

EL TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA Y LA VICTIMIZACIÓN EN LAS RELACIONES ÍNTIMAS

Virginia Goldner, Ph.D.

Co-directora, Proyecto de Género y Violencia. 102 East 22nd Street, New York NY; e-mail: vgoldner@aol.com

This essay presents an analysis of violence in intimate life that draws on multiple theoretical perspectives. These include but are not limited to feminist theory, object relations theory, systems theory, and neurobiology. It is argued that it is possible to be effective in ending violence and abuse through a modified couples treatment format that addresses relationship issues, individual trauma and biological vulnerability while simultaneously taking a clear model that violence, abuse and inequality are intolerable in any form.

Key words: violence, abuse, intimate relationships, feminism, systems theory

INTRODUCCIÓN

La violencia de los hombres hacia sus compañeras femeninas es devastadora para las mujeres, vergonzosa para los dos miembros de la pareja y profundamente preocupante para las familias y los amigos, así como los profesionales que intervienen. Esto es debido a que los hombres violentos y las mujeres golpeadas pueden presentar un encuadre paradójico y confuso de su relación. En muchas de estas parejas, el abuso y la coacción parecen coexistir con el amor intenso y la amistad de manera indivisible y dolorosa. Polaridades extremas tales como amor y odio, remordimiento y cinismo, culpa e hiper-responsabilidad, son características de su proceso de interacción, y, como resultado, estos hombres y mujeres envían a menudo mensajes contradictorios a los observadores sobre el estatus de su relación, sobre sus metas en terapia, y sobre su necesidad de control social.

De este modo, no es sorprendente que los profesionales que trabajan con estos clientes reaccionen a ellos de manera extrema; se alían con un miembro contra el otro, rechazan tomar partido en ningún momento, exageran o minimizan los peligros, insisten en un paradigma clínico en particular rechazando todos los demás, en otras palabras, polarizan su intervención en todos los sentidos. Está claro que

estas prácticas divergentes en el sistema de la terapia reflejan los procesos de polarización de las propias familias, y tendrán que modificarse antes de poder ayudar a clientes a hacer lo mismo (Goldner, 1992)

Un antídoto esencial a pensar en términos de “esto o aquello” es pensar desde varios lenguajes teóricos y trabajar con diversos estilos clínicos. En el trabajo del Proyecto sobre Género y Violencia en el Instituto Ackerman para la Familia, estos múltiples marcos teóricos incluyen pero no se limitan al feminista, el sistémico, el psicoanalítico, el conductual, el neurobiológico, el cultural, así como los derivados de la narrativa y el construccionismo social.

Necesitamos urgentemente múltiples perspectivas y modelos que sean concebidos con detenimiento, descritos en detalle, y documentados empíricamente, puesto que las divisiones ideológicas han sobrecargado crónicamente el campo de la violencia doméstica. Ideas que podrían enriquecerse unas a otras se han colocado en posiciones contrapuestas, creando un contexto polarizado con elecciones forzadas entre alternativas inadecuadas. Este artículo pretende extender puentes entre estos discursos que compiten, suministrando un trazado exhaustivo de las bases conceptuales de nuestra aproximación multifacética y una descripción detallada de los principios clínicos que emergen de ella. También estamos llevando a cabo una evaluación empírica de nuestro programa, que será publicado cuando nuestra investigación haya concluido.

No proclamamos la universalidad de esta particular manera de trabajar, que emerge de nuestros intereses personales y políticos, y a través de nuestra experiencia con una población en particular. Nuestros clientes se presentan como heterosexuales y son predominantemente, aunque no exclusivamente, Euro-americanos de clase media, y media-baja. A pesar de haber trabajado con éxito y eficacia con parejas de otras culturas, se trata de una población minoritaria en comparación, y por tanto invitamos a aquellos colegas que trabajen con poblaciones diversas que experimenten con nuestras ideas y técnicas para así determinar lo que sea aplicable y útil.

¿Porqué terapia de pareja?

El debate de nuestro modelo deberá empezar por plantear la cuestión sobre el uso de la terapia de pareja cuando el problema presentado sea la violencia. ¿Por qué ofrecer terapia de pareja cuando las pensadoras feministas han presentado tan convincentes críticas al enfoque sistémico, y tantas están explícitamente opuestas al tratamiento conjunto? (Ver, por ejemplo, Avis, 1992; Bógrad, 1984,1992; Gondolf, 1995; Hansen, 1993; Jacobson, 1994; Kaufman, 1992; Margolin & Burman, 1993; Willbach, 1989; Yllo & Bograd, 1988). Situar a un hombre violento y a su pareja en la cercanía e invitarlos a trabajar temas conflictivos de su relación se presta, evidentemente, a revictimizar a la mujer física y psicológicamente y a prestar al agresor una coartada para la auto-justificación. En efecto, debe subrayarse

que nosotros mismos hemos estudiado estos puntos (Goldner, 1992; Goldner, Penn, Sheinberg & Walker, 1990), hemos compartido esta preocupación, y contribuido con muchas ideas a la creciente crítica feminista en relación a la aproximación a la violencia de las terapias de pareja sistémicas estándar.

Sin embargo, creemos que las terapia de pareja, fundamentada en la preocupación feminista por la justicia y la seguridad, debería ser una opción de tratamiento fiable cuando el problema es la violencia. El enfoque dominante actual, el grupo de tratamiento de género específico para agresores (Edleson & Tolman, 1992; Pence & Paymar, 1993), no se ha demostrado empíricamente más seguro o efectivo que otros métodos, incluida la terapia de pareja centrada en la reducción de violencia (Brown & O'Leary, 1995; Feldman & Ridley, 1995; Jennifer, 1997). Ver Goldner (en prensa) para un debate más extenso.

Los resultados de las investigaciones en este campo son demasiado rudimentarios aún para servir como guía o justificación para cualquier modo de trabajar. En nuestro caso, nos hemos centrado en la terapia de pareja por muchas otras razones. Primero, llegamos al problema de violencia desde la tradición de la terapia familiar, y hemos dedicado 10 años usando, criticando y transformando sus metodologías y teorías con el objetivo de sacar provecho de las ventajas de la aproximación sistémica, minimizando sus riesgos.

También estamos respondiendo a la demanda de nuestros clientes. Hay hombres y mujeres que quieren específicamente terapia de pareja y no accederán a someterse a otras formas de tratamiento, a pesar de que los riesgos de la terapia de pareja se enuncien claramente. Esta preferencia es a menudo parte del problema. Por ejemplo, la terapia de pareja puede ser la única forma de tratamiento con la que algunos hombres estén de acuerdo a trabajar, quizás porque es el único formato que, por incluir a la mujer desde un principio, transmita el mensaje de que ella es co-responsable del abuso. El mero hecho de ver a las dos partes juntas confiere un manto de legitimidad a la pareja como pareja, que permite a los miembros minimizar las implicaciones catastróficas de la violencia para el futuro de su relación,

Pero al mismo tiempo, la experiencia vivida de muchas de estas parejas incluye una extraordinariamente intensa, mutua reactividad. Los miembros están a menudo tan obsesionados el uno con el otro y tan absorbidos por la relación que no quieren considerar la posibilidad de trabajar por separado. Quieren y necesitan un alivio para el desgaste diario producido por el tiovivo emocional de la relación en la que está inmersa la violencia del hombre.

Aunque siempre insistimos en puntualizar que las relaciones que forma el hombre no son causa de su violencia, es cierto sin embargo que tal violencia se entreteje en el confuso melodrama de la implicación de la pareja. Como resultado, se deberá encauzar el poder obsesivo de la relación para que en un segundo momento ocurra el cambio entorno a la violencia del hombre. Esto no es factible viendo a cada miembro por separado, pues, será tan solo observando el particular

e idiosincrásico engranaje de la relación *statu nascendi* que el poder del embrujo llegue a emerger. Tal como han demostrado los terapeutas sistémicos, una imagen vale más que mil palabras, especialmente cuando los pacientes mismos típicamente no pueden ver el contexto que está modelando su comportamiento.

Se debe también identificar una paradoja de apego. Los dos miembros de estas relaciones saben que la violencia es una cosa terrible, y que no deberían permanecer en una relación si están causando daño al otro, o si están siendo víctimas de abuso. Pero para muchos, su intenso apego, que está universalmente estigmatizado por el mundo externo, les lleva a seguir comprometidos a pesar de los riesgos, la vergüenza y la destrucción. De este modo, mientras que es posible convencer a las mujeres para que dejen a los hombres peligrosos, demasiadas vuelven – aunque no tengan una necesidad económica de hacerlo- para ser más aún dañadas la siguiente vez. Más aún, hay muchísima evidencia que documenta que a las mujeres que consiguen irse están bajo un gran peligro de ataque o de homicidio por parte de su esposo anterior. Un estudio del Departamento de Justicia, por ejemplo, documenta que la victimización violenta es seis veces mayor para las mujeres que se separan que para aquellas que no lo hacen (U.S. Department of Justice, 1994).

Estos datos avalan la observación clínica de que estas parejas están unidas con una intensidad monumental y eso hace que la separación sea a la vez poco probable y muy peligrosa. Dado el nivel de riesgo, es de sentido común argumentar que el desarrollo de la alianza terapéutica con los dos miembros es de vital importancia. Entonces, si la separación está indicada, el proceso puede ser mediado por terceras partes fiables que no sean vistas como pertenecientes a un bando u otro. Es más, dado que muchas parejas no se separan físicamente aunque ésta sea la opción más segura, contradice el sentido común afirmar que separar a los miembros en terapia necesariamente promueve más la seguridad. Después de sus respectivas sesiones, los dos acaban juntos en casa igualmente, a menudo poco iluminados por las especificidades de su proceso de escalamiento, y sus peligrosos momentos.

Una cosa es, por ejemplo, decir a un hombre violento que debe abandonar la situación antes de que “se enfade demasiado”. Otra cosa es estar en la habitación con la pareja y preguntar al hombre si es consciente de que ha empezado a interrumpir a su compañera. Una vez se le ha llamado la atención sobre este hecho, se le puede preguntar a su esposa si está empezando a sentir los primeros síntomas de tensión y miedo. Habiendo congelado el momento, es posible entonces decirle al hombre, “*este es el momento en que tienes que decirte, “es hora de irme”*”.

Finalmente, respecto al debate sobre la toma de responsabilidades, es cierto que el pensamiento sistémico convencional tiene la potencialidad de culpar a la víctima. Puesto que la mayoría de aproximaciones asociadas parten de la idea sistémica de que todo los problemas (y por tanto, la violencia incluida) son construidos y mantenidos mutuamente, éstas tienden a negar la obvia desigualdad entre los miembros, y fácilmente confunden la interdependencia psicológica con

la responsabilidad individual. Sostener que los cónyuges *participan* mutuamente en un proceso de interacción no significa que sean mutuamente *responsables* de él, ni de su catastrófico resultado (Goldner, 1985). Además, tal como hemos afirmado en numerosas ocasiones (Goldner, 1992; Golder, in press; Goldner *et al.*, 1990; Walker, in press; Walker & Goldner, 1993), un enfoque sistémico que enfatice el contexto y la circularidad no tiene porqué empezar por la presunción ofensiva de la mutua responsabilidad. Una mujer golpeada no es *igualmente* responsable por su nariz rota, aunque reconozca haber estado enfadada o “provocativa”; tal y como la víctima de un abuso sexual no es igualmente responsable por lo que pasó en medio de la noche, aunque se sintiera excitada.

Es más, trabajando desde una matriz expandida de supuestos que empieza con la seguridad y la equidad, y que incluye una apreciación sobre la interdependencia psicológica, la reactividad conductual, la vulnerabilidad biológica, la responsabilidad individual y el contexto cultural, se puede decir que mantener a la pareja en la misma habitación intensifica las dimensiones morales del tratamiento, convirtiendo en realidades temas como la igualdad, el respeto, la justicia, la intimidación y la violencia. La presencia de la víctima relatando su experiencia a su compañero agresor ante otros preocupados (el terapeuta y su equipo) que son un “testigo presencial”, crea un imperativo moral que lleva el trauma del abuso al aquí y ahora, haciendo tanto más real la necesidad de las explicaciones del hombre.

El tema aquí es que no hay una única “mujer golpeada” ni un único “hombre violento” para los cuales haya un tratamiento idóneo y otras tantos enfoques equivocados. Los investigadores, los clínicos, y los defensores de derechos humanos han estado trabajando con empeño durante 20 años haciendo distinciones entre los diferentes tipos de abusadores, víctimas, relaciones violentas y formas de tratamiento (Feldman & Ridley, 1995; Holtzworth-Monroe, Beatty & Anglin, 1996; Holtzworth-Monroe, Smutzler, Bates & Sandin, 1997).

Algunos hombres están más capacitados y más dispuestos a ejercitar la habilidad de controlar sus impulsos, y a asumir la responsabilidad por sus acciones y sus actitudes. Algunas mujeres están totalmente aisladas y traumatizadas por la violencia, otras tienen todavía algún resquicio de poder en la relación y fuera de ella. Y algunas relaciones se basan tan sólo en el poder y el control, mientras que otras han logrado incluir de algún modo sentimientos de amor y amistad. Finalmente, mientras que algunas parejas están constantemente en un estado de conflicto y explosión, otras mantienen periodos largos de relativa calma.

Lo que proporciona la perspectiva feminista es un marco ético y político fundamental desde el que observar el abuso y la victimización. En estos temas más importantes, y sobre la cuestión de la seguridad, no debe haber negociación ni ambigüedad. Pero habiendo establecido estas bases morales, - un cero en tolerancia para la violencia, y un compromiso para la seguridad, y la equidad por encima de todo-, se debería dejar espacio para voces y aproximaciones distintas para este grave

y complejo problema. Todos tenemos mucho que aprender los unos de los otros, y la innovación no puede considerarse una traición.

Ejemplo de un caso

La siguiente transcripción de una sesión de grupo de parejas, ilustra cómo las mujeres y los hombres de nuestro proyecto afrontan las cuestiones morales y políticas que subyacen a la violencia y la victimización. Adrienne y Kent, una pareja que ha mantenido una relación no violenta durante 3 años, están hablando con Elaine y Dennis, que están todavía forcejeando activamente.

ELAINE: *No teníamos ningún sitio a donde ir. Probamos con consejeros matrimoniales, pero no sabíamos hacer las cosas de otra manera.*

TERAPEUTA: *¿Cuál es la diferencia entre un consejero matrimonial y el trabajo en parejas que habéis hecho con nosotros?*

ELAINE: *Con el consejero matrimonial sentía que siempre íbamos a parar a lo mismo: “¿cuál era el papel que jugabas tú en todo eso?”, mientras que aquí, no es que esté absuelta de la responsabilidad de la relación...*

ADRIENNE: (Interrumpe) *Pero estás absuelta de la violencia.*

ELAINE: *Sí!... Mi último terapeuta repetía “si provienes de un lugar de amor entonces no puede volverse violento” (Suspira) Así que intentaba actuar desde un lugar más profundo de amor, que era difícil a medida que iba teniendo más miedo y más resentimiento.*

DENNIS: *Todavía me cuesta esto, y pienso “No era tan malo” o “me provocaba,” Yo decía “tú me has pegado a mí” pero Elaine insistía en que hay una gran diferencia puesto que yo podría matarla de un golpe. Oyendo a Elaine me ayuda a darme cuenta que no puedo usar el hecho que ella me pegaba como excusa de mi violencia. Es fácil decir, “Sí, me puse violento”, pero fui provocado, lo cual minimiza lo que hice. Esto me cuesta porque no quiero pensar en mí mismo como una persona horrible que pega a alguien.*

KENT: *Habiendo pasado tres años desde que pegué a Adrienne, nunca olvido porqué estoy aquí. Habrá un punto en que puedas tolerar haber sido una persona violenta, pero no eras una persona horrible. Yo este punto lo he superado. He contando mi problema a gente. Estoy bien en este punto mientras lo controle para el resto de mi vida. Y estoy muy orgulloso de esto. Da una sensación de poder saber que yo he sido una persona muy abusiva, y me he quedado muy satisfecho por haber logrado superar el reto de tomar responsabilidad por el hecho de que no importa qué me haga otra persona, yo me controlo. Ya no me pueden “provocar” de manera que sirva de excusa a mí mismo por haber sido provocado. Este ha sido el mayor logro de mi vida.*

FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA

Multiplicidad clínica

En nuestro proyecto, el compromiso de trabajar desde múltiples perspectivas fue desarrollado durante 12 años de práctica clínica. No obstante, la razón para ello va más allá de la clínica, dando también cuerpo a un compromiso político y teórico. Observar a través de múltiples lentes no es una negociación; es una opción que refleja un ideal intelectual, político y psicológico: reconocer la valía de perspectivas contradictorias que compiten, y negociar las demandas emocionales de tan diversos enfoques sin por ello dividir las ideas y las personas en buenos y malos. (Goldner, 1992; ver Sheinberg, 1992, para una explicación más amplia).

Esta forma de pensar crea un contexto en el que *cada perspectiva actúa como revisora de la otra* – un tipo de reflexividad crucial cuando se está trabajando con un tema tan volátil como la violencia. Esto es especialmente importante en la situación clínica donde lo más necesario en la creación de un contexto de cambio es la habilidad del clínico para sostener verdades contradictorias, más que escoger entre ellas. Un ejemplo simple subyace en la ironía que la violencia es un medio a través del cual el hombre gana control perdiéndolo. Otro ejemplo es la paradoja del apego: el hecho que las mujeres golpeadas amen y protejan a los hombres que las maltratan.

Dada la complejidad moral y psíquica de estas cuestiones, el trabajo con los clientes tendrá por objetivo el desarrollo de una comprensión del abuso y la victimización, sin que sea negociable una clara visión moral respecto a las cuestiones de responsabilidad, esto es, *sin culpar a la víctima, compadecer a la víctima, ni permitir que el abusador haga mal uso de su insight psicológico para evitar así tomar responsabilidades por sus acciones*.

Es árduo sostener claridad moral en el contexto de ambigüedad psicológica, pero es esencial si el trabajo de uno pretende ser íntegro. Con los años, nos hemos vuelto más hábiles en elevar niveles y encuadres en función de las demandas de la situación de modo que la relación de pareja y sus dilemas estén situados en múltiples narrativas y discursos, los cuales están todos en marcha mientras se desarrolla la situación clínica. No elevamos un discurso sobre otro. Tal como describen los físicos la metáfora de la ola y la partícula, donde primero una manera de ver y después otra predomina, nuestra posición en una entrevista siempre está “en acción”.

Por ejemplo, la conversación clínica puede ser consistente con las cuestiones de poder y control subrayadas por la narrativa feminista, para pasar a reconfigurarse entorno a otra gestalt que focalice cuestiones de vulnerabilidad y desesperación. Cada dominio discursivo mueve el diálogo hacia algunas cuestiones y lo aleja de otras, y todos tienen una parcela de verdad – que se aleja cuando la siguiente verdad empieza a cristalizar.

Posicionar la terapia

El reto y la atracción esencial de nuestra aproximación terapéutica está fundamentado en una serie de conversaciones que posicionan la terapia en relación a la cuestión de la violencia. Estas conversaciones establecen los términos de la terapia, situando la relación entre la violencia, la terapia y el control social.

Por ejemplo, podemos empezar subrayando las paradojas del tratamiento resaltando, “Nuestra conversación hoy es un poco extraña en el sentido que si tu, John, hubieras hecho a Jane en la calle, lo que le hiciste en la cocina, no estaríamos hablando aquí. Estarías delante de un juez, y Jane actuaría de acusación. Y por la misma regla, Jane, si te hubiera atacado en la calle en lugar de en la cocina, no hubieras vuelto a la esquina de la calle a la mañana siguiente para ver cómo estaba”.

El nombrar y encuadrar estos silogismos y sus implicaciones para la terapia crea un contexto en el que los clientes comparten la carga de trabajar con esos dilemas de terapia con el terapeuta, que de otro modo, hubiera típicamente cargado con ella sólo. Preguntas centrales como “¿debería probar la terapia de pareja?” o “¿debería finalizar la terapia de pareja?” son los puntos de inicio para un diálogo más que un dilema privado. Mientras que estas decisiones son finalmente responsabilidad del terapeuta, el proceso de decisión y los riesgos que conlleva se vuelven ahora la prueba inicial de la terapia. Esto, en sí mismo, es una poderosa intervención terapéutica.

Terapia frente a Control Social

Los terapeutas que tratan parejas donde el hombre ha sido violento se enfrentan a un dilema moral fundamental que es o bien adoptar una posición de neutralidad terapéutica o bien ejercer de defensor de la víctima. Mientras muchas terapeutas feministas defienden que una posición de neutralidad frente a hechos moralmente repugnantes tales como golpear implícitamente sanciona el abuso, por tanto victimiza a la víctima de nuevo, muchos terapeutas familiares sostienen que las etiquetas mismas de “víctima” y “abusador” distorsionan y sobre-simplifican la dinámica de las relaciones íntimas, forzando al terapeuta a convertirse en un agente de control social –una postura que consideran completamente incompatible con el rol de terapeuta.

En este momento, el arte de la multiplicidad subyace en la creencia que no sólo es posible, sino también necesario, llevar las dos posiciones a la situación de terapia de modo que sus verdades puedan tocar en contrapunto, cada una un comentario implícito de la otra. El tratamiento de estas cuestiones en la situación clínica sin llegar a romper o colapsar la sesión, requiere un marco teórico en el que los aspectos morales y psicológicos de la vida íntima se mantengan en tensión. Esto hace posible enfrentar cuestiones morales en términos que son tanto psicológicamente significativas como moralmente rigurosas. Cuestiones tales como simbiosis vs. dominancia, asertividad vs. intimidación, o la cuestión de la capacidad de acción de la

víctima -dado el contexto de su victimización- requieren este tipo de doble visión.

El establecimiento de un marco moral es una de las primera tareas en la terapia. Es por esta razón que hacemos que la violencia sea el problema a trabajar, a pesar de que la pareja tenga una lista con una variedad de problemas y quejas. La violencia del hombre puede o puede no nombrarse explícitamente, pero una vez sea elicitada, se convierte en el foco central de la terapia, especialmente en las primeras sesiones.

Hacemos que la cuestión de la violencia sea el primer problema expuesto porque, desde una perspectiva de segundo orden, la violencia es *nuestro* principal problema, en el sentido que corremos el riesgo que la terapia pueda convertirse en parte del sistema de excusas del agresor, si su violencia no es el foco inicial de la terapia. De este modo, hacemos una distinción clave entre el crimen de la violencia del cual sostenemos que el hombre es el único responsable y las “cuestiones de la relación” que pueden ser consideradas como mutuas. Si no establecemos esta frontera es demasiado fácil que la violencia se convierta en un valor negociable, en un *quid pro quo* marital, como “si ella no regañara, yo no pegaré”.

Ejemplo de caso

En el siguiente ejemplo, que —a propósito de esta discusión— está centrado en nuestro trabajo con el hombre, el dilema del terapeuta en torno a las cuestiones de la terapia vs el control social se convirtió en el eje central para una intervención que condujo la terapia en torno a la cuestión de la violencia, e “invitó” al hombre a que tomara su responsabilidad por sus actos violentos (Jenkins, 1990).

Andrea y Jeff, una pareja blanca judía, alrededor de los treinta, ambos con trastorno mental, fueron referidos al Instituto Ackerman porque Jeff golpeó a Andrea cuando estaban en la recepción del Centro de Salud Mental donde estaban asistiendo a un Programa de Tratamiento de Día. La pareja eran “pacientes con trastorno mental” con una carrera psiquiátrica larga, incluyendo numerosas hospitalizaciones, y Jeff, además, presentaba un caso moderado de disquinesia tardía, uno de los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica de larga duración.

Antes de involucrarnos en su relación, había 5 terapeutas trabajando en ella, cada uno con una idea diferente sobre cómo manejar la cuestión de la violencia. El psiquiatra de Jeff quería hospitalizarle de nuevo, o, como mínimo, aumentarle la medicación. Su terapeuta individual quería que siguiese en régimen de día y aumentar la frecuencia de las sesiones de terapia. El terapeuta de Andrea sentía que ésta debería dejar el pequeño apartamento que compartía con Jeff, atribuyendo su violencia a “la cercanía del hogar”; y los dos terapeutas de grupo tomaron la postura que Andrea era una persona difícil que provocaba a Jeff para ganarse la simpatía de los otros.

El grupo de terapia sólo coincidía en una cosa: “Ante la duda, añade terapeutas”. Así que Jeff y Andrea fueron enviados al Instituto Ackerman para terapia de pareja, donde dos terapeutas más (Virginia Goldner y Gillian Walker) se

añadieron a sus rondas semanales. No es sorprendente, dado la política de las derivaciones, que fuera virtualmente imposible durante la sesión inicial valorar lo que estas dos personas pensaban sobre cualquier cosa, mucho menos lo que pudieran querer de la terapia de pareja, o si, efectivamente, querían asistir a terapia de pareja.

Cuando volvieron la semana siguiente, la noticia interesante fue que Jeff no había usado ninguna de las estrategias que habíamos sugerido durante la primera sesión, y a pesar de que la pareja había discutido varias veces, él no se había vuelto violento. Nos preguntamos en voz alta si este renovado control de impulsos se podía interpretar como un comunicación a los terapeutas sobre su visión ambigua de nuestras diversas propuestas para el cambio. Él contestó diciendo que pensaba que nuestro enfoque sobre la violencia era “demasiado superficial” porque, continuó, había “muchos factores que llevaban a la violencia física”, que era “la culminación de muchas presión y tensión acumulada” causada por los temas no resueltos de la pareja. Por tanto, sostenía, la terapia tendría que centrarse sobre “esas otras cosas”.

Como consumidor de terapia en una sociedad psicológica, Jeff estaba reiterando la sabiduría popular que dice que los síntomas “superficiales” tienen causas “profundas”. Esta idea se encuentra en muchos discursos psicológicos, incluido la noción derivada de la cibernética de que los síntomas son un producto de los sistemas disfuncionales. El argumento de Jeff concuerda con este discurso en tanto que implica a Andrea en sus acciones violentas convirtiendo la violencia en una expresión superficial de “problemas de pareja” subyacentes. Esta muestra de psicología sistémica pop va más allá de implicar a la víctima, también oscurece completamente los efectos catastróficos de un acto violento sobre ella, y separa a su vez el acto violento de su agente verdadero, el hombre que se comporta de manera violenta. Así pues, no sería Jeff el que pega a Andrea, rompiéndole dos costillas en una ocasión; los culpables serían la “presión y tensión acumulada”.

Claramente, la definición y el análisis que hace Jeff de la situación, difería considerablemente de la nuestra. Además, a pesar de nuestras intensas preguntas, Andrea permaneció intencionadamente enigmática, excepto en cuanto a Jeff se refería, cuando expresó considerable escepticismo sobre sus motivaciones a la terapia. Y, dada la política Bizantina de la agencia que los derivaba, la cuestión de establecer un calendario para terapia seguía siendo una pregunta abierta. Estas ambigüedades, y el dilema clínico que sostenían, se convirtieron en el tema de la propuesta de intervención que le hicimos a Jeff al final de la segunda sesión.

TERAPEUTA: Estamos en una encrucijada con respecto a esta terapia, y pensamos que vosotros también. Como tú, Andrea, no sabemos si Jeff está aquí básicamente porque le “han enviado” o si está aquí porque personalmente quiere estar aquí por sí mismo (Ella asiente). Y sabemos por las cosas que has dicho, Jeff, que este es un tema importante en tu vida- cuando

haces las cosas porque quieres hacerlas, y cuando haces las cosas por que el “niño bueno” que hay en ti siente que debería hacerlas (Jeff asiente). Pero todos sabemos que cuando actúas como niño bueno, puedes enfadarte después, y entonces es cuando Andrea puede ser lastimada (los dos asienten). Así que estamos intentando averiguar cómo podríamos clarificar los términos bajo los cuales estarías viniendo aquí – si lo haces para contentar a otras personas, o porque tu quieres estar aquí por tí mismo. Y nos hemos percatado que la cuestión de la violencia podría clarificar todo el tema. Estuvimos de acuerdo en lo que dijiste en la sesión, Jeff -que independientemente de cuantas personas te den sus ideas sobre la violencia, al final, es tu decisión si vas a pegar a Andrea o no.

JEFF: *Eso es!*

TERAPEUTA: *Quizás eso es lo que estabas diciendo a todos la semana pasada, al rechazar todas nuestras sugerencias sobre cómo manejar tus enfados, y al mostrarnos (y a todo el mundo que estaba observándoos a los dos) que podías enfadarte tanto como tu quisieses, y aún así no golpearla. (él asiente) Así que tenemos una propuesta. Programaremos nuestra sesión para dentro de dos semanas. Si no pegas a Andrea en las próximas dos semanas, y optáis por volver a vernos (lo cual, en este punto, es todavía una decisión que podéis tomar), entenderemos que nos estarás diciendo “Estoy escogiendo ir a terapia de pareja por mí mismo porque yo quiero asistir”. Este es el mensaje que nosotros entenderemos, pero si golpeas a Andrea, tendrás que venir a terapia de pareja, porque tus terapeutas pondrán una gran presión sobre ti para que sigas viniendo aquí, y si rechazaras, podrían tomar medidas más extremas, como aumentar tu medicación, o llegar a ingresarte de nuevo en el hospital, o podrías incluso acabar en prisión por agresión. En el caso de que te comportes de manera agresiva, la elección en cuanto a la terapia se te irá de las manos. Así que si la agredes, entenderemos que estarás diciendo que quieres estar en terapia, pero quieres que sea de manera obligatoria. (Después de una charla con Andrea sobre su sensación de riesgo y de sus alternativas, añadimos otra idea).*

TERAPEUTA: *También estamos en otra encrucijada sobre los temas en que centraremos estas sesiones. Jeff, dijiste hoy que pensabas que estábamos trabajando a nivel superficial, que podías controlar tu violencia contra Andrea, pero que hay muchas otras cuestiones para las que realmente necesitas ayuda.*

JEFF: *Si, eso es lo que intentaba decir!*

TERAPEUTA: *Pero el problema es que tus terapeutas te han enviado aquí porque has sido violento, así que es obvio que esperan que nos centremos en esto. De nuevo, la elección es tuya. Si pegas a Andrea, tendremos que*

hablar de violencia porque es por esto que te han enviado aquí. Si no la pegas, y los dos decidís volver, entenderemos que significa que escogéis estar en terapia para hablar de otras cosas que sentís que son importantes, tal como cualquier marido haría.

No vimos ni tuvimos noticias de la pareja (ni de la agencia) en las dos semanas siguientes. Imaginando el destino de nuestra intervención durante este período, computamos que, en el intervalo entre nuestras visitas, Jeff y Andrea podían haber asistido a diez sesiones de terapia con otros cinco terapeutas con quién hablar, criticar y potencialmente dismantelar la intervención que cuidadosamente habíamos diseñado. A pesar de eso, cuando llegaron dos semanas más tarde, Jeff empezó a hablar como si no hubiera habido intervalo alguno. “Hemos discutido mucho” dijo “y no ha habido violencia física. Así que tenemos muchas cosas de las que hablar. Si pudiéramos empezar con ello, sería de gran ayuda”.

Preguntamos a Jeff cómo había conseguido contenerse de golpear a Andrea. “¿Tuvisteis peleas que hubieran podido acabar en violencia?” preguntamos. “Muchas, muchas” Contestó. “Pues qué hiciste diferente?” Preguntamos.

JEFF: *No lo sé, no lo sé. Pero yo creo que – todo este montaje y toda esta gente prestando atención me ha hecho pensar mucho.*

TERAPEUTA: *¿Te refieres a todos los terapeutas prestando atención?*

JEFF: *Si, y especialmente este sitio. Quiero decir que se está centrando mucha atención en este sitio. Y me doy cuenta que me siento mejor cuando me detengo a mí mismo. Como ahora, sabes, media hora más tarde es como... ridículo. Es que ya no me apetece hacerlo para nada. Así que es simplemente una cuestión de que (concluye despacio y enfatizando lo que dice) me alegro de haberme contenido, porque.. no se consigue nada con ello!*

Los cambios en la actitud y el comportamiento de Jeff pueden detectarse en sus opciones en el uso del lenguaje. En la sesión anterior, Jeff hablaba de la violencia sin un pronombre personal, como “la violencia” que, en su léxico, era consecuencia de “cuestiones”, “tensiones acumuladas”, y, por extensión a Andrea misma. En cambio, en esta sesión ha pasado a hablar de la violencia en términos que ponen de relieve su logro personal y su responsabilidad. Razonando sobre el pasado desde su posición actual de no violencia, Jeff representa el golpear a Andrea como una opción que a veces quiere tomar (“*media hora más tarde ya no me apetece hacerlo*”). También piensa en su violencia en términos instrumentales (“*no se consigue nada con ello*”), y lo encuadra como un impulso que puede controlar (“*me alegro de haberme contenido*”).

Jeff atribuye el cambio de perspectiva y comportamiento a “*toda la estructura y la atención*” centrada (en la violencia), cosa que “*me ha hecho pensar mucho sobre ello*”. Como resultado, aquello que había relegado como vago y despersonalizado se vuelve el centro de atención, y sus consecuencias se han articulado. Esto ha

producido claramente una sensación de dominio y, como resultado, Jeff empieza a separarse a sí mismo de su impulsividad (“*me siento mejor cuando me detengo a mí mismo*”).

Terapia frente a consulta

En este caso, uno de nuestros primeros casos, construimos una paradoja terapéutica que esencialmente convirtió el hecho de que el hombre no fuera violento en una condición en función de la cual se establecerían los términos de la terapia, sin privar a la pareja de tratamiento en el proceso. Nos motivó la predisposición de Jeff a aceptar la distinción que hicimos entre su violencia y los otros problemas de la pareja, así como su capacidad para cambiar su comportamiento sin otras formas adicionales de control social.

Este resultado victorioso nos llevó a incorporar los principios de esta intervención al diseño de nuestro programa. Ahora enmarcamos el estadio inicial de la terapia como “una consulta extendida” más que como el inicio de la terapia. La meta de la consulta, explicamos, es determinar si una aproximación conjunta puede ser un formato seguro y efectivo para acabar con la violencia.

Puesto que la seguridad es nuestra preocupación básica, destacamos el hecho que la terapia de pareja puede conllevar riesgo dado que el hombre ya ha actuado de manera violenta en ocasiones. Si la terapia pretende ser genuina, se deberán tratar temas conflictivos, pero puesto que el hombre ya se ha permitido “pasarse de la raya” en el pasado, hay riesgo de que pueda dejar que su furia emerja y llegue a maltratar físicamente a su pareja después de una sesión conflictiva.

El riesgo de esta violencia “activada en terapia” crea un dilema de significado y autenticidad entorno al trabajo clínico. Concretamente, la mujer está entre la espada y la pared. Si se expresa exhaustiva y completamente, con toda la intensidad emocional que sus preocupaciones conllevan, podría ponerse en riesgo después de la sesión. Pero si, por miedo, minimiza las cuestiones para suavizar a su compañero, la terapia no es auténtica y pierde su oportunidad de hablar de lo que piensa, que es lo que vienen a hacer las personas en la terapia.

De este modo, para continuar con la terapia de pareja, explicamos que necesitamos empezar con una consulta extendida (1-3 sesiones) para determinar si es posible crear una “zona terapéutica segura” donde se pueden confrontar cuestiones reales sin colocar a la mujer en un territorio de violencia. Este posicionamiento inicial de la terapia constituye una paradoja terapéutica en la que estamos pidiendo a las parejas que resuelvan el problema de la violencia del hombre y de la falta de seguridad de la mujer antes de darles la terapia que necesitan para conseguir esta meta. Este es el dilema que se genera por la posición feminista dominante en terapia de parejas, que sostiene que la violencia debe parar antes que esta terapia (o en algunos casos cualquier tipo de terapia) pueda iniciarse. Para aquellos hombres y mujeres que no pueden o no quieren ser derivados a otros tipos de tratamiento, tales

como grupos de maltratadores y grupos de apoyo a mujeres, el rechazo al trabajo conjunto les deja solos con el problema hasta que lo solucionan, una posición que puede empeorar una situación de peligro, especialmente para las mujeres y los niños que son normalmente los objetivos de la ira de los hombres.

En nuestro encuadre, sin embargo, esta paradoja se vuelve sobre sí misma, ya que podemos tomar la posición de oficialmente detener la terapia a menos que la violencia se detenga, mientras que al mismo tiempo proporcionamos input terapéutico para *asegurarnos* de que la violencia se detiene. (Qué es una “consulta extendida, por cierto?” Una sesión se puede llamar “consulta”; después de eso, cualquier clínico competente está haciendo “terapia”- bajo el nombre que sea).

Hacer que la transición de “consulta” a “terapia” sea a condición de la no violencia crea clientes altamente motivados que harán lo que sea para crear un espacio seguro para el tratamiento. Muchos están tan implicados en esta condición terapéutica que cuentan minuciosamente el número de sesiones, preguntando periódicamente, “puesto que es la sesión n°---, ¿significa eso que hemos pasado la consulta y nos habéis aceptado en el programa de terapia?”.

Evaluación clínica

El proceso de consulta es, por supuesto, más que una maquinación retórica. Es cierto que usamos estas sesiones iniciales para centrarnos intensivamente en el riesgo de violencia y la cuestión de la seguridad, reservando el derecho a poner fin a la consulta y proponer otros tratamientos alternativos si sentimos que el caso es demasiado peligroso para terapia conjunta. Pero hacemos que el trabajo de evaluación sea terapéutico en sí mismo, para que este proceso sea una plataforma para el entendimiento y el cambio.

Empezamos la primera sesión estableciendo una estructura para la consulta inicial. Comunicamos a la pareja que los veremos a los dos, después individualmente a cada uno; entonces, después de un descanso para que los terapeutas consulten, nos encontraremos de nuevo con los dos para “dar nuestro mejor parecer sobre la situación, incluyendo recomendaciones sobre qué tipo de tratamiento pensamos sería el de más ayuda”. Esta estructura nos permite ver a la pareja en acción, y saber si la mujer, cuando hablamos con ella en privado, ha omitido o ha minimizado, por miedo, alguna información importante sobre el nivel de violencia y otras formas de abuso e intimidación a las que haya estado sujeta. Los encuentros individuales con el hombre también aumentan la alianza terapéutica, pues la reunión con él demuestra que nuestra definición del tratamiento no sólo se restringe a ser defensores de la mujer.

Durante la fase conjunta de la sesión preguntamos regularmente sobre el nivel y frecuencia de la violencia, usando preguntas directas como: “¿con cuánta frecuencia los conflictos entre los dos acaban en algún tipo de violencia?” y, “cuál es el peor incidente que haya ocurrido nunca?” Puede que aquí descubramos que

la mujer también ha sido violenta. Si éste es el caso, aclararemos que la violencia es inaceptable para nosotros en cualquier forma, pero también señalaremos que a menos que la mujer empuñe un arma, su violencia no es tan peligrosa ni tan dañina sencillamente porque físicamente no es tan fuerte. Este punto puede ser enfatizado preguntándole al hombre si se ha sentido físicamente intimidado por la mujer durante una pelea (que constituye la experiencia de ella). La respuesta es casi siempre “no”.

También exploramos la variedad de significados que cada miembro extrae del acto de la violencia. ¿Es en defensa propia? ¿está anclada en una estrategia de intimidación? ¿Es un intento de provocar un contraataque para “sacarse de encima lo inevitable” o para justificar la violencia siguiente? etc.

También preguntamos sobre la historia de violencia previa del hombre con otras mujeres, hacia los niños, y sobre la violencia en otros contextos: “Y ¿qué me dices sobre peleas con hombres en tu vida, o con extraños?” Evidentemente, cuanto más se encuentre el patrón de violencia, tanto más peligroso será el hombre. Esto es especialmente cierto sobre la violencia fuera del contexto familiar. El hombre que se mete en peleas callejeras es mucho más impulsivo y explosivo que el hombre que es violento sólo hacia aquellos que no pueden defenderse. Y, sobre la cuestión de la impulsividad, preguntamos sobre el abuso de sustancias, porque el uso del alcohol y las drogas disipan las inhibiciones, y la nuestra es una terapia basada en el control de los impulsos.

También exploramos el contexto y la herencia cultural de cada miembro, intentando comprender cómo se percibe la violencia doméstica en sus familias y comunidades, si está relacionada con otros tipos de opresión y cómo, etc. Finalmente, intentamos evaluar si hay una dimensión neurobiológica en la violencia del hombre. Aquí preguntamos sobre su historia escolar, su historial de pataletas en la infancia, enfados, problemas de atención, y lesiones en la cabeza. Ver a Walker (en prensa) para una exposición de estas cuestiones.

Más allá del contenido explícito de la entrevista, también observamos la manera en que la pareja parece vivir la sesión y cómo vive al otro. ¿Pueden estar en presencia el uno del otro y trabajar, o están tan mutuamente reactivos que el terapeuta tiene que estar constantemente controlando y conteniendo el proceso? Estamos particularmente preocupados por la capacidad del hombre de trabajar en la sesión, puesto que debemos comprometerle desde el principio para que deje de actuar de manera violenta ¿Se muestra controvertido, grandilocuente o hiperdefensivo hacia su pareja? ¿Hacia el terapeuta?

Con respecto a las mujeres, estamos intentando determinar inicialmente si están tan dañadas por el abuso que ya no pueden pensar por ellas mismas y omiten su punto de vista o si están tan condicionadas por su miedo que no hablan libremente. Aquí inicialmente evaluamos si los pensamientos de la mujer son claros o confusos, si sus emociones la desbordan o bien están excesivamente latentes, o si

parece excepcionalmente vigilante. También observamos la apariencia física por si hay algún signo de abuso. Puesto que la vemos sola, tenemos la oportunidad de comparar su auto-presentación en los dos contextos, y podemos discutir nuestras observaciones con ella en privado.

Al acabar la primera sesión, debemos sentir que el hombre puede tolerar que usemos palabras como “violencia”, “seguridad”, “justicia” y “miedo”, y que puede tolerar una redefinición del problema presentado pasando de algo relacional o centrado en la pareja a un énfasis explícito de su violencia, y su total responsabilidad por ella a pesar de cualquier “circunstancia atenuante”. Nos llama la atención que la mayoría de los hombres que hemos visto en consulta han sido capaces de dar este giro. Esto es probablemente porque nos hemos vuelto hábiles enmarcando las cuestiones de manera que constituyan un reto que no les lleve a alienarse. Damos sentido a su violencia de manera que sea significativa psicológicamente, aunque mientras lo hacemos sostenemos que son responsables de ella.

También sostenemos que la mujer debe tomar responsabilidad por su seguridad, y que esto deberá ser su prioridad. Esto implica situar su seguridad física por delante de otras preocupaciones que puedan comprometer tal seguridad. Por ejemplo, su amor hacia el hombre puede despertar sus sentimientos de protección y así llegar a minimizar su violencia, o su deseo de afrontar cuestiones puede llevarnos a situaciones de riesgo, o su culpa y preocupación por “romper la familia” pueden llevarla a quedarse con él aunque no esté comprometido al cambio.

La consulta de tres sesiones abarca estas cuestiones, dando un espacio para evaluar si, con sostén y orientación terapéutica, cada miembro puede hacer las elecciones necesarias para evitar así provocar daño o ser dañado sean las que sean las cuestiones que emerjan e independientemente de las circunstancias.

Deconstrucción del Momento Violento

En el espacio de las dos primeras sesiones de la consulta, empezamos a indagar sobre un incidente violento, sea el más reciente o el “peor”. La meta es llegar a trabajar con recuerdos y experiencias vívidas. Mientras la pareja empieza a describir sus historias, se sumergen en su propia narrativa. Nos adentramos en el proceso narrativo haciendo preguntas que “desenvuelven” su estructura. Estamos buscando los temas que unen el momento de violencia a cuestiones con carga emocional que tienen un significado especial para cada miembro. (Ver Goldner et al, 1990 para otro ejemplo de esta técnica en un caso conducido por Penn y Sheinberg.)

A pesar de que es común que detectemos las intersecciones de las historias de cada miembro, nos centramos rápidamente en la narrativa del hombre para darle herramientas para salir de la historia antes de la actuación violenta. Interrumpiendo su narrativa cuidadosamente preguntamos entorno a frases y metáforas resonantes, al tiempo que marginamos a la mujer de la que está obsesivamente centrado y a la

que además culpa por su pérdida de control. En lugar de eso, nuestra atención se basará en las asociaciones emocionalmente intensas que su narración le despierta. Estas son a menudo memorias e imágenes de percepciones que emergen de su historia personal, de las que su compañera claramente no es responsable.

Estos momentos de indagaciones dirigen frecuentemente a la entrevista al otro lado del espejo, a un mundo de recuerdos perceptivos de intenso dolor. Aquí nos encontramos a menudo en un tiempo en que el hombre era un niño, sujeto a actos sádicos de violencia, poder y control.

Ejemplo de caso

Sarah y Richie, una pareja de clase media-baja, de ascendencia judía y católica respectivamente, vinieron a Ackerman en un último esfuerzo para salvar su relación de 8 años. Tenían un hijo de 6 años, que no vivía con ellos por las peleas constantes y la creciente violencia. Sarah abordó rápidamente el centro del problema, preguntando a Richie:

SARAH: ¿Puedes decirme que no lo volverás a hacer otra vez?

RICHIE: Déjame hablar un momento. (Al terapeuta). Esto ya lo he dicho. Digo que nunca va a volver a pasar, lo juro, lo prometo, me haré daño a mí mismo antes de hacerte daño otra vez. Pero sin duda, unas semanas después o unos días después -¿quién sabe? Lo mismo vuelve a suceder. Totalmente inesperado. No sabíamos que estaba subiendo la tensión. No intentamos detenerla. Y antes de darnos cuenta, la tensión era tan -era tan apabullante que simplemente se encendió.

TERAPEUTA (VG): Cuando dices que “se encendió”, pensemos a qué te refieres. ¿Qué sucedió en tu interior para que te volvieras en contra de tu promesa de no hacerle daño nunca más?

RICHIE: Yo, veía – veía una personal muy hostil delante de mí. Muy hostil. Donde no había escapatoria. Sabe? Con lógica, con inteligencia. No había escapatoria. Y me encontraría con ello de cabeza. Siempre he sido así. Hacer frente a la hostilidad con hostilidad.

TERAPEUTA: Así que una de las cosas que tendrías que hacer para realizar tu promesa...

RICHIE: He tenido dificultades con eso. Lo tengo que admitir. Mi pasado es muy difícil. Especialmente en lo que se refiere a mujeres. Mujeres abusivas. Me resulta difícil la hostilidad de las mujeres.

TERAPEUTA: Bueno, ya que te ha “sido muy difícil” necesitaremos trabajar con ese sentimiento para que puedas hacer honor a tu promesa de no violencia. Cuando me has dicho que “lo tengo difícil”, está en “mi pasado” ¿qué te pasaba por la cabeza? Qué imagen proyectas en ella en un momento como ese, y de repente sientes “tengo derecho“ (pausa) Sobrepones algo a ella.

RICHIE: (pausa larga)... (despacio). *Y tanto que lo hago.*

Se observa aquí cómo el terapeuta cambia los términos del discurso terapéutico. Donde Richie utiliza una narrativa centrada en la pareja poniendo énfasis en una infancia difícil, y en la hostilidad de Andrea (que ya ha transformado en “abuso”), el terapeuta cambia hacia un discurso moral que subraya sus promesas rotas y sentimientos de legitimidad.

RICHIE: (dubitativo) *Se me queda grabada la hostilidad. Eso lo veo. Eso está claro... Pero es interesante, dices que sobrepongo una imagen sobre ella. Pensando en ello, tienes razón. En ese momento en particular (se atraganta)...*

TERAPEUTA: *Tómate el tiempo necesario.*

RICHIE: *Veo una persona. De mi pasado.*

TERAPEUTA: *¿Ves una persona ahora, mientras hablas?*

RICHIE: (aguantándose las lágrimas) *Veo la cara de una mujer que está dirigiéndose a mí de forma muy hostil. Y es una persona del pasado, una persona que me maltrató en mi pasado.*

TERAPEUTA: *¿Quién es?*

RICHIE: *Una madre adoptiva*

TERAPEUTA: *¿Cómo se dirigía a ti? ¿Qué edad tenías?*

RICHIE: *Seis o siete. Me acusaba de cosas. Me decía que estoy haciendo cosas que yo no hago! Para justificar los castigos que luego me infringía.*

TERAPEUTA: *Así que realmente quería dañarte.*

RICHIE: *Sí. Esta mujer sí.*

Obsérvese cómo ahora Richie empieza a internalizar su experiencia de hostilidad. Lo que había etiquetado como “tensión” localizada en el ambiente y luego como “abuso” viniendo por parte de Andrea, ahora se transforma en “hostilidad que se me queda grabada. Lo veo”. Además, hace un paso gigantesco al separar su proyección de la sádica madre adoptiva de su infancia de su experiencia actual de la Sarah enfadada cuando elige aclarar la frase del terapeuta “realmente quería dañarte” especificando “Esta mujer (la madre adoptiva) sí”.

TERAPEUTA: *Estaba prácticamente buscando excusas para dañarte.*

RICHIE: *Sí. Y tanto si lo pretendía o no, siempre conseguía darle motivo. Muy similar a esta relación.*

SARAH: *Pero te hizo cosas horribles! Yo nunca te hice esas cosas horribles!*

TERAPEUTA: *Eso forma parte de lo que creo que Richie está sintiendo ahora.*

RICHIE: *Intentaba escaparme, pero ella estaría sentada en la cocina en medio de la noche, y la ventana de la cocina era la única manera de salir. Aún así, la ventana estaba demasiado alta para que yo pudiera saltar. Había poca cosa que yo pudiera hacer.*

TERAPEUTA: *Así que realmente te tenía aterrizado.*

RICHIE: *Sí.*

TERAPEUTA: (suavemente) *Y todavía te persigue hoy en día.*

RICHIE: *Sí.*

TERAPEUTA: *Y allí es donde se vuelve confuso con Sarah... La imagen empieza a tambalearse allí.*

RICHIE: *Sólo cuando hay hostilidad.*

SARAH: *Pero cualquier cosa le enciende! La cosa más pequeña le enciende!*

TERAPEUTA: *Bueno Richie, tenemos este lado de Sarah. El lado que es muy fuerte, que ella quiere expresar, que no va a ser silenciado. Y cuando ella se convierte en esa parte de sí misma, esta es la parte que dispara otras cosas para ti. Quizás lo que puede hacer la terapia es, que seas capaz de separar a Sarah de estos fantasmas, mientras trabajamos los sentimientos, experiencias y la historia de Sarah.*

Obsérvese aquí cómo el terapeuta reformula la categorización peyorativa de Richie sobre Sarah como hostil, abusiva e irracional con la frase “el lado (de Sarah) que es fuerte, que (necesita) expresarse (y) no será silenciado” Esta revisión feminista de la furia de Sarah fue crucial puesto que el estar furiosa la había históricamente desacreditado y se había tomado como un síntoma de su locura.

Más aún, usando un lenguaje de “partes” (“cuando es esa parte de sí misma, ésta es la parte que dispara otras cosas para ti”) el terapeuta cambia los términos del discurso de encuadrar categorías de identidad tales como “mujeres abusivas” y “hombres violentos” a procesos psíquicos fluidos. La metáfora de las “partes”, tal como se usa aquí, deriva de la noción de los objetos relacionales que la experiencia psíquica puede ser construida por un “mundo interno” de partes movibles, cada uno portadora de un aspecto del *self* del sujeto. Estos estados de mismidad están conectados a varios aspectos de las figuras de apego tempranas (“niño traumatizado /madre adoptiva sádica”), y pueden ser evocados de nuevo por experiencias intensas de amor romántico o paternidad.

Al construir metáforas que llaman la atención y el interés sobre estos dramas interiorizados, el terapeuta margina intencionadamente a la pareja actual, que ha sido el objeto de preocupación del otro. Este enfoque clínico sobre el mundo interno de cada individuo y su contribución específica al campo relacional crea un contexto para el autocuestionamiento que pone freno al proceso de proyección automático que ha llegado a adueñarse de la pareja. (Observar “hacia dentro” es una manera de reconfigurar una interacción excesivamente encendida, así como observar “hacia arriba” a la familia de origen, u observar “hacia fuera” hacia la cultura.)

La cuidadosa deconstrucción de la biografía personal de cada individuo es un preámbulo necesario para las discusiones morales cruciales sobre la responsabilidad personal y la mediación que son centrales en nuestra aproximación. Sin un auto-

cuestionamiento tan detallado, estos temas pierden su inmediatez psíquica y el trabajo clínico puede convertirse en un ademán retórico vacío: “*Sé que debo tomar plena responsabilidad por haberla pegado*”, “*sé que no debería aguantar este tipo de trato*”, etc.

La importancia de este trabajo para Richie se volvió patente en la cuarta sesión. Sarah entró furiosa en la sala, diciendo que Richie había llegado 2 horas tarde a recoger a su hijo para el fin de semana, a pesar de que ella le había repetido que la puntualidad era muy importante para ella. Sarah estaba tan encendida por el retraso de Richie que le atacó físicamente en la puerta y no le dejó recoger al niño. (Richie no se volvió).

El terapeuta habló a solas con Richie cuando Sara se sintió desmoriada disgustada para quedarse en la sesión después de gritar y llorar durante los primeros 20 minutos. Richie estuvo escuchando en silencio todo el tiempo, y empezó a hablar cuando Sarah abandonó la sala:

RICHIE: ... *hay muchas cosas que cambiaría si tuviera la habilidad, pero no puedo. Así que tengo que vivir con ellas. Como haber pegado a Sarah. Se que no hay excusa para eso, pero después de haber soportado malos tratos, habiendo sido golpeado y dañado yo mismo, finalmente (golpea una mano con la otra) me dejo ir. Pero ese no es el final que yo quiero.*

TERAPEUTA: *Así, ¿qué te ayudó a pararte este fin de semana?*

RICHIE: *Por ahora (suspira), hay varias cosas. Mantener la distancia es una de ellas.*

TERAPEUTA: *¿Eso te ayuda a mantener la claridad?*

RICHIE: *Sí. Ni siquiera la llamo, ya que hablando con ella por teléfono puede empezar algo.*

TERAPEUTA: *De acuerdo. ¿Algo más?*

RICHIE: (suspira) *Trato de darme cuenta de que... Soy más mayor ahora y no es la manera de resolver la situación ahora.*

TERAPEUTA: *Esa es una buena reflexión.*

RICHIE: *Así que (suavemente) no puedo dejar que lo que me haya ocurrido en el pasado todavía tome decisiones por mí... Ahora siento que eso no me pasa de inmediato. Pero cuando empiezo a sentir que la sensación de tensión empieza a crecer automáticamente, reviso mentalmente aquello que debería hacer en momento para no golpearla o para que no me golpee. Y últimamente, he estado trabajando con el pensamiento: "no dejes que esa mujer te controle". Y una vez me digo eso a mí mismo, me voy. Quiero decir, no hay nada más. Primero la tensión. Luego suena la campana. Luego "No dejes que esa mujer te controle". Y me voy.*

TERAPEUTA: *¿Y cómo te sientes cuando haces eso?*

RICHIE: *Bueno, supongo que, aunque irme no es lo que quiero, para mí, es un gran logro.*

La transformación personal de Richie requiere un análisis detallado. Primero, debemos destacar que él creó por su cuenta esta innovadora estrategia de dominio de la furia. No era una consigna terapéutica explícita. El interés y la habilidad de Richie para construir esta secuencia conductual demuestra que una visión detallada a nivel moral centrada en la responsabilidad personal junto a un cuestionamiento psicológicamente detallado de la experiencia de la ira puede proporcionar el ímpetu e *insight* para que algunos hombres creen sus propias estrategias centradas en soluciones para la no violencia.

El particular plan de acción de Richie también demuestra que ha retenido el *insight* que su ira emana desde sí mismo y que no es una fuerza difusa de la naturaleza. Es más, toma responsabilidad personal de la capacidad potencial de destrucción de su ira, haciéndose la pregunta, “¿Y ahora, qué hago?” Finalmente, utiliza creativamente el doloroso trabajo de la sesión inicial para crear una estrategia de manejo para ocuparse de sí mismo en su situación potencialmente explosiva y re-traumatizante.

Si deconstruimos el lenguaje que Richie utiliza aquí, la frase “*No dejes que esa mujer te controle*” es ambigua. Mientras que su referencia al pasado (“*No puedo dejar que lo que me ha sucedido en el pasado tome decisiones por mí*”) apunta hacia el fantasma de su madre adoptiva, Richie puede estar todavía refiriéndose a Sarah, como “*la mujer que le controla*”. Pero a pesar de que todavía puede haber una confusión, se ha dado un giro notable. Antes del tratamiento, un pensamiento inconsciente, “*No dejes que esa mujer te controle*” disparaba un ataque violento hacia Sarah. Ahora el mismo pensamiento le sirve de inspiración para su control y la no-violencia, aunque esto implique la separación de la pareja.

La asunción de responsabilidad

Para que hombres como Richie y Jeff tomen responsabilidad de su violencia, deben primero reconocer la violencia como un acto que han escogido personalmente. Esto es extremadamente difícil de aprehender en toda su extensión para muchos hombres puesto que experimentan su violencia como una experiencia regresiva de pérdida de control, como en la frase común “*lo perdí*”. Otros han retenido esta inmediatez impulsiva con metáforas sensoriales, “*Sólo veía rojo*”, o “*me invade una sensación de calor*”. En efecto, para muchos, la acción violenta se convierte virtualmente en una invasión externa a sí mismos: “*Fue totalmente inesperado, y entonces embistió de nuevo*”, o incluso, “*Durante los años que La Violencia estaba activa en el hogar*” (Kaufman, 1992).

La representación de la violencia con metáforas de ser atrapado por una fuerza del interior, o por una fuerza desconocida del exterior, oscurece las muchas maneras en que la violencia es una estrategia de intimidación que estos hombres escogen para poder salirse con la suya, y porque funciona. Un hombre puede fortalecer su voluntad y extender sus áreas de privilegios en una relación golpeando a su

compañera, o simplemente amenazando con pegarla. Es un método poderoso y efectivo de control social.

Desde esta perspectiva, la violencia se conceptualiza mejor a la vez tanto como voluntaria como guiada por impulsos, tanto como instrumental como disociativa. Ponemos énfasis en los aspectos volitivos de la violencia porque, desde un punto de vista pragmático, los individuos sólo pueden decidir cambiar aquellos comportamientos que definen como voluntarios. Es más, pretendemos resaltar aquellos aspectos de la violencia que quedan en las sombras desde la narrativa de “*pérdida de control*”, particularmente las estrategias mentales que los hombres utilizan para incitar su ira y para justificar internamente los actos de violencia resultantes.

Este enfoque requiere una hipersensibilidad hacia lo que se podría denominar “evasiones lingüísticas”. Estas incluyen narrativas enmarcadas en voz pasiva, o en segunda o tercera persona, y un discurso vago en lo que se refiere al acto violento y sus efectos sobre la víctima. Es la diferencia moral entre la descripción inicial de Richie, “*No sabíamos que la tensión iba creciendo*”, y su reconocimiento posterior, “*siento que la hostilidad me está afectando*”, o entre la justificación frecuente, “*Ella me provocó*”, y el último reconocimiento: “*Estaba buscando excusas para sentirme provocado y así poder sentir que estaba justificado golpearla*”.

La terapia es altamente eficaz para brindar ayuda a los hombres a tomar la responsabilidad de su violencia cuando el terapeuta puede entretejer retóricamente las dimensiones intencionales e impulsivas de su experiencia. Por ejemplo, en respuesta a la frase “*simplemente lo perdí*”, uno podría preguntar, “*¿Y que te hizo escoger perderlo?*” o “*¿puedes recordar el momento en que escogiste perderlo?*” Esta paradoja retórica confiere comprensión hacia los aspectos disociativos de la ira violenta del hombre, mientras simultáneamente resalta los puntos de elección que marcan el camino para que le “*invada*” el impulso violento. (El hombre incita y provoca a su pareja; persevera internamente sobre injusticias grandes y pequeñas; insiste en tocar temas conflictivos cuando está cansado o emocionalmente agotado; se niega a retroceder o abandonar la situación, o incluso a permitir que su compañera se vaya cuando es obvio que las cosas van de mal en peor, etc.)

Al interpolar terapéuticamente un discurso moral que enfatiza la elección y la responsabilidad personal dentro de un discurso psicológico que enfatiza el poder de aquellos afectos incorpóreos y de irresistible fuerza, *el terapeuta está ampliando la autodescripción del hombre sin negar su experiencia*. Este despliegue de significados permite al hombre sentirse comprendido al tiempo que se le está retando a nivel moral. El uso de encuadres múltiples, a menudo en la misma frase, sostiene en palabras la complejidad del impulso violento, lo que hace más fácil para los hombres que tomen responsabilidad por el comportamiento resultante.

Miedo y Seguridad

La nuestra es una terapia que enfatiza la responsabilidad y la explicación personal de los dos miembros. De este modo, creemos que las mujeres que participan en estas relaciones deberán tomar la responsabilidad de protegerse a sí mismas, dado el peligro en que se encuentran. Ésta no es sólo una cuestión de seguridad, aunque ésta sea la razón preeminente. Es también importante porque el énfasis en la responsabilidad personal hace que las mujeres se comprometan a un proceso de cambio que moviliza su percepción de control. A pesar de que estas mujeres han sido víctimas, eso no significa que deban estar paralizadas a causa de la pasividad de la “posición de víctima”. De modo que, pedimos a las mujeres de nuestro proyecto que nos hagan y se hagan la promesa de que mientras estén dentro de la relación, la seguridad personal será su principal preocupación.

Este singular enfoque ha tenido unos efectos galvanizadores. Primero, hemos observado que cuando pedimos a las mujeres que “pongan su seguridad lo primero” (por delante de su preocupación por el hombre o por la relación), les confiere un lugar desde dónde tomar determinaciones y evaluar sus elecciones. Esto es crucial porque, cuando estas mujeres llegan a pedir ayuda, muchas de ellas se han “perdido a sí mismas” en su preocupación por el hombre y sus cuestiones. Como resultado, a menudo se sienten confundidas sobre el abuso y sobre quién es responsable de éste.

Ejemplo de Caso

El riesgo de ambigüedad moral se amplifica por la paradoja del apego. Puesto que la mayoría de las mujeres que vemos todavía aman a los hombres que las maltratan, están muy dispuestas a culparse a sí mismas por la violencia del hombre. Por ejemplo, cuando la invitamos a continuar una conversación sobre el miedo a su marido, que ella había empezado en un restaurante, Maureen se volvió a Josh diciéndole: “¿Sabes lo que es tener miedo de simplemente hablar con alguien, estar temblando por dentro, aunque sabes que no estás haciendo nada mal?” Pero después de decir esta frase, Maureen se detuvo porque de repente se sintió confundida respecto a su legitimidad. Se volvió al terapeuta, y dijo: “No sé lo que quieres que haga- esto suena como si le estuviera culpando, y no está bien”. Y más tarde, cuando empezó a llorar por estar sometida incesantemente al control del marido, se tragó rápidamente las lágrimas y dijo: “No debería llorar; a Josh le molesta.”

El enfoque sobre la cuestión de la seguridad empieza a mover el centro de la gravedad desde la moral de la autodeterminación masculina hacia la victimización femenina. Al llevar la atención sobre la experiencia de la mujer, que ha sido totalmente eclipsada por el centramiento del hombre sobre sí mismo, creamos un contexto en el cual el hombre pueda empatizar con la victimización de su pareja en lugar de negar reactivamente su responsabilidad personal, culpar a la mujer o

intentar reclamar la posición de víctima para sí mismo.

También nos encontramos que cuando pedimos a las mujeres que piensen sobre el miedo y la seguridad, estamos abriendo un espacio para testimonios muy potentes. A menudo, basta con decir la palabra “miedo” para que la mujer empiece a llorar y a temblar. Este es material íntimo que el terapeuta deberá animar a introducir y sostener en un lugar privilegiado ayudando al hombre a escuchar sin interrumpir o manejando las amenazas no verbales o cualquier tipo de censura. Con el tiempo, se puede ayudar al hombre a desarrollar un tipo de escucha activa a través de la cual “hace de testigo” de la historia de dolor y terror de la mujer que está en sus manos.

A fin de establecer un encuadre para este tipo de encuentro, el terapeuta debe ser sensible al miedo realista de la mujer a hablar abiertamente (incluido a hablar abiertamente de su miedo). Aquí tenemos el diálogo entre Maureen y Josh, una pareja de clase media-alta- que abordaron estas cuestiones.

JOSH: (enfadado) *Ella pone este muro entre nosotros. Y estoy harto de excusarme por ella!*

TERAPEUTA: *Creo que una de las razones por las que pone ese muro es porque te tiene miedo. Tiene miedo de ser lastimada... por ti.*

MAUREEN: *Pero no tendría que tener miedo.*

TERAPEUTA: *¿Porqué no?*

MAUREEN: *Porque no es racional.*

TERAPEUTA: *A mí me parece una actitud realista. Cosas que no tendrían que suceder nunca entre personas ocurrieron entre Josh y tú. Y eso lo cambia todo. Ahora no sabes nunca, cuando estáis manteniendo una discusión normal, si vas a ser físicamente agredida otra vez o no. Probablemente te guardas muchas cosas para ti.*

MAUREEN: *Pero no tengo otra elección.*

TERAPEUTA: *¿Qué quiere decir?*

MAUREEN: *No tengo elección, porque estoy en peligro. (Empieza a llorar) Siempre estoy en peligro!*

TERAPEUTA: *Si, y eso es lo terrible, lo terrible. Y eso es lo que sientes que él no entiende.*

MAUREEN: *No lo entiende. (llorando) No lo entiende (llorando sin parar) Nunca he tenido tantos secretos en mi vida! No soy una persona de tener secretos. Y los secretos que guardo son pequeños e insignificantes. No tienen ningún sentido. Simplemente es más seguro guardarlos.*

TERAPEUTA: *¿Entiendes esto, Josh?*

JOSH: *Si..., no siente que... quiero decir que en su vida normal no siente que se puede abrir hacia mí porque está asustada de cuales serán las repercusiones. No se siente cómoda. No se siente libre conmigo.*

TERAPEUTA: *¿Cómo te parece que conecta esto con la violencia?*

JOSH: *Bueno ella siente que hay una amenaza..., una amenaza por lo que dice o lo que hace. Así que, lo entiendo; puedo entender que esto debe afectar su nivel de intimidad conmigo.*

TERAPEUTA: *Así, ¿qué crees que debería suceder?*

JOSH: *Tiene que sentirse segura. Tiene que sentirse segura. Esa es la prioridad. Tiene que sentirse segura.*

TERAPEUTA: *¿Cómo te parece que eso puede llegar a suceder?*

JOSH: *...Bueno, no puede pasar de un día para otro.*

TERAPEUTA: *Eso seguro!*

JOSH: *Bueno, lo que tendría que suceder es... que tendrá que pasar mucho tiempo para que ella vea que yo me controlo y que no ocurra nada. Y ella poco a poco se empezará a acostumbrar a la idea que puede decir cosas que son personales, y que no pasará nada.*

Algunas semanas después, Maureen probó los propósitos de Josh de una manera dramática. En medio de una pelea, se volvió histérica y enfadada. Provocó a Josh sexualmente, intentando subirse a su falda y retándolo a que la estrangulase, mientras se negaba a dejarle salir de la casa. Josh consiguió salir de la habitación y llamó al terapeuta llorando, diciendo que no quería lastimar a Maureen, pero que le estaba acorralando en el apartamento. Poco después, Maureen se puso al teléfono y Josh pudo salir de la escena. Se convocó una sesión de emergencia para el día siguiente.

Con la Seguridad por Delante

Nuestro particular énfasis en la seguridad proporciona una plataforma a las mujeres desde la que hablar y pensar. También les da un modo legítimo de centrarse en su interés por sí mismas sin sentirse culpables ni desleales. Mientras que pueden no sentirse con derecho a ponerse *ellas mismas* primero respecto a la relación, pueden en cambio ver claramente la necesidad de poner en primer lugar su seguridad personal.

Ejemplo de Caso

La cuestión de la seguridad, y sobre quién es responsable, fue esencial en nuestro trabajo con Paul y Karen, una pareja blanca de clase media-alta, que nos fue derivada cuando la ginecóloga de Karen descubrió que Paul la había agredido en el estómago con la rodilla después de que ella le escupiese durante una discusión. La doctora insistió a Karen que no debería volver a casa hasta que la situación estuviera bajo control, y finalmente ofreció a llevarse a Karen a *su casa* con el fin de garantizar la seguridad de la madre y el bebé.

Quedamos con la pareja una semana después. Karen había pasado la semana en casa de la doctora, manteniendo el contacto con Paul por teléfono. Karen empieza a hablar de su romántica reunión en la sala de espera de Ackerman, añadiendo que

somos los novenos terapeutas a los que han asistido. Pronto queda claro que la pareja quiere que les “dejemos” volver a estar juntos.

Aún así, es obvio que nada ha cambiado. En contra de los consejos de la doctora Karen ya ha vuelto al apartamento porque Paul así se lo pidió, tan sólo para descubrir que le había destrozado mucho de su material artístico profesional. Explicando este incidente añade: “*Mi doctora sintió que esto era muy abusivo; dijo que esto no era pasivo-agresivo, esto era un acto agresivo. Ella quiere que vengamos aquí y hablemos antes de que haya una escalada.*”

El comentario introductorio de Karen resalta el problema para el terapeuta. Ahora sabemos lo que quiere y piensa la doctora de Karen, pero, ¿tiene Karen un punto de vista propio? Más aún, puesto que la pareja “ha sido enviada” a nuestro programa de violencia doméstica por una profesional hipervigilante, ¿significa eso que la responsabilidad por la violencia se nos está traspasando también a nosotros?

KAREN: *Cuando me encontré con Paul en la sala de espera me dio unos cuantos besos agradables y me dijo: “todo se va a arreglar; vamos a tener una vida maravillosa. Vamos a tener ayuda, todo va a estar bien”. Me encantaría creerlo y lo creo (empieza a llorar) Pero sois los novenos terapeutas a los que hemos visitado.*

TERAPEUTA (VG): *¿Somos los novenos terapeutas a los que habéis visitado?*

KAREN: *Sí, y me gustaría creerlo, ya sabes, y sí que creo que podemos encontrar ayuda y estar mejor pero (suavemente) tengo tanto miedo.*

TERAPEUTA: *Tu miedo puede ser un mensaje muy importante. ¿Qué te está diciendo que hagas?*

KAREN: *La doctora con la que estoy acogida quiere que esté a salvo. Ella piensa que yo debería estar fuera del conflicto, y aún así no consigo estar fuera de ello. No quería que volviera; pero volví porque Paul quería, y me había dicho a mí y le dijo a ella que todo estaba bajo control. Pero cuando llegué, vi que había cogido todo el material de mi despacho y lo había roto y tirado! Mi doctora pensaba que las cosas se habían calmado, pero ahora dice que todo es una progresión que está empezando a crecer de nuevo, y que necesitamos ayuda.*

TERAPEUTA: *Así que el comportamiento de Paul envió un mensaje de peligro a tu doctora. ¿Qué tipo de mensaje te envió a ti?*

KAREN: *No sé. Quiero decir que pensé que quizás podríamos mudarnos a nuestra nueva casa este fin de semana, pero tengo miedo. Tengo miedo de que estaré lejos de todo el mundo, y de que me pegue... no sé. Tengo miedo.*

TERAPEUTA: *Así, ¿porqué querrías ir cuando tu miedo te dice que no estarás a salvo?*

KAREN: *No soporto que se entere demasiada gente de esto.*

TERAPEUTA: *¿Qué crees que sería peor que se entere más gente o tener otro incidente? (Karen se ríe) No, te lo digo en serio. Quizás la vergüenza sea más dolorosa que el peligro físico al que te expongas.*

KAREN: *Siempre ha sido así.*

TERAPEUTA: *Pues me preocupa el hecho de que no escuches tu miedo porque si te mudas a tu casa nueva, sacas a la doctora de la escena -si es que físicamente ya no estará. y ella es la persona que te está protegiendo- quién tomará ese rol?*

KAREN: *... ¿Nuestro nuevo terapeuta?*

TERAPEUTA: *Pues, verás yo pienso que Paul hizo algo que era destructivo y provocativo simbólicamente, y con eso alertó a la doctora (y a todos los que os están observando) que las cosas no se estaban calmando. Y yo me pregunto si Paul y tú podríais intentar encontrar la manera de evaluar esos riesgos por vosotros mismos.*

KAREN: *(suavemente con énfasis) ¿Y cómo lo haríamos?*

TERAPEUTA: *No lo sé. Pero parece importante porque me estás diciendo que estás preocupada por mudarte a la casa nueva este fin de semana y tu preocupación suena bastante realista. Pero hablabas como si ya lo fueras a hacer. De alguna manera ves que estás en una situación de riesgo, pero a menos que haya alguien diciéndote “esta situación no es segura” te vuelves al cuento de hadas que te explica Paul sobre tener una vida maravillosa... Me pregunto sencillamente qué haría falta para que despertaras del cuento que él te explica- para que oyeras tu propia voz diciendo: “Karen, cuídate. No quieres ser maltratada. Quieres que este bebé salga adelante. No quieres que haya más vergüenza entorno a esta relación.”*

KAREN: *(despacio y suavemente) Pero verás, en realidad no entiendo lo que debería hacer. No entiendo qué acciones tengo que tomar. En realidad no entiendo cómo me podría proteger.*

TERAPEUTA: *Quizás en lo que primero tendrías que pensar es si desde tu punto de vista, simplemente viendo el presente, piensas que el clima emocional entre los dos es suficientemente seguro para que vivas con Paul en este momento.*

KAREN: *Hay períodos en que es seguro.*

TERAPEUTA: *Estoy seguro de que eso es cierto. Pero ¿qué me dices de ahora?*

KAREN: *No sé si lo veo. Puedo decirlo cuando miro hacia atrás, entonces lo veo.*

TERAPEUTA: *De acuerdo, mirando hacia el pasado reciente y mirando hacia el futuro inmediato.*

KAREN: *Tengo miedo*

TERAPEUTA: *De acuerdo.*

KAREN: *Tengo miedo porque cuando fui a casa me había roto todas mis cosas.*

TERAPEUTA: *De acuerdo. Verás, pienso que Paul te ha estado enviando un mensaje muy importante. Su comportamiento destructivo estaba diciendo: “Alerta, alarma, no es seguro”... Pero nadie puede ser responsable de tu seguridad ni de la seguridad de la relación excepto vosotros dos. Ni los terapeutas, ni la policía, ni los amigos. Sólo podéis vosotros... Así que supongo que para que nosotros podamos acordar otra cita para la misma hora la semana que viene (obsérvese el condicional implícito de la frase), necesitamos saber qué plan podéis establecer los dos, en términos de convivencia, dado el nivel de peligro. ¿Qué tendría que suceder? ¿Quién tendría que estar dónde estos próximos ocho días?*

KAREN: *Cada vez que pienso en quedarme en casa de alguien, tengo todas estas excusas sobre por qué tendría que molestar a esta o la otra persona.*

TERAPEUTA: *¿Es la excusa de molestarles o es que alguna parte tuya quiere estar junto a él?*

KAREN: *Pienso que uso como una excusa el hecho que les molesto, pero pienso que lo que quiero es volver a estar juntos.*

TERAPEUTA: *La única manera de que podéis conseguir volver a estar juntos es si pones tu seguridad lo primero. Si quieres poner tu apego primero, ocurrirá algo explosivo y estaréis separados de nuevo.*

KAREN: *Estoy tan insegura de mis opiniones...; siento que no puedo fiarme de mi propio juicio.*

TERAPEUTA: *¿Te fías del suyo por encima del tuyo?*

KAREN: *(ríe) No, ¡desde luego no me fío del suyo!*

TERAPEUTA: *Bueno, parece que no te fías del suyo por encima del tuyo, pero...*

KAREN: *Asiento.*

TERAPEUTA: *Te aferras a ello, y te gustaría que fuera cierto.*

KAREN: *Correcto.*

TERAPEUTA: *Quizás eso es porque, a pesar del daño que te ha hecho Paul, todavía mantiene un imagen positiva de la relación en nombre de los dos. El es el que dice: “Todo va a salir bien; tendremos una vida maravillosa”. Y después, cuando actúa destructivamente, los dos tenéis que enfrentaros al lado oscuro de las cosas... Y la cuestión dolorosa en la que nos hemos centrado es que si que es una relación peligrosa. Pero cuando oyes a la gente decir “Aléjate!” hay algo que os estira el uno hacia el otro reafirmando el vínculo entre vosotros consiguiendo intensificarlo.*

KAREN: *Así que podría intentar afirmar el vínculo siendo fuerte yo misma, poniéndome lo primero.*

TERAPEUTA: *Exactamente.*

(Vimos a la pareja una semana después. Así es como empezó la sesión).

TERAPEUTA: *Así, ¿qué decidiste hacer?*

KAREN: *Me quedé donde estaba.*

TERAPEUTA: *¿Cómo llegaste a decidir eso?*

KAREN: *Bueno, simplemente pensé con claridad sobre cómo, cómo mantenerme segura y sobre lo que yo quería. Me sentía insegura de volver a la relación con Paul. Aunque fue duro y estaba rota. Pensé que sería mejor si me... mantenía separada.*

TERAPEUTA: *¿Y fue difícil llegar a esta decisión?*

KAREN: *Muy difícil. Pensaba constantemente que necesitaba estar en la relación para poder trabajar sobre ella, esa antigua creencia, que debía mantener el contacto o si no lo perdería todo. Pero pienso que, ya sabes, el hecho de hablar la semana pasada sobre cómo estar separados podría ser una cosa positiva para los dos: creo que intelectualmente esto se validó para los dos. Pienso que le dio fuerzas a Paul en el mismo sentido en que me las dio a mí.*

De nuevo aquí podemos observar cambios, no solo en la elección de Karen de “mantenerse separados” sino también en la manera que habla de su proceso interno y su perspectiva de la relación. Observen que empieza diciendo “*pensé con claridad sobre cómo mantenerme segura y sobre lo que yo quería*”. Comparen esto con la auto-descripción 8 días antes: “*No entiendo lo que debería hacer... no entiendo cómo debo protegerme... estoy insegura acerca de mis opiniones... ya no me fío de mi juicio*”. Y observen como en el espacio de una semana, Karen puede describir su necesidad “*mantener algún contacto o si no lo perdería todo*” como “*esa antigua creencia*”.

Relato de Memorias y Testimonio

Al tiempo que los hombres cesan su violencia y otros comportamientos coercitivos, comprensiblemente esperan que sus compañeras respondan con alivio y reconocimiento. Pero a menudo se decepcionan, porque las mujeres, lejos de expresar gratitud, a menudo muestran todavía más enfado. Esta paradoja tiene sentido dado el contexto de miedo e intimidación en el cual las mujeres han estado presas durante tanto tiempo. Cuando el hombre era violento, era demasiado peligroso mostrar o incluso sentir plenamente su ira. Es tan sólo en el contexto de un intervalo de seguridad lo suficientemente extenso que las mujeres se permitirán recordar y hablar emocionalmente sobre su sufrimiento. Lo que emerge es a menudo una rabia profunda y una gran amargura.

Ejemplo de caso

De este modo, parece apropiado acabar este escrito siendo testigos, junto con Jim, su compañero, de la descripción que hace Irene de su vida bajo la amenaza. Ha pasado un año desde que Irene y Jim, una pareja judía de clase media-baja casada durante 20 años, comenzaron su tratamiento con nosotros. Ahora están en un grupo de parejas con otros hombres y mujeres que también han completado la terapia de parejas en nuestro programa. El grupo, que a veces se encuentra a solas, a veces con un terapeuta, provee apoyo social y un contexto donde explicar el trabajo diario de mantener un relación no-violenta y de equidad.

IRENE: *Tengo que decirte lo que me hiciste!*

JIM: *Dímelo. Dímelo ahora. Suéltalo.*

Irene: [Suspira]...[Suavemente] *Realmente me perdí. Pasé tanto tiempo observándote, fue una pérdida de tiempo tan grande! Cada momento al despertar, cada movimiento, cada palabra, cada mirada estaba calculado. Casi nada era espontáneo. Cada cosa que decías debía ser sopesada, vale? “¿Cuál va a ser su reacción? ¿Qué va a ser?” Siempre estaba [empieza a llorar] Nunca sabía cuando el suelo iba a desaparecer de debajo de mis pies! Aquí hablamos sobre el crecimiento como persona. Pero no podía hacer eso! Cada gramo de fuerza que tenía estaba destinado a imaginarme lo que iba a pasar a continuación.*

Nunca tuvimos una relación: todo lo que tuvimos fue una pelea durante veintiún años que era interrumpida por las vacaciones! Y entonces estaba el período de luna de miel, la reconciliación; nunca supe qué, nunca tuve decisión. Empezaba a sentir “las cosas están mejor, está creciendo”, y entonces dejaba de estar en guardia. Y entonces, ¡Bingo! Tan pronto me relajaba, recibía otra vez! Justo entre ceja y ceja! No sabía quién era, o qué era, o donde estaba. No sabía qué estaba pasando! Y estoy muy disgustada sobre el tiempo que perdí. Estoy muy disgustada por eso... Cada decisión, cada movimiento que yo hacía, estaba en función de tu comportamiento o si algo te encendería. Te leía la cara cuando entrabas por la puerta por la noche. Te miraba la cara; miraba la forma en que te sostenías, si hablabas o si no hablabas; y había ocasiones en que me decía a mí misma, “Oh, será mejor que salgas de aquí!” Y yo estaría animada, “Ah! Hola cariño! Ya estás en casa! ¿Tuviste un buen día? Y hablaría sin sentido, un puñado de tonterías, ya sabes, esperando, ya sabes, esperando, esperando, esperando, esperando e intentando salir de en medio lo antes posible. [amargamente] Y si no me daba esa noche, lo haría la mañana siguiente. O al día siguiente. Pero una vez yo sabía que el fusible estaba en marcha, recibía. Recibía... no sabía si me iba a estrangular o me iba a azotar o si me iba a torcer los brazos o recibir insultos! Cada vez que me defendía [dirigiéndose al grupo] Decís [con lágrimas] pisa tu terreno, encuentra tu espacio..., pues cada vez que me levantaba e intentaba mantener mi espacio, eso tampoco era lo correcto! Porque eso le ponía todavía peor... Así era,

Jimmy! Así era. Así que, lo que soy ahora, no apareció de la noche a la mañana. Esa es la cuestión. Dices que tengo miedo a cambiar. Esto no pasó de la noche a la mañana. Esto costó veintiún años de trabajo duro para colocarme donde estoy! Así que no me vengas con esta mierda de que yo tengo miedo a cambiar. Te pintas como si fueras un santo aquí. Eres tan buen chico ahora. Pues, te tendrían que haber conocido antes! Y ahora que eres tan buen chico: Todo el mundo está como- “Lo estás haciendo muy bien Jim” y estás haciendo un buen trabajo, Jimmy. Estás haciendo un buen trabajo. Pero eso no significa que lo que hiciste antes no cuenta... Así que aquí es donde estoy!

Este escrito presenta un análisis de la violencia en la vida íntima nutriéndose de múltiples perspectivas teóricas. Éstas incluyen -pero no se limitan a- la teoría feminista, la teoría de las relaciones objetales, la teoría sistémica, la teoría narrativa y el construccionismo social, y la neurobiología. Se sostiene que es posible poner fin a la violencia y el abuso a través de un formato de terapia de pareja modificado, que aborda las cuestiones de la relación, el trauma individual, y la vulnerabilidad biológica a la vez que toma una clara posición moral en tanto que la violencia, el abuso y la inequidad son intolerables en cualquier forma.

Palabras clave: violencia, abuso, relaciones íntimas, feminismo, teoría de sistemas.

Nota de la Autora: Las ideas presentadas en este escrito fueron desarrolladas a través una estrecha colaboración de 12 años con mi colega y co-investigadora, Gillian Walker, ACSW, que está escribiendo un artículo sobre aspectos más recientes del trabajo de Género y Violencia en el Instituto Ackerman para la Familia. En los casos presentados en este escrito, Virginia Goldner fue la terapeuta y Gillian Walker la consultora

Traducción: Virginia Sánchez Donovan

Nota del Editor: Este artículo apareció en *Family Process*, 37, 263-286, (1998) con el título “The treatment of violence and victimization in intimate relationships”. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas

- AVIS, J.M. (1992). Where are all the family therapists? Abuse and violence within families and family therapy's response. *Journal of Marital and Family Therapy* 18:223-233.
- BOGRAD, M. (1984). Family systems approaches to wife battering: A feminist critique. *American Journal of Orthopsychiatry* 54:558-568.
- BOGRAD, M. (1992) Values in conflict: Challenges to family therapists' thinking. *Journal of Marital and Family Therapy* 18:243-257.
- BROWN, P.D. & O'LEARY, K.D. (July, 1995). Marital treatment for wife abuse: A review and evaluation. Paper presented at 4th International Family Violence Research Conference, Durham NC.
- EDELSON, E. & TOLMAN, R. (1992) *Intervention for men who batter*. Newbury Park CA: Sage Publications.
- FELDMAN, C.M. & RIDLEY, C.A. (1995). The aetiology and treatment of domestic violence between adult partners. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2:317-348.
- Geffner, R.A. (1997). Family violence, current issues, interventions and research (pp.1-37). In R.A. Geffner, S.B. Sorenson, & P.K. Lundberg-Love (eds), *Violence and sexual abuse at home*. Binghamton NY: Haworth Press.
- GOLDNER, V. (1985). Feminism and family therapy. *Family Process* 24:31-47.
- GOLDNER, V. (1992) Making room for both/and. *The Family Therapy Networker* 16(2): 55-61.
- GOLDNER, V. (in press). Morality and multiplicity: Perspectives on the treatment of violence. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- GOLDNER, V., PENN, P., SHEINBERG, M., & WALKER, G. (1990). Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments. *Family Process* 29: 343-364.
- GONDOLF, E.W. (1995). Gains and process in state batterer programs and standards. *Family Violence and Sexual Assault Bulletin* 11:27-28.
- HANSEN, M. (1993). Feminism and family therapy. A review of feminist critiques of approaches to family violence (pp.69-82) In M. Hansen & M.Harway (eds), *Battering and family therapy: A feminist perspective*. Newbury Park CA: Sage Publications.
- HOLTZWORTH-MUNROE, A., BEATTY, SB., & ANGLIN, K. (1996). The assessment and treatment of marital violence (pp. 317-339). In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (eds), *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford Press.
- HOLTZWORTH-MUNROE, A., SMUTZLER, N., BATES, L. & SANDIN, E (1997). Husband violence: Basic facts and clinical implications(pp.129-156). In W.K. Halford & H.J.Markman (eds), *Clinical handbook of marriage and couples interventions*. New York: John Wiley Sons.
- JACOBSON, N. (1994). Rejoinder to Lipchik and Geffner. *Family Therapy News* (April): 13,27.
- JENKINS, A. (1990). *Invitations to responsibility*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- KAUFMAN, G. (1992). The mysterious disappearance of battered women in family therapist's offices: Male privilege colluding with male violence. *Journal of Marital and Family Therapy* 18:223-245.
- MARGOLIN, G. & BURMAN, B. (1993). Wife abuse vs. marital violence. *Clinical Psychology Review* 13:59-73.
- PENCE, E. & PAYMAR, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. New York: Springer.
- SHEINBERG, M. (1992) Navigating treatment impasses at the disclosure of incest: Combining ideas from feminism and social constructionism. *Family Process* 31:201-216.
- U. S. DEPARTMENT OF JUSTICE (1994). *Sex differences in violent victimization*. Washington DC: National Criminal Justice Reference Service.
- WALKER, G. (in press). The initial assessment sessions with couples where battering is an issue. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- WALKER, G. & GOLDNER, V. (1995). The wounded prince and the women who love him (pp. 24-45). In c.Burcke & B.Speed (eds), *Gender and power in relationships*, London: Routledge, Chapman and Hall.
- WILLBACH, D. (1989). Ethics and family therapy: The case management of family violence. *Journal of Marital and Family Therapy* 15: 43-52.
- YLO, K. & BOGRAD, M. (eds). (1989). *Feminist perspectives on wife abuse*. Beverly Hills CA: Sage Publications.