

Título:

Elementos de una intervención narrativa en el trauma relacional.

Publicado en Anuario de Psicoloxia e Saúde N° 12 Revista Oficial da Sección de Psicoloxia e Saúde do COPG.

Autores:

- F. Javier Aznar Alarcón.

Psicólogo clínico, psicoterapeuta y supervisor.

Coordinador de los Programas de Atención a Menores Víctimas de Abuso Sexual Infantil y de Violencia Sexual de la Xunta de Galicia (Fundación Meniños).

Correo electrónico: f.javieraznar@gmail.com

- Nuria Varela Feal.

Profesora Titular de la Universidad de A Coruña. Grupo de investigación Filosofía, Constitución e Racionalidade.

Correo electrónico: nuria.varela.feal@udc.es

Resumen:

La intervención en el trauma relacional complejo implica atender a dos dimensiones, una vertical, que corresponde a la biografía del paciente, y otra horizontal, que corresponde con los acontecimientos relacionales que se dan en el aquí y ahora de la intervención. Ambas dimensiones inextricables, solo aparecen aisladas bajo la perspectiva del observador. El terapeuta, manteniendo ambas en mente, debe decidir, estratégicamente, a cuál atender en cada paso de la terapia.

Complex relational trauma intervention requires focusing on two dimensions, the vertical one, that corresponds to the biography of the patient, and the horizontal one, that has to do with the relational events that happen at the “here and now” of the treatment. Both inextricable dimensions only appear isolated under the perspective of the observer. The therapist, keeping both in mind, must strategically decide which one they are going to put the focus on at every step of the therapy.

Palabras clave:

Apego, narrativa, trauma relacional, self.

John Bowlby, el padre de la Teoría del Apego, anticipó algunas ideas fundamentales para entender los contextos biográficos y relacionales en los que las dificultades de las familias cobran sentido: «al subrayar la enorme influencia que ejerce la madre en el desarrollo del niño, también es necesario considerar qué factores la han llevado a adoptar ese estilo en sus cuidados. Un factor que tiene gran influencia es el grado de apoyo emocional -o la falta de éste- que ella misma recibió en su momento. Otro es el tipo de cuidados maternos que ella recibió de niña. Una vez reconocidos estos factores, la idea de culpar a los padres se desvanece y queda reemplazada por un enfoque terapéutico» (Bowlby, 1989, p. 148). En nuestra forma de entender la aplicación de la teoría del apego con los menores en situación de riesgo, de aquí podemos derivar dos lecturas simultáneas: la primera es una lectura *vertical*, intergeneracional, de las dificultades en el contexto de crianza (y también fundamentalmente despatologizadora: las dificultades se comprenden al reconstruir una historia que integre los acontecimientos que las diversas generaciones deben afrontar con su contexto y circunstancias actuales). La segunda es una lectura *horizontal*, sistémica, al considerar que las pautas que va integrando el niño como aspectos de su personalidad y el modo en el que los padres los tratan son mutuamente influyentes. Es decir, si los cuidadores responden a las necesidades de los menores en base a las claves de lectura derivadas de su propia experiencia, los intentos de adaptación de los menores a las dificultades de sus padres pueden corroborar esas mismas claves de lectura en la medida en que pueden ser amenazantes para ellos. Una de nuestras pacientes era la madre de un precioso bebé. Habiendo sido gravemente maltratada por su propia madre, buscaba confirmar que ella era una buena madre para su hija. Su temor la llevaba a reaccionar de manera ambivalente con su hija: en los momentos en los que resultaba difícil calmarla, se agitaba sintiendo que el llanto de su bebé confirmaba que no era una buena madre, por lo que se enojaba con ella y respondía de manera agresiva. Luego, la culpa la llevaba a querer compensarla con un trato sobreprotector y asfixiante. Ambas reacciones afectaban a la bebé, oscilando ésta en separarse de su madre y, simultáneamente, mostrándose desconsolada. De nuevo estas reacciones volvían a frustrar a la madre, cristalizando la interacción problemática. Como vemos, ambas lecturas, vertical y horizontal, son recortes de la experiencia que parten de la perspectiva que elige el observador, pero se dan simultáneamente y son recursivas. Tal y como ocurre en el famoso cuadro de M. C. Escher *Manos dibujando*, en el que dos manos se dan vida la una a la otra, lo intergeneracional genera procesos sistémicos, pautas de interacción aquí y ahora, que realimentan los procesos intergeneracionales.

Estas dimensiones pueden verse como una línea de organización entre muchos modelos de psicoterapia y, más en concreto, en la terapia familiar. Los de orientación más psicodinámica, *verticales*, suelen criticar la falta de profundidad en los modelos de tipo horizontal, especialmente en aquellos definidos por la intervención breve, estratégica, centrada en la solución de problemas. Los *horizontales* suelen suponer, a su vez, que los verticales se distancian de las dificultades concretas de las personas a las que intentan ayudar o de sus capacidades para afrontarlas. Las dos posiciones, cuando son llevadas al extremo, adolecen de una falta de complejidad ya que están inextricablemente interrelacionadas. Nuestra propuesta es que el profesional, teniéndolas en mente, debe decidir, estratégicamente, cuál de las dos (o las dos de forma inclusiva) se explicitará en el transcurso de la intervención atendiendo a las expectativas de los pacientes, al nivel de crisis en el momento en que actuamos, a la capacidad de diálogo de las personas que rodean a la víctima, seguir la consigna de evitar una experiencia de retraumatización y al nivel de confianza y seguridad que se ha podido establecer en el contexto de la intervención.

Los contextos en los que trabajamos con menores víctimas de trauma relacional implican, con frecuencia, la inclusión de miembros de la familia o de otros profesionales (educadores sociales, psicopedagogos, trabajadores sociales, etc.). Las entrevistas en servicios psicosociales y de salud mental son una experiencia que estimula la disposición al apego dado que, por definición, la persona que acude está en situación de pedir ayuda a alguien a quién se le supone la competencia para ofrecerla, sumado a la expectativa de que, en el transcurso de la conversación, saldrán a relucir dificultades y, con frecuencia, sentimientos relativos a la tristeza, la angustia, la vergüenza y/o la culpa. Las familias y los menores arrastran consigo a estos contextos los nudos sin resolver de sus experiencias, pero con una dificultad añadida a la intervención individual: los miembros de la familia no pueden controlar qué es lo que otros miembros o los profesionales van a pensar, a revelar y/o actuar. En otras palabras, esta situación de vulnerabilidad activa la necesidad de apego, de manera que con toda probabilidad los miembros de la familia presentes pondrán en acción, delante de los profesionales, los guiones con los que organizan su forma de responder ante las situaciones amenazantes con el riesgo de que los terapeutas sean reclutados en el guión familiar (o por la perspectiva de alguna parte de la red profesional). Hofstadter y Sander nos explican que «ningún pensamiento puede formarse con independencia del pasado, o, para ser más precisos, no podríamos pensar de no ser por las analogías que ligan nuestro presente con nuestro pasado (Hofstadter y Sander, 2018, p. 46). Las situaciones de relación con nuestros cuidadores y personas significativas, a través de la repetición, se interiorizan como moldes, filtros perceptivos conectados estrechamente con nuestra memoria, a través de los cuales interpretamos la experiencias que vivimos y les damos sentido, anticipamos la respuesta de los demás hacia nuestras necesidades de cercanía e intimidad, nos consideramos dignos o no de la atención de los demás ante nuestras necesidades afectivas, y regulamos nuestra conducta y emoción en base a ellos. Las situaciones de trauma relacional suponen una distorsión de la percepción de uno mismo y de las relaciones para adaptarse a las experiencias psicológicamente extremas que se afrontan. Desde la perspectiva que estamos siguiendo, la forma en la que estos modelos están configurados es básicamente narrativa: permiten simular en nuestra mente escenas con inicio (*necesito que me tranquilicen el temor que siento*), nudo (*me atrevo o no a dar el paso de buscar que mi madre —o la persona que se propone para ocupar la posición de figura de apego en su lugar— habitualmente fría, lo haga*) y desenlace (*huyo de la escena negándome mi propio temor y quedándome desprotegido*) y centran su atención en las motivaciones y estados mentales de los personajes (por ejemplo, *mi madre actúa así porque quiere que sea fuerte como ella*) y se convierten en un mediador entre la realidad externa y mi interpretación de lo que ocurre, es decir, mi *mapa del mundo*. De la misma manera que estas configuraciones narrativas me permiten clasificar, asignar un sentido y anticipar lo que va a ocurrir, las interacciones familiares y las interacciones con los profesionales se organizan mutuamente, de manera que los diferentes narrativas confluyen en pautas y patrones, reglas y creencias compartidas o contrastadas sobre cómo afrontar las dificultades y las pérdidas y abordar los problemas de la vida cotidiana y las necesidades de cercanía e intimidad, los guiones familiares (Bying-Hall, 1989). Los guiones familiares precisan de flexibilidad para actualizarse según los acontecimientos y el cambio en las necesidades, y el momento del ciclo vital de la familia y sus miembros. Esto puede suponer un reto para el diagnóstico del problema: cuando los niños viven situaciones traumáticas o una dificultad alargada en el tiempo en la accesibilidad emocional de sus padres o cuidadores, éstas pueden afectar a su desarrollo y a sus capacidades cognitivas y al control de sus reacciones emocionales y conductuales sin que el origen relacional de la dificultad se haga evidente. En consecuencia, pueden llevar a considerar sus problemas únicamente como una condición interna. Entenderlos así puede resultar tranquilizador para adultos agotados y frustrados (familiares y profesionales), pero nos conducen a una situación complicada cuando estos síntomas son, en realidad, estrategias secundarias de apego que los menores han desarrollado ante las dificultades en

el sistema de apego-cuidado, y puede provocar una restricción en la capacidad de reacción de los terapeutas forzando a los niños y adolescentes a seguir repitiendo las mismas estrategias que se manifiestan como el problema (Vetere y Dallos, 2012). A su vez, el incremento de las dificultades de los hijos refuerza la cristalización de las respuestas poco adecuadas de los padres. Se refuerzan, en la dimensión *horizontal* que mencionábamos anteriormente, los patrones de desencuentro entre padres e hijos (lo que tradicionalmente se entiende en terapia familiar como *procesos irónicos*, en los que el intento de solución refuerza el problema). En la dimensión *vertical* se genera una transmisión intergeneracional en la que los hijos quedan atrapados por las distorsiones con las que sus padres pudieron elaborar su experiencia en sus familias de origen y que modulan la forma en la que pueden entender y atender las necesidades y motivaciones de sus hijos (Aznar, 2012). Esta dificultad de sincronización entre las necesidades de los hijos y la capacidad de los padres para afrontarlas puede llevar a una exacerbación de las posturas que se muestren en las primeras entrevistas, o al tratar los nudos de especial dificultad en sus biografías o en su relación. Los *malentendidos* en la interpretación de las dificultades de unos y otros aumentan el riesgo de comprometer al terapeuta obligado a tomar partido por una escalada entre versiones incompatibles entre sí. Estos hallazgos permiten presuponer que la relación entre la alianza terapéutica y el intento de reparar el vínculo estriba en que son procesos isomórficos: ambos comparten la necesidad de la validación de la experiencia de todos los implicados, un entorno seguro que permita la expresión emocional y un sentido de pertenencia, que se halla representado, en la terapia, por el hecho de estar enrolados en un objetivo común. El terapeuta debe priorizar la construcción de un clima de seguridad y, a través de su receptividad hacia las preocupaciones de los diversos miembros alimentar su participación en el proceso. Harris (cit. en Yárnoz, 2008) ha analizado el impacto de la disposición de los pacientes en la construcción de la alianza terapéutica, sugiriendo que las diferencias con respecto al apego de las personas que piden ayuda exige flexibilidad por parte del terapeuta para cambiar el foco al aspecto de la relación más vulnerable. Desde este punto de vista podemos inferir una relación circular entre la alianza y las dinámicas de apego en la familia y con los profesionales: la disposición insegura al apego implica la necesidad de recurrir a estrategias específicas por parte del terapeuta para recoger la vulnerabilidad de las personas con las que trabajamos, y el establecimiento de una sólida y flexible alianza les permite a su vez ensayar otras perspectivas y nuevas formas de relación. La literatura parece confirmar la importancia y complejidad del equilibrio en las alianzas que se establecen entre terapeutas, padres y adolescentes para el desarrollo de la reparación del sistema de apego-cuidado (Diamond et al., 2009), poniendo de relieve la necesidad de estudiar las diferentes dimensiones de la alianza terapéutica y su peso específico en el esfuerzo de reparación del vínculo en el desarrollo del proceso terapéutico, de manera que permita priorizar el foco de la intervención y plantear estrategias terapéuticas. Nuestra propia elaboración sugiere que la incidencia en aspectos concretos de la alianza terapéutica afecta a aspectos específicos del sistema apego-cuidado. En concreto, que la promoción de la conexión emocional apoya el incremento de la función reflexiva en los padres con respecto a sus hijos y que, frente a la hostilidad y el discurso negativo, apoyar la seguridad en la sesión promueve el incremento de la sensibilidad con la que los padres entienden las emociones de sus hijos.

Las personas con mayores dificultades también son las que pueden verse atendidas por una red de profesionales más amplia, lo que nos obliga a añadir a la ecuación las diferentes expectativas y motivaciones de los profesionales envueltos en la situación. Los profesionales, que acarrean en su memoria sus propias experiencias con el cuidado, y las instituciones, que tienen sus propios guiones que dictan qué es posible y qué no y cómo leer lo que ocurre con las familias, interactúan con las mismas dificultades, nudos y posibilidades de cambio que los miembros de la familia entre sí. De manera que las instituciones y redes profesionales, a pesar de su voluntad de prestar ayuda y

cuidado, pueden adolecer de la misma falta de sensibilidad, de flexibilidad metacognitiva y de complejidad que los padres con dificultades con sus hijos. Cuando los puntos ciegos de la familia o del paciente se enredan con los de la red profesional es cuando se generan isomorfismos, es decir, el sistema que se genera mantiene la misma estructura problemática que intenta reparar, y que se pueden manifestar en una narrativa dominante en la que se responsabiliza a la familia, o al paciente, o a los colegas, de la dificultad ante el bloqueo del proceso. Lo que podemos destilar de esto es:

1. Tan importante como generar una alianza de trabajo con los pacientes es generarla con la red de profesionales implicados.
2. En los encuentros entre profesionales puede darse una pugna (explícita o implícita) por el punto de vista dominante sobre lo que ocurre en la familia y lo que hay que resolver en la terapia y cómo hacerlo.
3. La saturación de problemas, la falta de esperanza, el impacto del trauma en las familias, pueden amplificarse cuando la mirada de los profesionales *resuena* en la misma *longitud de onda* y las intervenciones fallidas reportan frustración, alarma o impotencia en los profesionales.
4. Es preciso introducir, en la visión de lo que ocurre con la familia o con el paciente, la forma en la que los profesionales están incidiendo.
5. En la medida en que los profesionales sean capaces de generar una base segura para la familia (o para los miembros susceptibles de recibir ayuda), se puede revertir el proceso alimentando su sensación de competencia (de unos y de otros) y volviéndolos copartícipes de las decisiones sobre el curso de la intervención y de su propia vida.
6. Es preciso poner atención en diferenciar lo esperable (aquello que los profesionales querrían que las familias hicieran) con lo posible (aquello que las familias son realmente capaces de hacer atendiendo a sus circunstancias y al peso de lo que han vivido).
7. Si los terapeutas tienen el papel de traducir el sufrimiento y dificultades de la familia entre ellos y amplificar sus posibilidades, competencias y momentos de conexión tienen que asumir que, para hacerlo con éxito, deben hacer el mismo esfuerzo de traducción entre la familia y la red, puesto que los avances tienen que quedar anclados en las narrativas profesionales.

De lo contrario, los profesionales pueden verse envueltos en el nudo entre las dificultades propias de las familias y las de sus contextos de intervención y corren el riesgo de verse arrastrados por ellos. El terapeuta debe pensar en términos de construir una alianza terapéutica con todos (red natural y red profesional) que permita compartir el sentido de seguridad y explorar la situación para elaborar una definición de la situación compartida en su mayor parte, que permita una vía de ayuda para la familia. Pero la alianza no es la terapia, sino la construcción de una base segura *que permite*

y *sostiene* el desarrollo de la terapia. Sostener la alianza y repararla cuando está en riesgo son dos esfuerzos imprescindibles. Pero, además, hay que tomar decisiones operativas en el curso de la terapia sobre el ritmo de las intervenciones, sobre qué aspectos deben priorizar los equipos terapéuticos, y sobre cómo evitar que haya una transmisión de las dificultades relacionales de estas familias al contexto de la intervención para lo que hay que adentrarse en la historia latente de las personas a las que pretendemos ayudar y trabajar en la construcción de sentido que permita vivir de una manera mejor.

En consecuencia:

- Necesitamos desarrollar una disciplina interna de autocuidado tanto el profesional como los equipos (múltiples actividades posibles engranadas en tres áreas): 1) búsqueda de apoyo en el entorno profesional (con el equipo, en la supervisión) y el personal (círculo íntimo y en la propia terapia; 2) a través de el contacto con otras personas y actividades conteniendo el espacio que el trabajo cubre en el conjunto de la vida; 3) procurando distancia y reflexión sobre el proceso de intervención a través de la supervisión, la formación continuada, la creatividad (diario, pintura, música, etc.).
- En las situaciones de dificultad, buscar un elemento común entre mi dificultad con el caso y la dificultad que afronta la víctima o la familia (que nos pueden colocar en una posición de simetría o complementariedad), que es la base para el isomorfismo.
- Focalizar en el núcleo emocional comprometido.
- Hacer algo diferente, algo que trate de salir del guión que se destila de los dos puntos anteriores.

Laura, una joven de quince años, es derivada a una unidad de hospitalización parcial para adolescentes por presentar un elevado riesgo de autolisis. En sus antecedentes consta haber estado ingresada en un centro privado especializado en el tratamiento de trastornos alimentarios, del que sale de forma precipitada después de un intento de suicidio por ingesta de fármacos de alto nivel de letalidad y que acaba en un ingreso hospitalario. Un mes después del alta vuelve a ser ingresada por un segundo intento. Los informes exponen que, en aquel momento, presenta ansiedad, perfeccionismo, rasgos marcados de histrionismo, tendencia a la manipulación, baja empatía, conducta impulsiva, insomnio, pesadillas, indiferencia afectiva, ideas de culpa, incapacidad y desesperanza, ideación suicida, defensas de tipo obsesivo y mecanismos de racionalización e intelectualización. También se señalan ingresos anteriores a través del servicio de urgencia por intentos de autolisis de diversa gravedad.

Detrás de este profuso listado de síntomas encontramos una chica que se enfrenta con un sentimiento de vacío que amenaza con ahogarla irremediablemente. Muestra una clara dificultad con sus relaciones. Las vive con profundo malestar y oscila entre el enamoramiento y la idealización de los primeros encuentros y el violento rechazo posterior. Manifiesta sentir asco por su cuerpo, a la vez que viste con ropa que deja mucho de el al descubierto y que devuelve una imagen muy sexualizada. Tiene un abanico de síntomas que varían desde las oscilaciones del humor (de momentos de profunda depresión a reacciones eufóricas en las que se siente capaz de todo) a crisis de ansiedad, episodios de agitación motora en casa y fuera de ella y episodios bulímicos. Pasa velozmente de la seducción a la amenaza, que en algún momento del proceso terapéutico derivará

en episodios esporádicos y breves de agresión hacia varios de los profesionales del hospital, aunque siempre de forma contenida (intentar golpearme en el pecho o tirar algún objeto a alguien con una sospechosa mala puntería). Ha interrumpido sus estudios por no sentirse capaz de seguirlos. Es difícil que a lo largo del día no haya alguien, profesional o paciente, que no venga a hablar de ella porque ha perdido el control, ha roto alguna cosa, se ha peleado, se quiere marchar precipitadamente o les desborda mostrando una tristeza abrumadora. Despierta intensas reacciones en los compañeros, educadores y terapeutas, que pueden oscilar entre el rechazo y la angustia y la sobreimplicación, pero coincidiendo todos en la dificultad común de no poder evitar tenerla en mente. Es ilustrativa una escena que se desarrolla en el despacho de su psiquiatra referente: después de haber tenido las entrevistas de valoración y de haber programado el ingreso en el hospital, la psiquiatra le comenta que le parece verla algo mejor y un poco más animada. Casi de forma inmediata, Laura coge el teléfono de la mesa, lo arranca de la conexión en la pared, y empieza a golpear con él los objetos del consultorio, hasta que ésta tiene que recurrir a la ayuda de otros profesionales para contener a la chica. Tras unos días más de observación les propone, a ella y a su familia, un programa de intervención en tres niveles: tratamiento psicofarmacológico para los síntomas de disregulación emocional y conductual, acompañamiento de los educadores en la integración en las actividades grupales del hospital y psicoterapia en nuestra unidad de terapia narrativa y de apego.

Carlos Lamas llama a los pacientes como Laura *niños sufrientes que crecieron* (Lamas, 2007). Comparten haber pasado por experiencias asociadas a la pérdida o al trauma en la primera infancia, y pautas de relación en el entorno que dificultan la validación de las propias necesidades afectivas, con una abrumadora sensación de soledad poco expresada y aún menos reconocida por el entorno, lo que es común a la mayoría de los menores y adolescentes con los que intervenimos. Al llegar a la adolescencia, el estrés asociado a la eclosión de la sexualidad, la progresiva desvinculación de la familia, la elaboración de la propia identidad y la puesta a prueba de las estrategias que han desarrollado para regular la cercanía y la intimidad incrementan la aparición de una situación de crisis. Todo este conjunto de síntomas y dificultades es difícil de abordar si no emerge una pauta que nos permita conferirle sentido. Polkinghorne nos sugiere que una intervención guiada por la práctica narrativa debe hacer manifiesta la narrativa latente, ayudar a construir una narrativa unificada y reconstruir una interpretación más útil y coherente (Polkinghorne, 1989). La perspectiva que tomamos frente a las dificultades que nos relatan define cómo nos vamos a explicar quién es Laura, qué dificultades está intentando resolver con su forma de conducirse y, en consecuencia, cómo vamos a intervenir con ella. Por tanto, no es sólo una cuestión de estrategia terapéutica, sino también una decisión ética. Si pensamos en sus dificultades como intentos, a menudo contraproducentes, de adaptación a situaciones de vida difíciles y, al menos en el momento en que intervenimos, carentes de alternativa, nos lleva a varias consideraciones:

- 1) en sus dificultades hay aspectos positivos (mal encaminados, mal orientados, con falta de flexibilidad, pero que son estrategias puestas en marcha para intentar tener algo de control sobre sus circunstancias y sobre la accesibilidad de las figuras de apego a su alrededor) y que, por lo tanto, pueden ser reformulados en términos de capacidades y competencias a las que recurrir;
- 2) acceder a su situación familiar y ambiental como el lugar en el que buscar sentido y recursos es apelar a los contextos en los que se ha desarrollado su forma peculiar de atribuir sentido a lo que siente y al que sigue siendo su contexto fundamental de vida;

- 3) el concepto negativo del self que los menores con trauma relacional tienen de sí mismos restringe y el sentimiento continuo de amenaza dificulta la capacidad para ajustar su narrativa íntima a los hechos. Sus inferencias sobre el abandono o el maltrato se superponen sobre lo que ocurre *aquí y ahora*, limita la posibilidad de representarse escenarios diferentes y restringe, en consecuencia, la posibilidad de tener experiencias diferentes a las vividas. Nuestra intervención tiene que habilitar la posibilidad de proponerlos como interlocutores válidos del proceso y ayudarlos a tomar decisiones, acompañados por nosotros y por las personas que se impliquen en la terapia, sobre el curso de nuestro trabajo en común. Proponemos, entonces, dos axiomas que serán el fundamento de la construcción de nuestras hipótesis de trabajo:
- a) Entender la conducta del niño y del adolescente, su estilo emocional y la forma en que se describe a sí mismo y a los demás, como la respuesta a un problema del desarrollo, fundamentalmente en el sistema de apego-cuidado. Es, por tanto, la solución (estrategia secundaria de apego) a un problema que puede pertenecer a otro momento de su vida y que el contexto en el que tiene sentido no sea evidente en el momento actual (cuando alguien crece, por ejemplo, en un entorno agresivo, no le hace falta más que un gesto mínimo, una mirada, para entender la promesa del castigo, un gesto que puede pasar completamente desapercibido a quien lo observa desde fuera). Cuando se ha sufrido trauma relacional, aspectos insignificantes para nosotros pueden funcionar como símbolos de la experiencia, detonadores de los sistemas defensivos puestos en acción ante los eventos traumáticos y que aparecen ahora aparentemente sin sentido, descontextualizado de las circunstancias que le dieron origen.
 - b) Las infancias y adolescencias de estos padres aparecen como un palimpsesto por debajo de las de sus hijos, y es a través de ellas que los miran. Cuanto más coherente e integrada es la narrativa con la que han conciliado sus experiencias, buenas o malas, mayor probabilidad de que tengan una mirada sensible y reflexiva hacia las situaciones que afrontan sus hijos. Proponemos entender la conducta de los padres, cuando hay un trastorno en el sistema apego-cuidado, como la respuesta también a un problema de su propia historia al que hay que volver para reparar la relación entre padres e hijos. *Cautivados por un pasado traumático, no pueden imaginar un futuro diferente*. Elaborar un relato coherente de su propia experiencia, que además de recoger el dolor les devuelva una identidad positiva y la seguridad para explorar y buscar mejores formas de conectar con sus emociones y con los demás, es el mediador fundamental para un trabajo de revinculación con sus hijos o, al menos, para ayudar a entender a los menores las circunstancias que han vivido y a tomar distancia de ellas reconstruyendo una imagen más positiva de su self.

Las sesiones con la familia de Laura responden a diferentes convocatorias, en las que vemos a la joven junto a sus padres divorciados (juntos y por separado), con su padre y la nueva pareja de éste, y con el hermano de Laura, dos años menor que ella. Las primeras entrevistas nos ayudan a descubrir que la hermana de su madre muere en un accidente con diecinueve años, justo al mes de nacer Laura. Los abuelos ponen a la pequeña en el centro de su vida, como si fuese la reencarnación de la hija perdida (es algo que se expresa literalmente en la sesión). La madre de nuestra paciente

cae en una depresión profunda, sin palabras para expresar su dolor a unos abuelos que niegan el sufrimiento centrados en la nieta, de la que en parte la han desposeído, y en parte convertido en una rival por su cuidado; y con una pareja, el padre de Laura, que todavía funciona como un adolescente y que no sabe cómo reaccionar ante la crisis de su mujer. Éste, que ha crecido cuidando de un padre alcohólico, es también un hombre herido que se distancia del dolor con una conducta evitativa, contestando con frivolidad y recurriendo a la ironía cada vez que un comentario hace referencia a cómo se siente con las dificultades que están afrontando.

Laura encuentra su lugar en el mundo como acompañante parentalizada de la cronicidad de su madre, compensando las carencias afectivas de las dos. A Laura, ese papel tan fusionado con su madre, en el que cuidar de ésta se convierte en la forma de manejar sus necesidades de cuidado desatendidas, la deja sin esperanza de recibir cuidado y cercanía si deja de pagar el precio de satisfacer la expectativa del otro, y le restringe la posibilidad de explorar y ensayar interacciones con los iguales, básicos para su adaptación a la vida social. Al llegar a la adolescencia se establece un patrón repetitivo en el que cada paso de autonomía por parte de la chica es acompañado del empeoramiento de la madre, y cada mejora de la madre es acompañada de un empeoramiento de la hija, consolidando un patrón de *acomodación sistema-síntoma* (la lectura horizontal comentada anteriormente). La forma en la que se manifiestan estos aspectos de Laura es compartida con otras adolescentes con problemáticas parecidas con las que trabajamos: inscribirse en el relato de los demás como personaje *enfermo* les dota de un armazón de identidad, con poderosos beneficios secundarios (especialmente la sensación de que pueden controlar la disposición de sus cuidadores), pero frágil e insatisfactoria, al legitimarlas a través de un artificio y no por sí mismas. *Están enfermas, pero no son las enfermas que dicen que son*. La sustancial incapacidad de los padres y abuelos de Laura para advertir las manifestaciones de su sufrimiento, dándoles importancia e interpretándolas correctamente, son elementos fundacionales de su no reconocida *infancia infeliz*, que ha facilitado un funcionamiento no integrado de su mente, bloqueando o invirtiendo el progreso de sus capacidades para integrar sus experiencias relacionales en una narrativa que la presente como alguien susceptible de ser cuidada y alentada.

Tenemos una sesión individual con Laura que coincide con dos acontecimientos relevantes: la reciente ruptura con una chica del hospital con la que había iniciado un escarceo amoroso y la marcha de su psiquiatra, quién se traslada a trabajar a otra población y dejando a uno de los autores como su referente. Apenas reconoce, de manera mecánica, algo de sufrimiento por esas dos situaciones de pérdida pero, más tarde, vuelve a buscarme para decirme que siente el impulso de lastimarse (lo que implica una acción que nos habla de un aspecto más positivo de su self: la búsqueda de ayuda y contención en alguien a quien empieza a aceptar, con todas las dificultades y temores que conlleva, la búsqueda de un *puerto seguro*). Yo quiero saber con qué cree que podemos contar para mejorar su situación. Sabemos lo delicado de este momento porque las dos pérdidas activan la idea del abandono y proyectan, en nuestra fantasía, la posibilidad de que Laura necesite defenderse del temor de que yo también la deje. Efectivamente, después de unos minutos de conversación, pega una patada a la mesa y rompe un bote con caramelos. La impresión que nos da es que su ira muestra su frustración porque mis respuestas no la calman, y por la necesidad de negar que pueda depender en algún aspecto de mi ayuda. Bowlby estableció un camino muy claro sobre la posición de un terapeuta influenciado por la teoría del apego ante estas manifestaciones de sufrimiento de sus pacientes: «respetará la aflicción o la ira de su paciente con respecto a la separación y las considerará como respuestas naturales de alguien que se siente apegado a otra persona, y ese respeto estará implícito en cualquier cosa que diga o haga» (Bowlby, op. cit., p. 176). Le hablo con tranquilidad de lo asustada que debe estar, de que debe sentir la pérdida, de lo difícil

que es aceptar que alguien te ayude, tener que volver a confiar cuando se va quien te está ayudando, y que quizá podamos reparar algo con los trozos que se han roto (reflejo en lo que está ocurriendo en la sesión de lo que puede sentir que ocurre con sus vínculos). Se tranquiliza y me ayuda a buscar con qué recoger lo roto, y se compromete a hacerme un objeto en algún taller para sustituir el recipiente. Esta *anécdota* es relevante: de la misma manera que no esperamos que los padres estén ajustados todo el tiempo, sino que tengan la sensibilidad de ver cuándo no están captando bien las necesidades de sus hijos y reparar los *cortocircuitos* en la relación, los terapeutas también tenemos que aceptar la posibilidad de equivocarnos en nuestras hipótesis e intervenciones, y reconocerlo y repararlo en la medida de lo posible, tanto con los niños y adolescentes como con los padres, dado que la preocupación por los menores puede hacernos perder de vista, circunstancialmente, las dificultades que minan la capacidad de los cuidadores para atenderlos bien y de las que también nos tenemos que ocupar. Una sospecha personal es que la mejor alianza con nuestros pacientes no es la que siempre funciona al mismo buen nivel, sino aquella que exige esfuerzo y reparación, porque alienta la certeza en las personas a las que ayudamos, de que las dificultades no nos desalentarán de seguir proponiéndonos como una base segura, y que las afrontaremos cuando las cosas no estén saliendo bien sin transformarlos en chivos expiatorios de las dificultades en la terapia (lo que es muy probable que les haya ocurrido en su pasado en sus propias familias de origen).

En las sesiones con el padre de Laura, el reconocer la dificultad del papel que se le asignó de cuidador de su padre (yendo a buscarlo a los bares, intentando evitar que bebiera en casa, etc.) y de apoyo para su madre, ayudan a que el padre consiga acercarse de forma firme y a la vez afectuosa, siendo menos sobreprotector, pero sin sobrevalorar la incipiente capacidad de autonomía de su hija. Durante su infancia y su adolescencia se sintió invisible para sus padres, enredados por sus propias dificultades. Su matrimonio había sido una réplica de la misma situación, con las dificultades de la madre de Laura reclamando toda la atención. Al poder expresar sus sentimientos hacia su propia historia y hacia el sufrimiento de su hija comienza a posibilitar la estructuración de un relato coherente donde se pueden integrar las dificultades de Laura con la claudicación de su padre de su esfuerzo de *hacerse cargo*, entender que la familia que formaron desarrolló un guión que replicaba las dificultades de la generación anterior, con el padre inhibido en la toma de decisiones al respecto del cuidado de Laura, y ésta haciéndose cargo de la enfermedad de su madre. El padre no supo cómo integrarse en el triángulo abuelos-madre-hija y tomó un papel de *invisibilidad* similar al que sintió tener con sus padres. Ahora se daba cuenta de que había estado tan ausente para Laura como sus padres lo habían estado para él, proceso alimentado por la vehemencia de las dificultades de su hija, que lo paralizaban.

Pero estaba dispuesto a reparar en lo posible la situación. Para Laura, escuchar la reconstrucción del pasado de su padre supuso probablemente la primera ocasión de sentir validados sus sentimientos, a la que vez que se pone un freno a su descontrol conductual. Esto se relaciona con una segunda idea clave: la inconsistencia del cuidado que había recibido Laura y que produce una burbuja de confusión en torno a sus emociones y necesidades, también afecta a su sentido de *agencia*, de poder tomar decisiones y hacer algo por y para sí misma (Abele, A. E.; Wojciszke, B., 2014). Es clara la dificultad de Laura para interpretar las intenciones de los demás (por ejemplo la intención de ayudarla), de la misma manera que se le hace difícil crecer sin tener claro de qué es capaz y qué no, qué quiere y qué no. La actitud del padre, un factor fundamental en el tratamiento, emerge aquí como un reconocimiento adecuado y legitimador de las necesidades de su hija, tanto de protección como de progresiva autonomía. Esto le permite entender qué puede dejar en manos de su hija, y de qué debe hacerse cargo. Paralelamente tratamos de ayudar a ajustar el triángulo que se da entre Laura, su padre y la pareja de éste. En una entrevista individual, esta mujer, muy implicada con

Laura, nos cuenta que sufrió abusos sexuales en su familia de origen y que esta experiencia la conectaba profundamente con Laura (quien relata haber sido abusada en su preadolescencia por uno de los profesionales que la atendió, sin que esta noticia hubiera tenido mayor alcance, dado que los padres no le dieron verosimilitud y los profesionales anteriores no le prestaron atención, entendiéndolo como una manipulación). Como suele ocurrir, tras una primera etapa de *enamoramiento mutuo*, había estallado la reacción negativa al vínculo generándose un proceso irónico: a mayor esfuerzo por acercarse de esta mujer, mayor sentimiento de amenaza por parte de Laura (quizá, por temer el rechazo de ella, quizá por temer repetir la relación con su madre, y porque la centralidad de esta mujer provocaba, de nuevo, una mayor exclusión del padre). Enfocamos la tarea de la pareja como la de alguien que debía, fundamentalmente, dar soporte al padre más que a Laura.

Su madre aparece en las entrevistas individuales y en las que acompaña a su hija o a su ex-marido como la versión adulta y caricaturizada de la Laura que ingresó en el hospital. Reivindica participar del proceso de su hija, pero con agilidad se sitúa en el centro de la escena. Para ella, la relación con la chica es muy frustrante y acaba describiendo una pauta entre la búsqueda de ayuda mutua, frustración y rechazo. Se queja además de no tener ninguna autoridad sobre Laura. Poco a poco vemos cómo empieza a reproducirse el ciclo de empeorar ella al mejorar su hija, lo que se les explicita a ambas, a la vez que su madre pugna por seguir siendo el centro de atención; y nos esforzamos en algunas sesiones conjuntas a ayudarlas a no reproducir la pauta de cuidado y culpa que vienen repitiendo y reconocemos la inseguridad de la madre con respecto al cuidado que precisa intentando redirigirla a los interlocutores con los que debe afrontar su propio vacío: sus padres y su propio terapeuta. Y conseguimos que puedan tomar algo de distancia, al menos la suficiente como para que Laura pueda romper la hasta ahora trágica identificación con su madre y el conflicto de lealtad que sufre cada vez que siente al dar un paso adelante. Mientras, en las sesiones individuales, Laura va ensanchando los círculos de la espiral que va trazando para construir una incipiente autonomía, de los que rescato algunos episodios: Laura comienza una relación de pareja con un chico. Se anticipa a las críticas que cree que podríamos hacerle, teme que le resaltemos los puntos más débiles de la relación. Aceptamos que pueda mantener esa actitud crítica que me atribuye, como un elemento de prudencia colocado en mí, y que le permite hacerse cargo de su deseo de explorar. Realiza pruebas a lo largo de los meses de precoz autonomía: retoma los estudios en el instituto aunque los deja a pesar de que le van bien. Prefiere buscar un trabajo, o estudios menos exigentes. Se plantea ir a vivir con el novio, y al comentarle las dificultades que acarrea la convivencia y la necesidad de que construya su autonomía desde bases sólidas, se enoja acusándonos de no valorar sus avances, que ya no la conocemos y que no le hace falta la ayuda de un psicólogo. Reconstruyendo con ella las secuencias de sesiones anteriores constatamos que ha ampliado su capacidad de reflexionar, que ella misma se hace la crítica, pero que no la puede soportar todavía, como si fuera a negar todo lo bueno que hay en ella y lo que ha conseguido. Entonces, la deposita en nosotros, o en sus padres, acomodándose en la posición opuesta, quejándose de las críticas que en realidad ella ha pensado primero. Todos estos esfuerzos nos señalan que este esfuerzo de incrementar la complejidad y riqueza de su narrativa no es un fenómeno de *todo o nada* sino un fenómeno de transformación continua y de creciente complejidad. Es frecuente que, en situaciones así, observemos a nuestros pacientes dar pasos atrás y parecer que se desvanecen los cambios que han conseguido. Pero hay otra lectura posible, la de que estos movimientos sean el aparente desorden que surge cuando nuestro modelo interno está intentando asumir un mayor nivel de complejidad, cuando los miembros de la familia están saliendo del guión y empezando a probar nuevas formas de acercarse y de intimar. El miedo ante el cambio les lleva a reaccionar agarrándose a la sensación de seguridad de los viejos hábitos. Si los terapeutas no lo

entendemos así, o nos desalentamos, podemos dejar de sostener este proceso en un momento crucial. Que la madre pueda tímidamente salir del centro de la escena, aunque sólo sea ocasionalmente (o, en cualquier caso, que nosotros mantengamos a Laura en el centro del relato), que su padre asuma y legitime el reconocimiento de su sufrimiento, que la pareja del padre ayude desde una distancia estratégica ocupándose legitimamente del apoyo de este hombre, parecen posibilitar que Laura pueda empezar a afrontar el miedo al abandono y sus carencias afectivas. Posiblemente, este período es el primero en su vida en el que siente que, por detrás del hasta ahora pobre repertorio de habilidades para la relación, se valida y legitima su vivencia emocional. Con altos y bajos, Laura es capaz durante los dos meses siguientes de mejorar la relación con sus padres, de reconocer que ha ido colaborando en construir una situación de sobreprotección y crítica tanto en casa como en el hospital, y que está avanzando. La estabilidad de una unidad de intervención, el acompañamiento paciente y respetuoso por parte de los profesionales, a pesar de las sucesivas provocaciones y el trabajo en el grupo con otros chicos y chicas, permiten construir una especie de espacio transicional, una base segura, en la que poder explorar sus dificultades, asumir una forma de vinculación adaptada a sus necesidades e integrar su visión extremadamente polarizada en malo – bueno de los demás, en un relato más complejo y coherente. En el esfuerzo por comprender la vivencia de Laura y de los chicos y chicas como ella, pasamos por una «regresión temporal» provisional de nuestra propia mente al nivel en que funciona la suya. Cómo nos dijo Laura: «solo me ha podido ayudar quién se ha puesto en mis zapatos».

Luigi Cancrini explica que cuando las relaciones se vuelven significativas para ellos, la tendencia que muestran es la de fomentar situaciones que puedan provocar en la persona que quisiera ayudarles a cambiar, comportamientos rígidos y repetitivos, similares a los que ellos mismos ponen en marcha (Cancrini, 2007). Esto nos exige a los sistemas profesionales estar atentos a la forma en la que la angustia de estos chicos y sus manifestaciones resuenan en la forma en que los abordamos. En el caso de Laura un claro ejemplo son las apasionadas discusiones del equipo sobre cómo actuar frente a los impulsos de Laura, con los colegas escindiéndose entre quien se identifica con el miedo a las consecuencias de no atender a la angustia de la chica, y los que ven en ella movimientos de manipulación y control. De forma paralela, resuenan las dificultades de los padres entre los que ven sus heridas y no se atreven a esperar más de ellos, y a los que les resuena la rabia de su hija por su falta de accesibilidad. Justamente es del reconocimiento e integración de estas dificultades, de que seamos capaces de construir una narrativa más rica y compleja, sensible a sus dificultades pero atenta a rescatar su agentividad, que surge la posibilidad de que podamos ayudarles, de conseguir mantener y proponer una forma de funcionamiento más integrada e integradora.

Cuando Laura está lo suficientemente bien como para anticipar la cercanía del momento del alta, se dirige a mí con todo tipo de improperios exigiéndome el alta, con un mensaje que interpretamos como *antes de que me echés me voy yo*. Atendiendo a las muestras de autocontrol que ha dado los meses precedentes, le digo que estoy disponible pero me niego a hablar con ella hasta que no se tranquilice. Al darme la vuelta, coge una silla y empieza a golpear las paredes y a gritar. Nos manteneos cerca y atentos, pero sin reaccionar. Se calma. Acepta venir a hablar conmigo. Quiere el alta. Podemos reunirnos con la familia, consensuar una fecha, y quedar en un seguimiento postalta a largo plazo.

El momento de mayor dramatismo es cuando, en la sesión, la madre de Laura empieza a decir que no ve bien a la chica y vuelve a las dificultades de relación entre ellas, como si esta vez fuera la madre la que teme avanzar, anticipando el abandono (¿el suyo, el nuestro?). Laura se muestra enfadada y, ante todo, triste. Pero en lugar de explotar le pregunta a su madre que por qué no la ve bien, que si no puede ver lo que ha avanzado. Le dice que es un día para celebrar. Y que debería

mostrarse contenta por ella. Podemos rescatar los avances, y nos mantenemos firmes en el acuerdo, con el compromiso de un seguimiento postalta. Esta actuación de Laura muestra un avance, lento pero firme, en su capacidad para mantener una percepción de sí misma congruente e intencional. El esfuerzo realizado parece que ha permitido sostener la tercera idea clave que hemos propuesto: el cuidado sensible que le hemos intentado brindar (y, en especial, el que ha recibido de su padre y de la pareja de éste) le está permitiendo integrar mejor sus estados mentales, la variedad de emociones y sentimientos que le suponen las dificultades de su madre y el miedo a afrontar una mayor autonomía. Desde el punto de vista que hemos venido ofreciendo, hay un cambio en la narrativa íntima de Laura (ha cambiado como personaje, hay una evolución en la forma en la que se relaciona y una ampliación de relaciones significativas, ha cambiado su visión de sus padres, se han reconstruido las dificultades de relación en base a las experiencias familiares) y, en consecuencia, en sus relaciones (a través de una propuesta de relación tenaz en interacciones con ella y con sus padres, y estimulando un cambio en la forma de responder, especialmente del padre). Nos queda el interrogante de si con más tiempo de intervención con la familia (cada contexto institucional tiene un calendario que no se corresponde, necesariamente, con el tiempo que precisa el vínculo, y hay que poder anticipar los cortes y separaciones) no podríamos haber incidido en una mejora de la madre de Laura, lo que podría ser un factor preventivo para el sostenimiento de los avances de su hija.

Durante los dos años posteriores a su alta Laura continuó pasando de tanto en tanto por la unidad para saludar. Consiguió trabajo, retomar los estudios, y después de un intento de convivencia fallido, mantener una relación de pareja estable. Nos hizo saber que no siempre se encontraba bien. Todavía sufría al ver a su madre con su recorrido biográfico paralizado, y utilizando su sufrimiento como una especie de bulimia afectiva, en la que la voracidad no deja espacio para los sentimientos de los otros. Pero, al menos, Laura ya no se sentía responsable y podía sufrir por ella sin dejarse llevar. Se enfadaba, pero no sentía la necesidad de pelearse con ella. Estaba bien con su pareja y, aunque no siempre podía, evitaba buscar su atención de forma abusiva o tramposa. Cuenta Jean-Claude Carrière que cuando le preguntó al neurólogo y escritor Oliver Sacks qué era para él un hombre normal le contestó que «un hombre normal era quizás aquel capaz de contar su propia historia porque sabe de dónde procede (tiene un origen, un pasado, una memoria ordenada), sabe dónde está (su identidad) y cree saber adónde va (tiene proyectos y la muerte al final). Está situado, por lo tanto, en el curso de un relato, es es sí mismo una historia, y puede contarse». Laura es capaz de contar una historia mejor que la que tenía cuando empezamos a trabajar. Ha reescrito su biografía introduciendo elementos que la ayudan a entender el daño sufrido y a no identificarse con él (externalización del problema); sabe dónde está (sus estudios, su trabajo, su pareja) y se proyecta con una imagen positiva en el futuro. Al menos cuenta con las condiciones como para considerarla alguien con la esperanza de vivir una vida que le valga la pena.

Es imprescindible, en casos como este, volver la mirada atrás, al trauma y a antes del trauma, e intentar reconstruir y abordar las dificultades intergeneracionales de los padres y, cuando no es posible, trabajar para que las víctimas construyan una narrativa más amplia con la que puedan tener la opción de entender sus dificultades como una función de su contexto de desarrollo y de las respuestas del entorno, y no como rasgos de su personalidad. Constituir una base segura implica ser sensibles a las dificultades de los pacientes para afrontar sus experiencias traumáticas. Insistir en la revisión de la historia, cuando no están en condiciones, puede ser retraumatizante. Una vía alternativa está en centrarse en el reconocimiento de las emociones y en estimular la capacidad para recibir y dar un buen trato. *Las palabras pueden contener magia, pero ésta solo funciona, o funciona bien, cuando se construyen las condiciones en las que se pueda creer en ella.*

Bibliografía:

Abele, A. E.; Wojciszke, B. (2014). «Communal and agentic content : a dual perspective model».en *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol. 50, págs. 189-255.

Aznar, F. J. (2012). «Relatos, apegos y terapia familiar sistémica con niños y adolescentes» en *Revista de Psicoterapia* 23 (90-91), pp. 63-76.

Bowlby, J. (1989). Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona: Paidós.

Byng-Hall, J. (1995). *Rewriting Family Scripts. Improvisation and System Change*. New York: The Guilford Press.

Cancrini, L. *Océano borderline: viajes por una patología inexplorada*. Barcelona: Paidós, 2007.

Diamond, G. M.; Diamond, G. S.; Liddle, H. S. (2009)- «The Therapist-Parent Alliance in Family-Based Therapy for Adolescents» en *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 56:25, págs.1037-1050.

Hofstader, D., Sander, E. (2018). *La analogía*. Barcelona, Tusquets Editoriales.

Lamas, C. (2007). «Para comprender la adolescencia problemática» en *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, nº 18, pp. 63-85.

Polkinghorne, D. E. (1989). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. Albany: New York Press.

Vetere, A., Dallos, R. (2012). *Apego y terapia narrativa: un modelo integrador*. Madrid: Ediciones Morata.

Yárnoz, D. (2008). *La teoría del Apego en la Clínica, I: evaluación y clínica*. Madrid: Psimática.