



Violencia de género. Módulo V



www.isfap.com - info@isfap.com

TEMA XV. PSICOTERAPIA DE LA VIOLENCIA EN LA TERAPIA DE PAREJA

Introducción

Hemos visto la violencia en la pareja, y ahora trataremos de la psicoterapia en la violencia de la pareja. Pero ya de principio se nos plantea un dilema de corte ético: ¿debemos intervenir siempre con respecto de la violencia ¿en qué casos?, ¿cómo y cuándo? ¿No importa la violencia que se despliegue porque somos profesionales de la psicología?, o ¿debemos de enviarlos a terapia individual cuando detectamos cualquier sombra de violencia o cuando nos lo indica tácitamente? Parece que lo conveniente es detectar qué es lo que está sucediendo para poder tomar determinaciones sobre ello. Intentaremos abordar algunas cuestiones sobre estos asuntos que ya adelantamos.

I. Violencia en la pareja

Debemos de partir de si la consulta ya de por sí es sobre la violencia o ésta es un acontecer que se despliega en medio del conflicto que se precipita en ellos. Esto es, hay que distinguir la pauta que la caracteriza.

Por ejemplo, debemos de tener en cuenta quien es la persona que consulta, si es ella o él, cuál es el deseo fundamental de la persona que articula la consulta con el objeto de definir el espacio potencial de atención.

Ya en estas demandas, si acude la pareja a consultar y tratándose de violencia episódica se podría trabajar conjuntamente. Enfrente, tenemos la demanda de un sujeto que acude a consulta individualmente indicando que precisa ayuda con respecto de la toma de decisiones con respecto de continuar o no una relación donde está la violencia; esta demanda, la deberíamos trabajar de forma individual.

Ciertamente existe una tercera demanda que consiste que abordamos a un consultante que esgrime la existencia de la violencia, que desea mantener la relación, donde debemos de evaluar el tipo de violencia con el objeto de decidir si podemos y debemos trabajar de forma conjunta

con la pareja o separadamente. Antes de hacer la indicación de terapia conjunta es recomendable tener acceso a la descripción del otro miembro de la relación, con el fin de distinguir el patrón que permite la emergencia de la violencia.

Otro de los elementos que será conveniente tener en cuenta será cómo se arma la consulta: si es por derivación, si es por propia iniciativa o bien porque un juez la determina, en tanto en cuanto la motivación de la realización de la terapia será bien diferente.



Igualmente, es indicativo que en cualquier situación de consulta se debe acordar un proceso de evaluación y no indicar ya directamente (además ¿qué indicar?) Desde cualquier ámbito de atención la evaluación siempre debe determinar la gravedad, el riesgo y la urgencia de la intervención, pues es la

protección de la persona que está potencialmente en posición de víctima es la prioridad de cualquier trabajo en violencia.

El contexto ideal donde se haga factible proponer trabajar de forma conjunta supone que las consecuencias sintomáticas en los intervinientes de la violencia sean leves - de nuevo la pregunta, ¿qué son leves? - y que no comprendan daños profundos al sí mismo. De la misma forma, debemos de comprobar que no se aprecie psicopatología grave en alguno de los miembros de la pareja.

En el mismo sentido conviene comprobar que la violencia tenga un inicio reciente, ocasional, bidireccional, leve y de carácter predominantemente psicológico. Y que, es muy importante, exista una concienciación de la problemática, porque esto nos indica un movimiento hacia el cambio, y empatía hacia el otro de la pareja que es el que puede sufrir tal situación. Este ubicarse en el lugar del otro se puede traducir en permeabilidad a las intervenciones, a la terapéutica, que apuntan al cambio de sentido.

Tenemos, como ya indicamos anteriormente, en cuenta de que, si se encuentra judicializado, el motor del tratamiento ya está alterado por este indicativo.

II. Algunos planteamientos sobre la violencia como motivo de tratamiento terapéutico

Podemos identificar algunos elementos de trabajo en terapia de pareja cuando el motivo central de trabajo sea la violencia:

- Planteamiento de la situación de sufrimiento de la pareja ante la situación de violencia. Quizá sea indicativo que el terapeuta facilite un reconocimiento mutuo del sufrimiento que implica la violencia. La redefinición de la violencia como un dolor compartido suele permitir que la reactividad y la negatividad inicial con que la pareja suele consultar cedan, de forma que pueda aparecer el mundo interno de cada cual, en torno al deseo de mantener la relación, pero también de la impotencia de no poder lograr que ésta sea diferente.

Las precipitaciones de las emociones serán importantes, los significados y las creencias que soportan la conducción hacia la violencia. Nuestra aportación será legitimar el discurso de ambos con respecto de la experiencia de cada uno. La pareja deberá encargarse de trabajar para mantener la relación, dando paso posteriormente a la protección de la misma, si acaso este es el deseo común.

- Este elemento al que nos referimos, será la protección de la relación. El planteamiento será referente a las estrategias de contención de la violencia que como pareja propondrán llevar a cabo, con el objeto de evitar la precipitación de situaciones de violencia; la advertencia de ciertos mecanismos comunes o de cada uno, ayudarán a tomar conciencia de ello. Ciertamente, estas medidas, o estas intervenciones están al orden en función de la urgencia de la situación nuclear que por ello se demanda.

La inclusión de algún tercero, una distancia o separación eventual podrán evitar la violencia y ser acordadas entre los miembros de la pareja como instrumentos útiles ante la inminencia de la urgencia que ya conocen, con la advertencia terapéutica de que son medidas cautelares de protección, pero no la solución; esta vendrá dada en momentos posteriores, donde el discurso

de ambos pueda articularse a través del vínculo que ambos han generado desde el inicio de la relación.

Un aspecto que es preciso señalar es la prescripción por parte del terapeuta de la ausencia total de violencia una vez que se inicia el proceso terapéutico. Las preguntas que nos pueden surgir a partir de este posicionamiento son muchos, cómo ¿si es uno, o dos episodios debemos de suspender categóricamente la terapia? La respuesta es también categórica: radicalmente afirmativa. Ya sabemos que cuando un terapeuta indica algo, debe de cumplirse sobre todo por parte de éste.

Cada miembro de la pareja es responsable de sí mismo, es garante de su propia seguridad, es también el sostenedor de su deseo. Debe de saber desde el inicio lo que se está jugando en la terapia, en este caso desde el inicio del tratamiento. Desde aquí es que urge que los miembros de la relación hagan algo diferente con su manera individual y conjunta de comprender la violencia.

- Se hace imprescindible identificar los elementos que ya hemos señalado en temas anteriores, tales como la idealización, con todos sus aportes, los pares apuntalado-apuntalado, dominado-dominado o la figura del amo y esclavo. Nos ayudará a trabajar situaciones específicas que además han culminado en episodios de violencia.

Será muy determinante que cada uno de la pareja sea capaz de identificar aquellos elementos que promueven internamente y estén asociados a la emergencia de la violencia. Si cada miembro de la pareja desarrolla esta habilidad en un espacio de intimidación legitimada y contenida por el otro y si el objetivo de la protección de la relación y de cada uno se ha internalizado como una tarea central de la terapia, comenzarán a surgir de manera espontánea formas en que la pareja pueda calmarse mutuamente y regularse individualmente frente a situaciones que rememoran el surgimiento de la violencia.

Un aspecto central de este momento es de que puedan alcanzar a internalizar de que se trata del vínculo establecido entre ellos, la idea de que no sólo es el otro el que debe cambiar.

Otro paso para indicar, desde el orden terapéutico, es el de hacerse cargo con respecto de las consecuencias que la violencia ha tenido en cada uno, como un daño a la experiencia básica que

precisa ser elaborado. Debe de incluirse en estos momentos terapéuticos que cada miembro de la pareja acepte y reconozca sus partes, aquello en lo que ha participado, inconscientemente, en la organización del vínculo que ha hecho precipitar la violencia por la que en principio se demandaba la atención terapéutica. El terapeuta no debe de permitir la minimización del acto violento, ya que propicia la des-responsabilización y la ausencia de hacerse cargo de lo que a cada uno le compete.

El reconocimiento permite la internalización de la responsabilidad y el desarrollo inicial de un regulador interno que establece que la violencia es siempre una opción, que de tomarla produce sufrimiento en el otro. La reparación produce la vivencia de una experiencia emocional correctora, es decir, vuelven a aparecer en la interacción de la pareja emociones ligadas a la consideración amorosa del otro.

- Si la violencia se detiene, cabe la posibilidad de emergencia y precipitación de síntomas que hasta ese momento se habían ubicado en segundo plano – o que la propia violencia ocultaba -. Nos referimos a la sintomatología individual de algún miembro de la pareja, de carácter depresivo y/o ansioso, las familias de origen – las idealizaciones de corte transgeneracional que hemos comentado-, etc. En estrecha dependencia de nuestra escucha, podremos hacer participar de dichos elementos individuales en la articulación y estructura de la pareja, y decimos según sea nuestra escucha porque ésta nos puede indicar la conveniencia de derivar a sesiones individuales a alguno de los miembros de la pareja, sin que por eso sea necesariamente el abandono de la terapia de pareja que se está llevando a cabo.

III. La experiencia individual

Es habitual que, una vez interrumpida la violencia, puedan surgir otras cuestiones que hasta ese momento se habían mantenido ocultas, en segundo plano; pueden emerger cuadros sintomáticos de la línea depresiva y/o ansiosa que plantean la necesidad de abordar otros temas más allá de la violencia; también aspectos relacionados con la biografía y la familia de origen sobre todo cuando también se encuentran allí historias de violencia que resuenan con la vida actual.

Como posibilidad siempre existe trabajar con un miembro de la pareja en presencia del otro; pero creemos que existe una invitación clara a evaluar la posibilidad de sesiones individuales

destinadas a abordar y elaborar dichas situaciones que se precipitan. Hay un resto que no dejará de impactarnos será las preocupaciones respecto de los hijos que han sido testigos de la violencia de sus padres. Este aspecto también puede ser acogido diseñando e implementando para estos efectos otro dispositivo terapéutico que permita abordarlo.

IV. La violencia en el hombre: identificación con el agresor

Como salida a la angustia de despersonalización, una necesidad inconsciente tienta a cada miembro de una pareja a suscribir, de forma incondicional (a través de la introyección) una identificación maligna con los aspectos más negativos y temibles de sus imágenes parentales. Éstas son las imágenes - desmentidas, forcluidas: mecanismos perversos y psicóticos - de la "mala madre", o del "mal padre", imagos del mundo interno, bastante diferentes de los padres de la realidad contingente.



Aquellos funcionan potencialmente cargados de celos y envidia contra los propios hijos, haciendo evidentemente un mal uso de ello o un abuso de autoridad. Una "buena madre" o un "buen padre" nunca podrían justificar una desleal competencia -

celosa o envidiosa - con su propio hijo, ni jamás ejercería chantajes para presionarlo con el propósito de validar su inseguro ejercicio de la autoridad y del poder.

Tal gestión conlleva las más siniestras amenazas explícitas o implícitas, de abandono precoz al hijo-bebé-rebelde, que equivale a un filicidio, el "merecido y ejemplar castigo" que recibe todo hijo desafiante. "Preferiría verte muerto antes que..." (desautorizar al progenitor) o, "Si sigues así, ¡olvídate de nosotros y no nos llames nunca más!". O peor aún: "un padre que propina una paliza a su hijo adolescente, y seguidamente lo amenaza de muerte indicándole que la próxima se tratará de una bala en la cabeza. Convengamos que para este hijo resultará indispensable sostener

mediante mecanismos psicopatológicos la figura, como no idealizada, del “buen - mal - padre”, grandioso y patógeno, para poder conservar su bendición –como señal mágica de vínculo protector– y, especialmente, para evitar su maldición - fantasma de angustia persecutoria psicótica-.

A partir de ahí, se articulan diversas formas de identificación con el agresor. La angustia del niño surge cuando la imagen paterna, materna, o combinada, amenaza con abandonarlo afectivamente y/o destruirlo/a, justamente, porque este/a hijo/a resulta demasiado fuerte, demasiado independiente, tocando y alterando al desafiar las bases de la “suprema autoridad”.

El riesgo pasa porque el hijo puede llegar a convertirse en un competidor peligroso - introducimos la triangularidad edípica -. El tema de la identificación con el agresor, como mecanismo de defensa, puede relacionarse con lo que Esther Greenbaum ha llamado “el despliegue de las identificaciones”. Ella lo ilustra, y además, extiende y compara esta tenaz tendencia a repetir las historias de los padres, con ciertos principios de repetición genética en biología. En el plano inconsciente, la insoportable angustia de despersonalización, ya comentada, sería la palanca que obliga compulsivamente a permanecer sometido a tales siniestras identificaciones forzadas.

Podría darse la cuestión de que las pulsiones infantiles hubieran sido originalmente mal interpretadas y contenidas en la primera infancia por un objeto materno muy enfermo mentalmente; pensemos en los casos de la madre muerta de André Green o en una personalidad narcisista-maligna, o en la madre sobreprotectora, o la francamente psicótica. Cuánto más enferma se encuentre la madre, será directamente proporcional y exigirá obediencia ciega y una sumisión excesiva. También, castigará y amenazará de mil maneras, explícitas e implícitas, todo asomo de cualquier legítima y sana precoz oposición. La sana expresión temprana de independencia, expresada en el bebé por oposición, puede ser interpretada como señal de peligrosa rebeldía, y cuyo destino será ser suprimida, en vez de ser llamada a su sublimada durante el desarrollo. En estas situaciones, el sentimiento de identidad infantil resultará dañado por un patológico condicionamiento temprano, que forzará al self a adoptar una posición impostada, conflictiva, deformada y forzada, conducente al falso self.

El Yo infantil, necesitado de conservar a cualquier precio el vínculo primario con la madre, deberá recurrir, en casos extremos, a mecanismos psicóticos de defensa que afirman: “yo soy el loco, pero felizmente tengo una santa madre”. Al margen de toda lógica, esta angustia de despersonalización constituye una importante resistencia al cambio psíquico, al que se opone la amenaza de una imagen fantasmal persecutoria.

En los casos extremos de psicosis, el sujeto opta por “hacer como que no ve”, y pasa a negar -bajo los mecanismos ya indicados, la desmentida y la forclusión - la locura de sus ídolos, previo ticket de precio muy elevado -la cordura-, con tal de mantenerse a salvo de la fantasía, muchas veces explícitamente confirmada, del odio asesino de parte de quien se dependió desde la más temprana infancia: la madre infantil-envidiosa. Esta temática ha sido trabajada por Roger Shattuck en su ensayo filosófico “Forbidden Knowledge”: señala la presencia mítica de amenazas telúricas y ancestrales contra los que pretenden traspasar los límites de lo permitido en la búsqueda del conocimiento, como instrumento del poder. La candorosa credulidad infantil absorberá sin crítica los contenidos de los cuentos y mitos enseñados por sus “sabios” padres y maestros, generando las angustias que regirán la dinámica que sustente la “naturaleza moral” de su autoridad. Cuando el pequeño niño desobedece, no soporta que la madre le diga “eres feo, no te quiero”, porque en su sentido infantil esas palabras son determinantes insuperables de la realidad y afectan el fundamento de su propia identidad.

V. Psicoterapia psicoanalítica focal y breve. PPFB

Existen claras diferencias entre la psicoterapia de objetivos limitados y el tratamiento psicoanalítico, en lo que respecta al abordaje de los conflictos psíquicos del paciente.

En el psicoanálisis clásico, las situaciones conflictivas actuales del individuo están vinculadas con conflictos infantiles - conflictos originales-, de los que derivan. Durante el tratamiento analítico el paciente revive dichos conflictos - sobre todo en el seno de la relación transferencial- con el terapeuta y son profundamente analizados, a fin de lograr su resolución, por medio del trabajo elaborativo (elaboración de los conflictos). En psicoterapia breve psicoanalíticamente orientada: hay una elección de los conflictos a tratar (conflictos derivados), que recaerá en los que prevalecen por su urgencia y/o por su importancia y que subyacen al problema actual motivo del tratamiento.

Estos conflictos son propios de la estructura del foco terapéutico, y se les llama "conflicto focal", o "actual", o "central". El terapeuta se centra en factores determinantes actuales del conflicto focal. Ello bastará a menudo para obtener buenos resultados terapéuticos y, principalmente, para lograr los objetivos propuestos.

En algunos tratamientos breves es necesario y posible enfrentar al paciente con el conflicto original. Esto ocurre cuando se tiene la impresión de que de otro modo no se obtendrán mayores progresos a lo largo de este y/o cuando aspectos de ese conflicto básico se hallan muy próximos a la superficie psíquica del paciente. En ocasiones el terapeuta puede emprender una labor interpretativa cautelosa de ciertos componentes del conflicto original, en especial de los que están inmediatamente vinculados a la problemática focal y que adquieren relevancia a fin de lograr la clarificación y superación de dicha problemática.

Por lo tanto, en psicoterapia breve, se realiza una tarea interpretativa parcial de los conflictos del paciente, circunscrita a aquellos que han sido escogidos, y que a su vez se abordan de un modo también limitado. Se incursiones o no en la interpretación de las raíces infantiles de la conflictiva focal, siempre se hace un intento de resolución interpretativa de los conflictos derivados. Se trata de una resolución focal.

A continuación, vamos a hacer referencia de un dispositivo que se ponen en juego, y con denominación PPFb, por la institución "Fundació Vidal I Barraquer" de Barcelona que fue creada en 1964. En principio se inició con actividades de asistencia dando lugar posteriormente a otras tareas, en el campo docente y de investigación. Este dispositivo de psicoterapia psicoanalítica focal y breve se pone en juego en la Unidad Asistencial de Pareja y Familia; la institución da cabida a parejas que quieran tratar situaciones de violencia que emergen en la relación; la condición es que estas situaciones de violencia sean controlables, y que los dos sean conscientes de su participación en la colusión predominante.

El procedimiento consiste en una exploración articulada a través de una entrevista abierta; posteriormente una entrevista de carácter biográfico; seguidamente una batería de cuestionarios psicológicos, y finalmente una entrevista de devolución donde se ponen en juego una síntesis de aquello comprendido hasta el momento, y, si procede la indicación terapéutica a realizar.

Encuadre	•Frecuencia de las sesiones: semanal. •Duración de cada sesión: 30 minutos. •Duración del tratamiento: de tres meses a un año. •Una vez alcanzada la finalización, se vuelven a administrar los cuestionarios - postratamiento- con el objeto de poder discriminar los cambios producidos.
-----------------	---

El marco ideológico de esta Institución entiende a la psicoterapia como “un tratamiento de naturaleza Psicológica que se desarrolla entre un profesional y una persona que precisa de ayuda a causa de sus dificultades emocionales, que se lleva a cabo de acuerdo con una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, y que tiene como finalidad eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos de comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de la relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente” (Coderch).

Pérez-Sánchez indica: “hablamos de psicoterapia psicoanalítica cuando en la aplicación de esta práctica se adoptan los principios teóricos psicoanalíticos - concepción de la vida mental, la salud y la patología -, así como la utilización de ciertos elementos técnicos de la “cura” clásica “. La referencia al término focal y breve se indica por la limitación del tiempo, ya que es habitual fijarla al comienzo del tratamiento y porque se delimita un foco de trabajo.

El mismo Pérez Sánchez propone una definición de PPFB:

“psicoterapia fundamentada en el marco teórico psicoanalítico y que toma algunos elementos técnicos de la práctica psicoanalítica; de objetivos terapéuticos limitados ceñidos a determinadas áreas de conflicto (focalización); y técnicamente se caracteriza por una limitación del tiempo, fijado al inicio. El terapeuta adopta una actitud más activa sin ser directiva; la interpretación estará dirigida a los conflictos internos, a las relaciones actuales, y a la conexión entre ambos. Existe un intento de comprensión de la transferencia, que también es interpretada, en aquellas situaciones en las que sea la única manera de conseguir un auténtico insight, o para desbloquear el curso del tratamiento: la interpretación transferencial es muy útil en la fase final del tratamiento para elaborar la separación “. (Pérez Sánchez)

Como no puede ser de otra forma, los objetivos terapéuticos suelen ser modestos y reducidos; los cambios se producen en áreas específicas de la personalidad; esto nos indica que no se puede producir cambios en la estructura de la personalidad, pero por el contrario sí va a ser útil para que los sujetos comprendan algunas de las pautas que articulan su funcionamiento mental y de comportamiento que han dado lugar a su desajuste actual para con el objeto de que puedan hacerse cargo de algunos elementos que le permitan proseguir con su vida habitual.

VI. Elementos a tener en cuenta en la terapia con varones

Bleichmar reclama trabajar con los varones los trastornos narcisistas ya que:

a) en ellos predomina la combinación de la baja autoestima con código paranoide, una derivación proveniente de padres que transmitieron la percepción de un entorno amenazante y malévolo; ante el sufrimiento narcisista, el sujeto propondrá atribuir su infelicidad a los ataques de los demás, quienes supuestamente no le brindarían aquello que necesitaría para sentirse bien; en el caso de estos hombres la satisfacción de la oralidad. Coincidiendo con este código paranoide Kohut lo llama falta de empatía



b) Rápidamente se encuentran los sujetos de la variante baja autoestima y a la vez agresiva; para salir del sufrimiento narcisista buscan la alternativa de atacar a los demás y defenderse mediante la descalificación, evaden su responsabilidad frente a sus actos volcando la culpa

hacia los demás por sus problemas; si, por el contrario, la la agresividad se dirigiera hacia sí mismo, la insatisfacción narcisista da lugar a verdaderas orgías de sadismo del superyó, cebándose en las presuntas insuficiencias de las que adolece la persona. En estos hombres se

manifiesta en la autoculpabilización por no saber qué hacer frente a la problemática que están viviendo y en la inadecuación de la función yóica dominio-competencia.

c) En aquellos sujetos varones en los que la personalidad tiene como marca componentes libidinales fuertes con predominio del amor sobre el odio, pueden desear fusionarse con alguien a quien idealizar y, por participación de la valoración que hace del otro, reequilibrar su narcisismo.

Otra posibilidad es la de emplear las mil formas de seducción e intentar recibir del otro un baño de amor cuyo significado será "yo cuento para ella; por tanto, soy valioso". Se trata, pues, de la tendencia regresiva a la refusión con la madre-esposa o en la combinación de la baja autoestima con fuertes tendencias pulsionales sexuales donde el sentimiento crónico de insatisfacción del sujeto consigo mismo será capaz de determinar una búsqueda compulsiva de aventuras sexuales para adquirir un sentimiento de placer que saque el malestar narcisista, esto se destaca también en la historia clínica.

d) También es importante señalar a aquellos sujetos que portan rasgos narcisistas y núcleos fóbicos generados por intensos miedos infantiles ante figuras aterradoras. En ellos puede mejorar defensivamente la autoestima fusionándose con una figura autoritaria a la que se someterá e idealizará y de la que esperará valorización y protección a cambio de otorgarle pleitesía.

El Test de Apercepción temática señala, en estos sujetos, intensos miedos infantiles ante figuras que abandonan, que no han sido continentes y se mostraron ineficaces, o los severos temores a sentirse dominados, indefensos, dañados o castigados. En la historia clínica aparecen las características de rudeza, virilidad, falta de expresividad emocional, lucha por el poder, autoritarismo y otras características de figuras masculinas idealizadas con las que los hombres están identificados-fusionados, frente a las que cualquier intento por cuestionarlas, decanta en severa molestia y aparición inmediata de las defensas que las justifican y exaltan.

e) Se hace necesario añadir que, a las características intrapsíquicas anteriormente mencionadas, en las que destaca el narcisismo como base del ejercicio de la violencia intrafamiliar de este grupo

de personas, son producto del proceso de formación que la cultura patriarcal exige a los sujetos masculinos que son formados en él para considerarlos hombres.

Estamos ante una cultura del narcisismo, manifestado en su vertiente de dependencia respecto de la figura femenina. Esta característica de dependencia exige que sea la mujer la que satisfaga los requerimientos masculinos, particularmente en el hogar, cuando ella no cumple las tareas que la visión patriarcal le impone, el hombre utiliza la violencia como el vehículo más próximo, y ciertamente de eficacia temporal para volverla a su papel de prestadora gratuita de servicios y continuar así en su trono.

Las relaciones de objeto narcisistas, desde la perspectiva psicoanalítica, son un sistema defensivo para borrar las diferencias entre sujeto y objeto. Freud introdujo el concepto de narcisismo en la teoría psicoanalítica en "Introducción al narcisismo". Es el Yo ideal la formación de carácter narcisista: "El narcisismo aparece desplazado sobre este nuevo Yo ideal, adornado, como el infantil, con todas las perfecciones. Como siempre en el terreno de la libido, el hombre se demuestra aquí, una vez más, incapaz de renunciar a una satisfacción ya disfrutada en alguna ocasión. No puede renunciar a la perfección de su infancia, y ya que no pudo mantenerla frente las enseñanzas recibidas durante su desarrollo, intenta conquistarla de nuevo bajo la forma del Yo ideal" (S. Freud).

La primera relación de objeto amoroso con la figura materna está solo al servicio de la propia satisfacción, en el deseo de implementar el amor a sí mismo. La función materna es esencial para proveer al bebé de amor, afecto y empatía, así como la de ejercer una función mediadora hacia un proceso de separación, con el objetivo de evitarle a la criatura la no diferenciación y al mismo tiempo tolerar la frustración de no ser uno con ella.

Para Nos, lo esencial es "la capacidad de la madre para tolerar la presencia de un tercero en la relación diádica y su motivación de promover la identificación del hijo con el padre". Cuando existen carencias en el sentido de la indiferenciación respecto la madre, esta figura masculina desplaza en su pareja afectiva la necesidad "de ser una con él", es decir, que acceda a sus deseos y mantenga una relación de absoluta dependencia de él. La relación puede agravarse cuando la mujer le cuestiona y sobre todo cuando manifiesta su deseo de tomar sus propias decisiones finalizando la relación e iniciando un proceso de separación, como consecuencia de la presión

que ejerce hacia ella. El hombre se siente abandonado. Los intensos sentimientos de frustración lo impulsan a reaccionar con graves actuaciones violentas. En muchos casos hasta la muerte de su pareja y quizás el suicidio de él. En este caso la propia muerte forma parte de la destrucción, es una manera de aniquilar el vínculo con la otra persona, su pareja.

En síntesis, podríamos señalar que el sujeto narcisista tiene importantes dificultades para articular su relación con el otro, el objeto, aunque precisa de éste para ejercitar su dominio.

En las relaciones afectivas adultas, sólo cabe ofrecer el amor a quien pueda devolverlo, en el intento de mantener un cierto equilibrio entre la pareja. Es habitual en la relación psicoterapéutica observar el desequilibrio existente entre estas parejas, que lleva reiteradamente a la paciente a preguntarse sobre sus propias dificultades para hacer feliz al otro. Ante esto, en la terapia procede recuperar la subjetividad de la paciente, y desde este lugar permitir el acceso a sus propios deseos y necesidades.

Bibliografía básica

- Bachofen, J. J. (1988) El matriarcado. Barcelona: Editorial Anthropos.
- Burin, M. (1990). El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada, Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2007). El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós.
- Consejo General de Psicología de España (COP). (2020). Guía de actuación para profesionales de la psicología ante la violencia de género.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2009). Manual de violencia familiar. Madrid: Pirámide.
- Freud, S. Estudios sobre la histeria (1895) en Obras Completas. Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva (1973).
- González, M. T. (2007). Violencia de género: Una guía para la intervención desde el ámbito sanitario. Ministerio de Sanidad.

- Ministerio de Igualdad (Gobierno de España). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Respuestas del sector sanitario ante la violencia de pareja contra la mujer: guía clínica y de políticas.
- Pommier, G. (1986). *La excepción femenina*. Madrid: Editorial Alianza.
- Rossilli, M.G. (2001). *Políticas de género en la unión europea*. Madrid: Narcea S.A. Ediciones.
- Segato, R. (2010). *Las Estructuras Elementales de la Violencia: Ensayos Sobre Género. Entre la Antropología, el Psicoanálisis y Los Derechos Humanos*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Thomas, Yan. (1993). *La diferencia de los sexos en el derecho romano* en *Historia de las mujeres en occidente*. Vol. I: *La antigüedad*. Madrid: Taurus Ediciones.
- Zizek, S. (1992) *El sublime objeto de la ideología*. México: Siglo XXI.

Bibliografía complementaria

- Altable Vicario, C. (2001). *Violencia de género. Violencia sobre las mujeres*. Informació Psicològica.
- Bonino, L. (2000). *Micromachismos: la violencia invisible en la pareja*. Instituto de la Mujer.
- Fausto, A. *Sex/gender: biology in a social world*. Nueva York: Routledge, 2012.
- Fernández A.M. (comp.) (1992). *Las mujeres en la imaginación colectiva*, Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A. (1993). *La mujer de la ilusión, Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Hendel, L. (2017). *Violencias de género: Las mentiras del patriarcado*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (España)
- Martínez-Pecino, R. & Durán, M. (2022). *Violencia de género y adolescencia. Factores de riesgo y estrategias preventivas*. Madrid: Síntesis.

- Raine, A. (2000). Psicopatía, violencia y neuroimagen. En A. Raine y J. Sanmartín (Eds.), Violencia y psicopatía. Barcelona: Ariel.
- Saal, F. (1985). Algunas consecuencias políticas de la diferencia psíquica de los sexos. Coloquios de la Fundación 1, México: Editorial Siglo XXI.
- Scott, J. W. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico, en Ameleng, S. y Nashs, M., Historia y género: Las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim. Institució Valenciana D'Estudios e Investigació.
- Walker, L. (1979). El síndrome de la mujer maltratada. Barcelona: Paidós.

Cuestiones

1. Señala algunos planteamientos sobre la violencia como motivo de tratamiento terapéutico.
2. Qué puedes indicar de la identificación del varón con el agresor
3. Intenta realizar una definición propia acerca de la Psicoterapia psicoanalítica focal y breve.
4. Haz una reflexión sobre este tema.

**Texto realizado por Enrique de la Torre M.
ISFAP**