

Jim Crawley
Jan Grant

Terapia de pareja.
El yo en la relación



Morata

Jim CRAWLEY
Jan GRANT

La terapia de pareja

El yo en la relación

Traducción de
Roc Filella Escolà

Revisado por
Gabriel Dávalos Picazo

Psicólogo, terapeuta familiar y de pareja. Profesor de terapia familiar y comunicación conyugal en la Universidad CEU San Pablo, Madrid

Mar del Rey Gómez-Morata
Psicóloga y experta en mediación familiar



Ediciones Morata, S. L.

Fundada por Javier Morata, Editor, en 1920
C/ Mejía Lequerica, 12 - 28004 - MADRID
morata@edmorata.es - www.edmorata.es

© Jim CRAWLEY y Jan GRANT 2008

Publicado en inglés por Palgrave Macmillan, una división de Macmillan Publishers Limited con el título *Couple Therapy* por Jim Crawley y Jan Grant. Esta edición ha sido traducida y publicada con el permiso de Palgrave Macmillan. Los autores han manifestado su derecho a ser identificados como autores de esta obra.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar, escanear o hacer copias digitales de algún fragmento de esta obra.

© EDICIONES MORATA, S. L. (2010)
Mejía Lequerica, 12. 28004 - Madrid
www.edmorata.es - morata@edmorata.es

Derechos reservados
ISBN digital: 978-84-7112-693-1

Cuadro de la cubierta: *Reencuentro* por Ana Cardona, reproducido con permiso de la autora.

A nuestras parejas, Shirley y Guy

Índice de contenido

Portada

Portadilla

Créditos

Dedicatoria

Agradecimientos

Introducción

CAPÍTULO PRIMERO: La psicodinámica de la relación de pareja: La teoría de las relaciones objetales

Principios básicos de los enfoques psicodinámicos de la pareja

La teoría de las relaciones objetales y la terapia de pareja

Conclusión

CAPÍTULO II: La psicodinámica de la relación de pareja: Psicología del self, intersubjetividad y teoría del apego

La inmersión empática

Las experiencias y transferencias de auto-objeto

La vulnerabilidad narcisista, el agravio y la cólera

La intersubjetividad

Los objetivos del tratamiento

La teoría del apego y la terapia de pareja

El amor y los enfoques relacionales

Conclusión

CAPÍTULO III: La reflexión sistémica sobre la pareja

Introducción

Algunos conceptos importantes de los sistemas familiares

La Teoría de BOWEN

Los sistemas de relación a lo largo del tiempo

Conclusión

CAPÍTULO IV: ¿Y qué hay del amor?

Introducción

Las emociones en la relación de pareja

La sexualidad y la terapia de pareja

Conclusión

CAPÍTULO V: La evaluación

Cómo empezar: ¿Compromiso terapéutico o evaluación previa?
El contenido de la evaluación: Un marco con cinco dimensiones
La estructura de la fase de evaluación
El proceso de evaluación
Conclusión

CAPÍTULO VI: La técnica

Lo fundamental de la relación terapéutica: Crear “una isla de seguridad”
La dirección de la sesión conjunta
Conclusión

CAPÍTULO VII: El proceso terapéutico

Las fases de la terapia
¿Con quién hablamos? ¿Sesiones individuales o conjuntas?
¿De qué hablan el terapeuta y la pareja en la sesión conjunta?
¿... y cómo hablamos de ello?
Conclusión

CAPÍTULO VIII: La dinámica de la exposición de los problemas

La violencia doméstica
Las aventuras amorosas
La familia reconstituida con hijos de relaciones anteriores
La pareja polarizada
Conclusión

Epílogo: La supervivencia del terapeuta de pareja

La investigación y la terapia de pareja
Las consideraciones éticas en la terapia de pareja
La supervisión y la terapia personal para el terapeuta de pareja
Conclusión

Bibliografía

Otras obras de Morata

Información sobre los autores

Índice de autores y materias

Agradecimientos

Como ocurre con todos los que escriben sobre psicoterapia, somos conscientes de lo mucho que hemos aprendido de nuestros clientes, tanto de las parejas a las que hemos conseguido ayudar, como de aquellas en las que el aprendizaje ha sido fruto de la incapacidad de avanzar hasta obtener un buen resultado de la terapia. Los ejemplos clínicos que presentamos se basan todos en casos reales, aunque hemos modificado algunos detalles para proteger la confidencialidad. También deseamos dar las gracias a nuestros alumnos y profesionales a los que hemos supervisado que tanto nos han enseñado a lo largo de los años; a los Drs. Chris THEUNISSEN y Wendy-Lynne WOLMAN, por sus críticos y útiles comentarios al primer borrador de algunos capítulos; y a Ben MULLINGS, que colaboró en el apartado de la investigación sobre la terapia de pareja.

Introducción

No existe una definición de lo que constituye el “matrimonio” o “la pareja” que sea constante en el tiempo y en las diversas culturas. Cualquier relación de pareja, sea en forma de matrimonio legal (*de iure*) o de matrimonio informal (*de facto*), es en esencia un constructo social. La forma que adopta una determinada relación, las expectativas que despierta y la manera en que sus partícipes quieren vivirla, siempre estarán configuradas por factores sociales, culturales y religiosos y también por la articulación psicológica de las dos partes implicadas. De forma similar, el terapeuta de pareja aporta inevitablemente a la terapia su propia cultura, consciente e inconscientemente, en su contratransferencia hacia la pareja y hacia la relación entre ellos (GOULD, 2007). Hay que reconocer estas realidades, ya que son un componente esencial del contexto de la terapia que se propone ayudar a las parejas con dificultades en su relación.

En las últimas décadas, la relación de pareja en las sociedades occidentales se ha visto influenciada profundamente en dos sentidos. Primero, se han desarrollado nuevos métodos anticonceptivos, en particular los orales para las mujeres, que han roto en gran medida el nexo entre la actividad sexual y la procreación. Segundo, ha habido un proceso constante de cuestionamiento y cambio en el papel y el estatus de las mujeres en la sociedad. Estos cambios han afectado necesariamente a la relación de pareja, como también lo ha hecho la importancia cada vez mayor que hoy se da a la calidad de la relación, tanto desde la perspectiva de la satisfacción emocional y sexual, como desde la de la calidad de la compañía.

Hoy, lo habitual es que las parejas se unan en matrimonio formal o *de facto* a una edad superior, y que pospongan la decisión de tener hijos, si es que deciden tenerlos, durante unos años. Paralelamente a esta realidad se ha desarrollado el nuevo fenómeno de la pareja cuyos dos miembros tienen una carrera profesional. Entre otros cambios en la forma y la experiencia de las relaciones de pareja actuales, están la incidencia cada vez mayor de la familia reconstituida o de la familia mixta, la tendencia de los hijos a seguir viviendo con sus padres más años que en generaciones anteriores (o a dejar el hogar, para regresar a él durante una temporada o unos períodos más largos), y la aceptación progresiva en la comunidad de las relaciones entre personas del mismo sexo. Otro tema emergente y a menudo no reconocido en las democracias occidentales es que las personas se jubilan antes y viven más años, con lo que se crea una fase nueva y con frecuencia duradera en el ciclo vital de la familia, la de la pareja de la posjubilación.

A pesar de que las dificultades de relación son uno de los motivos principales por los que la gente acude a terapia, la especialidad de terapia de pareja es relativamente nueva. Empezó con el movimiento de orientación matrimonial de principios de los pasados años noventa. Sin embargo, solo en las últimas décadas la terapia de pareja ha empezado por fin a emerger como una modalidad particular de terapia. Al principio, dominaban en ella las ideas y los principios para la práctica de la terapia individual, en particular de la psicoterapia psicoanalítica (NICHOLS, 1988). La llegada de la teoría de los sistemas de la familia en la década de 1950 dio paso a nuevas y apasionantes formas de conceptualizar la estructura y la dinámica de la relación de pareja, pero entonces el trabajo con las parejas pasó a considerarse simplemente un subconjunto de la terapia de familia. Hoy, la terapia de pareja por un lado parte de las terapias individual y de familia, enriqueciéndose con ellas, y por otro posee su propia base de conocimientos.

En este libro nos proponemos exponer una forma de concebir la relación de pareja y un marco para la práctica en el trabajo con parejas. Para ello partimos de una interpretación psicodinámica de la persona y de la forma en que su mundo psicológico configura su participación en una relación íntima con la pareja. También nos basamos en las ideas de la teoría de sistemas de la familia. Consideramos que la tensión entre la unión y la separación es una lucha permanente e inevitable para todo ser humano, que se traduce en un proceso circular y reflexivo tanto de búsqueda de la intimidad como de reacción contra ella, y por tanto en una vulnerabilidad en la relación de pareja. Esto es lo que pretende reflejar el subtítulo del libro: *El yo en la relación*.

La mejor forma de explicar el enfoque de la terapia de pareja que describimos en este libro es presentar a una pareja cuya relación pasa por momentos difíciles:

Robert y Tilda a sus cincuenta y tantos años aproximadamente, decidieron buscar ayuda para su relación. Tenían tres hijos, dos se habían ido ya de casa y el pequeño estaba empezando a mudarse. Acudieron a terapia por recomendación del psiquiatra de Tilda, después de que ésta fuera dada de alta en el hospital. Anteriormente, Tilda había pasado tres años sumida en una depresión, para la que se le recetaron antidepresivos. Las medicinas la ayudaron en cierta medida, pero cuando se tuvo que enfrentar al cuidado de su madre, aquejada de una enfermedad terminal, la depresión se agudizó. Tilda tuvo que ser ingresada.

Uno de los temas que surgieron mientras Tilda estaba en el hospital era la infelicidad que desde hacía mucho sentía en su matrimonio con Robert, hasta el punto de que no podía imaginarse seguir con él. Se quejaba sobre todo de que Robert estaba completamente abstraído en su negocio y así había sido durante años: realmente nunca se comunicó con ella y ahora se daba cuenta de que hacía tiempo que se sentía sola y falta de cariño. Por su parte, Robert tenía sentimientos encontrados respecto a su matrimonio: no quería separarse, pero también dudaba de que las cosas realmente pudieran mejorar mucho. Tenía la sensación de que Tilda enseguida se ponía “muy susceptible cuando intentaba hablar con ella; nunca se planteaba las cosas de forma lógica; nunca intentaba solucionar los problemas conjuntamente, Robert se sentía sin fuerzas y sin ánimo para comunicarse e profundizar con ella.

Si se les preguntara por su situación, no hay duda de que Robert y Tilda dirían que su

problema era la “mala comunicación”, pero ¿explica ésta adecuadamente las dificultades de su relación? ¿Qué oculta su incapacidad de comunicarse con mayor eficacia? ¿Cómo debe abordar el terapeuta la interpretación de la dinámica de relación de Robert y Tilda, para a partir de ella marcar el camino y los objetivos de las intervenciones posteriores dirigidas a introducir cambios en su relación?

Ambos, Robert y Tilda, tienen sus propias historias respecto a su evolución como personas.

Robert era el cuarto de cinco hermanos. Su padre era una persona afectuosa y amable, pero con poco peso en la familia. Robert lo recordaba siempre dispuesto a ceder ante su madre cuando surgió algún conflicto. Su madre procedía de una familia adinerada pero infeliz, era una mujer dura en el trato para quien no existían “tonalidades del gris”. Recurría al desprecio y la vergüenza como armas para mantener el control sobre los cinco hijos. Cuando Robert aún era muy joven, su padre fue condenado por un delito y pasó algún tiempo en la cárcel. Nunca se hablaba de ello en la familia, pero parecía que despertaba en todos un profundo sentimiento de vergüenza. Robert recuerda que cuando su madre se enfadaba con él solía decirle con tono despectivo: “Eres igualito que tu padre”. Éste murió cuando Robert tenía 16 años. Él y su hermana menor se quedaron en casa con su madre, él abandonó los estudios y se puso a trabajar, para así convertirse en “el hombre de la casa”. Dieciocho meses después, le diagnosticaron un cáncer terminal a su madre que murió cuando Robert tenía 17 años.

Tilda era la tercera de cinco hermanos, de una familia de clase obrera. Su padre era un hombre cariñoso, bondadoso y efusivo, pero no prestaba atención a sus hijos. La madre de Tilda había tenido una infancia desdichada: sus padres se divorciaron cuando ella aún era adolescente, siempre tuvo la sensación de que ni su padre ni su madre la querían. A ello se sumó la experiencia de la crueldad física y emocional de su padrastro y a los 16 años no aguantó más y se fue de casa. Tilda había tenido una relación difícil con su madre, a la que veía como una persona negativa, siempre buscando los fallos y los demás. Al ser la tercera de cinco hermanos solía sentirse aislada, pues los otros cuatro formaban dos parejas de edades parecidas. Lo mismo le ocurría en la escuela, donde la falta de confianza en sí misma muchas veces hacía que se sintiera marginada.

Robert y Tilda se conocieron de adolescentes y se casaron a la edad de 20 años. Ambos llevaron al matrimonio una “agenda” para las relaciones: su propia y exclusiva constelación de cosas que añoraban, temían u odiaban, unas que por intuición sabían cómo debían hacerse en una relación, y otras que les parecían difíciles o imposibles. Congeniaban: cada uno albergaba un sentimiento esperanzador respecto al otro, un sentimiento que se manifestaba con fuerza.

En el caso de Robert, la arrogancia y la obsesión por “estar activo” era lo que para él significaba ser hombre, marido y padre. Por debajo de esa arrogancia, anidaba un sentimiento de vulnerabilidad, una inseguridad y un ansia de aceptación y cariño, que no sabía expresar de ninguna manera, *en especial* a Tilda, la persona cuya opinión sobre él más le importaba. Tilda carecía de confianza, dudaba de que alguien pudiera entenderla o ayudarla con sus sentimientos, y había asumido algunas de las expectativas negativas de su madre por el hecho de ser mujer; a todo ello se sumaban dos abortos espontáneos, una aventura amorosa de Robert al inicio de su relación, y la obsesión de su marido por el trabajo. A Tilda la atraeron la seguridad que Robert tenía en sí mismo, su firmeza,

mientras que a éste le gustaba de ella su dulzura y su retraimiento. Estas actitudes presagiaban una proximidad, una intimidad y un cariño que él anhelaba. Pero al cabo de treinta años, todas aquellas cualidades que en su día los sedujeron eran precisamente el motivo de los desengaños y lamentaciones en su relación.

La relación de Robert y Tilda, los patrones de interacción que desarrollaron y los supuestos inconscientes e incuestionables sobre ellos como pareja y sobre cada uno en particular, eran producto de sus respectivas trayectorias en la vida y de la idea básica que cada uno tenía de sí mismo, como hombre y como mujer. El terapeuta que quiera entender por qué a Robert y Tilda les era tan difícil comunicarse y ayudarse mutuamente debe tener en cuenta todo lo dicho y luego, poder utilizar ese conocimiento de los dos para que puedan cambiar como personas y como pareja. En nuestra opinión, pues, la terapia de pareja debe considerar tanto la experiencia intrapsíquica como la historia evolutiva de cada miembro de la pareja y también del sistema interpersonal de su relación.

La explicación que haremos de la terapia de pareja tiene dos partes: los cuatro primeros capítulos ofrecen una perspectiva general de las formas de interpretar la naturaleza y el funcionamiento de la relación de pareja y los otros cuatro se centran en cuestiones prácticas. Es una estructura deliberada. Nos parece evidente que para el terapeuta responsable la primera tarea consiste en realizar una evaluación, con el objetivo de llegar a una interpretación y comprensión —aunque limitadas y provisionales— de las personas y de la relación de quienes buscan ayuda. Así sucede en todos los casos, tanto si se trata de intervenir con una persona, una pareja o familia, un grupo o con cualquier otra entidad. Para realizar una evaluación, el terapeuta debe poseer una sólida base teórica, que le permita comprender la dinámica de la entidad —el individuo, la familia, el grupo— con la que trabaja. Nos preocupa desde hace tiempo que muchos terapeutas formados en el trabajo con individuos o familias incluyen en sus servicios el trabajo con parejas, cuando la realidad es que, en el mejor de los casos, conocen solo de forma superficial la dinámica específica de la relación de pareja.

Al escribir un libro de esta índole, inevitablemente hemos tenido que tomar decisiones y trazar límites sobre el material que podíamos abarcar. La diversidad de relaciones existentes: parejas del mismo sexo, compañeros bisexuales, familias reconstituidas y mixtas (de orígenes o culturas diversas); constituye un campo muy importante para la práctica profesional. Cada tema tiene su propia bibliografía. En lugar de tratar cada uno de estos temas por separado, decidimos ilustrar algunos de ellos, con ejemplos clínicos seleccionados que incluimos a lo largo del texto. Así como es importante estar familiarizado con la bibliografía sobre el tema que nos ocupa, también lo es trabajar con nuestra propia contratransferencia al interpretar y relacionarnos con parejas que plantean realidades que tienen muy poco que ver con nuestra propia experiencia. Por lo que a la bibliografía se refiere, quisiéramos destacar la obra de Gill GORRELL-BARNES (2004) *, sobre la terapia de familia en estos tiempos de progresiva diversificación de la estructura

familiar, y dos artículos recientes de nuestro colega Jac BROWN, sobre la terapia con parejas del mismo sexo (BROWN, 2007a, b).

* De esta autora Morata ha publicado *Cómo ayudar a los niños durante la separación y el divorcio*, DOWLING, E. y GORELL-BARNES, G. (*N. de la E.*)

CAPÍTULO PRIMERO

La psicodinámica de la relación de pareja: La teoría de las relaciones objetales

Cada persona aporta a la relación de pareja unas expectativas, deseos, fantasías, conflictos y formas de comportarse particulares. Parte de este material es consciente y moldeable con las intervenciones terapéuticas que desarrollan las habilidades de los miembros de la pareja de escuchar, negociar, comprometerse y “jugar limpio”. Sin embargo, gran parte de lo que genera el conflicto constante en la pareja se encuentra en el ámbito del inconsciente, lleva una pesada carga afectiva, tiene sus orígenes en las relaciones tempranas, y es mucho menos manejable que los intentos conscientes de reestructurar las interacciones de forma positiva (DONOVAN, 2003). Creemos que el terapeuta de pareja ha de saber comprender y trabajar con las ansiedades, los conflictos internos y las expectativas que subyacen en los ciclos repetitivos de conflicto de las parejas con problemas, si quiere tratar con eficacia los que se le exponen para su consideración.

Afortunadamente, hoy existe una serie de “mapas” conceptuales con los que el terapeuta puede comprender mejor la psicodinámica de la relación de pareja. En este capítulo y el siguiente exponemos los modelos y conceptos teóricos que más útiles nos han sido para entender mejor la dinámica inconsciente que actúa en la pareja. Entre ellos están la teoría de las relaciones objetales aplicada a la terapia de pareja (CLULOW y MATTINSON, 1989; DICKS, 1967; RUSZCZYNSKI, 1993; SCHARFF y SCHARFF, 1991; SIEGEL, 1992), los enfoques interpsicológico e interaccional (LIVINGSTON, 2001; SHADDOCK, 2000; SOLOMON, 1989), los modelos basados en el apego (BOWLBY, 1988; JOHNSON, 1996, 2002) y el planteamiento tradicional (MITCHELL, 2002).

De un modo u otro, todos estos modelos destacan aspectos diferentes de la teoría psicoanalítica, pero comparten una serie de principios básicos y fundamentales de cada uno de los sistemas psicoanalíticos. Sin embargo, nosotros nos centraremos en ilustrar por qué son relevantes para comprender la dinámica de la pareja. Entre estos principios nucleares están el inconsciente dinámico, la transferencia y la forma de manifestarse el estrés y la lucha por el poder en la relación de pareja.

Principios básicos de los enfoques psicodinámicos de la pareja

El inconsciente dinámico

En todos los planteamientos analíticos de la terapia de pareja, el principio básico y de mayor importancia es que la conducta está determinada por motivaciones inconscientes y también conscientes. Siendo las inconscientes las que hay que explorar y entender para poder ayudar a la pareja a alcanzar un equilibrio. Estas motivaciones inconscientes evolucionan a partir de la infancia, cuando el niño en desarrollo se construye un “modelo de trabajo” (BOWLBY, 1988) de las relaciones y de cómo funcionan. Este modelo de trabajo del mundo interior del niño se corresponde con las primeras experiencias que éste tiene de los padres, los hermanos y otros cuidadores, y con la forma en que todos ellos hayan satisfecho o desatendido las necesidades y los deseos del niño. Como dice RUSZCZYNSKI (1993):

La capacidad emocional e intelectual del bebé es muy limitada, de ahí que sea incapaz de aprehender la “realidad” de quienes lo rodean y que tienda a experimentar los sentimientos de forma extrema. Las experiencias “buenas” se idealizan y dan lugar a la fantasía de la omnipotencia y las experiencias “malas” se convierten en aterradoras y persecutorias. Este mundo interno representa una realidad convincente, según la que se interpretan las situaciones externas. Las formas en que el ser humano se relaciona con su entorno y con los otros que lo habitan se caracterizan por estas primeras experiencias ... Sin embargo, quedan residuos de las imágenes más primitivas, que pueden reactivarse a partir de determinadas situaciones, relaciones o sucesos de la vida. Cada relación nueva que se da a lo largo de la vida se experimenta con el telón de fondo de estas imágenes internas, las más “maduras” y también las más primitivas.

(RUSZCZYNSKI, 1993, págs. 7-8.)

Las relaciones íntimas activan en todos nosotros estas primeras imágenes internas y experiencias. Cuando en un matrimonio se revive este material arcaico, sin que suponga excesiva amenaza al yo adulto o sexual de cada persona, es posible que se traduzca en un crecimiento y un avance. En estos matrimonios, cada uno de sus miembros piensa que el amor del otro lo sostiene con suficiente seguridad (CLEAVELY, 1993).

Sin embargo, cuando estas imágenes interiorizadas derivan de unas experiencias negativas de la infancia, por ejemplo el abandono o el maltrato, es probable que generen una gran dificultad en la relación de pareja. En efecto, las relaciones de pareja abren la oportunidad de empezar a ocuparse de los conflictos no resueltos de estas tempranas experiencias. Inconscientemente, tendemos a repetir la dinámica de las primeras relaciones, una realidad que se debe en parte a que en la actualidad podemos ponernos en contacto con la experiencia vivida y encontrar una forma mejor de abordarla. También puede haber una presión para que se repita la dinámica en un intento por convertir la relación de pareja en una relación ideal. Cuanto más dañada esté la primera experiencia relacional, más necesitará la relación de pareja albergar esperanzas y deseos, cuyo mantenimiento se hará cada vez más difícil (CLEAVELY, 1993). La idea del *inconsciente dinámico* se ha utilizado para destacar la interacción entre la dinámica de la relación actual y la de relaciones pasadas. Existe una activa interacción entre los procesos conscientes e inconscientes. El inconsciente es dinámico en el sentido de que busca

manifestarse constantemente, por lo general ante otra persona que pueda satisfacer las necesidades y los deseos reprimidos (RUSZCZYNSKI, 1993). El inconsciente nunca está fijo, sino en un estado de flujo, pues las relaciones nuevas modifican los viejos esquemas y los viejos “modelos de trabajo” influyen en las nuevas relaciones.

La transferencia

La transferencia se puede entender como el proceso por el que el patrón de relación actual de la persona se configura inconscientemente por la experiencia que esa persona haya tenido de relaciones fundamentales en sus primeros años de vida, en especial durante la primera infancia. Algunas de estas primeras experiencias relacionales fueron lo que la persona necesitaba en su momento —unas experiencias “suficientemente buenas”, en expresión memorable de WINNICOTT (1965)— para facilitar un posterior desarrollo emocional. Otras experiencias relacionales no fueron “suficientemente buenas”: fueron decepcionantes o simplemente no existieron, o tal vez resultaron demasiado agobiantes desde la perspectiva del grado de ilusión o frustración que implicaron, para el óptimo desarrollo emocional. Juntas, estas experiencias “suficientemente buenas” y “no suficientemente buenas” sientan la base sobre la que la persona desarrolla su “agenda para la relación” propia e inconsciente, el patrón exclusivamente personal de lo que la persona busca, espera, teme y añora en sus relaciones adultas. Tal patrón se convierte en la lente subjetiva a través de la que la persona de forma instintiva, *e inconsciente*, percibe y experimenta y por consiguiente gestiona u organiza su experiencia de las relaciones. Aquello que la persona inconscientemente *espere* ver o que ocurra en su relación será a lo que reaccione, con independencia de lo que la otra persona se proponga. Así ocurre en especial en las relaciones en las que los sentimientos tengan mucha importancia, o en los momentos de incertidumbre, ansiedad o tensión en la relación (GRANT y CRAWLEY, 2002).

Lo habitual es que la transferencia se produzca cuando el cliente reacciona de forma inconsciente al terapeuta de acuerdo con estos patrones establecidos en los primeros años de vida mediante las relaciones con los padres y los hermanos. La transferencia incluye los sentimientos hacia el terapeuta, las expectativas sobre cómo comportarse y lo que el cliente prevé del terapeuta (GRANT y CRAWLEY, 2002). Por ejemplo, es posible que el cliente espere gustar al terapeuta o que éste lo apruebe, que se muestre crítico, que lo comprenda, que lo maltrate, que lo ignore o que lo abandone.

Sin embargo, la transferencia no sólo se produce en las relaciones de terapia. Surge en todas las relaciones: con la pareja, amigos, amantes, jefes y demás, en especial en las relaciones de cierta importancia o intensidad (BALINT, 1993; GRANT y CRAWLEY, 2002). Sin darnos cuenta, damos por supuesto que los demás reaccionarán con nosotros tal como antes se nos trató, en particular por parte de nuestra madre, padre o hermanos. Y así nos comportamos de acuerdo con tales supuestos (GRANT, 2000). Participar de una relación despierta tantas fantasías y expectativas inconscientes que lo más probable es

que la transferencia mutua sea muy intensa. Una transferencia que puede incluir las *transferencias idealizantes* más positivas, o las experiencias de transferencias más difíciles, hostiles o de rechazo.

Las parejas llevarán a la terapia su “transferencia más centrada” hacia el otro miembro. Pero también llevarán una transferencia contextual compartida (SCHARFF y SCHARFF, 1991). Ésta se refiere a las esperanzas y los temores comunes respecto a la capacidad del terapeuta de proporcionarles un sostenimiento terapéutico para su relación de pareja. En el Capítulo VII hablaremos con mayor detalle de las transferencias contextual y centrada.

La ansiedad y la defensa

El papel de la ansiedad y la defensa es esencial para comprender la dinámica evolutiva de la pareja. Todos experimentamos alguna que otra vez impulsos o sentimientos que nos provocan ansiedad. Esta ansiedad, a su vez, genera una *defensa* o un mecanismo protector. Las defensas ayudan a proteger a la persona de la ansiedad y el conflicto insoportables. Reducen el efecto de una experiencia amenazante, porque la pasan del ámbito consciente al inconsciente (GRANT y CRAWLEY, 2002; JUNI, 1997). De esta forma, las defensas pueden favorecer la autoestima, y proteger a la persona de los impulsos sexuales o agresivos peligrosos, de los sentimientos dolorosos o de temor.

En la relación de pareja, la proyección y la identificación proyectiva (dos mecanismos de defensa de los que hablaremos más adelante, en este mismo capítulo) son especialmente importantes. Con la proyección, el yo puede negar rasgos y necesidades como la agresividad, la ambición, la dependencia, la restrictividad y el control o la falta de control y proyectarlos a la pareja (GRANT, 2000; GRANT y CRAWLEY, 2002). Este proceso puede interactuar con la identidad de género (GRANT y PORTER, 1994). Por ejemplo, el varón puede proyectar sus necesidades de dependencia a su pareja femenina y así experimentar a ésta como un ser “necesitado”. Esta defensa permite al varón distanciarse de sus propias necesidades de dependencia y mantener su identidad masculina de un ser autónomo (GRANT, 2000). También los rasgos positivos se pueden proyectar. Por ejemplo, la mujer puede proyectar su calma y sensibilidad a su pareja masculina y así dar por supuesto que será él quien asuma estas cualidades para la pareja. Esto la protege de tener que preocuparse de su propia insensibilidad hacia los demás.

Gran parte de la terapia tiene que ver con ayudar a las parejas a eliminar sus mutuas proyecciones. A veces, éstas son muy intensas y están fuertemente afianzadas. Por ejemplo, Nick, casado con Alison, ha tenido una serie de aventuras. Sin embargo, no puede soportar la ansiedad de contemplar el impacto que su conducta ha producido en la relación y, en lugar de hacerlo, acusa continuamente a Alison de querer abandonar el matrimonio e iniciar relaciones extramatrimoniales.

Otra defensa habitual en las relaciones de pareja es utilizar la ira, el control, el alejamiento y el rechazo para defenderse de los sentimientos de tristeza y vulnerabilidad.

Estos sentimientos despiertan la ansiedad que se trata con el uso de las *emociones secundarias*, aquellas que cubren las *emociones primarias* que a menudo se reactivan desde la infancia debido a la intensidad de la relación de pareja. Por ejemplo:

Mary y Don son dos jóvenes profesionales con trabajos absorbentes. A Mary le enfurece que Don casi siempre se retrasa en las actividades sociales programadas, o en la cena en casa. Según Don, llega tarde se debe simplemente a presiones y reuniones importantes del trabajo, que no sabe elud para cumplir con sus otros compromisos. Piensa que Mary lo controla en exceso y que tiene una expectativas completamente irracionales. Le gustaría que supiera comprender mejor las muchas exigencias que le impone su vida. Ella, sin embargo, piensa que la impuntualidad no solo es de mala educación, sino un signo claro de que no la respeta ni se preocupa por sus necesidades. Es tanta la cólera que siente cuando él llega tarde, que lo ataca con acusaciones de egoísmo, crueldad deliberada e inmadurez y lo amenaza con romper la relación. Este patrón normalmente se agudiza y agrava suele terminar con Don marchándose de casa. En la terapia, después de una delicada exploración, se puso de manifiesto que Mary interpretaba la tardanza de Don como un abandono y, cuanto más tarde llegaba, mayor era su angustia. De pequeña, Mary vivió la experiencia de un abandono emocional extremo por parte de su madre y de su padre, quienes estaban demasiado abstraídos en sus profesiones y su glamurosa vida social como para prestarle mucha atención. A los 15 años, sus padres le pusieron un piso para ella sola, porque pensaban que les generaba demasiados problemas. En esencia, el sentimiento primario de Mary era de tristeza porque se sentía abandonada por Don. Para defenderse de tal sentimiento se encolerizaba con él, una furia que en parte iba dirigida a sus padres. Don le aterrizaraban las amenazas de Mary de acabar con la relación, porque a él lo habían echado de casa a los 17 años, sin más contemplaciones. Sin embargo, era incapaz de expresar el miedo que Mary le provocaba y en su lugar se protegía alejándose, cosa que a ella le enfurecía aún más.

La teoría de las relaciones objetales y la terapia de pareja

Breve exposición de los principales teóricos de las relaciones objetales en las parejas

Henry DICKS (1967) fue uno de los autores más influyentes en la terapia de pareja. Psicoanalista, aplicó la teoría de las relaciones objetales de FAIRBAIRN (1952; 1963) a la relación de pareja. Su libro *Marital Tensions* está basado en su trabajo en la *Tavistock Clinic* de Londres en las décadas de 1950 y 1960, predominantemente con parejas de clase obrera. DICKS propone tres subsistemas que intervienen en la elección marital: 1) aspectos públicos como la clase social, la etnicidad y la educación; 2) los egos básicos, que se centran en aspectos como las normas y decisiones personales, las expectativas conscientes, los valores y las actitudes; y 3) el ajuste inconsciente entre la pareja, que acentúa las *complementariedades inconscientes* entre los dos miembros. El autor manifiesta que es difícil que los matrimonios puedan sobrevivir si existen diferencias importantes en dos o más de estos subsistemas.

Más o menos al mismo tiempo que DICKS formulaba sus principios de la terapia de pareja, un grupo distinto del *Tavistock Institute* estaba experimentando también con la terapia de parejas de base psicoanalítica. Creado en 1948 como *Family Discussion*

Bureau (Departamento de Debates sobre la Familia), este grupo acabó por evolucionar hasta lo que hoy se conoce como el *Tavistock Centre for Couple Relations* (TCCR, Centro Tavistock para las Relaciones de Pareja) (RUSZCZYNSKI, 1993). En su trabajo, el TCCR partió de una amplia diversidad de teorías analíticas que ayudaran a comprender la dinámica de la pareja, entre ellas la freudiana, la de las relaciones objetales y la jungiana; este centro ha influido sobremanera en el desarrollo de la teoría y la práctica de la terapia psicodinámica de pareja.

En Estados Unidos, David SCHARFF y Jill SCHARFF (1991; 1982) han sido los defensores más destacados de la terapia de relaciones objetales con las parejas y han creado el *International Institute of Object Relations Therapy* (Instituto Internacional de Terapia de Relaciones Objetales). Ambos son psiquiatras, formados en el psicoanálisis y en su planteamiento de la terapia de pareja han integrado ideas de FAIRBAIRN (1963), WINNICOTT (1960), DICKS (1967), OGDEN (1982) y RACKER (1968). También en Estados Unidos, Judith SIEGEL (1992) hizo una importante aportación a la terapia de relaciones objetales de la pareja, al aunar las ideas de teóricos estadounidenses de las relaciones objetales, como KERNBERG (1987) y JACOBSON (1964) y el enfoque de la psicología del *self* de KOHUT (1984). Todos estos teóricos destacan de un modo u otro diferentes aspectos de la teoría psicodinámica. Sin embargo, lo que aquí nos interesa es exponer al profesional los constructos básicos del planteamiento de la relaciones objetales que mejor ayudan a reflexionar sobre la dinámica de las parejas, más que otros puntos más precisos en que los teóricos discrepan.

Las relaciones objetales internas

Una piedra angular de la teoría de las parejas de relaciones objetales es el desarrollo de unas *relaciones objetales internas*, de gran importancia en los vínculos inconscientes de la pareja. Éstas indican que todos tenemos expectativas sobre la forma de relacionarse con los demás basadas en nuestras experiencias pasadas. Las primeras relaciones con los padres, hermanos, abuelos y profesores dejan su sello en forma de *objetos internos*: representaciones mentales de los demás y de nosotros mismos (DICKS, 1967; DONOVAN, 2003; SCHARFF y SCHARFF, 1991; SIEGEL, 1992). El término “objetal” es un tanto desafortunado, pero quiere transmitir la idea de que la otra persona es receptora de las necesidades, los conflictos y los deseos inconscientes que se le dirigen (RUSZCZYNSKI, 1993). De esta forma, la idea de objeto deja claro que la experiencia de otro no es simplemente interpersonal, sino que tiene también una dimensión intrapsíquica. Estas imágenes suelen ser no conscientes, aún así dirigen nuestras expectativas, reacciones y conducta hacia los demás, en particular en las relaciones íntimas. Por ejemplo, si nuestros padres albergaron grandes expectativas en el campo académico y en el social, y fueron personas muy severas, podemos esperar que nuestra pareja sea crítica ante actuaciones que no sean del todo perfectas, y que pueda juzgar nuestros errores también con severidad. También cabe esperar que el amor solo sea posible si va acompañado de

logros en el ámbito laboral o social. Es decir, nuestro objeto interno sería el de un progenitor severo y crítico y nos llevaría a desarrollar expectativas tanto sobre los demás como sobre nosotros mismos.

Cuando existe excesiva ira, ansiedad o culpa, el niño *reprime* la relación objetal hacia el inconsciente (DICKS, 1967). Esta relación objetal incluye un afecto *, un objeto (otra persona o parte de otra persona) y una autorrepresentación.

FAIRBAIRN (1952) señala que el niño reprime las *relaciones objetales libidinosas*, basadas en experiencias sexuales o amorosas frustrantes, y las *relaciones objetales antilibidinosas*, las basadas en experiencias peligrosas, de rechazo y de abandono con objetos importantes. Actualmente, los autores suelen referirse a ellas como las partes *libidinales* y *antilibidinales* del yo y de los objetos (SCHARFF y SCHARFF, 1998). Los niños reprimen estas relaciones de objeto porque son demasiado agobiantes para poder integrarlas en el yo consciente. Por ejemplo, un niño como Don, siente cólera (un afecto) ante el rechazo y la actitud crítica de su padre (un objeto); y porque se le obliga a sentirse como una persona débil y que no se hace querer (autorrepresentación). Pero esta experiencia de rechazo es demasiado difícil de resistir, por lo que la reprime y piensa en sus padres como unos padres normales que hicieron cuanto pudieron.

DICKS (1967) sostiene que los *objetos reprimidos* o las *experiencias de relación objetal* emergen de nuevo en la relación de pareja, en el momento en que cada uno de sus miembros intenta conseguir que el otro satisfaga las necesidades reprimidas por las experiencias de la infancia. Cuando Don experimenta el malestar de Mary por su continua impuntualidad, vuelve a verse como alguien débil e indigno de ser querido y sus reacciones consisten en arremeter contra ella o retraerse. Es como si Mary se convirtiera en su despectivo padre que la abandona. Esta relación de objeto roto sigue cargada de energía psíquica, porque nunca se ha analizado lo suficiente para que forme parte del yo consciente. Como ocurre con la mayoría de las experiencias de relación objetal reprimida, trata de abrirse paso para expresar la furia que implica. Una vez que arranca este proceso, Don se siente incapaz hasta de disculparse por llegar tarde, o de atender a las angustiadas razones de Mary; en ese momento, ella *es* el padre despectivo que le hace sentir débil e indigno de ser querido.

Una de las razones de la utilidad de este marco teórico es que empieza por explicar parte de la gran intensidad del conflicto grave de pareja. Para usar un ejemplo de la parte libidinosa o más apasionada del yo, no solo luchamos por conseguir la atención sexual amorosa y tierna hoy, sino que inconscientemente también intentamos conseguir que nuestra pareja nos preste el cariño del que nuestro distante padre nos privó, lucharemos con una ansiedad angustiosa que tiene su origen en el miedo que, de niños, teníamos al abandono. Como terapeutas, a menudo comentamos con las parejas que las experiencias pasadas echan más leña al fuego, de manera que lo que pudiera haber sido una pequeña fogata fácil de apagar se convierte en un infierno. No es que todo esté en el pasado, también hay realidades en la relación actual, pero la intensidad de los sentimientos será

muy superior si el pasado es el que alimenta la experiencia actual de la relación. A través de los procesos inconscientes de transferencia, proyección, estrés y lucha por el poder, tendemos a reproducir en nuestras relaciones nuestro mundo interior y nuestras relaciones más íntimas adquieren mayor energía al experimentar de nuevo esa dinámica. De ahí que las personas que son capaces de ser razonables y permanecer tranquilas en otras circunstancias, se pueden encontrar con que en sus relaciones más estrechas reaccionan, de manera repetitiva, con respuestas emocionales exageradas (DONOVAN, 2003).

El ajuste marital y la elección de pareja

Cuando DICKS (1967) habla del ajuste marital, lo que más le interesa es el subsistema que tiene que ver con las complementariedades inconscientes de los dos miembros de la pareja. A partir de la idea de relaciones objetales interiores, formula tres refinadas hipótesis sobre cuándo es más probable que se produzca el conflicto de pareja:

1. Cuando se elige a la pareja porque es como un progenitor cariñoso, pero luego no se corresponde con el idealizado rol parental por el que se la seleccionó y provoca comparaciones injustas.
2. Cuando una persona se casa con otra porque parece que es todo lo contrario de un progenitor decepcionante, para luego descubrir que se rige por una dinámica similar.
3. Cuando la persona ve en su pareja la parte reprimida o repudiada de sí misma. Aunque pueda haberla elegido para que complemente su personalidad, las cualidades de su pareja que la atrajeron son las que en el yo no están reconocidas, por lo que sólo puede ocurrir que también se desacrediten en la otra persona.

A partir de estos principios, DICKS pasa a estudiar las relaciones de objeto inconscientes que provocan un conflicto en la pareja. La idea de *ajuste marital inconsciente* —la de que cada miembro de la pareja escoge al otro para que se ajuste a su mundo interior inconsciente— sigue siendo un concepto importante para entender la dinámica de la pareja (BALINT, 1993; FISHER, 1999; LYONS, 1993; RUSZCZYNSKI, 1993)v. Parte de este ajuste marital inconsciente tiene que ver con la *pareja parental interiorizada* —es decir, la imagen interiorizada, en parte consciente y en parte inconsciente, de la relación de los propios padres— (FISHER, 1999; SCHARFF y SCHARFF, 1991). Tanto si se busca emular esa relación como si se pretende evitar recrearla, la *pareja parental interiorizada* forma la base de decididas expectativas sobre cómo deben acoplarse mutuamente los miembros de la pareja.

La elección de las parejas es tanto consciente como inconsciente. Las previsiones conscientes sobre la relación a veces tienen que ver con nuestra ne-cesidad inconsciente de una segunda oportunidad para resolver dificultades que antes no pudimos solucionar; otras veces, parece que tengan más que ver con encontrar a alguien en quien podamos proyectar —y luego, en quien podamos identificar— los aspectos rechazados de nosotros

mismos (GRANT y CRAWLEY, 2002).

La intimidad

La intimidad implica dotar a la otra persona de un mundo representacional idealizado. Pero al mismo tiempo, se le adjudican las partes negativas del mundo representacional interior. Dado que los primeros objetos se tuvieron por mágicos y todopoderosos, este poder se transfiere al objeto nuevo (SIEGEL, 1992). De este modo, se le concede al compañero el poder de regular la seguridad, la autoestima y otras funciones interiores, además del poder de rechazar y abandonar. La inversión psíquica en el otro ayuda a explicar la dependencia y la regresión que nacen de la intimidad. La experiencia de dependencia en una relación de pareja a menudo activa fuertes reacciones relacionadas con experiencias de dependencia anteriores. El miedo a quedar aislado, abandonado o permanentemente controlado puede generar unos ataques autoprotectores en la relación. Se esperará del compañero que aporte recursos cariñosos que tal vez en el pasado no se le proporcionaron. La capacidad de alcanzar una auténtica intimidad se consigue cuando en las anteriores experiencias interiorizadas hubo la suficiente receptividad y comprensión para que se dieran la confianza y la intimidad (SIEGEL, 1992).

La intimidad en la pareja requiere que uno sea capaz de depender del otro y de que éste dependa de uno. La incapacidad de depender crea tantos problemas como la dependencia excesiva. La intimidad exige una *individuación relacional*, que es la capacidad de estar lo suficientemente unido a los demás para asignarles importantes funciones psicológicas, pero sin dejar de ser un individuo que sabe fijarse unas metas y asumir responsabilidades por sí mismo (SIEGEL, 1992). En cualquier relación de pareja, siempre hay una tensión entre la independencia y la dependencia. Mantener una estrecha unión sin dejar de seguir los propios planes de evolución personal es un equilibrio al que hay que atender de forma recurrente a lo largo de una relación. Al igual que la dependencia, la intimidad plantea cuestiones de autoestima, confianza, responsabilidad, control, autonomía y autoafirmación.

La identificación proyectiva

La identificación proyectiva es fundamental en todos los enfoques de relaciones objetales de la terapia de pareja (RUSZCZYNSKI, 1993; SCHARFF y SCHARFF, 1991; SIEGEL, 1992). Va más allá que la transferencia y se considera un proceso básico en el conflicto de pareja. La identificación proyectiva es un proceso inconsciente que implica una proyección individual de parte de uno mismo en la otra persona y para después inducirle a comportarse en consecuencia con la proyección realizada (SCHARFF y SCHARFF, 1991; SIEGEL, 1992; SOLOMON, 1989). Esta parte puede ser buena o mala (enojada, hostil, persecutoria o despreciable). La persona receptora se identifica con algún aspecto de la proyección y se ve empujada a comportarse de acuerdo con él. Pero la persona que proyecta también puede empezar a identificarse con lo que ha proyectado, que puede ser

una parte de sí misma o un aspecto de un objeto; por ejemplo, la proyección puede ser una autorrepresentación, como la de un niño necesitado y débil, o una parte de un objeto parental, como la de una madre arisca y dominante (FISHER, 1999; SCHARFF y SCHARFF, 1991). En estos procesos, los miembros de la pareja se cambian mutuamente. Y más aún, las parejas normalmente participan de identificaciones proyectivas mutuas, de modo que éstas van en ambos sentidos (SCHARFF y SCHARFF, 1991; SIEGEL, 1992). Para esclarecer este mecanismo un tanto complicado, veamos un ejemplo:

Amanda es una persona de 40 años, insegura y con una autoestima baja. Creció en una familia donde no se le prestaba ninguna atención, debido a la estrecha unión entre su hermana mayor y su madre. Ésta era una persona siempre abstraída en sus cosas, el padre no pasaba mucho tiempo en casa, por lo que Amanda creció sin mucho cariño y apoyo. Se casó con Alex a los veintitantos, en parte porque éste era una persona segura de sí misma y parecía tener claro cuál era su meta en la vida. Hoy, Amanda piensa que Alex es dominante y no atiende a su necesidad de aliento retroalimentación positiva. Proyecta en él la desatención de su madre y luego suplica cada vez más que se la convenza de su valía personal y sus capacidades. La petición constante de aliento y ánimo exaspera a Alex y lo lleva a alejarse de Amanda, y a decirle que quiere que sea más independiente. Alex, atareado en labrarse una carrera profesional, en parte se identifica con la madre, que quería que su hija fuera independiente para ella poder seguir con su vida y acusa a Amanda de ser una persona “necesitada”. Así, ella siente la misma soledad y falta de atención que experimentaba de niña. En un intento deses-perado por comprometer a Alex, se enfada y lo acusa de ser egoísta y distante, y dice que no la quiere. La discusión sobre este tema siempre es acalorada y cuando termina, ambos se preguntan si no estarían mejor separados.

Es como si lo que uno no puede tolerar o teme mucho de sí mismo se colocara en el otro, donde es objeto de todos los ataques. Estos procesos ayudan a explicar el alto grado de reactividad emocional tan frecuente en las parejas con problemas. FISHER (1999) destaca dos tipos de proyecciones: 1) los aspectos subjetivos de uno mismo como la ira, el enfado, el sadismo y lomanía persecutoria; y 2) los objetos interiores que consisten en figuras que habitan el mundo interior, como la pareja parental interiorizada, un padre maltratador o una madre ensimismada y distante. Sostiene que lo que empuja a atacar o contraatacar es la interacción entre estos aspectos subjetivos y los objetos interiorizados de uno mismo. Este proceso puede conducir a proyecciones y contraproyecciones más persistentes y malignas, por las que la pareja entra en un círculo vicioso de ataque y contraataque. Un proceso que puede desembocar en la experiencia de mutua aversión, bastante común en las parejas que no pueden separarse pero que siguen unidas en el desprecio o el odio mutuos (FISHER, 1999; SOLOMON, 1989). No se pueden separar porque cada uno arrastra los rasgos inaceptables del otro y debe mantenerlo cerca para mantener el control.

Desde la perspectiva de las relaciones objetales, el objetivo fundamental de la terapia de pareja es ayudar a cada persona a reconocer y recuperar las partes perdidas que se han proyectado a la otra parte de la pareja (FISHER, 1999; SCHARFF y SCHARFF, 1991; SIEGEL, 1992). Esto significa que la persona debe resolver el conflicto interiormente y

empezar a ver por qué estos aspectos de sí misma le resultan tan intolerables. Cuando esto se produce y las proyecciones se reintegran, hay mayor probabilidad de que la pareja pueda volver a una situación más equilibrada. En este sentido, el objetivo no es ayudar a la pareja a resolver el conflicto exterior, sino a que lo afronten integrando sus proyecciones (FISHER, 1999). Esto se consigue mediante la interrupción de los ciclos destructores negativos y la manifestación de una comprensión empática de los sentimientos y las experiencias de cada miembro de la pareja (SIEGEL, 1992). Los conflictos seguirán, como ocurre en todas las parejas, pero lo que cambia es la capacidad de abordarlos, entenderlos y resolverlos. Una vez que se integran las proyecciones, deja de existir la amarga intensidad que anteriormente hacía que el conflicto fuera tan difícil de solucionar.

Lo ideal es que, cuando la pareja es capaz de reflexionar conjuntamente sobre su experiencia emocional, en lugar de intentar controlarse mutuamente mediante indiscretas proyecciones o el abandono emocional, podamos pensar que también está preparada para prescindir de la terapia. Es de esperar que la pareja haya llegado a un punto donde sean capaces, en la dinámica de su relación, de dejar al otro una libertad emocional que o bien convierta la continua presencia amorosa del otro en un regalo, o bien le permita irse para que pueda iniciar una nueva relación.

(FISHER, 1999, pág. 283.)

La contención y el sostenimiento

Una idea importante que orienta la práctica es la de *contención*. Es un concepto tomado de BION (1967), que lo define como la capacidad de la madre de asumir la experiencia incontenible que el bebé proyecta sobre ella, pensar sobre ésta y devolvérsela de forma menos perniciosa. BION piensa que esto es también lo que el analista hace por su paciente. Es similar a la idea de *sostenimiento* o de *ambiente sostenedor* de WINNICOTT (1960). Sin embargo, el ambiente sostenedor se refiere más a la consistencia, la fiabilidad y la capacidad de respuesta a las necesidades de la actividad parental. Ambos conceptos son importantes en la terapia de pareja (CRAWLEY, 2007). La pareja necesita tanto del sostenimiento como de la contención. En la terapia, el ambiente sostenedor se refiere a la estructura que se le da, en el sentido de la regularidad de las sesiones, el ritmo de la sesión, los honorarios, y la actitud de aceptación y no reactiva del terapeuta. La terapia proporciona también un contenedor provisional para la pareja, donde se pueden absorber y comprender las identificaciones proyectivas, en lugar de representarlas de forma repetida (COLMAN, 1993; SCHARFF y SCHARFF, 1991; SIEGEL, 1992). Si los dos miembros de la pareja necesitan la contención continua, se producirá una lucha para ver “quién consigue ser el bebé” (LYONS y MATTISON, 1993). Sin embargo, uno de los objetivos importantes de la terapia de pareja es fomentar la capacidad de que la relación de pareja funcione como un contenedor psicológico para cada uno de los miembros (COLMAN, 1993) hasta que se pueda recuperar la función de contenedor de la relación marital (FISHER, 1999).

La contratransferencia

Para el terapeuta de pareja de relaciones objetales, la terapia consiste ante todo en comprender el mundo interior de la pareja a través de los mutuos procesos proyectivos de sus miembros (SCHARFF y SCHARFF, 1991; SIEGEL, 1992). Los terapeutas comparten su reflexión con la de la pareja mediante interpretaciones, explicaciones y una aceptación sin tono sentencioso alguno. Observan atentamente a la pareja durante varias sesiones, para identificar las fuerzas inconscientes que alimentan los patrones repetitivos que la mantienen estancada. Para ello, emplean su propia *contratransferencia* hacia la pareja y los patrones individuales como las mejores herramientas para sacar a la luz estos procesos inconscientes.

SCHARFF y SCHARFF (1991) han destacado, formulado y detallado este proceso de manera exhaustiva. Explican cómo observan e interpretan sus propias reacciones, imágenes y fantasías emocionales ante la pareja como tal y de sus componentes, para comprender perfectamente la dinámica de la pareja. Prestan atención a cómo ésta trata al terapeuta y también al impacto que en él produce la interacción de la pareja. A partir de su propia experiencia personal y profesional con parejas, sus padres, amigos, relaciones anteriores, relaciones terapéuticas, procuran comprender los patrones de esta pareja en particular.

Poco a poco, nos familiarizamos con los aspectos defensivos de estos ciclos repetitivos. Lo hacemos una y otra vez, abarcando el mismo territorio y haciendo incursiones en territorio defendido, al que nos es especialmente fácil acceder en los momentos en que la transferencia de la pareja ha despertado una respuesta de contratransferencia con la que podemos apreciar su vulnerabilidad. A medida que se consolida la confianza, podemos ayudar a la pareja a entender y afrontar la indescriptible ansiedad que se oculta en la defensa. Nuestra ayuda adquiere la forma de interpretaciones de la resistencia, la defensa y el conflicto, que conceptualizamos como operantes a través de los sistemas inconscientes de relación objetal que sostienen y trastornan el matrimonio.

(SCHARFF y SCHARFF, 1991, pág. 104.)

La sexualidad y la asociación psicósomática

La mayoría de terapeutas de pareja psicósomáticos trabajan de forma activa para comprender la relación sexual de la pareja. WINNICOTT (1960) habla de la *asociación psicósomática* de la pareja bebé-madre. SCHARFF y SCHARFF (1991) partiendo del término de WINNICOTT muestran cómo en la pareja adulta hay también una vinculación psicósomática. Esta asociación tiene su origen en la relación madre-bebé, donde la proximidad física y emocional van unidas. Esta relación emocional, física, nutriente y de cariño tan estrecha se repite después dentro de la relación sexual de la pareja adulta. La relación sexual es donde la interacción física de la pareja se asemeja a las relaciones objetales de pareja e individuales interiores. La asociación psicósomática debe propiciar un “sexo lo suficientemente bueno”. Es decir, debe expresar la intimidad, contener la frustración, ser una parte de la relación lo bastante buena para reducir la tensión, al

tiempo que a veces satisfaga las necesidades y fantasías de la pareja. La idea de “suficientemente buena” es muy útil: no hay necesidad de que sea perfecta ni cumpla todas las expectativas, pero debe ser una actividad satisfactoria e íntima al menos durante cierto tiempo.

SCHARF y SCHARF (1991) sostienen que la relación sexual renueva la energía de la diada, repara el desgaste natural de la vida corriente y expresa los aspectos amorosos de los mundos objetales interiores. Cuando es buena, ayuda al mutuo sostenimiento de la pareja. Pero cuando es problemática, también puede agigantar los objetos interiores reprimidos, tanto los de rechazo como los de excitación pero frustrantes. En este caso, socava la sensación de cariño, de atención recíproca y de seguridad de la relación. La expresión sexual se guía más por fuerzas inconscientes que conscientes, por lo que a menudo es un campo donde es difícil promover el cambio. SCHARFF y SCHARFF señalan que una relación sexual difícil normalmente es consecuencia de problemas de relaciones objetales, y que una asociación sexual insatisfactoria añade una carga más a la relación, con lo que se crea un ciclo negativo que se autofortalece.

El drama edípico en la relación de pareja

La teoría de las relaciones objetales se ha ocupado primordialmente de cómo se interiorizan las primeras relaciones con los demás para luego reaparecer en la relación de pareja, pero también se presta atención a cómo los conflictos edípicos posteriores aparecen. En el mito griego original, los padres de Edipo ordenan a un sirviente matar a su hijo para salvarse ellos. Éste lo abandona a su suerte (GRIER, 2005). Un pastor lo encuentra y se apiada de él. Edipo se hace mayor y, siendo aún joven, mata a su padre, sin saber de quién se trata tal y como había anticipado el oráculo, y se casa con su madre. FREUD utiliza este mito como imagen para comprender la pasión que el joven siente por el progenitor del otro sexo y la envidia que el otro progenitor despierta en él por gozar de una relación sexual exclusiva con el progenitor adorado. En esencia, el conflicto de Edipo es un problema de ansiedad y angustia generadas por el triángulo, que para el niño tiene que ver con el hecho de estar excluido de la pareja parental o demasiado vinculado al padre o la madre (FISHER, 1999). El mito de Edipo indica lo complicado, y a veces devastador, que puede resultar pasar de ser dos a ser tres.

Evidentemente, uno de los principales cambios en la vida de la pareja es el nacimiento de los hijos. Una vez más, los diferentes tipos de angustia tienen su raíz en la inclusión y la exclusión. ¿El bebé se llevará todo el cariño de la madre, sin que quede lo más mínimo para el padre? ¿Habrá que mantenerlo distante para preservar la relación de pareja? Cuando la madre ve que su marido sonríe embobado a su hijita, ¿siente que se le despierta la envidia? La llegada del hijo se relaciona inconscientemente con las primeras experiencias de cariño, odio, desengaño y rivalidad con los padres y los hermanos (FISHER, 1999; GRIER, 2005). El drama de Edipo es una tragedia sobre este espacio triangular, que obliga a la persona a afrontar la perturbación que conlleva el hecho de ser

excluida de la pareja parental al tiempo que forma parte de otra pareja que excluye a la otra persona (FISHER, 1999).

Frank tenía cuatro hermanas y era el mayor de los cinco. Siempre tuvo la sensación de estar excluido y de pequeño le fue difícil hacer valer sus intereses. Su padre lo maltrataba físicamente y sólo pensaba en que despuntara en los deportes. Frank se enamoró de Doris, una chica cariñosa y atenta a la necesidad que Frank tenía de una relación estrecha, en la que sentía ser parte de algo. La relación fue sólida hasta la llegada del primer bebé, Jessica. A Doris le encantaba ser madre y dedicaba gran parte de su energía a ejercer de tal con su hija. Frank se sentía abatido y marginado en la familia. No sabía cómo unirse a la cohesionada díada de la madre y la hija, y no dejaba de sentirse excluido de esa relación. Tan devastador era ese sentimiento que estaba pensando en dejar el matrimonio.

Pero, en lugar de un hijo, la tercera parte puede ser una amistad importante, un interés intenso, una atención obsesiva al trabajo o una aventura amorosa. Como si de un hijo simbólico se tratara, puede ser un peligro para la cercanía, la intimidad y la exclusividad, y generar envidia, odio y celos (BALFOUR, 2005; GRIER, 2005). Estas experiencias estarán relacionadas con otras primigenias de rivalidad, amor y odio con los padres y hermanos. Son unas experiencias que pueden favorecer el avance de la pareja, o sentirse como una catástrofe, de modo muy similar a la historia de Edipo Rey (FISHER, 1999; GRIER, 2005).

Susan y Tony acudieron a la terapia para hacer frente al desequilibrio que había provocado en la pareja una infidelidad de Tony. Ésta se produjo en una única ocasión, y no existía ningún apego con aquella mujer. Tony estaba horrorizado por lo que había hecho y dispuesto a hacer cualquier cosa para reparar el daño que por su culpa había sufrido la relación de 20 años de matrimonio, sólida y afectuosa en la que ninguno de los dos había sido infiel al otro con anterioridad. A Susan le era extremadamente difícil entender lo ocurrido, y estaba decidida a abandonar el matrimonio como maniobra de defensa para evitar sentirse herida de nuevo. Durante unas cuantas sesiones, se analizó la experiencia que para Susan había supuesto esa violación del compromiso matrimonial. El terapeuta fue indagando en las experiencias de Susan en su familia de origen y salió a la luz que ésta tenía otra hermana menor que ella, la favorita de su madre. Su padre estaba fuera de casa muy a menudo, de modo que Susan no podía recurrir a él en busca de otro tipo de relación. De pequeña solía sentirse sola, pensaba que no “sabía hacerse querer” y que nadie “reparaba en ella”. Aunque se trataba de unas experiencias difíciles de procesar, ayudaron a Susan a comprender cuán devastador había sido para ella el engaño de su marido. Había proyectado en la relación de pareja un vínculo amoroso idealizado, una relación en la que ella era encantadora, querida y objeto de atención; y la única. La infidelidad quebró esta imagen y despertó viejos sentimientos de desesperación, odio y envidia.

En la relación de pareja generalmente se produce también otra dinámica. Tiene que ver con la sensación de sus miembros de estar apresados entre el miedo al aislamiento y el miedo al abandono. Es una dinámica cuyo origen está en el proceso de resolución de la situación edípica: en qué medida es segura la cercanía con el padre o la madre, y si una proximidad excesiva puede hacer que éstos le controlen a uno: aislándole o absorbiéndole, si la relación es demasiado cercana. ¿Puede un progenitor acostumbrarse a moderar la relación amorosa con el otro? Estas amenazas, cuando están sin resolver, se repetirán después en la relación de pareja, y en la consulta pueden producir una gran

desesperación y amenazar con la aniquilación (BALFOUR, 2005).

Gail y Max no se ponen de acuerdo sobre el grado de cercanía o distanciamiento que deben dar su relación. A Max le gustaría pasar mucho más tiempo los dos solos, mientras que a Gail le entusiasma que cada uno cuente con sus amigos y tenga sus propias actividades. Gail se crió en el seno de una familia aglutinada, donde sus intentos de diferenciarse se miraban con recelo y una atención agobiante. Lo que para Max es una cercanía suficiente para satisfacer su necesidad de intimidad, a ella le supone un agobio.

La propia consulta, por supuesto, constituye un espacio triangular, formado por el terapeuta y la pareja. Esto puede suscitar fuertes sentimientos de inclusión, exclusión y envidia en cada una de las tres personas, también en el terapeuta, a medida que evolucionan las distintas configuraciones de la cercanía, la intimidad y la comprensión.

Conclusión

La principal finalidad de un enfoque de relaciones objetales de la terapia de pareja es ayudar a las parejas a ser conscientes de sus propias imágenes en conflicto, disminuyendo así la proyección de éstas en el otro. Un supuesto subyacente en este planteamiento es que la relación de pareja crea las condiciones para un intenso apego que activa algunas de las buenas y malas experiencias de la primera infancia. Este sistema terapéutico se desenvuelve en un espacio de aceptación incondicional, en el que la pareja puede analizar el conflicto actual y su vinculación con relaciones tempranas conflictivas. Las principales intervenciones serán la actitud empática, la contención, el procesado de las experiencias emocionales y la comprensión de las relaciones de objeto inconscientes, a menudo mediante la contratransferencia y la interpretación del terapeuta.

* Patrón de conducta visible en el que se reflejan los sentimientos que se experimentan de forma subjetiva. En este sentido se emplea a lo largo de toda la obra. (*N. del T.*)

CAPÍTULO II

La psicodinámica de la relación de pareja: Psicología del *self*, intersubjetividad y teoría del apego

Si en las relaciones objetales se destacan las proyecciones y las identificaciones proyectivas de los miembros de la pareja, los planteamientos intersubjetivos o interaccionales y de la psicología del *self* se centran sobre todo en la comprensión empática de lo que ocurre cuando se expresan las necesidades actuales o que surgieron en edades tempranas y la pareja no reacciona como se desea. Uno de los elementos que distinguen la psicología del *self* de otros enfoques analíticos es el grado de énfasis en la inmersión empática durante la actividad de análisis pormenorizado de la experiencia subjetiva de cada miembro de la pareja (LIVINGSTON, 1995; 2001).

La inmersión empática

La inmersión empática es “la capacidad de pensar y sentirse en la vida interior de otra persona” (KOHUT, 1984, pág. 82). En este planteamiento, la primera tarea del terapeuta consiste en una exhaustiva exploración empática de la experiencia que cada miembro de la pareja tiene de la relación (SHADDOCK, 2000). Es un trabajo que constituye a la vez una herramienta de evaluación y una potente intervención; en él la pareja observa que la experiencia de cada uno es importante, y que puede haber espacio para las distintas realidades subjetivas (LIVINGSTON, 2001; SHADDOCK, 2000). La exploración detenida de la experiencia de cada persona sin enjuiciarla propicia una distensión de las defensas. A medida que los miembros de la pareja perciben que el terapeuta los escucha con atención, los comprende y les responde, poco a poco empiezan a sentirse lo bastante seguros para dejar que emerjan necesidades, temores y flaquezas no reconocidas.

El terapeuta pone todo el empeño en crear un entorno seguro en el que la pareja pueda llegar a aceptar el mensaje de que el objetivo no es culpar a nadie y de que, si seguimos analizando, averiguaremos entre todos qué ha ocurrido en la relación. Cuando las parejas acuden al tratamiento se sienten angustiadas. Esperan que se las comprenda y ansían servirse de la fuerza y los conocimientos del terapeuta, pero temen sentirse criticados, culpados o incomprendidos (SHADDOCK, 2000). Básicamente, la tarea del terapeuta consiste en avanzar y retroceder despacio en la exploración de la experiencia que cada miembro de la pareja tiene de la relación y ofrecer una respuesta empática a los

sentimientos y los temores ocultos de cada persona. Si se trata de personas imprevisibles, puede ser un proceso muy difícil. Las parejas acuden a la terapia porque no han recibido respuestas empáticas del otro ni la seguridad que necesitan en la relación. Además, se suelen sentir heridas o amargadas, e incapaces de reparar las dificultades de su relación (LIVINGSTON, 2001). La experiencia que tienen del terapeuta, que trabaja con ahínco para comprender sin ninguna actitud defensiva, les ofrece un modelo alternativo de convivir con el enfado, el disgusto o el miedo de su compañero.

La inmersión empática no implica aprobar la conducta. Es importante que el terapeuta establezca unos límites a conductas como los enfados, culpar al otro y el maltrato, que son inherentemente destructivas. Por ejemplo, es útil que el terapeuta diga: “Haré todo lo que pueda por comprender tu enfado, pero la forma en que lo expresas no hace sino distanciarte de mí y de tu pareja” (SHADDOCK).

Las experiencias y transferencias de auto-objeto

Las experiencias de auto-objeto conllevan sentirse estrechamente vinculado a otra persona que contribuye a regular el afecto, la seguridad y la autoestima. Su necesidad está presente desde el nacimiento y no desaparece, sino que evoluciona desde unas rígidas formas arcaicas (que ninguna madre podría satisfacer) hasta las capacidades más flexibles para la afinidad de auto-objeto de la madurez. Un aspecto importante de estas experiencias de auto-objeto es el grado de control que inconscientemente se asume sobre ellas. En los momentos de una relación de auto-objeto, la otra persona se experimenta como una prolongación de uno mismo, de modo muy similar a como uno se pueda relacionar con una parte del propio cuerpo. Estas alteraciones que el otro provoca en el suave discurrir del funcionamiento del auto-objeto se perciben de manera intensa y provocan en el niño, o en el adulto herido, el tipo de ansiedad, desasosiego o furor que uno podría sentir si de repente el brazo derecho cobrara vida propia.

Los estudios sobre la relación madre-hijo demuestran claramente que la regulación mutua se produce mediante el compromiso tanto verbal como no verbal, y que esta experiencia de la relación de auto-objeto se interioriza en el yo en desarrollo (BEEBE y LACHMAN, 1992). La sana sensación de sí mismo incluye un sentimiento de cohesión, continuidad en el tiempo, capacidad de influencia y sentimientos de vitalidad y autoestima positiva (SHADDOCK, 2000). La experiencia de *auto-objeto* en la relación de pareja se refiere a ser capaz de utilizar al otro como fuente de mantenimiento, restablecimiento o consolidación de la experiencia interior del yo. KOHUT (1984) decía que “un buen matrimonio es aquel en el que una u otra de las partes acepta el reto de ejercer la función de auto-objeto que el sentimiento de sí mismo temporalmente atrofiado del otro necesita en un determinado momento” (pág. 200). O, como bromeaba más adelante, es un lugar en el que sólo puede enloquecer una de las partes a la vez.

KOHUT (1984) decía que a lo largo de la vida se necesitan tres formas particulares de experiencias de auto-objeto. La primera necesidad de auto-objeto es la de reflejar en

espejo. Tal necesidad supone ser receptivo a los estados de orgullo, efusividad, entusiasmo y dominio del yo. Las parejas sienten una intensa necesidad de obtener mutuamente estos tipos de respuestas. Si la alegría de conseguir algo no se puede compartir porque provoca una reacción competitiva, de resentimiento o de retraimiento en el otro, se agudizarán las ganas de que sean otros los que miren en nuestro espejo (LIVINGSTON, 2001; SHADDOCK, 2000). Por ejemplo:

Richard, empresario de mucho éxito, ha tenido la sensación de que Catherine su mujer, vivía su logros con desinterés y se mostraba incapaz de compartir el placer que él siente en los eventos públicos que confirman su importancia en su campo. Él se sentía muy solo y aislado en la relación por lo que ha buscado la mirada de admiración que añora en aventuras con mujeres de su entorno empresarial. Siente que saben “comprender la importancia de lo que he logrado y cuánto he influido en mi sector”.

La segunda forma de necesidad de auto-objeto es la idealización (*idealizing*). Para los niños, es una experiencia de suma importancia, la de ser capaces de vincularse con alguien de más conocimiento y fuerza que uno mismo, y que con su actividad tranquilizadora puede ayudar a regular el miedo y el dolor. En el caso de las parejas, existe la necesidad de que el compañero aporte una presencia que sosiegue, contenga y apacigüe al otro, cuando la ansiedad, la vulnerabilidad y el desasosiego superen la capacidad normal de autorregularse (LIVINGSTON, 2001; SHADDOCK, 2000). El compañero ejerce provisionalmente las funciones tranquilizadoras, lo cual significa que puede haber una vuelta a un estado más estable del yo. Aunque estas necesidades de estabilidad y seguridad son esenciales para una relación de pareja que funcione bien, deben guardar equilibrio con la función de espejo, que favorece mejor el desarrollo y crecimiento personales. Por ejemplo, Catherine está muy dolida porque piensa que ha sentado una base segura y sólida sobre la que Richard pueda apoyarse. Sin embargo, éste cree que en esa base se ha descartado el fomento de las experiencias de desarrollo que ayudarían a ambos a avanzar.

La tercera forma de necesidad de auto-objeto es la de la escena interna de pareja. Ésta produce una sensación de pertenencia. En la relación de pareja, la pertenencia depende de una similitud en los valores, los gustos y las costumbres (SHADDOCK, 2000). Para muchas parejas, encontrar actividades con las que ambos disfruten es toda una batalla. Hay que negociar todo lo que se refiera al tipo de cine, literatura, deporte, vacaciones, coche, restaurante y comida que cada uno prefiere. Si existen unas diferencias excesivamente grandes, puede surgir un sentimiento de aislamiento y distanciamiento que puede perturbar la unión de la pareja.

Las relaciones de pareja reactivan los recuerdos conscientes e inconscientes de antiguas experiencias de auto-objeto, además de la esperanza de que se aporte lo que en las relaciones parentales faltaba o adolecía de escasez (SHADDOCK, 2000; SOLOMON, 1989). En momentos de estrés, por ejemplo, las necesidades de auto-objeto de idealización son de primordial importancia. En unas relaciones de pareja sanas, se viven

experiencias de sentirse escuchado, comprendido o protegido. Asimismo, los sentimientos efusivos y apasionados a menudo se reflejan en el espejo de la relación sexual (SHADDOCK, 2000). Estas funciones posibilitan que las parejas superen grandes adversidades, como la enfermedad, la pérdida de un hijo o dificultades económicas. Si la relación se puede experimentar como un refugio en un mundo escabroso, normalmente la satisfacción marital es elevada (SOLOMON, 1989).

La pregunta fundamental es si la persona se siente reconocida y comprendida, o abandonada, por las reacciones de su pareja y si la experiencia del fracaso de auto-objeto tiene un componente temprano. Una relación de pareja íntima permite que emerjan la regresión y las transferencias de auto-objeto. Ocurre con frecuencia que las respuestas por las que se suspira se originan en los aspectos más diminutos y dependientes del yo. Mensajes del tipo “quíereme como soy”, “comprende lo que necesito” y “haz un sitio para mis sentimientos, en especial para aquellos que no puedo aceptar en mí mismo”, son la súplica callada que se oculta en muchos conflictos de pareja (SOLOMON, 1989). Muchas veces, cuando las parejas acuden a la terapia es porque no han sido capaces de aportar mutuamente las funciones de auto-objeto. Como KILIAN (1993) dice, con cierto tono jocoso, gran parte del conflicto de pareja tiene que ver con quién consigue ser el “yo” y quién el “objeto del yo” o “auto-objeto”.

La vulnerabilidad narcisista, el agravio y la cólera

La vulnerabilidad narcisista es un estado desprotegido del yo que está en la base de muchas conductas defensivas (LIVINGSTON, 2001). Cuando se produce un patrón repetido en la infancia de tempranos fracasos y agravios emocionales, esto crea una vulnerabilidad narcisista y unos patrones defensivos en las relaciones afectivas posteriores (SOLOMON, 1989). Las heridas que provocan vergüenza o humillación originarán toda una serie de maniobras defensivas. Las personas con intensas vulnerabilidades narcisistas desean participar en una relación, pero tienen unas expectativas sobre lo que la pareja les puede ofrecer que inevitablemente les llevan a un gran desengaño. En el fondo, hay un miedo a la fragmentación o el vacío interior. La vulnerabilidad narcisista se puede manifestar en aventuras amorosas, en adicciones o en estados de furia. Por ejemplo, una aventura extramarital puede servir para proteger a la persona vulnerable de estar en un matrimonio que experimenta como demasiado íntimo. La conducta que es difícil de comprender adquiere sentido cuando se entiende como un intento por proteger un yo más frágil de una ansiedad, un estrés y un terror abrumadores (LIVINGSTON, 2001; SOLOMON, 1989).

SOLOMON (1989) sostiene que la mayor parte de las cuestiones propias de una relación, por ejemplo, el dinero, el trabajo, el sexo y la parentalidad, en realidad son manifestaciones de la vulnerabilidad narcisista y de los agravios narcisistas a la autoimagen. Cuando no existe una historia de graves heridas narcisistas, las diferencias se pueden resolver mediante el compromiso, la negociación y la aceptación. Cuando hay

una historia con un importante fracaso en la provisión de medios emocionales para el niño en desarrollo, las pequeñas discusiones y desavenencias pueden provocar una experiencia de fragmentación, cólera y destrucción emocional. Algunas personas narcisistamente vulnerables abrigan expectativas de control sobre su pareja, como si ésta fuera una prolongación de uno mismo.

La cólera narcisista no se entiende como un impulso agresivo inherente, como en las relaciones objetales, sino como el producto de un yo fragmentador que reacciona a un agravio narcisista (LIVINGSTON, 1998). Es diferente del enfado y la sana firmeza de carácter, expresión de un yo más cohesionado. La cólera suele aparecer cuando la persona no es lo bastante receptiva a la otra, que necesita que se le afirme, se le tome como modelo, se le tranquilice o se le una. También se considera una defensa contra las emociones dolorosas como la ansiedad, la desesperación, el abandono y la indefensión (LIVINGSTON, 2001; SOLOMON, 1989).

Para trabajar con la cólera narcisista, el terapeuta debe aceptar e interpretar la agresividad como una reacción comprensible ante desprecios reales o ficticios. El terapeuta de pareja puede preguntar qué se siente al estar tan enfadado. El trabajo está orientado a comprender y regular el sentimiento, más que a corregir las distorsiones (LIVINGSTON, 1998). El papel del terapeuta es el de centrarse en los sentimientos, los temores y los impulsos peligrosos desde la perspectiva de cómo se produjeron en los primeros años de la persona, qué los activa en la actualidad y cómo se pueden contener (SOLOMON, 1989). El objetivo es concentrarse en la vulnerabilidad subyacente de cada uno de los miembros de la pareja, sobre todo cuando aparece el conflicto. El terapeuta debe permanecer en sintonía con ambos y dar una explicación que incluya las experiencias subjetivas de uno y otro, al tiempo que avanza en la creación de una realidad compartida. Hay que ser muy hábil para poder observar los cambios empáticos que provocan la cólera y luego explorar la experiencia interior de desintegración. Un objetivo importante es ayudar a las personas a desarrollar formas de tolerar la vulnerabilidad sin recurrir a la agresividad (LIVINGSTON, 2001). También es útil para el terapeuta reforzar el apego ayudando para ello a la pareja a subsanar mutuamente los trastornos emocionales que presenta cada uno de los miembros (SHADDOCK, 2000).

La intersubjetividad

El enfoque de la intersubjetividad o interaccional dentro del psicoanálisis va estrechamente unido a la psicología del *self*. Pone gran énfasis en las aportaciones del terapeuta a la co-construcción del espacio interaccional entre el terapeuta y el cliente (ATWOOD y STOLOROW, 1984). En la terapia de pareja, el planteamiento interaccional alienta la idea de que la experiencia individual forma parte de un sistema de relación, y no se puede entender sin comprender cómo funciona este sistema. Las relaciones de pareja se consideran sistemas de regulación mutua. La regulación no tendrá éxito cuando una parte ignora o amplifica los sentimientos de la otra, cayendo así en patrones de escalada

del conflicto o de huida. Esto hace difícil que los miembros de la pareja utilicen la relación como medio para suavizar los sentimientos perturbadores que cada uno de los dos experimenta.

En una relación de pareja se albergan esperanzas inconscientes de que con ella se fomenten nuevas experiencias que mejoren el desarrollo y al mismo tiempo temores inconscientes de que se repitan las viejas experiencias traumáticas que inhibían ese desarrollo (SHADDOCK, 2000). El terapeuta debe analizar con delicadeza qué fue lo que hizo que la relación pasara de estar organizada por unas expectativas sobre el otro, a ser una relación donde dominan los miedos a que se repita el trauma infantil. En este sentido, existe una búsqueda del suceso o la experiencia que reorganizó la relación siguiendo unas líneas defensivas.

Uno de los componentes clave de la teoría interaccional es que la realidad psíquica depende del contexto y se debe entender dentro de los entornos evolutivo, de relación y de tratamiento que la configuran (SHADDOCK, 2000). Se trata de algo un tanto distinto de algunos de los supuestos que subyacen en la teoría de las relaciones de objeto, que destaca las representaciones fijas del yo y el objeto derivadas de las experiencias infantiles. Incluso en los casos de pareja que parecen atrapadas en un patrón de inculpação y ataque, los enfoques interaccionales se centran en cómo la relación actual favorece experiencias y conductas negativas.

Los objetivos del tratamiento

En los modelos de la psicología del *self* e interaccionales de la terapia de pareja, el tratamiento se centra en la necesidad de ésta de reflejar en espejo y de idealizar las escenas internas de cada uno de los miembros. Estas necesidades dan lugar a unas intensas interacciones de transferencia-contratransferencia, de ahí que el terapeuta se concentre ante todo en la experiencia que los miembros de la pareja tienen uno del otro y en los fracasos empáticos que se generan, más que en la relación con el terapeuta, más propia de los enfoques de terapia individual (LIVINGSTON, 1989). Parte de este trabajo consiste en ayudar a la pareja a reorganizar sus representaciones interiores negativas del otro (SOLOMON, 1989). Aquí el énfasis no está tanto en las identificaciones proyectivas, como ocurre en la terapia de relaciones objetales, sino en comprender qué ocurre cuando se expresan las necesidades tempranas y el otro miembro de la pareja no reacciona de la forma esperada.

Gran parte de la intervención tiene como objetivo el análisis detenido de los sentimientos que se ocultan bajo los conflictos de la pareja. El análisis o exploración transmite el mensaje de que hay que escuchar a cada miembro de la pareja, al que el terapeuta no va a culpar, atacar ni avergonzar. Esto proporciona también un modelo de sintonía empática hasta que la pareja sepa proporcionarse mutuamente este tipo de experiencias (SHADDOCK, 2000; SOLOMON, 1989). Se insiste en trabajar con las decepciones percibidas del auto-objeto actuales, además de con las antiguas. Sin

embargo, también se trabaja en ayudar a la pareja a aprender a tolerar una relación compuesta tanto de éxitos como de fracasos en la función del auto-objeto. Además, es posible que las personas necesiten analizar sus antiguos deseos fusionales cuyo origen está en la experiencia de la madre en la infancia. Estas fuertes nostalgias reaparecen en el estado de “enamoramiento” y durante la unión sexual, pero no se pueden mantener de forma continua en la relación adulta.

La inmersión empática en la experiencia de cada miembro de la pareja contribuye a contener la ansiedad, al tiempo que ayuda a la pareja a hacer suyos e integrar sus respectivos sentimientos. Esto se logra en gran medida mediante la traducción de la conducta de inculpación y ataque en mensajes significativos sobre las necesidades y los temores presentes en la relación. El terapeuta sugiere que acepten los sentimientos, en lugar de culpar o atacar al otro. Desacelera el proceso y hace preguntas del tipo: “lo ocurrido es doloroso, ¿qué soléis hacer cuando os parece demasiado difícil de tolerar?” o “¿cuáles son los sentimientos que afloran con lo que tu compañero acaba de decir?, ¿cómo te proteges de unos sentimientos tan dolorosos?” (SOLOMON, 1989). El objetivo es ayudar a la pareja a participar en la auto-observación cuando se producen el agravio, el enfado o la humillación, en vez de proyectar la culpa en el otro o, ante las diferencias, mostrar curiosidad antes que enfado (SHADDOCK, 2000). Las diferencias suscitan profundos temores de destrucción (es posible que tus diferencias me absorban) o de abandono (es posible que finalmente no tengamos ninguna conexión).

En los modelos interaccionales y de la psicología del *self*, se ayuda a los miembros de la pareja a conseguir un equilibrio entre la *receptividad* y la *reactividad* (LIVINGSTON, 2001). La receptividad es un modo de escuchar desde una postura empática con la experiencia del otro. Pero para hacerlo, uno ha de ser capaz de descentrarse de sus propias reacciones emocionales. La reactividad es un modo de escuchar desde la propia perspectiva emocional (BACAL, 1998). Por ejemplo, si los miembros de la pareja se permiten mutuamente expresar el enfado sin reaccionar también con enojo, existe la posibilidad de afrontar con éxito ese enfado, en vez de agudizarlo. En algún caso, puede ayudar a la terapia asignar una tarea a la pareja, por ejemplo, un ejercicio de escucha activa para crear experiencias empáticas, o estimular la afirmación de uno mismo pidiendo a los miembros de la pareja que definan el tipo de relación que quieren. Por ejemplo: “Me gustaría ver si realmente puedes conseguir que ella entienda lo que tú quieres de ella”.

En resumen, el factor curativo fundamental es la investigación y legitimación de la vulnerabilidad subyacente del yo de cada uno de los miembros de la pareja (LIVINGSTON, 1998). Lo que diferencia a la psicología del *self* de otros enfoques analíticos es la atención primordial a la inmersión empática. El conflicto no se evita, sino que se analiza y entiende como una fractura en el vínculo empático de la pareja. La psicología del *self* intenta reforzar la regulación del afecto, la contención, la autocohesión y la intimidad (LIVINGSTON, 2001). Cuando la pareja se siente profundamente comprendida en su

vulnerabilidad, puede empezar a desarrollar una conexión entre ellos mucho más sólida. En esencia, el terapeuta debe:

conectar con la experiencia subjetiva de los dos ... reconocer sus necesidades de auto-objeto individuales y a veces conflictivas ... funcionar como un auto-objeto ... comentar empáticamente y relacionar las necesidades que se ocultan en las inter-acciones disfuncionales y en los patrones defensivos ... interpretar la conexión entre el pasado y el presente ... y contener la conducta destructiva ... y para ello fijar unos límites y aportar una estructura.

(GOLDSTEIN, 1997, págs. 75-76.)

La teoría del apego y la terapia de pareja

La teoría del apego utiliza unos mecanismos explicativos un tanto diferentes. No obstante, se solapa considerablemente con los planteamientos de la psicología del *self* e interaccionales, en lo que se refiere a su forma de explicar las causas ocultas de las dificultades de la pareja. Tanto las teorías interaccional y de la psicología del *self* como la que se basa en el apego se preocupan ante todo de cómo se utilizan la protesta, el enfado y el retraimiento como maniobras defensivas para proteger un temor o una vulnerabilidad subyacentes en el sistema de la pareja.

John BOWLBY (1958; 1973) desarrolló el marco del apego para explicar cómo las personas establecen vínculos emocionales con otras figuras importantes y cómo trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad van unidos a la alteración de esos vínculos. BOWLBY demuestra que el apego proporciona mecanismos de seguridad y protección al niño en desarrollo y que la separación y la pérdida perturban esta “base segura” o “refugio seguro”, generando la protesta y el enfado, la depresión, la renuncia y el distanciamiento. El apego ayuda a regular la proximidad a los cuidadores, lo cual posibilita la exploración del entorno (la base segura), mientras que en momentos de enfermedad, fatiga o estrés constituye un refugio seguro (el refugio seguro). La perturbación del apego genera sentimientos primitivos y de mucha fuerza.

La teoría del apego asume que esas primeras experiencias se organizan interiormente en un “modelo de trabajo” (BOWLBY, 1973) de las relaciones que se convierten en los cimientos de la posterior personalidad adulta. Entre estos modelos de trabajo están formados por una compleja red de sentimientos, de representaciones cognitivas y de conducta en las relaciones, en esencia, un mapa del yo y de su relación con los demás. Las personas inconscientemente usan el modelo para predecir y comprender las relaciones actuales y darles sentido.

Las buenas experiencias de apego de la infancia se traducen en un sentimiento de seguridad, confianza y protección. La función es la misma en el adulto: la formación de vínculos duraderos con unas pocas personas importantes con las que se puede contar para la protección psicológica, la reafirmación y la recuperación del equilibrio, todo lo cual lleva a un patrón seguro de apego (SABLE, 2000; JOHNSON, 2002). Las experiencias de apego deficientes generan unos patrones de inseguridad, que se asocian con una

diversidad de alteraciones, como la ansiedad, la depresión, los trastornos alimentarios y los trastornos de personalidad (SABLE, 2000).

Las estrategias individuales en las relaciones

La teoría del apego ofrece una forma de conceptualizar las experiencias de apego del cliente y cómo los efectos de los primeros acontecimientos han influido en los “modelos de trabajo” que la persona utiliza en las relaciones (FOSHA, 2000; SABLE, 2000). Las experiencias de apego seguro conducen a creer que las demás personas son comprensivas y receptivas y uno siempre puede recurrir a ellas (FONAGY, 2001), mientras que las de apego inseguro llevan a pensar de forma inconsciente que las personas importantes para uno no están a su alcance ni son receptivas, sino que lo rechazan, abandonan o maltratan. Además, el niño aprende a negar cualquier aspecto de esta experiencia que su cuidador no pueda tolerar, para así mantener el vínculo. Estas experiencias y sentimientos reprimidos se convierten después en zona prohibida, con lo que se reduce la variedad de sentimientos en las experiencias relacionales de la edad adulta (FOSHA, 2000).

Las personas buscan sin darse cuenta una pareja que de algún modo se “ajuste” a su modelo de trabajo interior o lo tolere, con la esperanza de que se puedan dominar los viejos patrones. La comprensión de estas estrategias ayuda al terapeuta a formular objetivos de la terapia para las parejas, de modo que alcancen una posición más equilibrada: ni demasiado distante, ni tan cercana que favorezca la dependencia mutua.

Louise y Linda llevaban juntas más o menos un año, pero parecían incapaces de dar el paso a convivir o de comprometerse con una relación a largo plazo, pese a que una y otra decían que era eso lo que deseaban. Este estancamiento las llevó a iniciar una terapia de pareja.

Al principio de la relación, a Linda le atraía la espontaneidad de Louise y su facilidad para expresar y comprender su propia vida emocional. A Louise, a su vez, le atraía de Linda su planteamiento reflexivo y cuidadoso de la vida y su capacidad de planificar, invertir y ahorrar para el futuro. Compartían además muchos intereses y disfrutaban plenamente de sus momentos de ocio juntas.

Sin embargo, Linda se mostraba extremadamente cauta, porque había salido gravemente dolida de una relación anterior y no estaba segura de su capacidad de defenderse sola en una relación a tiempo completo, en especial con alguien de sentimientos tan definidos como Louise. Pese al elevado nivel de su competencia en el ámbito público, con un buen trabajo, una casa de su propiedad, e inversión para el futuro, era muy vulnerable a nivel emocional. Necesitaba un amplio espacio de tranquilidad para recuperarse del estar con otras personas, Louise incluida.

Linda era hija única, su madre era muy invasiva y quería controlar la mayor parte de los aspectos de la vida de la hija. Su padre dedicaba muchas horas al trabajo y pasaba poco tiempo en casa, de ahí que Linda no pudiera recurrir a otra fuente de protección o apoyo. Estar con su madre equivalía a hacer lo que ésta quería que ella hiciera. La mujer empleaba en su hija toda su energía, el éxito de Linda en los estudios y los deportes era fundamental para la autoestima de su madre. Linda la quería pero le resultaba imposible defenderse de ella o establecer su propio sentido de identidad. Para afrontar tal situación se fue haciendo cada vez más reservada y emocionalmente cerrada ante su madre.

Por otro lado, Louise había vivido la experiencia del abandono por parte de su madre y de su padre. Ambos se desentendieron de ella y a los 15 años la dejaron en un piso con su hermano y un

niñera, de modo que sus padres pudieron irse a vivir con otras parejas. Sentía pánico siempre que Linda se distanciaba y, cuando intentaba salvar esa brecha, a Linda le aterraba que Louise fuera depender tanto de ella.

Con un poco de trabajo, esta dinámica salió a la luz, gracias a ello Louise y Linda pudieron tomar decisiones más conscientes sobre cómo iban a abordar sus miedos a estar juntas en una relación. Louise empezó a comprender la necesidad de Linda de tranquilidad y privacidad, una necesidad que ya no interpretaba como un rechazo hacia ella. A su vez, Linda consiguió aproximarse más a Louise cuando se dio cuenta de que ésta no la manipularía para que hiciera las cosas a su manera, como había hecho su madre. Merece la pena señalar que desde fuera parecía que se llevaba perfectamente, un pareja con unas buenas habilidades de comunicación entre ellas, que se entendía muy bien y afirmaban sin dudar que querían dar un paso más en su relación. En el ámbito consciente no había nada que obstaculizara el avance de la relación. Pero en el inconsciente, cada una estaba creando un ciclo de interacción que hacía que afloraran los mayores miedos de la otra, de modo que eran incapaces de crear la relación segura que las dos necesitaban para conseguir un apego más sólido, para confiar a un nivel más profundo y para dar el paso definitivo hacia el compromiso.

Este caso ilustra a su vez el proceso de trabajo con una pareja del mismo sexo y su deseo de intimidad y de relación duradera y comprometida. Según nuestra experiencia, una cuestión común de las parejas del mismo sexo tiene que ver con la similitud entre los miembros y las consiguientes características de exceso de familiaridad, tedio y falta de pasión sexual. Una forma de contrarrestarlo es comprometerse con alguien muy diferente, sea en lo que se refiere a la personalidad (como en el ejemplo anterior), a la raza, la cultura o la clase social.

La competencia narrativa y la función reflectiva

La terapia de pareja ayuda a los clientes a recuperar recuerdos y expresar sentimientos que se reprimieron en relaciones anteriores. Esto, a su vez, les ayuda a crear una narrativa más coherente o una visión unificada de sí mismos: una “historia” sobre el yo (HOLMES, 2001; SABLE, 2000). La terapia también ofrece una relación de aceptación que pueda comprender las experiencias para que los clientes puedan cambiar sus representaciones interiores, de modo que aumente su capacidad de establecer unas relaciones de mayor apoyo mutuo (SABLE, 2000). En efecto, la capacidad de construir una narrativa coherente sobre uno mismo y sus dificultades va directamente unida a un apego seguro y a la capacidad de reciprocidad en la relación.

La terapia de pareja también estimula la capacidad conocida como *función reflectiva* o *mentalización* (FONAGY, 2001). La función reflectiva es la capacidad de reflexionar sobre los estados mentales propios y de los demás; guarda una estrecha relación con el apego seguro y la salud psicológica. Del mismo modo, el terapeuta tiene una “mente pensante” que utiliza para reflexionar sobre lo que pueda estar pasando por la mente de cada uno de los miembros de la pareja y ponerle palabras (FONAGY, 2001; HOLMES, 2001).

En las relaciones de pareja, a menudo la necesidad de *tener un lugar en la mente del otro* es lo que está en la base de muchos conflictos relativos a cosas prácticas, como el tiempo que se pasa juntos. Por ejemplo:

Gavin y Kirsten han alcanzado un compromiso mutuamente aceptable, por el que Kirsten dedica tiempo a fiestas y grandes reuniones sociales, algo que no divierte a Gavin. Sin embargo, a éste le es difícil relajarse cuando Kirsten no está, en especial si llega tarde por la noche, algo que le provoca insomnio y ansiedad. El terapeuta de Gavin le ha hecho una interpretación: “Cuando Kirsten llega a casa ya de madrugada y no te ha dicho a qué hora iba a volver, te da la impresión que no te tiene en cuenta ni piensa en tus necesidades. ¿Es posible que se parezca de algún modo a la relación con tu madre, siempre sobrecargada de trabajo y sin poder dedicarte toda la atención que pedías?” La reacción de Gavin a esta interpretación fue de cierto alivio, pues el terapeuta había entendido el problema de fondo y supo utilizarlo para explicar a Kirsten lo que en su opinión ocurría.

La relación terapéutica: La base segura y el refugio seguro

La teoría del apego proporciona explicaciones útiles de cómo funciona la psicoterapia de pareja. Los terapeutas ofrecen una relación cálida y estable, unos límites bien definidos y se ocupan de la protesta, la confianza y la receptividad emocional que ayuda en la regulación del afecto: todos los elementos de un vínculo de apego seguro (BOWLBY, 1988; HOLMES, 2001; MALLINCKRODT y cols., 1995). Los clientes pueden interiorizar gradualmente esta base segura, de modo que ya no sea necesaria la presencia del terapeuta. La psicoterapia también puede proporcionar un “refugio seguro”: un lugar donde refugiarse cuando las experiencias emocionales abrumen a la pareja.

El “espacio transicional” entre los miembros de la pareja

La teoría del apego y sus estudios se ocupan tanto del mundo interpersonal como del intrapsíquico. Se centran en el espacio que media entre el yo y el otro, y en cómo se representa esto en el mundo interior. En tal “espacio transicional” (WINNICOTT, 1971) es donde los padres ayudan al niño a dar sentido a sus experiencias. Por ejemplo, el bebé señala a algo y el padre responde: “Sí, puedes ver un gato”, o se le da sentido a los balbuceos o emociones del bebé. Es también el espacio donde lo que el niño significa para la madre o el padre se manifiesta mediante reacciones, gestos y expresiones faciales.

Hemos escrito en otras ocasiones sobre este espacio transicional y su importancia en la relación de pareja (GRANT y CRAWLEY, 2001; CRAWLEY y GRANT, 2001). Como ocurre en el espacio de juego entre la madre y el bebé, es donde coexisten las realidades interiores y exteriores de cada miembro de la pareja, de manera que pueda haber una reflexión y un diálogo sobre el yo y el otro. En las parejas con problemas, este espacio transicional se puede achicar fácilmente. A medida que en la terapia se asimila la experiencia, se modifica el modelo de trabajo interior de cada miembro de la pareja (ARON, 1986; GRANT y CRAWLER, 2001). Esto, a su vez, tiene el potencial de transformar la relación, pues cada uno empieza a percibir al otro de forma distinta, a modificar sus conductas relacionales y así a ampliar el espacio transicional (GRANT y CRAWLEY, 2001).

La teoría del apego y la relación de pareja

La teoría del apego ayuda a entender la relación de pareja desde la perspectiva de los

estilos de apego que utiliza cada persona y la interacción sistémica entre los diferentes estilos. Un modelo muy útil es el que proponen BARTHOLOMEW, HENDERSON y DUTTON (2001). A partir del análisis que BOWLBY hace de los modelos de trabajo interiores, estos autores han generado cuatro patrones de apego prototípicos de la madurez, unos patrones que se sostienen en dos dimensiones (Figura 2.1).

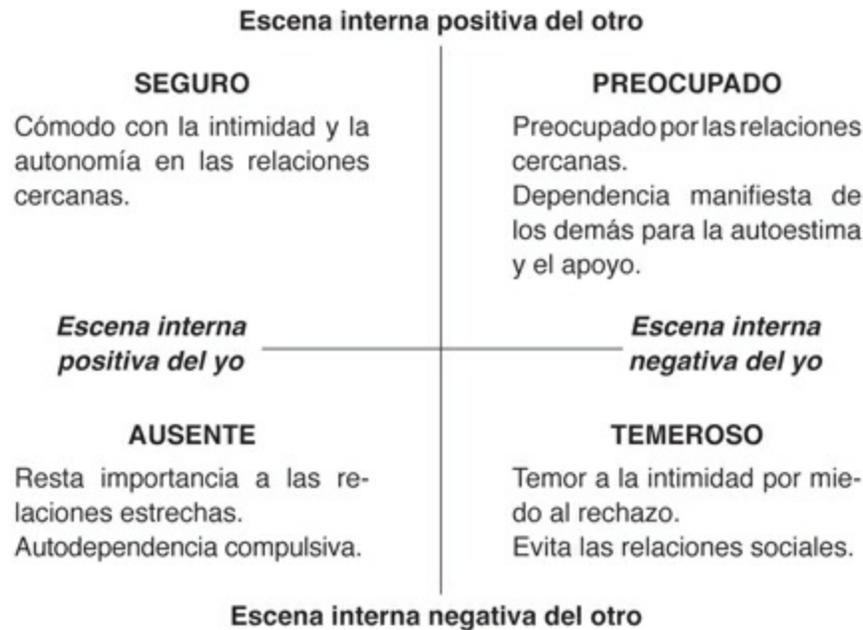


Figura 2.1. Modelo bidimensional y de cuatro categorías del apego adulto (BARTHOLOMEW y cols., 2001).

- El *apego seguro* lleva a una visión positiva de uno mismo y del otro. Las personas seguras saben establecer relaciones estrechas y usar a los demás de apoyo cuando lo necesitan.
- El *apego preocupado* lleva a un modelo positivo del otro, pero a un modelo negativo del yo, con lo que se genera un estilo de exigencia y dependencia.
- El *apego temeroso* es aquel en que se ve a los demás como indiferentes y a uno mismo como a alguien que no se hace querer. Se evita la intimidad porque se espera el rechazo.
- El *apego ausente* lleva a las personas a distanciarse de los demás para mantener una visión positiva de sí mismas. La autosuficiencia compulsiva y el autocontrol protegen del rechazo.

Éstos son tipos ideales. La mayoría de las personas tienen un estilo predominante, pero en determinadas circunstancias es posible que recurran a alguna de las otras estrategias.

En una relación de pareja sana, cada uno de sus miembros sabe moverse recíprocamente entre la situación de que el otro dependa de él y la de que él dependa del otro. Con los estilos de apego inseguro, las personas suelen estar ancladas en una posición, incapaces de pedir ayuda u ofrecerla en beneficio mutuo.

El amor y los enfoques relacionales

La teoría del apego se centra en cómo las amenazas al vínculo del apego perturban la relación de pareja, con lo que hacen que ésta se perciba como insegura, pero otros teóricos sostienen que, en una relación, la capacidad de asumir riesgos emocionales es tan importante como la de crear seguridad. Stephen MITCHELL ha sido un elocuente portavoz a la hora de relacionar con el psicoanálisis las aproximaciones relacionales, últimamente con su aplicación de estas interpretaciones a la dinámica de pareja (MITCHELL, 2002). Defiende que en el centro de muchas dificultades maritales está la lucha de la pareja por aunar el deseo y el amor. Esta lucha tiene su origen en dos fuerzas opuestas que anidan en nuestro interior: la lucha por la *seguridad* y la lucha por la *aventura*. MITCHELL (2002) muestra de forma convincente cómo para hacer que sea seguro el amor lo hacemos predecible. Sin embargo, entonces sentimos que nuestra relación carece de pasión y de vida. La relación sexual es fundamental en esta lucha: “Lo que hace que el deseo intenso, sexual o de cualquier otra índole, sea tan peligroso es que conlleva la añoranza de algo importante de alguien exclusivo a quien hemos dejado que se convierta en especial. Es la especificidad del otro lo que lleva al riesgo, el encanto de otro sujeto fuera de nuestro control que origina una vulnerabilidad tan intensa” (MITCHELL, 2002, págs. 86-87). Así pues, para proteger nuestra vulnerabilidad, buscamos controlar el objeto del amor, al que intentamos volver previsible y digno de confianza. Al satisfacer nuestras acuciantes necesidades de un apego seguro con nuestra pareja, nos inclinamos a renunciar al riesgo y la novedad: la esencia del erotismo. Sin embargo, trasladar nuestros deseos en conflicto a la persona de la que dependemos puede ser mucho más arriesgado que fantasear sobre los demás o, sin duda, expresar nuestras fantasías a otros de quienes no depende nuestra seguridad emocional.

MITCHELL afirma que el desvanecimiento con el tiempo del amor romántico tiene menos que ver con la familiaridad que con el riesgo de permitir la “idealización apasionada del momento” (pág. 114) en la relación de la que se depende para la seguridad. Este riesgo de conservar el deseo por alguien tan importante es lo que se siente como más peligroso en la vida emocional de pareja. Sin embargo, mantener vivo el erotismo depende de la capacidad de disfrutar de vez en cuando de lo mejor que haya en el otro.

El deseo busca experiencias de aventura y rendición, mientras que el amor ansía la continuidad y la estabilidad. “En el amor buscamos puntos de apego, de anclaje, alguien en quien sepamos que podemos confiar. En el deseo vamos en busca tanto de lo que carecemos y renegamos como de lo que está más allá de nosotros mismos, fuera de los límites del autorreconocimiento que, en circunstancias normales, protegemos con tanta fiereza” (MITCHELL, 2002, pág. 92).

MITCHELL también aclara la conexión entre la agresividad y el deseo. La agresividad no se debe evitar, sino contener junto al amor. Al igual que DICKS (1967), considera que en las relaciones duraderas el odio y el amor están inevitablemente entretejidos. En efecto,

la capacidad de mantener una relación amorosa a lo largo del tiempo exige que la pareja sobreviva al odio y lo repare. Tanto la dependencia como la agresividad son necesarias para la pasión romántica, ésta “necesita espacio para que respire la agresividad” en su interior (MITCHELL, 2002, pág. 14). Sin embargo, la agresividad se puede utilizar también para mantener las cosas estables y predecibles. Por ejemplo, el continuo desprecio hacia el otro puede ser una forma de tratar de mantener el control sobre el objeto del amor.

Las ideas de MITCHELL sobre el amor, el deseo y la agresividad en las relaciones duraderas nos ayudan a entender algunas de las aportaciones inconscientes a las dificultades habituales que se exponen en la terapia de pareja. En particular, el autor explica con claridad cómo en nuestras principales relaciones, al convertir a la otra persona en alguien seguro y previsible, apagamos el deseo. “Ésta es la razón de que, en muchas parejas, con el tiempo el sexo se convierte en algo rutinario y tedioso. No es que la familiaridad favorezca la falta de interés, sino que, a medida que se agudizan las dependencias mutuas y que las vidas compartidas se entrelazan de forma más compleja, la pasión sexual, con todos los riesgos que la acompañan, se hace cada vez más peligrosa” (págs. 191-192).

Conclusión

Los enfoques interaccional y de la psicología del *self* ofrecen una estimable interpretación de las necesidades tempranas que en gran medida, sostienen el conflicto que surge en las parejas. Los conceptos de experiencias de auto-objeto, transferencias de auto-objeto y vulnerabilidad narcisista, forman un mapa claro con el que el terapeuta puede comprender más y mejor parte de la dinámica que se esconde bajo la superficie del conflicto de la pareja. Las técnicas de inmersión empática, investigación minuciosa y legitimación de la vulnerabilidad subyacente del yo de cada miembro de la pareja y el reforzamiento de la regulación del afecto, son las intervenciones fundamentales en la terapia de ayuda a las parejas con problemas. Son unas técnicas muy similares a las que se utilizan en la Terapia de Pareja Centrada en las Emociones (TPCE), aunque los mecanismos ocultos del cambio en que se asientan son un tanto distintos. La psicología del *self* a su vez, ofrece una explicación mucho más completa y una mejor interpretación evolutiva de por qué aparecen los problemas y el conflicto.

La teoría del apego añade una dimensión importante a la psicodinámica de las relaciones de pareja. Ayuda a comprender mejor los orígenes evolutivos de la conducta de apego, las estrategias que utilizan las personas en las relaciones y la importancia de desarrollar la función reflectiva en la pareja. Una vez más, y pese a que algunos mecanismos explicativos son diferentes en cierto sentido, el solapamiento entre la teoría del apego y la psicología del *self* es considerable, en lo que se refiere a la comprensión de los procesos que conducen a los problemas en la pareja. En los Capítulos V-VIII volveremos a la psicodinámica de la relación de pareja y partiremos de estos útiles constructos para configurar la práctica de la terapia de pareja.

La reflexión sistémica sobre la pareja

Introducción

La relación de pareja no existe únicamente en la mente de las dos personas ni en el espacio interaccional que media entre ellas. Existe también en la interacción personal entre los dos miembros de la pareja, una interacción cuya estructura y proceso se pueden observar y que influye en el sistema social más amplio del que la pareja forma parte, al tiempo que está influida por él. La terapia de pareja, evidentemente, no es lo mismo que la terapia de familia —no es una terapia de familia “en pequeño” que implica un sistema “más simple” formado sólo por dos personas—, como tampoco es lo mismo que la terapia individual. Sin embargo, la reflexión sistémica que se ha desarrollado dentro de la terapia de familia constituye otro recurso necesario para entender las complejidades de la relación de pareja, y también para comprender y ayudar a las personas en su contexto relacional y social (HEDGES, 2005). En particular, la teoría sistémica le sirve al terapeuta de pareja para situar la relación de pareja en un contexto social y cultural más amplio, que está en un estado permanente de cambio y evolución (GORRELL-BARNES, 2004).

Algunos conceptos importantes de los sistemas familiares

En el reducido espacio de un solo capítulo no se puede resumir todo el pensamiento sobre los sistemas familiares, por lo que nos concentraremos en algunos conceptos que nos parecen especialmente relevantes para el trabajo con parejas. Se pueden encontrar exposiciones mucho más detalladas de la teoría en diversos textos, como los de DALLOS y DRAPER (2005), NICHOLS y SCHWARTZ (2001) y KOGAN y GALE (2000).

Atención interpersonal y causalidad circular

En la base de una perspectiva sistémica de las relaciones de pareja está el centrarse en el patrón de interacción que se da entre los miembros de aquélla, no en los síntomas o en la patología individuales. Esta concentración en la inter-acción obliga al terapeuta a *observar los patrones y las secuencias*, en lugar de buscar o atribuir las causas y los motivos. Desde una perspectiva sistémica, en la relación no hay nada que se produzca en el vacío: toda acción es una respuesta a la reacción, real o prevista, de la otra persona, en un círculo de continua retro-alimentación. Como dicen NICHOLS y SCHWARTZ (2001):

La sucesión de causa y efecto se pierde en un círculo de causalidad mutua. Esta idea de *causalidad circular* o mutua fue útil para los terapeutas, porque muchas familias esperan encontrar la causa de sus problemas y determinar quién es el responsable. En vez de sumarse a la familia en la búsqueda lógica pero improductiva de quién empezó qué, la causalidad circular señala que los problemas se asientan en una serie activa de acciones y reacciones y que, para cambiar una interacción, no hay por qué remontarse a las causas primeras.

(Pág. 108, cursiva del original.)

Así pues —como expondremos con mayor detalle en el Capítulo VI—, el terapeuta de pareja se debe centrar siempre no sólo en lo que diga uno de los miembros que la componen, sino también en la búsqueda de pistas sobre la forma de reaccionar del otro y utilizar estas pistas para conseguir que aflore el patrón interactivo de la relación, para poderlo analizar.

Homeostasis y morfogénesis

Cuando un sistema se trastoca por el cambio que se produce en una de las partes, todo él en su conjunto se ve afectado y reaccionará para restaurar el equilibrio que anteriormente existía. Esta tendencia a volver a un “estado constante” es una propiedad de los sistemas conocida como “homeostasis”. Entender su funcionamiento ayudará al terapeuta a descifrar los patrones interactivos del sistema, por ejemplo cuando una iniciativa aparentemente útil de un miembro de la familia pone en marcha un proceso de retroalimentación negativa en ésta, que lleva al regreso a una situación menos satisfactoria o sintomática. También puede ayudar al terapeuta a encontrar formas de agudizar la perturbación del sistema, de modo que no pueda volver al estado de equilibrio original, sino que tenga que encontrar uno nuevo: un proceso de morfogénesis, la forma de cambio de la familia (DELL, 1982). La morfogénesis es también una característica inherente de los sistemas familiares, debido a la maduración y el cambio físico y emocional de los miembros individuales que componen la familia. De modo que los sistemas de familia alternan entre la estabilidad y el cambio, entre la homeostasis y la morfogénesis. A veces, en una familia, el proceso de adaptación se puede quedar estancado y el terapeuta ha de encontrar la forma de estimular el proceso de cambio, para que el sistema familiar pueda reanudar su desarrollo.

Sandie y Neville estaban en su segundo matrimonio. Sandie perdió a su primer marido e circunstancias traumáticas y Neville había tenido una niñez con grandes carencias afectivas, se enamoró apasionadamente y se casó muy joven, sintiéndose profundamente dolido cuando al poco tiempo su joven esposa le fue infiel. Hoy, a sus treinta y tantos años, Sandie y Neville se preocupa mucho el uno del otro, pero parecía que su relación estaba permanentemente amenazada por conflictos sobre cuestiones aparentemente insignificantes, hasta el punto de que se preguntaban si era “incompatibles”.

Después de unas ocho sesiones conjuntas parecía que se iba a producir un punto de inflexión cuando ambos supieron admitir su vulnerabilidad y —lo que era más importante— su miedo a que el otro no fuera capaz de aceptar esa vulnerabilidad común y reaccionar ante ella si se expresaba d

forma más explícita. Para Sandie, parecía que todo se debía a “asuntos pendientes” sobre el trauma asociado a la muerte de su primer marido, y Neville estaba profundamente convencido de que, en caso, cualquier relación no lo llevaría más que a verse herido si dependía de ella en exceso. El terapeuta observó que sus discusiones eran una especie de mecanismo de seguridad que se activaba siempre que empezaban a aproximarse demasiado o a depender en demasía el uno del otro. Fue una sesión que se les antojó decisiva, pero las siguientes fueron pospuestas por la pareja, en todos los casos con una excusa que parecía válida. Tal vez las sesiones de terapia se habían convertido ahora en un lugar en el que peligraba el equilibrio de su relación debido a que se esperaba de ellas que provocaran demasiada vulnerabilidad.

Al final, Sandie llegó sola a una sesión que se suponía que iba a ser conjunta. El terapeuta la atendió. Sandie dijo que realmente no había cambiado nada y pasó a hablar de que era consciente de un patrón de sometimiento a las necesidades y expectativas de los demás. Tenía la experiencia de este patrón con Neville, pero sobre todo con su anciana madre, que la trataba de forma protectora como si fuera aún una niña en muchos sentidos. Pensaba que si con su madre lograba aprender a “ser más ella misma”, le sería más fácil la relación con Neville. El terapeuta sugirió una estrategia para que cambiara gradualmente su papel en el patrón de interacción con su madre, pero le advirtió de que era casi seguro que la presión de su madre para que la complaciera aumentaría antes de que la relación acabara por cambiar.

La sesión “decisiva” había sido desestabilizadora para el sistema y las sesiones a las que no acudieron fueron otra forma de recuperar un estado de homeostasis en la relación de Sandie y Neville. Al mismo tiempo, quizá había empezado un proceso de morfogénesis: Sandie había acudido a una sesión aunque Neville encontró una excusa para no acompañarla y ella quiso abordar un tema que sin duda iba a crear más presión para el cambio en el sistema de su relación.

La comunicación y la metacomunicación

No hay duda de que la comunicación es un elemento básico y esencial de la relación de pareja. El patrón de comunicación que la pareja desarrolle se rige normalmente por las reglas sobre la comunicación, unas reglas implícitas o explícitas sobre de qué se puede hablar y de qué no, y sobre cómo se puede hablar de las cosas. A veces, cuando se observa un cambio de tono en la sesión cuando el terapeuta hace una pregunta, éste suele tener la sensación de que tal vez pida a la pareja que contravenga una norma que en su relación han fijado para la comunicación. Es frecuente que la norma exista para proteger a la pareja de sentimientos difíciles o del recuerdo de experiencias dolorosas. Virginia SATIR, pionera de la terapia de familia, demostró esta función de la comunicación tanto en sus libros (1983; 1988) como en sus concluyentes talleres experienciales. Una tarea importante del terapeuta de pareja es hacer explícitas y, por consiguiente, abiertas al debate las normas de la pareja.

La comunicación entre los miembros de una relación está también “pautada” por los patrones, ya que cada uno tiene sus propios supuestos sobre la causa y la responsabilidad. Es un pensamiento lineal, de causa y efecto —Juan hace X y María hace Y— que, en este ejemplo, da prioridad a la acción X de Juan. Sin embargo, la

causalidad circular nos obliga a fijarnos en lo que precede a la acción de Juan y lo que sigue a la acción de María; cuando así hacemos, normalmente encontramos un patrón en el que no predomina la conducta de ninguno de los miembros de la pareja. El ejemplo clásico, aunque simplista, de “ella bebe, él la critica, ella bebe, él la critica”, ¿es la bebida lo que “causa” la crítica, o la crítica lo que “causa” la bebida? En la terapia de pareja, un patrón común en ambos miembros de la pareja durante las primeras fases de la terapia es poner mucho empeño en intentar convencer al terapeuta de que el otro es el único culpable. Por esto, dice Juan, “si María fuera responsable y no bebiera tanto y dejara de avergonzarme, me podría relajar y no estar siempre pendiente de ella cuando salimos o asistimos a algún acto social”, y María dice, “si no estuviera tan tensa porque Juan no deja de criticarme, me sentiría más segura y no creo que llegara a beber tanto”. El reto para el terapeuta es ayudar a ambos a encontrar diversas maneras de pautar su comunicación, con el objetivo de que uno y otro asuman la responsabilidad de cambiar de conducta, en vez de tratar de cambiar la del otro.

La comunicación transmite información —hechos, sentimientos o percepciones— de un miembro de la pareja al otro. El mismo acto de comunicación también muestra información sobre la relación entre los dos, una información conocida como “metacomunicación”. Si el terapeuta de pareja empieza el primer encuentro conjunto con ésta con una invitación a que expongan lo que los haya llevado a la consulta, y si esa invitación se dirige a los dos por igual, lo habitual es que haya una breve comunicación entre ellos para decidir quién empieza. Es posible que María se dirija a Juan y simplemente diga: “Tú primero”, pero este acto de comunicación contendrá una metacomunicación. Esas dos palabras podrían indicar que María se reserva hasta que Juan haya expuesto lo que le parezca oportuno, o que le ordena que empiece, o tal vez que lo castiga (“puedes explicar por qué nuestro matrimonio se encuentra en tal lío por culpa de tu mala conducta”) o lo protege emocionalmente (“sé lo angustiado que estás, mucho más que yo, de modo que empieza y saca todo lo que lleves dentro”). El terapeuta debe aprender a oír la metacomunicación, además de escuchar el contexto de lo que se esté diciendo.

Los subsistemas y los límites

En su obra clásica *Family and Family Therapy* *, Salvador MINUCHIN (1974) expone un método para trazar el mapa estructural del sistema familiar es decir, para observar los procesos de interacción y la estructura del sistema que dio origen a esos procesos y luego registrar el sistema en forma de diagrama. Dice MINUCHIN que una familia puede tener toda una variedad de subsistemas, pero hay tres que son inherentes a cualquier familia en que convivan dos generaciones. Son el *subsistema conyugal* (que se ocupa de satisfacer las necesidades emocionales y de relación mutua de la pareja adulta de la familia), el *subsistema parental* (responsable de atender la necesidad de atención parental de los hijos de la familia y de ejercer la autoridad adecuada a la edad) y el *subsistema fraterno*

(responsable de satisfacer las necesidades de socialización de los hijos de la familia). En la familia monoparental habrá que hacer los pertinentes ajustes para que las funciones de los sistemas conyugal y parental se puedan ejercer igualmente, y si sólo hay un hijo también habrá que adaptarse de forma que se puedan atender las necesidades del subsistema fraterno. La pertenencia a cada subsistema no la determinan la edad, el sexo ni la función. De modo que, si el padre o la madre suele trabajar lejos de casa durante períodos prolongados, un hijo de la familia puede incorporarse al subsistema conyugal (como confidente del padre o la madre que se quede en casa) o al subsistema parental (como padre o madre auxiliar o “hijo parentalizado”, que ayuda a ejercer esta función con los hermanos menores). Asimismo, el padre o la madre puede pasar a ser miembro del subsistema fraterno, y actuar en connivencia con los hijos contra su pareja (que “es muy irresponsable; es como si tuviera un hijo más al que cuidar la mayor parte del tiempo”).

Los límites entre los subsistemas determinan quién participa en las actividades del subsistema y cómo participa en ellas. Según MINUCHIN, los límites forman un continuo que va desde los permeables (o difusos) a los impermeables (o rígidos). Los sistemas familiares que se caracterizan por la preponderancia de unos límites muy rígidos tienen una estructura familiar “disgregada”; los problemas o el estrés de un miembro de la familia no altera los límites del subsistema, y no existe apoyo alguno. En cambio, si los límites entre los subsistemas familiares son predominantemente difusos, la estructura familiar está, en expresión de MINUCHIN, “aglutinada”, la autonomía individual de los miembros de la familia está subordinada a la lealtad y la pertenencia familiares; “cuando un miembro de la familia estornuda, todos se contagian del resfriado”. Aunque las estructuras familiares “apartada” y “aglutinada” no son un problema en sí mismas, con el tiempo tienden a generar dificultades, porque son inflexibles y no pueden afrontar los cambios inevitables que se precisan a medida que los miembros de la familia se hacen mayores y sus necesidades cambian. En el otro extremo, las familias que tienen unos límites “claros” y suficientemente abiertos (permeables) para permitir la comunicación y la participación a través de los subsistemas, pero lo bastante firmes (impermeables) para que exista un sentimiento de separación, individualidad y diferenciación entre sus miembros, podrán ser más flexibles y adaptables.

El terapeuta de pareja, aunque sólo trabaje con ésta, a menudo necesitará hacerlo sobre temas que tienen que ver con los límites entre los subsistemas familiares. Por ejemplo, puede existir una necesidad de proteger los sistemas conyugal o parental y dejar claros sus límites, y para ello reducir la implicación de los hijos o de los padres de uno o los dos cónyuges. Otras veces, es posible que haya que flexibilizar los límites para que se puedan incluir en un subsistema las adecuadas funciones y ejercerlas y para ello, por ejemplo, dejar que los cónyuges se estimulen mutuamente en el subsistema conyugal, o dejar que aflore el enfado y restringir el paso al subsistema parental.

| Tanto Penny como Richard ocupaban cargos de mucha responsabilidad en sus respectivos trabajo

y tenían unos buenos ingresos, pero disponían de “poco tiempo” para las relaciones de pareja familiares. Penny asumía la mayor parte de la función parental, hasta el punto de que, a veces, Richard se sentía excluido. Una situación que se había agravado desde que a su hija adolescente, la mayor de los hermanos, le diagnosticaran un trastorno bipolar. Penny se sentía obligada a hacer todo lo posible para intentar no dejar de lado a los otros dos hijos. Richard pensaba que Penny se empleaba en exceso en su función parental, en especial con su hija enferma; él pasó a implicarse cada vez más en las actividades deportivas de los otros dos hijos, con lo que quería compensarles por la situación de su hermana. Era el padre “bueno” que daba a los hijos lo que querían; ella era la madre “mala” que casi siempre decía que “no”. El conflicto sobre la función parental iba en aumento, lo cual precipitó que pensarán en acudir a terapia. También disponían de una extensa red de amigos, con quienes procuraban mantenerse en contacto. Raramente disponían de tiempo para hablar como pareja cualquier actividad social o de ocio en la que participaban juntos suponía inevitablemente relacionarse con más gente.

Había dos cuestiones relativas al proceso de desarrollo y relacionadas con sus respectivas familias de origen que había que abordar, tanto en el caso de Penny como en el de Richard, pero parte de lo que hizo su terapeuta fue “limpiar el terreno” para ese trabajo e intentar esclarecer los subsistemas y los límites de la familia. Intentó implicar a Richard de forma más activa en el subsistema parental y reducir su participación en el subsistema fraterno de los dos hijos menores. Al mismo tiempo, animó a Penny a que dejara que Richard entrara en el subsistema parental y que le pidiera ayuda, en vez de dar por supuesto que estaría demasiado cansado para prestársela. También los ayudó a establecer unos límites más claros y menos permeables en torno a su relación como pareja y para ello le propuso que su dormitorio fuera “zona prohibida” para los hijos, de forma que tuvieran un lugar en el que poder hablar en privado y además los animó a que dijeran “no” a algunos compromisos sociales para que pudieran disfrutar de salir los dos juntos.

Las preguntas circulares

En la sesión conjunta, se suele dirigir una pregunta a un miembro de la pareja de tal modo que lo obligue a responder por sí mismo, no por los dos. Si en su respuesta la persona habla de los sentimientos, necesidades o motivos del otro miembro, el terapeuta le suele recordar que debe hablar “por ella”. Sin embargo, existe el peligro de que tal proceso propicie la reflexión lineal y de causa y efecto, en vez de centrar la atención en el carácter interconectado e interdependiente del sistema de relación. La técnica de las preguntas circulares, o cuestionamiento circular, nace del trabajo del “Grupo de Milán” (CECCHIN, 1987), y su finalidad es formular preguntas que se centren en la naturaleza circular de las relaciones. En una pregunta circular se pide a la persona a quien va dirigida que se observe a sí misma en un contexto relacional y que contemple este contexto desde el punto de vista del otro participante o participantes, en la relación. Así, el terapeuta podría preguntar: “¿Cómo describirían tus suegros la percepción que tiene tu marido de tu forma de reaccionar cuando ambos discrepáis sobre la educación de vuestros hijos?” El cuestionamiento circular no es una “técnica” con la que obtener una determinada respuesta del miembro de la familia, sino que representa una orientación de la curiosidad sobre las relaciones que el terapeuta busca para configurar la sesión conjunta.

Exteriorizar el problema

La afirmación “la persona no es el problema” se ha convertido en lema de la terapia narrativa de Michael WHITE y sus colegas (WHITE, 1989, 1995; WHITE y EPSTON, 1990), un lema con el que la atención se dirige a las “historias saturadas de problemas” de muchas de las personas que buscan la ayuda del terapeuta. Las historias de las personas están “saturadas de problemas”, en el sentido de que la experiencia que la persona tiene de sus problemas ha venido a definir lo que es como persona. No puede pensar en sí misma sin pensar en su problema. El terapeuta que trabaja siguiendo la tradición narrativa procura hacer preguntas que separen a la persona del problema. De este modo, la persona no “tiene” una baja autoestima como si ésta fuera parte de ella, un elemento de su identidad, sino que la “baja autoestima” se ve como una entidad separada, exterior a la persona como tal y que lleva a ésta a pensar o actuar de determinadas formas. El terapeuta hace que la persona ponga nombre al problema —quizá “dudar de uno mismo”—, y luego hace preguntas en las que se supone que el problema es una entidad externa a la persona: “cuando la duda sobre ti mismo está activa, ¿cómo te persuade para que te sientas ansioso?”, “cuando quieres demostrar afecto a tu esposa, ¿cómo te dice que te comportes la duda sobre ti mismo?” o “¿cómo crees que la duda sobre ti mismo ha podido influir en vuestra relación?” Todo esto, a su vez, lleva a analizar cuándo el problema no ha conseguido influir en la persona, a excepciones a la historia de problemas y a la pregunta de quién tiene el control, la persona o el problema. El análisis de las excepciones también ayuda a la pareja a percatarse de que existen otros patrones de interacción, y la libera de constructos totalizadores como el de “nunca me escucha” o “siempre cuestiona mi forma de regañar a los niños”. Si las alternativas a estas conductas se han producido una vez, el terapeuta de pareja puede emplearse en desarrollar las excepciones de modo que se produzcan de nuevo y con más frecuencia.

Cuando una relación se encuentra con dificultades, las posibles consecuencias pueden parecer tan enormes que se diría que el problema domina la vida de los miembros de la pareja: funden sus respectivas identidades con su problema. Encontrar formas de ayudarlos a distanciarse y observarse a sí mismos, su relación y su problema en perspectiva puede ser importante, pero es difícil de conseguir. En algunas parejas, una forma de hacerlo es mediante una conversación exteriorizadora que separa a las personas de los problemas de relación que surgen entre ellas.

La Teoría de BOWEN

Murray BOWEN fue uno de los más prolíficos pensadores del primer movimiento de la terapia de familia; sus ideas tienen una relevancia especial para comprender la relación de pareja dentro del sistema familiar. La teoría de los sistemas familiares de BOWEN (después llamada “Teoría de Bowen” para distinguirla de otros enfoques sistémicos) consideraba la familia como una unidad emocional y hundía sus raíces no en la teoría general de sistemas y la cibernética, sino en la biología evolutiva. La familia como sistema emocional se nutre de la “interacción entre dos fuerzas vitales: la *individualidad*

y la *unión*” (KERR y BOWEN, 1988, pág. 59). El producto de esta interacción entre las fuerzas de la individualidad y la unión es una serie de patrones de relaciones exclusivos de una determinada familia, un sistema de relaciones donde el cambio de una de sus partes provoca la reacción de las otras. BOWEN desarrolló ocho conceptos entrelazados como base de su teoría; éstos componen un todo integrado. Veremos tres de sus ideas que han demostrado ser especialmente útiles en el trabajo con parejas: la diferenciación del yo, el papel del triángulo en las relaciones y la representación de los patrones intergeneracionales a través del genograma.

La diferenciación del yo

BOWEN considera que el recién nacido se encuentra en un estado de fusión o simbiosis con la madre, incapaz de una existencia separada: domina la fuerza de la unión. La madre y el niño reaccionan mutuamente de forma instintiva y al principio no existe el sentimiento de que el niño esté separado. La aparición del sentimiento de un yo diferenciado a partir de este estado simbiótico inicial es una de las tareas evolutivas primordiales de los años de infancia y adolescencia. Cuando se alcanza la fase de la primera madurez, cabe esperar que la persona haya desarrollado la capacidad de ser un individuo por derecho propio. Es decir, capaz de saber cuál es *su* experiencia y *su* posición, en lugar de ajustarse a la posición de sus padres, o simplemente aceptarla o, si no, tener que defenderse y para ello cortar las relaciones con los padres o los miembros de la familia. Existe un equilibrio entre la fuerza que empuja hacia la unión y la que lo hace hacia la independencia. En la Teoría de Bowen a este proceso se lo llama “la diferenciación del yo”: implica que el niño aprenda a separarse de los padres aunque sin dejar de mantener la conexión con ellos y, al mismo tiempo, ser capaz de afirmar su independencia mediante la expresión de sus propios pensamientos y sentimientos, que son distintos de los de sus padres.

El proceso de diferenciación del yo no contempla sólo dos posibilidades —diferenciado o no diferenciado—, sino que se debe entender como una posición en un continuo; de ahí que la Teoría de Bowen hable de *nivel de diferenciación* en lo que al yo se refiere. En la base del proceso de diferenciación del yo está la interacción entre el pensamiento y el sentimiento, es decir, la medida en que la persona haya desarrollado la capacidad de ser consciente de su experiencia emocional y de reflexionar sobre ella, incluso ante la ansiedad o también la medida en que sus sentimientos dominan y “desplazan” cualquier capacidad de conciencia y reflexión sobre sí misma cuando aparece la ansiedad. La persona con un bajo grado de diferenciación del yo tiene dificultad para distinguir entre la emoción y el sentimiento, por tanto es más proclive a ser emocionalmente reactiva en las relaciones, sobre todo cuando se agudiza la ansiedad. Por otro lado, la persona con un grado superior de diferenciación del yo sabe discriminar entre el pensamiento y el sentimiento; es, en efecto, capaz de *pensar sobre* sus sentimientos y, por tanto, menos reactiva emocionalmente en sus relaciones.

Por ejemplo, puede decirle a su pareja: “Me duele mucho que te hayas olvidado de mi cumpleaños”, y ésta puede responder con un enfado y a la defensiva: “Está bien, échame la culpa, nunca hago nada bien en lo que a ti se refiere. Te resulta muy cómodo olvidarte de lo muy ocupado que he estado últimamente”. Tal reacción indicaría un bajo nivel de diferenciación del yo: la segunda persona siente algo —tal vez culpa o vergüenza por su fallo— pero no sabe darse tiempo para tomar conciencia de este sentimiento, o para reflexionar sobre él y así tomar una decisión sensata sobre la forma de responder. Si fuera capaz de reaccionar desde un punto de mayor diferenciación, podría decir algo así: “Sí, ya sé que estás disgustado, y lo siento mucho. Últimamente he estado muy preocupado y se me fue de la cabeza, pero no es excusa. Me siento avergonzado, de verdad, y quisiera hacer las paces de un modo u otro”.

Algunos críticos (LUEPNITZ, 1988) acusan a la idea de diferenciación del yo de BOWEN de privilegiar el pensamiento frente el sentimiento, la instrumentalidad del varón frente a la expresividad de la mujer, de modo que en BOWEN se reflejan las ideas patriarcales de su tiempo y cultura. Sin embargo, es importante señalar que la diferenciación del yo se refiere a la capacidad *tanto* de pensar *como* de sentir. Cuanto mayor sea el grado de diferenciación de la persona, mayor capacidad tendrá de seguir en contacto con su experiencia emocional. Y así tiene mayor capacidad para unirse emocionalmente a los demás y para permanecer unida incluso cuando la relación pase por momentos de tensión o ansiedad.

La diferenciación del yo es un proceso que nunca se completa. El patrón básico se puede establecer al alcanzar la primera madurez, pero las experiencias posteriores de la vida (incluidas las de participar en actividades de orientación y psicoterapia) pueden favorecer una mayor diferenciación. Y al revés, en situaciones de estrés o de mucha ansiedad, se puede producir una regresión a un grado inferior de diferenciación, a una postura más reactiva. Para ilustrarlo, BOWEN (KERR y BOWEN, 1988) habla de una “escala de diferenciación del yo” que va de “0” a “100”. Es importante tener en cuenta que ésta, tal como BOWEN la concibe, pretende ser una ayuda visual o una metáfora, *no* una escala psicométrica comprobada empíricamente, aunque ha habido intentos de desarrollar instrumentos validados de forma empírica que midan aspectos del grado de diferenciación del yo (SEARIGHT, 1997). La idea de BOWEN es que nadie está en el “0”, la parte más baja de la escala de diferenciación, a menos que se encuentre en un estado psicótico crónico. Asimismo, nadie está en el “100”, completamente diferenciado. El punto medio de la escala representa una capacidad inicial de ser consciente de la diferencia entre sentimientos y pensamientos y de tomar decisiones sobre las reacciones o de actuar de acuerdo con esa conciencia.

De la idea de BOWEN del grado de diferenciación del yo se derivan dos puntos de utilidad. En primer lugar, la Teoría de Bowen señala que, en el proceso de elegir pareja, las personas tienden a buscar una cuyo grado de diferenciación del yo sea similar al suyo propio. Una implicación de tal realidad para la terapia de pareja es que uno de los

miembros de ésta inicialmente se puede presentar como el más fuerte o más sano emocionalmente, mientras que el otro lo haga como más emocionalmente reactivo o frágil, pero, por lo general, ambos necesitarán trabajar sobre cuestiones relacionadas con el grado de diferenciación del yo.

Marcus era una persona de éxito en su profesión, trabajador y competente, y entregado a su familia. Acudió a la terapia junto con Robyn en busca de ayuda, porque en su relación se repetía la situación de enfado y enojo por incidentes de relativamente poca importancia, que terminaban con Robyn en primer lugar muy enfadada y luego, dolida, y retraída durante unos días. Marcus sabía aguantar y tener paciencia y solía ser el que iniciaba la reconciliación.

Marcus daba la impresión de ser un hombre muy razonable. Reconocía que tal vez no fuera fácil vivir con él porque le gustaba que las cosas se hicieran de forma ordenada, y por la noche o los fines de semana solía encontrarse cansado, debido a las muchas exigencias que el trabajo le imponía. Pero a menos que Robyn supiera aprender a ser menos imprevisible, a controlar sus emociones y sus ataques de ira, y fuera más capaz de hablar de las cosas con tranquilidad, Marcus no sabía cuánto podría continuar con el matrimonio. Ella era muy consciente de su inestabilidad emocional, cuyo origen, en su opinión, estaba en su infancia caótica, con un padre alcohólico y una madre con depresión crónica. Sin embargo, la experiencia que tenía de Marcus era la de que “siempre tiene razón”, con una forma de pensar muy controladora.

La historia inicial de la pareja era que Robyn necesitaba más ayuda que Marcus. La reactividad emocional de ella indicaba que tenía un grado de diferenciación del yo menor que el de Marcus. Hubiera sido fácil centrar en ella la terapia, incluso, tal vez, sugerir que la terapia de pareja no era la adecuada y remitirla a terapia individual. Sin embargo, a medida que avanzaba la terapia de pareja se hizo evidente que Marcus tenía tanta dificultad como Robyn para reconocer y comunicar su experiencia emocional. La reactividad de ella adoptó la forma de estallidos de ira. La de él, la de refugiarse en la lógica y la sensatez, tras ellas se volvía emocionalmente inaccesible. Robyn empezó a hacer cierto progreso en la terapia, se volvió menos inestable y se enfadaba menos, y comenzó a buscar más intimidad emocional con Marcus. A éste, por su parte, le era difícil reaccionar, algo que quizá no fuera de extrañar. Más adelante consiguió empezar a fijarse más en su propio miedo y sus sentimientos, y en su incapacidad de reconocerlos, dominarlos y comunicarlos.

Tanto Robyn como Marcus necesitaban poder generar mayores niveles de diferenciación del yo. En el caso de Marcus, había un *pseudo-yo* bien desarrollado, una forma de ser que se basa en lo que se cree que los demás consideran aceptable, en vez de en un sentido auténtico y sólido del yo (KERR y BOWEN, 1988). Esto le funcionaba bien durante la mayor parte del tiempo en sus relaciones profesionales, pero le fallaba cuando aumentaba la ansiedad en una relación más importante e íntima como la que mantenía con Robyn.

Una segunda implicación importante de la idea de diferenciación del yo tiene que ver con el proceso terapéutico. En general, cuanto mayor sea el grado de diferenciación del yo del terapeuta, es probable que sea más eficiente en ayudar a sus clientes a llegar a diferenciarse más. La mayoría de los terapeutas sabrán de situaciones en las que han llegado al límite de su capacidad de permanecer diferenciados. Esto se da cuando han reaccionado a causa de las manifestaciones del cliente, enfadándose o no consiguiendo guardar de un modo u otro los límites adecuados, o “escapándose” de forma inusitada

hacia la resolución de problemas y el dar consejos, o bien se han sentido impulsados a remitir al cliente a otro especialista por razones que no resistirían un análisis más pausado. La Teoría de Bowen señala la importancia de que el terapeuta sepa mantener una postura diferenciada mientras esté con la pareja. Esto supone no tomar partido, no dejarse arrastrar a formar parte de un triángulo con la pareja y no reaccionar emocionalmente a ésta. Para ello hay que ser consciente de los procesos de transferencia y de contratransferencia que se producen en la sesión:

La transferencia del cliente con el terapeuta forma parte de la fuerza de la unión en la relación de terapia. El cliente podría presionar al terapeuta para que se ponga de su parte, buscar su aprobación, pedirle consejo u orientación, o mostrarse crítico o enfadado con el especialista ... La otra parte de la fusión clínica es la contratransferencia del terapeuta, que se puede manifestar en el distanciamiento, el aburrimiento, el quedarse dormido, el olvido de una cita, el decir al cliente lo que tiene que hacer, el criticarlo, el perder el sentido del humor, el buscar la aprobación o el acuerdo del cliente, el preocuparse por él o el mostrarse reservado en exceso.

El “yo me posiciono” [postura diferenciada] del especialista proporciona cierta separación en medio de la unión. El “yo me posiciono” es cómo el especialista define un yo en palabras o acciones con el cliente o cómo se mantiene conectado con él y a la vez separado.

(KLEVER, 1998, pág. 136, las comillas son nuestras.)

Así pues, no es de extrañar que BOWEN insistiera en el trabajo personal del terapeuta como componente esencial del proceso de formación en psicoterapia, con el objetivo de que el terapeuta alcance un grado superior de diferenciación de su propia familia de origen.

Los triángulos

BOWEN no inventó ni descubrió los triángulos. Éstos son universales en las relaciones humanas y, en distintos sentidos, otros autores los habían descrito antes que BOWEN, entre ellos FREUD, cuya explicación del complejo de Edipo básicamente es la de un triángulo entre el niño, la madre y el padre (FREUD, 1909). Sin embargo, BOWEN sí se centró en el proceso por el que se forman los triángulos y en la importancia que tiene resolver los triángulos rígidos para que el sistema familiar pueda recuperar un grado de flexibilidad (BOWEN, 1978; KERR y BOWEN, 1988).

La estabilidad de la relación de dos personas dependerá de dos factores: el nivel de diferenciación de las dos partes respecto a la relación y el grado de ansiedad implícito en su relación. Cuando en una relación aumenta la ansiedad y, con ella, el nivel de estrés, se llega a un punto en donde el grado de diferenciación de las dos partes es insuficiente para gestionar el nivel de estrés implícito, y aparece una tercera parte que, en una situación triangular, intenta rebajar la tensión. A partir de la obra de BOWEN, FOGARTY (1979) habla del “movimiento” en las relaciones, que forma parte de la gestión de la cercanía y la distancia, de modo que cada parte se mueve hacia la otra o se aleja de ella, tanto en sentido emocional como literal. Los triángulos se forman como consecuencia de este

movimiento y se convierten en un “mecanismo de cortocircuito cuya finalidad es evitar que resulten incómodas la intimidad y la actitud de afrontar las cuestiones conflictivas” (GUERIN, FOGARTY, FAY y KAUTTO, 1996, pág. 13). Así, por ejemplo, el padre o la madre se pueden mover hacia el hijo en busca de cercanía para resolver una sensación de soledad y distanciamiento en su relación de pareja.

Los terapeutas de pareja que siguen la teoría de Bowen consideran que todos los matrimonios implican un proceso de triangulación, cuya intensidad depende del nivel de diferenciación que los miembros de la pareja han podido conseguir con su familia de origen (KLEVER, 1998). De modo que una parte importante del proceso de evaluación es identificar la construcción de relaciones triangulares que se producen dentro del sistema familiar. Los triángulos que tal vez el terapeuta tenga que atender se darán tanto en el seno de la familia actual, entre progenitores e hijo o hijos, como también entre las diversas generaciones, en los que intervendrán uno o los dos miembros de la pareja y sus progenitores y/o hermanos (de uno o de los dos).

La relación de veintitrés años entre Pam y Steven había sido siempre inestable. Los dos procedía de familias de origen muy disfuncionales. El miedo que ambos tenían a la intimidad, equilibrado por un miedo igual de intenso al abandono, los llevaron a relacionarse de una forma muy conflictiva. Lo detonante para acudir a terapia de pareja fueron una serie de discusiones dolorosas y no resueltas después de una época de mucha ansiedad para Steven por haber tenido que cambiar de trabajo. Al principio respondieron bien a la terapia de pareja y parecían muy motivados para mejorar su relación. Reconocían que a medida que sus hijos ya más que adolescentes empezaban a vivir de forma más independiente, ellos deseaban sentirse más realizados en su relación como pareja.

Al cabo de unas pocas sesiones, parecía que Pam y Steven aprovechaban la oportunidad que la terapia les brindaba y empezaban a estar más relajados entre ellos. Ambos decían que se sentían más tranquilos y con mayor capacidad de bajar la guardia, hablaban con más intimidad que en ningún otro momento anterior y empezaron a gozar de sus relaciones sexuales de una forma que no había sido posible en muchos años. Sin embargo, el conflicto entre ellos volvió a aparecer a partir de una serie de triángulos en su sistema familiar más amplio. Uno de ellos implicaba a Pam, que se quejaba amargamente de que Steven siempre hacía frente común con su hija de 19 años, de quien Pam pensaba que no la trataba con respeto. Otro triángulo implicaba a Steven, que se sentía atrapado y resentido porque a Pam no le gustaba que su hermana fuera a visitarlos, y enfadado porque Pam le solía criticar cuando hablaba con él, pero se negaba a hablar directamente con la hermana de Steven sobre lo que de ésta le molestaba. Ninguno de estos conflictos era nuevo: al parecer, uno y otro eran triángulos que existían desde hacía muchos años y que de vez en cuando se reactivaban.

Pam y Steven habían respondido al principio a la terapia porque se habían movido juntos para aproximarse el uno al otro pero, al hacerlo, aumentaba su ansiedad por intimar tanto. De modo que entraron en escena los triángulos familiares, que les generaban ansiedad y restablecían el distanciamiento en su relación como pareja.

Es importante tener presente que tres no forman necesariamente un triángulo. Éste aparece cuando existe un desacuerdo en la relación entre las tres partes que controlan la conducta. La clave del trabajo con triángulos es dirigir su “movimiento” en otro sentido, de manera que la conducta sintomática que el triángulo representa pierda sentido. GUERIN

y sus colegas describen el proceso como la creación de “un experimento” que obligue a uno o más miembros del sistema familiar a moverse en sentido opuesto al que determinan el sentimiento y la reactividad de esa relación (GUERIN y cols., 1996). Así pues, con Pam y Steven, el terapeuta sentía una considerable “presión” para que se convirtiera en mediador en los triángulos en los que intervenían Pam, la hija de Steve y la hermana de Steve. Sin embargo, el hecho de reconocer los triángulos permitió al terapeuta mantener el centro de atención en el elevado nivel de ansiedad presente en la relación de Pam y Steve. Estructuró maneras en que pudieran experimentar la situación de permanecer en un contacto emocional más estrecho, aunque, al hacerlo, al principio su ansiedad aumentara.

El sistema familiar multigeneracional: El uso del genograma

Como en el caso del triángulo, BOWEN no descubrió el impacto que las experiencias de relación familiar en la familia de origen producen en el funcionamiento emocional y psicológico de la persona en la actualidad. Pero sí demostró con mayor claridad que nunca que los patrones de relación en el proceso emocional familiar se transmiten de una generación a otra. También pasó a mostrar que la comprensión y la intervención en este proceso intergeneracional suele ser un elemento importante para que los patrones de relación actuales cambien. BOWEN consideraba que el centro de atención de la terapia eran las dificultades en la relación actual, pero también pensaba que el proceso de comprensión del patrón de dinámica familiar intergeneracional heredado es una clave importante para desentrañar las dificultades actuales de una relación.

BOWEN se refiere a esta dimensión intergeneracional del funcionamiento familiar como “el proceso de proyección familiar multigeneracional”. Su teoría indica que el nivel de diferenciación de John y Mary en su relación de pareja será consecuencia, en gran medida, del grado de ansiedad que sus padres de sus familias de origen proyectaron sobre ellos.

Por ejemplo, es posible que John tuviera un padre que careciera de confianza en sí mismo y que, para afrontar tal realidad, proyectara su ansiedad e inseguridad en John a quien, en consecuencia, se trataba como si necesitara protección. De ahí podía derivar perfectamente una profecía que autocumplida, es decir, que John fuera creciendo con una pobre autoestima y una falta de confianza, o con una gran auto-confianza que escondía las dudas que, en realidad, tenía sobre sí mismo. Ambas soluciones afectan al propio sentido del yo de John, y con ello a su funcionamiento como marido y como padre de sus hijos.

Imaginemos ahora que Peter, uno de los hijos de John y Mary, busca ayuda de adulto, porque quiere comprender y solucionar algunas dificultades que se plantean en su propia relación de pareja. La ayuda que el terapeuta pueda prestar a Peter para comprender la dinámica de la relación remontándose a la generación de sus abuelos, es decir, comprender que su padre John estuvo sobreprotegido por su abuelo y que esto produjo

su efecto en John y en su forma de funcionar como marido y como padre, será más fácil si Peter se libera del patrón de relación multigeneracional de su familia.

Pero BOWEN dio un paso más. A partir de su experiencia innovadora de intentar comprender y cambiar su propio sistema familiar, llegó al convencimiento de que el hecho de que el adulto realmente “vuelva a casa” (FRAMO, 1976, 1992; MCGOLDRICK, 1995) y encontrar formas de relacionarse de distinta manera con su familia de origen puede convertirse en un punto fundamental para el cambio.

Sean era un ejecutivo de éxito. Casado y con los hijos ya mayores, era consciente de que su matrimonio de treinta y cuatro años estaba sentimentalmente árido y vacío. Hacía cuanto podía para no tener que estar en casa con su mujer. Tenía una aventura desde hace tiempo con otra mujer a la que acabó queriendo y en quien encontró un grado de satisfacción emocional que nunca había conocido. Pero ... no podía dejar a su esposa. Siempre que intentaba separarse, ella se ofendía, enfurecía y él no era capaz de insistir. Pero, una vez que amainaba el temporal emocional, se tiraba de los pelos por no haber tenido la valentía de irse, porque estaba seguro de que era lo que deseaba. Hubo algunas sesiones de terapia que no sirvieron para nada.

Al final, con una terapia individual, Sean poco a poco fue reconociendo que el patrón de su relación con su mujer era un reflejo de la relación con su madre, una mujer emocionalmente necesitada que lo controlaba cuando era pequeño, con amenazas de enfadarse si no atendía sus deseos. Aun hoy, ya adulto, caía fácilmente en el patrón de sentirse responsable del bienestar emocional de su madre de no enfadarla. Por ejemplo, en un viaje de negocios con una agenda muy apretada se salía de lo programado para visitarla, pero por poco que se retrasara en su llegada, ella se enfadaba y lo criticaba y él se sentía culpable de abandonarla. Sólo la idea de llegar tarde a casa de su madre lo provocaba ansiedad. Cuando comprendió este patrón, empezó el proceso de relacionarse de forma distinta con su madre y comenzó a sentirse con autoridad en el sistema de su familia de origen (WILLIAMSON, 1991). Por fin, y al cabo de poco tiempo, supo avanzar y acometer el proceso de separación de su mujer.

Para que el terapeuta pudiera documentar la complejidad de la pertenencia a la familia a lo largo de tres o más generaciones y, lo que es más importante, para registrar la naturaleza de las relaciones diádicas, los triángulos y el movimiento en el seno de éstos, BOWEN desarrolló el genograma multigeneracional (BOWEN, 1978; MCGOLDRICK, GERSON y SCHELLENBERGER, 1999). Elaborado en un proceso de colaboración con el cliente o la pareja durante la fase de evaluación de la terapia, el genograma se convierte en un mapa con el que orientarse en el proceso terapéutico posterior. A menudo, el proceso de construcción del genograma, aunque forme parte de la fase de evaluación de la terapia, demuestra ser una enérgica intervención por derecho propio. La reflexión sobre las relaciones que se muestran en el genograma a veces despierta recuerdos, sea en el momento de su elaboración o más tarde y las experiencias asociadas con esos recuerdos pueden abrir cauces provechosos para la exploración a medida que avanza la terapia.

Los sistemas de relación a lo largo del tiempo

Una de las ideas que se mantiene en la actualidad derivada de la teoría de los sistemas familiares se refiere a la forma en que las relaciones dentro del sistema familiar evolucionan con el tiempo (CARTER y MCGOLDRICK, 1995). Este proceso de cambio normalmente se describe como un proceso evolutivo, cada una de cuyas bases se cimienta en los cambios introducidos en fases anteriores. Pensar en la familia como un sistema en evolución no es una idea nueva. Se han propuesto muchos esquemas similares, basados en los estudios o en la experiencia clínica (GERSON, 1995). Se citan a menudo las “siete edades del hombre” que Shakespeare expone en *Como gustéis* (WELLS y TAULOR, 1987), con su progresión expuesta con cuidada elocuencia desde “el niño, lloriqueando y vomitando en brazos de la niñera”, pasando por “el amante, suspirando como una caldera” y siguiendo hasta la vejez, la “segunda infancia y puro olvido, sin dientes, sin ojos, sin gusto, sin nada”. De igual modo, no podemos evitar ser conscientes de lo mucho que debemos a la prolífica obra de FREUD sobre el desarrollo del niño, en el contexto de su familia, a lo largo de las fases oral, anal, fálica, edípica y de latencia (WADDELL, 2002). La aportación particular de la teoría de los sistemas familiares ha sido centrarse no sólo en el desarrollo de la persona en el contexto familiar, sino en cómo cambian con el tiempo la estructura y la dinámica *de la propia familia*.

El reconocimiento de la fase de desarrollo que una determinada familia haya alcanzado proporciona indicadores de algunas de las cuestiones a las que probablemente se vaya a enfrentar en el proceso evolutivo que está en marcha. También indica de qué forma puede estar luchando la familia contra cuestiones residuales que no se resolvieron adecuadamente mientras aquélla avanzaba por las primeras fases de su ciclo vital. Sin embargo, hay que ser cautos cuando se reflexiona sobre el desarrollo del sistema familiar a lo largo del tiempo.

En primer lugar, el sistema familiar es una abstracción y su definición y sus límites no son fijos. Todo sistema familiar es también un subsistema de otro sistema familiar. Por ejemplo, se puede considerar que una pareja ha alcanzado la fase en que los hijos se han ido ya de casa y ellos están entrando en una fase tardía del ciclo vital de su familia. Sin embargo, esta misma pareja ocupará una posición distinta si se la observa pensando en sus padres ya ancianos y otra posición también diferente si se la ve desde la perspectiva de uno de sus hijos que se haya comprometido con una pareja y espere su primer hijo. Por consiguiente, es importante tener presente la complejidad de cada unidad familiar cuando reacciona a las relaciones pasadas y presentes y prevé las futuras, dentro del sistema familiar más amplio de tres generaciones (CARTER y MCGOLDRICK, 2005).

En segundo lugar, el impacto de la cultura y del sistema social en general determinarán no sólo dónde se trazan los límites del sistema familiar inmediato, sino también de qué forma se van superando las fases del ciclo de vida de la familia. A veces, el impacto de la cultura es gradual y casi universal. Un ejemplo de tal realidad en el mundo occidental es la emergencia progresiva y destacada de la adolescencia como una fase prolongada, socialmente reconocida y económicamente importante del desarrollo durante la última

parte del siglo XX (CARTER y MCGOLDRICK, 2005). Asimismo, los cambios en el papel de la mujer tanto en la comunidad como en la familia en las últimas décadas han producido un notable impacto en la forma en que se estructuran diversas fases del ciclo vital de la familia y en la experiencia que mujeres y hombres tienen de estas fases. Otras influencias en el modo de superar las fases de ese ciclo son más específicas de un determinado contexto social o cultural (MCGOLDRICK, GIORDANO y GARCÍA-PRETO, 2005).

El ciclo de vida de la familia

La Tabla 3.1 resume en un sencillo formato de seis fases el ciclo de vida de la familia. Las seis se integran en tres grupos, cada uno con un foco de atención diferente: la formación del sistema familiar, la expansión del sistema familiar y la reducción del sistema familiar. En cada fase hay dos tipos de cambios a los que el sistema familiar debe adaptarse:

Tabla 3.1. *Las fases del ciclo vital familiar*

Foco de atención *	Fase del ciclo de vida de la familia *	Cambios de primer orden	Cambios de segundo orden
<i>Asociarse: Formar el sistema</i>	1. El joven adulto solo	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir la independencia económica. • Establecer una identidad adulta. • Elección de pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciación del yo de la familia de origen
	2. Compromiso con otra persona	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un compromiso. • Crear un hogar y acordar roles y cuestiones sobre el estilo de vida. • Resolver las diferencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Renegociar las relaciones con la familia de origen, y dar prioridad a la nueva “familia nuclear”. • Acordar las “normas sobre quién fija las normas” (HALEY, 1963).
<i>El sistema en expansión</i>	3. La familia con hijos pequeños	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptarse a la llegada del primer hijo: cambios en las disposiciones laborales y económicas, y en la organización de la casa. • Acordar las funciones y responsabilidades del padre y la madre. • Tareas prácticas y emocionales a que obliga la llegada del segundo hijo y los siguientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acordar el paso de un sistema de relaciones de dos a tres personas; cuestiones de inclusión/exclusión, reaparición del complejo de Edipo, etc. • Acordar la relación con las familias de origen en lo que se refiere al rol de los abuelos.
		<ul style="list-style-type: none"> • Adaptarse a las expectativas de mayor independencia de los adolescentes. • Acordar unas normas familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptar que los padres están “avisados” de que ya no se los necesita de la misma forma,

	4. La familia con adolescentes	<p>más flexibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptarse a una menor participación de los hijos adolescentes en las actividades de la familia. • Esfuerzo económico para ayudar a los adolescentes cuando se van de casa a la universidad o se ponen a trabajar. 	<p>que ya no se los necesita de la misma forma, y empezar a reducir la energía puesta en la función paterna.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reevaluar la relación sexual de la pareja a medida que los adolescentes/jóvenes se hacen sexualmente activos y pasan a mantener relaciones sexuales.
<i>La reducción del sistema</i>	5. La familia con hijos jóvenes adultos	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptarse a una mayor libertad, con la que el cuidado de los niños o los adolescentes deja de ser el centro de atención. • Disponibilidad de más recursos económicos. • Reevaluar los intereses y el destino de los esfuerzos: el trabajo, las vacaciones, las aficiones, etc. • Incorporación del nuevo rol del abuelo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reevaluación de la relación de pareja como relación primaria. • Acordar de nuevo todo lo relativo al tiempo en común, los intereses particulares y la intimidad.
	6. La pareja en la vida avanzada	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptarse a la jubilación: modo de vida, salud, cuestiones económicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acordar de nuevo el uso del tiempo, por separado y en pareja. • Adaptarse a la necesidad de ayuda.

* Adaptado de GERSON (1995).

- Los *cambios de primer orden* son las adaptaciones prácticas y emocionales que la familia y sus miembros deben hacer para atender las exigencias de esa fase del ciclo de vida.
- Los *cambios de segundo orden* son los que habrá que realizar en las pautas subyacentes de las relaciones dentro del sistema familiar, si la familia quiere adaptarse a la nueva fase de su ciclo de vida.

Los cambios de primer orden se reconocen más ampliamente en la cultura en general, y existe un cuerpo de conocimientos a disposición de los miembros de la familia que deban afrontar esos cambios, incluso en los medios de comunicación. Sin embargo, los cambios de segundo orden son menos obvios y, por ello, cuando se producen no se reconocen con la misma facilidad. En muchos casos, ocurren de forma relativamente sencilla y los miembros de la familia apenas los notan. Pero cuando es difícil gestionar la transición a una nueva fase del ciclo de vida y a través de ella, lo más frecuente es que la dificultad esté en el ámbito del cambio de segundo orden, más que en el del de primer orden.

Las fases del ciclo de vida de la familia que se exponen en la Tabla 3.1 se podrían

social y cultural más amplio sobre las cuestiones relativas a cada fase y sobre cómo perciben los miembros de la familia estas cuestiones y reaccionan ante ellas. Además, es importante tener en cuenta las circunstancias particulares de la familia, entre ellas, la tradición étnica, cualquier experiencia específica e idiosincrásica, en especial si es traumática y los cambios o variaciones estructurales, como la separación o el divorcio, la familia monoparental y el nuevo matrimonio (CARTER y MCGOLDRICK, 2005; MCGOLDRICK, 2002). No obstante, y a pesar de estas reservas, la idea de ciclo de vida de la familia constituye un útil punto de partida —el esbozo de un mapa preliminar— para formular hipótesis sobre los temas a los que la pareja pueda enfrentarse en una fase determinada de su evolución como familia y sobre cómo pueden incidir estos temas en las dificultades en que la relación de pareja se pueda encontrar.

La cambiante relación de la pareja

Otra perspectiva sobre el cambio en la relación de pareja a lo largo del tiempo es la que se obtiene al observar el cambiante foco emocional de la relación a medida que la pareja avanza por el ciclo de vida. BADER y PEARSON ofrecen un marco de este tipo en *In Quest of the Mythical Mate* (1988). Sostienen que el amor romántico no dura para siempre, por lo que se proponen responder la pregunta: “¿Qué hacemos después de enamorarnos?” Para ello, utilizan como imagen una descripción que hace Margaret MAHLER del proceso de desarrollo de la primera infancia, un proceso que culmina en el “nacimiento psicológico” del bebé humano (MAHLER, PINE y BERGMAN, 1975).

MAHLER dice de la relación entre el niño y la madre que pasa de una fase “autista normal” (desde el nacimiento hasta los 2 meses) a una fase simbiótica (2-5 meses) y luego a una fase de individuación/separación, con las cuatro subfases de diferenciación (6-9 meses), práctica (10-16 meses), acercamiento (17-24 meses) y consolidación de la individualidad (a partir de los 24 meses). De modo que, a los 24 meses de edad, el niño tiene “un sentimiento de individualidad y capacidad para establecer conexiones emocionales que resistirán las presiones de las imperfecciones y las ausencias de la vida real” (BADER y PEARSON).

BADER y PEARSON sostienen que la relación de pareja se desarrolla a través de una secuencia de fases “análogas a las fases del desarrollo de la infancia que MAHLER describe” (pág. 3). Son unas fases evolutivas, lo cual significa que se debe avanzar por ellas de forma progresiva, sin saltarse ninguna, y de manera que cada una es más compleja que la anterior y sirve de base para ella. Cada fase conlleva unas tareas específicas que la pareja debe dominar e implica una transformación de la relación de pareja. Las parejas no avanzan de forma clara por las diferentes fases y en ocasiones se produce una regresión a una conducta típica de la fase anterior. Lo habitual es que uno de los miembros de la pareja avance y aborde las cuestiones propias de la fase siguiente antes que el otro, el conflicto se produce cuando ambos se quedan estancados en una fase del desarrollo y son incapaces de progresar.

fase del desarrollo y son incapaces de progresar.

La que sigue es una breve descripción de las fases:

- La *fase simbiótica*: Conlleva la intensidad del “enamorarse”, con un deseo de fusionar las vidas y de unirse y dejar de lado o minimizar las diferencias; hay un elevado nivel de cuidado mutuo, de dar y recibir atención y cariño, y de sentirse especial para el otro; es una relación apasionante y estimulante, en la que se forma una sólida base de apego entre sus miembros, a partir de la cual pueden pasar a analizar las diferencias.
- La *fase de diferenciación*: Los miembros de la pareja empiezan a verse mutuamente de forma más realista, y a reconocer y afrontar las diferencias y las similitudes, que hay entre ellos como personas; comienzan a restablecer sus propios límites y a tener unos intereses separados, además de los conjuntos; aprenden a enfrentarse al conflicto y resolverlo. A veces, el paso a la fase de diferenciación es espectacular para la pareja, y lo precipita lo que a ésta se le antoja una lucha desastrosa, y a veces es más gradual y apenas observable, pero de una forma u otra, el proceso se produce.
- La *fase práctica*: En ella, cada miembro de la pareja participa más en actividades y relaciones que los separan mutuamente; no sintonizan de forma tan empática el uno con el otro; la autonomía y la individualidad cobran importancia cuando se redescubren como individuos y redescubren también su lugar en el mundo; los conflictos se hacen más intensos y ellos aprenden a resolverlos para poder mantener su conexión emocional.
- El *acercamiento*: Después de establecer un sentido más sólido de su identidad individual en el mundo, cada miembro de la pareja busca en el otro más intimidad; es mayor la importancia de dejar que se vea la vulnerabilidad y se reaccione ante ella; hay un equilibrio entre el “yo” y el “nosotros”; los períodos de intimidad alternan con los de restablecimiento de la independencia, pero sin generar excesiva ansiedad, como hubiera ocurrido en momentos anteriores de la relación. Hay menos intensidad, menos sensación de estar necesitado y más de poder escoger en lo que a la intimidad en la relación se refiere.
- La *interdependencia mutua*: “Dos personas bien integradas han encontrado satisfacción en sus propias vidas, han desarrollado un vínculo profundo y mutuamente satisfactorio, y han construido una relación basada en el crecimiento, más que en la necesidad” (BADER y PEARSON, 1988).

Como ya hemos indicado, cada pareja hará su propio y exclusivo recorrido por estas fases, influida tanto por la experiencia que tengan de su propia vida, como por el contexto más amplio en el que se encuentre su relación. BADER y PEARSON (1988) señalan seis patrones comunes entre las parejas cuyos miembros se encuentran en fases distintas. “Esta situación produce un efecto de vaivén, por el que se impone el patrón alternante de conflicto y retirada, y a menudo se tiene la sensación de que es imposible

misma fase demasiado tiempo y la encuentran destructiva” (pág. 14). Quisiéramos centrarnos en dos de estos patrones que pueden provocar dificultades que confundan al terapeuta, en concreto dos aspectos de la situación en la que ambos miembros están estancados en la posición simbiótica:

- simbiótico/simbiótico, aglutinado,
- simbiótico/simbiótico, hostil-dependiente,

En ambos tipos de relación simbiótica/simbiótica, la cuestión subyacente es la misma: el miedo al abandono y la necesidad de mantener cerca al otro. La pareja cuyos dos miembros están atascados en el patrón simbiótico/simbiótico enredado es incapaz de percatarse de cualquier diferencia entre ellos y no digamos de conflicto. Hay tal sensación de fusión de la experiencia que las personas se sienten como “nosotras” y no como dos “yoes” separados; así lo expresan su lenguaje y su conducta no verbal. Tales parejas raramente acuden a terapia, aunque, a medida que pasa el tiempo, es posible que sus hijos empiecen a sentirse sumidos en el envolvente sistema familiar, sea con la aparición de síntomas psicósomáticos, sea con un comportamiento antisocial.

La pareja simbiótica/simbiótica con un patrón hostil-dependiente aparentará tener una relación excepcionalmente inestable: “La voz y los movimientos del cuerpo de los miembros transmitirán la existencia de ira, amargura y culpa” (BADER y PEARSON, 1988, pág. 79), sumidos en continuas discusiones, pero incapaces de separarse. Por debajo de esas peleas, a menudo virulentas, de este tipo de parejas hay un *anhelo* de intimidad y atención mutua, a la vez que un *temor* a ellas, de manera que cualquier movimiento, por parte de uno u otro miembro, sea hacia la intimidad o hacia la separación, el otro miembro lo siente como una amenaza a la que reacciona con cólera.

Es un patrón ... en el que coexisten expectativas y creencias contradictorias. Por un lado, cada uno piensa que el otro debería prestarle una atención completa; por otro lado, piensa que el otro no merece recibir tal atención. De modo que, paradójicamente, uno y otro esperan atención, exigen atención, pero la rechazan cuando se les ofrece.

(Pág. 80.)

Es habitual que las parejas de este tipo acudan a la terapia y es fácil que rechacen los esfuerzos del terapeuta que no sepa algo de la dinámica oculta de su sistema de relación. Para trabajar con estas parejas, en primer lugar hay que hacer del espacio de la terapia un entorno seguro para ellas, de modo que contenga el conflicto y las emociones fuertes. A continuación, el terapeuta debe encontrar la forma de que los miembros de la pareja sean capaces de:

ver una imagen más amplia y, con ello, sean conscientes y empiecen a aceptar el yo emergente del otro. La posibilidad de ayudar a la pareja a conseguirlo depende de un gran desarrollo de empatía.

(BADER y PEARSON, pág. 96.)

Conclusión

La pareja implica a dos personas y la relación que se haya desarrollado entre ellas. La relación en parte será producto del mundo interior de cada uno de sus miembros y, como hemos visto en los dos capítulos anteriores, la teoría psico-analítica es especialmente útil para comprender esta dimensión de su relación. La relación se manifestará también en la estructura y el tipo de patrón de la inter-acción entre sus dos miembros y para esclarecer esta dimensión de su relación puede ser de utilidad toda una serie de teorías que se aúnan en la denominación de “pensamiento sobre los sistemas familiares”. En este capítulo, hemos expuesto una breve perspectiva general de algunos conceptos de los sistemas familiares, prestando especial atención al trabajo de Murray BOWEN. También hemos explicado las teorías que intentan describir el patrón de cambio de la relación de pareja a lo largo del tiempo, tanto desde el punto de vista del sistema familiar más amplio, como del de la dinámica de la relación emocional entre las dos personas.

* Trad. cast.: *Familias y terapia familiar*; Barcelona, Editorial Gedisa S.A., 1979. (N. del T.)

¿Y qué hay del amor?

Introducción

El amor, la pasión, la sexualidad, la vinculación afectiva y el compromiso: ¿cómo encajan entre sí todas estas profundas experiencias humanas? En la introducción a un libro sobre una perspectiva psicoanalítica del amor, KERNBERG (1995) comenta que el tema del amor ha recibido a lo largo de los siglos la atención de filósofos y poetas y, en décadas más recientes, de sociólogos y psicólogos, en cambio “sorprende que haya tan pocas referencias al amor en los escritos psicoanalíticos”. Se podría añadir que menor es aún la atención que se le presta en la literatura sobre la teoría de los sistemas familiares. JOHNSON (2004) dice algo similar: “Si preguntamos a nuestros clientes cuál es la base de una relación feliz y duradera, inevitablemente responden con dos palabras: el amor. Sin embargo, en el campo de la terapia de pareja y de familia, el amor brilla por su ausencia” (pág. 24).

Pero ¿cómo evoluciona el amor en una relación cuando la ilusión romántica inicial empieza a declinar? Desde una perspectiva psicoanalítica, PERSON habla de vinculación afectiva, “basada en la reciprocidad y el cariño y, sobre todo, en la confianza y la lealtad” (PERSON, 1989), un estado que bien refleja la sugerente frase de LASCH: “Un remanso de paz en un mundo despiadado” (LASCH, 1977). La relación entre la pasión del enamoramiento y la consecución de un vínculo de afecto duradero es compleja. Dice PERSON:

La vinculación afectiva tal vez sea lo que queda de una aventura amorosa cuando se diluye el componente de la pasión, pero también es posible que tenga una vida propia en una relación que nunca haya sido apasionada, nunca haya tenido momentos de trascendencia, pero que siempre haya generado el cariño, el afecto, la ternura y la atención que unen a las personas.

(Pág. 325.)

La autora señala también que “el vínculo afectivo a menudo va acompañado de la sexualidad, lo cual constituye una feliz combinación para muchos amantes”.

Al principio de la película *Días de radio*, de Woody Allen, ambientada en los días de la Segunda Guerra Mundial, hay una escena en donde un minúsculo y avejentado abuelo está de pie detrás de su bien dotada esposa, intentando embutirla en uno de aquellos corsés que las mujeres llevaban en la década de los cuarenta. Es una escena cómica, pero va más allá del humor, porque evoca la naturalidad a la vez

despreocupada y tierna de una pareja que ha compartido medio siglo de intimidad física. Los dos se sienten cómodos, sin la más mínima vergüenza mutua, pese a los estragos y la gravedad de la época y su intimidad conmueve profundamente al espectador.

(Pág. 327.)

El terapeuta de pareja no puede ignorar el amor ni la experiencia sexual, con todos los fuertes sentimientos que éstos conllevan, de añoranza, erotismo y deseo, pérdida y dolor, traición, odio y desesperanza. En este capítulo veremos, primero, algunas formas recientes de abordar los sentimientos y de su aplicación para comprender la relación de pareja y, luego, el tema de la sexualidad.

Las emociones en la relación de pareja

La terapia de pareja centrada emocionalmente

La terapia de pareja centrada en las emociones (TPCE. *EFCT* en inglés, de *Emotionally Focused Couple Therapy*), desarrollada inicialmente por GREENBERG y JOHNSON (1988) y más tarde por JOHNSON (2004), ha sido objeto de considerable atención en los últimos años. Entre las razones de su popularidad está el hecho de que constituye un marco para una terapia breve con parejas y que está estructurada de tal forma que la hace relativamente fácil de aprender, aunque esto no quiere decir necesariamente que sea fácil su uso correcto en la práctica clínica. Es un modelo de terapia que se ha prestado a la evaluación empírica y hoy se la considera la terapia de pareja mejor validada (JOHNSON, 2003). En la web www.eft.ca se dice que, con esta terapia, entre el 70 y el 75 % de las parejas “se recuperan de su situación de ansiedad”, y que “aproximadamente el 90 % muestra una mejoría importante”.

La TPCE, además de partir del trabajo anterior sobre el procesamiento de las emociones en la psicoterapia (GENDLIN, 1981; RICE y GREENBERG, 1984), utiliza la teoría del apego y la de sistemas para explicar los ciclos repetitivos del conflicto emocional característicos de las relaciones de la pareja con problemas. La teoría del apego y en particular la teoría del apego adulto (JOHNSON y WHIFFEN; SHAVER y HAZEN, 1988), describe la formación del fuerte vínculo emocional con otra persona, que se convierte en la figura primaria del apego. Cuando este vínculo del apego se ve amenazado o perturbado, la consecuencia es la angustia emocional. Se considera que la teoría de sistemas proporciona no sólo el contexto de la relación de pareja, sino también un esquema para entender el modelo de interacción y la causalidad circular que operan en la relación; “la influencia mutua de la conducta que cada miembro de la pareja ejerce sobre el otro” (JOHNSON, 2004, pág. 48).

El modelo de la TPCE se centra en las respuestas emocionales básicas de ira, miedo, sorpresa, alegría, pena/vergüenza, disgusto, dolor, tristeza/desesperación. Cuando el vínculo del apego está en peligro o perturbado, se produce una respuesta emocional básica, a menudo de miedo o tristeza. Esta reacción emocional primaria normalmente

queda desplazada, de inmediato, por una respuesta emocional secundaria con una función defensiva o adaptativa, dirigida a conseguir que el otro “vuelva a su sitio”. Esta respuesta actúa para alejar la amenaza al vínculo del apego. Sin embargo, las respuestas emocionales secundarias muchas veces provocan en la otra persona la reacción opuesta a la deseada. Por ejemplo:

- John tiene miedo (respuesta emocional primaria) porque piensa que Mary ya no lo quiere.
- Su miedo, un sentimiento vulnerable que no le resulta cómodo y prefiere no mostrar a Mary, inmediatamente queda desplazado por el sentimiento secundario de ira, y John empieza a mostrarse crítico con la conducta de Mary.
- Mary está dolida (respuesta emocional primaria) por las acusaciones de John, pero el dolor (un sentimiento demasiado vulnerable para seguir con él y permitir que John lo conozca cuando está enfadado) queda desplazado de inmediato por el sentimiento secundario de ira, y Mary contraataca indignada.

Son estos sentimientos secundarios los que se convierten en parte del ciclo interaccional repetitivo, cuyo resultado es la angustia o el conflicto presentes que llevan a la pareja a la terapia. El objetivo del proceso terapéutico en la TPCE (que se describe brevemente en el Capítulo VII) es crear en la terapia un entorno seguro para el “despliegue” gradual de las respuestas emocionales secundarias de las dos personas, para que éstas puedan identificar, reconocer y expresar mutuamente las respuestas emocionales primarias, de las que cabe esperar que lleven a una renovación y un fortalecimiento del vínculo del apego.

El modelo de TPCE supone un importante avance en la terapia de pareja, de-bido, entre otras muchas razones, a su hincapié en el trabajo con la experiencia del aquí y ahora de las personas. Sin embargo, como afirmamos anteriormente (CRAWLEY y GRANT, 2005), la TPCE no consigue entender la naturaleza psicodinámica de la teoría del apego. Por este motivo, hace muy poco énfasis en la importancia del análisis de la experiencia de relación de las dos personas en sus respectivas familias de origen, y presta una atención insuficiente al “modelo de trabajo interno” de cada miembro de la pareja, y a la consiguiente forma en que se aborda lo relativo a la transferencia en la relación terapéutica. El reconocimiento de la importancia de la experiencia con la familia de origen, y el trabajo con el difícil legado que pueda haber dejado, también ayudará a cada persona a mejorar su capacidad de reflexión en su intento por crear una narrativa más coherente sobre sí misma, su historia y sus relaciones con los demás.

El “hogar conyugal sano” — los estudios de John GOTTMAN

Los estudios de John GOTTMAN y sus colegas (GOTTMAN, 1994a, b), y la aplicación de las ideas que de ellos surgen sobre la intervención con parejas (GOTTMAN, 1999, 2004; GOTTMAN, DRIVER y TABARES, 2002), tienen una base teórica distinta de lo dicho hasta el

momento en este libro. El interés de GOTTMAN es desarrollar una interpretación con base empírica de las relaciones matrimoniales, incluidos aquellos factores que determinan el éxito duradero o la separación y el divorcio. Quizá no quepa extrañarse de que sus estudios señalen que los sentimientos, y la forma en que se gestionan en la relación, tienen una gran importancia.

Un punto de partida para GOTTMAN es la teoría general de los sistemas original de VON BERTALANFFY (1969), que él describe como un “sueño (que) nunca se hizo realidad” (GOTTMAN y cols., 2002, pág. 390), debido a su incapacidad de proporcionar una base empírica sobre la que se pudiera construir la teoría. Esto ha provocado que la teoría de familia y la terapia de pareja tengan que operar en el ámbito de la hipótesis y la suposición, en lugar de desarrollarse y perfeccionarse de forma sistemática. GOTTMAN ha intentado aportar los datos empíricos que pueden apoyar una teoría de la interacción marital, con la descripción en términos cuantitativos y con modelos matemáticos de los procesos por los que un matrimonio se establece y se mantiene en un estado positivo o negativo de homeostasis. Este plan de investigación ha utilizado estudios de multi-método de las parejas, a partir de los datos obtenidos con la observación de la interacción entre ellas, autoinformes de las experiencias y la medición de los niveles de activación fisiológica. La investigación comprende siete estudios longitudinales de más de 667 parejas, representativas de “matrimonios estables y relativamente felices”, que van desde recién casados a parejas de personas jubiladas o de edad muy avanzada. Su propósito es hacer predicciones sobre qué relaciones van a sobrevivir y cuáles van a acabar en divorcio. En una exposición breve es imposible hacer justicia a la investigación de GOTTMAN, pero se puede consultar un resumen en GOTTMAN y cols. (2002), y una explicación más extensa en GOTTMAN (1994a, b), y GOTTMAN, KATZ y HOOVEN (1996). Más recientemente, GOTTMAN se ha interesado en desarrollar formas de aplicar a programas de intervención las conclusiones de sus estudios, a través de talleres psicoeducativos para parejas y también mediante un tipo de terapia llamada “terapia de pareja con el método GOTTMAN” (GOTTMAN, 1999; 2004).

La teoría del “hogar conyugal sólido” es fundamental tanto para la investigación como para el trabajo clínico que realiza GOTTMAN y a continuación se describe de forma leve. La teoría describe “siete historias” del hogar conyugal, las tres primeras constituyen los “cimientos” de la casa.

- Los *mapas del amor* consisten en los conocimientos íntimos y mutuos del mundo interior de cada uno: los gustos, las aversiones, la historia, los valores y demás. ¿Cuánto se conoce la pareja y cuán actualizado está ese conocimiento?
- El *cariño y la admiración* suponen la manifestación de los sentimientos de preocupación y respeto mutuos entre los miembros de la pareja. ¿Se da esta manifestación o se pasa por alto, y por ello las dos personas se sienten solas y desatendidas?
- La *aproximación* frente al *alejamiento* supone conductas que buscan la conexión y el

equilibrio entre la reacción a estas conductas, el ignorarlas o el reaccionar en su contra en la interacción cotidiana.

- La *prevalencia del sentimiento positivo* requiere una base sólida en las tres primeras historias del hogar conyugal y describe el ambiente emocional general de la relación, en el que a una afirmación neutral se puede reaccionar de forma positiva. Se pone el ejemplo (GOTTMAN, 2004) de un miembro de la pareja que diga algo así: “Has vuelto a dejarte el ventilador del baño encendido” y el otro responde positivamente: “¡Vaya! Voy a apagarlo”. Otra posibilidad, si se impone el sentimiento negativo, es que la respuesta sea negativa: “Deja ya de intentar controlarme, como si tú nunca te dejarás nada encendido”. El hecho de que en la relación prevalezca el sentimiento positivo se considera un elemento importante de la capacidad de la pareja para resolver los problemas.
- *Gestionar los problemas que tienen solución*, la quinta historia del hogar conyugal, supone poseer las destrezas de resolución eficaz de los problemas. Los estudios de GOTTMAN indican que sólo se puede resolver el 31 % de los problemas y el resto de “problemas perpetuos” tiene que ver con el estilo de vida y la personalidad. Los problemas solubles exigen el uso de unas destrezas específicas que se pueden aprender: el “arranque suave” (formular el problema de una forma que no sea acusadora y exprese necesidad), la “reparación” (volver la conversación a su cauce si el conflicto se agrava), el “calmarse” (hacer un receso, controlar el nivel de tensión), aceptar la influencia (reconocer la validez de la postura del otro y acordar el cambio sin renunciar a lo esencial de la propia) y el “compromiso” (intentar satisfacer las necesidades mutuas).
- *Hacer que se cumplan los sueños y las expectativas* exige un diálogo en el que cada persona trate de apreciar la postura de la otra en cuestiones que parecen ser problemas crónicos de difícil solución. GOTTMAN habla de la “intervención del sueño-dentro-del conflicto”, basada en el supuesto de que a menudo en los conflictos enquistados hay ocultos unos valores e ideales que no se manifiestan.
- *Crear un significado compartido* obliga a la pareja a analizar las creencias de cada uno sobre cuestiones filosóficas o existenciales: qué significa para cada uno ser padre o madre, sus creencias espirituales, sus aspiraciones, etc. Esta última historia de la casa nos lleva de nuevo hacia la primera, es decir, a una profundización y un enriquecimiento del mapa del amor que cada persona tiene de la otra.

Por consiguiente, la presencia de problemas irresolubles en la relación de pareja no es una cuestión capital. Al contrario, lo que provoca la angustia en la pareja es la emoción que acompaña al problema no resuelto. “El objetivo es establecer con el problema crónico un diálogo que transmita la aceptación del otro, e incluso cierta diversión ...” (GOTTMAN y cols., 2002, pág. 379). La alternativa es una situación de parálisis, con la posible aparición de una conducta opuesta a la construcción del hogar conyugal sólido, los “cuatro jinetes del Apocalipsis” —la crítica, el desprecio, ponerse a la defensiva y la

actitud evasiva— que según los estudios de GOTTMAN anuncian el fracaso matrimonial.

Las intervenciones que GOTTMAN y sus colegas proponen se presentan en un formato conductual que a primera vista no parece encajar bien con una orientación psicodinámica de la terapia de pareja. Sin embargo, las ideas que se derivan de los estudios de GOTTMAN merecen una reflexión exhaustiva. En algunos casos al menos, se pueden considerar coherentes con algunas de las formas en que los terapeutas de pareja de orientación psicodinámica entienden las relaciones y los procesos de cambio (SAWYER, 2004).

La sexualidad y la terapia de pareja

A veces las parejas acuden a terapia porque son conscientes de las dificultades que tienen en su relación sexual y quieren afrontarlas. Sin embargo, es más habitual que lo hagan por algún otro tipo de dificultades en la relación. La pareja puede ser consciente o no de la importancia del problema sexual subyacente.

Bert y Sally buscaban ayuda porque parecía que tras cinco años de matrimonio su relación se deterioraba con rapidez. Se estaban distanciando y eran frecuentes las discusiones sobre cuestiones banales. Los problemas empezaron con el nacimiento del primer hijo. Bert sabía de la preocupación por la infelicidad de Sally. Pensaba que sufría la típica depresión posparto de la que había oído hablar. Le aterrorizaba decirle que se sentía insatisfecho con la relación, por si al hacerlo empeoraba las cosas así que “se tragaba” sus sentimientos. Procedía de una familia en la que nunca se expresaban los sentimientos negativos, en especial el de enfado.

Sally no estaba deprimida en sentido clínico. Era hija adoptiva y la infancia en su familia de adopción había sido difícil, en especial la relación con su madre. Pese a su apariencia de mujer competente, segura de sí misma y dinámica, de hecho era muy crítica consigo misma. La experiencia de convertirse en madre le había despertado de nuevo muchas de esas dudas, entre ellas la imagen sexual que tenía de sí misma.

Ambos pensaban que el cese definitivo de su relación sexual era “algo de esperar” dadas las circunstancias. De hecho no habían hablado del tema y no lo mencionaron hasta que el terapeuta le pidió que lo hicieran. Pero el centrarse en la dinámica de su relación sexual demostró ser una forma rápida y fructífera de abordar las dudas sobre sí mismos y las inhibiciones que habían puesto en peligro su relación.

La sexualidad humana es un fenómeno de múltiples facetas, que agrupa elementos psicológicos, emocionales, biológicos, relacionales y culturales, y la expresión de la sexualidad, o en algunos casos, la ausencia de esta expresión es un aspecto importante de cualquier relación de pareja. Por tanto, resulta fundamental que el terapeuta de pareja conozca el funcionamiento sexual del hombre y de la mujer, la naturaleza de las dificultades sexuales y la interrelación entre la dinámica de la pareja y la sexualidad.

Desde los pioneros estudios de MASTERS y JOHNSON en la década de 1960 (MASTERS y JOHNSON, 1970), se ha considerado que la terapia sexual puede ayudar a las parejas que se enfrentan a algún tipo de disfunción sexual. Sin embargo, la relación entre la terapia de pareja y la terapia sexual no siempre ha sido clara. Algunos terapeutas de pareja, por lo

incómodo que les resulta hablar de los detalles de la experiencia y las prácticas sexuales de la pareja, han tendido a dar por supuesto que si la calidad de su relación mejora, también se resolverán de un modo un tanto “automático” sus dificultades sexuales. Y al revés, el profesional especializado en terapia sexual a veces puede centrarse específicamente en la intervención sobre un aspecto de la disfunción sexual e ignorar las dificultades relacionales que conforman el contexto de esa disfunción. Entre los terapeutas de pareja también ha habido una tendencia a centrarse en las consecuencias del problema sexual e ignorar lo que se podría llamar “la sexualidad conyugal cotidiana” es decir, el patrón y la calidad de la experiencia sexual de la pareja en su relación permanente y el significado que la sexualidad tiene para ellos, tanto en general como en las vicisitudes de su experiencia sexual como pareja (MCCARTHY, 2002).

La sexualidad en la relación de pareja

Ser humano es ser sexual. Un elemento importante del sentido interiorizado del yo que toda persona tiene es el sentido de sí misma como persona sexual. Este sentido interiorizado de un yo sexual configura el significado que se da a la experiencia sexual y la forma en que la persona expresa su sexualidad.

Los orígenes del sentimiento que la persona tiene del yo sexual están en la primera infancia y en la cultura de la familia de origen, algo de lo que no cabe extrañarse. KAHN (1989) ilustra con una imagen y unas palabras evocadoras el origen infantil de nuestra añoranza de “una experiencia sexual que repita la satisfacción sexual anteriormente experimentada en la infancia”:

Anocheía. En la casa no había nadie más que ellos dos. Tumbados y fundidos en un cálido abrazo, esa habitación, esa cama, eran el universo. Callaban, sólo se oían los apenas perceptibles sonidos de su respiración tranquila. Ella le acariciaba la nuca. Él, su pezón erecto, primero suavemente con la nariz, luego con los labios, saboreaba, olía y absorbía el perfume de su cuerpo. Era un día de agosto húmedo y caluroso y habían sudado. Despacio, él le acarició un pecho mientras dejaba rodar la cabeza por el contorno del otro. Apretó su cuerpo contra el de ella, suspiró y, saciado, cerró los ojos y pronto cayó en un sueño plácido y profundo. Suavemente y poco a poco, ella se deslizó para salir de debajo de su cuerpo, para no molestarlo, lo arrulló en sus brazos y lo dejó en la cuna. Terminada la toma de las seis, el niño de cuatro meses había experimentado también una diminuta aportación más a su posterior desarrollo sexual.

(Pág. 54.)

Esto, dice KAHN, corrobora la observación de FREUD: “Nadie que haya visto cómo el bebé se retira saciado del pecho y se queda dormido con las mejillas encendidas y una sonrisa de felicidad, puede evitar pensar que esta imagen perdura en la vida posterior, como prototipo de la expresión de la satisfacción sexual” (FREUD, 1905).

Más tarde, la capacidad de la familia de sentirse cómoda con la sexualidad, de hablar de ella de forma apropiada a la correspondiente edad y de respetar los límites adecuados en torno a ella, propicia el desarrollo de un adulto que sabe tener y disfrutar la experiencia sexual. Lo triste es que a veces, durante la infancia o la adolescencia se da

una experiencia sexual angustiosa o traumática y ésta produce un impacto duradero en la imagen sexual que la persona en desarrollo tiene de sí misma:

De niño, Bob sufrió durante varios años el abuso sexual de un adulto a quien admiraba y en quien confiaba. Nacido en una familia en la que debía ejercer de cuidador emocional de sus padres, no tenía forma de hablar de esos abusos con nadie. Los supuestos que sobre sí mismo se creó con consecuencia del abuso sexual —unos supuestos lógicos para su edad y sus circunstancias— siguieron siendo el principio rector en todas sus relaciones sexuales ya de mayor. Ser vulnerable en una relación sexual era peligroso, pero ostentar el control la hacía segura. Permitir que se vieran sus sentimientos lo llevaría a avergonzarse. De modo que, para Bob, era más seguro un “estilo” de conducta sexual impersonal e incluso agresivo.

En las sociedades en que el amor romántico se acepta como base para la formación de una relación, parece que una parte fundamental de la búsqueda de pareja es una sensación de totalidad (MATTINSON, 1988). Una realidad que las personas pueden expresar como “mi otra mitad” o “mi mitad mejor”, algo que John FOWLES expresa con tono poético:

Lo que de ti necesito es algo que llevas en tu interior, algo que está entre nosotros, que hace que vivir a medias o amar a medias ... sea imposible.

(FOWLES, 1977.)

KERNBERG (1995) señala que la pasión sexual es el medio con el que las “dos partes” se funden temporalmente, pero sin perder su identidad. Para ello es necesaria la capacidad de fusionarse con el otro, al tiempo que se mantiene una identidad separada. Aquí hay una paradoja:

En la combinación de estas dos características esenciales del amor sexual hay una contradicción intrínseca: por un lado los rígidos límites del yo y la conciencia constante de la firme independencia de los miembros de la pareja y por otro el sentimiento de trascendencia, de fundirse con la persona amada. La independencia se traduce en soledad, añoranza y temor a la fragilidad de todas las relaciones. La trascendencia de la unión de la pareja despierta un sentido de unidad con el mundo, de permanencia y de creación. Se podría decir que la soledad es un requisito previo de la trascendencia.

(KERNBERG, 1995, págs. 43-44.)

KAHN (2002), al hablar de la resolución del complejo de Edipo tal como lo describe FREUD, se refiere a la capacidad de experimentar “sentimientos de ternura y pasión hacia la misma persona”, de forma que “pueda amar a quien desee y desear a quien ama” (pág. 76). Maggie y Stuart mostraban una división especialmente dolorosa en su experiencia del amor y la sexualidad:

Se conocieron y se enamoraron y debido a cuestiones de carácter práctico se tuvieron que ir a vivir juntos enseguida. Antes de hacerlo, Stuart le dijo a Maggie que era bisexual. Ella pensó que si querían mutuamente no tenía por qué haber problema alguno. Y durante unos años no lo hubo. Pero después las discusiones y la tensión fueron aumentando en su relación. Cuando llegaron a terapia, se puso de manifiesto que sus diferencias en lo que se refería a la orientación sexual les resultaba difíciles a los dos. Stuart había empezado a tener relaciones más frecuentes y duraderas con hombre

y no se limitaba ya a encuentros breves y en gran medida anónimos. Maggie tenía dos aventuras, se trataba de relaciones sexuales apasionadas en las que se sentía “deseada como mujer”. Cuando el terapeuta sugirió que a Maggie le era difícil sentir afecto y deseo en la relación con Stuart, parecía ser el eco exacto de la que era su experiencia. Se encontraban, pues, ante una situación de la que resultaba complicado que los dos salieran satisfechos. Dejar las cosas como estaban, con sus respectivas relaciones fuera de la pareja, en las que encontraban la satisfacción sexual, no se ajustaba a sus valores, sobre todo porque ya tenían dos hijos pequeños. Seguir juntos con el compromiso de la monogamia suponía perder la posibilidad de mantener relaciones sexualmente satisfactorias. Separarse significaba que, aunque pudieran seguir siendo amigos y educando de forma conjunta a sus hijos, perderían una relación en la que ambos pensaban que había mucho amor y cariño.

Pero, en el contexto de una relación continuada de pareja, ¿qué es una “buena” relación sexual? Si hace unas pocas generaciones la sexualidad era aún un tema tabú, las sociedades occidentales han oscilado hacia el extremo opuesto, de modo que la información sobre sexualidad es casi obligada en los medios de comunicación. Lamentablemente, la naturaleza de esta información está determinada más por el sensacionalismo que por el deseo de informar con exactitud. En muchas revistas de gran divulgación se da la impresión de que lo importante es la cantidad de actos sexuales y un grado de intensidad durante los mismos, difícilmente descriptible. Con ello se corre el riesgo de sustituir la antigua tiranía de la culpa y la vergüenza derivadas de la falta de información, por una nueva tiranía de “expectativas y exigencias en modo alguno realistas” (MCCARTHY, 2002).

SCHARFF (1982) propone una forma útil de ver el papel de la relación sexual. Insiste en la medida en que la relación sexual cumple la función de mantener una sensación de bienestar en la pareja y adapta la expresión de WINNICOTT (1960) de “maternidad suficientemente buena” para hablar de “sexo suficientemente bueno”. Este sexo, al igual que la “maternidad suficientemente buena”, no necesita ser perfecto ni carente de fallos:

Asimismo, objetivos razonables de la sexualidad son que ésta sea una parte útil y, en su conjunto, agradable del matrimonio o la relación, capaz de contener la cantidad media de conflicto y frustración y dando *en algunos momentos* exactamente lo que se necesita y se desea ... En este contexto de las necesidades de la familia en su conjunto, la vida sexual de la pareja debería ser la adecuada para que las dos personas se sientan mutuamente queridas, de manera que, como progenitores, puedan transmitir ese amor a los hijos e hijas.

(Págs. 10-11, cursiva del original.)

El patrón exacto de conducta sexual que pueda cumplir esta función variará mucho entre unas parejas y otras. Lo que importa no es la frecuencia de las relaciones sexuales ni la intensidad del orgasmo, sino la experiencia subjetiva de cada miembro de la pareja. Ambos necesitan sentir que su relación sexual es, en general y pese a problemas y frustraciones ocasionales, un aspecto agradable y cohesionador de su relación, que a veces los ayuda a sentirse profundamente unidos entre sí. Por lo tanto, el reto para el terapeuta no es obtener datos sobre la conducta sexual de la pareja, sino la tarea mucho más delicada de conseguir que la pareja se sienta segura para hablar entre ellos de

experiencia sexual.

Son muchos los autores que dicen que la forma que la pareja tiene de participar en la sexualidad —la dinámica de su relación sexual— indica claramente la dinámica de todo el conjunto de su relación. Así, por ejemplo, SKYNNER expone su forma de entender la terapia de familia y conyugal:

Ante un determinado síntoma, espero empezar a trabajar en el problema original, normalmente la queja de o sobre uno de los miembros, o un problema emocional más general de la familia en su conjunto, para luego pasar a la patología original de la interacción conyugal y su manifestación en la relación sexual.

(SKYNNER, 1976, pág. 141.)

Más recientemente, David SCHNARCH (1991) describe su manera de entender la terapia de pareja como

un enfoque de descubrimiento de la terapia sexual y conyugal. Desde este punto de vista, las conductas sexuales de la pareja (entre ellas, el estilo y los contenidos incluidos y excluidos en el repertorio) se convierten en una ventana a la totalidad del comportamiento individual de los miembros de la pareja y a su relación.

Las relaciones sexuales de la pareja suponen una representación literal de la vida de sus componentes, una construcción metafórica no muy distinta a la de los sueños. La analogía con la interpretación de los sueños es adecuada.

(Pág. 146.)

Y en esta línea, y quizá con un contenido un tanto polémico, sigue diciendo:

Del mismo modo que el terapeuta nunca ve el contenido exacto del sueño, tampoco es necesario ni apropiado que observe la conducta sexual de los pacientes. Debe obtener un informe muy detallado de la conducta (o la falta de ella) y atender al estilo y la verbalización de los pacientes.

(Pág. 147.)

Es posible que la descripción “muy detallada” que SCHNARCH propone no sea necesaria en la mayoría de las parejas, pero es importante que el terapeuta sea consciente de cómo la dinámica de la relación queda representada en la relación sexual.

Analizar las cuestiones sexuales

La sexualidad es una parte importante de la relación, por lo que suele resultar útil colocarla al principio de la “agenda” terapéutica. Si es posible, en la primera entrevista, se evaluará de manera general la relación de pareja. El grado de comodidad con que las personas pueden hablar de su conducta y experiencia sexuales es muy diverso y en este sentido los terapeutas no son una excepción. No obstante, es importante que el terapeuta de pareja facilite la desinhibición y sepa hablar con la pareja de sus relaciones sexuales de forma relajada. Para ello tendrá que saber escuchar la “conversación sin palabras” que tiene lugar en la sesión: el estado de ánimo y la experiencia subjetiva que acompañan al tratamiento del tema de la sexualidad. SKYNNER (1976) pone un ejemplo sencillo y elegante de la efectividad del saber hablar, con firmeza pero con tono tranquilizador,

sobre los detalles de la experiencia sexual de la pareja:

Un chico que estaba, en los últimos años de la adolescencia, presentaba ciertos rasgos esquizoides, después de unos años de provechosa terapia individual con un colega al que lo remití, se casó con una chica atractiva y alegre. Me pidieron que lo atendiera de nuevo por dificultades en el matrimonio, en una entrevista conjunta se vio que ninguno de los dos sabía tomar la iniciativa en la sexualidad y que ambos, por sus respectivos orígenes, eran demasiado tímidos para hablar entre ellos del problema. Después de analizar la realidad de su interacción y su relación sexual se vio, entre otras cosas, que la sensibilidad del clítoris de la esposa era demasiado intensa por lo que la estimulación directa no le resultaba placentera, aunque la excitaban las caricias en el pubis y otras zonas próximas a los genitales.

En la segunda entrevista dijeron que estaban disfrutando del sexo con más frecuencia y plenitud y en la tercera pudieron dejar el tratamiento. La mujer decía que, en la primera entrevista, se sintió “terriblemente avergonzada” por mi insistencia en ese tipo de descripciones minuciosas, pero hacia el final de la primera sesión empezó a tranquilizarse y desde entonces fue capaz de hablar del sexo y practicarlo con su marido con una libertad que nunca pensó que pudiera lograr.

(Págs. 135-136.)

El grado propio de diferenciación de yo del terapeuta en lo que a hablar del sexo se refiere y el reconocimiento y prudente mantenimiento de los límites adecuados, serán ingredientes esenciales para hablar con las parejas de su experiencia y conducta sexuales con tanto detalle. El terapeuta debe ser consciente de su propia reacción erótica a las cuestiones sexuales que se hablen en sesión, capaz de contenerse y controlarse y, siempre que sea necesario, hablar de esas reacciones durante la supervisión o en su propia terapia personal.

Para muchas personas, la sexualidad es un tema privado y delicado, por esto el terapeuta debe evitar la tentación de recurrir a eufemismos. Probablemente será útil que adopte la postura del etnógrafo y, con todo respeto, no dar nada por supuesto. Por ejemplo, las ideas del terapeuta sobre qué se entiende con expresiones como “estimulación previa”, “intimar” y “tomar la iniciativa” —por no hablar del lenguaje sexual más coloquial— pueden ser diferentes de las de la pareja y las distintas parejas pueden dar a esas expresiones significados también distintos.

Por último, aunque no de menor importancia, está el tema del triángulo que se formará en la terapia a menos que las dos personas que forman la pareja trabajen al unísono. Al hablar de cuestiones sexuales con una pareja heterosexual, ese triángulo siempre estará desequilibrado en lo que al sexo se refiere. Hay que tenerlo siempre presente y, cuando sea necesario, reconocerlo en la conversación terapéutica. Al hablar con la persona del otro sexo, de nuevo puede ser útil la imagen del etnógrafo y la postura de curiosidad respetuosa, en muchas ocasiones puede servir de modelo para la persona del mismo sexo.

A medida que la dinámica de la relación de pareja empiece a cambiar, muchas veces resulta beneficioso que el terapeuta busque oportunidades de analizar cómo afectan los cambios introducidos a la relación sexual. Si, por ejemplo, la terapia se ha centrado en ayudar a ambos miembros de la pareja a conseguir un mayor grado de diferenciación del

yo —de ser más “su propia persona” y sentir realmente que tienen unos derechos—, el terapeuta puede preguntar si esto influye en su relación sexual y si, en consecuencia, los dos son más capaces de tener y disfrutar sentimientos eróticos en presencia del otro.

La respuesta a los problemas sexuales

Cuando una pareja busca ayuda para unos problemas sexuales concretos en el transcurso de la terapia, el terapeuta debe iniciar una evaluación para determinar cuál es su naturaleza, la medida en que es reflejo de otros problemas de la relación y si conviene o no remitir a la pareja a un especialista en problemas sexuales. Una consideración importante es si la disfunción sexual es primaria (si siempre ha estado presente para el miembro de la pareja a quien afecte) o secundaria (si el problema se ha planteado ahora, pero no formaba parte del funcionamiento sexual anterior de esta relación ni de otras previas de la persona).

Michael padecía impotencia, era incapaz de mantener la erección durante el acto sexual con su esposa, con la que llevaba casado trece años. El análisis de este problema desveló que en realidad nunca había podido hacerlo, ni en las relaciones que mantuvo antes de conocer a la que hoy era su mujer, pero sí podía mantener la erección cuando se masturbaba. Expuso su problema a un especialista, quien le aseguró que no existía ningún daño fisiológico y le recetó unos medicamentos que no surtieron efecto.

Esta situación inevitablemente sugiere la posibilidad de un trauma sexual en la infancia o la adolescencia y así era en el caso de Michael.

ANNON (1974) describe cuatro niveles de intervención en respuesta a los problemas sexuales: dar permiso, información limitada, sugerencias concretas y terapia intensiva. Al hilo de lo que decíamos antes, creemos que es importante que el terapeuta de pareja sepa intervenir en los dos primeros niveles (dar permiso e información limitada), mientras que los niveles tercero y cuarto (sugerencias concretas y terapia intensiva) dependerán de la seguridad del terapeuta para abordar las dificultades sexuales y de su nivel de formación y experiencia.

Conclusión

La relación íntima con otra persona es intensamente personal y repercute en algunos de sus deseos y temores emocionales más profundos, además de implicar inevitablemente la sexualidad de los dos miembros de la pareja. Es importante que el terapeuta de pareja sepa comprender los sentimientos que en ella intervienen, tanto cuando la relación funciona bien como cuando se encuentra en dificultades. En este capítulo hemos expuesto de forma general cómo se puede entender la experiencia del amor y hemos repasado dos formas recientes de considerar los sentimientos en la relación de pareja. Hemos concluido con algunos comentarios sobre la importancia de la sexualidad en la relación de pareja y algunas observaciones sobre la respuesta a los temas sexuales en el contexto de la terapia de pareja.

La evaluación

Los capítulos anteriores se han centrado en una serie de teorías que pretenden explicar aspectos del funcionamiento de las relaciones de pareja y han analizado algunas formas en que estas teorías inciden en la práctica de la terapia de pareja. En este capítulo y los tres siguientes, el objetivo es más práctico y empezamos con el desafío de implicar a la pareja en la terapia y de hacer una evaluación.

Cómo empezar: ¿Compromiso terapéutico o evaluación previa?

Es fácil dar por supuestos y tratar de forma rutinaria unos procesos que nos resultan familiares, pero que a menudo son nuevos y abrumadores y generan ansiedad en nuestros clientes. El terapeuta tiene que tomar decisiones en los primeros momentos de su contacto con la pareja que busca ayuda (HIEBERT, GILLESPIE y STAHMANN, 1993; KARPEL, 1994). ¿Qué clase de dificultad parece que se oculta en los primeros problemas que exponen? ¿Se trata de un caso del que el terapeuta se pueda ocupar de forma responsable, considerando la práctica y la experiencia que tiene? ¿Qué es más adecuado: atenderles de manera conjunta o por separado; o remitir a uno o a los dos a terapia individual? La evaluación es importante, pero la necesidad de que el terapeuta evalúe y tome decisiones se debe equilibrar con el conocimiento de las preocupaciones y las preguntas que más angustian a la pareja. Además, hay que intervenir con las dos personas de forma que la terapia de pareja sea un proceso que genere confianza en que el cambio es posible. No se trata, por supuesto, de un dilema exclusivo del trabajo con parejas, pero las fuertes emociones y la inestabilidad emocional que suelen acompañar a la relación de pareja problemática a menudo convierten esta tarea en todo un reto.

Muchas veces, cada miembro de la pareja alberga toda una serie distinta (y a veces opuesta) de esperanzas y miedos: por ejemplo, esperar que acudir a terapia sea beneficioso, pero temer que pueda resultar vergonzoso o doloroso. Es posible que ambos teman que su relación empeore al llegar a casa después de la sesión de terapia y, por consiguiente, se pregunten cómo pueden conjugar la sinceridad con la cautela en lo que digan al terapeuta. ¿Qué dirá el otro sobre ellos? ¿Se les pedirá que hablen de cosas que los hieren o son motivo de desacuerdo sobre las dificultades o las frustraciones de su relación sexual, o sobre detalles íntimos de la aventura que hayan tenido y ahora quieren

ocultar? ¿Hasta qué punto son capaces de hablar de la complejidad de diez, veinte o hasta treinta años de vida en común, a una persona completamente extraña y en una breve sesión? Cuando ha habido tanto dolor o tanto desengaño, ¿qué diferencia puede marcar realmente hablar de esas cosas? ¿O quizá haya deseos más agresivos, como confiar en que quede en evidencia el compañero, o en que se avergüence, o en que le digan “cuatro cosas bien dichas”? Por un lado, las parejas tienen un gran deseo de ser escuchadas y comprendidas, y por otro lado, tal vez de forma un tanto contradictoria quieren estar seguras de que el terapeuta sabe qué está haciendo, que es una persona competente y segura de sí misma, que podrá darles algunas respuestas a sus dificultades.

Virginia SATIR, una de las grandes pioneras de la terapia de familia, solía decir en sus talleres que no pretendían hacer un *diagnóstico* de la familia que acudía a la terapia. En su lugar, lo que ella buscaba era una *apreciación* de la familia en toda su diferencia y exclusividad. Utilizaba la imagen de un cuadro que le llamara la atención en una galería de arte. Las primeras preguntas que se hacía al mirarlo no tenían nada que ver con asignar el cuadro a una categoría, ni con deducir la escuela o la tradición a la que pertenecía el pintor, aunque estas preguntas pudieran ser importantes más adelante. Lo que le interesaba era la impresión singular que el cuadro le producía, cómo le hablaba, qué sentimientos le despertaba al contemplarlo.

Nos parece acertada la idea de Virginia SATIR de que la *apreciación*, y no el *diagnóstico*, constituye la esencia de la evaluación. Obtener información es importante y necesario para que el terapeuta pueda tomar decisiones sobre cómo proceder con la terapia. Sin embargo, es muy fácil interesarse en exceso por el contenido de las dificultades de la pareja, por categorizar su problema y decidir qué hacer y, por tanto, que el terapeuta no logre desarrollar una apreciación de la exclusividad de la experiencia que se oculta detrás de la historia de la pareja. El interés por la apreciación, tal como Virginia SATIR la describe, lleva a centrarse en implicarse con la pareja, escuchar su historia y desear comprender su experiencia. Esto, a su vez, contribuye a la formación del “espacio terapéutico” en que las dos personas pueden empezar a sentirse lo bastante seguras para escucharse mutuamente, explorar la propia experiencia y la del otro y por último asumir riesgos y plantearse la relación de otra manera. Pensamos que el terapeuta de pareja debe intentar desarrollar y mantener una postura similar a la que los psicólogos del yo describen como postura “próxima a la experiencia” del cliente (LIVINGSTON, 1995, 1999, 2001; SOLOMON, 1989; WOLF, 1988), intentar sintonizar empáticamente con cada uno de los miembros de la pareja y ponerse emocionalmente “en su piel”, aunque la necesidad de empatizar a la vez con los dos puede hacer que la terapia se convierta en todo un reto. Será inevitable que en la mente del terapeuta se produzca la reflexión —el análisis, la categorización, las hipótesis—, y es posible que se produzca también una vez acabada la sesión, pero la prioridad inmediata cuando la pareja entra en la consulta debe ser el proceso de implicación.

Con este recordatorio de la importancia de la implicación con la pareja al principio de la terapia, este capítulo se va a centrar en el proceso de evaluación: la reflexión y la toma de decisiones que se deben producir en la primera fase de la terapia. En los dos capítulos siguientes retomaremos la cuestión de cómo implicarse con la pareja y hablaremos de algunas de las habilidades que la entrevista conjunta exige y del proceso terapéutico en la terapia de pareja.

El contenido de la evaluación: Un marco con cinco dimensiones

En los capítulos anteriores, hemos repasado una serie de marcos teóricos provechosos para el terapeuta de pareja que quiera comprender una determinada relación. La pregunta que ahora se plantea es: ¿cómo va a saber el terapeuta qué información se necesita, qué preguntas debe hacer?

Nuestra opinión al respecto es considerar la relación de pareja como un fenómeno complejo cuya realidad no puede captar teoría alguna. Por consiguiente, si adoptamos una perspectiva más holística, partiendo de toda una diversidad de tradiciones teóricas, será menos probable que se nos pasen por alto los temas fundamentales. Sin embargo, para llevar a cabo ese enfoque se necesita un marco para que los temas o las cuestiones relevantes que las diferentes tradiciones teóricas indiquen se analicen sistemáticamente, y no sin orden ni concierto. Después de dibujar una imagen general de la relación, es posible centrarse con más detalle en aquellos aspectos que parezcan importantes para entender esa relación concreta en ese momento preciso.

Una metáfora que empleamos es la de la relación como una habitación de forma irregular con una serie de ventanas. Al mirar por cada una de ellas, se desvela un aspecto diferente del complejo conjunto de la habitación y de su contenido. Se puede pensar que cada ventana corresponde a una determinada tradición teórica para ilustrar un aspecto importante del funcionamiento de la relación. Observamos a la pareja, pero desde diferentes perspectivas: ninguna visión es más “correcta” que otra, aunque algunas puedan ser especialmente útiles al tratar de entender una determinada relación de pareja. A continuación se describen las cinco dimensiones que hay que considerar: las cinco “ventanas”. Unidas ofrecen al terapeuta un marco en el que se puede recurrir a cualquier conocimiento de que disponga como guía en la formulación de la preguntas que esclarezcan el funcionamiento de la relación en cuestión. Las cinco dimensiones ofrecen una manera de operativizar (definir un concepto abstracto de forma que se pueda medir) algunas de las formas de pensar sobre las relaciones desde las perspectivas psicodinámica y sistémica de las que hablábamos en capítulos anteriores.

La dimensión evolutiva

Las cuestiones clave que se asocian con esta dimensión se refieren a la fase de desarrollo que la relación ha alcanzado y a cómo ésta puede darnos información sobre el funcionamiento y las dificultades actuales de la relación. Esto lleva al terapeuta a pensar

desde la perspectiva de las fases del ciclo vital de la familia (CARTER y MCGOLDRICK, 2005) y desde la del patrón de desarrollo de la relación sentimental entre los miembros de la pareja (BADER y PEARSON, 1988), de las que hablábamos en el Capítulo III. En lo que a la evaluación se refiere, son especialmente importantes los cambios de primer y segundo orden asociados con cada fase del ciclo de vida de la familia —los cambios prácticos relacionados con las diferentes fases y los cambios subyacentes en la configuración de las relaciones—, ya que las dificultades en la relación a menudo reflejan el fracaso en asumir los cambios de segundo orden.

Al pensar en las fases evolutivas o los patrones de las relaciones, es importante tener en cuenta que los modelos o los marcos de que se disponga son aproximaciones a las que no es probable que se pueda ajustar exactamente ninguna relación. Por lo tanto, no hay que permitir que el modelo o el marco definan la realidad de la relación en cuestión. No obstante, esos marcos pueden ser extremadamente útiles para generar hipótesis sobre la experiencia de una de-terminada pareja o familia, una experiencia que se puede analizar con mayor detalle.

La dimensión intergeneracional

En esta dimensión, las preguntas fundamentales se refieren al legado de la familia de origen que cada miembro de la pareja ha llevado a la vida adulta y a la relación (MCGOLDRICK, GERSON y SHELLENBERGER, 1999; SEARIGHT, 1997). ¿Qué indicios hay sobre los modelos de apego que se adquirieron en los primeros años de vida y cuáles predominan aún?, (CRAWLEY y GRANT, 2005; ERDMAN y CAFFERY, 2003; JOHNSON y WHIFFEN, 2003). ¿Qué indicadores de posibles relaciones objetales interiorizadas se pueden observar cuando las personas hablan de su familia de origen y cómo se manifiestan en la relación actual?, (FRAMO, 1992; SCHARFF y SCHARFF, 1991).

La dimensión de la comunicación

La palabra “comunicación” puede tener muchos significados y existe un cuerpo bibliográfico considerable sobre los aspectos de la comunicación en las relaciones íntimas, procedente de los estudios sobre psicología (DUCK, 1988; DUCK y DINDIA, 2000; NOLLER, 1984). Más recientemente, los estudios e investigaciones sobre el proceso de la terapia basados en aspectos del análisis del discurso han destacado algunas de las complejidades de la construcción del significado tanto en las relaciones como en el proceso de la psicoterapia, incluida la terapia de pareja (FERRARA, 1994; GERGEN, 1994; MUNTIGL, 2004; SILVERMAN, 1997, 2001).

En la práctica, hay tres áreas de análisis que podrán serle de utilidad al terapeuta en el proceso de evaluación:

- Si partimos del principio de que “uno no puede no comunicarse”, ¿cómo afronta esta pareja la tarea fundamental de la comunicación?, (SIEBURG, 1985). ¿Cuáles son las

virtudes de su comunicación y cuáles parecen ser los puntos conflictivos?

- ¿Existen temas, experiencias o aspectos de su relación que al parecer se evitan, o provocan angustia cuando se plantean? Si es verdad que “lo que más duele en una relación es aquello de lo que no se puede hablar”, ¿qué se puede esconder detrás de esas dificultades?
- Cuando la pareja se comunica, ¿hay ejemplos evidentes de que “el mensaje enviado no parece que sea el mensaje recibido”? ¿Se trata de casos de “simples” malentendidos o apuntan al impacto del inconsciente, del “matrimonio invisible”, por ejemplo aspectos de la transferencia entre los miembros de la pareja o de la proyección, que influyen en cómo aquéllos perciben la conducta y la comunicación mutuas y, por consiguiente, les adscriben significado?

La dimensión organizativa

¿Cómo se ha organizado este sistema relacional?, (MINUCHIN, 1974; NICHOLS y SCHWARTZ, 2001). ¿Cuál es la estructura jerárquica del sistema? ¿Qué papel desempeña cada miembro de la pareja y qué reglas o normas parecen regir la relación? ¿Qué tipo de límites parecen existir y se trata de límites claros y reconocidos, o son difusos y se traspasan con frecuencia? ¿Qué triángulos o coaliciones predominan?, (GUERIN y cols., 1996).

La dimensión ecológica

¿Cuál es el contexto más amplio de esta relación? ¿Cuáles son los factores culturales, étnicos o socioeconómicos que parecen ser importantes para comprender cómo conviven las dos personas que componen esta relación?, (SEARIGHT, 1997; HARDY y LASZLOFFY, 2002). ¿Cómo influyen en sus peleas sus valores culturales y sociales? ¿De qué redes sociales y apoyos dispone la pareja y qué exigencias le plantea el sistema social más amplio en cuestiones como el trabajo, la economía, las creencias religiosas y demás?, (HARTMAN y LAIRD, 1983).

En todas estas cinco dimensiones está presente el importante tema del *género*: ¿cuál es la perspectiva de la mujer y cuál la del hombre en cada una de las cinco dimensiones? ¿Cómo se construyen socialmente los roles de género relativos al trabajo remunerado, el cuidado de los hijos y las responsabilidades domésticas?, (RAMPAGE, 2002). ¿De qué modo estas expectativas llegan a generar conflictos? ¿Qué es lo que cada miembro de la pareja aprendió sobre el hecho de ser hombre o mujer en su familia de origen y cómo influye esto en el conflicto actual? ¿Cuál es la dinámica de poder de la relación y hay en ella algún aspecto de género?, (BALL, COWAN y COWAN, 1995; RAMPAGE, 2002).

La estructura de la fase de evaluación

Cuando alguien acude al terapeuta para que le ayude con algún problema de su

matrimonio o relación, la primera decisión que éste debe tomar es si empezar o no con una sesión conjunta. Nosotros nos decantamos sin reservas por la sesión conjunta en el primer encuentro con la pareja, a menos que la persona que se haya puesto en contacto manifieste su deseo expreso de empezar con una sesión individual. Si el trabajo conjunto es el sistema por el que se opta al ocuparse de los problemas de relación (un tema del que hablaremos en el Capítulo VII), es lógico trabajar así desde el principio siempre que sea posible.

Con una sesión inicial conjunta el terapeuta se puede centrar en la relación desde el inicio. Experimenta directamente, desde el principio de la terapia, la realidad de la relación entre las dos personas y puede arrancar el proceso de crear un ambiente de seguridad para ellas mientras estén en su presencia, hablando de sus diferentes percepciones y experiencias.

Normalmente, cuando el terapeuta dice que prefiere empezar con una sesión conjunta, la pareja no suele poner objeciones. Sin embargo, si quien decidió acudir al terapeuta manifiesta su deseo de empezar con una sesión individual, hay que respetarla. Las razones de que se pida una sesión inicial individual pueden ser muchas. A veces en la relación hay cuestiones de control o de violencia (reales o temidas) ocultas en esa petición o es posible que la persona que se pone en contacto dude de su capacidad de decir en voz alta lo que le preocupa de la relación en presencia de su pareja, por miedo a hacerle daño o avergonzarla. Por lo tanto, es importante tomarse en serio la petición de una sesión inicial individual como primer contacto, aunque para el terapeuta diste mucho de ser la mejor forma de empezar una terapia de pareja. En algunos casos, como veremos en el Capítulo VII, puede ocurrir perfectamente que la terapia de pareja conjunta no sea la forma adecuada de terapia, por ejemplo, cuando el control o la violencia constituyen un problema en la relación, o cuando se oculta una aventura amorosa. En otros casos, es posible que el hecho de que la persona manifieste el firme deseo de comenzar con una sesión individual, por mucho que el terapeuta le explique que prefiere empezar con una sesión conjunta, transmita algo importante sobre esa persona individual o sobre la dinámica de la relación, o sobre ambas.

La evaluación de “largo recorrido” y la de “corto recorrido”

En la mayoría de los casos, la primera sesión será conjunta: hay dos formas de estructurarla. En la primera —a la que llamaremos evaluación de “corto recorrido”— la evaluación se puede terminar en la primera sesión conjunta. En algún caso, es posible que se extienda a parte de una segunda sesión conjunta o a toda ella: HIEBERT, GILLESPIE y STAHMANN (1993) hablan de una “entrevista inicial estructurada” que ocupa entre una y cuatro sesiones, según sea la complejidad de la historia de la pareja. A veces hay buenas razones para utilizar el recorrido corto, principalmente cuando el tiempo de que se dispone para la terapia es limitado o cuando existen restricciones económicas para el número de sesiones. De hecho, éste solía ser el formato habitual de la terapia de pareja

(KARPEL, 1994).

Hoy, sin embargo, es mayor el reconocimiento del valor de una sesión individual con cada una de las personas, como parte del proceso de evaluación (KARPEL, 1994; SCHARFF y SCHARFF, 1991). En este formato —al que llamamos evaluación de “largo recorrido”—, la fase de evaluación de la terapia consiste en una sesión inicial conjunta, seguida de una sesión individual con cada uno de los miembros de la pareja y luego una segunda sesión conjunta. Durante esta segunda sesión conjunta es cuando concluye el proceso de evaluación, con la negociación de un acuerdo sobre la terapia en curso y la forma que vaya a adoptar. Entre las ventajas de la evaluación de largo recorrido están las siguientes:

- La terapia empezará por centrarse en la relación, más que en la percepción o la experiencia que una de las dos personas tenga sobre ella. El terapeuta puede ver y experimentar la relación *in vivo* y empezar a hacerse una idea general de la naturaleza no sólo de la interacción interpersonal entre los dos miembros de la pareja, sino también de la interacción marital inconsciente que se produce en la relación (RUSZCZYNSKI, 1993).
- En la sesión individual con cada miembro de la pareja, se puede hacer un análisis más exhaustivo de la experiencia de la persona en cuestión, ya que es menor la probabilidad de que se censure lo que se vaya a decir por miedo a provocar o disgustar a la otra persona. Habrá menor actitud reactiva de la que para algunas parejas es inevitable cuando están el uno en presencia del otro, con lo que se podrá hablar de forma más reflexiva.
- El terapeuta tendrá mayor oportunidad de entablar una relación de comunicación con cada persona en las sesiones individuales, y podrá responder con mayor facilidad y de forma empática a ambas en las posteriores sesiones conjuntas (SOLOMON, 1989). La sesión individual puede ser especialmente útil para formar una alianza terapéutica con la persona que inicialmente se muestre indecisa ante la terapia de pareja.

Sin embargo, la evaluación de largo recorrido plantea algún problema, en concreto el de que el terapeuta se vea en la situación de tener que guardar un secreto. El tema de los secretos siempre ha sido motivo de preocupación en la terapia de pareja, aunque quizá cuando mayor sea el problema es cuando se empieza a aprender a trabajar con parejas. Sabedores de la dificultad que supone guardar secretos, nosotros siempre empezamos una sesión individual (durante el proceso de evaluación, y también más adelante si se producen otras) con un preámbulo del tipo siguiente:

Antes de empezar, ¿podemos acordar las normas básicas con las que regimos? Cuando hablo con uno de los miembros de la pareja, considero que lo que se diga es secreto y por consiguiente no hablaré con ... de lo que hoy digamos. Si surge algo sobre lo que, en mi opinión, sea importante que habléis los dos, os lo diré; pero serás tú quien deberá plantárselo a ... sea en privado en casa o en una futura sesión conjunta. Yo no voy a tomar la iniciativa ni lo voy a plantear. Además, si en lo que

| me cuentas hay algo que me parezca que va a dificultar seguir con el trabajo con la pareja, te lo diré.

En algunos casos —muy pocos, según nuestra experiencia—, en una sesión individual se comparte cierta información que hace difícil o imposible seguir honradamente con la terapia de pareja en marcha. El ejemplo más obvio (del que hablaremos con más detalle en el Capítulo VIII) es cuando se desvela una aventura amorosa secreta y activa con una tercera persona (CORNWELL, 2007; MOULTRUP, 1990; WEEKS, GAMBESCIA y JENKINS, 2003). Esto plantea un grave dilema al terapeuta de pareja y hay que encontrar la forma de resolverlo. Es improbable que seguir con una terapia en marcha mientras una de las personas implicadas vive una aventura, que el terapeuta desconoce, lleve a unos resultados beneficiosos, por lo que probablemente es preferible tener sesiones individuales con cada persona, para saber la situación de esa aventura y tratar el tema directamente al inicio de la terapia con quien mantiene el secreto, en lugar de seguir ignorándolo. La posibilidad de que en algún que otro caso nos encontremos con esta situación difícil y “turbia” no es, en nuestra opinión, razón suficiente para no reunirse individualmente con cada persona, como parte del proceso de evaluación.

Creemos que la evaluación de largo recorrido tiene ventajas evidentes, pero hay ciertas características de la relación de pareja que, si el terapeuta las reconoce en la primera sesión conjunta, hacen que la evaluación de largo recorrido sea esencial y no sólo deseable. Son las situaciones siguientes:

- Se habla de violencia física en la relación o el terapeuta tiene la impresión de que una de las personas impone un importante control o miedo en la relación. La cuestión aquí es analizar con delicadeza todo lo relativo a la seguridad, además de preguntarse si es seguro o apropiado seguir con la terapia conjunta. Por definición, este análisis no se puede emprender de forma adecuada o responsable en presencia de la persona de quien se crea que impone el control o miedo en la relación. En esta situación, nuestra postura es la de forzar una sesión individual con cada miembro de la pareja (sin que se pueda negociar: “es mi forma de trabajar”). También intentamos disponer las sesiones siguientes individuales de forma que nos reunamos primero con la persona que al parecer es la víctima del control o la intimidación. Si se confirma ésta o algún tipo de violencia, es importante estructurar la sesión individual con la persona violenta o que intimida de manera que la situación no empeore para la otra persona.
- Uno de los miembros de la pareja está tan angustiado, quizá ante la posibilidad de que termine la relación, que es incapaz de participar en una sesión conjunta. En estos casos es necesaria una sesión individual con la persona preocupada, para ofrecerle suficiente apoyo y contención para que pueda contar su historia de forma coherente y decidir si lo apropiado es seguir con sesiones conjuntas. Será necesaria una sesión individual con la otra persona para mantener el equilibrio del proceso y también para oír su historia.
- Se indica que parte del problema es una aventura amorosa. Es importante que el

terapeuta estudie qué significa esa relación para la persona implicada, para determinar si realmente ha terminado y para evaluar en qué medida a esa persona le entristece aún que haya acabado: son todas cuestiones difíciles de analizar en presencia de la persona agraviada, que probablemente se sentirá a la vez herida y enfadada. En estos casos, como veremos en el Capítulo VIII, suele ser necesario iniciar el proceso de ayuda a la persona ofendida para que empiece a superar la fase de limitarse a reaccionar a esa aventura amorosa y analizar con ella de forma más reflexiva qué es lo que desea para el futuro de la relación. Una vez más, todo esto será mucho más fácil con una sesión individual.

El proceso de evaluación

Es mucha la información que el terapeuta puede obtener sobre una pareja y su relación, y que puede ser de utilidad para comprender sus problemas y ayudarla. Lo difícil es encontrar el equilibrio entre la búsqueda de información y la implicación de la pareja en el proceso de la terapia, de forma que se empiece a formar un “espacio seguro” para las dos personas. Cada terapeuta de pareja tendrá su propia forma de hacerlo. La que sigue es la nuestra, que exponemos como una guía, no como una receta. A continuación describimos un proceso que de manera deliberada está relativamente estructurado. Esta estructura ayuda a contener la ansiedad y además facilita al terapeuta hacerse con el control. Para algunas parejas, también iniciará el proceso de ayudar a cada uno de sus miembros a pensar sobre su relación *como pareja*, en lugar de quedarse estancado en su propia experiencia emocional a menudo agobiante, es decir, les ayuda a empezar a alcanzar un “estado de ánimo de pareja”. En el Capítulo VII hablaremos de ello con más detalle.

Una imagen orientadora es imaginar el proceso de evaluación como una serie de historias que es necesario contar y escuchar. Comentaremos brevemente cada una de esas historias, en el orden en que normalmente proponemos que se cuenten. Pero antes debemos recalcar que “escuchar la historia” no es simplemente un proceso pasivo de recibir información. La historia generará preguntas, que sirven para esclarecer y enriquecer la imagen que dibuja y también para esclarecer aspectos de la interacción conyugal de la pareja. La explicación que HIEBERT y cols. (1993) hacen de su entrevista inicial estructurada es un útil ejemplo de la variedad de preguntas que se pueden formular para ayudar a “desempaquetar” las historias que se cuentan. Los mismos autores también hablan de un estilo de “preguntas diádicas”, “un proceso en el que el terapeuta formula a un miembro de la pareja preguntas sobre el otro” (pág. 41). Nosotros no utilizamos las preguntas diádicas de forma habitual, pero en algunas parejas pueden ser útiles para que cada uno de sus miembros piense sobre su relación, en lugar de permanecer centrado obsesivamente en su propia experiencia individual.

La historia de los problemas de la relación

Como punto de partida de la primera sesión conjunta, invitamos a las dos personas a que nos cuenten, una después de la otra, por qué han acudido a terapia. Para la pareja es un punto obvio por el que empezar. La experiencia nos dice que si para “calentar” se presta excesiva atención a otros temas o se hacen demasiadas preguntas, se corre el riesgo de que la pareja lo tome como una distracción o una táctica dilatoria y puede provocar impaciencia o mayor ansiedad. Normalmente dejamos que sea la pareja la que decida quién habla primero de su experiencia de los problemas: la breve discusión de “quién empieza” que a veces se produce puede tener un interés propio, que tal vez merezca la pena analizar más exhaustivamente en una fase posterior.

Es posible que escuchar estas dos versiones de la historia no requiera más que unos pocos minutos, o puede implicar una narración larga y compleja por parte de uno de los miembros de la pareja o de ambos. Las dos experiencias de la historia pueden ser muy similares o muy distintas. Sea como fuere, es necesario que se cuente la historia: la terapia no puede avanzar hasta que uno y otro miembro de la pareja hayan tenido oportunidad de contar su experiencia con todo el detalle que deseen.

Jane aceptó la invitación del terapeuta para que uno de ellos le contara qué les había llevado a la consulta. Empezó a contar una historia larga y complicada, pero lo hacía lentamente, sin que nunca pareciera que llegara al final de cualquier punto concreto, lo cual llevó al terapeuta a pensar que no había razón natural para pasar a la experiencia que Bob tenía de su relación. Oculta en el proceso de narración de la historia, prolongado casi hasta la exasperación, el terapeuta observaba un considerable ansiedad. Controlaba las reacciones no verbales de Bob a lo que estaba ocurriendo pero éste parecía concentrado en escuchar a Jane. Unos cinco minutos antes de concluir la sesión, el terapeuta, un tanto desesperado, interrumpió por fin a Jane, se dirigió a Bob y dijo algo así: “Bob, has estado escuchando con mucha paciencia a Jane mientras contaba una historia bastante complicada. Tengo ganas de oírte algo al menos de cómo ves tú las cosas”. La respuesta de Bob fue del estilo “Estoy bien, me alegro mucho de que haya escuchado usted a Jane. Fuimos a ver a otro orientador que no escuchaba y ella no quería volver a verlo”.

Intentamos escuchar con una postura de respeto, de curiosidad interesada, haciendo preguntas esclarecedoras cuando creemos que son necesarias. Si hace falta, utilizamos este procedimiento para empezar por establecer la norma de que cada uno debe escuchar al otro sin interrumpirlo ni corregirlo.

Como ocurre con todas las historias, es importante escuchar el contenido, pero lo es igualmente escuchar *cómo* se cuenta la historia. ¿Parece que una persona está constantemente pidiendo permiso a la otra para contarla?, ¿cuál es la emoción que subyace mientras se cuenta la historia, tanto para quien la cuenta como para quien la escucha?, (JOHNSON, 2004), ¿qué tipo de reacción de contratransferencia a la historia observamos en nosotros mismos, qué clase de experiencia de pareja nos recuerda lo que escuchamos?, (SCHARFF y SCHARFF, 1991) y ¿qué sentimientos afloran en nosotros: tristeza por la soledad, envidia por la pasión y el cariño que en su momento tanto prometían, enojo por el egoísmo manifiesto, o cuál de las otras muchas posibilidades?

La historia de su relación

Después de escuchar la historia de los problemas de cada uno de los miembros de la pareja, debemos contextualizar su relación y sus dificultades. Para ello hacemos una serie de preguntas, cuyas respuestas nos proporcionan información factual y demográfica, y a la vez abren nuevas oportunidades para el análisis reflexivo. Entre las preguntas que formulamos están las siguientes:

- Qué edad tiene cada uno
- En qué trabajan
- Cuánto tiempo llevan juntos
- ¿Tienen hijos? ¿De qué edad?
- ¿Están casados o mantienen una relación de hecho? ¿Vivieron juntos antes de casarse? ¿Cuánto tiempo? ¿Cuánto hacía que se conocían cuando se casaron o empezaron a vivir juntos? ¿Qué edad tenían entonces?
- ¿Es el primer matrimonio o la primera relación de hecho para los dos? De no ser así, ¿cómo fueron las relaciones anteriores?
- ¿Cuándo empezó cada uno de ellos a preocuparse por cómo iba su relación?

No es una lista exhaustiva. Cada pregunta puede generar otra reflexión, otra pregunta, todo con el objetivo común de llegar a conocer *esta* relación, sus vicisitudes, sus fortalezas y sus éxitos, su historia y sus circunstancias exclusivas. ¿Ha habido experiencias traumáticas, de pérdidas o de enfermedades graves, que hayan afectado a la relación de la pareja?, (JOHNSON, 2002). También aquí, aunque el contenido de las respuestas es importante, son los matices, las dudas, las miradas significativas y el tono afectivo las que suelen ser más reveladoras, por las pistas que aportan sobre la interacción conyugal que se produce en el ámbito consciente (RUSZCZYNSKI, 1993; SHADDOCK, 1998, 2000) y que, por consiguiente, abrirán nuevas líneas de reflexión.

La historia de cómo las dos personas se implican mutuamente

¿Cómo gestionan las dos personas su interacción cotidiana, sobre todo en aquello que puede serle difícil a la pareja? Nosotros preguntamos por tres ámbitos de la interacción que tanto la visión psicodinámica como la sistémica de las relaciones señalan que las parejas deben acordar: el conflicto y su resolución (WILE, 1993); la vulnerabilidad, ser capaz de cuidar y de ser cuidado (JOHNSON, 2004); y la sexualidad (DAINES y PERRETT, 2000; SCHNARCH, 1991).

Sobre el conflicto y la vulnerabilidad, hacemos preguntas como las que siguen:

- ¿Cómo expresa cada uno su propio enfado y su vulnerabilidad?, ¿cómo experimenta la reacción de su pareja?
- ¿Cómo se concienta cada uno de cuándo el otro se siente enfadado o vulnerable?, ¿cómo reacciona?, y ¿cómo se recibe esta reacción?

- ¿Cómo se resuelve el conflicto: las aguas vuelven a su cauce sin decir nada o se habla de lo que había bajo el conflicto?
- ¿Quién toma la iniciativa en la resolución del conflicto y el inicio de la reconciliación?
- ¿Existen conflictos no resueltos, con una información que se guarda para usarla como arma en discusiones futuras?

El tema de la sexualidad se plantea en esta primera fase de la terapia por dos razones. En primer lugar, en lo que al proceso se refiere, las parejas varían mucho en el grado de comodidad o incomodidad con que hablan de su relación sexual: por si a la pareja le es difícil este tema o le asusta, queremos introducirlo en el debate en una fase temprana, en vez de dejarlo pendiente y con la pareja quizá preguntándose con angustia si se va a plantear en sesiones posteriores. En segundo lugar, con respecto a la evaluación, existe un cuerpo teórico (DAINES y PERRETT, 2000; SCHARFF, 1982; SCHNARCH, 1991; SKYNNER, 1976) al que nos hemos referido en capítulos anteriores, que considera que la sexualidad de la pareja contiene y refleja la dinámica esencial de su relación. Así que, como bien ilustra el ejemplo siguiente, la información sobre la forma de interactuar de la pareja en torno a la sexualidad puede ser importante:

El problema que se planteaba era que Francine se sentía asfixiada por Chris, a quien no le gustaba que ella pasara tiempo sola con sus amigas. En los actos sociales, era frecuente que Chris se pusiera muy tenso cuando parecía que Francine se divertía hablando con otras personas sin tenerle en cuenta, en especial si alguna de esas personas era un hombre. Francine era la fuerte de la relación: brillante en su profesión, muy competente en el entorno familiar como esposa y madre de sus dos hijos pequeños. Por debajo de esta fortaleza se escondía una notable necesidad de tenerlo todo controlado y un patrón bien desarrollado de asumir la responsabilidad del bienestar emocional de los demás, con la consiguiente dificultad para pedir ayuda y que se la considerara, de un modo u otro, vulnerable.

Al preguntarles por su relación sexual, la sesión se volvió de inmediato tensa e incómoda. Poco a poco se fue desvelando que Chris llevaba varios años con problemas de eyaculación precoz. Francine “había hecho todo lo que pudo” para ayudarlo —lo cual consistía básicamente en tratar de no excitarse ella para así intentar que él retrasara el orgasmo—, pero se sentía derrotada, porque el problema seguía. Chris había buscado ayuda en varias ocasiones, en ellas le propusieron soluciones médicas y conductuales que no consiguieron mejorar la situación. Francine se había dado por vencida en lo que se refería a la dimensión sexual de su relación, “no era importante en la disposición general de las cosas”. Sin embargo, pese a esta postura, enseguida se puso de manifiesto que el tema era para ella muy delicado y de mucha importancia. Añoraba hacer el amor y se sentía fracasada por no ser capaz de ayudar a Chris. Esta realidad destapó una visión completamente distinta de la dinámica de su relación, en la que Francine era quien empezaba a emerger como la parte vulnerable e insegura que estaba detrás de la persona competente que simulaba ser, escondía muchas dudas sobre sí misma.

Según cuáles sean las circunstancias en que la pareja expone sus problemas, hacemos preguntas del tipo que sigue:

- ¿Cómo han experimentado la dimensión sexual de su relación, tanto en el contexto de sus problemas actuales, como en momentos anteriores de su vida de pareja?
- ¿Cómo han influido las dificultades actuales, si lo han hecho, en su relación sexual?

- ¿Existen problemas sexuales concretos en la relación (como eyaculación precoz o dificultad para llegar al orgasmo), o un problema más general relativo al deseo o a la capacidad de iniciar la intimidad sexual?
- ¿Hay un patrón de quién ha tomado la iniciativa sexual en la relación?, ¿ha cambiado a lo largo del tiempo?

La historia de la familia de origen de las dos partes

El conjunto de historias siguiente se refiere a la experiencia que cada uno tiene de las relaciones, tanto en su familia de origen como posteriormente. En este punto, y a partir de la teoría psicodinámica que hemos esbozado en los Capítulos Primero y II, pretendemos responder la pregunta: “¿Qué expectativas trae cada uno a su relación mutua?” Normalmente, esta historia será el centro de atención de la sesión individual con cada miembro de la pareja. Nosotros solemos empezar por explicar brevemente por qué, cuando se encuentran con una dificultad o una crisis, queremos conocer la historia anterior de su vida. Nuestro preámbulo puede ser más o menos así:

Puede parecer muy alejado de lo que te preocupa, pero me ayudaría saber algo sobre tu historia familiar. En la familia, de niños y adolescentes, es donde aprendemos importantes lecciones sobre las relaciones, y lo que hemos aprendido puede influir tanto en lo que esperamos de nuestras relaciones posteriores de adultos como en la forma de reaccionar ante ellas.

Luego, suele ser de ayuda que el terapeuta trace un sencillo genograma (MCGOLDRICK, GERSON y SHELLENBERGER, 1999) para organizar la información que le va llegando. Una vez más, los detalles son importantes, pero lo es mucho más la forma en que se cuenta esa historia:

- ¿Cuáles son los matices sobre la calidad de la relación experimentada en la familia de origen, y cómo han influido en las expectativas que la persona ha interiorizado y ha puesto en la relación?
- ¿Qué se recuerda y qué no? ¿Qué indicios puede haber en ello sobre la calidad de las primeras relaciones?
- ¿Cuáles son las idealizaciones y cuáles los desencuentros y las heridas no cerradas, que al parecer la persona aún arrastra?

Procuramos que todo esto constituya una conversación reflexiva, con adecuadas “preguntas en voz alta” sobre el nexo entre la experiencia de la familia de origen y la dinámica de su relación actual. La forma en que se reciban estas “preguntas en voz alta” sobre el vínculo entre el pasado y el presente puede dar valiosas pistas sobre la disposición de la persona a analizar su parte de responsabilidad en los problemas de su relación.

Preguntar por la experiencia de la familia de origen supone un importante cambio del centro de atención, por lo que hay una serie de modelos asentados de terapia de pareja que tienden a considerarlo como algo que se puede dejar para más tarde o incluso

ignorarlos en gran medida (JACOBSON y CHRISTENSEN, 1996; JOHNSON, 1996, 2004). Sin embargo, y por tentador que pueda ser, sobre todo cuando se trata de una pareja que tiene prisa por “ponerse de acuerdo y cambiar las cosas”, puede ser una trampa de graves consecuencias. Todos nos encontramos a menudo con clientes que han acudido antes a otros terapeutas que nunca les han preguntado por experiencias anteriores de su vida —y por lo tanto nunca les han hablado de ellas—, que probablemente sean de suma importancia para comprender sus problemas y síntomas actuales. El ejemplo más claro es el de los abusos sexuales en la infancia y su posterior impacto en las relaciones adultas. Otros ejemplos son los problemas anteriores de salud mental o de enfermedades físicas graves, la experiencia de una pérdida traumática en la infancia o dificultades importantes en la relación con el padre o la madre.

David y Leanne estaban en sus cuarenta y tantos años, ambos con un trabajo exigente y d responsabilidad. Llevaban casados unos 17 años y no tenían hijos. Les preocupaba un ciclo repetido de discusiones que, con el tiempo, parecían hacerse cada vez más prolongadas y agotadora emocionalmente. Parte de las creencias que compartían en su relación era que David se había criado en una familia donde las relaciones eran difíciles, mientras que Leanne provenía de una familia más “funcional” y sana. En consecuencia, David era el que tenía problemas con la comunicación en su relación y necesitaba cambiar.

Sin embargo, al analizar la historia de la familia de origen de Leanne, se desveló que había soportado una serie de experiencias dolorosas duraderas en su primera adolescencia, que se había guardado para sí y con las que se debatía. Experiencias de acoso en la escuela por ser una alumna brillante, de unos orígenes culturales distintos y de hablar con acento extranjero. En su familia se sintió abandonada ante su sentimiento de soledad, de ser distinta y su carencia de amigos. Sus intentos de explicar a sus padres lo desdichada que se sentía se encontraban con consejos que ella interpretaba como una crítica y con la ausencia de comprensión empática. Dijo que nunca había hablado antes con David de esa época de su vida, y no creía que hoy pudiera compartir con él todo el dolor que había sufrido en aquellos tiempos; si lo hiciera, rompería a llorar, algo que para David sería despreciable una muestra de debilidad. Pero al cabo de un par de sesiones conjuntas, se arriesgó a hablar de su experiencia con David, con lo que vieron lo difícil que para ambos era mostrarse vulnerables por miedo al ridículo en el caso de Leanne o al rechazo en el de David, algo que les fue de mucha utilidad.

Así pues, pensamos que obtener una pequeña reseña de la historia de la familia de origen de ambos miembros de la pareja es un componente esencial del proceso de evaluación en la terapia de pareja (CRAWLEY y GRANT, 2005).

Qué quiere cada uno para el futuro de la relación

En la segunda sesión conjunta, el proceso de evaluación debe concluir, de modo que el terapeuta exponga lo que haya deducido de las historias que le han contado y se abra un diálogo sobre por dónde proseguir. ¿Hay que ir más allá de la fase de evaluación y, de ser así, de qué forma? Se trata de un punto en el que hay que esclarecer el compromiso de las dos personas con la relación, individualmente y como pareja, algo que es más fácil de abordar ahora, después de la charla reflexiva que ha tenido lugar en las sesiones conjuntas e individuales anteriores. En esta fase, es frecuente que la pareja tenga sus

propias preguntas. Lo habitual es que se refieran a cuánto va a durar la terapia, a si las sesiones futuras serán individuales o conjuntas y a qué pasos pueden dar ahora para preservar la frágil salud de la relación. Hay que abordar estas preguntas con toda la sinceridad posible, lo cual puede implicar que el terapeuta conteste que no lo sabe, si es el caso.

Conclusión

En este capítulo se han esbozado algunas de las reacciones de la pareja ante la novedad y la amenaza que supone la primera entrevista para ésta. Se ha expuesto que la tarea primordial del terapeuta de pareja es implicarse con la pareja para iniciar el proceso de creación un “espacio seguro” en donde la persona pueda hablar en presencia de la otra más abiertamente de lo que suele ser capaz. Se ha explicado un proceso de evaluación que analiza cinco dimensiones importantes del funcionamiento de la pareja y que puede orientar al terapeuta en la evaluación sistemática de ésta. Concluye con la forma en que estructuramos la fase de evaluación de la terapia de pareja. La base de todo ello es la convicción de que lo más importante en la primera fase de trabajo con una pareja es que sus dos miembros perciban que el terapeuta intenta comprenderlos a ambos y su experiencia en la relación, y que lo hace con el objetivo de saber sin tomar partido por uno u otro. Esto nos lleva a la técnica en las sesiones conjuntas, tema del que nos ocupamos en el capítulo siguiente.

En este capítulo nos ocupamos de algunos de los detalles prácticos del funcionamiento y del éxito de la terapia de pareja conjunta. Empezamos con el reto de crear una sólida alianza terapéutica entre el terapeuta y la pareja, para luego pasar a algunas habilidades concretas necesarias para la dirección de una sesión conjunta.

Lo fundamental de la relación terapéutica: Crear “una isla de seguridad”

La primera tarea fundamental del terapeuta de pareja consiste en transformar la sesión de terapia en un “lugar seguro” para la pareja. Es decir, un lugar en el que ambos miembros de la pareja se puedan sentir física, sentimental e intelectualmente seguros para expresar en voz alta, compartir y luego analizar la experiencia que cada uno tenga de su relación. A medida que se empieza a crear este espacio seguro, el terapeuta puede usar lo que en él surja —por ejemplo, indicios sobre las transferencias y las proyecciones que actúan en el matrimonio invisible (SHADDOCK, 2000) entre las dos personas— y también empezar a modelar una forma distinta de estar juntos:

tolerar, asumir, reflexionar y digerir. Estas actividades de asimilación nos dan espacio para pensar y analizar nuestras propias reacciones y contratransferencia. Modelamos para la familia este proceso de crear un espacio en el que revisar ... Ésta es nuestra aportación a la creación de un espacio mental y emocional en el que ocurren muchas cosas, que se pueden sentir y de las que se puede hablar, pero sobre todo en el que se pueden reexaminar las proyecciones.

(SCHARFF, D., 1989, pág. 429.)

Para conseguir el cambio, es necesario que primero se produzca esta forma de estar juntos como pareja en las sesiones de terapia y que luego se extienda a la vida de la pareja en otros contextos. Al usar la imagen del “espacio seguro” y delimitar como primera tarea de la terapia de pareja la creación de “una isla de seguridad”, nos basamos en ideas de la teoría psicodinámica, y en particular en el concepto de “base segura” de la teoría del apego (BOWLBY, 1988; MCCLUSKEY, 2005; SABLE, 2000), y en la idea de ambiente sostenedor de WINNICOTT (1965). En el capítulo siguiente trataremos de forma más exhaustiva de todas estas ideas, cuando nos centremos con mayor detalle en el proceso terapéutico.

La teoría de sistemas de la familia señala que la forma en que una relación funciona en

un momento dado es un acuerdo que maximiza los beneficios y minimiza el coste emocional o la ansiedad para todos los miembros (HOFFMAN, 1981; MINUCHIN, 1974; NICHOLS y SCHWARTZ, 2001). Por lo tanto, la forma en que se comporta una pareja, aunque desde fuera pueda parecer ilógica y contraproducente, tiene su propia lógica interna para sus miembros cuando se considera desde un punto de vista holístico y desde las circunstancias particulares de esas dos personas.

John y Mary, ambos de treinta y tantos años, con dos hijos pequeños, acudieron a la terapia después de que Mary descubriera que John se había acostado con una compañera del trabajo durante un viaje de negocios reciente. John, que estaba arrepentido, también era consciente de que había pasado cierto tiempo que no se sentía feliz con su relación con Mary. Pensaba que desde el nacimiento de su segundo hijo, hacía cuatro años, había poca intimidad entre ellos, y se habían ido alejando mutuamente. Se mostraba ambiguo sobre si deseaba que el matrimonio siguiera. Quizá fuera necesario que se separaran una temporada para ver si realmente se importaban mutuamente y si podía recuperar un deseo de intimidad. Mary estaba angustiada, tanto por la aventura de su marido como por la idea de la separación. En las dos primeras sesiones conjuntas, no desaprovechó ninguna oportunidad de atacar a John, por su engaño y deslealtad y por cuestionar el futuro de su relación. Parecía como si cualquier cosa que él dijera provocara en ella un mayor arranque de ira y sarcasmo. John se iba replegando más aún, aseguraba a Mary que la quería, y repetía su sugerencia de separarse temporalmente.

¿Qué debía hacer el terapeuta ante esta situación? ¿Tenía remedio? ¿Cómo podía Mary imaginar siquiera que el hecho de atacar a John con tanta acritud haría que éste quisiera permanecer con ella? ¿Qué imagen tenía John de la intimidad que lo llevara a pensar que separarse durante una temporada lo llevaría a renovar la intimidad mutua?

El terapeuta, partiendo de la hipótesis de que la ira es señal de una insoportable herida en la percepción del yo (KOHUT, 1977; LIVINGSTON, 2001; SHADDOCK, 2000), seguía queriendo entender algo de lo que se escondía tras el enfado de Mary. Poco a poco, las cosas empezaron a cobrar sentido. Por razones que después, cuando se conociera la historia de la familia de origen de Mary, se esclarecerían más aún; Mary siempre se había considerado una “extraña”, una persona sin ningún atractivo especial ni agradable para los demás. Ser la esposa de John la tranquilizaba, pero también era motivo de ansiedad pues, hasta cierto grado, esperaba que ocurriera lo inevitable y que John la abandonara. Esto, sin duda, explicaba en parte por qué había puesto tanto empeño en su función de madre y que se mostrara cada vez más inaccesible a John, sexual y emocionalmente; el miedo a que la rechazara significaba que la proximidad que anhelaba aumentara más aún el riesgo de verse abandonada y herida. Y así había ocurrido: la sensación de estar herida en lo más profundo de sí misma era insoportable y para protegerse de ella reaccionaba con ira, en un intento desesperado por mantener a salvo su autoestima. A medida que Mary comenzó a hablar con mayor franqueza que antes sobre sus temores y las dudas sobre sí misma, la historia de John también empezó a tener más sentido. Su compromiso con Mary era realmente muy fuerte, pero se había criado en una familia donde nunca se podía hablar de la experiencia personal ni de los sentimientos, y la intimidad y proximidad que él también anhelaba le resultaban desconcertantes y hasta le daban miedo. Para él, el sexo era la única forma en que realmente había podido experimentar cierta sensación de intimidad.

Parte del proceso de crear un espacio seguro en la terapia de pareja implica posibilitar que ambas personas abandonen su actitud defensiva, y empiecen a considerar su contribución a lo que pueda estar pasando en la relación y que se considere

decepcionante o hiriente. Cuando una pareja acude a terapia por primera vez, lo habitual es que cada persona piense que bastaría con que la otra cambiara un poco para que las cosas fueran mucho mejor. Mary sabía que podía culpar a John, por la aventura que había tenido. Llegar a un punto en que pudiera empezar a analizar los cambios que *ella* debería hacer en la idea que tenía de su propia valía, llevó cierto tiempo. John no negaba su culpa por lo que había hecho, pero por debajo de ello daba por supuesto que si Mary se le mostrara más accesible, probablemente no habría tenido aquella aventura. También en su caso llevó cierto tiempo que empezara a asumir *su* problema a la hora de mostrarse como vulnerable y emocionalmente accesible en el matrimonio. Las generalizaciones se deben tratar con mucha precaución en la terapia, pero a nosotros siempre nos ha sido útil presumir que *ambas personas deberán hacer cambios si se quiere que la relación varíe de forma duradera*. Por consiguiente, buscamos oportunidades de definir de este modo el proceso de la terapia desde el principio. Partimos para ello de la idea de BOWEN, tratada en el Capítulo III, de que las personas generalmente eligen como pareja a alguien que tenga un nivel de diferenciación del yo similar al suyo propio (KERR y BOWEN, 1988; TITELMAN, 1998).

Cuando comentamos de la importancia de crear un “espacio seguro” en la terapia de pareja, en parte estamos hablando de lo que normalmente se denomina alianza terapéutica en otros escritos. Los estudios indican claramente que una de las variables más importantes que afectan al resultado de la terapia individual, cualquiera que sea el modelo o enfoque que emplee el terapeuta, es la calidad de la alianza terapéutica: la medida en que se establece una relación de colaboración consciente entre el cliente y el terapeuta. Uno y otro pueden acordar esta alianza terapéutica explícita o implícitamente (BAMBLING y KING, 2001). Exige tres elementos (HORVATH y SYMONDS, 1991):

1. Establecer un vínculo, con el que el cliente se sienta seguro y comprendido, de forma que se pueda manejar la ansiedad y puedan desarrollarse el apego y la confianza en el terapeuta.
2. Lograr de mutuo acuerdo una idea de lo que vaya a ocurrir en la terapia, y expresarla de manera que para el cliente tenga sentido, como una forma de pasar a ocuparse de su problema.
3. Negociar un acuerdo sobre los objetivos de la terapia.

Cuando se establece una sólida alianza terapéutica, es más probable que el cliente se sienta sostenido y contenido, escuchado y comprendido (BORDIN, 1979; HUBBLE, DUNCAN y MILLER, 1999; WAMPOLD, 2001).

Cuando nos referimos a la terapia de pareja conjunta el tema es más complejo, ¿desempeña la alianza terapéutica el mismo papel? Las pruebas derivadas de las investigaciones sobre el papel crucial de la relación terapeuta/paciente en la terapia individual (BAMBLING, 2007) no están aún disponibles en la misma medida para la terapia de pareja, pero el tema empieza a recibir más atención de los estudiosos (KNOBLOCH-

FEDDERS, PINSOF y MANN, 2004; SYMONDS y HORVARTH, 2004). GARFIELD (2004), basándose en sus estudios, señala que una parte importante de la alianza terapéutica en la terapia de pareja depende del énfasis que el terapeuta ponga en entender y trabajar para fortalecer la alianza entre los dos miembros de la pareja, la “dimensión de la lealtad” de su relación, además de la relación de cada uno con el terapeuta. Así pues, en la terapia de pareja la alianza terapéutica implica no sólo la calidad de la relación de cada una de las personas con el terapeuta, sino también la medida en que se pueda desarrollar una sensación de seguridad entre ambas al estar presentes juntas, como pareja, en la terapia.

La dirección de la sesión conjunta

Como hemos señalado en el capítulo anterior, nosotros preferimos empezar el trabajo con la pareja con una sesión conjunta. Para el terapeuta formado en el trabajo con clientes individuales esto plantea preguntas inmediatas sobre cómo se debe dirigir una sesión conjunta. Aunque son de aplicación muchos de los principios del trabajo con clientes individuales, hay otras cualidades o destrezas que el terapeuta necesita poseer para dirigir una sesión conjunta. Para que todo resulte más claro, las dividiremos en cuatro grupos: el control, la neutralidad empática, la adopción de una postura interactiva y una aptitud para la “capacidad negativa” y la curiosidad.

El control

“Control” no es palabra de moda en los círculos terapéuticos, pero para el terapeuta que dirige una sesión conjunta el control es una cuestión importante e ineludible. HIEBERT, GILLESPIE y STAHMANN (1993) dicen que es “un tema crucial” para todos los terapeutas y clientes, para determinar quién dirige la terapia y afirman que “el terapeuta debe establecer el control enseguida, durante la primera sesión” (pág. 5). Primero, sin embargo, debemos empezar por esclarecer qué entendemos por “control”. Lo que normalmente se asocia con la palabra “control” es la autoridad, en el sentido de que una persona dice a otras lo que pueden o no pueden hacer. En lo que se refiere al proceso de dirigir una sesión conjunta en terapia de grupo, las cosas no acaban aquí. El control —el control del terapeuta— es el resultado del proceso de crear un nuevo sistema, el sistema terapéutico provisional. En este nuevo sistema terapéutico hay una jerarquía distinta —el terapeuta “dirige” la sesión— y dado que es un sistema nuevo, tendrá sus propios hábitos y normas que rijan la interacción entre los miembros del sistema.

Sin embargo, el nuevo sistema terapéutico se establece mediante la modificación del sistema existente de la pareja, con la adición del nuevo miembro, el terapeuta. Al principio, el sistema ya existente intentará recuperar la sensación de homeostasis o equilibrio, para contener la amenaza que supone un cambio en sus miembros (NICHOLS y SCHWARTZ, 2001). El terapeuta que se suma al sistema existente de la relación de pareja será considerado una amenaza, y la reacción de este sistema existente será la de intentar neutralizar el impacto del terapeuta, de modo que no sea más que “lo que toca”, a pesar

del deseo manifiesto (y, en cierto modo, sincero) de los dos componentes de la pareja de introducir un cambio en su relación (HOFFMAN, 1981; MINUCHIN, 1974; NICHOLS y SCHWARTZ, 2001). Este proceso por el que la relación de pareja existente intenta contener la amenaza del terapeuta funciona a diversos niveles. En unos casos será manifiesto y obvio, en otros, de una sutileza exquisita. Si no se cuestionan, las normas y los patrones del sistema existente pueden influir en cómo se desarrolle la primera sesión: quién es el primero en dar su versión de la historia, cómo se cuenta ésta, qué se incluye o no en ella, qué sentimientos se pueden o no se pueden expresar, qué críticas de un miembro de la pareja al otro se permiten y qué significado se atribuye a los sucesos o las experiencias de la relación. Una tarea primaria del terapeuta de pareja —primaria tanto en sentido temporal como en importancia— es procurar ser consciente de cuándo y cómo se le integra en el sistema de la relación existente y, en lugar de éste, facilitar la formación de un sistema terapéutico nuevo y provisional. En este nuevo sistema terapéutico, en el que el terapeuta, y no uno de los miembros de la relación, ocupa una posición superior en la jerarquía del sistema, deberán regir normas distintas, que lleven a la creación del sistema terapéutico como un “espacio seguro” para las dos personas. Hasta que no se forme este nuevo sistema terapéutico, habrá pocas perspectivas de que los miembros de la pareja abandonen las posturas establecidas aunque insatisfactorias, pero también muy conocidas y seguras, que normalmente adoptan en la relación, o de que se produzcan entre ellos unas interacciones distintas.

Una de las paradojas de la terapia de pareja conjunta es que, una vez que se ha establecido el sistema terapéutico con el terapeuta que lo controla, se abre la posibilidad de que éste “abandone” el control y adopte una actitud relativamente no directiva. Entonces deberá trabajar para ofrecer sostenimiento y contención a medida que la pareja empiece a asumir el riesgo de enfrentarse mutuamente de forma más abierta y sincera. Es como si se diera por entendido que, cuando el terapeuta ya ha establecido su control en el nuevo sistema terapéutico, todos pudieran confiar en que si las cosas se hacen demasiado difíciles, asustan, o se estancan en exceso, el terapeuta sabrá intervenir de forma eficiente para recuperar el proceso. Si el terapeuta no establece el control en las primeras fases de la terapia, esa confianza no existe.

La forma en que el terapeuta establezca el control en las primeras fases de la terapia dependerá de una serie de factores, entre ellos la personalidad del terapeuta y la experiencia y confianza que tenga en su función profesional en la sesión conjunta. Las características de las dos personas de la relación y su grado de ansiedad también serán fundamentales. Cuanto mayor sea la ansiedad, más probable será que uno o ambos miembros de la pareja intenten reducirla mediante el dominio o el control de la sesión. Por ejemplo, es posible que uno intente hablar largo y tendido, sin dejar que el otro pueda participar en la conversación, a menos que el terapeuta asuma el control y “dirija el tráfico” en la sesión. O que el otro afirme enfadado, o con impotencia pero con una actitud agresiva, que no le ve sentido alguno a la sesión, y que sólo ha acudido a ella por

la insistencia de la otra persona. Es el cebo de la trampa en la que el terapeuta puede caer de entablar una lucha por el poder con ese miembro de la pareja, o de permitir que la sesión se organice en torno al intento de convencerle para que participe.

Lo habitual será que el terapeuta pueda establecer de forma discreta la jerarquía y las normas del nuevo sistema terapéutico, de manera que, si lo hace con destreza, apenas se notará. Por ejemplo, un inicio en este sentido determina que es el terapeuta quien fija los primeros objetivos:

Creo que en esta primera entrevista conviene que escuche qué os ha ocurrido y qué os ha llevado venir a verme hoy. Imagino que cada uno tendrá su propia visión, y es importante que oiga las dos.
¿Quién quiere empezar?

A veces una de las dos personas intentará controlar el desarrollo de la primera sesión, o reafirmar de algún modo las normas del sistema de relación de la pareja, lo cual puede dar al terapeuta la oportunidad de reforzar con cuidado la jerarquía del nuevo sistema terapéutico. Por ejemplo:

Mary: ¿Por qué no le cuentas (al terapeuta) lo que hiciste cuando nos fuimos a vivir juntos ...?
Sí, creo que puede ser importante hablar de ello, pero antes me gustaría oír lo que John
Terapeuta: tenga que decir sobre ... (lo que fuera que John dijera antes de que Mary interrumpiera); c
Parece que es algo importante para ti, Mary. Cuéntame lo que recuerdes de lo que ocurrió.

En algunos casos, el terapeuta tendrá que enfrentarse a uno o a los dos miembros de la pareja por su intervención en la sesión, algo que deberá hacer de forma directa o incluso imponiéndose. Lo más probable es que así ocurra cuando el nivel de enfado sea alto, un enfado que casi inevitablemente servirá para encubrir una experiencia más vulnerable o estresante. Una orientación útil es “el principio de la mínima contienda”, es decir, el de que el terapeuta no emplee más asertividad o “fuerza” que la suficiente para alcanzar lo que se proponga, consciente de que siempre puede hacer otro intento, con mayor firmeza, si es necesario. De modo que un cordial

John, ¿podrías esperar un minuto, por favor? Quiero oír también la opinión de Mary, es preferible a una confrontación directa con John. Sin embargo, es importante que el terapeuta, *si es necesario*, sepa enfrentarse a John con la fuerza y determinación suficientes para asegurar que se oiga a Mary.

Bueno, basta ya. Espera un momento, John. Tenemos un problema. Para que pueda ayudaros a los dos es importante que todos podamos hablar sin interrumpirnos demasiado. Sé que te es difícil en este momento, pero quiero que te sientes y *escuches* lo que Mary me vaya a decir. Si tu opinión es diferente a la de ella, te garantizo que tendrás oportunidad de manifestarla después. ¿De acuerdo?

A algunos terapeutas les puede resultar difícil este tipo de enfrentamiento, debido a que su propio carácter les impide, quizá de forma inconsciente, manifestarse decididos o exigentes con los demás, o a su propósito de actuar de pacificador ante la ira o el desasosiego emocional de otra persona.

La neutralidad empática

“Neutralidad” es otra palabra que en los últimos años se ha contemplado con cierto escepticismo en la psicoterapia. La postmodernidad advierte de las complejidades de la construcción de significado en cualquier encuentro social —y no digamos en uno tan difícil como el de la sesión de terapia conjunta— y de la imposibilidad de una completa neutralidad en nuestra forma de construir las situaciones. No obstante, como ocurre con la idea de control en la sesión conjunta, hay que ser conscientes de las limitaciones filosóficas de la idea de neutralidad pero sin olvidar que ésta se mantenga es de gran importancia para la pareja, y la percepción de su presencia o ausencia influye muchísimo en cómo uno, o los dos miembros de la pareja, vivan la sesión.

La idea de un terapeuta neutral a veces hace pensar en una falta de implicación y de receptividad e incluso en frialdad. De ahí que a la palabra “neutralidad” añadamos el adjetivo “empática”, para intentar transmitir la esencia de la postura que el terapeuta de pareja debe adoptar con los miembros de ésta. En la sesión conjunta hay tres realidades subjetivas en las que el terapeuta se debe implicar: las de cada una de las personas y la de la relación. En las primeras fases de la terapia, sobre todo, el terapeuta tendrá que avanzar y retroceder *activamente* entre los dos miembros de la pareja, procurando implicarse empáticamente con cada uno, mientras reconoce también que la experiencia del otro puede ser diferente. Al mismo tiempo, deberá procurar tener siempre en mente la naturaleza de la relación y cómo la puede experimentar cada una de las personas implicadas. Y todo esto sin que nadie piense que toma partido por una de las dos partes.

Así pues, Jane, dices que te sientes muy insegura sobre lo que quieres para el futuro de tu matrimonio: te das cuenta de que terminar la relación con Mike sería un paso importante para ti, y muy doloroso para él, pero en este momento te sientes atrapada y no ves posibilidad de que tus sentimientos por Mike cambien. ¿Lo he entendido bien? ... Y Mike, imagino que para ti es muy duro oírle decir todo esto a Jane. Probablemente veas las cosas de forma distinta, y es posible que tenga muchas ganas de encontrar la manera de seguir juntos, te da mucho miedo perder a Jane, ¿es así? . Imagino, pues, que los dos os debéis de sentir muy tensos e incómodos, muy tensos e inseguros como pareja en este momento, quizá con la sensación de que cualquier cosa que digáis, cualquier movimiento que hagáis, se puedan malinterpretar, se entiendan al revés hasta que profundicen más en la herida. ¿Es esto lo que sentís los dos? ¿Podrías ayudarme a entenderlo un poco mejor?

Para comprender algo de las complejidades de mantener una postura neutral y al mismo tiempo mostrarse empáticos, debemos repasar algunas ideas de la teoría de sistemas que exponíamos en el Capítulo III. El nuevo sistema terapéutico de “pareja más terapeuta” que se forma al principio de la terapia de pareja se compone de tres personas, y abre múltiples oportunidades para la creación de triángulos que, como ocurre con todos los triángulos, tendrán un gran potencial de convertirse en disfuncionales (KERR y BOWEN, 1988; GUERIN y cols., 1996). Las bases de algunos de esos triángulos son obvias: dos mujeres y un hombre o al revés, una parte “culpable” y otras dos que no lo son, un miembro que quería ir a terapia (y del que implícitamente se presume que está

alineado con éste) y otro que no, etc. Otros triángulos son idiosincrásicos de la pareja en cuestión: por ejemplo, uno de los miembros puede trabajar de terapeuta o en algún campo afín y el otro ser un “extraño”, o es posible que se piense que existe una base demográfica para que uno de los miembros se alíe con el terapeuta. Durante las primeras fases de la terapia, los triángulos se pueden desarrollar de forma inesperada, por ejemplo, cuando uno de los miembros expresa mejor su experiencia emocional o lo que busca en la terapia. Cualquiera de estas situaciones pueden provocar fácilmente que se considere que el terapeuta se identifica con una de las personas más que con la otra (CECCHIN, 1987), pero el núcleo del tema de la neutralidad en la terapia de pareja no está en la medida objetiva de la imparcialidad de la conducta del terapeuta, sino en la experiencia subjetiva de los componentes de la pareja. El terapeuta habrá logrado ser neutral si uno y otro, cuando al final de la terapia algún amigo les pregunte: “Entonces ¿de qué lado estuvo el terapeuta?”, reflexionen y respondan: “No estoy muy seguro”.

Para conseguir esta “neutralidad percibida”, es muy probable que el terapeuta tenga que invertir distinta cantidad de tiempo y atención a cada uno de los miembros de la pareja en las primeras fases del proceso de la terapia. Por ejemplo, es posible que se dé cuenta de que uno de los miembros pone mucha resistencia a acudir a terapia, o a aceptar que en la relación existe un problema que ellos solos no pueden resolver. Tal vez el terapeuta decida dedicar más tiempo a hablar con esta persona, para intentar comprender su experiencia de la relación y de las interacciones que la otra persona considera problemáticas. Habrá que hacer todo esto con sumo cuidado. El terapeuta deberá tener cuidado de no ceder excesivo control a la persona reticente y de no espantar a la “dispuesta”. Sin embargo, tendrá que transmitir el mensaje de que ambos miembros de la pareja tienen una visión válida de su situación y de que, si se quiere que ésta mejore y progrese, hay que buscar la forma de salir de ese punto muerto. Como ya hemos señalado, para lograrlo el terapeuta deberá “avanzar y retroceder” entre las dos personas a menudo, con reacciones empáticas para confirmar que ha entendido la experiencia de una de las personas, al tiempo que reconoce que la de la otra puede ser distinta. La necesidad de una implicación empática *concurrente* con las experiencias a menudo muy diferentes de los dos miembros de la pareja, y *al mismo tiempo* ser capaz de mantenerse al margen de la experiencia de las dos personas y de “tener en cuenta” —pensar en— la dimensión de pareja de la relación, es uno de los aspectos más difíciles del trabajo del terapeuta de pareja.

Adoptar una postura interactiva

Otra habilidad difícil de dominar para el terapeuta que se inicie en el trabajo conjunto con parejas es la de mantener una postura interactiva en la sesión. Para ello hay que encontrar el punto medio entre ejercer la terapia individual con uno de los miembros de la pareja en presencia del otro y dejar que la pareja interactúe. La dificultad que entraña el simple hecho de fomentar que se relacionen entre ellos durante la sesión, reside en la

alta probabilidad de que la pareja recree su patrón sistémico de interacción, del que poco emergerá que sea nuevo o distinto. El terapeuta debe observar la interacción lo suficiente para hacerse con un conocimiento de trabajo del sistema de la pareja, pero luego debe intervenir para ayudar a que ocurra algo diferente.

Al trabajar con grupos, un acierto práctico y habitual es que el líder experto del grupo *no* se centre en el miembro de éste que esté hablando en un determinado momento. La tarea del líder del grupo —sea en la reunión de una comisión o en un grupo de terapia— es facilitar las respuestas de otros miembros del grupo a lo que se esté diciendo y para ello debe estar observando las respuestas no verbales que los otros miembros del grupo comunican.

En la terapia de pareja conjunta, el terapeuta se encuentra en una situación muy similar a la del líder de grupo. Cuando está hablando Mary, el terapeuta debe emplear todas las habilidades de que disponga para atender a lo que esté comunicando, empatizar con ello y comprenderlo. *Al mismo tiempo*, la reacción no verbal de John a lo que oye decir a Mary proporciona una información de sumo valor *sobre su relación*. ¿Qué claves afectivas hay en la conducta no verbal de John? ¿Cuál es la propia reacción interior del terapeuta, no sólo a lo que oye decir a Mary, sino también a la respuesta no verbal de John? Por ejemplo:

- Mary, en un tono crítico y de queja, está hablando del desengaño que le produce lo distantes que hoy parecen estar ella y John.
- El terapeuta escucha los detalles de la historia de Mary, nota en ella, oculto en la crítica, cierto grado de soledad y le pregunta al respecto. Ella se detiene, y luego dice que realmente no había pensado en ello antes, pero supone que está sola y en silencio empieza a derramar unas lágrimas. En esta situación, el terapeuta es consciente de que se siente más unido a Mary, es como si ésta hubiera dejado de ocultar parte de sí misma detrás de una historia familiar sobre los defectos de John.
- Al mismo tiempo, el terapeuta se ha dado cuenta del aire de impaciencia y aburrimiento de John —“¡ya estamos como siempre!”— mientras Mary explica sus quejas. Es consciente de que la reacción de John lo irrita. Luego observa que éste se va poniendo bastante tenso cuando Mary reconoce que tal vez esté sola y empiezan a caerle las lágrimas. John hace un comentario un tanto a la defensiva sobre lo mucho que le exige el trabajo y sobre sus intentos de dejarse libre al menos parte del fin de semana.
- El terapeuta, curioso por la evidente tensión de John cuando Mary empezó a llorar, y consciente de la irritación que él mismo siente por John en la contratransferencia, decide no hacer comentario alguno sobre el contenido de lo que se está diciendo, y no pregunta ni por la soledad de Mary ni por el trabajo de John (lo cual podría haber provocado que le invitaran a tomar partido en su recurrente conflicto). En su lugar, pregunta a John, con curiosidad e interés: “John, ¿qué sentías en el momento, en que Mary empezó a llorar? ¿Qué te ocurrió, qué sensación experimentaste?”

- Al principio John se muestra indignado y se pone a la defensiva —“No entiendo por qué se va a sentir sola, siempre está entretenida con sus amigos”—, pero el terapeuta intenta ir más allá de esa respuesta inicial, para ver si hubo en John algún aspecto más vulnerable que se resintiera, una vulnerabilidad que probablemente Mary no vería muy a menudo.

Una regla general muy útil para el trabajo conjunto con parejas es que el terapeuta intervenga sólo lo suficiente —a veces sólo un par de frases; otras veces un diálogo más extenso— con uno de los miembros de la pareja, *hasta* que haya algo que quizá sea nuevo o diferente para que el otro responda o reaccione y luego explorar esa respuesta o reacción. Así, en el ejemplo anterior, el terapeuta sospecha que el hecho de que Mary admita que está sola (una experiencia vulnerable) y vierta unas lágrimas por ello, pudiera ser algo que Mary no deja que ocurra a menudo, en particular delante de John. El lenguaje corporal de éste indica que está acostumbrado a “aguantar” las quejas de Mary, y transmite un aburrimiento pasivo-agresivo, para luego pasar a justificar su postura. El presentimiento del terapeuta avala su observación de que John se ponía tenso cuando Mary se afligía, y la reacción defensiva de John ante ella. Explorar la experiencia de John mientras Mary se comporta momentáneamente de esta forma distinta y deja ver su vulnerabilidad, abre la posibilidad de iniciar un discurso distinto entre ellos, del que podría emerger algo nuevo.

Aptitud para la “capacidad negativa” y la curiosidad

BION (1970) emplea la expresión “capacidad negativa” para referirse a una forma de encontrarse sumido en un estado de ensoñación libre, “sin memoria ni deseo”, para que el psicoanalista pueda estar receptivo a cualquier cosa relativa al paciente que le llegue a la mente. Tomó la expresión de una carta que el poeta John KEATS escribió a sus hermanos para explicar la creatividad poética de Shakespeare: “... capacidad negativa, es decir, cuando el hombre es capaz de quedar en la incertidumbre, en el misterio y en la duda sin una búsqueda irritable de los hechos y las razones” (citado en SYMINGTON y SYMINGTON, 1996, pág. 169). El objetivo es que el terapeuta

esté lo más abierto posible a lo que el paciente lleva a la terapia en la inmediatez de cada momento. Aferrarse a la teoría condiciona al terapeuta a oír lo que la teoría dice que se debe oír. Sentirse demasiado atado exactamente a lo que el paciente dijo en la sesión anterior, condiciona al terapeuta a oír lo que ya se ha dicho, y a descubrir lo que ya se sabe. Sólo cuando abandonan en cuanto sea posible lo ya sabido, el terapeuta y el paciente pueden estar abiertos a lo que no se sabe aún.

(SCHARFF y SCHARFF, 1998.)

Aunque tanto BION como SCHARFF y SCHARFF hablan del psicoanálisis o de la psicoterapia psicoanalítica con personas individuales, la aptitud para la “capacidad negativa” es también una cualidad importante que el terapeuta de pareja debe poseer. Las sesiones conjuntas suelen estar llenas de complicadas interacciones de alta carga

emocional y de propósitos opuestos. De ahí que sea particularmente importante que el terapeuta sea capaz, de vez en cuando, de “detenerse” y “limitarse a estar” en la sesión, de permanecer abierto a cualquier experiencia subjetiva que la pareja le esté generando. Todos los momentos en que uno se siente perdido, confuso, o cuando no entiende por qué algo es tan importante como parece ser, contienen la semilla de una nueva calidad de la comprensión, si el terapeuta sabe resistir la tentación de “saber” por lo que la teoría diga, de imponer orden o desorden, de encontrar una solución. En esos momentos, la terapia se convierte fácilmente en algo muy similar a estar perdido en una ciudad extraña: uno busca por todas partes, con ansiedad y hasta con desesperación, algo que reconozca y que pueda utilizar para orientarse, pero al hacerlo no puede observar lo que realmente hay a su alrededor.

Al terapeuta que empieza a dirigir sesiones conjuntas con parejas le será útil presumir que toda sesión es *siempre* un ejercicio de exploración intercultural: *siempre*, porque una de las trampas en las que es más fácil caer es la de dar por supuesto lo que sabemos. Dos personas, que han mantenido una íntima relación mutua durante una serie de años, tendrán una cantidad enorme de experiencia compartida que llevar a la sesión de terapia. La semejanza de algunos aspectos de esa experiencia con la propia del terapeuta, y las sutiles presiones que éste siente para demostrar que domina su trabajo, pueden tentarlo fácilmente a tomar atajos, a dar por supuesto que comprende lo que las dos personas quieren decir con las palabras y las frases que emplean. Una postura más productiva es la del expectante, la de asumir el papel del “curioso ingenuo” (BUIRSKI y HAGLUND, 2001):

- “Cuando dices que quisieras intimar más con John, ¿qué piensas que pudiera ocurrir que fuera distinto entre tú y John para que se diera esa intimidad?”
- “¿Puedes describir cómo demuestras cariño a Mary cuando llegas a casa del trabajo?”
- “Es evidente que te sientes muy enfadado, y dices que no aguantas más esta relación. Sé por experiencia que las personas a menudo entienden cosas distintas cuando hablan así. Me pregunto qué quieres decir tú”.

Carlos era un hombre duro, con un trabajo en un mundo de hombres. Había crecido con un padr que era ni más ni menos que Sargento Mayor. Entre Carlos y su pareja se habían dado algunos intercambios tormentosos, que culminaron cuando Carlos la empujó contra la pared. Como consecuencia de ello, Carlos había asistido a algunas sesiones de terapia de grupo, dirigidas a hombres y dedicadas a cómo controlar la ira, antes de acudir con su pareja a la terapia conjunta. En una sesión de terapia de pareja decía que ahora intentaba reaccionar de forma distinta, pero a menudo se encontraba con que aún respondía airado cuando ella lo criticaba. Narró una discusión reciente que se había iniciado nada más entrar en casa: le preguntó a su pareja cómo le había ido el día y la respuesta de ésta fue, sin más, que sus dos hijos pequeños la habían sacado de quicio. Él se enfadó. Al hablar de este incidente, reconocía y verbalizaba que al principio se sintió culpable por no haber estado con ella cuando la oyó contar lo que había ocurrido durante el día, pero fue un sentimiento que pronto se impuso otro de cólera.

El terapeuta tuvo la habilidad de no presumir que sabía a qué se refería Carlos cuando decía que s

“sentía culpable” y empleó cierto tiempo en analizar con él la experiencia subjetiva que Carlos llamab “sentirse culpable”. De ahí se llegó al reconocimiento de que en realidad lo que Carlos habi experimentado era vergüenza, no culpa, y que la vergüenza era una experiencia que le resultab familiar por su relación de pequeño con su padre, exigente y muy dado a los castigos. La gente suel confundir los sentimientos de culpa y vergüenza, pero de hecho son distintos. Al reconocer l diferencia entre la vergüenza y la culpa, tanto Carlos como su pareja pudieron iniciar una exploració de toda una nueva dimensión de la experiencia de su relación.

Una de las imágenes más habituales del papel del terapeuta de pareja es la de éste como etnógrafo. El etnógrafo se propone comprender una cultura desconocida y para ello se sumerge en ella sin dar por sentado nada acerca de lo que signifique (HAMMERSLEY y ATKINSON, 1983). No se da por supuesta ninguna faceta de la cultura que se estudia, sino que se cuestionan todas, incluso las que al etnógrafo le puedan parecer familiares y, por consiguiente, obvias. El objetivo es entender la cultura *desde su propia perspectiva*, utilizando sus propias descripciones y explicaciones, y no desde la perspectiva de los conocimientos dados por sentados del etnógrafo.

La imagen del etnógrafo sirve de valiosa orientación para dirigir la sesión conjunta en la terapia de pareja. Los terapeutas que se inician suelen angustiarse después de escuchar las primeras historias que les cuentan: ¿“Y ahora de qué hablamos”? es la pregunta que, en voz alta o en silencio, reciben de la pareja, en ese momento es muy fácil pasar de inmediato a la resolución de problemas o a hacer sugerencias. La realidad es que hay muchas cosas que el terapeuta desconoce sobre la pareja y su relación. Como veremos en el capítulo siguiente, hasta los acontecimientos cotidianos más nimios de la vida de la pareja, si se contemplan con la actitud de quien “no sabe” y del curioso, pueden abrir un debate que esclarezca aspectos de la dinámica de la relación de la pareja para una fructífera exploración posterior.

Conclusión

En este capítulo hemos considerado algunas de las habilidades que exige la dirección de una sesión de terapia conjunta que lleve a centrarse en la relación. Para ello hay que prestar atención a algunas cuestiones concretas: establecer el control del nuevo sistema terapéutico, procurar que ambos miembros de la pareja sientan que el terapeuta es neutral y mantener una postura interactiva en la sesión. El terapeuta de pareja también ha de saber asumir el papel del “curioso ingenuo”, del etnógrafo, en lugar de presumir que sabe a qué se refiere la pareja cuando hablan de la experiencia que tienen de su relación. El desarrollo y uso de estas destrezas aumentará la probabilidad de que el terapeuta de pareja sea capaz de hacer de la sesión conjunta un espacio seguro en donde las dos personas puedan asumir los riesgos que supone exponer abiertamente sus sentimientos y puedan analizar juntas los aspectos de su relación de una forma distinta.

El proceso terapéutico

En los dos capítulos anteriores hemos expuesto un sistema de evaluación para la terapia de pareja y también algunas de las habilidades que requiere la dirección de sesiones conjuntas. En este capítulo abordamos una serie de cuestiones relativas a cómo se estructura la sesión de terapia de pareja. La primera pregunta que nos planteamos es si el proceso de esta terapia, una vez completada la evaluación, tiene unas fases discernibles.

Las fases de la terapia

Cambios de primer orden y de segundo orden

Si partimos de la idea de avance y cambio en la terapia de pareja conviene que hagamos una distinción entre dos formas de cambio en la relación de la pareja: el de primer orden y el de segundo orden (WATZLAWICK, WEAKLAND y FISCH, 1974). El cambio de primer orden se refiere al cambio de conducta como respuesta a la situación de terapia, pero que no se asienta en ninguna modificación subyacente del patrón o la dinámica de las relaciones entre los miembros de la pareja o dentro de la familia. Por ejemplo, es posible que, al cabo de unas sesiones, la pareja hable de una menor frecuencia del conflicto. Sin embargo, un cambio de este tipo no suele mantenerse una vez acabada la terapia.

Por otro lado, está el cambio de segundo orden, que se produce cuando hay una alteración importante en los patrones de la relación. Este cambio en el sistema de la relación se traduce en que el problema o la conducta sintomática se vuelve innecesaria. Nuestra opinión es que el cambio de segundo orden en las relaciones, aunque se puede observar en el patrón de interacción entre las dos personas, tiene su base en un cambio en la forma en que las dos partes se perciben y reaccionan mutuamente. Por lo general, esto es consecuencia de un cambio en el sentido del yo de uno o los dos miembros de la pareja. El nuevo patrón de interacción, menos problemático, conduce a su vez a un mayor crecimiento y consolidación del sentido del yo de las dos personas. Por ejemplo, en la terapia de pareja es habitual que cada persona llegue a la terapia convencida, en mayor o menor grado, de que si la otra cambiara de alguna manera sus problemas serían menores o se resolverían. Lo más probable es que los primeros intentos de cambiar se

basen —conscientemente o no— en negociar con la otra persona o ponerse de acuerdo con ella: “Si yo hago X, tú tendrás que hacer Y”. Sin embargo, en el mejor de los casos, cabe esperar que este tipo de intentos empiecen cuando una y otra parte llegan a un punto en que necesitan comportarse o reaccionar de forma diferente en la relación, porque la nueva conducta es más coherente con la persona que quieren ser en la pareja. Lo normal es que esto obligue a ambos a asumir de algún modo mayor responsabilidad de su propia experiencia y conducta, y a centrarse en ello, más que en cambiar al otro.

A Mark le resultaba difícil aceptar las críticas de Susan y su reacción habitual era intentar defenderse sin excesivo entusiasmo, para luego rendirse, lo cual avivaba la cólera de Susan. Ésta la perseguía para conseguir que le diera una respuesta, y él no hacía sino cerrarse más aún. Se culpaba mutuamente, y cada uno exigía al otro que cambiara. Mark insistía en que si Susan dejara de ser tan crítica y tan poco razonable, podría hablar con ella y aclarar las cosas, mientras que Susan se mantenía inflexible en su idea de que si Mark reconociera la realidad ella no tendría que enfadarse tan a menudo.

En cierta ocasión, después de unas semanas de terapia, Mark dijo que el fin de semana anterior habían discutido acaloradamente. Al terapeuta le llamó la atención que dijera que “habían” reñido (los dos), porque lo que solía decir era que Susan se había disgustado o se había enfadado. Al pedirle que diera más detalles, Mark habló de una situación en que “no sé qué ocurrió, pero sentí que estaba y más que hartado. Le dije que no tenía derecho a tratarme con tanta maldad; gritábamos como locos”. La discusión no había durado mucho, desde luego muchísimo menos que el tiempo que pasaban callados y resentidos después de que Mark se alejara de Susan. Pensaban que, por una vez, algo había quedado claro, y les parecía que el resultado era que desde entonces se llevaban mejor. Susan decía que no le gustaba pelearse con Mark, pero no había duda de que la discusión mantenida había sido mejor que su forma habitual de comportarse.

Fue para ellos el inicio de una nueva fase como pareja. Algo había cambiado en Mark, las críticas de Susan ya no le daban miedo, sino que se sentía capaz de reafirmarse en su postura, aunque por ello tuviera que enfadarse. Empezaba a implicarse de nuevo en la relación.

Como decíamos en los Capítulos V y VI, la creación de un espacio seguro con una sólida alianza terapéutica constituye la base esencial para el cambio en la relación de pareja. Sin embargo, la desescalada * que conlleva es solo un cambio de primer orden, en el que “...la forma en que se organizan las interacciones sigue siendo la misma, aunque los elementos del ciclo se modifican de algún modo” (JOHNSON, 2004, pág. 19).

Desescalada, reintegración y suavización

Una forma útil de imaginar cómo se desarrolla a lo largo del tiempo el proceso terapéutico de la terapia de pareja es la TPCE (terapia de pareja centrada en las emociones) citada en el Capítulo IV. JOHNSON (2004) dice del cambio que el modelo de TPCE aplicado a la terapia de pareja comprende tres “cambios” secuenciales en la relación:

- Primero, hay un proceso de *desescalada del ciclo de interacción negativo* en la relación, a medida que el terapeuta crea una alianza con las dos personas y poco a

poco y con empatía deshace el ciclo interaccional negativo que expresa el conflicto nuclear sobre el apego entre ellas.

- Segundo, hay un proceso de *reintegración en la relación por parte de la persona apartada*. Ésta empieza a ser más asertiva sobre su experiencia en la relación y en la expresión de sus necesidades y deseos. Empieza a ejercer más control en la relación y a mostrarse más al alcance emocionalmente.
- Tercero, hay un proceso de *suavización* por parte de la persona que “culpabiliza”, es decir, el miembro de la pareja más hostil, crítico y dado al ataque asume el riesgo de aceptar y exponer su propia vulnerabilidad de forma que facilita la vinculación emocional y una reconstrucción de la confianza en la relación.

JOHNSON (2004) señala que, aunque se pueden considerar tres sucesos separados e independientes, en el proceso real de la terapia

evidentemente, están entrelazados y se determinan mutuamente. Cuando el cónyuge crítico se enfada, el miembro menos integrado se aventura a implicarse más. Cuando esta implicación aumenta, el cónyuge crítico deja que asomen con mayor claridad sus necesidades y deseos. Con ello, al menos integrado le es más fácil mostrarse más receptivo.

(Pág. 19.)

Nuestra experiencia nos ha convencido de que esta explicación de los tres “cambios” en la TPCE se puede aplicar más allá del modelo TPCE. La secuencia tiene su lógica, y muchas veces puede servir como el mapa que con un palo se esboza en la tierra, y con el que el terapeuta de pareja se puede orientar, cualquiera que sea el marco de referencia de su actuación. Para asumir el riesgo de manifestar la vulnerabilidad, en especial en el caso del miembro de la pareja que ha ocultado ésta detrás de su actitud de enfado y agresiva, o crítica y de “tener siempre razón”, se requiere un grado de confianza en donde la otra persona estará a su lado para ayudarlo. Por consiguiente, la reintegración por parte del miembro de la pareja alejado, indicativa de un sentido más fuerte del yo y de un derecho emocional en la relación por parte de ese miembro, se debe producir *antes* de que el miembro más dominante pueda bajar la defensa y adoptar una postura más vulnerable. Así pues, incluso en los casos de terapias de pareja prolongadas, es útil tener siempre en mente el marco de los “tres cambios” de la TPCE.

¿Con quién hablamos? ¿Sesiones individuales o conjuntas?

En todo lo expuesto en los capítulos anteriores, está implícita la suposición de que la norma en la terapia de pareja es implicar a ambos miembros en sesiones conjuntas. La intuición apunta a que lo más sensato es que estén presentes los dos para resolver los problemas que hay entre ellos. Al mismo tiempo, la idea de tener en la sesión de terapia a dos personas que están en mutuo desacuerdo o en un intenso conflicto emocional muchas veces desanima al terapeuta, algo que, por sentido común también, parece que

conviene evitar. La práctica actual de sesiones conjuntas para la terapia de pareja no siempre ha sido la norma. Con anterioridad a los años cincuenta del siglo pasado, la mayor parte del trabajo con parejas que obligaba a profundizar más se realizaba mediante terapia individual con cada uno de los miembros de la pareja, bien por parte del mismo terapeuta o cada uno con un terapeuta distinto (NICHOLS, 1988). Después, poco a poco las sesiones conjuntas se fueron haciendo más habituales, tanto en la terapia conyugal psicoanalítica como, sobre todo, en los planteamientos sistémicos.

Sin embargo, hay situaciones en las que son necesarias las sesiones individuales con cada miembro de la pareja, debido a la dinámica que la relación de ésta ha creado. Es una realidad también que para algunas parejas, en particular cuando existen problemas de personalidad graves, no es posible crear el espacio seguro necesario para llevar a cabo la terapia conjunta. En estos casos, quizá sea necesario remitir a uno o a los dos miembros de la pareja a la terapia individual. A veces, esta terapia previa hace viable una futura terapia conjunta.

Algunas personas, pese a su clara necesidad de ayuda por sus problemas de personalidad o quizá porque sufren depresión, ansiedad o cualquier otro trastorno mental, no son capaces de buscar una terapia individual, pero sí dejan que se las integre en la terapia de pareja, a menudo dando por supuesto que es el otro miembro quien realmente tiene problemas. Alcanzar un punto en que esa persona sea capaz de aceptar que necesita recurrir a una terapia individual puede constituir el mejor resultado que se puede conseguir de su búsqueda de ayuda como pareja.

En algún que otro caso, puede haber circunstancias (en particular, por ejemplo, en zonas aisladas de un país como Australia) donde no se pueda remitir a la persona a la terapia individual, pero tampoco hay posibilidad de terapia conjunta, por lo que el mismo terapeuta deberá ocuparse de las dos personas por separado. En esta situación, hay que tener mucho cuidado con todo lo referente al tema de los límites y dejar bien claras las “normas básicas” de la terapia. Por ejemplo, suele ser importante que se entienda que las sesiones se van a centrar en la persona que esté presente y en la percepción o experiencia que tenga de la otra, y que no se hablará de esa otra *per se*, en particular para atribuirle una motivación o una actitud determinadas.

Se han desarrollado algunos sistemas terapéuticos en los que, además de las sesiones conjuntas, se trabaja de forma individual con cada uno de los miembros de la pareja. El más conocido es el que se viene aplicando desde hace años en el *Tavistock Institute* (RUSZCZYNSKI, 1993). En este sistema, dos terapeutas trabajan con la pareja, uno con cada miembro de ésta e, inicialmente, en sesiones individuales. Pero también hay algunas sesiones conjuntas esporádicas con los dos miembros de la pareja y los dos terapeutas, en función de las necesidades de aquélla y del avance que se produzca en la terapia. En esencia, los terapeutas controlan y utilizan el proceso de reflexión que se desarrolla, con lo que, en su mutua contratransferencia, experimentan la dinámica inconsciente de la relación de la pareja. Es un proceso con claras similitudes con el de reflexión que se

desarrolla en la supervisión (HEIMANN, 1950; SEARLES, 1955) donde, en un proceso paralelo, aspectos inconscientes de la relación entre terapeuta y paciente se recrean en la relación entre supervisor y supervisado. JENKINS (1990; 2007), en su trabajo con parejas con una relación violenta, ha desarrollado una estructura muy parecida con dos terapeutas y una cuidada mezcla de sesiones individuales y conjuntas, aunque él utiliza un esquema narrativo, más que psicodinámico.

También se puede dar el caso de que parezca aconsejable que el terapeuta dirija sesiones individuales con uno o los dos miembros de la pareja en el transcurso de la terapia conjunta. Es un sistema que, aunque en su día despertó mucho recelo, hoy se reconoce como un paso necesario del proceso terapéutico de algunas parejas. Nuestro consejo es que se sigan las siguientes orientaciones:

- La alianza terapéutica y, por consiguiente, el foco de la terapia siguen estando en la relación de la pareja, y las sesiones individuales sólo se realizan si es necesario afrontar algún obstáculo con el que se encuentre la terapia conjunta. Normalmente bastará con unas pocas sesiones. De no ser así, habrá que pensar en la terapia individual.
- Hay que ofrecer sesiones individuales con *ambos* miembros de la pareja cuando la relación es inestable y/o existe la posibilidad de que la otra persona, consciente o inconscientemente, reaccione de forma negativa y, por ejemplo, se sienta marginada o utilice las sesiones individuales como un arma (“¿Lo ves? Tú eres quien tiene problemas”), o piense que el terapeuta siente mayor interés o se ponga más de parte de la persona de quien se ocupa en las sesiones individuales. El terapeuta debe ser muy cauto al decidir si va a ver individualmente sólo a uno de los miembros de la pareja o a los dos.
- Las sesiones individuales se deben centrar en la persona que esté presente, no en la ausente. Suele ser de utilidad el acuerdo de no hablar de la conducta ni de las motivaciones de esta última.

Janet no está aquí, de manera que no podemos saber realmente *por qué* pudo haber dicho eso. Lo importante, en cualquier caso, es *cómo* interpretaste lo que ella dijo, ¿qué te ocurrió cuando lo oíste?

- Si ha habido varias sesiones individuales con uno de los miembros de la pareja, es importante tener una (o dos) con el otro antes de reanudar las sesiones conjuntas. De este modo, el terapeuta puede implicarse de nuevo con ese otro miembro y equilibrar la alianza terapéutica antes de volver a las sesiones conjuntas.

David y Leanne (de quienes hablábamos en el Capítulo V), habían empezado a avanzar de forma importante y a comunicarse de forma más abierta e íntima durante las seis primeras sesiones conjuntas. Sin embargo, se hizo evidente que David (profesional de mucho éxito con el título de Doctor) tenía muchas dudas sobre sí mismo. De ahí que, cuando Leanne quería hablar con mayor intimidad, lo agobiara la ansiedad, casi se paralizara y no pensara más que en resolver los problemas. En las sesiones en que David intentaba explicarse de una forma que tenía mucho más que ver con l

ansiedad que sentía que con Leanne, a menudo se quedaban estancados en discusiones que se repetían una y otra vez. Se acordó que él tendría cuatro sesiones individuales para analizar con mayor detalle las dudas que sentía sobre sí mismo; el terapeuta temía que hacerlo en sesiones conjuntas supondría centrarse en exceso en los problemas de David en presencia de Leanne, con lo que la ansiedad de aquél se agravaría. En la segunda sesión individual se vio con claridad que en la familia de David, cuando él era pequeño, se ponía mucho énfasis en el “qué va a pensar la gente”. El terapeuta consiguió reformular un incidente de la adolescencia de David del que éste siempre se había sentido particularmente avergonzado, un reencuadre que a David le supuso un gran alivio. Las cuatro sesiones individuales fueron suficientes para apartar ese obstáculo y para que David pudiera empezar a participar en las sesiones conjuntas de forma mucho más abierta cuando se hablaba de su vulnerabilidad. En la sesión conjunta siguiente, el terapeuta empezó por preguntarle a Leanne cómo había ido durante la interrupción de la terapia conjunta mientras David asistía a las sesiones individuales y luego preguntó a David si le gustaría compartir con Leanne algunas ideas que hubiera surgido en esas sesiones.

¿De qué hablan el terapeuta y la pareja en la sesión conjunta?

Una vez completada la fase de evaluación de la terapia de pareja, ¿en qué se deben centrar las posteriores sesiones conjuntas? Para expresarlo de la forma más sencilla, ¿de qué hablan el terapeuta y la pareja? Es una pregunta que cobra una importancia especial para el terapeuta de pareja cuando ésta acude a él para que la oriente o le elabore un plan de intervención: “el experto es usted”.

La idea que proponemos en este libro es que, si se quiere que la relación cambie, es necesario que se modifique la forma en que cada miembro de la pareja percibe y experimenta al otro, tanto consciente como inconscientemente. Cabe esperar que tal cambio conduzca a otros en su forma de participar en la relación y de reaccionar mutuamente. Por consiguiente, la atención se centra en *el espacio entre* los dos miembros de la pareja y en lo que ocurre dentro de ese espacio cuando el mundo objetal interno de cada miembro se encuentra tanto con el objeto real del otro miembro como con su mundo objetal interno (RUSZCZYNSKI, 1993).

Toby se crió en una familia a cuyos padres les costaba reírse y divertirse y donde cualquier conducta espontánea del pequeño se solía recibir con un “no hagas tonterías”. Ambos progenitores habían vivido experiencias traumáticas durante la Segunda Guerra Mundial en Europa, y sobre todo la madre era muy crítica con Toby. En la terapia, éste reconoció que la “pereza” que mostraba el pequeño era una forma de relación pasiva-agresiva con su madre. En su relación con Wendy (su pareja), Toby era el miembro pasivo y retraído. Quería que la relación mejorara, pero parecía que no hacía nada para conseguirlo. Wendy se quejaba amargamente de que no se pudiera confiar en él para que asumiera alguna responsabilidad o tomara la iniciativa, en tareas prácticas de la casa, en la educación de los hijos o en el ámbito sexual.

En una de las sesiones, Toby empezó por estirarse ostentadamente —y con cierta pretensión seductora— en el sofá de dos plazas de la consulta, mientras Wendy se acomodaba en un sillón enfrente. El terapeuta comenzó con una pregunta dirigida a los dos como pareja: “¿Por dónde o gustaría que empezáramos hoy?” Wendy, un tanto mordaz, le dijo a Toby: “Hoy pareces muy relajado empieza tú”. Toby aceptó y empezó a hablar, despacio y con cautela, de la semana transcurrida desde

la última sesión, explicando, casi como si se disculpara, que no había ocurrido gran cosa entre ellos como pareja porque ambos habían estado muy ocupados, sobre todo él. Mientras hablaba, su lenguaje corporal iba cambiando gradualmente: se incorporó, bajó la vista y dejó caer los hombros.

El terapeuta comentó que parecía como si Toby pensara que debía explicarse ante Wendy, esperaba que ella lo viera desvalido. Se preguntaba si Toby se sentía en relación con Wendy en la misma forma que se había sentido con su madre de pequeño. Lo que siguió fue una charla importante, en la que Toby habló por primera vez —con recelo y vacilante, pero directamente— de su sensación de que todo lo que hacía para Wendy nunca era suficiente y sabía que ésta lo criticaría. Pasó a decir que cada vez se sentía más cansado de este modo de estar con ella, que no se merecía que lo tratara así. Mientras hablaba, asomó en su voz un tono de firmeza adulta, una sensación de saberse poseedor de unos derechos, algo que no había ocurrido con anterioridad. Empezaba a verse más a sí mismo como persona separada de Wendy y a sentir menos miedo de ella. Eso llevó inevitablemente a que manifestara de forma más directa y segura de sí mismo su enfado con Wendy.

Siguió la terapia, y se veía que algo estaba cambiando en la interacción marital de Toby y Wendy, en el espacio transicional (CRAWLEY y GRANT, 2001; GRANT y CRAWLEY, 2001) de su relación. Toby comenzó a verse menos como un niño incomprendido y más como un adulto con capacidad de decisión. En consecuencia, cuando Toby empezó a mostrarse más seguro y asertivo, se vio un cambio en la interacción interpersonal de la pareja. KOHON (1986) habla de “la forma concreta en que el sujeto percibe su relación con sus objetos”: Toby estaba percibiendo —entendiendo, dándose cuenta de— un aspecto de su relación con Wendy del que antes no era consciente.

¿Cómo se accede a este “espacio intermedio” y qué ocurre en él? En el ejemplo que acabamos de ver de la terapia con Toby y Wendy, el despliegue y la exploración de la forma en que Toby experimentaba inconscientemente un aspecto de su modo de relacionarse con Wendy, fue consecuencia natural de lo que Toby dijo sobre lo que había —o no había— ocurrido entre ellos durante la semana. No tenía nada de particularmente “profundo” ni complicado lo que llevaron a la sesión. Sin embargo, después de una breve conversación sobre cómo había sido esa semana, algo ocurrió en la mente de Toby que tenía que ver con cómo se sentía en la relación con Wendy y, por lo tanto, cómo se comprometía con ella. El terapeuta supo observar el evidente paso de Toby hacia la postura del niño receloso (y quizá culpable) mientras hablaba de la semana que él y Wendy habían tenido y con ello el terapeuta pudo desvelar una dimensión inconsciente pero muy poderosa de su relación como pareja.

La respuesta a la pregunta ¿“de qué hablamos”? es muy sencilla: hablamos de *cualquier aspecto de la experiencia que la pareja tenga de su vida en común cotidiana del que decidan hablar*, por banal que al principio pueda parecer. En palabras de SCHARFF y SCHARFF (1991):

Con o sin hijos, la intimidad duradera se desarrolla gracias al acuerdo sobre las trivialidades de cada día.

En consecuencia, la terapia de pareja se dirige mediante el diálogo sobre esas trivialidades. En el trabajo con matrimonios, todo aquello que se haya escindido, reprimido o manejado por la identificación proyectiva del individuo se manifiesta en la interacción entre los miembros de la pareja cuando repasan con nosotros los asuntos que ocupan su interacción diaria. Este repaso es lo que da a la terapia marital y de familia un

¿ ... y cómo hablamos de ello?

Resulta tentador, en este momento, hablar en términos de las intervenciones que hace el terapeuta y que influyen en el curso y el resultado de la terapia. A continuación se habla un poco de las intervenciones. Sin embargo, nos parece mucho más importante transmitir una forma de pensar sobre la pareja y su relación y luego una forma de relacionarse con la pareja que surge de esa reflexión. Es el pensar sobre la pareja y la forma de estar con ella lo que permite al terapeuta percibir, y hacer que la pareja perciba, los aspectos inconscientes de su relación —la relación invisible— que se deben modificar si se quiere que la relación cambie. Al terapeuta le corresponde la tarea de crear y mantener el espacio seguro en el que sea posible una reflexión nueva sobre cada miembro de la pareja, su relación, y la nueva experiencia de ambos.

Trabajar con el “estado de ánimo de pareja”

El “estado de ánimo de pareja” es un constructo esencial para el terapeuta. La expresión describe la capacidad de los miembros de la pareja de, simultáneamente, participar de la relación y estar fuera de ella para reflexionar sobre ella, una capacidad que, a su vez, hace posible una participación más reflexiva y menos reactiva en la relación (MORGAN, 2001). Es posible que las parejas con problemas nunca hayan alcanzado un “estado de ánimo de pareja”, o que hayan perdido temporalmente esta capacidad y se sientan incapaces de recuperarla sin la ayuda de una tercera parte. En una relación problemática, cada miembro se siente abrumado por su propia experiencia emocional y cree que la relación sólo puede cambiar si lo hace el otro miembro. Evidentemente, hay ahí la receta perfecta para estancarse en un punto muerto, ya que cada uno intenta cambiar al otro. En cierto modo, cada uno se siente “atacado” por el otro y no puede reprimir los fuertes sentimientos asociados con ello. La reacción emocional de ambos a esta sensación de ataque no hace sino agravar los problemas y agudizar el conflicto o el distanciamiento en la relación. Para estas parejas, el terapeuta debe intentar procurarles un estado de ánimo no sólo mediante su “capacidad de implicarse subjetivamente con las dos personas, sino también, al mismo tiempo, con la de permanecer al margen de la relación y observar a la pareja” (MORGAN, 2001, pág. 17).

El terapeuta necesita ejercer esta función hasta que la pareja pueda conseguir por sí misma cierta capacidad para experimentarse y sentirse a sí mismos *como pareja* además de como personas individuales. El terapeuta ofrece provisionalmente la “tercera postura” para la pareja, que BRITTON (1989) describe como “la capacidad de vernos a nosotros mismos en interacción con los demás, y de considerar otro punto de vista sin renunciar al propio, para reflexionar sobre nosotros mismos sin dejar de ser nosotros mismos” (pág. 87).

Esto implica que el terapeuta intente conseguir y mantener una conciencia empática de la experiencia de cada miembro de la pareja como individuo, incluso mientras trabaja con la otra persona. Al mismo tiempo, el terapeuta conserva la capacidad de pensar de forma neutral y objetiva sobre la relación y sobre la inter-acción marital inconsciente que se produce en el espacio que media entre ambos miembros de la pareja. Es interesante comparar este concepto psicoanalítico del estado de ánimo de pareja con la descripción fenomenológicamente similar que se ofrece en la teoría de los sistemas familiares de BOWEN (de la que hablábamos en el Capítulo III). La Teoría de Bowen subraya la importancia de que el terapeuta mantenga una postura diferenciada en presencia de una pareja emocionalmente inestable —es decir, que sea capaz de pensar sobre los sentimientos y de hablar de ese pensamiento sobre los sentimientos— ante la reactividad emocional de los miembros de la pareja, una postura que al final les permita tranquilizarse y adoptar una actitud más diferenciada en la sesión.

Lo que se espera de la terapia de pareja es que las dos personas sean capaces de poseer un estado de ánimo de pareja y de saber que podrán recuperarlo, aunque en momentos de estrés se les vaya de las manos.

Servir de sostenimiento

Ya hemos hablado en el Capítulo Primero de las ideas de sostenimiento y de contención como elementos de la teoría psicodinámica. Ahora debemos recuperarlos y fijarnos con mayor precisión en la utilidad que pueden tener para el terapeuta que trabaja con parejas.

WINNICOTT (1965) aporta dos ideas que pueden servir para esclarecer el concepto de espacio seguro en la terapia de pareja. Está su idea de sostenimiento y de ambiente sostenedor, y también su idea afín de espacio transicional. La esencia experiencial de lo que se quiere decir con “ambiente sostenedor” queda bien reflejada en la imagen de la madre que sostiene al bebé en sus brazos —el “sostenimiento en brazos”, para emplear una expresión evocadora—, de forma que se crea un entorno seguro para el niño. El de la madre es un papel protector que genera en el niño el sentimiento de una total dependencia, a través del que puede haber una continuidad, una sensación de “seguir desarrollándose”, para el bebé. Esto a su vez genera el arranque del proceso de desarrollo emocional, incluida la relación personal. Más adelante, el sostenimiento y la oferta de un ambiente sostenedor crean un espacio psicológico seguro *entre* los padres y el hijo, un espacio transicional, donde el pequeño puede reunir y empezar a integrar todos los diferentes fragmentos de su experiencia, y jugar con ellos, lo que OGDEN describe como un “estado discreto de ‘reunirse en un lugar’ que tiene una dimensión psicológica y una dimensión física” (OGDEN, 2004). Imaginemos al padre o la madre que escucha con toda atención lo que su agobiado hijo de 3 años dice de forma alterada y angustiada, ofreciendo un espacio en el que todos los fragmentos de la experiencia del niño se pueden juntar, se puede jugar con ellos y poco a poco disponerlos de forma más

integrada. La idea que WINNICOTT tiene del ambiente sostenedor se centra primordialmente en la experiencia física y sensual que el niño tiene de la madre y del entorno que ésta aporta cuando se adapta a las necesidades del hijo, un entorno en el que puede haber una continuidad de la experiencia del niño a lo largo del tiempo.

Con la aplicación de todo esto a la terapia de pareja, con el “esquema” terapéutico de la programación de sesiones regulares y planificadas, con el estilo empático y de neutralidad del terapeuta, y con los esfuerzos de éste por escuchar y comprender, cabe esperar que surja un progresivo sentimiento de sintonía empática del terapeuta con cada uno de los miembros de la pareja. Todo ello, junto con la capacidad del terapeuta de mantener un estado de ánimo de pareja, lleva a la sensación de que la terapia proporciona un lugar en el que cada persona y su relación pueden estar seguras. Así pues, hay un espacio en el que las diversas experiencias —por aterradoras, enojosas, destructivas o eróticas que sean— se pueden poner a buen recaudo, revisar e integrar gradualmente. En este espacio transicional, se pueden analizar la experiencia del yo, la de miembro de la pareja y la de la suma de uno y otro, y reaccionar ante ellas sin miedo alguno a verse abrumado ni a represalias. El escuchar en actitud empática a todo el mundo —el terapeuta a cada miembro de la pareja y luego, cabe esperar, que estos dos lo hagan entre sí— se convierte en una posibilidad (CRAWLEY y GRANT, 2001; GRANT y CRAWLEY, 2001).

Trabajar con contención e identificación proyectiva, y proporcionar contención

El concepto psicoanalítico de contención, o de continente/contenido, se asocia a menudo con la idea de sostenimiento y de ambiente sostenedor de WINNICOTT. En efecto, se suele hablar de ellos como si fueran los mismos fenómenos descritos de forma distinta. Sin embargo, hay una diferencia. El concepto de sostenimiento de WINNICOTT es primordialmente sensual, se centra en la experiencia que el niño tiene de la presencia física de la madre y del entorno que ésta le proporciona al adaptarse a sus necesidades. En contraste, el concepto de continente/contenido de BION se refiere esencialmente al pensamiento, y se centra en un proceso más activo de comunicación inconsciente entre la madre y el niño cuando ella recibe, procesa y devuelve las proyecciones del niño (OGDEN, 2004; SYMINGTON y SYMINGTON, 1996).

En la contención, la imagen es la de la madre (el continente) en un estado de ensoñación mientras recibe la experiencia del niño (el contenido), sobre la que el niño no es capaz aún de pensar ni expresar con palabras —irritabilidad, furia, miedo, desesperación o alegría, satisfacción, entusiasmo—, y asume la experiencia, la interpreta y la comprende, y al hacerlo la “desintoxica” y la hace más manejable cuando vuelve al niño. De ahí, el pequeño acaba por desarrollar la capacidad de pensar y procesar su propia experiencia emocional. En el proceso terapéutico, la presencia del terapeuta —reactiva, atenta, receptiva— es similar al estado de ensoñación de la madre. El terapeuta

recibe, “asume” y comprende, y devuelve la experiencia proyectada del cliente de una forma más manejable, es decir, sin juzgarla, con empatía y tal vez interpretada.

La contención es una de las funciones psicológicas importantes que ofrece una sana relación de pareja. Se trata de la capacidad de la relación de actuar de continente en el que los miembros de la pareja puedan expresar su propia experiencia y recibir y procesar sus experiencias mutuas. Esto puede significar que a veces haya que recibir la desesperación, la cólera, la tristeza, la depresión, o la alegría, el gozo, la ilusión o el deseo del otro; pensar sobre todo ello, y devolverlo de tal forma que ahora el otro pueda sentirse escuchado y comprendido, y quizá pensar sobre su experiencia de forma distinta. Para las parejas en las que tal contención no es posible, lo habitual es que se agrave el malestar emocional. Para las parejas con problemas, el terapeuta debe crear la posibilidad de contención —es decir, recibir las emociones o los afectos proyectados, no tener miedo de ellos ni dejar que lo abrumen y devolverlos de manera que la pareja los pueda oír, recibir y, por último, debatirlos— y así capacitar gradualmente a los miembros de la pareja para que realicen esta misma función entre ellos mismos.

En las primeras fases de la terapia de pareja, lo más probable es que este trabajo de contención sea para el terapeuta una labor predominantemente “interior”. Con su experiencia de la contratransferencia, intentará adquirir conciencia dentro de su propia experiencia subjetiva de algo del proceso proyectivo que se produzca en el espacio de la terapia, se esforzará por guardarse esta experiencia y no reaccionar ante ella, y luego intentará encontrar formas menos “tóxicas” de devolverla a la pareja, hablando de ella con mayor reflexión y neutralidad. La aptitud del terapeuta (descrita en el Capítulo VI) para la “capacidad negativa”, para ser capaz de sentirse satisfecho con permanecer en estado de confusión y de “no saber”, sin tener que buscar con ansiedad una explicación o una solución para sentirse más seguro, es una parte importante de este proceso de crear una sensación de contención.

Al considerar el proceso de contención, debemos revisar también el proceso de identificación proyectiva (CATHERALL, 1992), donde el atributo o la experiencia del yo no pueda ser integrado por la persona —sea porque es “malo” o inaceptable, o porque es “bueno” y demasiado valioso para que la persona lo guarde seguro en su interior— se dividen, se proyectan en el otro y se “encuentran” allí. Es posible que la otra persona se identifique con la cualidad proyectada y la exprese, o puede ser que la primera persona induzca inconscientemente a la segunda a que exprese las cualidades proyectadas. Por supuesto, este proceso es inconsciente, está muy lejos de la conciencia de las dos personas implicadas, pero a menudo se tendrá la sensación de que hay algo que “no encaja” o que no está bien. Por ejemplo, una persona a la que le resulta difícil aceptar la parte enfadada y destructiva de sí misma, encuentra a una pareja a quien no le importa manifestar el enfado, o a quien “haga enfadar” y que así exprese ese estado de ánimo en lugar de la primera. Si la primera experimenta su enfado como algo “malo” y niega que forme parte de ella, lo más probable es que lo critique o ataque en la segunda persona

cuando ésta lo manifieste. O es posible que una persona valore un atributo pero tenga miedo de poseerlo —por ejemplo, su inteligencia, su habilidad artística o su erotismo—, pero encuentra a una pareja en quien puede proyectar esa parte sobrevalorada de sí misma para que quede bien resguardada, mientras niega que posea ese atributo. De este modo, la primera persona disfrutará indirectamente de la expresión del atributo por parte de la segunda persona, o puede ocurrir que esa expresión despierte la envidia o el odio.

La teoría de las relaciones objetales considera que la identificación proyectiva tiene su origen en la primera infancia y que es un aspecto normal del funcionamiento de la personalidad, algo en lo que todos participamos en un grado u otro. La identificación proyectiva “... se retiene como un proceso mental de comunicación inconsciente que funciona a lo largo de un continuo que va de la reacción defensiva a la empatía madura” (SCHARFF y BAGNINI, 2002). En una relación de pareja, el proceso recíproco de identificación proyectiva sienta la base del vínculo emocional inconsciente entre los dos miembros de la pareja, ya que cada uno encuentra y disfruta en el otro aspectos reprimidos o negados del yo, en un proceso que conduce a un más sólido sentimiento de integración del yo en los dos miembros de la pareja (SCHARFF y BAGNINI, 2002). Sin embargo, cuando la necesidad de identificación proyectiva es más defensiva que madura, es muy probable que en la relación se genere un estado de desasosiego.

El terapeuta de pareja debe desarrollar una sensibilidad hacia los patrones de identificación proyectiva que actúan en una relación de pareja. Para llevar este proceso inconsciente a la conciencia de la pareja, el terapeuta busca oportunidades para nombrar adecuadamente las proyecciones y hablar sobre ellas, permitiendo así que los miembros de la pareja “se devuelvan” sus proyecciones más defensivas.

No siempre es fácil reconocer el proceso de identificación proyectiva, que exige al terapeuta la habilidad de utilizar en la terapia su propio sentido del yo. Para ello se requiere la aptitud para la “capacidad negativa”, la de ser capaz de “no saber” y ser consciente de la propia experiencia de la contratransferencia, después de reconocer que el concepto de identificación proyectiva es difícil de describir y a veces puede parecer un tanto misterioso, SCHARFF y BAGNINI (2002) afirman:

Podemos llegar a conocerlo por los efectos que produce en nosotros como terapeutas (y ojalá también como cónyuges en nuestra vida familiar). Normalmente se experimenta como una sensación extraña o inexplicable, tal vez un sentimiento de entusiasmo o aturdimiento. Puede ser una idea repentina, una fantasía, una sensación de estar en contacto, o un temor (como el miedo a volverse loco).

(Pág. 62.)

Mike y Sally, que llegaron a la consulta en busca de ayuda después de amargas y continuas peleas por una prolongada aventura amorosa de Mike, son un ejemplo de algunos de los procesos que estamos explicando:

En las primeras sesiones de la terapia, Sally se consumía en el fuego de la ira y el odio, mientras que Mike mostraba una actitud tan sobria y razonable que rayaba en la provocación; no había en él ni asomo de enfado. El terapeuta había tenido que luchar contra su propia experiencia de l

contratransferencia: de enojo hacia Sally, por ser tan poco razonable y no cesar en su ira ni en sus ataques; y de agresividad hacia Mike, por su provocador desprecio hacia Sally y el terapeuta. Para el terapeuta, esa agresividad era algo más que enfado, era más un deseo de *conseguir* que Mike lo atacara, lo castigara. A lo largo de varias sesiones, el terapeuta supo asumir la rabia y el odio de Sally y procuró que no lo atemorizaran ni lo angustiaran. La reacción de Sally parecía ser una progresiva disminución de la necesidad de ahogar a Mike con su ira. Un motivo de sus ataques había sido que no podría confiar de nuevo en él. Sin embargo, consiguió empezar a asumir el miedo aterrador del abandono que había alimentado su rabia. A medida que la ira de Sally se iba conteniendo, se hizo más visible el aspecto pasivo-agresivo de la conducta de Mike. Se diría que quizá Mike fuera en realidad el más enfadado de los dos, pero nunca se había permitido experimentar la intensidad de su cólera (que le daba mucho miedo). Algo que tenía sentido si se consideraba su experiencia de abandono en los primeros años de su vida. Mike había proyectado su ira en Sally y a través de aquella aventura amorosa hizo que Sally la representara por él. Así podía criticarla y señalar lo inaceptables irracionales que eran sus ataques de cólera, con lo que realmente atacaba su propia cólera inaceptable a través de la que Sally ahora estaba expresando.

Trabajar con la transferencia y la contratransferencia

En toda relación de pareja actúa una dimensión inconsciente, “el matrimonio invisible” (SHADDOCK, 1998). Este matrimonio invisible está inevitablemente presente en el sistema terapéutico creado en la terapia de pareja y da origen a la red de relaciones de transferencia y contratransferencia que operan entre las dos personas, entre cada una de ellas y el terapeuta y entre éste y la pareja (GRANT y CRAWLEY, 2002). El terapeuta sentirá la presión de esa red y además participará de ella. Para entender mejor algo de lo que experimentan los miembros de una relación, y lo que experimenta el terapeuta de pareja durante la sesión de terapia, hay que atender a los fenómenos de la transferencia y la contratransferencia.

Una distinción importante que hay que hacer, especialmente en la terapia de pareja, es entre la transferencia contextual y la transferencia centrada (SCHARFF y SCHARFF, 1991). Para ilustrar esta distinción, SCHARFF y SCHARFF hablan de la diferencia entre la madre que ofrece el *contexto* para la relación con el bebé —preocupada de que el niño esté atendido, limpio, cómodo y resguardado del frío— y la *implicación centrada* de la madre en su hijo mediante el contacto visual y la sintonía con la experiencia del pequeño. Lo primero se llama el “sostenimiento en brazos” y lo segundo, el “sostenimiento centrado”. De ahí pasan a explicar las dos formas de transferencia. En la primera, el paciente de la terapia se relaciona con el terapeuta desde la perspectiva de su experiencia previa de “sostenimiento en brazos” en las relaciones. Sus esperanzas y/o temores de que le “sostengan” contribuyen a la transferencia *contextual* a la situación terapéutica. En la segunda, el paciente lleva a la relación con el terapeuta expectativas y fantasías que derivan de experiencias concretas de implicación centrada en relaciones anteriores. La variedad de estas experiencias —las esperanzas, temores, ilusiones y rechazos— que esas relaciones anteriores implican dan origen a la transferencia *centrada* al terapeuta.

En la terapia de pareja conjunta están presentes y son importantes estas dos formas de

transferencia. Las personas llevan a la terapia el patrón de transferencias centradas mutuas que se han desarrollado con el tiempo. También llevan una transferencia contextual compartida “construida en torno a las esperanzas y los temores comunes sobre la capacidad del terapeuta de proporcionarles sostenimiento terapéutico que refuerce la débil capacidad de la pareja de sostenerse a sí misma” (SCHARFF y SCHARFF, págs. 65-66). En la terapia de pareja conjunta, es posible que cada uno de los miembros de la pareja desarrolle una transferencia centrada hacia el terapeuta, pero la más habitual y a la que el terapeuta prestará más atención, es la transferencia contextual compartida.

La otra cara de la moneda de la transferencia es la experiencia que genera en el terapeuta la transferencia centrada y contextual de la pareja, en otras palabras, la contratransferencia del terapeuta a las transferencias de la pareja. La aptitud del terapeuta para la “capacidad negativa”, “un estado en el que hundirse, y que como mejor se alcanza es no haciendo demasiado y dejando que la comprensión nazca del interior de nuestra experiencia” (SCHARFF y SCHARFF, 1991, pág. 109), permite que el terapeuta discerna lo que se genera en su interior mientras está con la pareja. Al hablar de la contratransferencia contextual, SCHARFF y SCHARFF (1991) señalan la importancia de la “pareja parental interior” del terapeuta para leer los procesos inconscientes que se producen en la pareja con problemas:

Todos albergamos en nuestro interior muchas versiones de parejas, del mismo modo que albergamos muchas versiones de familias. Éstas expresan parejas enfadadas, parejas amantes y parejas idealizadas y temidas. En distintos momentos del proceso de la contratransferencia, el terapeuta sentirá aspectos diferentes de la diversidad interior de parejas y de los consiguientes sentimientos. El indicador más inmediato del tipo de relación que se trae a la memoria en el interior de la persona es el conjunto de sentimientos que entran en juego. Ese indicador conduce a la transferencia contextual de la pareja al terapeuta y a su coincidencia con sus identificaciones proyectivas compartidas o transferencias mutuas.

(SCHARFF y SCHARFF, 1991, pág. 73.)

A medida que el terapeuta aprende a reconocer su propia experiencia de contratransferencia en la sesión conjunta, ésta se convierte en uno de los recursos más importantes de que dispone el terapeuta para intentar comprender algo de los procesos inconscientes, del matrimonio invisible, de la pareja (SOLOMON y SIEGEL, 1997). Por ejemplo, el terapeuta, con una determinada pareja, puede tener la sensación de “andar sobre cáscaras de huevo”, y dudar sobre si preguntar o no o sobre si dar respuestas, actividades que normalmente no supondrían dificultad alguna. En su contratransferencia, el terapeuta recoge la ansiedad inconsciente que sufre la pareja, que vive la terapia como algo muy peligroso. Reconocer que eso ocurre y encontrar el modo de hablar de la ansiedad que la pareja pueda sentir, puede significar que ésta se haga más consciente y manejable y que la terapia deje de intimidar:

Glenys y Martin eran una pareja de profesionales, los dos de treinta y tantos años y con una hija de cuatro. Acudieron a terapia por las desagradables discusiones en que se enzarzaban cuya frecuencia iba en aumento. Tenían miedo de que, si no hacían algo al respecto, pudieran acabar por divorciarse

En el proceso de evaluación hablaron de sus vidas, que centraban en sus correspondientes trabajos d muchas horas. En todo lo que explicaban parecía que había muy poco de relajación y d entretenimiento. Hasta de la educación de su hija hablaban desde la perspectiva de lo difícil que le era establecer los turnos de llevarla y traerla de la guardería. Hacía bastante tiempo que no mantenía relaciones sexuales.

Antes de la segunda sesión conjunta, el terapeuta se dio cuenta de que pensaba en ellos y de qu no tenía muchas ganas de que llegara esa sesión. Era un sentimiento de vacío y confusión. Iniciada l sesión, Glenys y Martin querían hablar de un problema concreto que en su opinión podía ser causa d sus discusiones. El terapeuta buscó la oportunidad de comentar que, mientras los escuchaba, s relación le provocaba una sensación de oscuridad y soledad, era como si ambos estuvieran sentado en sitios opuestos de la habitación, y hubieran desistido de poder encontrarse en el centro. Los d reconocieron que tal sensación coincidía con su experiencia, y a medida que avanzaba la sesiód empezaron a pensar, muy despacio y tímidamente, en que querían que la relación entre ellos cambiase

Conclusión

En este capítulo hemos expuesto algunos aspectos del proceso terapéutico de la terapia de pareja. Hemos considerado dos aspectos de la estructura general de la terapia: 1) la cuestión de si hay que diferenciar unas fases de la terapia; y 2) la de si el terapeuta debe implicar a los dos miembros de la pareja en sesiones conjuntas. Luego nos hemos centrado en algunos de los procesos terapéuticos de la terapia de pareja conjunta, con una atención especial a la “forma de estar” del terapeuta con la pareja, más que en un conjunto de técnicas. Esto nos ha llevado a pensar en qué es de lo que hay que hablar durante la sesión y cómo hacerlo. La última parte del capítulo ha abordado temas como los del “estado de ánimo de la pareja”, el sostenimiento, la contención, la identificación proyectiva y la transferencia y contratransferencia.

* *De-escalation* en el original, término utilizado por JOHNSON, Véase a continuación la explicación de su significado. En castellano es más habitual el término escalada (*N. del R.*)

La dinámica de la exposición de los problemas

En el trabajo con parejas, pueden surgir algunos temas específicos cuya dinámica oculta es importante conocer. En este capítulo hablamos de cuatro escenarios habituales y proponemos algunas ideas a tener en cuenta por el terapeuta cuando evalúe a la pareja y estructure la terapia. Son los siguientes:

1. un indicio de la posible existencia de violencia doméstica;
2. una relación amorosa extramatrimonial;
3. una pareja casada de nuevo con hijos de los matrimonios anteriores;
4. una posición de los dos miembros de la pareja polarizada sobre si quieren seguir juntos o no.

La violencia doméstica

En los últimos veinte o veinticinco años, cada vez hay más conciencia de la frecuencia y la gravedad de la violencia doméstica. Anteriormente, algunos orientadores y psicoterapeutas, y muchos otros, minimizaban la importancia de la violencia doméstica, a la que consideraban un asunto “privado”, o atribuían su causa al destinatario de esa violencia (SMITH, 1989). Luego el péndulo osciló hasta alcanzar el extremo opuesto, cuando se empezó a tomar más en serio la violencia doméstica y se afirmaba explícita o implícitamente que la orientación —en especial la conjunta de parejas— no era una respuesta adecuada a esa violencia. Al contrario, se consideraba un asunto del que se debía ocupar la policía y se pensaba que la única actuación responsable era facilitar la separación inmediata de la pareja (SHERMAN, 1992; SHERMAN y BERK, 1983, 1984a, b). Hoy se espera que el tema se aborde con una postura más equilibrada, en la que se entienda que la violencia doméstica es sin duda una situación grave y potencialmente peligrosa para la propia vida, pero en la que tiene mucha importancia la evaluación y es necesaria una respuesta ajustada a cada caso concreto.

El terapeuta de pareja se enfrentará inevitablemente a casos nuevos en las que la violencia doméstica sea evidente o de los que sospeche que puedan encerrar una historia de violencia. Como señalábamos en el Capítulo V al hablar de la evaluación, es ésta una situación en la que resulta vital que el terapeuta se reúna individualmente con cada miembro de la pareja, como parte del proceso de evaluación. En estos casos, lo que más

importa es la seguridad de víctima de la violencia y de los hijos de la familia. Sin embargo, para poder evaluar adecuadamente los riesgos, el terapeuta necesita obtener una información con la que se puedan responder algunas preguntas clave. Esta información se debe conseguir de forma que no desencadene más violencia ni aumente el peligro para la persona que la sufre. Tanto el optimismo ingenuo sobre lo que se pueda conseguir con la terapia conjunta como una reacción visceral pueden ser profundamente contraproducentes. Para ocuparse de este delicado proceso, el terapeuta en primer lugar debe comprender algo de la naturaleza de la violencia que se produce en la relación de pareja.

Comprender la violencia doméstica

El uso de la violencia en una relación nunca está justificada y es moral y socialmente inaceptable. La agresión física de una persona a otra constituye un delito en la mayoría de la jurisdicciones legales, en especial si la persona resulta herida. El hecho de que las dos personas que intervienen en la situación de violencia sean cónyuges o formen una pareja, o el de que la agresión se produzca en la intimidad del hogar, no deben constituir una circunstancia atenuante. Al mismo tiempo, hay que reconocer también que la violencia que se produce entre dos personas que forman una pareja no es un fenómeno siempre idéntico. Esta violencia adopta formas muy distintas y en ella intervienen una serie de factores muy diversos. Por lo tanto, el terapeuta de pareja se enfrenta a la difícil tarea de asegurarse de que no se apruebe la violencia y de dar los pasos adecuados para garantizar la seguridad de la víctima, pero sin dejar de intentar comprender la conducta violenta en el contexto de la relación de pareja y de la historia concreta de la vida de las dos personas implicadas.

Los distintos tipos de violencia en las relaciones de pareja

Los terapeutas se enfrentan a una amplia variedad de historias sobre la violencia en las relaciones. Consideremos los siguientes escenarios:

1. Como respuesta a una pregunta sobre la violencia física, una pareja dice que en una o dos ocasiones, en sus veinte años de relación, uno de ellos reaccionó de forma violenta durante una discusión acalorada; empujó al otro, le dio una bofetada o le tiró algo. Es evidente que la persona objeto de esa agresión no teme al compañero que la cometió y cuenta con tranquilidad lo que ocurrió: habla de su firmeza al declarar que tal conducta era inaceptable y de que no se ha producido de nuevo. En una situación así, prácticamente existen las mismas probabilidades de que quien ejerció la violencia fuera el hombre o la mujer (FERGUSSON, HORWOOD y RIDDER, 2005; HOLTZWORTH-MUNROE, 2005). Lo más habitual es que fuera una historia de violencia recíproca: uno actuó con violencia y el otro reaccionó también violentamente.
2. Los dos miembros de la pareja convienen en que en su relación no ha habido

violencia, pero hay una situación que se repite con frecuencia, en la que uno de los dos entra en cólera, hasta el punto de que el otro se siente atemorizado por tal ataque de ira. Para la persona atemorizada, la vida de la relación gira alrededor de la preocupación de mantener la paz, de intentar “leer la mente” del otro para evitar otro temible enfado. Esta sensación de miedo es evidente en la forma en que uno de los miembros de la pareja se relaciona con el otro al contar la historia. Cualquiera de los dos pudiera ser quien intimida, pero es mucho más probable que sea el hombre, quien además tiene mayor fuerza física.

3. Una pareja cuenta que uno de ellos se enfurece y ataca físicamente al otro, con tal contundencia en la mayoría de los casos que le provoca graves lesiones físicas. Ha ocurrido más de una vez y es muy posible que la frecuencia de las agresiones aumente con el tiempo. Una de las consecuencias es que la víctima de esa violencia vive en un permanente estado de miedo e intimidación.

Ha habido varios intentos de establecer unos criterios para distinguir entre los diversos tipos de violencia doméstica y entre los diferentes tipos de personas que la cometen (DUTTON, 1995, 1998; HOLTZWORTH-MUNROE y STUART, 1994; JACOBSON y ADDIS, 1993; JOHNSON y FERRARO, 2000). JOHNSON (1995; 2005) habla de una forma útil de distinguir entre esos escenarios, basada en un análisis del modelo de control en la relación. En su repaso de los estudios sociológicos sobre la violencia doméstica en Estados Unidos, JOHNSON (1995) manifiesta que se encuentran dos imágenes distintas de esa violencia. Una, que suele derivar de los estudios que utilizan una metodología cualitativa y una orientación feminista, es la que generan los estudios de poblaciones en donde se da la violencia doméstica, es decir, los sujetos de los estudios son personas que viven en instituciones para mujeres maltratadas, o que participan en programas de tratamiento de la violencia doméstica. La otra imagen deriva de estudios cuantitativos, que obtienen los datos de estudios a gran escala y de muestras aleatorias de la población general.

Estas dos imágenes de la violencia doméstica, dice JOHNSON, llaman la atención por lo diferentes que son en lo que se refiere a la frecuencia, los patrones y la dinámica de esa violencia. Se ha dado por supuesto que estas diferencias son consecuencia de la diversidad de métodos de estudio, una diversidad que ha sido motivo de acalorados debates. Sin embargo, JOHNSON propone una explicación alternativa: ambas imágenes son correctas, afirma, porque cada una explica un fenómeno *diferente*. En efecto, la violencia de pareja se produce de dos formas distintas: la “violencia situacional” (que inicialmente JOHNSON llamó “violencia de pareja común”) y el “terrorismo íntimo” (originariamente llamado “terrorismo patriarcal”). Ambos patrones se han aunado bajo la común denominación de “violencia doméstica”, pero difieren mucho desde el punto de vista de la simetría/asimetría de género (si lo más probable es que la violencia la ejerza el hombre o la mujer), desde el de la presencia o ausencia de un patrón de escalada (el “ciclo de violencia”), y desde el del grado de reciprocidad de la violencia.

La violencia de pareja situacional se produce cuando “... el conflicto de vez en cuando

‘se escapa de las manos’, con lo que se producen unas formas ‘menores’ de violencia, y con menos frecuencia se pasa a otras más graves, a veces hasta una violencia que pone en peligro la vida” (JOHNSON, 1995, pág. 285). La violencia de pareja situacional es un fenómeno cuyas raíces están en la dinámica y los patrones de interacción de la relación de una determinada pareja y es un producto secundario de la incapacidad de ésta de gestionar la expresión del fuerte afecto negativo de su relación.

Por otro lado, el terrorismo íntimo se define como “... un producto de la tradición patriarcal del derecho de los hombres de controlar a ‘sus’ mujeres, es una forma de control terrorista de las esposas por parte de los maridos, que implica el uso sistemático no sólo de la violencia, sino también del sometimiento económico, las amenazas, el aislamiento y otras tácticas de control” (JOHNSON, 1995, pág. 284). Así pues, el terrorismo íntimo es un fenómeno basado en un ejercicio sistemático del poder por parte de uno de los miembros de la pareja para intimidar y controlar al otro.

La descripción que JOHNSON hace de estos dos tipos de violencia, aunque se pueda debatir, cumple una función útil para el terapeuta de pareja. Sirve de estímulo y orientación para dedicarse a explorar la naturaleza de la violencia, en lugar de limitarse a reaccionar cuando ésta se produce. Toda relación es única y la tipología de JOHNSON es un recurso útil para analizar los detalles de la violencia en una determinada relación de pareja. Volviendo a los escenarios de los que hablábamos antes, es evidente que el primero encaja en la categoría de “violencia de pareja situacional” y los otros dos tienen características de la categoría de “terrorismo íntimo”. También es obvio que las intervenciones adecuadas para el primer escenario no lo serán para los otros dos, sobre todo para el tercero.

Además del terrorismo íntimo y de la violencia de pareja situacional, JOHNSON y FERRARO (2000) establecen también otros dos tipos de violencia. Son la “resistencia violenta”, que normalmente ejercen las mujeres contra el compañero controlador y/o violento, y la “violencia de pareja mutua”, en la que ambos miembros de la pareja son controladores y violentos, “dos terroristas íntimos que batallan por el control” (pág. 950). Más recientemente, HOLZWORTH-MUNROE, CLEMENTS y FARRIS (2005) se han referido a

un progresivo consenso en este campo de que existen diferentes tipos de violencia cuyas causas pueden ser también distintas. En concreto, se empieza a considerar que los niveles inferiores de violencia (por ejemplo, la violencia menor, en la que suelen intervenir los dos miembros de la pareja, y que normalmente se estudia en muestras jóvenes y de la comunidad) *tienen unas causas diádicas*, mientras que se piensa cada vez más que la violencia de mayor gravedad (la violencia severa y/o frecuente, que se suele estudiar con muestras clínicas o criminales, y cuyos perpetradores suelen ser hombres) *tiene su causa en las características individuales del hombre violento*.

(Pág. 1123, la cursiva es nuestra.)

La dinámica de la conducta violenta en las relaciones íntimas

Es natural que intentar saber por qué algunas relaciones violentas hayan despertado mucho interés. Es posible que la violencia doméstica, en particular la del tipo de

terrorismo íntimo, sea una característica del sistema social patriarcal, pero no se explica por qué algunas personas recurren a la violencia mientras que otras, en circunstancias similares, no lo hacen. Una línea de investigación se ha ocupado de las características de quien ejerce la violencia (DUTTON, 1998; HOLTZWORTH-MUNROE y MEEHAN, 2004; HOLTZWORTH-MUNROE y STUART, 1994; HOLTZWORTH-MUNROE, STUART y HUTCHINSON, 1997). Necesitamos comprender por qué unos hombres utilizan la violencia y otros, igualmente desengañados o airados, recurren a otros medios, como la negociación o la retirada (SIANN, 1985). Existen algunos indicadores útiles, tanto en la teoría psicodinámica como en los estudios empíricos sobre psicología social.

DUTTON manifiesta:

La base de la personalidad del maltratador adulto está en una tríada de factores de los primeros años de vida: ser testigo de malos tratos, ser avergonzado por los padres y sentirse inseguro por la imprevisible disponibilidad emocional parental. Estos tres componentes producen una reacción emergente: la disforia íntima (es decir, la intranquilidad o incomodidad en las situaciones íntimas), de la que se culpa a uno de los miembros de la pareja, y una tendencia a la rumiación que culmina en un maltrato explosivo.

(1998, pág. VIII, los paréntesis son nuestros.)

Como veíamos en el Capítulo II, la psicología del *self* señala que la ira es esencialmente defensiva, no destructiva. Así, por ejemplo, una experiencia de angustiosa vergüenza puede producir la reacción defensiva de la ira (KAUFMAN, 1989; KOHUT, 1977). Esta ira se puede entender como un intento de conservar un sentimiento del yo, cuando se siente que se fragmenta o desintegra bajo el peso de la vergüenza y como un intento de conjurar más experiencias de vergüenza. Es como la persona que se está ahogando que, en su desesperación, se revuelve, agarra y “ataca” a quien intenta salvarla.

RETZINGER (1991), psicóloga social, da otra visión de este tema, a partir de estudios de laboratorio sobre la interacción marital. Sostiene que en el conflicto prolongado hay un ciclo oculto de vergüenza no reconocida o no asumida. De ahí se pasa al afecto defensivo de la cólera/ ira, luego al conflicto y de éste a una mayor separación social, con el probable desarrollo de un ciclo de vergüenza, ira y retirada en la relación. Y concluye la autora:

Muchos patrones de comunicación disfuncional hunden sus raíces en la vergüenza y la vergüenza-ira. La cantidad de vergüenza no reconocida durante una discusión parece revelar el grado de destructividad. Hay que recordar que la vergüenza en sí misma no resulta destructiva. Es una parte normal y necesaria de la organización humana. Lo que preocupa es la forma en que se maneja.

(Pág. 199.)

El hecho de que se comprendan algunos de los factores que generan violencia en la relación no disculpa ni excusa ésta, pero apunta a un importante reto al que se enfrenta el terapeuta: cómo manejar la situación de manera que se garantice la seguridad para la víctima de la violencia y para los hijos implicados y al mismo tiempo asegurar que se

abordan de forma eficaz todas las cuestiones subyacentes. La conducta violenta hacia la pareja es abominable, pero quien comete la violencia doméstica suele ser una persona que necesita mucha ayuda: el desafío está en encontrar la manera de implicarla para que pueda recibirla.

Ante una situación de “terrorismo íntimo”, el terapeuta de pareja debe tener presente que la propia relación de pareja suele tener su dinámica exclusiva. GOLDNER y cols. (1990) y sus colegas hablan de estudios clínicos sobre relaciones donde la violencia está afianzada. El equipo de investigadores trabajó con parejas con problemas de violencia doméstica que venían arrastrando hacía mucho tiempo, y en las que se repetía la reconciliación después de cualquier episodio violento. El estudio señala que tanto las mujeres como los hombres de los casos que atendieron se habían socializado con una idea del significado de ser hombre o mujer que hacía más probable el maltrato en una relación. A las mujeres les habían enseñado que eran responsables del bienestar emocional de su compañero, lo que se traducía en un modelo de acomodación ante el maltrato o la violencia. A los hombres les habían avergonzado por negar aspectos vulnerables de sí mismos, a menudo a través de una relación de malos tratos con el padre. De ahí sus ansias de intimidad, una intimidad que los aterrorizaba cuando parecía que fuera a producirse. Y lo más importante: el estudio describe el amor y el apego mutuos escondidos y avergonzados que la pareja siente —un vínculo que el equipo de investigadores denomina “la alianza”— y que permanecen a pesar de los repetidos episodios de violencia: “Dado que es un vínculo que los demás tachan de vergonzoso, enfermizo y regresivo, permanece en secreto, escondido del mundo” (pág. 359). Es muy importante que el terapeuta que trabaja con una pareja de esas características comprenda “la alianza”:

reaccionar sólo ante la “cara” violenta de la conducta, sin considerar la otra, la cara de la expiación y redención, significa negar el poder del vínculo que posee por completo a la pareja ... *La fuerza de este vínculo tiene el potencial de derribar el refugio más persuasivo o desbaratar el mejor programa de prevención de las palizas: cuantas más son las fuerzas externas que intentan separar a la pareja, más una a ésta el vínculo ...* Así pues, si no se reconoce la eficacia de este poderoso vínculo, la relación no será visible en todos sus aspectos y el vínculo de la pareja se convertirá en una coalición secreta en contra de todos los extraños, incluidos los terapeutas.

(Pág. 359, la cursiva es nuestra.)

Por lo tanto, dicen los autores, una tarea importante de la terapia con parejas con una historia de violencia grave y repetida es incorporar al discurso de la terapia la experiencia de este fuerte vínculo:

Por estas razones, en los primeros momentos de nuestro trabajo con estas parejas, atendemos a cualquier descripción positiva de su relación y fomentamos ese tipo de comentarios como parte de nuestra conversación terapéutica. Al hacer espacio para este tipo de diálogo, se desplaza la fuerza vinculante del secreto.

(Pág. 359.)

La respuesta a la violencia doméstica

El principio que defendemos es que cuando la violencia doméstica es, o puede ser, parte de lo que la pareja trae a la terapia, el terapeuta debe proceder con cautela y no empezar a trabajar con la pareja con una terapia conjunta, a menos que haya motivos para confiar en que es seguro hacerlo. En muchos casos, y especialmente en situaciones de “terrorismo íntimo”, habrá que trabajar mucho en primer lugar y de forma individual con cada miembro de la pareja (JENKINS, 2007). Es importante “pecar por exceso de precaución” y pensar en otras estrategias de ayuda, incluida la terapia individual. Sin embargo, si un examen detenido indica que la violencia entra *claramente* en la categoría de “violencia situacional”, es posible que la terapia conjunta sea una adecuada estrategia de intervención. En este caso, la tarea pasa a ser la de explorar la interacción en torno al incidente violento y las formas en que los dos miembros de la pareja tratan el conflicto. Será especialmente importante centrarse en la experiencia afectiva que desembocó en la inadecuada expresión de ira —miedo al abandono, vergüenza, etc.— y ayudar a la parte implicada a asumir, contener y expresar esos sentimientos sin necesidad de recurrir a la violencia. Una medida práctica que puede tomar el terapeuta para asegurarse de que no ha sido demasiado optimista al evaluar la relación de la pareja, es programar una sesión individual con cada miembro de la pareja después de una o dos sesiones conjuntas iniciales. De este modo, se puede examinar de nuevo la evaluación inicial de que no se trata de una situación de intimidación, a la luz de conocimientos adicionales y de una relación terapéutica más asentada.

Las aventuras amorosas

Otra situación que le puede plantear un dilema al terapeuta es la de la pareja que acude porque se ha desvelado una aventura amorosa. El sentimiento de traición de uno de los miembros de la pareja, y la culpa y la vergüenza que suele experimentar el otro (o, al contrario, la negación de la importancia de lo que ha ocurrido), muchas veces se traducen en una primera sesión imprevisible con la pareja. Es importante que el terapeuta “sepa y quiera pensar con detenimiento en las ramificaciones para todas las partes que probablemente se van a ver seriamente afectadas, y no simplificarlo en una decisión entre apoyar la primera o la segunda relación, o favorecer un estatus conyugal o a uno de los miembros frente a otro” (CORNWELL, 2007).

Es muy importante tener en cuenta que el futuro de la relación después de desvelarse una aventura amorosa es algo que sólo puede decidir la propia pareja. Sin embargo, si se quiere que la relación sobreviva y que la crisis suponga una mejoría en ella, y no un regreso al statu quo, es importante dirigir la atención *a* la relación de la pareja y *alejarse* de la preocupación por la aventura. Pero todo ello sin negar ni trivializar el enfado y el profundo dolor que ése ha provocado, ni la grave herida que se suele causar a la persona traicionada.

Cuando una pareja acude a terapia por una relación amorosa con otra persona, es útil pensar desde la perspectiva de tres tareas secuenciales: gestionar la crisis de esa aventura, pasar de la incriminación a la atención a la relación de la pareja, y trabajar sobre las cuestiones que emerjan en esta relación.

Gestionar la crisis de la aventura amorosa

Para ello será necesario un sentimiento de contención para los fuertes sentimientos y la reactividad que normalmente se producen. Con el miembro de la pareja engañado, supondrá implicarse con su enfado y el dolor y la pena que éste esconde por la pérdida de confianza en la relación, y también por el impacto de esa relación amorosa ajena en la propia valoración que tiene de sí mismo. Con el miembro que haya protagonizado la aventura, supondrá ocuparse de cuestiones como la culpa y la vergüenza que pueda sentir, o tal vez de su incapacidad de comprender y empatizar con la aflicción de su compañero (“No sé por qué le da tanta importancia. Iba bebido y no fue más que una noche”, o “No fue más que sexo, realmente nunca me importó esa persona”). También puede implicar reconocer su pena por terminar la relación con su amante, una pena que no puede compartir con su pareja.

Pasar de la incriminación a la atención a la relación de la pareja

La segunda tarea implica pasar a un punto en que se considera que la aventura encierra un potencial avance en la relación y quizá como el reflejo (aunque inconsciente o no reconocido) de las dificultades existentes en esa relación. Como comentan SCHARFF y SCHARFF, el terapeuta se encontrará a menudo con que “el descubrimiento de una aventura supone la materialización de una insatisfacción debida a un desacuerdo conyugal que durante años se ha estado cocinando a fuego lento” (SCHARFF y SCHARFF, 1991). En esta segunda fase, el reto para el terapeuta está en el ritmo que dé al proceso terapéutico: si avanza con excesiva rapidez corre el riesgo de que se le considere falta de comprensión hacia el miembro de la pareja engañado, o como alguien que aprueba la aventura y minimiza su importancia. No obstante, suele ser útil que el terapeuta tenga en cuenta el hecho de que las aventuras amorosas, si la pareja está dispuesta, se pueden reencuadrar de forma positiva.

Trabajar sobre las cuestiones que emerjan en esta relación

Una vez que se ha puesto la atención en la relación, el trabajo a partir de este punto es esencialmente el mismo que el de la terapia con cualquier otro problema de relación, con la salvedad de que, en la mayoría de los casos, habrá que volver durante cierto tiempo a la herida provocada por la infidelidad y “sanarla”, al mismo tiempo que se reconstruyen gradualmente la confianza y la intimidad emocional. Además, habrá que analizar el significado del engaño, tanto para la relación como para cada uno de los miembros de la pareja: por ejemplo, ¿representa ese engaño alguna parte negada o rota del yo del

miembro protagonista de la aventura amorosa, que no supo (y quizá no sepa aún) integrarla en el matrimonio? SCHARFF y SCHARFF (1991) hacen una interesante exposición de esta forma de entender las relaciones ajenas a la pareja.

Hay una serie de autores que establecen tipologías de aventuras amorosas, con la intención de dividir las en una serie de subtipos con una dinámica subyacente común, partiendo para ello de distintos puntos de vista psicodinámicos y de la teoría de sistemas. Así lo resumen WEEKS, GAMBESCI y JENKINS (2003). Estas tipologías son útiles para formular hipótesis preliminares, que estimulan el análisis de la dinámica oculta de la aventura amorosa y de la relación, pero hay que evitar usar la tipología como instrumento diagnóstico para categorizar a las parejas y forzar que su historia exclusiva encaje en un determinado patrón. Como bien advierten WEEKS y cols. (2003), la categoría se puede convertir en la característica definitoria “que a menudo trunca el proceso de alcanzar un conocimiento más profundo”. De ahí la advertencia de SCHARFF y SCHARFF de que “hay tantas causas de las aventuras amorosas como personas que las protagonizan” (1991, pág. 221).

BROWN (2001) propone una de las tipologías de la aventura amorosa más útiles, que ayuda al terapeuta a entender parte de la dinámica subyacente. El que sigue es un resumen de las cinco categorías de aventuras que la autora establece:

1. *Aventuras que impiden la intimidad*

Justo cuando se diría que existe la posibilidad de una mayor intimidad en la relación, la aventura proporciona a la pareja algo por lo que pelearse y así mantener las distancias, una situación que se puede prolongar indefinidamente: ¿“cómo pudiste pensar siquiera que iba a confiar en ti de nuevo después de lo que hiciste”?, y/o “siempre buscas la ocasión de sacar a relucir ese único desliz que tuve”.

2. *Aventuras que impiden el conflicto*

En este caso, la principal dinámica consiste en intentar obtener del compañero una respuesta a las insatisfacciones de la relación. Lo habitual es que estas parejas no puedan tolerar el conflicto, de ahí que les dé tanto miedo plantearse mutuamente las cuestiones de forma directa. La aventura es como una “granada de mano” arrojada a la relación que no se puede ignorar, ¿o sí? Las aventuras que evitan el conflicto también se pueden producir muy pronto en una relación.

3. *Aventuras de adicción sexual*

Algunas personas, para mantener la sensación de estar vivas y de su capacidad de enamorar, necesitan la ilusión de una relación nueva o el reto de una nueva conquista. Suelen ir de aventura en aventura. Cuando en una relación se empieza a apagar la pasión, estas personas experimentan una sensación insufrible de estar vacías, solas, tal vez emocionalmente muertas en su mundo interior. BROWN describe la situación de la persona que tiene muchas aventuras como la de quien dice “lléname, que voy vacío”, un verso de Laura KRIER que muestra la dinámica oculta; quizá contrarreste también el significado más bien médico que se le da al término

“adicción”, al que se asocia una minimización o negación de la responsabilidad de la persona que se considera “adicta”. PITTMAN (1989) emplea el término “mujeriego” para referirse a estos engaños amorosos. En el miembro de la pareja engañado suele haber cierto grado de aceptación inconsciente siempre que es posible, o no deja de perdonar las infidelidades, pero al final ocurre algo que no se puede ignorar o ese miembro de la pareja empieza a cambiar y a ser más consciente de sus propios derechos. Muchas veces, la persona infiel siente remordimiento, pero se trata de una condición que forma parte también del ciclo, por lo que puede llevar al desengaño. Para romper este ciclo es necesario que la persona “adicta” se ocupe de algunos de sus problemas de personalidad mediante la terapia, lo cual es previsible que suponga un largo proceso. También es recomendable la terapia con el otro miembro de la pareja, para ayudarlo en todo lo referente al valor que se otorga a sí mismo, a sus derechos y al mantenimiento de unos límites claros en la relación, de forma que no se le empuje a asumir el papel de cuidador del miembro infiel.

4. *Aventuras de ruptura del yo*

En este caso, la pareja, más que cada uno de sus miembros, se siente vacía. Suelen ser aventuras que se producen en fases avanzadas de una relación, a menudo después de que los hijos se han independizado y la pareja se enfrenta a la construcción de un nuevo grado de intimidad en su relación, pero no lo consigue. Unas veces, el miembro que protagoniza la aventura tiene conciencia de que la relación está vacía, otras él mismo se sorprende cuando de repente se encuentra envuelto en una aventura emocionalmente intensa. El pronóstico para este tipo de aventuras no suele ser bueno, pese al deseo de la persona fiel de mantener el matrimonio; en algunos casos queda muy poca conexión emocional en la relación.

5. *Aventuras de salida*

El escenario típico es el de un miembro de la pareja que quiere terminar una relación pero es incapaz de reconocerlo ante el otro (y a veces ni siquiera ante sí mismo), muchas veces porque no puede afrontar el previsible dolor y enfado de su compañero. Para el protagonista de la aventura, el motivo de su participación en un proceso de orientación no suele ser que quiera salvar la relación, sino más bien la esperanza de que el orientador cuide del otro miembro de la pareja cuando él se vaya. BROWN describe este tipo de aventuras como de “ayúdame a cruzar la puerta”.

Además de estas posibles categorías, también hay que tener en cuenta que algunas relaciones o matrimonios se basan en el supuesto —o incluso en un convencimiento explícito— de que la satisfacción sexual y/o emocional sólo se puede encontrar al margen del compañero. Son situaciones, entre otras, en las que existe una enfermedad o una discapacidad física que hace difícil o imposible la actividad sexual, o en las que las dos personas se sienten obligadas a permanecer juntas (por ejemplo, por motivos religiosos, o para proporcionar un hogar a sus hijos), pese a no sentir ningún interés sexual o emocional mutuo. A veces estas situaciones pueden conducir a unos problemas no

previstos y que lleven a la pareja a terapia.

Cualquiera que sea la dinámica oculta de la aventura amorosa, hay tres preguntas importantes que se le suelen plantear al terapeuta de pareja que trabaje con alguna en que haya habido una de esas aventuras.

¿Se debe haber terminado con la aventura antes de que se pueda iniciar la terapia?

¿Debe trabajar el terapeuta con la pareja sabiendo que uno de sus miembros mantiene una relación secreta o continúa con una aventura de la que dijo al compañero que había terminado? Nuestra respuesta a esta pregunta sería “no” en la mayoría de los casos. Realmente no es viable trabajar con una pareja para esclarecer si quieren continuar o no su relación y menos para mejorar su relación y reconstruir la confianza y la intimidad, si uno de los miembros sigue aún comprometido activa y secretamente, y emocional y/o sexualmente con una tercera persona. También es cuestionable, desde una perspectiva ética, que el terapeuta dirija una terapia de pareja conjunta a sabiendas de que existe esa relación secreta. Como decíamos en el Capítulo V, ésta es una de las razones por la que cuando una aventura forma parte del problema que se expone, sea esencial que el terapeuta emplee la evaluación de “largo recorrido”, y que tenga una sesión individual con cada miembro de la pareja, como parte de ese proceso. La sesión individual con el protagonista de la aventura amorosa abre la oportunidad de explorar a qué se refiere esta persona cuando dice que la aventura ha terminado.

En la primera entrevista conjunta, Simon aseguró a su esposa Annette y al terapeuta que su relación de varios meses con una compañera de trabajo más joven había terminado. Annette manifestó sus dudas al respecto. No estaba segura de que pudiera confiar en Simon, cuando la había estado engañando muchos meses. En una sesión individual posterior, cuando el terapeuta le presionó para que diera más detalles, Simon explicó que la relación había concluido en el sentido de que él y su amante habían acordado no mantener más relaciones sexuales, ni dejarse ver juntos en actos sociales. Sin embargo, admitió que aún tenía con ella conversaciones largas e íntimas varias veces a la semana. En su opinión, aquella mujer estaba necesitada emocionalmente, lo había pasado muy mal, necesitaba de su apoyo, que él se sentía obligado a proporcionarle. No le había dicho nada a su mujer sobre este contacto vivo aún, porque sabía que no reaccionaría de forma razonable y, en cualquier caso, no se trataba ya más que de una amistad con una compañera, pues no había ninguna actividad sexual, y era él quien decidía qué amigos tener. Se sorprendió y enfadó cuando el terapeuta preguntó si aquella relación había terminado de verdad. Se negó a hablar sinceramente de la situación con su mujer y a cortar el contacto con su amante, por lo que no prosiguió la terapia de pareja.

Otra variación de esta situación es cuando la relación secreta se termina dado que el protagonista y su amante convienen en no tener más contacto durante un período, pero existe entre ellos el acuerdo —explícito o implícito— de que el amante “queda a disposición” de reanudar la relación si los intentos por reconciliar al matrimonio fracasan. Una vez más, si se quiere emprender una terapia de pareja seria, hay que abordar y esclarecer el compromiso del miembro infiel con el matrimonio y acabar claramente con

la relación amorosa secreta.

Sin embargo, una vez expuesto el principio es importante reconocer que habrá ocasiones en que llevarlo a la práctica será difícil y pueda exigir al terapeuta que se muestre flexible. Es una situación en la que resulta particularmente importante consultar y supervisar con algún colega todas las cuestiones que se plantean y tratar de identificar cualquier tema de contratransferencia del que el terapeuta no sea consciente.

¿Qué debe hacer el terapeuta con los secretos?

Todo esto conduce a la inevitable segunda pregunta: ¿qué debe hacer el terapeuta si, en la sesión de evaluación con el miembro infiel de la pareja, descubre que su relación amorosa continúa, pese al énfasis que puso al asegurarle a su pareja que había concluido? Nuestra opinión es que en estos casos el terapeuta debe dejar claro que la terapia de pareja conjunta no es posible en esas circunstancias y trabajar con el miembro de la pareja para esclarecer qué quiere hacer realmente. A veces —y es algo cuya importancia se suele subestimar— la persona infiel desea sinceramente reconciliarse con su pareja y terminar su aventura, pero el grado de implicación emocional en ella hace que la separación de esa otra persona sea muy dolorosa. La pérdida de la relación con el amante supone un dolor que no hay que contener, una pena que se suele vivir en secreto porque la persona engañada no puede tolerar oír hablar de ella, algo muy comprensible; para ella, el amante es una “mala” persona, la relación nunca debió existir y no hay nada de que dolerse.

El hecho de que el terapeuta diga que la terapia de pareja conjunta no puede proseguir porque ha descubierto que la relación secreta no ha terminado aún, naturalmente puede provocar un dilema o una crisis en la persona que mantiene la aventura. WEEKS y cols. (2003) hacen una interesante exposición de este tema, y denominan a su forma de abordarlo “rendir cuentas con discreción”. En esencia, cuando el terapeuta se entera de que existe una aventura amorosa ajena a la relación de pareja, los autores dejan claro que el protagonista de ese secreto debe decidir si continuar con la aventura o terminar con ella para trabajar con la relación primaria. Sin embargo, señalan que el terapeuta también puede acordar mantener la confidencialidad sobre la continuidad de la aventura durante un cierto tiempo, mientras trabaja con el implicado para que acepte la responsabilidad de su conducta y decida qué camino tomar. No obstante, en última instancia es posible que el terapeuta deba advertir —con sinceridad y comprensión, pero también con firmeza— de que el dilema al que se enfrenta la persona en cuestión no lo ha creado él. Al hacerlo, el terapeuta subraya las contradicciones de la postura que adopta la persona que mantiene el secreto: quiere trabajar para conseguir una relación mejor con su pareja, pero no está dispuesta a ser honrada en ese empeño. El terapeuta está creando para esa persona un “crisol” (SCHNARCH, 1991) metafórico, en el que todas las circunstancias y motivaciones se puedan someter a unas fuerzas que propicien su cambio, algo que, a la larga, puede ser lo más útil que pueda hacer el terapeuta por esa persona.

Un dilema similar se produce, evidentemente, cuando la pareja acude en busca de ayuda por un problema que nada tiene que ver con la infidelidad, pero en el proceso de evaluación uno de los miembros de la pareja desvela la existencia de una aventura. Adoptamos la misma postura: no es adecuado, por ejemplo, trabajar con la pareja para mejorar la intimidad o la comunicación, y al mismo tiempo saber que uno de los dos emplea su energía emocional en otra relación. Una vez más, el protagonista de la relación secreta se debe enfrentar al dilema que se le plantea: deberá terminar con la aventura si quiere trabajar para mejorar la relación con su participación en la terapia conjunta. Pero es posible que haya que negociar con esa persona un marco temporal, en el que el terapeuta trabajará con ella para llegar a resolver su dilema.

En el Capítulo V hablábamos de un marco para la evaluación que supone reunirse de forma individual con los dos miembros de la pareja, e insistíamos en la importancia de dejar claras las normas básicas sobre la confidencialidad al inicio de la sesión individual. Si se sigue este procedimiento, el terapeuta no puede quebrar la confidencialidad de la sesión inicial y contarle al otro miembro que se ha desvelado la existencia de una aventura amorosa. Sin embargo, alguna que otra vez, por mucho que el terapeuta intente ayudar al protagonista de la relación secreta a que decida sobre ésta, la terapia acaba prematuramente, algo que puede ser doloroso para la pareja y desagradable para el terapeuta. Contrariamente a lo que preocupa a los terapeutas de pareja que se inician, parece que tal situación sólo se produce muy de vez en cuando. Sin embargo, debemos tener presente que las aventuras amorosas —con el componente de traición que inevitablemente poseen— generarán por su propia naturaleza fuertes emociones y un alto grado de ambivalencia: el terapeuta no puede pretender ayudar a parejas que se encuentran en este tipo de situaciones y, al mismo tiempo, estructurar el proceso de forma que se guarden las distancias con el “tema” de la aventura.

¿Y qué hacer con el “cómo puedo confiar en él o en ella de nuevo”?

Es una pregunta obvia y muy razonable. Una pregunta también que, del mismo modo que se debe formular, indica que la persona engañada no ha podido curarse aún de la herida narcisista que le provocó la traición (LIVINGSTON, 2001; SHADDOCK, 2000). Nuestra respuesta suele ser que la confianza no es una mercancía que se pueda dar: al contrario, es un subproducto de la calidad de la relación entre dos personas. Sólo cuando las dos personas empiezan a experimentar un nuevo grado de franqueza e intimidad mutuas, empezará la cuestión del engaño a situarse en un segundo plano y comenzará a reconstruirse la confianza. La persona engañada necesita ayuda para poder declarar claramente que, si se quiere que siga la relación, es inaceptable cualquier otra infidelidad; y luego “dejarse ir” y dejar que la otra persona se responsabilice de su propia conducta futura y de sus consecuencias.

La familia reconstituida con hijos de relaciones anteriores

Uno de los cambios importantes que se han producido en la estructura familiar en las últimas generaciones ha sido el incremento de la tasa de ruptura matrimonial y el consiguiente aumento también de segundos matrimonios y segundas paternidades para uno o los dos miembros de la pareja. Cuando dos personas adultas establecen una nueva relación, y aportan a ésta hijos de relaciones anteriores de una o de las dos, crean un contexto para su relación de pareja particularmente complejo. Sobre las complicaciones de las familias reconstituidas se ha desarrollado una extensa bibliografía, tanto clínica como de investigación (BRAY, 1995; GORRELL-BARNES, 2004; HETHERINGTON y NELLY, 2002; VISHNER y VISHNER, 1988), y es importante que el terapeuta de pareja esté familiarizado con este tipo de estudios.

Nuestra intención aquí es esbozar algunos de los temas que se deben considerar cuando una pareja que ha formado una familia reconstituida busca ayuda. Parte del estrés de estas parejas suele nacer de la tensión entre las nuevas parejas de los padres y madres y los hijos de éstos, y en algunos casos puede parecer que estos últimos son el chivo expiatorio de los problemas de relación de la pareja. Nuestra experiencia nos dicta que hay tres preguntas que el terapeuta de pareja debe considerar en el sistema de familia reconstituida con hijos de anteriores relaciones.

1. *¿En qué medida quedan “asuntos pendientes” de las relaciones anteriores de uno o los dos miembros de la pareja, y que se deban resolver?*

Para determinarlo, habrá que analizar cómo acabaron las relaciones anteriores, el sentido que se le dio a ese final y la medida en que se han abordado las cuestiones emocionales asociadas a ella. Hay que explorar estas cuestiones con cada uno de los miembros de la pareja y, si se considera apropiado, con el hijo o los hijos, y al principio lo más habitual será que se deban tratar en una o más sesiones individuales, en las que no esté presente el miembro nuevo de la pareja. Lo más frecuente será que el duelo por la relación acabada, y la herida al sentimiento del valor de sí mismo del padre, la madre o el hijo hayan mejorado, pero cuando este proceso se haya estancado, o se haya negado o evitado, suele ser necesario el trabajo terapéutico para que las relaciones anteriores se puedan desenmarañar de las actuales. En algunos casos, lo indicado será una sesión planificada con el miembro de la pareja actual, su ex compañero y el hijo o los hijos de ambos.

2. *¿Cuál fue el proceso de formación de la nueva relación?*

Dos son las cuestiones que hay que analizar. Primera, para los dos miembros nuevos de la pareja, cuál fue la experiencia y el principal motivo que los llevó a decidir vivir juntos o casarse. ¿Fue consecuencia de sus mutuos sentimientos, o fue, en parte al menos, para evitar estar solos y/o ofrecer a sus hijos una familia de padre y madre? En otras palabras, el terapeuta debe “deconstruir” la experiencia y el proceso de toma de decisiones sobre la formación de la nueva relación. Algunas veces, habrá sido algo consciente y tratado con toda sensatez por parte de los dos miembros de la nueva pareja, pero en otros casos se habrán hecho suposiciones y sacado conclusiones que

desempeñarán un importante papel en las posteriores dificultades. La segunda cuestión que hay que analizar es en qué medida los hijos de cada miembro de la nueva pareja participaron en la decisión de formar un sistema de familia reconstituida. ¿Se les explicó esa decisión a los hijos de forma adecuada a su edad y se habló de ella durante un cierto tiempo, permitiendo que se manifestaran y se tomaran en serio sus sentimientos? ¿O se les expuso la situación como un hecho consumado, quizá sin darles mucha información sobre el cambio que se iba a producir?

3. *¿Cómo se han acordado las funciones y las relaciones en el nuevo sistema de familia reconstituida?*

Después de analizar las dos primeras cuestiones, y de haber establecido un contexto para la pareja y el sistema familiar actuales, hay que abordar esta tercera pregunta. Entre las nuevas parejas de los padres, madres y los hijos de éstos hay unas funciones y unas relaciones evidentes: ¿se negociaron, dejando un tiempo para la transición, o se dieron por supuestas y se impusieron? En este sentido, algunos de los temas que hay que abordar son las cuestiones de inclusión y exclusión (el hijo que debe abandonar un papel o función que valoraba en una familia monoparental, puede experimentar un profundo sentimiento de pérdida), la disciplina y el cariño (incluso las expectativas sobre cómo llamarse pueden ser muy importantes). Para los adolescentes, es posible que se planteen cuestiones sobre los adecuados límites sexuales con un miembro del otro sexo de la nueva familia. En el caso de los niños pueden surgir temas sobre un cambio percibido (o temido) en su relación con su padre o madre biológicos y es posible que haya que establecer roles, relaciones y límites complicados (en el caso de los adolescentes, a veces incluso límites sexuales) con los nuevos hermanastros. Pueden plantearse problemas sobre la fidelidad al padre o la madre biológicos ausentes.

El trabajo con parejas de sistemas de familia reconstituida encierra algunas trampas para quienes lo abordan ingenuamente. Este tipo de parejas suelen tener dificultades de relación entre las nuevas parejas de los padres y madres y los hijos de éstos, de ahí que el terapeuta trate de pasar a la tarea inmediata de negociar los roles y las relaciones entre los adultos y los hijos/hijastros antes de explorar y, si es necesario, solucionar todo lo que tenga que ver con el contexto histórico de la formación de la familia reconstituida.

La pareja polarizada

Hace ya tiempo que se identificó el patrón de la pareja en la que uno de los miembros busca la proximidad y la receptividad emocionales, mientras que el otro se distancia (GUERIN y cols., 1996; KERR y BOWEN, 1988; TITELMAN, 2003). Una forma extrema de este patrón es la pareja que presenta posturas polarizadas sobre la continuidad de la relación. En una relación polarizada, una de las personas ansía —a menudo con

desesperación— que la relación continúe, y la otra no está segura de lo que quiere o habla sin tapujos de cortar la relación. Algunas veces la polarización es evidente desde el principio, y otras sólo se manifiesta cuando el terapeuta intenta pasar a la terapia de pareja y emerge la ambigüedad de uno de los miembros de ésta acerca de la relación. En la base de este tipo de relaciones hay una dinámica de “persecución/escape” (JOHNSON, 2004), en la que uno de los miembros de la pareja presiona para garantizar el compromiso y el otro se aleja más cuanto más presionado se siente a comprometerse.

El terapeuta de pareja de vez en cuando se encontrará con una pareja polarizada, pero parece que es relativamente poco lo que se ha escrito sobre este patrón de conducta. Una excepción es una interesante serie de ensayos que compiló CROSBY (1989). En estas situaciones, el terapeuta se enfrenta a un dilema: cómo mantenerse neutral, dado que todo lo que haga que sea aceptable para un miembro de la pareja puede enfadar al otro. Es una situación en donde el empuje hacia la triangulación, hacia tomar partido por una o la otra persona en disputa, es particularmente fuerte (BRODERICK, 1983; GUERIN y cols., 1996). El miembro de la pareja que quiere seguir con la relación suele considerar una traición analizar las dificultades ocultas de ésta: “Creía que su trabajo consistía en salvar matrimonios, no en fomentar el divorcio”. Por otro lado, con la exploración de cualquier aspecto positivo de la relación uno corre el riesgo de que el miembro de la pareja indeciso lo tome como prueba de que el terapeuta va a decirles que sigan con la relación. Con este tipo de parejas, el peligro de que el terapeuta quede apresado en la lucha entre las dos partes es muy posible. Entonces, ¿cómo se puede formar con ellos una alianza como pareja?

La tarea esencial con las parejas polarizadas se puede conceptualizar como un proceso de interrupción del modelo de “persecución/escape” —del que desea seguir con la relación y del que quiere cortarla— durante el tiempo suficiente para que los miembros de la pareja reflexionen sobre su situación y decidan con mejor criterio. Lo habitual es que a cada persona le preocupe la postura de la otra y sea incapaz de reflexionar sobre la suya propia en lo que a la relación se refiere. Un elemento clave de la terapia será intentar contener la ansiedad y ayudar a ambos a ser más conscientes de lo que les genera ansiedad, que para el perseguidor puede ser el miedo al abandono, y/o para el que huye, el miedo al aislamiento. Es posible que la relación haya llegado a un punto en que la separación sea inevitable, o puede ser que se trate de una relación que esté aún muy “viva” pero en la que la pareja está metida en una intensa y continuada lucha entre quien aboga por separarse y quien lo hace por seguir unidos (KLEVER, 1998), o está representando un aspecto inconsciente de la dinámica de su relación.

El siguiente protocolo para responder a la pareja que presenta una relación polarizada está adaptado de un artículo titulado “¿A qué viene tanta prisa? Una ralentización negociada”, de RUSSELL y DREES (1989). Ofrece unas pautas para que el terapeuta redefina tanto el propósito de la terapia como su papel como terapeuta, de forma que pueda mantenerse neutral con el resultado de la terapia y de una manera que

probablemente aceptarán mejor ambas partes, al tiempo que establece las condiciones en las que se pueda intentar crear un espacio seguro o, al menos, un espacio más seguro para empezar a analizar todas las cuestiones subyacentes.

- El *acuerdo inicial*. El terapeuta negocia con la pareja un número determinado de sesiones —seis suele ser un número adecuado—, con el objetivo de comprender cuanto sea posible la razón por la que la pareja ha acudido a la terapia, y analizar las opciones de que disponen antes de tomar cualquier decisión final. En este proceso, suele ser útil señalar que la separación es una decisión de suma trascendencia, en especial si la pareja tiene hijos, y por consiguiente vale la pena dedicar tiempo para asegurarse de que se toma la mejor decisión. El terapeuta deberá insistir en su neutralidad ante lo que se decida, sólo los dos miembros de la pareja pueden decidir seguir juntos o no, y también manifestar a la pareja que está dispuesto a trabajar con ellos para llevar a la práctica cualquier decisión que acaben por tomar.
- *Una sesión individual con cada uno*. El terapeuta intenta ayudar al miembro de la pareja que se muestra ansioso, el que intenta proseguir con la relación, para que asuma la ambigüedad de ésta y reconozca que no es perfecta. También es importante ayudarle a que empiece a analizar lo que se oculta bajo su desesperada ansiedad ante el final de la relación; por ejemplo, miedo al abandono, una sensación de que no supo solucionar las cosas por sí mismo, o quizá el temor a la vergüenza que ocasionaría la separación o el divorcio. Hay que confiar en que el terapeuta sepa iniciar un proceso que genere una sensación de sostenimiento y contención con la que se pueda reflexionar sobre la ansiedad, en vez de dejar que se agudice con el intento de mantener en la relación al otro miembro de la pareja. Con la persona que manifieste una postura ambigua, el terapeuta intenta analizar la realidad de la relación, no sólo las insatisfacciones y desengaños, sino también los aspectos positivos de la relación y de la otra persona. En la sesión individual, es importante analizar si la persona es realmente ambigua sobre la relación o “postambigua”, es decir, si realmente ha pasado de la ambigüedad a tener claro que no desea continuar con la relación bajo ningún concepto, pero ha sido incapaz de decírselo directamente a la otra persona.
- *Las sesiones conjuntas*. En el resto de las sesiones conjuntas acordadas, el terapeuta se propone ayudar a cada uno de los miembros de la pareja a hablar de su experiencia de la relación y reflexionar sobre ella y sobre el papel que cada uno juega en las dificultades. Un breve análisis de la familia de origen de cada uno en las sesiones conjuntas suele servir para que las dos personas puedan observar con mayor objetividad lo que cada una lleva a la relación. Hay que prestar una atención especial a las oportunidades de ayudar a uno y a otro a perfilar un poco mejor su postura sobre la relación: es decir, oportunidades para esclarecer y asumir su propia experiencia y para dejar claro lo que cada uno quiere y asume, en lugar de acomodarse al otro o proyectar en él las propias preocupaciones.
- *La revisión y la decisión*. Concluidas las sesiones acordadas, se revisa la situación y

se decide sobre futuras orientaciones. Es importante que el terapeuta se muestre neutral ante la decisión que tomen los miembros de la pareja y que mantenga el acuerdo de revisar las opciones después de un número concreto de sesiones. A estas alturas, es posible que las dos personas vean ahora cuestiones sobre las que quisieran trabajar, con la idea de reconciliarse y seguir juntas. O tal vez una o las dos tengan claro que la separación es el camino que desean seguir.

Conclusión

La premisa de la que parte mucho de lo que se ha dicho en los capítulos anteriores es que el terapeuta de pareja debe entender el funcionamiento de las dos personas y de cada una de ellas en la relación, y la dinámica de los sistemas de relación. En este capítulo hemos hablado de cuatro situaciones que pueden surgir en la terapia de pareja: la violencia doméstica, las aventuras amorosas, la familia reconstituida con hijos de relaciones anteriores, y la polarización de cada miembro de la pareja sobre el futuro de su relación. Se han dado algunas orientaciones para abordar estas cuestiones, tanto desde la perspectiva de lo que implican para cada una de las dos personas, como desde la de la dinámica del sistema de relación. Cabe esperar que con estas orientaciones el terapeuta pueda ofrecer el sostenimiento y la contención que permitan que la terapia avance. Con ello, también hemos señalado que en dos situaciones —la violencia doméstica y las aventuras fuera de la pareja— a veces puede ser que la terapia conjunta no sea la forma adecuada de intentar ofrecer ayuda.

Epílogo: La supervivencia del terapeuta de pareja

El terapeuta de pareja debe saber implicarse con ambos miembros de ésta, con una intensidad emocional a menudo comparable con la de la terapia individual, pero sin dejarse arrastrar a una alianza con uno de los miembros en perjuicio del otro. Al mismo tiempo, se le exige que piense en los patrones de conducta y la dinámica de la relación de la pareja en su conjunto y sobre el complejo sistema terapéutico triádico. Esto hace que la terapia de pareja sea especialmente exigente como una modalidad de la práctica terapéutica, de ahí que, para concluir, consideremos algunos temas que el terapeuta debe abordar para cuidar su propio bienestar profesional. Los temas de que nos ocupamos son las pruebas empíricas de la eficacia de la terapia de pareja, las consideraciones éticas particulares de esta terapia, y la supervisión y la terapia personal para el terapeuta de pareja.

La investigación y la terapia de pareja

A veces, la práctica de cualquier forma de psicoterapia puede ser desalentadora, cuando el terapeuta debe sostener las difícilmente soportables emociones de sus clientes —el dolor profundo, la ira, la tristeza o la vergüenza— y también tiene que asumir las limitaciones de su capacidad de ayudar a cada cliente particular. La posibilidad del desánimo en el terapeuta de pareja es quizá mayor que en los terapeutas que trabajan con otros tipos de terapia, por lo mucho que la mayoría de los clientes tienen invertido en su relación de pareja, por la complejidad del proceso terapéutico y por la profunda angustia que se suele sentir cuando no se pueden resolver los problemas. A primera vista puede parecer extraño incluir la investigación en un capítulo sobre la supervivencia como terapeuta de pareja, pero un antídoto práctico contra el desánimo como tal, es conocer las pruebas que avalan la eficacia de la terapia de pareja. Así, al terapeuta le es más fácil mantenerse fuerte y con capacidad de reacción ante el desánimo que pueda experimentar con unas determinadas parejas, y también le puede ayudar a tener los pies en el suelo y a no envanecerse cuando parezca que la terapia funciona bien.

Como ocurre con otras formas de orientación y de psicoterapia, los terapeutas de pareja se han visto presionados a demostrar su eficiencia para obtener de sus clientes unos resultados positivos. Los defensores de la terapia de pareja llevan décadas dedicados a la investigación empírica, con el objetivo de delimitar tratamientos eficaces,

mecanismos de cambio, y el tipo de cliente relevante, de orientador y de factores contextuales asociados con unos resultados positivos (SNYDER, CATELLANI y WHISMAN, 2006). Existe hoy un número cada vez mayor de pruebas de que la terapia de pareja es eficaz para reducir la desazón que ésta pueda sentir, y de que las parejas tratadas están considerablemente mejor que las parejas con problemas que no hayan recibido tratamiento terapéutico (BAUCOM, SHOHAM, MUESER, DAIUTO y STICKLE, 1998; JACOBSON y ADDIS, 1993; SNYDER y cols., 2006).

Algunos comentarios generales sobre la investigación en psicoterapia

En las conclusiones de los estudios sobre psicoterapia se establece una distinción fundamental entre la “importancia estadística” y la “importancia clínica” (KENDALL, HOLMBECK y VERDUIN, 2004). Se considera que un resultado es estadísticamente importante si se estima que la mejoría del funcionamiento trasciende de lo que cabría prever de la pura casualidad y, por consiguiente, se puede atribuir a la intervención. La importancia clínica, por otro lado, se refiere a si la intervención terapéutica ha abordado de forma relevante el problema objeto del tratamiento. Un ejemplo de este segundo caso podría ser pasar de un estado de angustia a otro de tranquilidad en la relación de pareja. La razón de la importancia de esta distinción entre estos dos tipos de relevancia es la posibilidad de que un resultado sea estadísticamente importante sin serlo clínicamente, o viceversa.

Conclusiones generales de los estudios sobre la terapia de pareja

En una visión general y exhaustiva de las investigaciones sobre las terapias de pareja, SYNDER y cols. (2006) señalan que, en la mayoría de los casos, la terapia para parejas produce mejorías estadística y clínicamente relevantes. SHADISH y BALDWIN (2003) observan que entre el 40 y el 50 % de las parejas muestran signos de mejoría clínica después de recibir tratamiento terapéutico, con sólo unas tasas muy ligeramente menores de mejoría en la posterior evaluación de seguimiento. No hay diferencias importantes en la magnitud de este efecto positivo en ninguna de las distintas orientaciones terapéuticas del trabajo con parejas.

Sin embargo, como ocurre también con los estudios de resultados de la psicoterapia individual, el planteamiento de la terapia de pareja que se ha estudiado de forma más concluyente es el cognitivo-conductual. Hay más de veinte estudios que indican que la terapia conductual de pareja (TCP) es efectiva para reducir el malestar marital y mejorar la comunicación (DIMIDJIAN, MARTELL y CHRISTENSEN, 2002; JACOBSON y ADDIS, 1993). Pero, pese a los resultados positivos, la reconsideración de estos estudios desde el punto de vista de su importancia clínica dibuja una imagen un poco menos optimista. Sólo en torno al 50 % de las parejas habían mejorado, y sólo el 33 % de ellas había pasado a la categoría de ausencia de angustia. Además, en torno al 33 % de las parejas que habían mejorado sufrieron una recaída durante los dos años que se prolongó el estudio de

seguimiento (DIMIDJIAN y cols., 2002).

Aunque los enfoques psicodinámicos que se describen en este libro son teóricamente abundantes y fueron los primeros planteamientos de la terapia de pareja de la historia, sus estudios empíricos son muy limitados. Sólo existe un estudio de resultados que investiga el impacto de un enfoque psicodinámico puro (la terapia marital orientada hacia el insight) que deriva de las relaciones objetales y la teoría del apego (SNYDER y SCHNEIDER, 2002; SNYDER y WILLIS, 1989). A la TPCE (terapia de pareja centrada en las emociones) —cuya base teórica está en la teoría psicodinámica del apego, aunque incluye intervenciones experienciales y humanistas— le ha ido un tanto mejor, con una serie impresionante de estudios bien planteados (JOHNSON, HUNSLEY, GREENBERG y SCHINDLER, 1999).

La terapia marital orientada hacia el *insight*. Estudios de resultados

La terapia marital orientada hacia el *insight* (TMOI) es un enfoque psicodinámico cuyo objetivo es resolver las causas ocultas o inconscientes del conflicto en la relación de pareja (SNYDER y WILLS, 1989). Al explorar los patrones destructivos actuales de la relación, el terapeuta utiliza la terapia marital orientada al *insight* para determinar las fuentes del conflicto mediante la interpretación de los problemas subyacentes con los que la pareja acude a la terapia, para luego reestructurar y renegociar la relación en marcha a nivel consciente.

En un ensayo controlado aleatorio perfectamente estructurado, 79 parejas con problemas fueron asignadas a la TMOI y a la terapia cognitivo conductual, o a un grupo de control en lista de espera (SNYDER y WILLS, 1989; SNYDER, WILLS y GRADY-FLETCHER, 1991). Al final de la terapia, las parejas de los dos sistemas de tratamiento mostraban una destacada mejoría clínica en su satisfacción por la relación.

Los resultados del seguimiento inicial de este ensayo aleatorio controlado fueron prometedores, pues seis meses después de la terapia la mejoría se mantenía en los dos grupos de tratamiento (SNYDER y WILLS, 1989). Sin embargo, cuatro años después, el 38 % de quienes recibieron la TMOI estaban divorciados (SNYDER y cols., 1991). La mayoría de quienes seguían casados cuatro años después de la terapia en general eran optimistas sobre la estabilidad de su matrimonio, sin embargo quienes recibieron la terapia cognitivo conductual confiaban menos en la probabilidad de que siguieran casados. Además, también es de destacar que la mitad de las parejas divorciadas que recibieron la terapia cognitivo conductual se negaron a dar su opinión sobre la utilidad de la terapia de pareja.

En resumen, de estos resultados se diría que los beneficios que se consiguen con la TMOI son consistentes en comparación con los de otros planteamientos terapéuticos. Aunque la investigación sobre lo dicho se reduzca a un solo estudio, la solidez de esas conclusiones está en el carácter prolongado del posterior seguimiento al cabo de cuatro años.

La terapia de pareja centrada emocionalmente

La terapia de pareja centrada en las emociones es un sistema de terapia integrador. Aunque no se centra en cuestiones referentes a los primeros años de desarrollo, sí utiliza las técnicas psicodinámicas, entre ellas las de identificar y aceptar las necesidades no asumidas; interpretar estas necesidades desde la perspectiva del afecto oculto y menos consciente y la interpretación de los problemas de la relación desde el punto de vista de este afecto oculto no manifestado (SNYDER y WILLS, 1989).

El trabajo con parejas mediante la TPCE se ha estudiado con seriedad, en especial todo lo referente al uso de la metodología del estudio controlado aleatorio. En una serie de meta-análisis que combinan los resultados de cuatro estudios, JOHNSON y cols. (1999) mostraron cambios sustanciales, con parejas que habían mejorado mucho después de la terapia.

Un meta-análisis más reciente de la TPCE, obra de ELLIOT, GREENBERG y LIETAER (2004) corrobora estas conclusiones positivas. También ellos descubrieron considerables cambios relevantes, con parejas que mejoraron mucho después de la terapia.

En lo que se refiere a los datos de seguimiento, sólo se dispone de una limitada variedad de información. JOHNSON y cols. (1999) dicen que en tres estudios, entre el 38 y el 50 % de las parejas entraban en la categoría de “recuperada” al concluir la terapia, mientras que entre el 70 y el 73 % de las parejas lo hacían al cabo de dos o tres meses de seguimiento. Con el uso de una amplia diversidad de estudios como término de comparación, ELLIOTT y cols. (2004) señalan unos efectos un tanto más modestos al concluir la terapia. Sin embargo, estos estudios demuestran, como mínimo, que las mejoras de la TPCE normalmente se mantienen.

Si se compara con los planteamientos conductuales, parece que la TPCE es más eficaz con parejas con un elevado grado de angustia y desazón, y posteriormente en el proceso de seguimiento (JOHNSON y cols., 1999). Además, una revisión de cinco estudios que compara la TPCE con la terapia relacional orientada al conocimiento, concluye que ambos enfoques hablan de resultados similares al finalizar el tratamiento y al cabo de doce meses de seguimiento (DUNN y SCHWEBEL, 1995). Es una sugestiva prueba de que la TPCE y los sistemas orientados al conocimiento pueden ser una mejor opción para las parejas con mayores problemas de apego.

Los procesos de cambio generales

Cada uno de los principales planteamientos terapéuticos parte de su propia idea de cómo se materializan los cambios positivos. Sin embargo, en la actualidad, la mayoría de estos supuestos no se han comprobado de forma exhaustiva con estudios controlados. En algunos casos, las teorías sobre el proceso de cambio se han comprobado con resultados diversos. En otros casos, en cambio, se ha demostrado que los procesos terapéuticos comunes de una serie de sistemas terapéuticos producen un efecto positivo en los problemas de la relación.

En los estudios de la TPCE, por ejemplo, se ha empleado la metodología de análisis de tareas para ver si los procesos de cambio que proponen los especialistas de la TPCE van asociados a la mejoría que se pretende (SYNDER y cols., 2006). En este tipo de investigaciones, se ha visto que las mejoras más importantes van asociadas a la profundización de la experiencia, al mayor uso del desvelamiento propio de contenido emocional entre los miembros de la pareja y al paso de estrategias de hostilidad a otras de cooperación por parte de las parejas. Este tipo de estudios también aportan pruebas de que existen procesos concretos de cambio asociados con los diversos enfoques del trabajo con parejas, como el papel de la “aceptación” en la “terapia cognitivo conductual integrada” y el papel de la comunicación positiva en la terapia cognitivo conductual estándar.

En toda terapia relacional hay también una serie de “factores comunes” que pueden explicar la mejora del funcionamiento de la pareja. Entre ellos están la alianza terapéutica, los factores asociados al cliente, los efectos de las expectativas y el grado de intimidad de la pareja. Como ocurre con la terapia individual, la alianza terapéutica es el factor más importante para confiar en conseguir un resultado positivo de la terapia. Los estudios indican que la alianza terapéutica en la terapia de pareja explica un 29 % de la varianza en el seguimiento del tratamiento (JOHNSON y TALITMAN, 1997). Dentro de la alianza, la falta de una postura crítica y la actitud de aceptación hacia la pareja explicaban el 76 % de la puntuación total de la alianza (REIF, 1997). Una serie de artículos publicados en un número reciente de *Family Press* (KNOBLOCH-FEDDERS y cols., 2004; SYMONDS y HORVARTH, 2004; GARFIELD, 2004) confirman la importancia de la alianza terapéutica en la terapia de pareja conjunta y además aportan más pruebas de la diversidad y la complejidad de los factores que influyen en la alianza terapéutica. Sin embargo, podemos decir con cierta seguridad que la capacidad del terapeuta de establecer una relación positiva con cada miembro de la pareja, y de tener una visión esperanzada y sin juicios de valor de la relación, es el factor más importante, cualesquiera que sean los tipos de intervención que se utilicen.

Tanto la TMOI como la TPCE aplicadas al trabajo con parejas tienen un mérito considerable, por su objetivo de abordar los problemas de la relación y de generar la satisfacción por una relación mejor. Especialmente destacables son las conclusiones positivas de los estudios de seguimiento a corto y largo plazo, que indican que las mejoras que consiguen las parejas con esos planteamientos terapéuticos en general se mantienen. Lo alentador de estas conclusiones es también que la TPCE y la TMOI comparten una orientación común al análisis del conflicto de la pareja y de la relevancia más profunda de la expresión emocional entre los miembros que la componen, unas características de la relación problemática a las que suelen apuntar los profesionales de la psicodinámica.

Las consideraciones éticas en la terapia de pareja

A menudo, a los terapeutas les cuesta trabajar con parejas por lo que ellos consideran la posibilidad de que se “arme un lío” de dilemas éticos. Cuando se dirige una sesión conjunta con una pareja en conflicto hay bastantes probabilidades de que al terapeuta se le plantee una situación sin salida, donde haga lo que haga va a decepcionar o enfadar a una de las dos personas y en algunos casos a las dos, si hacen causa común contra el enemigo que así entienden que es el terapeuta de una y otra. Las orientaciones éticas que se deben seguir en cualquier modo de psicoterapia son aplicables a la terapia de pareja, pero hay una serie de cuestiones que la propia naturaleza de la situación de terapia conjunta plantea y que se deben tener en cuenta de modo especial. Todos estos temas, de un modo u otro, están relacionados con la tarea de mantener unos límites claros en la terapia. Aunque son temas de los que ya hemos hablado en capítulos anteriores, al analizar las formas de estructurar el proceso de terapia conjunta en las situaciones concretas de exposición de problemas (Capítulo VIII), o como cuestiones técnicas (Capítulo VI), vamos a considerarlos de nuevo brevemente desde un punto de vista ético.

Reconocer que la relación pertenece a la pareja

En la Introducción a este libro, se señalaba que la relación de pareja es un fenómeno social y también psicológico, y en las sociedades occidentales actuales hay una gran diversidad de formas tanto de las relaciones de pareja como de las familiares. Los valores personales y sociales ejercen inevitablemente un importante influjo en las decisiones que toma una determinada pareja sobre la forma de vivir su relación. Los propios terapeutas de pareja no pueden evitar creer en unos valores sobre las relaciones. En efecto, es probable que, como grupo, los terapeutas de pareja tengan un conjunto de valores —configurados por su formación y su experiencia profesionales— que a veces serán significativamente distintos de al menos algunos de sus clientes. El terapeuta de pareja debe ser consciente de su propia tradición y sus supuestos culturales y haber reflexionado sobre cómo una y otros van a afectar a las respuestas que dé a las parejas con las que trabaje, del mismo modo que debe ser consciente de su propio “estilo e historia emocionales” personales (GOULD, 2007).

Un reto particular para el terapeuta de pareja es ayudar a la pareja a reflexionar sobre su relación y cuestionar algunos de los supuestos en que se basa, pero hacerlo sin cruzar la línea —a veces, casi imperceptible— de influir deliberadamente en la pareja para que opte por una posibilidad o tome una decisión determinadas sobre su relación. Un ejemplo común de dónde el terapeuta puede cruzar esa línea sin darse cuenta es en la decisión de la pareja sobre si seguir juntos y trabajar con su relación, o separarse. El sistema de valores de un determinado terapeuta, nacido de su propia historia emocional y cultural, puede conducirlo, conscientemente o no, a una postura que ponga especial énfasis en la satisfacción individual y con ello empujar sutil o abiertamente a la pareja que lleva mucho tiempo con problemas de relación a que se separe. O el terapeuta puede otorgar

personalmente un gran valor al matrimonio, y disuadir a la pareja de considerar en serio la posibilidad de la separación. Otras situaciones que pueden crearle un dilema al terapeuta de pareja sobre cómo puede influir en las decisiones de la pareja sobre qué hacer con su relación, surgen cuando en la relación se ha vivido un desengaño o una infidelidad, el maltrato emocional o problemas sobre los roles de género.

En este tipo de situaciones, es conveniente que el profesional recuerde que como terapeuta *de pareja* su función primordial es capacitar a los miembros de ésta para que reflexionen sobre la experiencia de su relación, determinen algo de lo que pueda esconderse detrás de sus dificultades y examinen las posibilidades de cambio. Para cumplir esta función, el terapeuta de pareja a veces deberá plantear a ésta opciones que no estén considerando, pero lo tendrá que hacer de forma que no los libere de su responsabilidad. En última instancia, son ellos quienes deben decidir si cambiar, o los cambios concretos que realmente se propongan: literalmente, se trata de *su* relación, no de la del terapeuta y hay que respetar este límite. La única excepción a este principio se da cuando el terapeuta debe velar por la seguridad de uno de los miembros de la pareja o de sus hijos, por ejemplo, en casos de violencia doméstica, como veíamos en el Capítulo VIII.

La sensibilidad ante la situación triangular y el contacto con cada uno de los miembros de la pareja

Otro aspecto del mantenimiento de unos límites claros y apropiados en la terapia de pareja se refiere al contacto del terapeuta y uno de los miembros de ésta. Nos hemos referido a este dilema varias veces, por ejemplo, al hablar de cómo estructurar la fase de evaluación de la terapia (Capítulo V), y de la gestión de cuestiones complejas que se plantean sobre la sinceridad y el secreto cuando ha habido una aventura amorosa (Capítulo VIII). A menudo, el terapeuta de pareja se sentirá tentado a dedicar más tiempo a una de las personas, que parece estar más angustiada o, de un modo u otro, sin saber qué camino tomar. El contacto individual con un miembro de la pareja puede ser útil, pero siempre se debe producir a sabiendas de las muchas formas en que puede experimentarlo el otro miembro. Incluso cuando una persona parece aceptar la propuesta de una sesión individual con su compañero, es muy fácil que, en ese mismo momento o más adelante, se piense que con tal propuesta el terapeuta toma partido y favorece o privilegia a uno de los miembros de la pareja en detrimento del otro. Otros aspectos de la situación triangular implícita en la terapia de pareja conjunta pueden aumentar la probabilidad de unas consecuencias no deseadas para el contacto individual, por ejemplo, las diversas combinaciones de sexos. Si el terapeuta se reúne individualmente con un miembro de la pareja del sexo opuesto, ¿qué se podrá llegar a pensar de la competitividad? O si se reúne con la persona de su mismo sexo, ¿no se pensará en connivencias? Cuando se siente que se traspasan los límites de esta forma —aunque no se produzca más que en la mente del cliente, sin implicar ninguna conducta inadecuada

real por parte del terapeuta—, se pierde fácilmente la confianza, que luego es muy difícil de recuperar.

Los dilemas sobre el contacto con uno de los miembros de la pareja se pueden plantear de muy diversas formas en la terapia de pareja: una llamada telefónica de una de las personas después de una sesión, que desea aclarar algo de lo que se dijo; una llamada para pedir una sesión individual; una carta con la etiqueta de “confidencial”; o la asistencia de uno solo de los miembros a una sesión conjunta: una situación especialmente difícil de manejar con tacto. En estas situaciones, las normas u orientaciones son de muy poca ayuda, pero al menos pueden alertar del peligro al terapeuta. Se requiere una respuesta flexible, basada en la conciencia del terapeuta de la dinámica de la relación de la pareja y de la dinámica del sistema terapéutico (SHAFER, 2006). Este tipo de dilemas, tanto si surgen de una solicitud de contacto individual como si lo hacen del deseo del terapeuta de dedicar más tiempo a uno de los miembros de la pareja, se deben considerar siempre desde la perspectiva de la transferencia y la contratransferencia que puedan estar actuando. Probablemente lo más sensato en estas situaciones es que el terapeuta peque de precavido y que no tenga miedo de decir que necesita cierto tiempo para pensar, y explicar por qué se muestra tan cauto. En la base de la reflexión del terapeuta de pareja que se enfrenta a estos dilemas debe estar el principio de que el paciente o cliente es la pareja, no uno de sus miembros.

Respeto a la intimidad de la relación de la pareja

El terapeuta de pareja tendrá que preguntar a ésta sobre aspectos de su relación emocionalmente íntimos y que por lo general se consideran privados. Lo habitual será que con ello deba inquirir sobre su relación sexual y quizá hablar de ella con cierto detalle. La situación conjunta también requiere que cada miembro de la pareja hable de su relación en presencia del otro, una circunstancia que puede ser de extrema sensibilidad. El papel del terapeuta de pareja, por consiguiente, es muy privilegiado. MINUCHIN (1974) insistía en unirse al sistema de relación de la pareja con una actitud de “mimetismo”, y adoptar siempre que fuera posible el estilo de comunicación y el grado afectivo de la pareja o la familia en cuestión, e identificar y destacar la experiencia humana compartida. Sin embargo, hay que hacerlo de forma que se muestre respeto por la pareja y por su relación, sin minimizar ni trivializar su experiencia. Ante el tono vergonzoso con que algunas parejas hablan de detalles emocional o sexualmente íntimos de su relación, a veces el terapeuta siente la tentación de aliviar esa incomodidad con una actitud displicente o de indiferencia, o quizá mediante el humor pero, con ello, mostrará inconscientemente una falta de respeto hacia una o ambas personas.

El peligro de mostrarse inadvertidamente así de irrespetuoso se agudiza cuando existe un vacío entre el terapeuta y la pareja, por ejemplo una diferencia de edad, de etnicidad o de cultura, de orientación sexual o de creencias religiosas. Para salvaguardarse de tal peligro conviene mantener una actitud de “respetuosa curiosidad”, de no saber pero

querer saber, especialmente cuando en la sesión exista una sensación de dificultad o tensión.

La supervisión y la terapia personal para el terapeuta de pareja

Es probable que la mayoría de los terapeutas de pareja hayan vivido la experiencia de “perdersé” en una sesión, de darse cuenta de que su reacción emocional ante el cliente o ante lo que éste le exponga se ha hecho tan fuerte que, sin pretenderlo, está influyendo en cómo responde a la pareja o a uno de sus miembros. Las experiencias habituales del terapeuta en este tipo de situaciones son de enfado, impotencia o quizá de ansiedad y deseo de “mantener seguras las cosas”. Estas situaciones reflejan una fuerte reacción de contratransferencia al cliente, una contratransferencia que, en lugar de estar contenida y ser objeto de reflexión, ha evolucionado (o está a punto de hacerlo) hacia su implementación por parte del terapeuta. La idea de BOWEN (KERR y BOWEN, 1988) de la diferenciación del yo, de la que hablábamos en el Capítulo III, ofrece otra forma de contemplar este tipo de situación, de modo que se puede entender que el terapeuta ha alcanzado el límite de su propia capacidad de diferenciación, su capacidad de pensar sobre su experiencia emocional y decidir cómo va a reaccionar. En consecuencia, se ve atraído hacia el sistema emocional de la pareja y, en lugar de responder, empieza a reaccionar emocionalmente.

La terapia de pareja, debido a la complejidad del material —el entretejido de cuestiones individuales y sistémicas— y a la intensidad emocional que se suele generar cuando una relación de pareja está amenazada, supone un reto especial para el terapeuta, en lo que se refiere a su capacidad de permanecer diferenciado, de ser capaz de pensar y responder en lugar de reaccionar. El propio BOWEN (1978) llegó a la conclusión de que el grado de diferenciación del yo del terapeuta es un elemento crucial en la determinación de la eficacia de la terapia y en consecuencia organizó su enfoque de la formación sobre la terapia de familia en torno a facilitar la diferenciación a los alumnos. Esto suponía un proceso experiencial por el que los alumnos realizaban un estudio exhaustivo de su propia familia de origen y luego iniciaban un proceso de “ir a casa” (MCGOLDRICK, 1995), a su familia de origen y participar en un proceso de des-triangulación. Al exigir esto a los alumnos, BOWEN les estaba pidiendo que emprendieran el mismo viaje de diferenciación del yo que él mismo había realizado y descrito (BOWEN, 1978).

No abogamos porque los terapeutas de pareja deban seguir un proceso de trabajo sobre su familia de origen basado en los principios de BOWEN. Pero sí creemos que éste hizo una observación fundamental sobre la importancia de la persona del terapeuta en la terapia de pareja y sobre el uso del yo por parte del terapeuta. Y es que, en la terapia de pareja, puede ser de extraordinaria utilidad que el terapeuta haya seguido su propia psicoterapia, tal vez más que en algunos otros tipos de terapia. El objetivo del trabajo personal del terapeuta de pareja, cualquiera que sea la forma que adopte, será primordialmente conseguir comprender mejor sus propios “planes para la pareja”.

¿Cuáles son las formas en que el terapeuta, sin que al principio sea consciente, puede llegar a una connivencia con uno de los miembros de la pareja y en contra del otro? ¿Cuáles son los tipos de experiencias de las parejas que coinciden con la propia experiencia del terapeuta, de niño en su familia de origen o de mayor, que le dificultan mantenerse en una postura empática con el cliente? ¿Cuáles son los sentimientos que al terapeuta le es difícil aceptar y analizar: tristeza, enfado, desesperación, excitación sexual, odio, una sensación de abandono? ¿Cómo reacciona el terapeuta ante situaciones que los clientes exponen y que tienen el potencial de crear dilemas sobre los valores, tales como la separación (o decidir no separarse, a pesar de las problemas de relación crónicos), las aventuras amorosas, la interrupción del embarazo (o la decisión de no interrumpirlo) o el control de la conducta por parte de un miembro de la pareja sobre el otro?

La terapia personal es una opción que el terapeuta de pareja debería considerar, en cambio la supervisión regular no es una opción sino, en nuestra opinión, una necesidad. Por un lado, la supervisión se puede entender como una parte del proceso de tratamiento; un medio con el que el terapeuta de pareja se puede “anclar” y mantenerse seguro ante las experiencias de fuerte contenido emocional de sus clientes. La contención y la supervisión permiten, a su vez, que el terapeuta contenga a la pareja. Por otro lado, la supervisión también es una parte esencial de la forma en que el terapeuta de pareja puede cuidar de su propio bienestar y asegurarse de que es capaz de respetar unos límites adecuados entre él y la pareja, preferiblemente mediante la grabación en audio o vídeo de las sesiones o, si se puede, con la selección de algunos casos o sesiones para transcribirlas con la mayor fidelidad posible. Del proceso de revisar la grabación o la transcripción de una sesión y dejarse tiempo para reflexionar sobre lo que estaba ocurriendo tanto en la dinámica de la relación de la pareja como en el sistema terapéutico, se puede aprender mucho, cualquiera que sea el grado de experiencia del terapeuta. Para algunos terapeutas de pareja que no pueden acceder a una supervisión adecuada, un proceso de autosupervisión de ese tipo cobra especial importancia.

Conclusión

La terapia de pareja ha surgido de sus orígenes de terapia individual y luego familiar, para convertirse en una modalidad de tratamiento por derecho propio. Un manual reciente sobre terapia de pareja expone doce modelos distintos, entre ellos los de las escuelas conductista, cognitivo-conductual, psicoanalítica, estratégica, integradora y postmoderna (GURMAN y JACOBSON, 2002). Aunque todos estos modelos tienen importantes aportaciones que hacer al tratamiento de las parejas con problemas, en este libro nos hemos centrado en una integración de aquellos modelos que se basan en las tradiciones psicodinámica y sistémica. Hemos subrayado el *yo en la relación de pareja*, centrándonos en cómo los dos yoes individuales de los miembros de la pareja, cada uno con su propia e idiosincrásica historia evolutiva, interactúan para formar un sistema de pareja exclusivo. Hemos defendido que el terapeuta de pareja eficiente debe ser capaz de

comprender e intervenir en la dinámica intrapsíquica de cada persona, la dinámica del sistema que la pareja ha creado y la relación interpersonal entre los dos miembros de la pareja. Es una tarea exigente. En consecuencia, el terapeuta de pareja ha de ser consciente de las pruebas de la eficacia del trabajo que emprenda, estar alerta y atento a los dilemas que se le puedan plantear y comprometerse a dedicar tiempo y recursos a su propio desarrollo y apoyo mediante la supervisión y su propia terapia personal.

Bibliografía

- ANNON, J. (1974), *The behavioural treatment of sexual problems*, Honolulu, HI. Enabling Systems.
- ARON, L. (1996), *A meeting of minds*, Hillsdale, NJ. Analytic Press.
- ATWOOD, G. y STOLOROW, R. (1984), *Structures of subjectivity*, Hillsdale, NJ. Analytic Press.
- BACAL, H. (1988), Notes on optimal responsiveness in the group process. En I. HARWOOD (Ed.), *Self experiences in group: Intersubjective and self-psychological pathways to human un-derstanding*, (págs. 175-180), Londres y Filadelfia. Jessica Kingsley y Taylor & Francis.
- BADER, P. y PEARSON, E. (1988), *In quest of the mythical mate: A developmental approach to diagnosis and treatment in couples therapy*, Nueva York. Brunner/Mazel.
- BALFOUR, A. (2005), The couple, their marriage and Oedipus: Or, problems come in twos and threes. En F. GRIER (Ed.), *Oedipus and the couple* (págs. 49-71), Londres y Nueva York. Karnac Books.
- BALINT, E. (1993), Unconscious communications between husband and wife. En S. RUSZCZYNSKI (Ed.), *Psychotherapy with couples. Theory and practice at the Tavistock Institute of Marital Studies* (págs. 30-43), Londres. Karnac Books.
- BALL, F., COWAN, P. y COWAN, C. (1995), "Who's got the power? Gender differences in partners' perceptions of influence during marital problem-solving discussions", *Family Process*, 34, págs. 303-321.
- BAMBLING (2007), "The effectiveness of relationship therapy". En E. SHAW y J. CRAWLEY (Eds.), *Couples Therapy in Australia: Issues emerging from practice*, Melbourne. PsychOz Publications.
- y KING, R. (2001), "Therapeutic alliance and clinical practice", *Psychotherapy in Australia*, 81, págs. 38-47.
- BARTHOLOMEW, K., HENDERSON, A. y DUTTON, D. (2001), "Insecure attachment and partner abuse". En C. CLULOW (Ed.), *Adult attachment and couple psychotherapy* (págs. 43-61), East Sussex. Bruner-Routledge.
- BAUCOM, D. H., SHOHAM, V., MUESER, K. T., DAIUTO, A. D. y STICKLE, T. R. (1988), "Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, págs. 53-58.
- BEEBE, B. y LACHMAN, F. (1992), "The contribution of mother-infant mutual influence to the origin of self and object representations". En N. SKOLNICK y S. WARSHAW (Eds.), *Relational perspectives in psychoanalysis*, Hillsdale, NJ. Analytic Press.
- BERTALANFFY, L. VON (1969), *General systems theory: Foundations, development, applications*, Nueva York. Braziller. (Trad. cast.: *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones*, Madrid. Fondo de Cultura Económica de España, 1976, 2.a ed.)
- BION, W. (1967), *Second thoughts: Selected papers on psychoanalysis*, Londres. Heinemann.
- (1970), *Attention and interpretation*, Londres. Tavistock.
- BORDIN, E. S. (1979), "The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance", *Psychotherapy: Theory, research, and practice*, 16, págs. 252-260.
- BOWEN, M. (1978), *Family therapy in clinical practice*, Nueva York. Jason Aronson. (Trad. cast.: *La terapia familiar en la práctica clínica*, Bilbao. Editorial Desclee de Brouwer, 1989.)
- BOWLBY, J. (1958), "The nature of the child's tie to his mother", *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, págs. 350-373.
- (1973), *Attachment and loss: Vol. 2: Separation, anxiety and anger*, Nueva York. Basic Books. (Trad. cast.:

- La separación afectiva*, Barcelona. Paidós, 2009, 4.a ed.)
- (1988), *A secure base: Clinical applications of attachment theory*, Londres. Tavistock/Routledge. (Trad. cast.: *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*, Barcelona. Paidós, 2009, 4.a ed.)
- (2006), *Los vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*, Madrid. Ediciones Morata.
- BRAY, J. H. (1995), “Systems-oriented therapy with stepfamilies”. En R. H. MIKESSELL, D. LUSTERMAN y S. MCDANIEL (Eds.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and family systems* (págs. 125-140), Washington. American Psychological Association.
- BRITTON, R. (1989), “The missing link: Paternal sexuality in Oedipus complex”. En J. STEINER (Ed.), *The Oedipus complex today: Clinical implications*, Londres. Karnac Books.
- BRODERICK, C. (1983), *The therapeutic triangle: A sourcebook on marital therapy*, Thousand Oaks, CA. Sage.
- BROWN, E. (2001), *Patterns of infidelity and their treatment* (2.a ed.), Nueva York. Brunner-Mazel.
- (2007a), “Challenging the stereotypes of gay male and lesbian couples: A research perspective”. En E. SHAW y J. CRAWLEY (Eds.), *Couples therapy in Australia: Issues emerging from practice*, Melbourne. PsychOz Publications.
- (2007b), “Therapy with same sex couples: Guidelines for embracing the subjugated discourse”. En E. SHAW y J. CRAWLEY (Eds.), *Couples therapy in Australia: Issues emerging from practice*, Melbourne. PsychOz Publications.
- BUIRSKI, P. y HAGLUND, P. (2001), *Making sense together: The intersubjective approach to psychotherapy*, Northvale, NJ. Jason Aronson.
- CARTER, B. y MCGOLDRICK, M. (Eds.) (2005), *The expanded family life cycle: An individual, family and social perspective* (3.a ed.), Boston. Allyn & Bacon.
- CATHERALL, D. R. (1992), “Working with projective identification in couples”, *Family Process*, 31, págs. 355-367.
- CECCHIN, G. (1987), “Hypothesising, circularity and neutrality revisited: An invitation to curiosity”, *Family Process*, 26, págs. 405-413.
- CLEAVELY, E. (1993), *Psychotherapy with couples. Theory and practice at the Tavistock Institute of Marital Studies* (págs. 55-69), Londres. Karnac Books.
- CLULOW, C. y MATTINSON, J. (1989), *Marriage inside out: Understanding problems of intimacy*, Londres. Penguin.
- COLMAN, W. (1993), “Marriage as psychological container”. En S. RUSZCZYNSKI (Ed.), *Psychotherapy with couples. Theory and practice at the Tavistock Institute of Marital Studies* (págs. 70-96), Londres. Karnac Books.
- CORNWELL, M. (2007), “Affairs”. En E. SHAW y J. CRAWLEY (Eds.), *Couples therapy in Australia: Issues emerging from practice*, Melbourne. PsychOz Publications.
- CRAWLEY, J. (2007), “The instrument behind the lens: Holding and containment in conjoint therapy”. En E. SHAW y J. CRAWLEY (eds.), *Couples therapy in Australia: Issues emerging from practice*, Melbourne. PsychOz Publications.
- y GRANT, J. (2001), “The self in the couple relationship”. Part 2, *Psychodynamic Counselling*, 7, págs. 461-474.
- y GRANT, J. (2005), “Emotionally focused therapy for couples and attachment theory”, *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 26 (2), págs. 82-89.
- CROSBY, J. F. (1989), *When one wants out and the other doesn't: Doing therapy with polarized couples*, Nueva York. Brunner-Mazel.
- DAINES, B. y PERRETT, A. (2000), *Psychodynamic approaches to sexual problems*, Buckingham. Open University Press.
- DALLOS, R. y DRAPER, R. (2005), *An introduction to family therapy: Systemic theory and practice* (2.a ed.), Buckingham. Open University Press.
- DELL, P. F. (1982), “Beyond homeostasis: Towards a concept of coherence”, *Family Process*, 21, págs. 21-41.
- DICKS, H. (1967), *Marital tensions: Clinical studies towards a psychological theory of interaction*, Londres.

- Routledge & Kegan Paul.
- DIMIDJIAN, S., MARTELL, C. R. y CHRISTENSEN, A. (2002), "Integrative behavioural couple therapy". En A. S. GURMAN y N. S. JACOBSON (eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3.a ed.) (págs. 251-277), Nueva York y Londres. Guilford Press.
- DONOVAN, J. M. (2003), *Short-term object relations couples therapy*, Nueva York y Hove. Brunner-Routledge.
- DUCK, S. (1988), *Relating to others*, Pacific Grove, CA. Brooks/Cole.
- y DINDIA, K. (2000), *Communication and personal relationships*, Chichester. Wiley.
- DUNN, R. y SCHWEBEL, A. (1995), "Meta-analytic review of marital therapy outcome research", *Journal of Family Psychology*, 9, págs. 58-68.
- DUTTON, D. G. y GOLANT, S. K. (1995), *The batterer: A psychological profile*, Nueva York. Basic Books. (Trad. cast.: *El golpeador: un perfil psicológico*, Buenos Aires. Paidós, 1997.)
- (1998), *The abusive personality: Violence and control in intimate relationships*, Nueva York. Guilford Press.
- ELLIOT, R., GREENBERG, L. S. y LIETAER, G. (2004), "Research on experiential psychotherapies". En M. J. LAMBERT (Ed.), *Bergin and GARFIELD's handbook of psychotherapy and behavior change* (5.a ed.) (págs. 493-539), EE UU. John Wiley & Sons, Inc.
- ERDMAN, P. y CAFFERY, T. (2003), *Attachment and family systems: Conceptual, empirical, and treatment relatedness*, Nueva York. Brunner-Routledge.
- FAIRBAIRN, W. R. (1952), *Psychoanalytic studies of the personality*, Londres. Routledge & Kegan Paul. (Trad. cast.: *Estudio psicoanalítico de la personalidad*, Buenos Aires. Hormé, 1962.)
- FAIRBAIRN, W. R. D. (1963), "Synopsis of an object-relations theory of the personality", *International Journal of Psychoanalysis*, 44, págs. 224-225.
- FERGUSON, D. M., HORWOOD, J. L. y RIDDER, E. M. (2005), "Partner violence and mental health outcomes in a New Zealand birth cohort", *Journal of Marriage and Family*, 67 (5), págs. 103-119.
- FERRARA, K. W. (1994), *Therapeutic ways with words*, Oxford. The University Press.
- FISHER, J. V. (1999), *The uninvited guest. Emerging from narcissism towards marriage*, Londres. Karnac Books.
- FOGART, T. (1979), The distancer and the pursuer, *The Family*, 7(1), págs. 11-16.
- FONAGY, P. (2001), *Attachment theory and psychonalysis*, Nueva York, Other Press. (Trad. cast.: *Teoría del apego y psicoanálisis*, Barcelona. Espaxs, 2004.)
- FOSHA, D. (2000), *The transforming power of affect. A model for accelerated change*, Nueva York. Basic Books.
- FOWLES, J. (1977), *Daniel Martin*, Londres. Cape.
- FRAMO, J. L. (1976), "Family of origin as a therapeutic resource for adults in marital and family therapy: You can and should go home again", *Family Process*, 15, págs. 193-210.
- FRAMO, J. L. (1992), *Family-of-Origin Therapy: An intergenerational approach*, Nueva York. Brunner-Mazel. (Trad. cast.: *Familia de origen y psicoterapia: Un enfoque intergeneracional*, Barcelona. Paidós, 1996.)
- FREUD, S. (1905), "Three essays on the theory of sexuality", *Standard Edition*, 7, págs. 123-243, Londres. Hogarth Press. (Trad. cast.: *Tres ensayos sobre teoría sexual y otros escritos*, Madrid. Alianza, 2008, 8.a ed.)
- (1909), "Analysis of a phobia in a five-year-old boy (Little Hans)", *Standard Edition*, 10, págs. 1-147, Londres. Hogarth Press. (Trad. cast.: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", en *Obras completas de Sigmund Freud*, Tomo X, Buenos Aires. Amorrortu, 1992, 3.a ed, págs. 1-118.)
- GARFIELD, R. (2004), "The therapeutic alliance in couples therapy: Clinical considerations", *Family Process*, 43, págs. 457-465.
- GENDLIN, E. T. (1981), *Focusing* (2.a ed.), Nueva York. Bantam Books. (Trad. cast.: *Focusing. Proceso y técnica del enfoque corporal*, Bilbao. Mensajero, 2002, 6.a ed.)
- GERGEN, K. J. (1994), *Realities and relationships: Soundings in social construction*, Cambridge. Harvard University Press. (Trad. cast.: *Realidades y relaciones: aproximación a la construcción social*, Barcelona. Paidós, 1996.)
- GERSON, R. (1995), "The family life cycle: phases, stages, and cries". En R. H. MIKESELL, D. LUSTERMAN y S. MCDANIEL (Eds.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and family systems*,

- Washington. American Psychological Association.
- GOLDNER, V., PENN, P., SHEINBERG, M. y WALKER, G. (1990), "Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments", *Family Process*, 29, págs. 343-364.
- GOLDSTEIN, E. (1997), "Countertransference reactions to borderline couples". En M. SOLOMON y J. SIEGEL (Eds.), *Countertransference in couples therapy* (págs. 72-86), Nueva York. W. W. Norton.
- GORRELL-BARNES, G. (2004), *Family therapy in changing times* (2.a ed.), Basingstoke. Palgrave.
- GOTTMAN, J. M. (1994a), *What predicts divorce?* Hillsdale, NJ. Erlbaum.
- (1994b), *Why marriages succeed or fail?* Nueva York. Simon and Schuster.
- (1999), *The marriage clinic*, Nueva York. W. W. Norton.
- , KATZ, L. y HOOVEN, C. (1996), *Meta-emotion*, Hillsdale, NJ. Erlbaum.
- , DRIVER, J. y TABARES, A. (2002), "Building the sound marital house: An empirically derived couple therapy". En A. GURMAN y N. JACOBSON (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3.a ed.), Nueva York. Guilford Press.
- (2004), *The marriage clinic casebook*, Nueva York. W. W. Norton.
- GOULD, D. (2007), "Culture and countertransference", *Psychotherapy in Australia*, 13, págs. 67.
- GRANT, J. (2000), "Women managers and the gendered construction of personal relationships", *Journal of Family Issues*, 21, págs. 963-985.
- y CRAWLEY, J. (2001), "The self in the couple relationship". Part 1, *Psychodynamic Counselling*, 7, págs. 445-459.
- y CRAWLEY, J. (2002), *Transference and projection: Mirrors to the self*, Londres. Open University Press.
- y PORTER, P. (1994), "Women managers: The construction of gender in the workplace", *Australian and New Zealand Journal of Sociology*, 30, págs. 149-164.
- GREENBERG, L. y JOHNSON, S. M. (1988), *Emotionally focused therapy for couples*, Nueva York. Guilford Press.
- GRIER, F. (ed.) (2005), "Introduction", *Oedipus and the couple* (págs. 1-8), Nueva York y Londres. Karnac Books.
- GUERIN, P. J., FOGARTY, T. F., FAY, L. F. y KAUTTO, J. G. (1996), *Working with relationship triangles: The one-two-three psychotherapy*, Nueva York. Guilford Press. (Trad. cast.: *Triángulos relacionales. El a-b-c de la psicoterapia*, Buenos Aires. Amorrortu, 2000.)
- GURMAN, A. S. y JACOBSON, N. S. (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3.a ed.), Nueva York y Londres. Guilford Press.
- HALEY, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy*, Nueva York. Grune and Stratton. (Trad. cast.: *Estrategias en psicoterapia*, Barcelona. Toray, 1987.)
- HAMMERSLEY, M. y ATKINSON, P. (1983), *Ethnography: Principles and practice*, Londres. Tavistock Publications. (Trad. cast.: *Etnografía: métodos de investigación*, Barcelona. Paidós, 2009, 9.a ed.)
- HARDY, K. V. y LASZLOFFY, T. A. (2002), "Couple therapy using a multicultural perspective". En A. S. GURMAN y N. S. JACOBSON (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3.a ed.), págs. 569-593, Nueva York y Londres. Guilford Press.
- HARTMAN, A. y LAIRD J. (1983), *Family-centered social work practice*, Nueva York. The Free Press.
- HEDGES, F. (2005), *An introduction to systemic therapy with individuals*, Basingstoke. Palgrave.
- HEIMANN, P. (1950), "On counter-transference", *International Journal of Psychoanalysis*, 31, págs. 81-84.
- HETHERINGTON, E. M. y KELLY, J. (2002), *For better or for worse: Divorce reconsidered*, Nueva York. W.W. Norton. (Trad. cast.: *En lo bueno y en lo malo: la experiencia del divorcio. Cómo influye realmente la separación en la vida de padres e hijos*, Barcelona. Paidós, 2005.)
- HIEBERT, W. J., GILLESPIE, J. P. y STAHMANN, R. F. (1993), *Dynamic assessment in couple therapy*, Nueva York. Lexington Books.
- HOFFMAN, L. (1981), *The foundations of family therapy*, Nueva York. Basic Books. (Trad. cast.: *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*, México. Fondo de Cultura Económica, 1992, 2.a ed.)

- HOLMES, J. (2001), *The search for the secure base. Attachment theory and psychotherapy*, East Sussex. Bruner-Routledge. (Trad. cast.: *Teoría del apego y psicoterapia: en busca de la base segura*, Bilbao. Desclée de Brouwer, 2009.)
- HOLTZWORTH-MUNROE, A. (2005), "Male versus female intimate partner violence: Putting controversial findings into context", *Journal of Marriage and Family*, 67, págs. 1120-1125.
- y MEEHAN, J. C. (2004), "Typologies of men who are maritally violent: Scientific and clinical implications", *Journal of Interpersonal Violence*, 18, págs. 1369-1389.
- y STUART, G. (1994), "Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them", *Psychological Bulletin*, 116, págs. 476-497.
- , STUART, G. L. y HUTCHINSON, G. (1997), "Violent versus non-violent husbands: Differences in attachment patterns, dependency and jealousy", *Journal of Family Psychology*, 11, págs. 314-331.
- , CLEMENTS, K. y FARRIS, C. (2005), "Working with couples who have experienced physical aggression". En M. HARWAY (Ed.), *Handbook of couples therapy* (págs. 289-312), Hoboken, NJ. Wiley.
- HORVATH, A. O. y SYMONDS, B. D. (1981), "Relation between working Alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis", *The Journal of Counseling Psychology*, 38, págs. 139-149.
- HUBBLE, M. A., DUNCAN, B. L. y MILLER, S. D. (Eds.) (1999), *The heart and soul of change: What works in therapy?* Washington, DC. American Psychological Association.
- JACOBSON, E. (1964), *The self and the object world*, Nueva York. International University Press.
- JACOBSON, N. S. y ADDIS, M. E. (1993), "Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going?", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, págs. 85-93.
- y CHRISTIANSEN, A. (1996), *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*, Nueva York. W. W. Norton.
- JENKINS, A. (1990), *Invitations to responsibility: The therapeutic engagement of men who are violent and abusive*, Adelaida. Dulwich Publications.
- (2007), *Becoming respectful: Approaches to relationship counseling in situations of domestic violence and abuse*. En E. SHAW y J. CRAWLEY (Eds.), *Couples therapy in Australia: Issues emerging from practice*, Melbourne. PsychOz Publications.
- JOHNSON, M. P. (1995), "Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women in U.S. families", *Journal of Marriage and the Family*, 57, págs. 283-294.
- (2005), "Apples and oranges in child custody disputes: Intimate terrorism vs. situational couple violence", *Journal of Child Custody*, 2(4), págs. 43-52.
- y FERRARO, K. J. (2000), "Research on domestic violence in the 1990s: The discovery of difference", *Journal of Marriage and the Family*, 62, págs. 948-963.
- JOHNSON, S. M. (1996), *The practice of emotionally focused marital therapy: creating connection*, Nueva York. Brunner/Mazel.
- (2002), *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*, Nueva York. Guilford Press.
- JOHNSON, S. M. (2003), "The revolution in couples therapy: A practitioner-scientist perspective", *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, págs. 365-385.
- (2004), *The practice of emotionally focused therapy* (2.a ed.), Nueva York. Bruner-Routledge.
- y TALITMAN, E. (1997), "Predictors of success in emotionally focused marital therapy", *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, págs. 135-152.
- y WHIFFEN, V. E. (2003), *Attachment processes in couple and family therapy*, Nueva York. Guilford Press.
- HUNSLEY, J., GREENBERG, L. y SCHINDLER, D. (1999), "Emotionally focused couples therapy: Status and challenges", *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), págs. 67-69.
- JUNI, S. (1997), "Conceptualizing defense mechanism from drive theory and object relations perspectives", *American Journal of Psychoanalysis*, 57, págs. 149-166.
- KAHN, M. (1989), "Through a glass brightly: treating sexual intimacy as the restoration of the whole person". En O. KANTOR y B. OKUN (Eds.), *Intimate environments: Sex, intimacy and gender families*, Nueva York.

- Guildford Press.
- (2002), *Basic Freud; psychoanalytic thought for the twenty first century*, Nueva York. Basic Books.
- KARPEL, M. A. (1994), *Evaluating couples: A handbook for practitioners*, Nueva York. W. W. Norton.
- KAUFMAN, G. (1989), *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*, Londres. Routledge. (Trad. cast.: *Psicología de la vergüenza: teoría y tratamiento de sus síndromes*, Barcelona. Herder, 1994.)
- KENDALL, P. C., HOLMBECK, G. y VERDUIN, T. (2004), “Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research”. En M. J. LAMBERT (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5.a ed.) (págs. 16-43), EE UU. John Wiley & Sons, Inc.
- KERNBERG, O. (1987), “Projection and projective identification: Developmental and clinical aspects”. En J. SANDLER (Ed.), *Projection, identification, projective identification* (págs. 93-115), Madison. CT, International University Press. (Trad. cast.: *Proyección, identificación, identificación proyectiva*, Madrid. Tecnipublicaciones España, 1989.)
- KERNBERG, O. (1995), *Love Relations: Normality and pathology*, New Haven. Yale University Press. (Trad. cast.: *Relaciones amorosas. Normalidad y patología*, Buenos Aires. Paidós, 1998.)
- KERR, M. E. y BOWEN, K. (1988), *Family evaluation*, Nueva York. W. W. Norton.
- KILIAN, H. (1993), On psychohistory, cultural evolution and the historical significance of self psychology – an introduction. Presentado en la *16th Annual Conference on the Psychology of the Self*, Toronto, octubre. Citado en LIVINGSTONE, M. S. (2001), *Vulnerable moments. Deepening the therapeutic process*, Northvale, NJ. Jason Aronson.
- KLEVER, P. (1998), “Marital fusion and differentiation”. En P. TITELMAN (Ed.), *Clinical applications of BOWEN family systems therapy* (págs. 119-145), Nueva York. Haworth Press.
- KNOBLOCH-FEDDERS, L. M., PINSOF, W. M. y MANN, B. J. (2004), “The formation of the therapeutic alliance in couple therapy”, *Family Process*, 43, págs. 425-442.
- KOGAN, S. M. y GALE, J. E. (2000), “Taking a narrative turn: Social construction and family therapy”. En A. M. HORNE (Ed.), *Family counselling and therapy* (3.a ed.), Itaca. Peacock.
- KOHON, G. (1986), *The British school of psychoanalysis: The independent tradition*, Londres. Free Association Press.
- KOHUT, H. (1977), *The restoration of the self*, Nueva York. International Universities Press. (Trad. cast.: *La restauración del sí-mismo*, Barcelona. Paidós, 2001.)
- (1984), *How does analysis cure?* Chicago. University of Chicago Press.
- LASCH, C. (1977), *The culture of narcissism*, Nueva York. W. W. Norton. (Trad. cast.: *La cultura del narcisismo*, Barcelona. Andrés Bello, 1999.)
- LIVINGSTON, M. (1995), “A self psychologist in couplesland: Multi-subjective approach to transference and countertransference-like phenomena in marital relationships”, *Family Process*, 34, págs. 427-440.
- LIVINGSTON, M. S. (1998), “Conflict and aggression in couples therapy: A self psychological vantage point”, *Family Process*, 37, págs. 311-319.
- (1999), “Vulnerability, tenderness, and the experience of self-object relationship: A self psychological view of deepening curative process in group psychotherapy”, *International Journal of Group Psychotherapy*, 49, págs. 1-21.
- (2001), *Vulnerable moments: Deepening the therapeutic process*, Northvale, NJ. Jason Aronson.
- LUEPNITZ, D. A. (1988), *The family interpreted: Feminist theory in clinical practice*, Nueva York. Basic Books.
- LYONS, A. (1993), “Husbands and wives: The mysterious choice”. En S. RUSZCZYNSKI (Ed.), *Psychotherapy with couples. Theory and practice at the Tavistock Institute of Marital Studies* (págs. 44-54), Londres. Karnac Books.
- y MATTINSON, J. (1993), “Individuation in marriage”. En S. RUSZCZYNSKI (Ed.), *Psychotherapy with couples. Theory and practice at the Tavistock Institute of Marital Studies* (págs. 104-125), Londres. Karnac Books.
- MAHLER, M. S., PINE, F. y BERGMAN, A. (1975), *The psychological birth of the human infant*, Nueva York.

- Basci Books. (Trad. cast.: *El nacimiento psicológico del infante humano*, Buenos Aires. Marymar, 1977.)
- MALLINCKRODT, B., GANTT, D. L. y COBLE, H. M. (1995), "Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the client attachment to therapist scale", *Journal of Counselling Psychology*, 42, págs. 307-319.
- MASTERS, W. y JOHNSON, V. (1970), *Human sexual inadequacy*, Boston. Little Brown. (Trad. cast.: *Inadecuación sexual humana*, Buenos Aires. Intermédica, 1981.)
- MATTINSON, J. (1988), *Work, love and marriage: The impact of unemployment*, Londres. Duckworth.
- MCCARTHY, B. W. (2002), "Sexuality, sexual dysfunction, and couple therapy". En A. GURMAN y N. JACOBSON (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3.a ed.) (págs. 629-652), Nueva York. Guilford Press.
- MCCLUSKEY, U. (2005), *To be met as a person: The dynamics of attachment in professional encounters*, Londres. Karnac Books.
- MCGOLDRICK, M. (1995), *You can go home again: Reconnecting with your family*, Nueva York. W. W. Norton.
- (Ed.) (2002), *Re-visioning family therapy: Race, culture and gender in clinical practice* (Ed. rev.), Nueva York. Guilford Press.
- GERSON, R. y SHELLENBERG, S. (1999), *Genograms: Assessment and intervention*, Nueva York. W. W. Norton. (Trad. cast.: *Genogramas en la evaluación familiar*, Barcelona. Gedisa, 2003.)
- MCGOLDRICK, M., GIORDANO, J. y GARCÍA-PRETO, N. (Eds.) (2005), *Ethnicity and family therapy* (3.a ed.), Nueva York. Guilford Press.
- MINUCHIN, S. (1974), *Families and family therapy*, Cambridge, MA. Harvard University Press. (Trad. cast.: *Familias y terapia familiar*, Barcelona. Gedisa, 1979, 2.a ed.)
- MITCHELL, S. A. (2002), *Can love last? The fate of romance over time*, Nueva York y Londres. W. W. Norton & Co.
- MORGAN, M. (2001), "First contacts: The therapist's 'couple state of mind' as a factor in the containment of couples seen for consultation". En F. GRIER, *Brief encounters with couples* (Ed.), Londres. Karnac Books.
- MOULTRUP, D. J. (1990), *Husbands, wives and lovers: The emotional system of the extramarital affair*, Nueva York. Guilford Press.
- MUNTIGL, P. (2004), *Narrative counselling: Social and linguistic processes of change*, Filadelfia. John Benjamins Publishing.
- NICHOLS, M. P. y SCHWARTZ, R. C. (2001), *Family therapy: Concepts and methods*, Boston. Allyn & Bacon (7.a ed., 2005).
- NICHOLS, W. C. (1988), *Marital therapy: An integrative approach*, Nueva York. Guilford Press.
- NOLLER, P. (1984), *Nonverbal communication and marital interaction*, Oxford. Pergamon Press.
- OGDEN, T. H. (1982), *Projective identification and psychotherapy technique*, Nueva York. Jason Aronson.
- (2004), "On holding and containment, being and dreaming", *International Journal of Psychoanalysis*, 85, págs. 1349-1364.
- PERSON, E. S. (1989), *Love and fateful encounters: The power of romantic passion*, Londres. Bloomsbury.
- PITTMAN, F. (1989), *Private lies*, Nueva York. W. W. Norton.
- RACKER, H. (1968), *Transference and countertransference*, Nueva York. International Universities Press.
- RAMPAGE, C. (2002), "Working with gender in a couple therapy". En A. S. GURMAN y N. S. JACOBSON (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3.a ed.), Nueva York y Londres. Guilford Press.
- RETZINGER, S. M. (1991), *Violent Emotions: Shame and Rage in Marital Quarrels*, Sage. Nueva York.
- RICE, L. N. y GREENBERG, L. (Eds.) (1984), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*, Nueva York. Guilford Press.
- RIEF, C. (1997), "Therapeutic alliance in marital therapy", *Digital Dissertations*, AAT 9812052 DAI-B 58/10 5653, abril 1998.
- RUSSELL, C. y DREES, C. (1989), "What's the rush? – A negotiated slowdown". En J. CROSBY (Ed.), *When one wants out and the other doesn't: Doing therapy with polarised couples*, Nueva York. Brunner/Mazel.

- RUSZCZYNSKI, S. (1993), "Thinking about and working with couples". En S. RUSZCZYNSKI (Ed.), *Psychotherapy with couples. Theory and practice at the Tavistock Institute of Marital Studies* (págs. 197–217), Londres. Karnac Books.
- SABLE, P. (2000), *Attachment and adult psychotherapy*, Northvale, NJ. Jason Aronson.
- SATIR, V. (1983), *Conjoint family therapy*, Palo Alto. Science and Behavior Books. (Trad. cast.: *Psicoterapia familiar conjunta*, México. La Prensa Mexicana, 1995.)
- SATIR, V. (1988), *The new peoplemaking*, Mountain View, CA. Science and Behavior Books.
- SAWYER, M. (2004), "Bridging psychodynamic couples therapy and GOTTMAN method couples therapy". En J. S. GOTTMAN (Ed.), *The marriage clinic casebook* (págs. 181-196), Nueva York. W. W. Norton.
- SCHARFF, D. E. (1982), *The sexual relationship: An object relations view of sex and the fa-mily*, Londres. Routledge & Kegan Paul.
- (1989), "Transference, countertransference, and technique in object relations family therapy". En J. S. SCHARFF (Ed.), *Foundations of object relations family therapy*, Northvale, NJ. Jason Aronson.
- y SCHARFF, J. S. (1991), *Object relations couple therapy*, Northvale, NJ. Jason Aronson.
- y SCHARFF, J. S. (1998), *Object relations individual therapy*, Northvale, NJ. Jason Aronson.
- y BAGNINI, C. (2002), "Object relations couple therapy". En A. S. GURMAN y N. S. JACOBSON (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3.a ed.) (págs. 59–85), Nueva York. Guildford Press.
- SCHNARCH, D. (1991), *Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy*, Nueva York. W. W. Norton.
- SEARIGHT, H. R. (1997), *Family-of-origin therapy and diversity*, Washington, DC. Taylor & Francis.
- SEARLES, H. (1955), "The informational value of the supervisor's emotional experience". En H. SEARLES (Ed.), *Collected papers on schizophrenia and related subjects*, Londres. Hogarth Press.
- SHADDOCK, D. (1998), *From impasse to intimacy: How understanding unconscious needs can transform relationships*, Northvale, NJ. Jason Aronson.
- (2000), *Contexts and connections. An intersubjective systems approach to couples therapy*, Nueva York. Basic Books.
- SHADISH, W. R. y BALDWIN, S. A. (2003), "Meta-analysis of MFT interventions", *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), págs. 547-570.
- SHAFER, A. (2006), "Psychoanalytic Psychotherapy in the 21st Century: rigorousness, rigidity, and rigor mortis", *Australian Journal of Psychotherapy*, 25(2), págs. 34-50.
- SHAVER, P. R. y HAZAN, C. (1988), "A biased overview of the study of love", *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, págs. 473–501.
- SHERMAN, L. W. (1992), *Policing domestic violence. Experiments and dilemmas*, Nueva York. The Free Press.
- y BERK, R. (1983), *Police response to domestic violence: Preliminary findings*, Washington, DC. Police Foundation.
- y BERK, R. (1984a), "The specific deterrent effects of arrest for domestic assault", *American Sociological Review*, 49, págs. 261-272.
- y BERK, R. (1984b), *The Minneapolis domestic violence experiment: police foundation reports, no. 1*, Washington, DC. Police Foundation.
- SIANN, G. (1985), *Accounting for aggression: Perspectives on aggression and violence*, Londres. Allen & Unwinn.
- SIEBURG, E. (1985), *Family communication: An integrated systems approach*, Nueva York. Gardiner Press.
- SIEGEL, J. P. (1992), *Repairing intimacy. An object relations approach to couple therapy*, Northvale, NJ. Jason Aronson Inc.
- SILVERMAN, D. (1997), *Discourses of counselling: HIV counselling as social interaction*, Londres. Sage.
- SILVERMAN, D. (2001), *Interpreting qualitative data: Methods for analysing talk, text and interaction* (2.a ed.), Londres. Sage.
- SKYNNER, A. C. R. (1976), *One flesh: Separate persons; principles of family and marital psychotherapy*, Londres. Constable.

- SMITH, L. (1989), *Domestic violence: An overview of the literature*, Londres. HMSO.
- SNYDER, D. K. y SCHNEIDER, W. J. (2002), "Affective reconstruction: A pluralistic developmental approach". En A. S. GURMAN (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (3.a ed.) (págs. 151-179), Nueva York. Guilford Press.
- y WILLS, R. M. (1989), "Behavioral versus Insight-Oriented Marital Therapy: Effects on individual and interspousal functioning", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), págs. 39-46.
- WILLS, R. M. y GRADY-FLETCHER, A. (1991), "Long-term effectiveness of Behavioural versus Insight-Oriented Marital Therapy: A 4-year follow-up study", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), págs. 138-141.
- CATELLANI, A. M. y WHISMAN, M. A. (2006), "Current status and future directions in couple therapy", *Annual Review of Psychology*, 57, págs. 317-344.
- SOLOMON, M. F. (1989), *Narcissism and intimacy: Love and marriage in an age of confusion*, Nueva York y Londres. W. W. Norton & Co.
- y SIEGEL, J. P. (1997), *Countertransference in couples therapy*, Nueva York. W. W. Norton.
- SYMONDS, D. y HORVARTH, A. O. (2004), "Optimizing the alliance in couple therapy", *Family Process*, 43, págs. 443-455.
- SYMINGTON, J. y SYMINGTON, N. (1996), *The clinical thinking of Wilfred Bion*, Londres. Routledge.
- TITELMAN, P. (Ed.) (1988), *Clinical applications of BOWEN family systems theory*, Nueva York. Haworth Press.
- VISHER, E. B. y VISHER, J. S. (1988), *Old loyalties, new ties: Therapeutic strategies with step-families*, Nueva York. Brunner/Mazel.
- WADDELL, M. (2002), "Inside lives: Psychoanalysis and the growth of the personality", Londres. Karnac Books.
- WAMPOLD, B. (2001), *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*, Mahwah, NJ. Lawrence Erlbaum.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. y FISCH, R. (1974), *Change: Principles of problem formation and problem resolution*, Nueva York. W. W. Norton. (Trad. cast.: *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*, Barcelona. Herder, 2003, 11.a ed.)
- WEEKS, G. R., GAMBESCIA, N. y JENKINS, R. E. (2003), *Treating infidelity: Therapeutic dilemmas and effective strategies*, Nueva York. W. W. Norton.
- WELLS, S. y TAYLOR, G. (1987), *The complete Oxford SHAKESPEARE: Vol. II: Comedies*, Oxford. The University Press.
- WILE, D. B. (1993), *After the fight: A night in the life of a couple*, Nueva York. Guilford Press.
- WHITE, M. (1989), *Selected papers*, Adelaida. Dulwich Centre Publications.
- (1995), *Re-authoring Lives: Interviews and essays*, Adelaida. Dulwich Centre Publications. (Trad. cast.: *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*, Barcelona. Gedisa, 2002.)
- WHITE, M. y EPSTON, D. (1990), *Narrative means to therapeutic ends*, Nueva York. W. W. Norton. (Trad. cast.: *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Barcelona. Paidós, 2008, 4.a ed.)
- WILLIAMSON, D. S. (1991), *The intimacy paradox: Personal authority in the family system*, Nueva York. Guilford Press.
- WINNICOTT, D. W. (1960), *The maturational processes and the facilitating environment: Studies on the theory of emotional development*, Londres. The Hogarth Press. (Trad. cast.: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*, Barcelona. Paidós, 1993.)
- (1965), *Collected papers: Through paediatrics to psychoanalysis*, Londres. Tavistock. (Trad. cast.: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona. Paidós, 2009, 3.a ed.)
- (1971), *Playing and reality*, Londres. Penguin. (Trad. cast.: *Realidad y juego*, Barcelona. Gedisa, 1982, 2.a ed.)
- WOLF, E. (1988), *Treating the self: Elements of clinical self psychology*, Nueva York. Guilford Press.

Otras obras de Morata



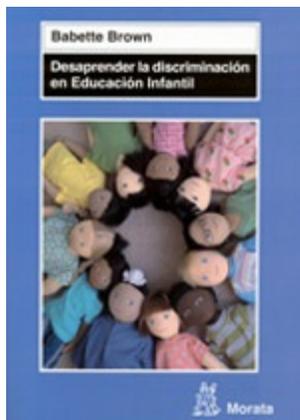
[más información](#)



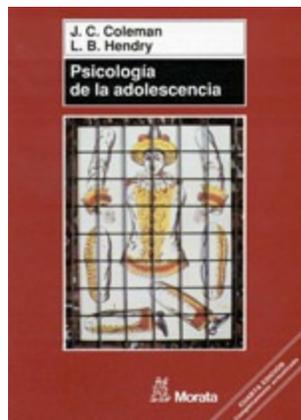
[más información](#)



[más información](#)



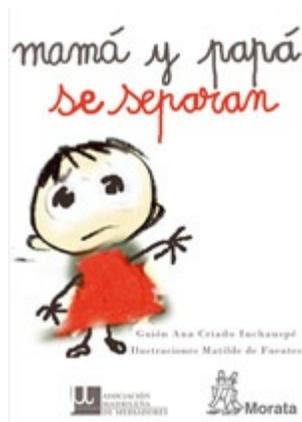
[más información](#)



[más información](#)



[más información](#)



[más información](#)



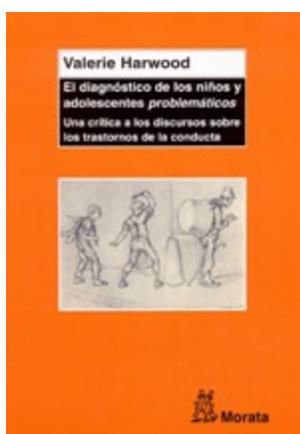
[más información](#)



[más información](#)



[más información](#)



[más información](#)



[más información](#)



[más información](#)



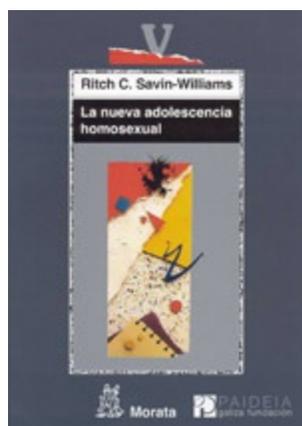
[más información](#)



[más información](#)



[más información](#)



[más información](#)



[más información](#)

Jim CRAWLEY y Jan GRANT

Jim CRAWLEY es psicoterapeuta psicoanalítico con consulta privada en Perth, Australia. Fue el primer presidente de la Psychotherapy and Counselling Federation of Australia (PACFA); profesor adjunto de Orientación en la Edith Cowan University de Perth; y director ejecutivo del Marriage Guidance Council of Western Australia (hoy Relationships Australia WA). Es coautor de *Transference and Projection: mirrors to the self* y coeditor de *Couple Therapy in Australia: issues emerging from practice*.

Jan GRANT es profesora adjunta y Directora de Programas de Posgraduado de Orientación Psicológica, de la Curtin University of Technology, Australia Occidental. Tiene consulta privada de psicoterapia y fue presidenta de la Society of Counselling and Psychotherapy Educators (SCAPE). Es coautora de *Transference and Projection: mirrors to the self* y coeditora del *Australian Journal of Counselling Psychology*.

Ansiedad, 20-22.
 Anticoncepción, 11.
 Apego, 43.
 —. Estilos de, 47-48.
 —. Teoría del apego, 42-43.
 Aventuras amorosas, 146-153.
 — — y la confianza, 153.
 — — — la evaluación en la terapia de pareja, 152.
 — — — — implicación en la terapia de pareja, 147, 149-151.
 — — — los secretos, 151-152.
 — — — tipología, 147-150.

BION, W., 28, 117-118.
 BOWEN, M., 58-66.
 BOLWBY, J., 42.

Cambio de primer y segundo orden, 67-70, 121-123.
 Capacidad negativa, 117-119, 135.
 Causalidad, 52.
 Cólera narcisista, 38-39.
 Competencia narrativa, 45-46.
 Comunicación, 54-55.
 —. Dificultades de, 13.
 — en el proceso de evaluación, 93.
 —. Metacomunicación, 54-55.
 Contención, 28, 131-135.
 Contenido de la charla, 127-129.
 Contratransferencia, 29, 135-136.
 Control, 111-113.
 Cultura. Importancia de la, 11, 67, 94, 118-119.
 —. Influjo en la sexualidad, 81.
 Curiosidad, 117-119.

Defensas, 20-22.
 Deseo, 49.
 DICKS, H., 22, 23, 25.
 Diferenciación del terapeuta, 62.
 — — yo, 59-62.

Edipo, 30-32, 83.
 Elección de pareja, 25, 44, 83.
 Empatía, 35-36, 41, 113-115, 130.
 Enfado, 101-102.
 Espacio transicional, 46, 127-129.
 “Estado de ánimo de pareja”, 129-130.
 Ética, 164-167.
 —. Consideraciones culturales, 165, 167.
 —. Decisiones en la terapia de pareja, 165-166.
 —. Límites en la terapia, 165, 166-167.
 —. Respeto, 167.
 Evaluación. Enfado, 101-102.
 —. Estructura del proceso, 94-97.
 —. Marco, 91-93.
 —. Proceso de, 98-104.
 —: recorridos “largo” y “corto”, 95-97.
 Exteriorizar el problema, 57-58.

“Factores comunes” en la terapia, 163.
 FAIRBAIRN, W. R. D., 23.
 Familia de origen en el proceso de evaluación, 92, 102-104.

— — —. Experiencia infantil, 18.
 Familias reconstituidas. Mayor incidencia, 12.
 — —. Proceso terapéutico, 153-155.
 Fases evolutivas de la relación de pareja, 70-73.
 — — del ciclo de la vida familiar, 66-70.
 — — — proceso de evaluación, 92.

Genogramas, 64-66.
 GOTTMAN, J. M., 78-80.

Historias en la terapia de pareja, 98-104.
 Homeostasis, 52.

Identificación proyectiva, 26-28, 133-134.
 Inconsciente dinámico, 17-18.
 Intersubjetividad, 40.
 Intimidad, 26, 75-76.
 Investigación. Ensayos aleatorios controlados, 161, 162.
 —. Importancia estadística y clínica, 160.
 — — para el terapeuta de pareja, 159.
 “Isla de seguridad” (véase seguridad).

Límites, 55-57.

Matrimonio (véase relación de pareja).
 MITCHELL, S. A., 48-49.
 Modelo de trabajo de las relaciones, 43-44.
 Mujeres. Cambios de rol, 11.

Neutralidad, 113-115.

Parejas de doble carrera profesional, 11.
 — homosexuales, 15, 44-45.
 — polarizadas, 155-158.
 Postura interactiva en la sesión, 115-117.
 Preguntas circulares, 57.
 Proyección, 20, 107, 131-132.
 Psicología del self. Experiencia de auto-objeto, 35-38.
 — — —. Transferencias, 37-38.

Reactividad, 41.
 Receptividad, 41.
 Relación de pareja. Dimensiones de su funcionamiento, 91-93.
 — — —. Formas de, 11, 15.
 — — —. Perspectiva del apego, 48.
 — — — y psicología del sí-mismo, 37-38.
 — terapéutica, 46.
 Relaciones objetales, 22-24.
 Represión, 24.

SATIR, V., 90.
 SCHARFF, D., 22.
 SCHARFF, J., 22.
 SCHNARCH, D., 85.
 Seguridad, 89-90, 98.
 —: crear la “isla de seguridad”, 36, 107-110.
 Seguridad. Tensión dinámica, 48.
 Sesiones conjuntas, 94, 124-127.
 — individuales con cada miembro de la pareja, 94-97, 126.
 Sexualidad. Análisis de las cuestiones sexuales, 85, 86.

- . Asociación psicósomática, 30.
- en el proceso de evaluación, 101-102.
- — la dinámica de la relación de pareja, 85.
- — — relación de pareja, 82-85.
- . Tratamiento en la terapia de pareja, 87-88.
- y sexo “suficientemente bueno”, 84-85.
- SIEGEL, J., 22.
- Sistema terapéutico, 111-113.
- SKYNNER, R., 85, 86.
- Sostenimiento, 28, 130-131.
- Supervisión del terapeuta de pareja, 167-169.

- Tavistock Centre for Couple Relationships, 22-23, 125.
- Teoría de sistemas en el proceso de evaluación, 94.
- — los sistemas. Subsistemas, 55-57.
- Terapia Conductual de Pareja, 162, 163.
- de Pareja Centrada Emocionalmente (TPCE), 76-78.
- — — — — . Proceso de cambio, 163.
- — — — — terapéutico, 123-124.
- — — — — . Pruebas derivadas de investigaciones, 76, 162-163.
- — — — — . Sentimientos primarios y secundarios, 77-78.
- — — — — y teoría del apego, 76, 77.
- — — . Objetivos, 28, 40, 104.
- — — . Orígenes, 11.
- Marital Orientada al Insight, 161, 164.
- narrativa, 57-58.
- Transferencia, 19-20, 107, 135-136.
- centrada, 20, 135.
- contextual, 20, 135.
- en la relación de pareja, 19, 36-37.
- Tratamiento. Objetivos de, 40-41.
- Triángulos, 62-64, 87.
- y situación edípica, 31.

- Violencia doméstica, 139-145.
- — . Características del maltratador, 143-144.
- — . “La alianza”, 145.
- — . Patrón de vergüenza/ira, 144.
- — . Respuesta a la terapia de pareja, 145.
- — . Respuestas cambiantes, 139-140.
- — . “Terrorismo íntimo”, 142-143, 144.
- — . Tipos de, 141-143.
- — . Violencia situacional, 142-143.
- Vulnerabilidad, 48-49.
- . Evaluación de la, 100-102.
- narcisista, 38-40.

* Este índice corresponde a la versión impresa

Índice

Portadilla	2
Créditos	3
Dedicatoria	4
Índice de contenido	5
Agradecimientos	7
Introducción	8
CAPÍTULO PRIMERO: La psicodinámica de la relación de pareja:	13
La teoría de las relaciones objetales	
Principios básicos de los enfoques psicodinámicos de la pareja	13
La teoría de las relaciones objetales y la terapia de pareja	17
Conclusión	27
CAPÍTULO II: La psicodinámica de la relación de pareja:	28
Psicología del self, intersubjetividad y teoría del apego	
La inmersión empática	28
Las experiencias y transferencias de auto-objeto	29
La vulnerabilidad narcisista, el agravio y la cólera	31
La intersubjetividad	32
Los objetivos del tratamiento	33
La teoría del apego y la terapia de pareja	35
El amor y los enfoques relacionales	40
Conclusión	41
CAPÍTULO III: La reflexión sistémica sobre la pareja	43
Introducción	43
Algunos conceptos importantes de los sistemas familiares	43
La Teoría de BOWEN	49
Los sistemas de relación a lo largo del tiempo	56
Conclusión	63
CAPÍTULO IV: ¿Y qué hay del amor?	64
Introducción	64
Las emociones en la relación de pareja	65
La sexualidad y la terapia de pareja	69

Conclusión	75
CAPÍTULO V: La evaluación	77
Cómo empezar: ¿Compromiso terapéutico o evaluación previa?	77
El contenido de la evaluación: Un marco con cinco dimensiones	79
La estructura de la fase de evaluación	81
El proceso de evaluación	85
Conclusión	91
CAPÍTULO VI: La técnica	92
Lo fundamental de la relación terapéutica: Crear “una isla de seguridad”	92
La dirección de la sesión conjunta	95
Conclusión	103
CAPÍTULO VII: El proceso terapéutico	105
Las fases de la terapia	105
¿Con quién hablamos? ¿Sesiones individuales o conjuntas?	107
¿De qué hablan el terapeuta y la pareja en la sesión conjunta?	110
¿ ... y cómo hablamos de ello?	112
Conclusión	119
CAPÍTULO VIII: La dinámica de la exposición de los problemas	120
La violencia doméstica	120
Las aventuras amorosas	126
La familia reconstituida con hijos de relaciones anteriores	132
La pareja polarizada	134
Conclusión	137
EPÍLOGO: La supervivencia del terapeuta de pareja	138
La investigación y la terapia de pareja	138
Las consideraciones éticas en la terapia de pareja	142
La supervisión y la terapia personal para el terapeuta de pareja	146
Conclusión	147
Bibliografía	149
Otras obras de Morata	159
Información sobre los autores	162
Índice de autores y materias	163

