aquestes experiències amb col·legues, tots coincidíem que les teràpies online eren molt més esgotadores que les sessions presencials, que havíem de fer un esforç addicional, ja que hi ha una major exigència joica, no només per al terapeuta sinó també per al pacient, per tant per ambdós membres de la diada, restant força al substrat prereflexiu constituït per les anticipacions

sensorials de la presència de l'altre, forjades en el desenvolupament corrent de qualsevol relació.

Però, per altra part, recordava el passat, quan no teníem mòbils ni accés a les noves tecnologies tan vigents avui en dia. Quants de nosaltres no ens hem trobat l'experiència, en període de vacances, amb pacients borderlines, després d'una trucada i saltar el contestador que, en tornar la trucada ens deien: "ja estic bé, en escoltar la teva veu en el contestador, em vaig calmar".

En aquest moment, i malgrat que és un període de temps molt curt per poder treure conclusions, el que he anat veient és com els pacients s'han anat mobilitzant, intentant compensar quelcom que sentien, però no verbalitzaven, utilitzant l'espai "pantalla" com un nou espai de joc, on apareixen noves variables per a poder estar amb l'altre, per a crear una imatge de l'altre, per a poder crear un nou i diferent espai intersubjectiu de què ja teníem ... He anat veient com pacients que no escrivien han començat a escriure un diari i a compartir-lo, a mostrar-me les seves composicions musicals, els seus somnis quan abans no n'hi havia, i fins i tot demanant que pogués accedir a la teràpia un membre de la família. Crec que amb aquestes actituds compensen la manera de poder accedir a aquesta part prereflexiva. No oblidem que els éssers humans som fonamentalment relacionals i socials, per la nostra pròpia naturalesa biològica, i això ha donat lloc a una altra perspectiva dels trastorns emocionals, i de la manera d'ajudar a les persones que els pateixen. Com diu Joan Coderch, "l'ésser humà sempre està en posició d'anhel", i crec que els pacients busquen noves maneres d'estar amb l'altre. En la psicoteràpia relacional no hi ha regles fixes i formes obligatòries d'estar amb l'altre, només hem d'estar atents a les noves maneres de relacionar-se.

Ja Gabbard (2001), ens parla de l'espai virtual com un espai transicional, espai de joc, espai que vincula quelcom entre la realitat interna i externa, no es només món intern. Som reals i no reals.

Us posaré un exemple on el pacient va tenir la disposició a ser empàticament comprès. El pacient és un jove de 25 anys, porta un negoci familiar amb el seu pare. El pacient té estudis propis, que no tenen res a veure amb aquest negoci, però el seu desig és dedicar-se professionalment a una afició que té, que tampoc té a veure amb els seus estudis. Abans del confinament tenia planejat portar a terme el seu desig, durant uns mesos, com fa cada any en contra de la voluntat del seu pare i amb el beneplàcit de la seva mare (parets separats).

Fa tres setmanes que no fem sessió. L'última vegada, en acabar la sessió, jo vaig sentir que no es va sentir acompanyat més que per una actitud racional d'animar-lo. M'explicava que havien hagut de tancar el negoci, a causa de la covid-19, i que els únics diners que tenien estaven en accions que els va deixar el seu avi. Vaig sentir que em rebutjava pels meus comentaris racionals. En la següent sessió em va dir per WhatsApp que no tenia wifi. Va ser sorprenent, ja que sempre ens connectàvem per videoconferència mitjançant WhatsApp, i a la següent va dir que es trobava malament, que la posposàvem. Vaig optar per no dir-li res i esperar. A la següent sessió es va connectar i em va explicar que es trobava molt bé, i era perquè s'havia canviat de pis, i que ara tenia molta llum. M'ho va començar a mostrar i vaig veure un pis d'aspecte molt antiquat, en comparació a la decoració del seu pis anterior. Em va començar a parlar que des que li vaig mostrar un aspecte del seu pare havia canviat la relació amb ell i que fins i tot l'altre dia el va creure. El vaig impel·lir que seguís parlant. Em va començar a explicar que es va trobar la seva madrastra i va

començar a tremolar, de tal manera que va haver d'anar-se'n corrent. Quan m'ho estava explicant vaig notar que la càmera tremolava i que s'agafava del coll amb l'altra mà. Em va explicar que en una ocasió la seva madrastra li va partir el llavi d'una bufetada perquè no havia aconseguit calmar el seu germanastre. Quan li dic que sembla que les seves intencions són mal interpretades, les de sortir corrent, comença a parlar ràpidament i a no escoltar, com si tornés a sortir corrent. Li dic que ens parem, perquè cada vegada que surt corrent es converteix en aquell nen petit i indefens, que sent tanta impotència i ràbia, i que si no se'n va corrent "l'escanyaria". Titubeja i em diu que mai ho havia vist d'aquesta manera, però que recorda una situació on el seu pare el va haver de parar perquè, si no, no sabia el que hagués passat. Em va dir que era absurd, que si veiés la seva madrastra no mesura més d'1 metre i mig (ell mesura quasi dos metres), "no li tinc por a ella. Ara recordant tot això i parlant amb tu m'adono que me'n vaig possiblement per no fer-li mal, li tinc tanta ràbia". Li vaig dir que era curiós, la seva madrastra mesurava més o menys com jo, i que a vegades les persones baixetes poden semblar que tenen molt caràcter i són molt contundents. Riu, però de seguida comença a plorar, i em diu que la seva millor amiga també és molt baixeta però que és cert que té molt caràcter. Li vaig dir que potser en l'última sessió també em va poder percebre poc empàtica amb la situació que m'estava explicant, i va sentir ràbia perquè no aconseguia captar el seu patiment. Em diu que es va sentir incòmode, però no ho relacionava amb això. Em coneix i sap que no li vull mal.

Jo sempre he dit que els pacients m'han ensenyat el camí de la psicoteràpia, i novament ho estan fent, com en aquest cas, que utilitza diferents imatges per a poder fer-me comprendre el seu estat emocional. Ells estan anant per davant, nosaltres només posem l'espai, la nostra presència i, quan podem, les nostres capacitats. És innegable que els tractaments online ens presenten uns reptes pel futur, ja que tot apunta, almenys durant un temps relativament llarg, que aquesta forma de treball serà cada vegada més habitual i als terapeutes ens marca el repte de repensar la manera de com "estar amb l'altre", per a poder superar les barreres exposades.

## Bibliografia

**BCPSG** (2005): *"The something more than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter"*, J. Amer. Psychoanal. Assn., 53: 693-729.

**GALLESE, V., EAGLE, M. y MIGONE, P.** (2007): *"Intentional atonement: mirror neurons and the neural underpinning of interpersonal relations"*, J. Amer. Psychoanalyse. Assoc., 55: 131-175.

**GALLESE, V.** [2009]: *"Neuronas en espejo, simulación corporeizada y las bases neurales de la identificación social"*, revista online Clínica e Investigación Relacional, vol.5 (1) pp. 34-59, 2011.

## ***Grup de trobada de reflexió sobre la psicoteràpia psicoanalítica online.***

### **Eulalia Ruiz Farré**

Després de la intervenció de l'Àngels, que crec que ha sabut condensar de forma clara aspectes essencials del tema que estem tractant, intentaré transmetre-us les meves observacions.

En la meua experiència personal, la motivació per a l'inici del treball online ha estat poder continuar acompanyant els pacients durant aquest període especialment difícil i, com manera de prevenir recaigudes i nous sofriments afegits als sofriments que ja tenien. Són pocs els pacients que han acceptat les sessions online, uns per no tenir urgència, altres per falta de privacitat i aquells que consideren és una manera de comunicar-se que els és poc coneguda.

Ha estat difícil haver d'aprendre a manejar una tecnologia que no domino, amb l'afegidura que, a vegades, he hagut d'usar altres dispositius quan la videotrucada ha fallat, per poder continuar la sessió en moments que era necessari.

Em resulta un sobreesforç sentir empàticament els pacients a través de la videotrucada. Noto la manca de moltes informacions que ens fan ressonar afectivament, per dins, el que el pacient ens transmet, i que quan estem presencialment notem, com Ángeles ha explicat, de forma implícita. Es perden matisos d'informació i amb ells la calidesa emocional que comporten.

Us comento una experiència amb un pacient. En el cas d'aquest pacient, el temor a preservar la seva intimitat - que és quelcom que també forma part de les seves pròpies dificultats-, i a la vegada el fet d'estar en un espai diferent- el de la seva casa - i el no estar en presència física, han estat factors que han interferit, presentant resistències per a contactar online i dificultats en connectar amb si mateix. Entre sessions era com si ell també es desconnectés, bloquejant els afectes i no podent mantenir present, en la ment, la relació terapèutica. Manifestava la seva necessitat de la presència física i de l'espai físic de la consulta.

Em pregunto sobre les diferències entre estar present físicament i estar amb la no presència física, per l'establiment d'un clima emocional de connexió i confiança, i especialment en determinats pacients, com els que presenten dificultats de mentalització i un pensament operatori, als que els pot costar representar-se mentalment la presència interna de l'altre quan no està físicament present.

En general, penso que quan anteriorment ja hi ha hagut contacte presencial i s'ha pogut establir un espai comú, emocional i reflexiu, tal vegada ja es tenen interioritzats alguns components de la relació que la faciliten, tot i que possiblement necessitarem un període per anar-nos reajustant mútuament en un espai que no és físic, en el que no ens coneixem i en el que ens hem d'aprehendre de nou, per a poder sentir un espai de confiança i seguretat. Potser cal agafar-se al saber jugar de Winnicott, aprendre a jugar de forma diferent, i ho haurem de fer entre dos.

Em pregunto si l'establiment de la regulació emocional segueix paràmetres diferents. Quines eines mentals, comunicatives, corporals i sensorials utilitzem? I, com els canvis perceptius poden interferir en la nostra escolta i manera d'estar? Tot i que hi ha quelcom

més enllà de l'explícitament sensorial i verbal en el que aprehenem, observo aspectes que poden influir en aquesta connexió. La sensació de no presència física ens pot portar a fer canvis per a fer-nos entendre com parlar en un to més fort, o ser més sintètics en el discurs i posar èmfasi en algunes paraules com per fer-nos fer entendre de forma més ràpida, amb el temor que la comunicació es talli o se senti com tallada. Això ens fa perdre matisos canviant la qualitat i el ritme del discurs. També, a través de la pantalla, els silencis poden ser viscuts o sentits de maneres diferents i, a vegades, són deguts que es talla la comunicació per un error tecnològic. S'hauria de veure com poden ser interpretats per part del pacient. I em pregunto si podem o hem de minimitzar aquests inconvenients, si sorgeixen. La mirada, a través de la pantalla no es veu com en la presència física, no ens veiem mirant-nos als ulls i costa captar els seus matisos.

Un altre inconvenient o diferència és que no ens veiem de cos sencer. L'actitud corporal, el gest, la postura, la tensió, els moviments, i sensacions, la respiració ... transmeten informacions que ara no poden intervenir amb el mateix pes que quan estem presencials. Així mateix, un canvi important és el de l'espai físic que ha de ser adequat per a la privacitat de la conversació i còmode per a la reflexió, sense interferències de sorolls, persones, o activitats que no corresponen a la sessió. L'espai que el pacient utilitza ara no està sota el nostre control, com en la consulta presencial i, a vegades, pot ser difícil de trobar per a ell dins del seu àmbit. Ja que l'espai físic de la consulta no està, s'haurà de crear un espai, en el sentit figurat d'espai mental compartit, un espai de connexió entre dos ments.

Per altra part, un factor que també penso pot tenir influència a afavorir o interferir en el contacte és el de l'experiència que cadascú dels participants té amb la tecnologia, la seguretat en el domini i coneixement de l'ús tecnològic. Segurament, es donaran situacions diferents quan es tracta de pacients i terapeutes que han nascut en l'era digital o en l'era analògica.

En definitiva, el tractament, en essència, ha de ser el mateix. El que canvia és l'ús d'una eina de comunicació diferent que comporta canvis en aspectes comunicatius i de relació com els que hem comentat, i cal repensar com influeixen aquests canvis i quines eines utilitzem, ja sigui per a minimitzar la seva interferència o per a incorporar-los en la relació Pacient- Terapeuta. Se m'ocorre pensar en la necessitat del saber jugar del terapeuta, i ara incorporant un element diferent, amb el que poden sorgir sentiments, sensacions i situacions amb les quals no estem familiaritzats. Caldrà entendre la nostra incertesa, manca de coneixement, fal·libilitat, i flexibilitzar el que sabem, per a trobar una altra manera de jugar, de crear joc entre Pacient-Terapeuta, buscant l'acostament, el diàleg i la creació entre els dos.

Penso que necessitem molta reflexió i estudi sobre aquests i altres temes com, per exemple, les necessitats que porten a realitzar psicoteràpia online per part del Terapeuta o les demandes per part del Pacient, pensar amb quins pacients pot ser més o menys adequat, possible o no, el com abordar les situacions de crisi i emergències, el setting, i la confidencialitat i privacitat tecnològiques, la qual cosa Paola exposarà a continuació, entre altres aspectes.



## Bibliografia

**Cabré, V. Y Mercadal, J.** (2016). *Psicoterapia On-line. Escenario Virtual para una relación real en el espacio intermediario*. Clínica e Investigación Relacional, 10(2): 439-452 [ISSN 1988-2939] – <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2016.100206>

**Oromí, I.** *Una nueva perspectiva: El psicoanálisis no presencial (online o remoto)* Temas de psicoanálisis. Núm. 14 – Julio 2017. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/09/IRENE-OROMI.-Una-nueva-perspectiva-en-la-experiencia-psicoanalitica.-El-psicoanalisis-no-presencial-online-o-remoto.pdf>

**Winnicott, D.W.** *Realidad y juego*. Gedisa (1982)

## *Intervenció en el grup de reflexió de psicoteràpia online*

### Paola Picardo

Les persones que em coneixen i que han treballat o estudiat amb mi, diuen (i vull pensar que de forma afectuosa) que sóc una "friki" de les anomenades noves tecnologies (TIC) i els dono la raó: perquè m'agraden, no em generen rebuig i gaudeixo descobrint-les, provant-les i utilitzant-les. En part, suposo que deu ser (com deia **Kranzberg**) perquè trobo que **la tecnologia és també una activitat molt humana** i que sóc conscient que no és ni "bona" ni "dolenta", però tampoc neutral.

En realitat, el tema que ens ocupa avui sobre la psicoteràpia online no és molt innovador com concepte de rerefons, i és que els tractaments psicoanalítics no sempre s'han desenvolupat de forma presencial en la consulta. Recordem que el mateix Freud mantenia correspondència amb els seus pacients obtenint resultats clínicament significatius (com en el cas Hans), i que abans de l'aparició de les videoconferències, molts col·legues ja havien hagut de fer sessions telefòniques.

Amb l'aparició d'Internet, van arribar altres formes de comunicar-nos i, tot i que en la literatura psicoanalítica no trobem massa publicacions sobre l'impacte de les TIC en l'estructura psíquica o sobre el seu ús en l'enquadrament analític, en el congrés de l'any 2010, la **IPA** (International Psychoanalytic Association) va acceptar la psicoteràpia per Skype, conclouent textualment que "**la psicoanàlisi ha d'adaptar-se a la realitat social actual**, especialment en els casos de la gent que viu en àrees rurals, persones de negocis que viatgen contínuament i joves que han crescut amb la tecnologia". I és que no té sentit pensar a posar barreres perquè la tecnologia no destorbi el camp analític; el que necessitem és poder pensar en una clínica que, sense desestimar els fonaments psicodinàmics, permeti ajustar els nostres horitzons a les diferents subjectivitats que suposen els canvis de la nostra època. I per posar un exemple sobre aquesta adaptació, a **Tavistock** (llar de grans clínics i autors psicoanalítics), ofereixen des de ja fa anys, el servei de psicoteràpia online tant per a adults com per a parelles.

Si bé la IPA parlava aleshores només de Skype, actualment comptem amb multitud de plataformes amb les quals podem fer videoconferències: WhatsApp, Zoom, Jitsi, Hangouts, Facetime, Teams. Snapchat i Instagram, pels preadolescents i adolescents, fins i

tot existeixen aplicacions com Caribú que es presenten com una molt bona opció pels més petits perquè permet realitzar jocs mentre ens mirem i parlem per videoconferència... (en finalitzar la meua exposició, us ensenyaré un breu vídeo de 10 segons, d'una sessió que vaig fer precisament ahir amb un nen de 6 anys amb diagnòstic de TEA i amb qui utilitzem aquesta app)\*; En principi, totes aquestes funcionen xifrant les comunicacions utilitzant un estàndard d'encriptat avançat (AES) que és un tipus de tecnologia que utilitzen, per exemple, els governs per a protegir informació altament sensible. Però també sabem que sempre pot haver-hi alguna esquerda, alguna fissura per on es filtra algun hacker i ens puguem trobar amb incidències -com la que va passar recentment amb Zoom- que posen en dubte la completa garantia de **seguretat i confidencialitat**. Així que també hem de tenir en compte que existeixen altres serveis de videoconferència (tot i que aquests ja no són gratuïts) que estan dissenyats específicament per a la telemedicina i que ofereixen encara un major nivell de seguretat, tals com **Vsee, Opentherapi, Doctoralia, Areapsico** ... i molts més que, estic convençuda, aviat aniran sorgint.

Mireu, el filòsof **Byung-Chul Han** (que l'he descobert recentment) assenyalava que les dades i les màquines han d'estar al servei de la persona i no al revés; que les plataformes online (i les TIC en general) són eines de suport, com poden ser-ho una serra i un martell, que poden servir per a arribar a construir una casa, però que, mal utilitzades, també serveixen per a tallar caps.

El debat entre els aspectes negatius i positius de les tecnologies tampoc és nou i mai han estat (ni estaran) lliures de controvèrsies. I ja està bé que sigui així, perquè d'aquesta manera continuarem pensant-les... Que és precisament el que ha possibilitat que sorgís aquesta iniciativa d'avui en format de grup de reflexió.

En la psicoteràpia online apareixen variables úniques que no tenen lloc en la psicoteràpia presencial, i apareixen aspectes nous, inesperats i reveladors del funcionament mental del pacient (i del terapeuta). Comentàvem amb una companya, fa unes setmanes, la publicació que feia una col·lega des de Panamà en el grup de Facebook "Winnicott España" sobre **la trobada amb el seu propi rostre en la pantalla**. I és cert, que en la videotrucada ens veiem també a nosaltres mateixes, i descobrim expressions facials que potser desconeixíem, fem l'esforç per mantenir el contacte visual amb el pacient... Ella obria també un espai de reflexió invitant a pensar què passa quan podem veure'ns mentre mirem a l'altre ... i em sembla molt interessant, podria ser d'aquelles coses que podem debatre després.

A mi m'agrada entendre el treball psicoterapèutic com un constructe participatiu, relacional i canviant (tipus Wikipedia) i no en quelcom fix i estàtic (com si fos un diccionari imprès i que no admet cap modificació). Per Això també crec que com psicoterapeutes hem de poder mostrar-nos flexibles i creatius davant les noves circumstàncies (i no em refereixo només a les que ara ha dibuixat l'estat d'alarma)

Potser molts col·legues de professió mostraven resistències a poder fer el pas a fer una atenció telemàtica ... Em pregunto si per desconeixement de les eines mateixes, perquè no veien la necessitat o, com apuntava Eulalia, per por a mostrar-se fal·libles davant del pacient. Sigui quin sigui el motiu, crec que des de les escoles de formació i associacions hem de començar a impartir aquest tipus de cursos, i que, com professionals, hem de prendre la iniciativa de formar-nos concretament **en el maneig d'aquestes eines, i en el funcionament de les TIC en general, en la seva relació amb la psicoteràpia psicoanalítica**.

No direm que és el mateix fer un treball analític presencial que un treball online perquè no ho és; com professionals hem de ser conscients de les diferències de les quals parlaven anteriorment les companyes, de les interferències, els diferents espais, de la manera en què apreciem la comunicació no verbal... Però en ambdós formats apareixen barreres i dependrà de la capacitat del pacient i de nosaltres, les terapeutes, de poder prendre-les com símptomes o senyals que ens portin a explorar altres llocs i utilitzar el que es mostra com una dificultat en una possibilitat d'anàlisi. La **Dra. Glòria Mateu** de Sant Pere Claver deia fa uns dies a través de les seves xarxes socials que "el treball online demana unes adaptacions tècniques i emocionals, però que una vegada resoltes i elaborades les pèrdues -i les traves tecnològiques- el treball terapèutic continua".

---

\* Pablo és un nen de 6 anys amb diagnòstic de TEA i que visito des de fa 3 anys de forma setmanal.

La mare, que estava al seu costat durant la sessió, no em va comentar que gravaria aquests segons. Ho va fer de forma espontània perquè es va sorprendre molt de com el seu fill podia parlar amb mi, de com podíem mirar-nos, crear jocs junts... me'l va passar més tard, en acabar la sessió i immediatament li vaig demanar permís per a poder ensenyar-vos-el avui. El que més em va emocionar va ser el que li va dir Pablo a la seva mare després d'acabar la sessió: "quan acabi de ploure, podem tornar a casa de Paola?"

L'app presenta diferents activitats per a acolorir, per a relacionar idees, tenir contes... La majoria en anglès... però creieu-me que serveixen igual. La gràcia és que es fan de forma conjunta i a la vegada hi ha contacte visual. És, com diria el president de l'ACPP Jesús Gracia, la nostra caixa de joc virtual. En aquests segons que es visualitzen, resolíem un laberint... Buscàvem la manera de recórrer junts un camí.

## Bibliografia

**Balguer Prestes, Roberto.** "La voz del Psicoanálisis frente a las Nuevas Tecnologías". Blog digital Enigma Psi. 20 de diciembre 2003

**Barceló Montalà, Teresa** "Narcisisme i vincle idealitzat en les tecnologies actuals". Revista ACPP

**Carlino, Ricardo.** "Psicoanálisis a distancia: teléfono, videoconferencia, chat, e-mail". Ed. Lumen, 2011

**Dessal, Gustavo.** "Inconsciente 3.0. Lo que hacemos con las tecnologías y lo que las tecnologías hacen con nosotros". Xoroi Ediciones, 2019

**Ferreira dos Santos, Silvina.** "Psicoanálisis y videojuegos: ¿final del juego?" Revista digital Psicoanálisis Ayer y Hoy. Número 17. Mayo 2018

**Ferrer Román, Carmen.** "¿Es posible el psicoanálisis a distancia?" IX Jornadas Gradiva. Noviembre 2016

**Han, Byung-Chul.** "La expulsión de lo distinto". Herder Editorial, 2017

**Katz, Laura.** "Del lazo virtual, al lazo social. Psicoanálisis en tiempos de la tecno-cultura". Fort-Da, Revista de Psicoanálisis con Niños. Núm. 12, diciembre 2017

**Kranzberg, Melvin.** *“Technology and History: “Kranzberg’s Laws”*. Technology and Culture. Vol 27, núm. 3. Julio 1986; PP. 544-560

**Migone, Paolo.** *“La psicoterapia con internet”*. Revista electrónica de psicoterapia: Clínica e investigación relacional. Vol. 3 (1). Febrero 2009; PP. 135-149

**Oromí, Irene.** *“Una nueva perspectiva en la experiencia psicoanalítica: el psicoanálisis no presencial (online o remoto)”*. Temas de psicoanálisis. Núm. 14, Julio 2017

**Savege Scharff, Jill.** *“Psychoanalysis online 2. Impact of Technology on Development, Training, and Therapy”*. Karnac Books, 2015

**Turkle, Sherry.** *“La vida en la pantalla: la construcción de la identidad en la era de Internet”*. Paidós Ibérica, 1997

## **2. PSICOTÈRÀPIA ONLINE: PARELLA I VIOLÈNCIA DE GÈNERE**

### **Presentació Àngeles Codosero**

Iniciem aquest cicle de conferències arran de la situació pandèmica en què ens trobem amb el confinament associat i, donada la gran participació que va haver-hi en la primera d'aquestes, vam decidir continuar amb elles, abordant temes més específics, ja que la Covid-19 sembla que ha vingut per a quedar-se almenys durant un temps, més o menys llarg, motiu pel qual creguem que la psicoteràpia online es convertirà en una forma de treball habitual. És per això que creguem que són necessaris aquests espais on, entre tots, puguem reflexionar sobre aquest tipus de pràctica per a portar-la a terme de la manera més efectiva i eficient.

Tot i que el tema que ens ocupa avui és més específic, Psicoteràpia online en parelles i violència de gènere, pot ser que els assistents que van coincidir en l'anterior conferència escoltin conceptes que els resultin familiars perquè ja els vam introduir en aquella ocasió, però és necessari refrescar-los per a poder emmarcar el que avui s'explicarà.

Us recordo que és important que tingueu els micròfons apagats. Per a sol·licitar torn de paraula, podeu fer-ho pel xat, indicant-me el vostre nom, professió i ciutat, per a que pugui presentar-vos quan us doni la paraula. En aquest moment podeu encendre la càmera i el micròfon, per a que puguem veure-us i escoltar-vos, i una vegada acabada la intervenció, podeu apagar-los de nou. El temps que tenim estipulat són 2 hores, és a dir fins las 20:30 hora peninsular.

La primera ponència és a càrrec de Sandra Ginés i versarà sobre “Les Tic en temps de pandèmia un nou lloc en la psicoteràpia”

Sandra és Psicòloga sanitària i especialista en Psicoteràpia acreditada en European Federation of Psychologists Associations (EFPA). Cofundadora i codirectora d'Ades Gabinet Psicològic (1997-1999), fundadora i directora de Abpsi Atenció Psicològica (1999 fins l'actualitat). En els dos centres ha exercit com psicòloga i psicoterapeuta infanto-juvenil, adults, parella i família. Responsable del departament de psicologia en el centre psicopedagògic El sol Blau, (2000-2003). Psicòloga en el centre Insercoop, Centre educatiu d'orientació sociolaboral amb persones en risc d'exclusió social (2002-2007). Formadora a

diferents col·lectius a través d'activitats de prevenció i promoció de la salut.

Fa anys que conec a Sandra, ja que vam compartir un Seminari de psicoteràpia relacional en la SEP. Sandra s'ha definit com psicoterapeuta de la 3<sup>a</sup> generació, i hem pogut veure en quins punts coincidíem.

## ***Les TIC en temps de pandèmia: un nou lloc en la psicoteràpia***

**Sandra Ginés Castellet**

### **Introducció**

El confinament ha comportat l'aïllament i ha reduït la nostra comunicació (a excepció de les persones amb què s'ha conviscut). Aquest insòlit fet ha despertat la meua mi curiositat i m'ha portat a investigar, estudiar i rebre formació al respecte dins d'aquest període de temps.

Per a nosaltres, els psicòlegs, les Tecnologies de la Informació i la Comunicació, d'ara endavant les TIC, ens han possibilitat continuar amb la nostra tasca i acompanyar la majoria de pacients que, amb anterioritat a la pandèmia, visitàvem de forma presencial. Així mateix, ens ha permès també atendre a nous casos durant el confinament i, ara, amb l'arribada de la "nova normalitat", atendre a través dels dos formats (presencial i online) segons les condicions i necessitats de cada pacient i terapeuta. D'aquesta forma, el que al principi ens era desconegut i ens podia generar recel i temor, ara ens resulta, a la majoria, còmode i segur.

Un alt percentatge de professionals ha incorporat aquesta modalitat en el seu exercici i sent els avantatges del treball online. Per a sorpresa de molts, s'ha descobert que es pot treballar bé i que aquest format facilita les condicions necessàries per a crear un espai psicoterapèutic. Aquest aspecte fa que, en molts casos, tant a pacients com a psicoterapeutes els costi tornar al que és presencial. És per aquest motiu que penso que les TIC han vingut per a quedar-se. En aquest moment de crisi, de transformació, en el que la comunicació presencial ha deixat un buit, les TIC han passat a omplir-lo i això ha permès que ocupessin un nou lloc. El fet d'estar descobrint el veritable abast de les TIC dins d'un context d'excepcionalitat ha condicionat, de manera evident, la forma en què ens estem adaptant a elles i, a la vegada, ha fet plantejar-nos moltes preguntes.

Fins ara la pregunta podia ser "Les TIC Sí o No" i la pregunta que ara, potser, correspondria és "Les TIC com". Si bé han anat agafant cada vegada més terreny amb el pas dels anys, el salt vertiginós que han realitzat ara, ens presenta un nou horitzó d'intervenció que hem de plantejar i estudiar des d'una més gran consciència i amb una nova mirada, procurant mesurar i regular el flux del seu ús, perquè aquest sigui de forma ajustada i saludable. Amb la "nova normalitat" les TIC passen, de nou, a ser una opció més, s'obre ara l'oportunitat de contemplar-les com un format més integrat en la nostra praxi.

Em plantejo fins a quin punt som conscients del temps que portem exercint en convivència amb les TIC com eina de treball. Hem estat conscients de l'ús terapèutic que podien comportar? Hem de tenir en compte que quan parlem del treball terapèutic

online no ens referim només a la videotrucada, sinó a l'ús global de les diferents aplicacions i plataformes en línia, com per exemple formats de comunicació asincrònica per WhatsApp, email, etc. Penso que ara el lloc, des del qual les utilitzem, és diferent i el maneig d'aquestes es fa amb una intencionalitat terapèutica més conscient.

Segons Raúl Vaimberg ens falta recorregut amb les TIC i considera que proposar-nos un tractament específic online potser és massa prematur. En canvi, a mi em sembla un repte interessant la seva proposta de plantejar-nos un enquadrament mixt, ajustant el format d'atenció segons les necessitats de cada cas, i pensant en la idoneïtat de la modalitat online segons l'estructura de personalitat del pacient.

Per tot això opino que és necessari, i requereix un exercici de responsabilitat, donar un espai de reflexió al tractament psicològic online de forma particular i personal per a cada professional i, a la vegada, continuar amb la posada en comú per a la construcció d'un marc conceptual i teòric. Es necessita temps i més experiència per a un major desenvolupament de les TIC en psicoteràpia i anar veient quina forma i quin lloc van prenent.

### **Elements i característiques a tenir en compte en l'ús de les TIC en psicoteràpia.**

Centrant-me ara en l'aplicació concreta del format online en psicoteràpia, m'agradaria desenvolupar a continuació els elements que han format part del meu creixement dins de l'exercici la psicoteràpia en línia fins al dia d'avui. Al llarg del temps he anat fent una recopilació de vinyetes clíniques de casos de teràpia individual i de parella. Alguns casos són meus, altres són casos d'altres terapeutes que generosament els han compartit i cedit per a poder-los utilitzar. Faré ús d'alguns per a exemplificar conceptes i situacions que es donen en la teràpia online.

Recordo que, a l'inici amb temor i certa angoixa, vaig afrontar la novetat de respondre a una agenda plena de visites online. Em preocupava com seria la teràpia en línia per a molts dels meus pacients. Després d'uns dies de treball sentia l'esgotament causat per l'esforç per a adaptar-me a aquesta nova modalitat, intentant trobar punts de referència que dibuixessin un nou enquadrament de treball. Al principi vaig pensar que podia traslladar la teràpia presencial a la pantalla pensant que es tractaria del mateix, i vaig adonar-me que no podia fer-ho així. Quasi no vaig tenir temps de pensar en això abans, pel que vaig haver d'anar construint-ho a mesura que avençaven les sessions. He atès els meus pacients bàsicament a través de videotrucada, així que havia de re formular els diferents elements que la configuren.

Per començar, la videotrucada és una comunicació bidimensional i està intervinguda per una pantalla on cada persona està en un espai físic diferent, pel que cal redefinir el setting i l'enquadrament. Alguns dels aspectes principals que hem de tenir en compte quan oferim una teràpia online, tan individual com per a parella, família o grup, són (Haim Weinbert, 2020):

- **1. La pèrdua del control de la configuració.** En la modalitat online ja no estem en l'espai de la consulta dissenyada per a oferir un espai terapèutic. És recomanable acordar amb anterioritat amb els pacients l'espai i les condicions on la persona estarà, com per exemple que es connecti des d'una habitació tranquil·la, sense interrupcions,

on la seva privacitat estigui garantida. La dificultat de trobar aquesta privacitat ha estat un dels motius pel que alguns pacients no han volgut rebre teràpia online. Però, a altres, la creativitat els ha permès trobar solucions. Per exemple, Carla, una pacient adolescent que volia continuar amb les sessions, però que no disposava d'un espai de privacitat suficient per a ella, va utilitzar la videotrucada per a expressar, de forma oral, tot el que volia que els pares escoltessin, mentre ella escrivia a la terapeuta, pel xat privat de la mateixa aplicació, tot el que realment pensava i sentia.

- La falta de control de la configuració per part del terapeuta ha donat lloc a múltiples situacions. Per exemple, *Teresa va assistir a la sessió dins del llit. Aquest escenari va causar tal perplexitat a la terapeuta que no va saber si recollir-ho per a abordar-ho en la mateixa sessió i no va fer cap intervenció al respecte en aquell moment.* És una situació inèdita. Per primera vegada els pacients (a excepció dels que són atesos a domicili) poden introduir-nos en els seus propis escenaris i transmetre'ns informació d'una forma que el que és presencial no ho permet. Penso que en aquest tipus de situacions el més recomanable seria integrar el que es dona en la pantalla dins del tractament i donar-li un lloc. Per això seria indicat plantejar-se què volia transmetre aquella pacient amb aquella escena. El format quadrat de la pantalla no permetia veure la resta del cos que romania dins del llit. Aquesta realitat ens porta a la següent característica de la teràpia per videotrucada i que, des del meu punt de vista, és un desavantatge en relació amb la teràpia presencial.
- **2. L'ambient incorpori** en la videotrucada fa que la interacció cos a cos necessària en qualsevol relació per a regular-nos no es doni. En la teràpia online el que més veiem és la cara i és important centrar l'atenció en les expressions de la persona. També és recomanable demanar a les persones assistents a la sessió que ens informin sobre les sensacions corporals que van tenint.
- *Per a il·lustrar-ho explicaré el cas d'Olga i Roger, ambdós d'uns 20 anys. Era la seva primera visita de teràpia de parella, i es va fer per videotrucada dins del període del confinament. Estaven en escenaris diferents perquè no viuen junts. Després d'uns 20 minuts de sessió, l'Olga va començar a relatar un episodi traumàtic i va començar a emocionar-se de tal forma que semblava que anava a desbordar-se. En Roger intentava calmar-la, amb un to de preocupació i amb paraules reparadores. La pantalla era un inconvenient per a l'heterorregulació corporal. Es va posar en evidència aquesta limitació. Amb la intenció de compensar el fet de no poder estar en el mateix espai físic que l'Olga, se li va demanar a ella que expressés com se sentia i quines sensacions notava en el transcurs de la seva narració. D'aquesta forma la pacient va poder regular-se i acabar el seu relat. Al final va manifestar com de tranquil·la se sentia per haver-se pogut expressar sense que les emocions li ho impedissin.*
- Per altra part, resulta curiós que l'Olga volgués explicar el primer dia i, a través de teràpia online, un episodi de la seva vida tan traumàtic per a ella. Més endavant us explicaré per què crec que ho va fer així
- **3. La qüestió de la presència.** En la teràpia online costa més mantenir la presència, hi ha més elements distractors que poden diluir la presència del terapeuta, que ha d'adoptar un paper més actiu. Per això és necessari que a través de l'empatia es vagi donant lloc als sentiments que es generen en el pacient posant molta atenció a les expressions facials.

- **4. Ignorar el fons.** Tal com he comentat en el punt 1, no tenim control de l'escenari del pacient pel qual poden aparèixer elements distractors en el fons. Imaginem per exemple que algú entra en la sala d'algú dels membres de la teràpia, quelcom que seria difícil que es donés en la teràpia presencial. Weinberg diu que hem d'aprendre a ignorar el fons com si es tornés transparent per a nosaltres. Jo opino que cal estar atent al lloc que li dona el pacient a aquest tipus de situacions per així integrar-lo- o no- en la sessió de teràpia. Altres elements a tenir en compte quan afrontem teràpia online són les característiques pròpies d'internet (Raúl Vaimberg y Lara Vaimberg, 2020). Les que m'agradaria destacar perquè, en la meua opinió, afecten la teràpia amb videotrucada són: 1) la Immersió: pot fer la sensació d'estar dins de la pantalla (l'intrapsíquic traspasa la pantalla); 2) l'efecte de desinhibició: que implica una dissociació entre el jo real i el que es mostra en la pantalla i això fa que la persona senti que disminueix el grau de responsabilitat de les seves accions.
- Recordeu el cas de l'Olga i Roger que us he comentat abans? Continuant el fil que he deixat a mitges, penso que aquest efecte de desinhibició va permetre en bona part a l'Olga explicar, el primer dia de teràpia, rere la pantalla, un fet en la seva vida tan impactant. Penso que ella es va sentir resguardada darrere la pantalla, a casa seva i en el seu propi escenari, és potser per això que va poder sentir-se més desinhibida.
- Un altre exemple és el d'una parella, Joan i Cristina, que es connectaven des del mateix ordinador a la sala d'estar de la seva casa. Joan manifestava que, amb el pas del temps, dins del període de confinament, se sentia cada vegada pitjor. Estava nerviós per la situació laboral perquè el seu lloc de treball estava afectat per un ERTE. Arribat a aquest punt, en Joan va interrompre la sessió i va sortir de l'escena mentre se'l sentia dir que "ara tornava, que anava per una cerveseta". I durant la sessió, assegut en el seu sofà al costat de Cristina, se la va estar prenent. La Cristina el va observar, però no va dir res i tampoc va haver-hi, en aquest cas, cap intervenció psicoterapèutica.
- L'actitud desinhibida per part del pacient va donar pas a un clima més informal per a la teràpia, com si el compromís fos un altre. Tal com he comentat anteriorment, per a prevenir aquest tipus de situacions és important establir un bon enquadrament abans d'iniciar la teràpia online, però, per altre costat, si es donen, procurar donar-li un lloc per a treballar-lo dins de la mateixa sessió o durant el tractament.
- Una altra de les característiques d'internet que afecten directament a la teràpia per videotrucada és que és **3) un espai no específic**. Això facilita molt l'assistència dels membres de la parella o família a les sessions i permet al mateix temps posar, a través del múltiple escenari en la mateixa sessió, un límit que permet la regulació i la contenció. En parella i família és recomanable per a segons quin tipus de dinàmiques relacionals.
- Aquest és el cas d'una parella, Assumpta i Carlos, de mitjana edat, en la que la convivència era tensa per un episodi d'infidelitat. Es va pactar que ells es connectarien des de dispositius diferents per a assistir a la mateixa sessió en diferents estances de la casa i amb això aconseguir la distància física necessària perquè poguessin expressar-se cadascú des d'un lloc que els fes sentir més segurs.
- Per altra part, en el treball amb videotrucada també és necessari tenir en compte el "mirall tecnològic" que en la teràpia presencial no es dona, i és que, a més de veure els



altres membres que formen la sessió, la imatge d'un mateix també es veu reflectida en la pantalla. Això pot repercutir en la comunicació entre els assistents en la teràpia. Per a nosaltres, els terapeutes, també és una situació inaudita. És quelcom nou veure'ns mentre atenem, i hem hagut de crear un lloc nostre intern per a integrar-lo dins de la pràctica. M'han sorgit moltes preguntes sobre com em veig, com em veuen, què apropa i què allunya per a cada pacient. Recentment he descobert que l'aplicació Zoom permet treure la imatge d'un mateix. Sembla que les aplicacions i plataformes van perfeccionant el seu sistema a mesura que es van definint les seves diferents utilitats.

## Avantatges i desavantatges que he observat

Un dels clars avantatges que he detectat en el format online és com permet combinar els múltiples escenaris per a teràpies amb més d'un membre: persones que estan en el mateix espai, però es connecten des d'ordinadors diferents, ubicacions geogràfiques diferents, zones horàries diferents, etc. Augmenta la varietat i es pot dissenyar un espai per a un grup molt heterogeni o molt homogeni, segons sigui l'interès, amb una major possibilitat de coincidència i així enriquir molt el treball.

Per altra part, hi ha també alguns desavantatges, algun dels quals ja he citat al llarg del present escrit. Vull afegir també el que Víctor Cabré i Josep Mercadal (2016) comenten sobre la soledat del terapeuta. Segons aquests autors és el primer que cal destacar en la teràpia online, citen que "el terapeuta s'enfronta a un despatx buit". Considero que la soledat que pot acompanyar als diferents participants de la teràpia és un aspecte que ha de ser considerat i desenvolupat més extensament.

Així mateix, les interferències o avatars tecnològics ens han ocasionat en més d'una ocasió males estones. Almenys jo pateixo quan la connexió no és bona, es congela la imatge, s'entretalla el discurs o els pacients es posen a contrallum i no els veig. Realitzar una sessió en segons quines condicions tecnològiques és un exercici que requereix gran esforç.

És important parlar amb el pacient perquè, amb temps, s'asseguri que el dispositiu i la xarxa funcionen correctament.

Com a mostra, el cas de June, *una pacient entrada en la dècada dels 30, que estava explicant en sessió la decisió de comunicar a la seva família i entorn la seva condició sexual, és a dir, "sortir de l'armari", com ella deia. En aquest precís moment de la sessió, la connexió començava a fallar i la comunicació s'entretallava, pel que no se l'entenia. La pacient es va mantenir en aquest punt insistint fins a assegurar-se que s'havia entès el seu missatge.*

En aquesta ocasió es va integrar la interferència tecnològica dins de l'espai de treball. Es va assenyalar el que va passar i es va arribar conjuntament a la hipòtesi que June, a través de la seva perseverança, i malgrat la mala connexió, se sentia preparada per a fer front a la seva decisió, més enllà de les interferències que es pogués trobar.

## Casos clínics

Us proposo ara tres vinyetes. Les dues primeres fan referència a l'ús de la pantalla per a obtenir informació sobre el llenguatge no verbal online i la tercera parla del tancament en

la teràpia online.

## **El llenguatge no verbal a través del mirall tecnològic**

### • a. José i Celia

*José i Celia són una parella gran, d'uns 65-70 anys cadascú. Sorprenentment, malgrat la seva edat, van accedir a continuar la teràpia a través del format online. Des de fa molts anys assisteixen de forma puntual per a tractar temes concrets. En aquest cas van arribar a la consulta altre cop als volts de febrer, es van fer un parell de sessions i van haver-se de confinar.*

*El motiu de la teràpia consistia en una petició per part de Celia vers el seu marit perquè aquest millorés el seu estat d'ànim i la comunicació entre ambdós. Ella necessitava ser escoltada i que ell es comunicés més.*

*Per altra part, José manifestava trobar-se bé, ell expressava que no li passava res. L'únic que podia dir és que sentia que el que ell opinava no tenia cap valor a casa.*

*La sessió es va fer per videotrucada de WhatsApp. La pantalla és petita i intentaven enquadrar-se perquè se'ls veiés bé. El telèfon el subjectava la Celia.*

*A mesura que la sessió se succeïa s'observava com José anava quedant fora de la pantalla, ella a poc a poc anava centrant la imatge en si mateixa, mentre deia que ell havia de canviar. Va arribar un moment en què José, recuperant el telèfon i tornant-se a enquadrar, va comentar: "Si és que el que jo digui no val, joestic bé". I quan torna el telèfon a la seva dona, ell torna a quedar fora de la pantalla.*

### • b. Martín i Nora

*Martín i Nora mantenen una relació sentimental i de convivència des de fa aproximadament 10 anys. Els dos van assistir a la visita connectats des del mateix ordinador i, en el transcurs d'aquesta, ell a poc a poc anava sortint de la pantalla fins a quedar mig cos fora i mig cos dins. Quan es feia referència a aquest fet, ell tornava a col·locar-se centrat, però al cap de no-res tornava a situar-se igual.*

*A Martín li costa molt comprometre's i mantenir la seva presència en els vincles emocionals. Justament en una sessió individual expressava que se sentia "amb un peu dins i un altre fora" en la relació amb la seva parella.*

En ambdós casos podem veure com a través de la pantalla obtenim informació que reflecteix aspectes inconscients dels pacients i que ens expliquen de la seva història.

## **Comiat i tancament en la teràpia online.**

Per a finalitzar, us explico un últim cas en el qual es tracta del tancament de la teràpia. Pel meu gust, en la teràpia online el tancament està mal resolt, es tanca la pantalla i ja s'ha acabat, et quedes per uns segons en la foscor del buit de la pantalla.

*Silvia i Nuria era una parella que feia temps que estaven en procés i que estava ja en la fase final de la teràpia. Les sessions s'havien anat espaiant i la sessió de comiat i*

tancament va coincidir el confinament. Es va arribar a l'acord de tancar la teràpia per videotrucada. En el moment de portar a terme la sessió, s'allargava el moment de tancar la sessió, era com si no volguessin acabar. Finalment, la Silvia va proposar tancar aquell dia, però deixar pendent el comiat, amb l'abraçada, per quan es pogués. Va faltar l'emoció compartida del final.

Per acabar, arribo a la conclusió que, per als professionals de la psicoteràpia, dins del format online, és un repte generar la sintonia necessària per a donar lloc a l'espai intersubjectiu que possibiliti el vincle terapèutic, entre pacient i terapeuta, essencial com promotor de canvi.

I així acabo avui, sentint que el meu comiat no queda ben resolt perquè no puc veure-us a tots, però amb el desig que us hagi ajudat a despertar més inquietuds i preguntes sobre aquest nou panorama que se'ns obre.

## Bibliografia

**Cabré, V. y Mercadal, J.** (2016). *Psicoterapia On-line. Escenario Virtual para una relación real en el espacio intermediario*. Clínica e Investigación Relacional, 10 (2): 439-452. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI:10.21110/19882939.2016.100206]

**Castells, M.** (2000). *La era de la información. La Sociedad Red. Vol. 1*. Madrid: Alianza Editorial.

**Macías Morón, J.J. y Valero Aguado, L.** (2018). *La psicoterapia online ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia*. [Recuperado de <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/717/509>]

**Parra E., Soto, F., Perea, V., Franco, M., Muñoz, J.L.** Actas Esp Psiquiatr 2017, 45(3): 116-26 [Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/317833267\\_Online\\_interventions\\_for\\_caregivers\\_of\\_people\\_with\\_dementia\\_A\\_systematic\\_review](https://www.researchgate.net/publication/317833267_Online_interventions_for_caregivers_of_people_with_dementia_A_systematic_review)]

**Vaimberg, R.** (2005). *"Del diván y el escenario a la pantalla"*.

**Vaimberg, R.** (2012). *"Bases de la psicoterapia e intervenciones online"*. Intercanvis (27 de Junio del 2012). [http://www.intercanvis.eu/pdf/28/art\\_n28\\_06.pdf](http://www.intercanvis.eu/pdf/28/art_n28_06.pdf)

**Vaimberg, R.** *"Nuevas tecnologías: ¿beneficios o riesgos para niños y adolescentes?"*.

**Vaimberg, R.** *"Psicoanálisis y Sociedad de la Información"*.

**Vaimberg, R.** (2005a). *Usos y sentidos de la utilización de las TICs por pacientes diagnosticados de TMS, Trastorno mental severo*.

**Vaimberg, R.** and Vaimberg, L. (2020). *Transformations through the technological mirror*. Capítulo del libro: Theory and Practice of online Therapy. Edited by Haim Weinberg and Arnon Rolnick.

**Vallejo, M.A. y C.M Jordan,** (2007). *Psicoterapia a través de Internet*. Boletín de Psicología, núm. 91, 27-42, [Recuperado en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N91-2.pdf>]

**Weinberg, H.** (2020) Article: on the AGPA newsletter: From the Couch to the Screen (Online Group Therapy). Haim Weinberg, PhD, CGP, FAGPA: [https://www.agpa.org/docs/default-source/practice-resources--group-circle/group-circle-winter2020-final.pdf?sfvrsn=1b0f98a9\\_2](https://www.agpa.org/docs/default-source/practice-resources--group-circle/group-circle-winter2020-final.pdf?sfvrsn=1b0f98a9_2)

Gemma Cánovas Sau és Psicòloga Clínica-Psicoterapeuta-Psicoanalista.

Servei d'Atenció a la Dona ICD Barcelona-Fundació Salut i Comunitat.

Ex col·laboradora Servicio Atenció a la Víctima (Fiscalia BCN) y SIAD Ajunt. Sta. Perpètua.

Autora de diverses publicacions sobre dona i infància (Tu Hijo RBA, "El oficio de ser madre", Paidós, etc.).

Docent de diversos cursos i seminaris.

Ens parlarà de la violència de gènere i les atencions psicològiques de parella. L'equilibri impossible

## ***La violència de gènere i les atencions psicològiques de parella. L'equilibri impossible.***

**Gemma Cánovas Sau; Psicòloga Clínica-Psicoterapeuta**

**Membre Acpp-Feap**

**Barcelona, 10 de Juliol del 2020**

**Grup de Treball Psico online parella i família**

### **Introducció**

Quan un dels dos components de la parella es posa en contacte amb el/la professional per a realitzar sessions conjuntament, planteja els motius de la seva demanda, sovint divergències de criteris que els condueixen a discussions contínues, problemes d'infidelitat, prendre la decisió de seguir o no junts, etc.

Una de les definicions (B. Pinto, 1999), des d'un enfocament cognitiu-sistèmic, que fa B. Pinto de la psicoteràpia de parella és: "aconseguir la solució de problemes inherents a la relació de dues persones que decideixen conviure íntimament juntes". Una altra definició, en aquest cas des d'un enfocament psicoanalític (Alejo 2008), plantejant en quins casos pot ser convenient, apunta a "buscar un procés (insight) centrat en el que és intersubjectiu" i, per descomptat, "tenint present la presència de l'inconscient que es juga en el vincle", i subratlla "no tenir com a objectiu l'adaptació d'acord amb normes socials".

**Per què des de l'àmbit que es treballa en l'àmbit psicosocial o psicològic amb enfocament de gènere, es considera contraindicada la psicoteràpia de parella quan existeix violència vers la dona?**

En el Decàleg de Bones Pràctiques elaborat pel Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (Psicologia i Igualtat de Gènere 2016), en la pàg. 25, que es pot consultar en internet, consta textualment: "*És un error en aquests casos tractar el conflicte com un problema de parella. La teràpia de parella està absolutament contraindicada, ja que pot posar en més risc, si cap, la vida de la dona, així com la mediació conjunta (també contraindicada)*". Es podria afegir també que existeix el risc de retrocés en el, ja deteriorat, estat emocional i psicoafectiu de la dona (no són infreqüents les idees suïcides).

La contraindicació se centra en una anàlisi que indica que les dones, com col·lectiu, procedeixen d'un recorregut històric amb absència de lloc simbòlic en relació amb el col·lectiu masculí i és, des d'aquest punt de partida, que un sector d'homes reproduceix, en el personal i en la dinàmica relacional de parella -lligat a la seva història personal evidentment- determinats patrons provinents d'una cultura patriarcal, que afavoreix que el baró exerceixi domini sobre la dona.

Amb relació a unes constants en els individus que exerceixen maltractaments, es comprova que solen tenir en comú aquests trets que esmentaré a continuació, tot i que no existeix un perfil estàndard, ja que cal considerar que poden presentar-se en molts casos -no sempre- una barreja d'actituds masclistes de fons, a la vegada que patologia en diverses variants i graus:

- Egocentrisme desbordant (no infreqüent en estructures de personalitat psicopàtiques o amb trets psicopàtics).
- Absència d'empatia.
- Exercici de possessió, control i domini de la dona, situant-la com si fos la seva propietat, negant-li el dret en un pla d'igualtat, des de la diferència com persona, a pensar, parlar i decidir en qualsevol pla de la seva existència.
- Denigració sistemàtica de la dona en qualsevol àrea (inclosa la maternitat) per a, així, retroalimentar la seva posició d'amo posseïdor de la veritat, d'ella: La dona i de les situacions en què es veu involucrada.
- Gelotípia desconnectada de la realitat pel que fa a la conducta de la dona.
- Aïllament de la dona en l'àmbit familiar i social.
- En els casos en què exerceixen violència física, dificultat per al control de les pulsions agressives, que pot veure's incrementat en determinats casos per addiccions (alcohol, cànnabis, cocaïna...).
- Percepció distorsionada de la seva identitat masculina en el pla subjectiu. (És recomanable veure la pel·lícula: "Te doy mis ojos" per a observar el rol masculí amb el fons d'inseguretat personal).
- Dificultat per a dialogar amb elles de tu a tu, que implica reconèixer implícitament la igualtat i la dignitat d'ambdós com éssers humans.

En la meua pràctica professional atenent dones víctimes de violència masclista, ja sigui en el pla psicològic que sempre subjau – i és la base de tot maltractament- o, també, violència física encara que sigui esporàdica, he escoltat a un tant per cent d'elles informant que havien intentat o acceptat realitzar sessions de psicoteràpia amb la seva parella, normalment per demanda conjunta, o, en la majoria dels casos, també per sol·licitud d'elles mateixes, amb l'objectiu ideal de tractar de resoldre la problemàtica de la convivència. Relaten la seva experiència ressaltant les següents situacions freqüents que s'han trobat en les visites conjuntes i que els ha generat fort malestar, en aquests casos, no atribuïble a les normals resistències que apareixen durant aquests processos, sinó al que denominaré un desequilibri bàsic-estructural amb relació a la posició d'ambdós (l'equilibri absolut no existeix, clar), ja que elles en la dinàmica relacional els manca lloc com a

subjectes.

### **Frases freqüents escoltades amb relació a les vivències en teràpia de parella:**

- “El que jo deia no tenia eco, sempre prenia relleu el que ell argumentava”.
- “Em sentia petita, sense lloc”.
- “Ell o la professional tractava de ser equitatiu/va amb les seves intervencions, però no aconseguia”.
- “Ell aixecava la veu cada cop més” (una forma d’exercir el poder) o “em tallava les frases dient això és fals, o és mentida, presentant els seus arguments com La Veritat”.
- “Presentava una imatge de si mateix que no es corresponia a com és ell en la intimitat, i tenia la impressió que el professional se’l creia perquè ell és persuasiu i molt bon actor”. Això ho escolto freqüència referint-se fins i tot a quan ells acudeixen a entrevistes en centres escoles, dels fills, serveis socials, departaments oficials per a la salvaguarda del menor, etc.
- “Vaig anar un parell de cops, però no vaig poder suportar seguir anant, en sortir estava sempre pitjor que quan havia entrat”.
- “Ell es venjava a casa del que jo havia dit en la consulta”

### **Exemples de casos**

Una usuària d’un servei públic que havia sofert maltractaments, i fins i tot obtingut una ordre d’allunyament ja extingida en el passat, explicava el següent:

*“Quan ens cita conjuntament el professional, psicòleg del centre públic on acudia el fill a sessions de reeducació, segons es va dictar en la regulació legal d’una sentència, ell es dedica a tirar-me a mi la culpa de tot i no puc dir res. Malgrat això ens segueixen citant a ambdós”. Tot i no ser un context de teràpia de parella, va estar mal indicat perquè no es va considerar la situació de violència psicològica que es reproduïx en els despatxos professionals, ni que sigui per a parlar de temes relatius a la criança i educació dels fills.*

Un dels camps on s’enceba la violència de gènere és el dels fills. És sabut que quan es produeix la triangulació, passar de dos a tres pel naixement d’un fill, es desencadenen els més grans atacs vers la dona, per no suportar l’exacerbat narcisisme d’ells, l’atenció i la inversió de llibido que requereix per part de la dona la cura d’un bebè i la instauració progressiva del vincle matern-filial, situació que posa a prova la maduresa psicològica del baró, que requereix situar-se almenys durant un temps, com acompanyant col·laborador de la parella.

Una altra dona explicava el següent: *“ell em va conduir a sessions de teràpia de parella, però jo no m’atrevia a dir el que pensava. Si alguna vegada ho feia, la repercussió a casa era terrible, m’insultava, agredia, fins que vaig decidir no tornar. Tenia molta por, a més que el diagnòstic que m’havien realitzat feia temps, d’una possible bipolaritat, jugava en la meua contra”.*

Una altra relatava que el seu marit la va conduir a teràpia de parella perquè la considerava culpable de la mala relació que tenia amb la filla d'ell, d'un anterior matrimoni. En les visites amb mi, ella deia que vivia les sessions com una mena de "reeducació imposada", no s'implicava i se sentia atemorida, i que, en canvi, no es parlava allà de com el marit havia establert una relació amb la filla en la qual ella se sentia exclosa com esposa, no posava límits a la filla que està en plena adolescència, la insultava a ella, etc. Fins al punt que ell dedicava les seves vacances a anar-se'n amb la seva filla, mentre ella se n'anava amb els fills petits que tenien en comú a l'estranger, on residia la seva família d'origen.

### **Síntomes freqüents en dones que pateixen violència de gènere.**

Quan una dona porta un temps, que poden ser anys, patint aquest tipus de relació en la que sofreix maltractaments, sol presentar els següents símptomes:

- - Disminució autoestima.
- - Autopercepció desvalorada.
- - Inseguretat, sentiment d'inferioritat.
- - Ansietat, angoixa, insomni.
- - Depressió, desmotivació.
- - Manifestacions psicossomàtiques.
- - Desgast energètic, estrès cronificat.
- - Repercussió en la seva funció materna pel trasllat inconscient del seu malestar als fill@s, encara que procuri no visibilitzar-lo, i perquè es veu disminuïda la seva autoritat materna, ja que prepondera la paterna -de forma insana- directa o indirecta, ja que un pare que preserva la salut mental dels seus fills com principi, no maltracta a la mare.
- - S'agreugen patologies prèvies de la dona anteriors a la unió o matrimoni de la parella.

En la situació de confinament vívida recentment arran de la pandèmia mundial, s'han aguditzat les situacions que comporten opressió quotidiana i, per tant, determinades simptomatologies. De fet, aquest col·lectiu de dones quan acudeixen a consulta o serveis especialitzats, la principal tasca psicossocial o terapèutica a desenvolupar és el que es denomina: reparació de la seva identitat a partir de l'escolta i l'atenció flotant, clar. En relació amb el grau d'afectació s'haurà de considerar l'augment de dificultat en el treball psicològic a portar a terme.

Exemples de factors o antecedents que afegixen un plus de complexitat:

- - El període de temps o anys de patir mals tractaments.
- - La seva història prèvia (violència familiar, carències afectives, abusos sexuals en la infància o adolescència, altres parelles maltractadores...)
- - Possibles patologies prèvies a la relació.

- - Dèbil capacitat de residència per a re connectar amb el seu potencial i elaborar el viscut. Insuficient fortalesa joica.
- 

### **Anàlisi de les demandes**

Penso que caldria diferenciar en les demandes de psicoteràpia de parella, les dinàmiques relacionals en què està instal·lat un greu desequilibri que afecta fortament la posició existencial de l'altre, freqüentment en aquest cas de la dona. També convé precisar que pot produir-se en parelles del mateix sexe o de la dona vers l'home, però el tipus d'anàlisi que plantejo té a veure amb diferències de tipus estructural. Aquestes característiques poden ser avaluables en unes primeres entrevistes individuals o en una puntual conjunta, segons els casos.

Alguns exemples de demandes admissibles:

- - Respecte mutu malgrat les divergències, el lloc d'un/a no anul·la el lloc de l'altre/a de forma invasiva en un grau elevat o insostenible.
- - No s'observen desqualificacions sistemàtiques que van en direcció, de forma més evident o encoberta, d'anul·lar la identitat global de la dona, com a dona, com parella, com mare, com filla, amiga, etc.
- - L'home no se situa com amo de la dona que, segons una definició lacaniana, es refereix a la dialèctica: amo-esclau, en aquest cas: amo-esclava. Aquesta és la característica repetitiva en les situacions en què l'home exerceix un rol dominant associat al maltractament: control en diferents àmbits, domini (també en la sexualitat), gelosia obsessiva....
- - Malgrat que el maltractador intenti presentar enfront del professional un perfil de persona danyada, o pell de xai, acusant-la a ella de tots els mals de la relació, sempre apareixeran lapsus inconscients en la verbalització o en l'expressió corporal, que posaran de manifest quina és la seva percepció profunda de la parella en la dinàmica relacional.
- - Cal subratllar la importància de no partir de clixés previs o estereotips, a l'hora d'admetre en sessió conjunta a una parella o començar un procés terapèutic.

### **Expressió corporal en directe o en sessió online**

En el pla de l'expressió corporal, poden aparèixer moviments bruscos, cops de puny sobre algun moble de la consulta, o de la seva casa si la sessió és online (violència ambiental), signes visibles facials d'ira, mirades amenaçadores i, tot i saber que el nostre instrument bàsic de treball és la paraula, s'haurà també d'observar i utilitzar el tall de temps en l'atenció en certes situacions, perquè el, o la, professional no es converteixi en un observador passiu aprovant amb el seu silenci el que succeeix.

S'avaluarà el cas per cas, com fem sempre en psicologia, més enllà de la línia metodològica, però haurà de prioritzar, en cas de dubte, la prevenció. És a dir, valorar si el



consultant té possibilitats de ser derivat a tractament individual o servei especialitzat que atenen homes amb conductes violentes, i, passat un temps, segons els seus progressos, reprendre, o no, les sessions en parella en paral·lel. I a elles, derivació a atenció individual o grupal amb enfocament de gènere a ser possible, assenyalant-li que es prengui el seu temps per a prendre decisions en la línia, o bé, de separar-se (que sol ser el més habitual) o de tractar de re connectar amb la relació des d'un altre posicionament, però ja no de víctima.

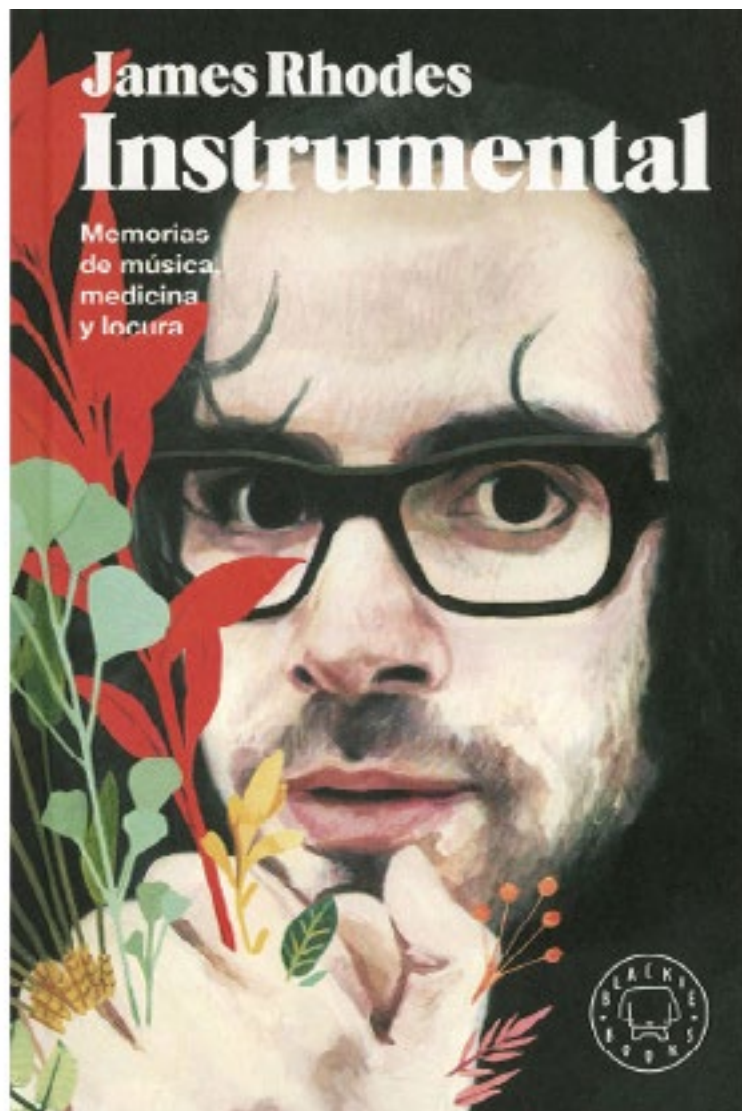
L'home que exerceix maltractament viu la relació amb **La Dona** des de la possessió absoluta, ella no és un subjecte amb llibertat per a decidir o desitjar. Aquesta és la clau del que el psicoterapeuta ha d'escoltar entre línies (entre paraules), més enllà de l'aparent coherència del discurs verbal manifest. Com també les expressions o silencis de les dones enfront de la paraula d'ells, que també han d'observar-se.

RACÓ LITERARI

# INSTRUMENTAL

*de James Rhodes*

Blackie Books, Barcelona, 4ª ed. 2016



*Per Susanna García. Psicòloga i psicoterapeuta. Col·legiada nº 12761*

“Instrumental” es titula el llibre que em proposo comentar. Pels que no l’heu llegit us el recomano molt. És un llibre que no deixa indiferent a ningú. Es pot analitzar des del punt de vista més psicoanalític, pròpiament dit, destacant el tema del trauma, els mecanismes de defensa i la teràpia. També es pot analitzar des del punt de vista més concret dels abusos/ violacions a nens, del funcionament tant de l’abusador com dels nens/nenes i dels seus efectes emocionals devastadors que perduren tota la vida. I l’altra anàlisi que es podria fer és a nivell musical, anàlisi de la que no m’ocuparé.

El llibre està escrit amb una sensibilitat especial. Rhodes intenta no donar detalls de les agressions que va patir per no fomentar el morbo en determinats lectors. Però tot i així, diu molt. Ell fa la seva pròpia auto anàlisi.

Rhodes narra la seva autobiografia i ens explica com la música el va ajudar a suportar millor tot el seu patiment. Intentaré ser el més curosa possible i des del meu respecte més profund faré les meves reflexions. He provat posar-me en contacte amb ell a través de les xarxes socials però no he rebut resposta.

A continuació faré l’anàlisi des de la teoria psicoanalítica i dels abusos.

L’autor va narrar, endavant i en darrera en el temps, la seva història i, a la vegada, va explicant la vida de diferents compositors de música clàssica. Tots ells han tingut vides bastant miserables, envoltats de desgràcies, amb molt de patiment, malalties, addiccions, molta pobresa i morint, en la majoria dels casos, de manera prematura però composant magistralment i deixant obres mestres per la posteritat. Va fer paral·lelismes amb la seva vida i la d’aquests compositors. També va citar les obres específiques que en moments determinats l’han ajudat a sobreviure. Fins i tot cita les ressenyes perquè podem escoltar-les mentre llegim el llibre.

Cronològicament, voldria remarcar que el llibre es podria interpretar com el procés d’una teràpia: quan arriben els pacients ens parlen del moment actual, de com se senten i, poc a poc, a mesura que van guanyant confiança amb nosaltres, els terapeutes, es van despullant emocionalment i traient tot el que porten acumulat durant anys. La nostra feina els ajudarà a entendre’s a si mateixos i entre tots dos podrem anar construint una nova manera de funcionar en el món i de relacionar-se. En el llibre podem veure aquest procés. A Rhodes escriure’l li ha servit de catarsi. El fet de poder escriure, posar en paraules, ordenar les seves idees amb tot el dolor que això li deu haver comportat, li ha servit per, poc a poc, millorar emocionalment i treure’s molta part de culpes.

Rhodes era un nen de 5 anys, innocent, intel·ligent, brillant, tímid, guapo, sensible, insegur i una mica mancat. Tot i que ell no en parla gaire dels pares, ni els culpa en cap moment, malgrat que diu que “la seva mare sempre ha estat del seu costat físicament”. Aquesta absència de referències als pares, desencadena la idea d’uns pares poc significatius com a figures protectores.

Era un nen molt primet i sembla que aquesta característica l’estimula a posar tota la admiració i confiança en el professor de boxa (esport de moda anys en darrera a les escoles de Londres), fort i una mica icona per a ell, l’idealitza ràpidament veient en ell el que sent que li falta. El professor, ràpidament capta aquesta sensibilitat i admiració de Rhodes cap a ell, se n’adona que el mira molt i comença “la cacera”, el procés de seducció: poc a poc li regala coses petites, caramels, coses prohibides per als pares, per exemple un metxer. Cada vegada els regals són més freqüents i més grans, l’agafa d’ajudant preferit, li diu

coses maques per fer-lo sentir especial, se'l va guanyant fins que un dia el tanca en una sala del gimnàs i el viola. Això passarà repetidament des dels 6 anys als 10 anys.

***L'inici de la relació nen-professor mostra les seves diferents perspectives que, a mesura que es va desenvolupant la relació, es van homogeneïtzant. El nen d'entrada estableix una relació d'objecte anaclítica, busca l'altre per allò que li falta, per millorar el seu aspecte veient en el seu professor de boxa, el seu Ideal del Jo (Freud,1914). L'actitud del professor es correspon amb el d'un abusador i violador que va conduint la relació alumne-professor i la va transformant en una relació de seducció narcisista, de la qual participen els dos membres: el nen acceptant els regals que li fa el professor, que no té res a veure amb la relació d'aprenentatge, i el professor sedueix al nen per violar-lo sexualment (Ferenczi,1932). Aquesta complicitat parcial, entre ambdós membres, desencadena una intensa culpa inconscient en el nen i mostraria la seva mancança afectiva.***

***La reflexió ens porta ha entendre que els nens tendeixen a ser febles davant dels seus desitjos i no tenen el criteri per saber què és el convenient per ells. En aquest sentit és molt important el paper protector dels adults posant-los límits i retornant-los una imatge ajustada a la realitat. Quan els adults fallen en aquest rol protector, els nens queden exposats a possibles catàstrofes, en aquest cas quedar sotmès a violacions continuades en mans d'un professor pedòfil.***

***Des de la perspectiva de la neurobiologia es podria dir que el nen queda immobilitzat pel funcionament del sistema parasimpàtic dors vagal, i no pot explicar-ho als pares per elaborar tot el que li està passant.***

Rhodes callarà un temps fins que un dia plorant li diu a la tutora que no el deixi sol a la classe de boxa. Ella l'escolta i l'acompanya durant un temps. Un altre dia en Rhodes, plorant, li diu que no vol anar-hi al gimnàs. Llavors la mestra parla amb el professor de boxa i amb el director, però li diuen que ha de fer-se fort, que no pot ser un nen tan dèbil. Un altre dia la mateixa professora el veu sortir de la classe de boxa amb sang, que li baixava per les cames, i va immediatament a parlar amb el professor de boxa i aquest li diu que ha caigut. La professora intenta parlar amb els pares de Rhodes, però aquests fan cas del que li diuen els altres professors i continuen deixant-lo anar a la classe de boxa. Tots diuen que ha de fer-se fort. Al final la professora deixa d'acompanyar-lo al gimnàs.

***Quan el patiment s'incrementa i es fa insuportable, també es fa present la realitat del mal que li està fent el professor i, llavors, el nen s'atreveix a queixar-se i rebutjar aquesta relació. S'atreveix a demanar ajuda als adults del seu voltant: professora, director... però la pressió de l'ambient és tan forta que no pot lluitar-hi en contra.***

James Rhodes callarà fins 30 anys després.

A Rhodes l'han d'intervenir de l'esquena perquè té molts ossos de la columna trencats a conseqüència de les agressions i violacions, i malgrat que els metges es sorprenen que tan jove tingui l'esquena tan malament, no investiguen gaire. Li pregunten com s'ho ha fet. Ell diu només que ha sentit un crack quan ha estossegat. Es conformen amb aquesta explicació pensant que és un nen dèbil i fràgil. L'intervenien i prou. Això deuria ser terrible emocionalment, creant una indefensió enorme. En el cas dels abusos és una mostra representativa de la societat; no ens podem ni imaginar els actes de violacions tan terribles a nens tan petits i ens estimem més no creure- ho o fins i tot ni pensar-hi. Ho veiem als

jutjats. Es posa en qüestió el testimoni dels nens massa sovint.

En Rhodes, va tenir tots els mecanismes de defensa típics dels nens abusats i del trauma que això li va causar:

Primer, es va quedar en shock sota el funcionament del cervell parasimpàtic, bloquejat amb molta confusió. La persona que tenia idealitzada com a protector, fort, referent i exemple per a ell, i que suposava que l'estimava i el tenia com a preferit, li estava fent mal. No entenia res.

Després, negació de la realitat. "Això no em passa, no és real".

Dissociació, se n'anava volant amb la ment. Ell ho relata així ,s'imaginava volant. Es desconnectava de la situació. Pensava en altres coses. Més tard, quan descobreix la música, s'imaginava la cançó que havia escoltat darrerament i després s'imaginava tocant la peça en el piano.

Buidor, arriba un moment que diu que ja no sentia dolor. No sap què sent. Li costa entendre o saber què sent. Més confusió. Indefensió total.

Després començarà a tenir més consciència de la culpa. Se sent culpable per ser guapo, per mirar-lo de forma provocativa, pensa que ha estat ell qui l'ha seduït.. després per no atrevir-se a dir res, a delatar-lo. Quan fa l'únic intent de demanar ajuda, no la rep. Això, sumat a la vergonya que sent, fa que no parli amb ningú del tema fins que passen 30 anys. Ell tenia la idea delirant, fora de la realitat, que si no ho explicava a ningú i actuava com una persona normal, seria normal.

***A mesura que es fa conscient de la culpa, sent que ell és totalment responsable dels abusos i violacions. Tot i equivocar-se, té una intuïció de la seva participació en els fets i, per la forta culpa que sent, no pot disculpar-se d'haver sigut un nen petit, amb necessitats afectives, davant d'un adult agressor i pervers. Per alleugerir-se del pes emocional, que li provoca la culpa, intenta amagar i amagar-se les vivències traumàtiques de la infància creient que així podrà fer-les desaparèixer màgicament. Res més lluny de la realitat, aquesta estratègia enlloc d'ajudar-lo no fa més que empitjorar el seu estat emocional. El drama és que Rhodes no ho sap.***

***Les persones vivim en el món extern i en el món intern, els pensaments, conductes, sentiments... es poden amagar a l'afora, però mai a l'interior, ja que tot queda gravat a la ment amb totes les conseqüències emocionals.***

Als 10 anys reuneix el valor per dir als pares que el canviïn d'escola i ho fan gràcies al seu interès per la música. L'envien a una escola a les afores en que es potencia la música. Però Rhodes ja està instal·lat en el trauma i en la culpa del tot. Llavors, es torna molt promiscuo amb el sexe: s'entrega a un home de 40 anys en el bany d'un bar a canvi d'un gelat, a nois molt més grans que ell en el bany de l'escola i en qualsevol altre lloc. Es pensa que és mereixedor de càstigs, menja fatal. Comença a fumar, a beure alcohol, cau en tot tipus de drogues. Cau en una espiral d'autodestrucció.

Quan arriba a la universitat, el primer any diu que no se'n recorda de res perquè es passa tot el temps col·locat. Durant temps no pot definir la seva orientació sexual, no sap si li agraden les dones o els homes. Continua amb la promiscuïtat, sense cap precaució ni cura de res, entregant-se a qualsevol o fent-los el que li demanin.

A conseqüència del trauma té ràbia, angoixa constant, tics de tot tipus, necessita tocar-ho tot. Diu que té TOC, necessita controlar totes les sortides, està sempre híper-vigilant, observant per escapar en cas que sigui necessari. Està paranoide, amb al·lucinacions a causa de les drogues. Es torna mentider. Manipulador. Desconfiat. Passa una època en que roba. Quan toca el piano més endavant ha de tocar totes les teclades com un ritual seguint un ordre. Si no, pensa que li passarà alguna cosa greu. Té ruminació de pensament, diu que quan se li instal·la una idea està donant-li voltes i voltes. Això fa que no dormi. Moltes vegades són idees de suïcidi que va preparant mentalment fins al més mínim detall. Té insomni sempre, encara actualment. Té intolerància a la frustració. Síndrome de Tourette. En les relacions sexuals té molts problemes. Presenta terror als sentiments. Constantment es menysprea. Ell mateix diu que el pitjor que li pot passar a una víctima és fer-se la víctima, el victimisme. Ell ho fa. És com un bucle. Diu que és una addicció més destructiva que la droga, donant-li dret a tot. Després se sent culpable i s'acaba complint el seu pronòstic. Torna a començar l'autodestrucció. S'instal·la en la depressió. Pren tot tipus de drogues. Té molts complexos de tipus sexuals i confusió de gènere fins i tot.

***Amagar el trauma que va patir a la seva infància, provoca que aquest pressioni per trobar altres maneres de manifestar-se i ho fa mitjançant tot un seguit de símptomes que no li estalvien patiment i, a més, li dificulten continuar el seu desenvolupament i la seva vida. James Rhodes es troba en un estat d'extrema fragilitat, el seu Jo està desbordat per tant patiment. Està desballestat per dintre i qualsevol entrebanc, frustració o problema que requereixi contenció i força per endreçar la situació, el desmunta.***

S'intenta suïcidar en 5 ocasions. Té sempre "ideació suïcida". Fins i tot en moments que està aparentment bé se li passen pel cap pensaments: "ara em tallaré el coll", només pel fet de discutir amb la xicoteta o que les relacions íntimes no hagin sortit com ell esperava.

Quan fa el primer intent de suïcidi l'ingressen en un psiquiàtric i el mediquen amb antipsicòtics, antidepressius... Llavors es fa addicte als antidepressius.

Li fan diferents diagnòstics: trastorn dissociatiu de la personalitat, (diu que té 13 identitats diferents, és camaleònic i s'adapta a tot, manipulador). Controlador. TOC. Trastorn alimentari. Síndrome d'estrès post traumàtic. Depressió. Síndrome de Tourette.

Ell diu que té el poder de manipulació i amb aquesta habilitat, en moments determinats, se sent un super heroi. Necessita creure que té aquest control contínuament. Gràcies a la seva capacitat de seducció que té cap als altres aconsegueix una feina de comercial amb la que guanya molts diners, essent molt jove. Això li dona sensació de poder, i no l'ajudarà gens. Falsa sensació de control. Tot és tant dolorós que és molt millor pensar i creure que controla la situació i la manipula que no al revés. L'altre opció és insuportable.

***L'autor ha construït una imatge d'ell mateix derivada del trauma que va viure. Va aconseguir realitzar el seu desig inconscient infantil d'haver estat escollit, d'entre els altres companys, com el nen preferit pel professor idealitzat. Li ha quedat la por i el dubte de ser omnipotent, de ser "el triomfador". No es que vulgui ser-ho, és que ho ha sigut amb el professor. Això el persegueix i li genera molta culpa provocant retornar a la situació traumàtica. No coneix quins són els seus límits, necessita que els hi posin des de fora per contactar amb la seva condició de "persona normal". Tendeix a repetir i codificar les relacions segon el trauma viscut. I això continuarà fins que ell pugui***

***entendre, més i millor, el que li va passar.***

Diu que té problemes de memòria, això també és típic dels nens abusats. És un altre mecanisme de defensa, s'esborra la memòria per no patir.

***El trauma retorna d'altres maneres: allò que no pot expressar-se en pensaments, s'expressarà en forma d'actuacions.***

Altres conseqüències d'haver patit els abusos són : que mai es pot relaxar, incontinença, diarrees, insomni, intolerància a la frustració. Passa de sentir-se un heroi a no valorar-se gens. Apart que físicament ha estat intervingut de l'esquena en nombroses vegades i la té com un avi de 80 anys.

En Rhodes va passant per totes les fases del trauma que suposa un abús infantil. Troba la manera de canalitzar i projectar en la música el seu malestar terrible. És una via de descàrrega i desconexió arribant a dissociar-se. Quan toca és un i amb les relacions personals és un altre. Quan connecta amb la realitat comença a sentir-se culpable i a buscar el càstig auto lesionant-se per aquesta barreja de culpa i vergonya. Amb la dona busca una relació de mare, la idealitza tant que no la pot estimar de veritat; compra un pis gran, luxós, maco però buit. Tot ho fa "com si". Ell ho expressa molt bé quan diu que si es comporta com una persona normal serà normal. Construeix una "llar perfecta" però irreal i buida. Fingeix ser una altra persona. Tracta malament a la seva dona, no confia en ella. Es comença a tallar els braços per "resistir". Ell mateix s'auto anomena narcisista perquè només pensa en ell. Acaba destruint la relació. Intenta desconectar-se de la realitat una i altra vegada. Això el portarà a caure contínuament en una autodestrucció sense límits fins que arriba el moment en que el seu fill s'acosta a la edat en que ell va patir els abusos: moment que toca de peus a terra, trobant-se amb la veritat més dolorosa i enfonsant-se. Llavors, no pot suportar el dolor i s'intenta suïcidar. L'ingressen en el psiquiàtric. Ho viu de manera terrible, diu que és com una violació mental ja que el tanquen sense el seu consentiment. S'intenta suïcidar diverses vegades més dins del psiquiàtric. Passa moltes angoixes i ràbia. S'escapa. Cau en el caos més profund . Perd tots els lligams que li connecten a la vida i les relacions excepte la del fill que, al final, serà la que li donarà forces per tirar endavant.

***Rhodes és pare d'un nen amb la mateixa edat que tenia ell quan va patir les violacions i, per tant, aquesta situació li demana que ha d'observar el seu trauma, no només com la víctima que va ser sinó com un pare que, per la seva experiència, està obligat a protegir el seu fill i no fer com li va passar a ell de petit que cap dels pares es van assabentar del drama que estava patint i cap adult el va poder protegir. En aquest moment de ser pare, la realitat li ofereix la possibilitat de reparar en el seu fill, però ell dubta de la seva capacitat, té por, no sap si ho podrà fer i aquesta responsabilitat li provoca un fort patiment. Resulta difícil ser un bon pare del seu fill si no pot apropiarse al nen que va ser ell amb tolerància, comprensió i acceptació.***

Pels intents de suïcidi ha estat a punt de morir varies vegades, en una d'elles troba a un senyor que li fa de suport emocional confiant en ell i l'envia a un centre psiquiàtric als Estats Units. Millora però de nou té una pèrdua molt dolorosa. La dona el deixa, se'n va a viure a l'altra punta del món amb la qual cosa també deixarà de veure al seu fill. Li treuen la custòdia i tutela del nen. Intenta de nou treure's la vida. Més endavant, un amic fart d'aquestes actuacions d'ell, li diu que ja té assumit que un dia l'avisaran que ha mort, però li dona dos llibres d'autoajuda . Ell, que no hi creia en aquest tipus de llibre, aquesta vegada

se'ls llegeix i diu que per fi ha trobat alguna cosa que l'omple, que l'ajuda a entendre's i... millora.

Quant a la Música la fa servir com a projecció del seu dolor. L'ajuda a canalitzar-lo. Troba la manera d'escapar de la realitat. Projecta tot el seu malestar i dolor i ràbia en la música. Assaja sense parar. Calla. S'identifica amb els autors compositors, tots han tingut vides miserables. Quan posa el dolor i la desgràcia en un altre, pot agafar distància i entendre el que li ha passat i alhora pot entendre el que li ha passat a ell. Veu la gravetat i pot començar a sentir poc a poc el dolor i permetre's resistir-ho millor. Fins llavors en James Rhodes no havia ni tant sols intentat pensar-hi o donar se el permís de sentir el dolor.

***Sembla que la música representa per l'autor una manera de fugir de la realitat traumàtica alhora que va descobrir que ell té la capacitat de fer música. La música és una reparació, li dona consol davant de tant patiment. Fer música li pot retornar una imatge d'ell més positiva, tocant no es fa mal ni fa mal a ningú, és la prova fefaent que no tot en ell va quedat destruït pel trauma d'haver estat violat repetidament pel seu professor. Ell pot tocar, el fa sentir bé i s'ho pot permetre.***

El llibre i la vida de James Rhodes impressiona. Ha tingut la sort de trobar persones que han confiat en ell, sense demanar res a canvi, malgrat totes les seves conductes tan destructives. Això li ha donat un model diferent de relació amb els altres. Ha pogut establir vincles segurs i l'ha ajudat a reconstruir-se poc a poc. Aquestes relacions li han fet de holding (Winnicott), de sosteniment vital. L'ha fet confiar en els altres i en si mateix. L'ha ajudat a acceptar primer el llibre que no creia, llegir-se'l, obrir-se i acceptar un psicòleg diferent. Ha pogut assistir i resistir una teràpia més dinàmica relacional. Això li ha permès després que es pugui relacionar amb les altres persones d'una altra manera, amb la nova parella, amb el seu fill. I és recíproc, ell canvia i els altres també, reforçant el vincle. Tot això li ha donat forces per escriure el seu propi llibre i alhora aquest llibre l'ha ajudat a pensar, ordenar les idees i, tot i que encara li queda per recórrer un llarg camí, ha pogut reconstruir una nova identitat, ha pogut acceptar la realitat del que li ha passat i perdonar-se. Entendre que ell no va ser culpable de la violació, que ha estat una víctima amb totes les conseqüències que això comporta.

En Rhodes fa una reflexió final que m'encanta, diu que ***ha passat gairebé tota la vida fugint de si mateix, de les coses que l'han acabat salvant (la sinceritat, la veritat, la realitat, l'amor, l'acceptació de qui és ell) perquè pensava que el mataria. És a dir, fins llavors Rhodes no es donava la possibilitat d'entendre's, estava tan perseguit pel trauma, amb una barreja de culpa per haver-ho permès i sentiment d'haver estat una víctima, que cap d'aquests dos estats mentals i emocionals el deixaven lliure per reflexionar i poder trobar una mica de pau interior, comprenent la situació traumàtica des d'una altra perspectiva. Aquesta ha sigut una gran dificultat afegida al trauma viscut a la infància.***

En James Rhodes actualment està vivint a Madrid, on diu que és el millor lloc per viure. Malgrat tots els tics que li queden, sembla que ha pogut reconstruir la seva vida. Està en una plataforma per intentar que els delictes de violació a menors no prescrivin, ja que la majoria de vegades ho poden explicar quan ja són adults. Abans els ha estat impossible, com ell, per la por, el sentiment de culpa i de vergonya.

***Aquesta tasca, a diferència del que feia abans, és una manera de tenir present el que li va passar, compartir-ho amb altres persones que també han viscut el trauma***



***d'haver estat violats de petits i buscar i pensar en trobar diferents formes de reparar aquestes vivències tan destructives.***

Des de la teoria relacional psicoanalítica podem veure la importància d'establir vincles segurs. Quan trobes una persona que confia, t'escolta de manera activa, sense qüestionar, treballa amb empatia, et dona un espai físic i mental diferent, t'ajuda al fet que puguis anar millorant i aprenguis a relacionar-te diferent en la vida, fa que et puguis perdonar i suportar millor tots els traumes (Winnicott, Marrone, Cortina, Coderch). En James Rhodes ha tingut la sort de trobar-se diferents persones que l'han ajudat a poder fer aquest procés de canvi, sobretot el fill, els amics, la nova parella, així com l'últim terapeuta.

Estic totalment a favor que es revisi la llei sobre els abusos sexuals als infants i no prescrivin aquests delictes. Com hem pogut veure, la gran majoria de vegades no s'expliquen aquests fets fins que són adults, quan han pogut elaborar i entendre el que ha passat. També m'ha fet reflexionar sobre quants casos de nens amb conducta disruptiva podrien tenir històries tan terribles com aquestes.

**Bibliografia**

**Ferenczi, S.** (1932) *Confusión de lengua entre los adultos y el niño* en Obras completas. Psicoanálisis Tomo IV, ed. Espasa-Calpe, Madrid 1984

**Freud, S.** (1914) *Introducción al narcisismo* en Obras completas. Tomo VI, ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1972

RESSENYA DE LLIBRES

# LAS EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS EN EL PROCESO PSICOANALÍTICO

*Joan Coderch de Sans, Ángeles Codosero, Neri Daurella,  
Alejandra Plaza y Teresa Sunyé.*



Ágora relacional, Madrid 2018

## ***Conferencia inaugural de l'ACPP. Octubre 2019***

### REFLEXIONS SOBRE EL LLIBRE: LAS EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS EN EL PROCESO PSICOANALÍTICO

#### **Joan Coderch**

Des de bon principi vull deixar molt clar que la nostra posició al presentar aquest llibre equival a presentar, també, la concepció i l'estat actual de la psicoanàlisi relacional. I subratllo que aquesta psicoanàlisi parteix de l'experiència clínica abans que tot, com no podia ser d'altra manera, però els fonaments, teories i conceptes en els que es recolza i descansa es troben sempre empíricament validats i, quan això no és possible, perquè no sempre ho és en les ciències humanes, té cura que concordin amb els coneixements aportats per la biologia, les neurociències, l'antropologia, l'observació de nadons, etc., és a dir, amb el món de la ciència. Perquè, avui en dia, totes les ciències es troben entrelaçades i no es concep que una disciplina científica afirmi el que les altres neguen, o viceversa, i aquest és el gran error en el que ha caigut des de fa molt anys la psicoanàlisi tradicional o clàssica, ja sigui la psicologia del jo i els corrents anafreudià, kleinià, psicoanàlisi francesa, lacanisme, etc., al continuar instal·lades, una i altres, en un splendid isolation, que les manté allunyades de tota verificació i, per això, en determinades àrees científiques i socials, se la considera, injustificadament, una pseudociència. La psicoanàlisi relacional tracta de posar remei a aquesta situació. Ben assentat això podem continuar.

Fins a la darrera dècada del segle passat la teoria i la pràctica de la psicoanàlisi creada per la genialitat de Freud, amb la col·laboració de Ferenczi, per ajudar a les persones que sofrien psicològicament, es fonamentaven en les inferències, intuïcions i deduccions dels psicoanalistes a partir de les manifestacions de la comunicació verbal dels pacients ajaguts al divan, seguint el mètode prou conegut de les associacions lliures. Els coneixements científics disponibles en aquella època van ser de molt poc ajut per Freud i Ferenczi. Podem dir que tot s'ho van haver de fer ells mateixos. Després d'uns començaments en els que va donar més rellevància a la relació personal amb els seus pacients, Freud es va inclinar- malgrat que no sempre ho feia així- a donar a la psicoanàlisi el tomb teòric i les formes de procedir pròpies de les ciències dures o de la naturalesa, tot i creient que així la seva creació, la psicoanàlisi, seria més acceptada per la comunitat científica, cosa que fracassà. Ferenczi no ho feu així, sinó que persistí en l'enfocament de la psicoanàlisi com una ciència humana i a, causa d'això, fou exclòs dels programes d'ensenyament de les societats psicoanalítiques adscrites a la IPA fins a l'adveniment de la psicoanàlisi relacional. Els primers analistes s'inclinaren per l'opció de Freud, i les aportacions de Ferenczi foren oblidades per la majoria, malgrat que algunes figures destacades com Fairban, Winnicott, Balint, Loewald, el matrimoni dels Sandler i Kohut més endavant mostraren, sense especificar-ho verbalment, podem dir que mes aviat amagant-ho, una clara inclinació vers la visió de la psicoanàlisi centrada en la relació de l'analista amb el seu pacient, seguint l'orientació marcada per Ferenczi. La presentació que fem ara d'un llibre dels que som coautors, podem dir que és una forma de presentar l'estat actual i els fonaments de la psicoanàlisi relacional.

En la darrera dècada del segle XX es produí, a cavall de les noves formes, tècniques i acurats procediments d'investigació que s'havien anat gestant, l'esclat de les ciències de la naturalesa que ara coneixem i que ha dotat als ésser humans de possibilitats i capacitats

que fins les darreres dècades del passat segle XX haurien semblat cosa de màgia; per cert que, entre tals possibilitats, no ho oblidem, figura la de destruir el planeta terra i, com a conseqüència del galopant canvi climàtic, fer-lo inhabitable per a l'espècie humana, tal com va pronosticar ja fa anys l'eximi investigador Stephen Hawking. Però, deixant això apart, podem dir que, per sorprenent paradoxa, les mateixes ciències de la naturalesa o ciències dures, com també l'antropologia, la sociologia i l'estudi detallat de les relacions mare-bebè, tal com ens permeten les afinades tècniques que avui disposem, han vingut a demostrar que la psicoanàlisi és una ciència humana. Per això m'atreveixo a dir que en aquesta presentació el que destaquem és la síntesi de la nova psicoanàlisi, la psicoanàlisi relacional, que, junt amb els coautors d'aquest volum i altres, ja n'he anat parlant en quatre textos anteriors.

L'estudi detallat del cervell ens mostra l'estret entrelaçament entre el seu funcionament i la ment humana i, en cara més que això, podem dir que són dues cares del mateix fenomen, igualment com els electrons se'ns presenten com a corpuscles materials o com energia. Això ho podrà veure el lector en el text quan parlem del sistema de neurones en mirall, de la mentalització, de la vinculació estreta del cervell amb la resta de l'organisme pels circuits i xarxes neuronals i neuroquímiques, de la simulació corporeitzada (V. Gallese, 1999; Gallese, V, Eagle, M i Migone, O, 2007), dels sistemes dinàmics, intersubjectius i no lineals, del diàleg entre els cervells, implícit i fora de la consciència i de la sintonització psicobiològica que se'n segueix entre dos interlocutors, com són el pacient i l'analista, del estat atractor de la ment (Thelen, E., i Smith, L, 1996), i de les Ciències de la Complexitat, especialment pel que fa referència a la teoria, totalment imprescindible avui en dia per comprendre els nous coneixements, tant de les ciències de la naturalesa com de les humanes. Per tant, podem afirmar que la psicoanàlisi relacional és una disciplina humana que parteix de la convicció no ingènua, sinó empíricament validada per la biologia, la neurociència i les observacions detallades de la relació bebè-mare tal com ens permeten les tècniques actuals i, així mateix, podem asseverar que els trastorns psicològics, concretament el sofriment emocional, les dificultats en les relacions amb un mateix i amb els altres i la desorientació existencial, que porta a moltes persones a demanar l'ajut del terapeuta, han estat originades per la insatisfacció de les necessitats emocionals, per la manca de reconeixement i suport per part de la mare o persona que ha de donar protecció i seguretat a l'infant, per la falta de reconeixement de l'amor d'aquest vers els pares, de la inseguretat per part d'aquests, etc. Els relacionalistes considerem que aquests sofriments dels pacients poden desaparèixer o ser notablement alleujats a través de la interacció pacient - terapeuta que s'estableix i evoluciona en el curs del tractament, sempre que l'actitud del terapeuta sigui la que el pacient precisa. Expressat més directament, el sofriment mental del pacient ha esdevingut com a conseqüència d'unes inadequades i insatisfactòries relacions amb els primers objectes, per la falta de comprensió, de cura o d'afecte per part del pares i el comportament d'aquests darrers, irregular, difícil de preveure per part de l'infant, no reconeixent el seu amor, cosa, tot plegat, que constitueix el que en diem traumatisme acumulatiu que dona lloc a la creació d'un self incoherent, distorsionat, rígid, amb greus dificultats per adaptar-se a la realitat i a les relacions personals satisfactòries. Això només pot modificar-se mitjançant unes altres relacions interpersonals amb el terapeuta en les que el pacient rebi allò que li va faltar en les relacions amb el seus primers objectes, especialment en la primera i segona infantesa. És a dir, el pacient precisa una llarga experiència en la interacció amb el terapeuta perquè desfaci els estafets del self i doni lloc a un self ampli, coherent, flexible i adaptat a la realitat i a les relacions interpersonals raonablement sanes i productives, i dic raonablement perquè som éssers finits i contingents, i la salut mental perfecte és una entelèquia. I

d'aquestes experiències en diem experiències terapèutiques, d'aquí el títol del llibre. Així, doncs, de la tasca d'entendre el per què del sofriment del pacient i de donar-li l'acolliment i el tracte que li fa falta, és del que s'ocupa la psicoanàlisi relacional i ara faig un petit excursus per dir que el que menys precisa el subjecte que pateix emocionalment són les interpretacions inculpatòries ofertes per un analista fred i distant, tal com és el propi de la psicoanàlisi clàssica, que malda per no donar cap mostra d'afecte al seu pacient, perquè així li van ensenyar quan es formava. Molts dels que tenim certa edat ho sabem per experiència pròpia.

Ara cal aprofundir una mica més en aquest punt de les experiències terapèutiques, la clau de volta de la psicoanàlisi relacional. Primer he de recordar que la biologia i les neurociències ens han ensenyat que la ment es constitueix ineludiblement en la interacció amb altres ments, no per la transformació d'unes suposades pulsions portadores d'energia libidinal o agressiva, com s'ensenya en alguns Instituts de psicoanàlisi. El axons de les neurones transporten sols potencials d'acció, sempre iguals a si mateixos, que exciten les zones terminals d'aquests axons. Deixant això, el que ens diu el món de la ciència és que el fetus, ja abans de néixer, rep les influències psíquiques i somàtiques de la mare i el nadó, tal com podem veure tots quan visitem una dona que acaba de donar a llum: busca el contacte amb la mare des del primer moment. El nadó neix ja socialitzat i aquest impuls a buscar l'altre i els altres persisteix molt explícit tota la primera i segona infància i adopta diverses formes al llarg de la vida adulta entre les quals, la més destacable és la de cercar una parella amorosa amb qui compartir la vida. Però cal no entendre això com quelcom purament dins d'una vida psíquica intangible i no verificable, no, sinó el que sabem ara és que els cervells estan preparats per aquesta socialització, i això és així tant en els cervells dels nadons de les societats més avançades com en el dels que neixen en la tribu més perduda de l'Amazones o d'on sigui, perquè tots els humans són igualment humans. La neurociència vol significar, amb termes com el de sintonització que ja he citat, que mitjançant l'activació dels sistemes neuronals subjacents, especialment el sistema de neurones en mirall, s'aconsegueix una forma directa de comprendre'ns els uns als altres des de l'interior dels nostres cervells. És a dir, quan una persona escolta i/o contempla a una altre s'activen en ella les mateixes zones corticals i subcorticals que estan actives dins de la persona observada i/o escoltada. I, naturalment, quan hi ha una interacció, s'activen mútuament les mateixes zones. Podem dir, doncs, que els cervells de les dues persones dialoguen entre ells a nivell implícit i ho poden fer gràcies a, com diu el cognitivisme de tercera generació, el processament regularment distribuït de la informació rebuda per les diverses vies. Això vol dir que, a la vegada que les dues persones es comuniquen verbalment, es desenvolupa entre elles un llenguatge implícit - que en la seva major part no arriba a fer-se conscient- a través de tota la innumerable quantitat de gestos, expressions facials, mímica, matisos diversos que formen la música del llenguatge, ritme, pauses, canvis en la força de l'emissió de la veu, mirada, parpelleig, etc. O sigui que, en el cervell de cadascú de dos o més interlocutors, funciona un mecanisme en espill que ens permet reconèixer tot el que veiem, escoltem o sentim el que fan els altres, perquè es posen en marxa les mateixes estructures neurals (motores o vísceres-motores), respectivament responsables de les nostres accions i emocions. Estic segur que les que teniu la sort de ser mares m'enteneu perfectament i teniu l'experiència que abans que el vostre bebè adquirís comprensió i capacitat pel llenguatge verbal, us heu entès perfectament amb ell o ella a través d'aquest intercanvi implícit i heu aconseguit - perquè estic segur que totes heu estat les mares no perfectes però suficientment bones de què parla Winnicott - una entesa perfecta amb ell, amb els naturals alts i baixos. Per això sempre s'ha dit que es molt difícil enganyar els infants,

perquè els enganys es fan amb les paraules i els infants presten atenció als veritables sentiments, que es transmeten implícitament més que les paraules.

I això mateix és el que té lloc en la relació pacient- analista o terapeuta. El pacient busca trobar en el terapeuta aquella figura d'aferament que no li va saber donar el que precisava, encara que ell mateix no ho sàpiga, i creu que busca explicacions i coneixements. Però sí que ho troba si l'analista sap correspondre amb l'actitud adequada. En el text expliquem que en la psicoanàlisi relacional és l'actitud de l'analista, no les interpretacions, el que modifica positivament l'estat mental del pacient, quan aquest percep, no sols en les paraules, sinó a través d'aquest llenguatge subverbal, la comprensió, l'acompanyament intern, la ressonància emocional, l'afecte veritable, perquè, no en tingueu dubte, el pacient demana amor al terapeuta com la demana el bebè a la mare i moltes coses més que jo no sé dir en paraules. En síntesi, el mateix que el bebè troba en la mare suficientment bona, com ja he dit, quan troba tot això, llavors el seu sofriment s'apaivaga i l'organització de la seva ment pren un gir favorable.

Vull dir alguna cosa sobre aquest gir. Afirmer els científics que estudien els canvis en els organismes vius que, en principi, en tots ells, es consolida un estat que anomenen atractor, que és estable i durable, però amb capacitat de petites oscil·lacions i d'evolució quan l'ajust a l'entorn ho exigeix. La manera com està organitzada la ment de cada ser humà és el seu estat atractor. En la bona salut mental aquest estat atractor té la suficient flexibilitat per anar adaptant-se a les necessitats de la realitat del seu entorn. Però en el patiment psíquic aquest estat està mancat de flexibilitat i es comporta de manera rígida, sempre igual en diferents circumstàncies, ja sigui de la naturalesa o de les relacions interpersonals, amb el corresponent sofriment i fracàs en aquestes diverses situacions. Encara que en alguns casos és a l'inrevés, no hi ha cap mena d'estabilitat ni ànim i les idees del pacient van d'un extrem a l'altre com fulla portada pel vent. Les experiències terapèutiques, de les que parlem en el nostre text, són les que viu el pacient quan troba en l'analista l'actitud idònia a la que he fet referència, i aquestes experiències retornen la flexibilitat a l'organització de la seva ment i permeten que el subjecte respongui adequadament a la realitat en què es troba, tant pel que fa a les seves circumstàncies com per les relacions personals en les que es troba immers.

Bé, ara arribem al punt clau de la qüestió. Potser vosaltres pensareu, després de tot el que he exposat, que us estic fent saber que emprar les idees i conceptes propis de la psicoanàlisi relacional dona millors resultats que fer-ho amb els propis de les altres diverses formes de la psicoanàlisi tradicional. No, si us ho mireu bé, jo no he dit això. Jo tan sols he tractat de esclarir-vos els sentiments, emocions, demandes i desitjos que es presenten i juguen el seu paper en les relacions pacient-analista. No he anat més lluny. Mireu, si teniu la paciència de llegir els relats clínics de psicoanalistes de diversos corrents, de psicoterapeutes, dels terapeutes adscrits al cognitivisme, dels conductistes, dels lacanians, i dels que no se sap ben bé quines teories segueixen, veureu que tots presenten casos de tractaments amb resultats molt favorables. Llavors, què és el que succeeix? Com és possible això partint de teories tan diverses. És que tots menteixen menys un? No, en principi hem de creure que tots ens presenten relats veritables. Doncs, direu, com pot ser partint de principis tan diferents? Aquí es troba el punt clau de la qüestió. El que tracto de fer-vos entendre és que el bon resultat d'un tractament no depèn de les teories en les que s'hagi format i tracti d'aplicar el terapeuta; el terapeuta és el que ajuda veritablement, no les seves teories, la seva personalitat, repeteixo la seva vera intimitat, depèn de la manera com es relaciona amb el pacient en el més íntim del seu ésser, en els seus sentiments, en

el seu ressonar amb les emocions i el sofriment del pacient, en el seu estimar-lo; i tot això té lloc com d'amagat, sense que el mateix terapeuta en prengui consciència perquè és el que li surt espontàniament, per sota de la fullaraca del llenguatge professional que li han ensenyat i que fa servir. Així aconseguix que el pacient percebi aquesta actitud no en forma conscient i racional sinó com un sentiment, com un afecte que impacta en les seves distorsionades experiències infantils no verbals ni simbòliques, molt més enllà de les paraules. Unes experiències on fan niu l'amargor, el sentir-se rebutjat, sol, desamparat, culpable, perquè, quan el infants no reben les seves mínimes satisfaccions que precisen, se'n senten culpables ells mateixos per tal d'evitar culpabilitzar els pares i aquesta percepció interna, sense paraules, fa que el pacient deixi d'utilitzar mesures defensives, narcisistes, esquizoides o del tipus que siguin per sofrir menys i rebre una mica d'aquell reconeixement que cerca desesperadament. Així, quan l'actitud de l'analista és la idònia, l'organització mental del pacient perd rigidesa i pot obrir-se i adaptar-se a la realitat de les seves circumstàncies i de les relacions amb els altres. Doncs bé, aquesta actitud del terapeuta, a la que dediquem tot un capítol en el text, es pot donar en qualsevulla de les formes d'ajuda psicològica com ja he dit. Però això sí, sempre que el terapeuta no hagi quedat atrapat del tot, conscient i inconscientment, en el clàssic enquadrament i forma de procedir que exigeix fredor, distància absoluta, cap mena de diàleg, cap simpatia vers el pacient, tan sols interpretar i res més que interpretar suposades fantasies libidinals o agressives dirigides cap els primers objectes i en el present dirigides ver l'analista. I dic del tot conscient i inconscientment perquè he vist tant en lectures dels treballs clínics com en supervisions, que gairebé la majoria intenten fer, de bona fe el que els han ensenyat. Però no els surt de dins tot això de la fredor, la distància i el no prendre partit emocionalment pels pacients i se'n senten culpables i no ho diuen al seu supervisor.

Ara bé, seria caure en l'altre extrem que jo volgués negar el meu criteri que, segons la meua experiència, tant del meu propi treball com de les supervisions que he portat a terme si, a més de la capacitat d'ajudar, acompanyar i ressonar emocionalment amb els pacients, el terapeuta posseeix els coneixements aportats per la psicoanàlisi relacional, sempre en harmonia amb els descobriments realitzats per la biologia, les neurociències, les ciències de la complexitat, el cognitivisme, etc., crec, sincerament, que ajudarà encara millor als seus pacients.

I dic tot això perquè tots el psicoanalistes i psicoterapeutes psicoanalítics han de tenir molt en compte que, en el moment actual, tant la psicoanàlisi, com les teràpies en ella basades, es troben en l'ull de l'huracà, en l'aspre discussió entre el que són ciències o neurociències. En molts sectors de la societat en general i del món científic es qüestiona el caràcter de ciència de la psicoanàlisi. Últimament, per exemple, he rebut un escrit del Degà del C.O. Psicòlegs de Madrid negant el caràcter de ciència a la psicoanàlisi. Algunes associacions de pares de nens que sofreixen autisme també ho afirmen. El ministeri d'Investigació i ciència de l'Estat Espanyol va estar a punt de considerar pseudociència la Psicoanàlisi. Afortunades al·legacions per part de la Direcció de la SEP i del IPR de Madrid ho varen salvar "in extremis", però el perill continua. La psicoanàlisi tradicional, en els seus diversos corrents, és una disciplina científica seriosa que ha fet molt per la comprensió dels trastorns psicològics i per la cultura en general i no mereix aquest descrèdit. Però en l'època del seu inici ni Freud, ni Ferenczi ni cap dels deixebles i continuadors coneixien el funcionament del cervell que, a nivell fenomenològic, es manifesta en els diversos estats mentals, com he dit abans, i això els va portar a construir teories i conceptes que no responen al status científic actual i que, per tant, han estat rebutjades per la biologia, les neurociències i les ciències de la complexitat. La psicoanàlisi relacional, pel que ja he

dit abans, amb el seu constant interès en conjugar l'experiència clínica amb el món de la ciència, pot ajudar a la psicoanàlisi clàssica, si aquesta sap escoltar, a expurgar les seves teories, conceptes i formes de procedir, el que les ciències han mostrat empíricament no vàlid, perquè s'allunyi del perill de ser catalogada com una pseudociència.

Vull acabar afirmant que la psicoanàlisi relacional és la psicoanàlisi del futur en un doble sentit. El primer d'ells és el que, per la força de la realitat, creiem que acabarà imposant-se plenament perquè en tot el món civilitzat, tant les autoritats sanitàries com la societat en general, exigeixen que els professionals de la salut mental, de l'alimentació, de l'ensenyament, etc. es basin en els seus conceptes i el seu procedir, en els coneixements científics avalats, no en sentiments d'identitat, ni en tradicions ni en idealització i fidelitat a vells mestres. Aquesta fidelitat es mostra deixant-los respectuosament de costat i seguint endavant a mesura que s'incrementa el nostre saber clínic en el camp de la investigació científica.

L'altre sentit és el que en la psicoanàlisi relacional el centre de gravetat s'ha traslladat al futur. En la psicoanàlisi relacional tot el passat es té en compte, cosa inevitable, perquè tot el passat es troba expressat en el present del pacient. Però, a diferència de la psicoanàlisi tradicional, mira sempre vers el futur, perquè a més de dirigir-se a l'atenuació dels sofriments del pacient mitjançant la interacció amb ell o ella, el que cerca incansablement és el naixement d'un altre pacient, un pacient que, com una meta desitjable i possible, es proposa la consecució sense límits, la seva pròpia realització, que intenta sens treva desenvolupar aquells recursos que estaven adormits dins d'ell/a, i que s'afana en transformar el dolor de les experiències traumàtiques de la seva infantesa en creativitat. Un pacient, en fi, que, en lloc de limitar-se a cercar la seva adaptació al món social i personal que l'envolta, persegueix influir positivament en el context o contextos en els que viu quan en ells es troba amb injustícies, violències i situacions deshumanitzades. La psicoanàlisi relacional que presentem en aquest volum no vol servir tan sols com analgèsic pels sofriments que comporta la vida, perquè el sofriment forma part de tota existència, és inevitable, i el que realment val és transformar el sofriment en creativitat. Es tracta d'ajudar al pacient a descobrir en ell les aptituds i possibilitats que havien quedat congelades, com si no hi fossin, atuïdes pels conflictes entre els diversos estats del *self*; es tracta de fer néixer un nou pacient que accepta les limitacions que pot tenir en algunes dimensions de la seva personalitat i s'esforça en desenvolupar allò que la nova intersubjectivitat pacient –analista ha despertat en ell. Com diu en el títol, el llibre que presentem vol ser coherent i centrat en l'estudi de les experiències terapèutiques que és produeixen en el curs del procés psicoanalític i, per això, tots el que participem en ell, en els diversos capítols, ho fem des d'aquesta perspectiva, recolzant-nos en la influència fonamental de l'actitud de l'analista en les modificacions positives de l'estat del pacient. Deixo al lector la possibilitat de veureu així.

## Ángeles Codosero

Vull començar amb una anècdota viscuda arrel d'una conversa en una reunió acadèmica referent a la discussió de si la psicoanàlisi és una ciència o una pseudociència. Un dels ponents que intervenia va dir: "A mi em dona igual si se la considera pseudo teràpia o no, perquè jo veig que els pacients milloren quan estan amb mi". Crec que això ens aporta interessants reflexions.



Aquesta forma d'expressar-se indica que no li interessa reflexionar sobre aquells factors que constitueixen el nucli de les experiències terapèutiques. Suposant certa la seva afirmació de que els seus pacients milloren, hem de suposar també que el terapeuta posseeix les següents característiques:

- **a.** Notable capacitat empàtica; **b.-** Sensibilitat interna que li permet respondre a les emocions del pacient amb les seves pròpies emocions, no solament amb la seva capacitat cognitiva, per a percebre les necessitats individuals de cada pacient dins del seu context i respondre a elles; **c.-** Actitud d'acompanyament i de compartir; i la possibilitat d'estar al costat del pacient en lloc de comprendre'l des de fora, actitud que ha de diferenciar-se de "ficar-se en la pell de l'altre", perquè el terapeuta ha d'estar al costat amb la seva pròpia personalitat, i estar dins significaria perdre aquesta personalitat (Orange); **d.-** Possibilitat de desplegar davant del pacient una sintonització psicobiològica de cervell a cervell, fet en el qual Joan Coderch ha insistit en diverses de les seves publicacions (2010, 2012, 2014), i també en el llibre que estem comentant.

Continuant amb el supòsit que els pacients d'aquest terapeuta milloren, jo vull puntualitzar que, en la meua opinió, potser aquest terapeuta no coneix quins són els factors que donen lloc a tal millora i no es relaciona amb el pacient d'acord amb aquests coneixements, sinó que actua únicament segons les seves pròpies emocions i creences i, per tant, podem afirmar que la seva forma de concebre el tractament i d'aplicar-lo cau plenament en el camp de la pseudociència. La psicoanàlisi, en tant que és la disciplina que pretén conèixer la ment humana i els seus trastorns en el camp de les seves emocions i alleugerir aquestes darreres, ha de ser considerada una ciència humana. Els que ho sostenim i apliquem hem de conèixer la relació ment-cervell i els fonaments dels processos psíquics i, com a conseqüència, la manera de modificar aquests trastorns emocionals a través de la nostra manera de relacionar-nos amb els pacients. És a dir, aportar-los noves experiències que temperin i modifiquin les experiències infantils interpersonals i perturbadores que es troben inscrites en les xarxes i circuits neuronals de l'hemisferi dret. Hem de tenir en compte que també en la nostra vida, en el món social i interpersonal, és possible viure experiències terapèutiques per diverses circumstàncies que reorganitzen positivament la nostra ment, com, per exemple, degut a una amistat o a conseqüència d'un fet emocionalment impactant que ens afecta profundament, sense que en aquest cas podem parlar de que la millora sigui conseqüència d'una activitat científica.

Per altre part, sí volguéssim creure que la psicoanàlisi es basa fonamentalment en tradicions antigues i creences inter-generacionals transmiseses, en les anomenades "essències" de la psicoanàlisi, en la pura fidelitat als vells mestres que no comptaven amb els coneixements que ara posseïm i en els conceptes validats empíricament, dels que ara disposem, llavors seria quan practicaríem una pseudociència i actuaríem d'acord amb ella, sense que realment sabéssim el per què dels efectes, positius o negatius, de la nostra actuació.

Tinguem en compte que moltes de les crítiques que se li fan a la psicoanàlisi prenen com a única base de partida a Freud, amb total desconeixement de l'evolució que aquesta disciplina ha experimentat al llarg de tot el segle XX. Aquesta evolució s'ha accentuat a partir de l'última dècada de tal segle gràcies a les aportacions de les neurociències, les quals han portat a rebutjar molts dels conceptes i hipòtesis en els que es recolzava la primitiva psicoanàlisi, alhora que han validat empíricament el paradigma relacional. Aquest últim, per cert, confirma en part la premonició de Freud quan va afirmar en un

dels seus primers escrits, Proyecto de Psicología para Neurólogos, en concret en la correspondència a Fliss, que la psicoanàlisi seria innecessària quan les investigacions sobre el funcionament cerebral expliquessin suficientment el comportament dels éssers humans. Evidentment, els psicoanalistes relacionals no compartim aquesta fe de Freud en la possibilitat d'entendre la ment humana des de la pura biologia. Però, com acabo de dir, sí que considerem que els coneixements de les funcions del cervell humà són imprescindibles. Això ha donat lloc a la psicoanàlisi relacional, no sostinguda per la fidelitat a velles tradicions, creences i conceptes, en la seva major part ja refutats per la biologia i les neurociències, ans, contràriament, avalada per coneixements aportats per aquestes disciplines, les quals revaliden la importància fonamental per a la ment dels éssers humans i de la relació i interacció interpersonals des del bressol fins a la mort.

Malgrat tot, jutjo de suma importància que en els nostres treballs no ens sentim esclaus de la biologia en general, i de les neurociències en particular, ja que ens faria sentir que estem completament determinats per elles, amb carència absoluta de llibertat per a decidir. Perquè més enllà de les determinacions biològiques i culturals que ens constrenyen, en veritat molt estretament, existeix sempre un espai de llibertat aconseguit gràcies al fenomen de l'emergència. Ara, mitjançant les Ciències de la Complexitat, sabem que la interacció de diverses variables, fet que es produeix de continu en la ment humana, sorgeixen processos psíquics que no depenen de les sumes i les restes d'aquestes variables, sinó com un fenomen nou, producte de tal interacció. Això és el que ens permet afirmar que mai estem completament determinats per la biologia i la cultura en la que ens trobem, sinó que existeix una petita esclatxa de llibertat per a la nostra capacitat d'agència, a semblança del que la física quàntica ens assenyala com propis de l'atzar, que es produeix en el món subatòmic amb resultats totalment imprevisibles. En la ment humana també regeix aquest principi d'incertesa i atzar on J. Coderch i A. Plaza (2016), ho expressen de la següent forma (pàg. 320):

*“En aquest espai que s'obre entre la interacció d'un gran nombre de variables i l'aparició de fenòmens emergents on es pot jugar el seu paper aquesta propietat o factor invisible que és la llibertat humana o, dit d'altre forma, tot acte de decisió d'un ésser humà és un fenomen emergent que com a tal no pot ser explicat únicament per la quantitat i qualitat d'informació que posseeix el cervell. Pensem esperançadament, que aquí pot radicar la clau de la llibertat humana”*

És a dir no som completament lliures en la presa de decisions però tampoc estem totalment determinats: Tot el que antecedeix és de suma importància per a la comprensió del que descriu en el meu capítol. En ell plantejo dos conseqüències del trauma.

En la primera part parteixo de la idea que després d'un esdeveniment traumàtic es pot desencadenar una important dissociació del self que ajuda a apaivagar els efectes del trauma viscut. Això és degut a que aspectes més deteriorats del self es transformen en un no-jo desconegut per les parts més properes al centre del self, cosa que porta a les indesitjables conseqüències d'un self dividit i incoherent.

Malgrat tot, l'impacte traumàtic va més enllà de la fragmentació del self: reactiva antigues experiències que formen part del trauma acumulatiu de Khan (1963), viscut pel subjecte en la seva infantesa, i aquesta reactivació del trauma acumulatiu és el veritable motor de l'estat patològic que envaeix al subjecte. No obstant, aquest efecte patològic del trauma, que a vegades porta al caos, té la seva contrapartida en l'impuls regenerador que tot organisme d'un ésser viu posseeix, com podem veure fàcilment en el senzill exemple de

quan ens ocasionem una petita ferida en els genolls, mans, etc... i aquesta cicatritza per si mateixa sense necessitat de cap maniobra curativa. El mateix succeeix en el que podem anomenar, comparativament, com les ferides del self que donen lloc a la dissociació i al caos. D'aquí ha sorgit un cert axioma que el caos tendeix a l'ordre.

Igual que aquesta capacitat regenerativa de la part física de l'organisme, que busca regenerar-se per sí mateixa i a l'ajuda de la qual acudeix la medicina quan es tracta d'alteracions importants, la ment també posseeix una capacitat que anomenem resiliència, és a dir la capacitat de recuperar-se per sí mateixa dels traumatismes emocionals que patim en el curs de la vida. Per a això tendim a buscar ajuda seguint l'impuls a la socialització essencial de tot ésser humà. Aquest impuls ens dirigeix a trobar en l'analista una figura que satisfaci la motivació d'aferrament que en la nostra infància va resultar insatisfactòria. En aquesta nova situació l'analista haurà d'estar atent per no oferir-li al pacient interpretacions segons les seves teories, perquè les primeres experiències que es troben en la ment del pacient no són verbals ni simbòliques i a elles no es pot accedir amb les paraules, sinó tan sols amb les pròpies emocions.

Tot el que acabo de dir, he intentat que sigui visible en els pacients que presento en el meu capítol i, especialment, crec que això va ser possible en el cas de Xavier, en el qual considero que l'ajuda que li vaig prestar va ser fonamentada no en explicacions cognitives sinó a través del llenguatge subverbal i implícit sobre el que va transcórrer tota la nostra relació.

## Neri Daurella

Capítulo 6: Las experiencias terapéuticas en la vida personal y profesional de los analistas relacionales

Quan el Joan Coderch em va fer l'honor de convidar-me a escriure un capítol en aquest llibre, on ens transmet el fruit de tants anys d'experiència vital i clínica, d'estudi teòric, de reflexió i conceptualització sobre la psicoanàlisi relacional, li vaig agrair l'oportunitat de poder continuar el diàleg que portem anys mantenint a la SEP, en el nostre seminari sobre "la relació pacient-terapeuta: interacció i canvi", aquest cop deixant constància escrita del mateix. Així doncs em vaig plantejar escriure'l reflectint l'estil i el clima en que acostuma a desenvolupar-se aquest seminari, en el qual, després de les exposicions sintètiques i molt ben estructurades del Joan Coderch, s'obre un diàleg amb les aportacions de tothom, inclòs ell mateix, compartint reflexions teòriques, exemples clínics i evocacions d'experiències vitals molt diferents en un clima de llibertat molt estimulant.

En aquest clima de llibertat vaig veure l'oportunitat de compartir algunes reflexions a partir d'un altre seminari "La relació pacient-terapeuta: interacció i canvi", reflectint l'estil i el clima del seminari, on es combinen les exposicions i paràgrafs del capítol 1 del llibre, on el Joan Coderch ens diu: *"Quienes acuden en demanda de ayuda no lo hacen por razones teóricas o intelectuales, salvo los profesionales que requieren formación, sino porque se sienten mal consigo mismos y con los otros, dado que sus experiencias subjetivas, como es natural en distintos grados, son de tristeza, de ansiedad, de sufrimiento, de desánimo, de falta de ilusión por la vida, de culpa, de desaliento, de desorientación, etc. Y lo que esperan es que el terapeuta modifique estas experiencias subjetivas que les invaden y las cambie en experiencias de ilusión, serenidad, esperanza y goce por vivir"*.

Molt ben expressat, però, i els professionals que requereixen formació? Sempre m'han impressionat les voltes i revoltes del camí que recorren tants cops els estudiants de psicologia clínica o psiquiatria fins que, s'adonen que la seva elecció professional no té a veure només amb raons teòriques o intel·lectuals sinó amb les seves experiències subjectives de sentir-se malament amb ells mateixos o amb els altres, que es repeteixen un i un altre cop, sense arribar a comprendre les causes de tant malestar. La pretensió de convertir-se en experts en comportament humà per la via de l'aprenentatge de conceptes, teories i tècniques que puguin aplicar en la seva pràctica professional els fa dedicar moltes hores de la seva vida a l'estudi i l'adquisició de coneixements en unes facultats de medicina o psicologia on els professors no acostumen a dedicar molta atenció a la relació de tutoria amb els alumnes, excepte honroses excepcions.

Quan arriba l'hora de la veritat, quan es troben amb els pacients, se n'adonen que han dedicat molt de temps a aprendre a fer diagnòstics, a descriure, classificar i avaluar conceptes abstractes, a planificar estratègies de tractament, però no imaginaven fins quin punt la relació amb cada pacient els afectaria a nivell emocional. La trobada amb l'altre, que pateix i demana ajuda, els fa sentir-se carregats de responsabilitat i sense massa recursos per respondre en funció de les necessitats de cadascú, que es manifesten de maneres tan diferents, de vegades tan desconcertants.

En aquest capítol m'he referit al meu recorregut com a estudiant i professional en formació, en un clima molt marcat per la divisió entre les ciències i les lletres que ens condicionava des del batxillerat, i dintre del món "psi", l'enfrontament entre el paradigma conductista i el psicoanalític, on els conductistes venien a presentar-se com els científics i consideraven que la psicoanàlisi era cosa "de lletres", no era "més que" literatura o filosofia. Com sempre que es perd la perspectiva global, eren molt freqüents actituds reduccionistes que es permetien "menysprear allò que ignoraven", i queien en el que podríem qualificar de "supremacistes" que pretenien explicar-ho tot des de la pròpia perspectiva. Afortunadament ara aquestes perspectives reduccionistes estan essent superades des de la perspectiva de les ciències de la complexitat, de la teoria dels sistemes dinàmics, intersubjectius i no lineals que ens ha explicat tants cops el Joan Coderch, en aquest llibre i en els llibres dels darrers anys.

Tornant al tema del meu capítol, "Les experiències terapèutiques en la vida personal i professional dels psicoanalistes relacionals", he volgut destacar que en la formació de psicoanalistes ja queda clar que un requisit bàsic, juntament amb els estudis sobre teoria psicoanalítica i la pràctica clínica supervisada, és viure una experiència terapèutica personal. No he escrit sobre la confusió que es pot generar amb el terme "psicoanàlisi didàctica", però sí he mencionat com a vegades aquests requisits que em semblen molt necessaris per la formació dels psicoanalistes poden comportar alguns riscos. Em refereixo a com l'excessiva idealització del paper de l'anàlisi en la vida de l'analista i del pacient pot portar a focalitzar-ho tot en aquesta experiència i minimitzar el paper que han tingut altres experiències transformadores prèvies en la vida de l'analista i del pacient. Com diu una psicoanalista relacional nord-americana actual, Sandra Buechler, és bàsic que reconeguem les veus del "coro interno" que ens acompanya com resultat de les nostres experiències vitals anteriors a l'anàlisi, i que ens ofereixen un punt de recolzament per atrevir-nos a tenir un pensament propi i no sotmetre'ns a la pressió del grup i de les autoritats oficials, ja sigui a una universitat o a un institut psicoanalític, o qualsevol altre grup del que formem part.

Aquesta psicoanalista, per exemple, inclou en el seu “coro interno” les veus d’alguns professors, analistes i supervisors, una selecció d’autors psicoanalítics rellevants per ella (entre ells Freud, Guntrip, Winnicott, Sullivan i Fromm), a alguns autors literaris com Rilke o Dostoievski, i a la seva àvia: “Tots aquells que em varen ensenyar alguna cosa sobre com viure la vida com un ésser humà”. En aquest capítol he donat una petita mostra de quines són veus significatives del meu cor intern, tant les de Freud, Ferenczi o Balint, com les dels meus professors de filosofia, com les d’un avi o una tia que em van aportar experiències transformadores molt abans de saber res de psicoanàlisi. Sandra Buechler parla de l’impacte que té sobre els analistes en formació l’actitud de supervisors i directors de seminari pel que fa a permetre la integració d’experiències vitals i experiència clínica actual. I de com molts cops els candidats tenen por de revelar als seus supervisors que es recolzen en experiències relacionals diverses per orientar-se en les seves sessions, preocupats perquè se’ls pugui considerar “poc analítics”.

Una de les experiències que m’han resultat més interessants a l’entrar en contacte amb el món de la psicoanàlisi relacional ha estat el clima de comunicació i discussió informal en el que es donen els debats sobre qüestions clíniques i socials entre ells. I un tema que es discuteix obertament és el de l’ús de la autorrevelació en els processos psicoanalítics i el de la revelació d’informació autobiogràfica fora d’aquests, en publicacions potencialment accessibles pels pacients. En realitat, quan vaig començar a llegir a Freud em vaig identificar molt amb la seva recerca incansable no tant de coneixement com de teràpia pel seu patiment neuròtic tan manifestament confessat per ell en moments de sinceritat. Recordo molt bé com em va emocionar el seu esforç per construir un esquema teòric, que ell mateix considerava provisional, sobre la base de l’anàlisi dels seus propis somnis. No és que em semblés convincent el seu desplegament argumental per interpretar-los sinó el fet que no dubtés en mostrar els seus processos mentals i emocionals en un context com el de la Viena de començaments del segle XX. El creador de la psicoanàlisi no amagava la seva condició de neuròtic, de pacient potencial. Llàstima que allò que va crear com esquema provisional després fos tan difícil de posar-ho al dia al convertir-se en objecte de veneració per molts defensors del *copyright!*

Ja he comentat en articles anteriors el que em va suposar el descobriment de Ferenczi i de l’experiència traumàtica de la seva relació amb el Freud, quan va renunciar al paper d’hereu preferit per obrir-se a viure l’experiència amb els pacients acceptant les seves crítiques i abandonant el rol de psicoanalista savi i distant, tal com va revelar àmpliament en el seu Diari Clínic (no publicat fins 1985). Actualment ja és prou reconeguda la influència de Ferenczi en la psicoanàlisi relacional contemporània i, per altra banda, vivim en una època molt diferent de quan ens ensenyaven a amagar l’autèntic self de l’analista o els diferents estats d’aquest self, quan es tractava de que no es notessin les emocions ni en la cara ni en el to de veu, per tal de garantir la neutralitat. Per altra banda, cada cop és més freqüent que el pacient ens arribi sabent bastant de nosaltres, en una època en que Google permet informar-se de tantes coses.

Actualment els psicoanalistes relacionals tenim molt clar que no hi ha dos psicoanalistes iguals, ni dos pacients iguals, ni dues diades iguals, ni dos contextos exactament iguals. Com diu Stephen Mitchell, l’experiència terapèutica és la d’un analista i un analitzant lluitant junts per trobar un tipus diferent de connexió emocional i, si el pacient sent que l’analista està aplicant una tècnica o desplegant una actitud o una postura genèrica, possiblement l’anàlisi no funcionarà (1997). Tots sabem lo desagradable que és la sensació de sentir-se tractat com un més d’una sèrie, la típica sensació de “esto se lo dirá Ud. a

todos”.

Per altra banda, l'autorrevelació de l'analista no és pròpiament una tècnica, una estratègia dissenyada per aconseguir un efecte determinat, sinó que, com diu el Carlos Rodríguez Sutil, “el terapeuta ofrece su propia experiencia como parte de la exploración del espacio intersubjetivo entre él y el paciente”. Cap al final del capítol em refereixo a alguns dels interrogants que es plantegen els psicoanalistes relacionals al voltant de l'autorrevelació de l'analista: quines són les raons conscients i inconscients que porten als analistes a fer una autorrevelació o a decidir no fer-la deliberadament, com diferenciar entre les necessitats de l'analista i les del pacient, com viure la tensió dialèctica entre l'autorrevelació de l'analista i el dret del pacient a no saber, el dubte sobre si una determinada autorrevelació pot ser útil o resultar intrusiva.

Acabo la meua petita participació en aquest llibre coral agraint al Joan, a la Ángeles i a la Teresa l'experiència de compartir en el nostre seminari un clima de reciprocitat, autenticitat i estímul del pensament que està constituint una d'aquestes experiències terapèutiques en la nostra vida personal i professional a les que em refereixo en el títol del capítol. Espero que la lectura del llibre també sigui una bona experiència pels lectors interessats en la psicoanàlisi relacional.

## **Teresa Sunyé i Barcons**

Començo recollint les paraules de la Ángeles Codosero en el capítol 8, que fan referència a com moltes vegades els efectes dels esdeveniments traumàtics en adults desvetllen antics traumes, generalment referits a la insatisfacció de les necessitats emocionals en la relació amb els pares o primers cuidadors i que han quedat ocults en un estat dissociat del self; procés que veiem il·lustrat en la pacient que en el treball anomeno Esther. En els tractaments psicològics anteriors que havia seguit Esther no havia aflorat mai la situació traumàtica inicial, i els tractaments s'havien situat a nivell del trauma actual amb lo qual el nucli dolorós traumàtic inicial, dissociat i no simbolitzat, l'empenyia en moments de conflicte a realitzar novament intents de suïcidi.

El suïcidi és una de les patologies que podem considerar més greus ja que en ella la persona perd-renuncia-desestima com impossible la possibilitat de fer quelcom satisfactori amb la seva vida. I aquesta vivència no deixa de ser aclaparadora per la seva freqüència: el suïcidi és un acte mitjançant el qual moren en el món prop d'un milió de persones cada any. Segons dades de la OMS cada 40' una persona es treu la vida en el món. Els homes es suïciden tres vegades més que les dones, però aquestes fan tres vegades més temptatives que els homes. A escala mundial, el suïcidi ha esdevingut la segona causa de mort entre els joves de 15 i 34 anys, i a Catalunya ja és la primera, davant dels accidents de trànsit. Aquestes xifres no inclouen les temptatives de suïcidi que són de 20 a 25 vegades més freqüents que els casos que acaben en la mort.

S'estima que la majoria de suïcides són persones amb algun tipus de patologia mental. Hi ha, però, circumstàncies socials i històriques en les que augmenten considerablement el nombre de persones que prenen aquesta dràstica decisió com en les situacions de guerres, catàstrofes ambientals, destrucció de cultures i apropiació de terres com succeeix en algunes cultures minoritàries, èpoques de crisi econòmica com l'actual... és a dir, el suïcidi és un acte subjectiu però com tota subjectivitat està emmarcada en una societat

amb les seves característiques històriques, culturals, econòmiques i simbòliques.

En aquest sentit trobo molt interessants i instructives les diverses conceptualitzacions que ha comportat el suïcidi al llarg de la història i les repercussions, segons aquestes, que han acompanyat. Tot i la penalització que ha patit el suïcida durant segles en nom de la religió, ni en la Bíblia ni en el Nou Testament apareix cap condemna al suïcidi tot i trobar-ne el relat d'alguns casos. Fent unes pinzellades històriques sobre la trajectòria que ha seguit la manera de concebre el suïcidi, trobem la seva condemna en Aristòtil ja que el suïcida vulnera les lleis de l'Estat. Amb Agustí d'Hipona el suïcidi entra en el regne del pecat essent una falta molt més greu que la de l'assassinat i, poc temps després, passa a ser considerat com un acte inspirat pel dimoni. Les penes per la persona que es suïcida i per la seva família van ser durant molt de temps, especialment durant l'Edat Mitjana, inclements. Amb Pinel, Falret i Esquirol el suïcidi entra en el regne de la patologia mental. Actualment assistim a un debat sobre aquesta temàtica que recull bona part de les idees de Ciceró. Conèixer les càrregues simbòliques, oneroses i degradants que han patit els suïcides i els seus familiars al llarg de la història occidental ens proporciona una perspectiva àmplia que ens permet comprendre el pes que ha gravat sobre el suïcidi durant segles i que, ho vulguem o no, recau en certa forma sobre les espatlles dels suïcides i de les seves famílies.

Quan un pacient suïcida arriba a les nostres consultes i prenem la decisió d'acompanyar-lo en el seu procés terapèutic ens col·loquem com professionals en el llindar d'una porta que pot ser franquejada cap a la mort, tant per la nostra ineficàcia com per la voluntat o la incapacitat del pacient de trobar un altre camí, com també per manca d'un entorn relacional mínimament sostenidor i, segurament, encara per més motius. A l'acompanyar a la persona amb possibles intents de suïcidi em sembla convenient tenir present que pot realment arribar a realitzar aquest acte mortal, primerament perquè aquesta prevenció ens ajudarà a tenir una alerta i estar atents a aquesta possibilitat, amb lo qual serà més difícil que se'ns escapin indicis que apuntin cap aquesta decisió i, segon, ens protegirem a nosaltres mateixos si finalment succeeix aquest fet tràgic. Tots sabem l'inevitable sentiment de culpa i patiment que comporta el suïcidi d'una persona propera i, per tant, d'un analitzat si això desgraciadament succeeix. Com terapeutes necessitem vestir-nos amb la humilitat de qui es sap limitat, incapaç de controlar les múltiples variables que mouen la conducta humana i, especialment, acceptar i respectar que la vida del pacient li pertany a ell malgrat no sempre hi estem d'acord ni ens sembli que les decisions que prengui sigui les millors.

Els analistes coneixem el valor de la co-construcció de vincle terapèutic, és a dir, la mútua implicació d'ambdós participants perquè sigui possible promoure el canvi subjectiu en tots els processos psicoterapèutics. Centrant-nos en el pacient que ha atemptat contra la pròpia vida o expressa el desig de fer-ho, la co-construcció d'un vincle terapèutic que pugui donar cabuda al malestar constitueix un factor destacable de prevenció i contenció dels impulsos suïcides. Donat que el pacient suïcida, per la seva mateixa problemàtica, tendeix a aïllar-se, trencar o qüestionar profundament els vincles emocionals que pugui tenir amb les persones properes, em sembla convenient valorar quina o quines persones del seu entorn immediat puguin ser un suport afectiu pel pacient, tenint en compte que, tot i que la teràpia es desenvolupi amb una freqüència desitjable, la persona viu també la seva existència fora de les sessions. En aquest sentit, com he fet esment en el capítol del llibre parlant de la pacient Esther, ajudar-la a vincular-se i valoritzar el vincle amb el seu company, que ha estat present de forma constant en els seus daltabaixos amb una acceptació alhora resignada i amorosa en els seus vaivens, va esdevenir un element que

li permetia trobar, quan no estava en la sessió, una persona amb qui podia confiar alguns dels seus neguits i temperar la desolació, constituint així un element terapèutic important.

Finalment voldria referir-me a un aspecte del treball terapèutic que en la clínica amb pacients amb intents de suïcidi, o idees al respecte, és d'un gran valor i que Joan Coderch, en diversos apartats del llibre, n'anomena la *funció reflexiva del self* "en la que el sujeto se experimenta a sí mismo, a la vez como sujeto y como objeto, como *experimentum* y como experimentador, lo que permite la plena función de la consciencia *reflexiva*, gracias a la cual paciente y analista pueden descubrir las experiencias implícitas que se esconden detrás de los patrones procedimentales perturbadores anclados en el inconsciente relacional, de forma que, al hacerlas explícitas, se tornan susceptibles de ser comprendidas y, con ello son modificados los patrones organizadores" (pag. 55). Afavorir en el pacient l'observació interna de si mateix, dels seus sentiments, emocions, pensaments i estat corporal li possibilita obrir les portes a una percepció de si mateix diferent a la coneguda amb lo qual pot optar per gestionar de forma diversa les seves relacions amb si mateix i amb els altres.

El desenvolupament i la creació d'aquesta observació interna dota, al pacient amb intents o idees d'acabar amb la seva vida, de la possibilitat d'adonar-se del seu estat en els períodes en que puguin retornar les idees mortíferes, qüestionar-les, introduir el dubte sobre una realitat mental i emocional que en alguns moments es presenta com inqüestionable alhora que pot introduir les noves referències emocionals viscudes des del vincle terapèutic.

Per acabar faré referència a una frase que recull Neri Daurella en el seu capítol "Mira, niña, en la vida hay que tener una ilusión", aquesta il·lusió que ens vincula a la vida, al dia a dia i al futur i que en els pacients suïcides usualment hi manca de forma molt dramàtica. Entenc el procés psicoterapèutic amb pacients que viuen aquesta desolació mortífera com el camí a través del qual el vincle analític els pugui portar vers un espai on hi entri la llum de la il·lusió.

## Bibliografia

**Coderch, J.** (2010). *La Práctica de la Psicoterapia Relacional*, Madrid: Ágora Relacional, 2ª ed.

**Coderch, J.** (2012). *Realidad, Interacción y Cambio Psíquico*, Madrid: Ágora Relacional.

**Coderch, J.** (Coord.), CASTAÑO, R., CODOSERO, A., DAURELLA, L. y RODRÍGUEZ-SUTIL, C. (2014). *Avances en Psicoanálisis Relacional*. Madrid: Ágora Relacional.

**Coderch, J.** (2015a). *Las experiencias terapéuticas en el curso del proceso psicoanalítico desde la perspectiva de la no linealidad, I*, Temas de Psicoanálisis, nº 9, febrero del 2015.

**Coderch, J.** (2015b). *La puerta abierta*, Clínica en Investigación Relacional, vol.8 (2), págs.: 359-372.

**Coderch, J.** (2016). *Las experiencias terapéuticas en el curso del proceso psicoanalítico desde la perspectiva de la no linealidad, II*, Temas de Psicoanálisis, num.11, enero de 2016.



- Coderch, J.** (2017). *Las experiencias terapéuticas modifican el inconsciente relacional*, Clínica e Investigación Relacional, vol. 11 (2), 3007-3023.
- Coderch, J.** (2018). *La apertura del psicoanálisis a la realidad social y personal de los hombres y de las mujeres*, Clínica e Investigación Relacional, vol. 12 (1): 11-28
- Coderch, J. y Codosero, A.** (2014). *Puntos de unión y diálogo entre lo implícito y lo explícito en el pensamiento psicoanalítico*, en J. Coderch coord. *Avances en Psicoanálisis Relacional*, Madrid: Ágora Relacional.
- Coderch, J. y Codosero, A.** (2015). *Entre la razón y la pasión*, Clínica e Investigación Relacional, vol.9 (2): 358-393.
- Coderch, J. y Plaza, A.** (2016). *Emoción y relaciones humanas*, Madrid: Ágora Relacional.
- Orange D.** (2016). *Empatía: Diálogo y ética*. Clínica e investigación relacional. 10 (1): 49-52.
- Khan, M.** (1963). *The concept of cumulative trauma*, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18: 236-286.

Núm. 8  
Any 2020

**ACPP**

Asociación Catalana de  
Psicoterapia Psicoanalítica