

La historia que exponemos pretende ilustrar la siguiente tesis: el rol del terapeuta es intervenir en las situaciones donde se han bloqueado los circuitos de intercambio interpersonal. Equilibrar en modo optimizante los intercambios en el ámbito de un sistema significa maximizar, como función de valoración del mismo sistema, la capacidad de cooperar de los diversos miembros (intercambiantes).

Nuestro objetivo teórico es delimitar las diferentes formas que puede asumir esta maximación en el campo de la terapia sistémica.

En particular, en este artículo hemos planteado la hipótesis que los síntomas obsesivos y fóbicos son la expresión del desarrollo y del mantenimiento de coaliciones transgeneracionales. Tales síntomas se manifiestan específicamente en las situaciones de crisis de estas coaliciones.

Traducción: Empar Torres Aixalà

Nota Editorial:

Este artículo apareció con el título "Approccio familiare alle manifestazioni fobiche e ossessive, attraverso il modello dell'equilibrato maggiorante di Piaget" en *Psicobiettivo*, 11, pp. 59-73, 1991. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas

- AXELROD, R. (1984). *The evolution of cooperation*. New York: Basic Books.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. (1973). *Invisible loyalties*. New York: Harper Row.
- SPARK, C.-M., BORZORMENYI-NAGY, I. & KRASNER, B.R. (1986). "Between give and take". *A clinical guide to contextual therapy*. New York: Brunner & Mazel.
- CELLIER, G. (1984). On schemes and genes. *Cahiers de la Fondation Archives Jean Piaget*, 5, 342-352.
- DAWKINS, R. (1989). *L'horloger aveugle*. Paris: Laffont.
- DAWKINS, R. (1978). *La gène égoïste*. Paris: Mengès.
- JACOB, F. (1981). *Le jeu des possibles. Essai sur la diversité du vivant*. Paris: Fayard.
- MINSKY, M. (1988). *La société de l'esprit*. Paris: Inter Editions.
- MINSKY, M. (1984). Jokes and the logic of cognitive unconscious. In L. Vanina & J. Hintikka (Eds.), *Constraints and communication*. Boston: Reidel.
- PIAGET, J. (1977). *Études sociologiques*. Paris: Droz.
- REAL DEL SARTE, O. (1989). Epistémologie, formation et thérapie. *Cahiers du Cerfasy*, 1, 27-32.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. (1989). Interviewée par L. Onnis et M. Criconia, L'anorexie mentale dans une perspective systémique. *Thérapie familiale*, 10 (2), 87-102.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M. & SORRENTINO, A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Cortina Editore.
- SHEINBERG, M. (1988). Obsession/Counter Obsession: A Construction/Reconstruction of meaning. *Family Process*, 27, 305-316.
- VANNOTTI, M. (1989). Quelques considérations sur le placement d'adolescents. *Revue Transitions*, 27-28, 67-76.



ALGUNOS ASPECTOS RELACIONALES EN LA AGORAFOBIA

Alberto Espina.
Universidad del País Vasco.
Begoña Pumar.
Universidad del País Vasco.

In this study the authors describe first some psychoanalytic and relational concepts, such as attachment, collusion, the steps from a dyadic relationship to the Edipal triangle, and the understanding of symptoms from the interactional perspective. Secondly, the authors discuss agoraphobia from the psychoanalytic vantage point and from the theory of communications point of view. Finally, two cases of agoraphobia are studied within the two theoretical models presented.

1. INTRODUCCION

La agorafobia (de "agora", lugar del mercado, y "phobos", dios del pánico) es un síndrome que incluye temores a espacios abiertos, salir a la calle, utilizar los medios de transporte públicos, ir a espectáculos donde hay aglomeración de gente etc.. Cuando el agorafóbico se encuentra en la situación temida, o a veces espontáneamente, puede tener ataques de pánico que cursan con ansiedad, mareos, vértigo, temblores, palpitaciones, sensación de ahogo, sequedad de boca, náuseas, temor al descontrol, a volverse loco o morir. Ante esta situación recurre a evitar las situaciones temidas y a la compañía de personas de confianza lo cual hace que el trastorno sea muy invalidante. En la clasificación de los trastornos de ansiedad del DSM-III-R, se recogen los trastornos de pánico con y sin agorafobia y la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. En el ICD-10, en cambio, se separan los trastornos fóbicos, entre los que se encuentra la agorafobia, de los trastornos de ansiedad que incluyen los trastornos de pánico, (Marks, 1987, 1990), que según este autor se hallan asociados a la agorafobia en el 95% de los casos.

En este trabajo vamos a referirnos brevemente a algunos aspectos del desarrollo y las relaciones humanas, vistos desde una perspectiva psicoanalítica y sistémica, para articularlos seguidamente en torno a la génesis y mantenimiento de la agorafobia.

2. DE LA SIMBIOSIS A LA INDIVIDUACIÓN. LA APARICIÓN DEL TERCERO.

Cuando en la relación madre-hijo los límites entre cada uno de los miembros de esta díada están totalmente difuminados, hablamos de una relación simbiótica y fusional. Los conceptos de "fusión versus individuación" están en la historia del desarrollo humano pues se da un proceso paulatino de autonomización, de diferenciación. Mahler (1968, 1975) describía el desarrollo humano como un proceso en el que, a partir de una fase autista en el que el bebé estaba centrado en sí mismo, pasaba a establecerse una relación simbiótica con la madre, para después irse desarrollando un proceso de separación-individuación progresivo en el que el niño acaba por ser autónomo y diferenciado de la madre.

En la relación simbiótica se vive una realidad distorsionada, en la cual todo lo de fuera no existe para nada, porque tienen una autosatisfacción mutua total, completa, y entonces no hace falta ni buscar fuera ni relacionarse con nadie. Si esa relación se mantiene, ese niño se quedará siendo un bebé. Y esta mujer, si está totalmente pegada al niño, no va a tener acceso a otras cosas en el mundo exterior. De manera que ese tipo de relación fusional, si se estanca, si se detiene, va determinar que no se puedan desarrollar ni el niño ni la madre. Hace falta que en un momento determinado, aparezca un tercero, es decir, que de la relación "de a dos" se pase a la relación "de a tres".

La presencia de un tercero va a marcar que en el mundo hay más gente que ellos dos, y mostrar al niño que la madre desea estar con el padre y el padre desea estar con la madre. El que aparezca ese tercero que rompe la relación simbiótica, fusional entre los dos, permite que se instaure lo que Lacan (1966) llamaba el "orden simbólico" y, por otro lado, también, el "orden social". Es decir, que nos tenemos que relacionar con más personas, que no podemos tener absolutamente todo, que tenemos límites, que no vamos a ser uno con la madre y tener toda la satisfacción del mundo, sino que vamos a tener que buscarnos la vida fuera, porque ahí no la vamos a tener, porque mamá está con papá. Esa situación triangular enfrenta al sujeto (al niño en este caso) con esta realidad: "En la vida no puede haber algo que me dé absolutamente toda la satisfacción del mundo, porque eso supone quedarme estancado ahí, quedarme de bebé con mamá en esa unión primaria".

La elaboración del Complejo de Edipo pasa por la aceptación de que no se puede poseer al primer objeto de amor (la madre), pues pertenece al padre (aceptación de la castración) y de que se debe buscar la pareja fuera de la familia. El padre debe hacerse presente en la relación madre-hijo, rompiendo la fantasía de unión omnipotente (imponer la Ley) y enfrentar al hijo con la castración (separado de la madre debe aceptar sus límites), lo cual le permitirá diferenciarse como sujeto y acceder al mundo simbólico, lejos ya de ese mundo de fantasía omnipotente (imaginario) en el que es todo para y con la madre. Si la madre no permite y/o el padre no quiere, o ambos no pueden, que la palabra del padre cumpla la función de Ley,

el niño no puede acceder a la Metáfora Paterna, es decir el padre concebido como autoridad separadora del niño y su madre.

Desde el psicoanálisis el buen vínculo primario y la elaboración del complejo de Edipo permitirán que el sujeto se autonomice tolerando la distancia del objeto y la soledad; dicho de otra manera, se podrá sostener a sí mismo.

3. EL APEGO.

Bowlby (1969, 1973, 1980) y Ainsworth y Bell (1970) estudiaron desde el psicoanálisis y la etología el lazo afectivo que se establece entre el niño y las personas de su entorno cercano y le impulsa a buscar la proximidad y el contacto con ellas. Estos autores llaman "apego" a este vínculo afectivo que se caracteriza por: Esfuerzos por mantener la proximidad, mantener un contacto sensorial privilegiado, exploración del mundo desde la figura de apego, como base segura, y ansiedad ante la separación y sentimientos de desolación ante la pérdida.

En el apego se distinguen tres componentes: Las conductas de apego, un modelo mental de la relación y sentimientos.

Las conductas de apego incluyen llamadas, vigilancia y aproximación a la figura de apego. El modelo mental incluye recuerdos de la relación, el concepto que se tiene de la figura de apego y de sí mismo, las expectativas sobre la relación y la visión del contexto en el cual se sitúa la relación. Finalmente, en una buena relación de apego se dan sentimientos de seguridad asociados a la proximidad y el contacto y ansiedad ante la pérdida.

Ainsworth et al. (1978) describieron tres tipos de apego según el grado de seguridad que mostraban los niños con su madre. La seguridad la valoraron a través de la facilidad con que el niño explora ambientes nuevos en presencia-ausencia de la madre, el éxito con que la madre consuela al niño y las conductas de proximidad y contacto que adopta el niño después de situaciones estresantes.

Los tres tipos son: 1) Apego seguro. La madre percibe, interpreta y responde adecuadamente a las demandas del niño. La relación es cálida y la madre emite respuestas coherentes.

2) Apego inseguro con rechazo o evitación. El niño no parece molesto por la ausencia de la madre y tiende a evitar o ignorar a los padres. Los padres son rechazantes.

3) Apego inseguro con ambivalencia. No usan a la madre como base de seguridad, su interés en la exploración es bajo, toleran mal el estrés, se muestran ansiosos en la separación y, cuando vuelve la figura de apego, se muestran ambivalentes, oscilando entre el deseo de contacto y la angustia de separación por un lado y el rechazo por otro. Las respuestas de los padres son incoherentes y están menos disponibles para el hijo.

Para estos autores el modelo de apego que tenga un sujeto va a influir poderosamente en la consideración que tiene de sí mismo y de los demás, de manera

que los que han tenido un apego seguro tendrán más confianza en sí mismos y se relacionarán mejor con los demás. El apego será sustituido progresivamente por el comportamiento exploratorio que favorece la construcción de un mapa de la realidad que permita prever los acontecimientos para que el sujeto se mueva seguro y autónomo por el mundo. Si el apego falla, el sujeto puede fracasar en la vinculación con los demás, en la exploración del mundo exterior, o en el poderse separar el objeto de apego.

4. LA RELACION COLUSIVA

Desde la teoría de las relaciones objetales, Willi (1975, 1987) ha desarrollado el concepto de colusión que aplicó Dicks a las relaciones de pareja y lo define como "el juego conjunto no confesado, oculto recíprocamente, de dos o más compañeros a causa de un conflicto fundamental similar no superado" Willi (1975).

La colusión se compone de varios elementos:

1. Un conflicto básico semejante no resuelto les lleva a realizar un juego relacional secreto.
2. El conflicto común les lleva repartirse roles opuestos que forman un todo.
3. Uno de los integrantes de la pareja intenta autocurarse ejerciendo un rol progresivo y el otro un rol regresivo.
4. Estas conductas progresivo-regresivas favorecen la atracción y el aferramiento en la pareja, pues esperan que el otro les libre de su conflicto básico y les satisfaga en sus necesidades.
5. Si la convivencia es duradera, el intento de curación colusiva fracasa reapareciendo en uno mismo lo depositado en el otro.

"La colusión corresponde al juego inconsciente de la actitud de los integrantes de la pareja, cuya evolución afectiva está marcada por caracteres comunes, ligados a una problemática individual no resuelta; problemática reprimida que escapa de la conciencia tanto de uno como del otro. Este conflicto interior común y no resuelto se traduce en papeles diferentes que adopta cada integrante de la pareja, y esa unión en torno a este conflicto fundamental favorece la divergencia de los comportamientos, donde uno asume caracteres regresivos acentuados, mientras que el otro se ve llevado a una actitud aparentemente mucho más progresista" (Willi, 1975).

En todas las relaciones colusivas juegan un papel fundamental los mecanismos de defensa de la identificación proyectiva e introyectiva desarrollados por Klein (1946). En la identificación proyectiva el Yo expulsa los aspectos de la personalidad que no son aceptados y los deposita en el otro, que lo acepta por identificación introyectiva; por ej. si el progresivo no puede mostrarse pasivo y dependiente por temor quedarse atrapado ahí, y el regresivo ser independiente por temor a ser rechazado, al unirse, cada uno deposita en el otro lo que no tolera en sí mismo, de manera que no serían dos personas que pueden ser a ratos dependientes y a ratos independientes, sino que uno juega ser la cara y el otro la cruz de una misma moneda.

Al unirse, cada uno puede asegurarse de que lo negado no está en él pues lo ve en el otro y, de paso, al ser pareja, puede sentirse completo sin peligro, pues lo que tenía que negar lo tiene en su pareja. Para este autor la colusión es un conflicto neurótico de pareja en el que la relación se constituye como una defensa frente a temores inconscientes; cada uno evita hacerse cargo de una parte suya depositándola en el otro. Esto determina una polarización en la que un cónyuge se muestra progresivo, sobrecompensado, hiperfuncional, y el otro regresivo, descompensado e hipofuncional, con la esperanza de resolver un conflicto de no aceptación de lo depositado en el otro. Es de destacar la circularidad de la relación y el mutuo refuerzo de la conducta del otro para poder mantener el equilibrio de ambos.

En la misma línea Catherall (1992) plantea que las identificaciones proyectivas están asociadas a la dificultad de cada miembro de la pareja de "contener" los sentimientos y pensamientos conflictivos y, a nivel relacional, destaca el hecho de que ambos son participantes activos en el juego, y cómo los individuos se manejan con los sentimientos negativos, cada uno individualmente y como equipo.

5. EL ENFOQUE INTERACCIONAL

Desde esta perspectiva (Watzlawick et al. 1967), se deja de lado la "caja negra" del inconsciente y se observan las conductas en interacción, resaltando lo complementario de toda relación y su circularidad, en el sentido de mutua influencia y determinación. Madanes (1981) habla de la importancia del reparto de poder que conlleva organizar una jerarquía en la que el control y la responsabilidad estén repartidos. Desde esta perspectiva, en una pareja con un miembro sintomático, el sano ocupa una posición superior al ser capaz, activo, "el cuidador", y el sintomático la inferior pues se muestra dependiente, incapaz, necesitado. La aparición de sintomatología en uno de los miembros de la pareja denotaría una incongruencia jerárquica en la que el cónyuge sintomático se encuentra en una posición inferior necesitando que su pareja le ayude, pero, al mismo tiempo y a través de los síntomas, se pone en posición superior al hacer que el otro le sirva, a veces como un esclavo, y le muestre indirectamente lo incompetente que es al no poder hacerle cambiar. Debajo de esta relación complementaria subyace una pelea simétrica negada.

La incongruencia jerárquica en la que el miembro sintomático ocupa simultáneamente las posiciones superior e inferior, ayuda a equilibrar la relación de poder en la pareja. Pero como el síntoma es "involuntario", no se define la relación como simétrica, no asumen la igualdad, sino que el síntoma "manda" sin responsabilizarse el sujeto de su poder. Sería como decir "yo quisiera hacer lo que deseas, pero este maldito síntoma me lo impide". El paciente domina al cónyuge, pero sin asumir ninguno de los dos que realmente está dominando la situación. Ambos viven en la ilusión de que no hay pelea entre ellos, de que no hay lucha por el poder, que el que está debajo acepta esa posición y el síntoma se convierte en la manera de, análogamente, invertir la relación sin cuestionar la pareja. Aquí se aplica plena-

mente la teoría de la comunicación humana (Watzlawick et al. 1967) que destaca el nivel relacional de la comunicación, en el sentido de definir la relación con el otro, y según la cual toda conducta es comunicación, el síntoma es una conducta, luego comunica algo. Esta comunicación a través del síntoma hace que la pareja no pueda metacomunicar, hablar de su relación, ni negociar sus diferencias, cronificándose el problema y cristalizándose la relación. "Un síntoma es una metáfora sobre la situación en que se encuentra una persona y la manera en que la pareja interactúa en torno la síntoma es una analogía sistémica de otros sistemas de interacción en el matrimonio" (Madanes, 1981).

Desde este enfoque los síntomas son vistos muchas veces como una forma de mantener una relación patológica, por ej. impidiendo la autonomización o como una llamada al mundo exterior para que alguien intervenga y les ayude a cambiar.

6. AGORAFOBIA. DE LO INTRAPSIQUICO A LO RELACIONAL

Desde el psicoanálisis la agorafobia se entiende como el resultado de un conflicto intrapsíquico. Aunque Freud ya había escrito antes sobre las fobias, es a partir de su trabajo "análisis de la fobia de un niño de 5 años (Juanito)" (Freud, 1909), que desarrolla la teorización psicoanalítica sobre la psicogénesis de las fobias. Únicamente vamos a comentar algunos aspectos de este trabajo que hemos utilizado para desarrollar hipótesis en uno de los casos que analizaremos. Freud describe cómo Juanito al salir un día con su niñera se echa a llorar en la calle y pide que le lleve a casa, pues quiere que su mamá lo mime. Freud hipotetiza que el niño asociaría el ir por la calle con el perder a su madre amada.

Posteriormente Juanito piensa que los caballos son peligrosos porque le quieren morder los genitales, desarrolla una fobia a los caballos y no sale a la calle. Juanito teme a los caballos y Freud plantea, entre otras hipótesis, que esa escena remite a otra diferente que tiene que ver con la competencia edípica con el padre. Según este planteamiento, Juanito habría desplazado el conflicto con su padre al caballo, sobre el que proyectaría sus deseos hostiles; de esta forma puede evitar a los caballos y convivir con su padre.

Desde el psicoanálisis, ante una fobia nos preguntaremos qué significa el objeto fóbico, y tendremos en cuenta las características del mismo y lo que puede simbolizar, por ej. la calle es un espacio abierto en el cual nos podemos perder, nos exponemos a la mirada de los demás, somos autónomos, no tenemos contención.

Lacan (1957) plantea un análisis diferente de este caso en base a su conceptualización del complejo de Edipo. Ante el deseo de Juanito de ser todo para la madre y el temor a perderse en ese vínculo, busca al padre para que le marque la Ley que le salve imponiendo la separación y, al no hallarlo, estructura la fobia al caballo como sustituto paterno que realice la castración simbólica. Es decir, la angustia inicial se fija a un objeto que impone la separación simbólica de la madre. En otros términos, a través de la fobia al caballo Juanito llama a un padre para que

favorezca su separación de la madre, que le ayude a aceptar la castración de no tener a la madre para sí. En este caso consiguió a un "abuelo", Freud, que ayudó a su padre a ser portador de la Ley.

Abraham (1913) describió un caso de agorafobia en un niño de 5 años el cual un día se negó a salir con la niñera diciéndole a su madre "no quiero ser un niño para-pasear, quiero ser un niño-de-mamá", Abraham plantea que la agorafobia se debe a que el "inconsciente de estos pacientes no les permite apartarse de aquellos en quienes está fijada su libido". Deutsch (1929) describió un caso de una agorafóbica de 20 años e hipotetizó que tenía miedo de abandonar a su madre por creer que se podrían hacer realidad sus deseos agresivos. Estudiando las relaciones familiares observó que la madre de esta paciente trataba a su marido como a una nulidad y había concentrado todas sus necesidades afectivas en su hija, demandando que se convirtiera en su compañera y cuidadora.

Fairbairn (1952) relacionó la agorafobia con una fase del desarrollo en la que "El abandono de la dependencia infantil, implica un abandono de las relaciones basadas en las identificaciones primarias"; el proceso de diferenciación del objeto se hace difícil porque en la dependencia infantil se da la incorporación oral del objeto, además de la identificación. En la etapa de transición hacia la diferenciación se da un conflicto entre la necesidad progresiva de dominar a la actitud infantil de identificación con el objeto y el apremio regresivo de mantener esa actitud; es decir, esfuerzos desesperados por separarse del objeto "escapar de la prisión" y por lograr una unión con él "volver al hogar". La angustia que acompaña a la separación se manifiesta como temor al aislamiento y la que acompaña a la identificación como temor a ser encerrado. El fóbico tiene este conflicto entre el apremio progresivo de separación del objeto y la demanda regresiva de identificación con él. Roth (1959) describió las relaciones de las agorafóbicas y sus madres como muy estrechas e intensas. Weiss (1964) hablaba de una regresión a la dependencia infantil en los agorafóbicos. Deutsch (1929), Roth (1959) Weiss (1964) atribuyen la agorafobia al temor a abandonar el hogar, especialmente la separación de la madre.

En el psicoanálisis se analiza el conflicto intrapsíquico, aunque siguiendo a Freud en el caso Dora "Por la naturaleza de las cosas que constituyen el material del psicoanálisis, se infiere que en nuestros historiales clínicos debemos prestar tanta atención a las condiciones puramente humanas y sociales de los enfermos como a los datos somáticos y a los síntomas. Pero sobre todo, nuestro interés se dirigirá a las relaciones familiares de los enfermos. Y ello no solo en razón de antecedentes hereditarios que es preciso investigar, sino de otros vínculos" (Freud 1905), se observan detenidamente las relaciones familiares, aunque el síntoma se asocia a conflictos internos. Pero Fry (1962) se preguntó directamente si se podría "describir el síndrome de ansiedad no solo como un conflicto intrapsíquico sino también como un conflicto vincular" y se centró en el análisis interaccional de las parejas de agorafóbicos. Describió a los cónyuges como ansiosos, compulsivos y distantes, y

encontró que padecían síntomas semejantes a su pareja. En base a todo esto planteó que la agorafobia protegía al otro cónyuge de aceptar sus propias dificultades, "A menudo los síntomas del paciente cumplen un función protectora: En la medida en que uno de ellos los tenga, los síntomas del cónyuge no se vuelven apremiantes". Los síntomas mantendrían unido al matrimonio al establecerse una relación de fuerte dependencia en la que el cónyuge debe estar al servicio del agorafóbico. Pero esta relación se vuelve problemática, pues en las discusiones el agorafóbico dice a su pareja que si se atreviera a salir le abandonaría y el cónyuge siente que está con el agorafóbico porque debe acompañarle, no porque le quiera. Las descripciones de Fry concuerdan con el funcionamiento de las parejas colusivas (Willi, 1975).

Bowlby (1972) sin dejar de lado lo intrapsíquico, se centró en las relaciones familiares para analizar el origen de la agorafobia y planteó que lo esencial en ella es el temor a abandonar el hogar. Revisando la literatura sobre el tema, desarrolla tres categorías de familias de agorafóbicos:

1. Familias integradas y razonablemente estables. (en un tercio existían trastornos neuróticos en la familia) 2. Familias en las que predomina el conflicto explícito y/o la carencia de afecto. 3. Familias desmembradas por una pérdida (muerte o divorcio) o cambios frecuentes en la figura materna.

Describió tres pautas de interacción características de las familias de los agorafóbicos:

A. La madre tiene conflicto con sus figuras de apego y necesita que el paciente le haga compañía, son madres sobreprotectoras. Es la más frecuente.

B. El paciente teme que le suceda alguna desgracia a sus padres si abandona el hogar, por ello no sale o les obliga a acompañarle. Los padres amenazan a los hijos con enfermarse o suicidarse si no obedecen; lo cual crea en los hijos, por un lado, temor y preocupación y, por otro, agresividad por el chantaje (Deutsch, 1929).

C. El paciente teme que le suceda algo terrible si sale del hogar; esta pauta la asocia Bowlby a las amenazas de abandono o rechazo por parte de los padres.

Este autor recalca que no se trata únicamente de fantasías del niño sino de relaciones familiares actuales que dificultan la autonomización del hijo y relaciona también la agorafobia con el duelo y la depresión, al encontrar una gran proporción de casos en los que los síntomas fueron precipitados por una muerte. El apego ansioso crea inseguridad y una muerte confirma el peligro de la pérdida y desencadena la agorafobia.

Sassaroli y Lorenzini (1990) estudian el origen de la agorafobia basándose en el constructivismo realista (Kelly, 1955; Popper, 1976) según el cual el ser humano es un constructor activo de su realidad, construyendo teorías que le permitan anticipar los acontecimientos, y lo relacionan con la teoría del apego de Bowlby (1972), al representar el apego el primer intento de conseguir capacidad predictiva, que será sustituido progresivamente por la exploración, en la que la dialéctica entre previsiones e invalidaciones debidas a los fallos en la previsión permite mejorar la

capacidad predictiva.

Estos autores señalan que la madre puede inhibir el comportamiento exploratorio del hijo de varias formas: 1. Siendo impredecible frente a la exploración del hijo, 2. favoreciendo que el niño construya su sí mismo como débil y enfermizo, 3. estimulando la construcción del mundo externo como amenazante y 4. interpretando las emociones del niño como signo de debilidad. Estas actitudes van a favorecer que el niño desarrolle un apego inseguro basado en la idea de inadecuación y de dificultad de quedarse solo frente a un mundo hostil y una exploración inadecuada al rehuir vincularse con los demás. Según estos autores la agorafobia se desarrollaría sobre una personalidad premórbida en la que estarían presentes o el apego inseguro que rehuye la exploración, dando lugar a una persona "dependiente" o la "compulsiva fe en sí mismo" que propicia la exploración y evita el apego, dando lugar a una persona "autónoma y sola".

El tipo de apego determinaría la construcción del sí mismo y de la realidad y cuando la capacidad predictiva les falla, aparece la agorafobia, optando por evitar la exploración y restringir el desarrollo del sistema cognitivo y el contacto con el mundo.

Desde el enfoque interaccional, la agorafobia se entenderá como una conducta que sirve para algo y tiene un sentido en el contexto relacional, como describimos anteriormente.

7. AGORAFOBIA Y COLUSION. ANALISIS DE UN FRACASO TERAPEUTICO

Este caso fue tratado hace casi 20 años por uno de los autores de este trabajo, siguiendo un modelo psicoanalítico en el que lo intrapsíquico es el eje del tratamiento.

Se trata de un varón de 50 años, representante de profesión, casado y con 2 hijos, que desarrolló un cuadro de agorafobia con ataques de pánico que le imposibilitaba salir de casa solo. Tomaba ansiolíticos y necesitaba que su esposa, a la que describía como afectiva y muy preocupada por él, le acompañara a todas partes. Describió a su padre como muy distante y frío y a su madre como enfermiza y débil y enfatizaba que no se había sentido querido en su infancia. La agorafobia era entendida como el fruto de un conflicto entre el deseo de autonomía y el de una relación simbiótica; el temor a los espacios abiertos estaría asociado a la autonomía, vivida como peligrosa porque implicaba la pérdida de su esposa. Se inició con él una psicoterapia dinámica breve y en el curso de las sesiones, en las que hablaba predominantemente de sus síntomas y de las relaciones con sus padres, comentó que temía que si se le curaba la agorafobia volvería a ir con mujeres, lo cual había sido frecuente antes de casarse.

Al cabo de unos meses de tratamiento comenzó a ceder el cuadro agorafóbico y comentó preocupado, que ahora su hijo pequeño había comenzado a no querer salir

a la calle. Se le dieron algunas indicaciones sobre lo que le podía pasar al niño y cómo manejar el problema y se solucionó. Al poco tiempo ya podía salir solo a la calle y, tal y como predijo, inició una relación extraconyugal con una mujer.

En casa se incrementaron los conflictos de pareja, pues su mujer pedía más autonomía, deseaba ponerse a trabajar y no estar tan pendiente de él, máxime cuando el "ya no la necesitaba como antes". En este tiempo se pusieron en primer plano los celos del marido hacia el hermano de su esposa. El cuñado vivía en otra ciudad y su hermana y él se llamaban todos los días. Estos hermanos perdieron a sus padres de niños y tenían una relación muy estrecha. Hablando de este tema, el paciente comentó que la esposa de su cuñado también era agorafóbica.

Los conflictos de pareja se hicieron más intensos y el paciente dijo, con un cierto tono de reproche, que estaba peor que cuando tenía agorafobia, que la terapia no le servía y que iba dejar el tratamiento; hablando del tema se le ofreció la posibilidad de que vinieran los dos para hablar de sus conflictos, pero se negó y dejó el tratamiento.

A la luz de las teorías antes descritas, podemos hipotetizar que las pérdidas sufridas por los hermanos les llevaron a buscar personas dependientes que les necesitaran, dos agorafóbicos, con lo cual se protegían del abandono. El paciente se asegura de tener una esposa-madre que le dé el afecto y la dedicación que no tuvo, mientras que ella recibe esos cuidados identificándose con él (identificación proyectiva). Aquí se establece una relación colusiva en la que ella teme la dependencia por ligarla al abandono y él la autonomía por temor a "perderse" en otras relaciones y quedarse sin su esposa. El síntoma surge cuando aparecen tensiones que llevan a romper la relación colusiva, como una forma de mantener ese lazo estrecho.

Desde el punto de vista sistémico, se establece una doble jerarquía según la cual la mujer manda en la relación al ser la autónoma, la sana, pero el paciente manda a través del síntoma al obligarle a estar a su servicio.

Este difícil equilibrio es roto por la terapia individual. Al fortalecer su parte autónoma, el paciente comienza a salir solo y el sistema busca un equilibrio presentando el mismo síntoma el hijo, lo cual sirve de aglutinante familiar, pero al bloquear esa salida, el paciente sigue su proceso de autonomización y se aleja de su mujer a la que se sentía atado; inicia una relación con otra mujer, pero, al romperse el vínculo simbiótico, la esposa plantea también sus necesidades de autonomización y se inicia una escalada en la que cada uno desea su libertad y teme la del otro.

La terapia individual de casos de agorafobia en los que la sintomatología está asociada a una relación colusiva, lo cual es muy frecuente, puede provocar la ruptura del equilibrio precario en el que se mantenía la pareja y ocasionar nuevos problemas, aunque se pueda hablar de éxito terapéutico al ceder el síntoma. Si el terapeuta no trabaja con una perspectiva relacional puede lograr grandes éxitos sintomáticos acompañados de grandes fracasos relacionales como sucedió en este caso.

8. LAS VICISITUDES DE LA SIMBIOSIS Y EL DIFÍCIL CAMINO HACIA LA AUTONOMÍA. EL CASO ANA

Se trata de una mujer, Ana, de 28 años, soltera que vive con su madre de 70 años, viuda desde hace 12 años. Hace 1 año inició un cuadro agorafóbico con ataque de pánico (miedo a salir a la calle a ir en autobuses, trenes; tiene sudores, ahogos, sofocos, intensa angustia y miedo a perder el control, caerse y no volver más en sí) "literalmente me siento morir". Necesita que se le acompañe a la calle pero no acepta que lo haga su madre, por ello recurre a una vecina algo más joven que su madre, "más abierta de ideas y que me apoya". Ha seguido tratamientos conductuales (exposición) y farmacológicos (ansiolíticos y antidepresivos) sin éxito.

El cuadro clínico comenzó a desarrollarse después de que tuviera una relación sentimental con una mujer de 55 años la cual, según Ana, le indujo a robar y estafar para ella; se sintió utilizada y luego vinieron juicios que fueron muy estresantes para madre e hija. Más tarde inició otra relación con una mujer de su edad, pero la agorafobia dificultó dicha relación hasta que rompieron. Ana describe su vida como descontrolada, "he tenido muchas dependencias, tengo miedo a perder el cariño de los demás, creo que para que me quieran tengo que darlo todo".

Describe a su madre como muy fría y sobreprotectora "solo me da lo material y me trata como a una niña que no sabe hacer nada", "no he sido deseada por mi madre", dice que a veces le pega. La madre se define como trabajadora, luchadora, honrada y muy considerada en su barrio "nunca he pedido nada a nadie", "me he hecho a mi misma". Tuvo una infancia muy dura, debiendo ir a servir desde muy joven; describe a su propia madre como "muy dura".

El padre es definido por la madre como muy blando con la hija, "pobre, no tenía lo que tenía que tener", "fumador, cobarde y nervioso como su hija", murió de cáncer de pulmón, ella pensó: "Ya que su vida no va a cambiar, mejor que Dios se lo lleve". Dice que los hombres "no valen para mucho", su propia madre le dijo dos días antes de casarse que no iba a ser feliz. Se muestra orgullosa de haber servido en la casa de una marquesa "una gran señora" y dice que ha aprendido resignación de ella pues sufría mucho con su marido mujeriego.

Describe a Ana como temerosa de quedarse sola desde siempre, "cobarde ha sido siempre", "va a ser una desgraciada y no va a valer en la vida, haré lo posible por ayudarle, pero cuando yo muera, dejaré todo arreglado para que vaya a una casa de salud ya que nunca se valdrá sola", "lo suyo es de herencia, una tía suya, hermana del padre, estaba loca". Atribuye el problema a que "se trastornó con amigas" "son basura y van con Ana solo por dinero", y cree que el problema es muy difícil "porque no obedece, deja todo tirado y no se responsabiliza de nada". Ana dirá más tarde, y a solas, que su madre está celosa de sus amigas. Al hablar de qué sucedería si se separara de la madre dice que siente un "miedo horrible a quedarse desvalida y sin protección". Suele andar encogida, empujándose, siempre ha temido sentirse rechazada y por ello es incapaz de decir "no" a nadie; más adelante dirá que teme

perder el "bastón de apoyo-amenaza" que supone su madre y a "cortar el cordón umbilical".

Suele haber escenas bastante violentas en las que la madre ataca a la hija, le ha pegado varias veces, le insulta, le dice que se muera, que no va a cambiar nunca, etc. en una bronca le dijo la madre: "¡muérete, mátame, clávame un cuchillo!", como si de una pelea de amantes se tratara.

Cuando la terapia estaba bastante avanzada, hablando de sus temores a volver a casa de su madre si fracasaba en el mundo exterior, dijo "tendré que volver al lecho conyugal" y nos confesó que dormían juntas, "cuando murió mi padre, mi madre lo dispuso así".

Vemos en este caso, semejante al descrito por Deutsch (1929), que la madre ha tenido una infancia difícil con carencias y, para compensarse, se ha hecho fuerte e insensible. Pero ha necesitado a alguien débil en quien depositar toda su parte afectiva y carenciada, es decir ha establecido una relación colusiva con su marido, siendo ella la fuerte y valiosa, mientras que el "no tenía lo que hay que tener". La imagen que tiene de los hombres como inútiles, ha sido fomentada por su propia madre y por la experiencia con la condesa; quizás eso haya influido en la elección de objeto de la hija. Al morir su marido, necesita a alguien con quien mantener la misma relación colusiva, en la que ella ocupa el lugar progresivo, y elige a su hija. Dispone que pase "al lecho conyugal" y, sin elaborar el duelo por la pérdida del esposo (aún muestra resentimiento hacia él por no haber dejado de fumar y por ello haber muerto de cáncer), lo sustituye por la hija. Una madre sobreprotectora que necesita que su hija le haga compañía (Bowlby, 1972) y una hija que necesita mantener un vínculo estrecho con la madre debido a su inseguridad.

En Ana vemos que el apego con su madre es inseguro, basado en la inadecuación y la dificultad de quedarse sola, (desde siempre la madre la califica como débil, inútil, miedosa), lo cual favorece que construya un sí mismo débil y enfermizo que necesita depender de alguien, viéndose dificultada la exploración y la relación con los demás. El padre tampoco ha podido ofrecerle un apego seguro que le permita un adecuado desarrollo y su muerte, cuando Ana tenía 16 años, frenó su posible autonomización en dos sentidos: por un lado el padre no pudo hacer el papel de portador de la Ley que marca la separación entre la madre y la hija y, por otro, su ausencia real determinó que Ana estrechara aún más el vínculo con la madre. Ana no es una "víctima pasiva", ni la madre una "bruja mala", si la madre tenía déficits importantes en su desarrollo emocional, instintivamente buscó cómo compensarlos. Además no puede dar lo que no tiene a su hija; al encontrarse sin su marido necesita más de su hija y a ésta le puede venir bien ser imprescindible para su madre, "al fin la tiene para ella" aunque sea un bastón de "apoyo-amenaza", pero el precio que se paga es alto, la autonomía y el desarrollo personal. Todo ello determina el desarrollo de una personalidad premórbida susceptible de, ante algún estresor, desarrollar un cuadro agorafóbico (Sassaroli y Lorenzini, 1990).

En resumen, podemos decir que las dificultades de los padres con sus propios padres determinan que el apego con Ana sea inseguro, lo cual dificulta su autonomía y favorece la necesidad de un vínculo estrecho con la madre. A nivel intrapsíquico la teoría de la colusión nos permite interpretar la necesidad de la madre de vincularse con personas "débiles" como una forma de depositar en ellos su parte necesitada y poder seguir jugando el papel de "fuerte".

Otro aspecto interesante es la relación que estableció Ana con la mujer que le indujo a delinquir; es frecuente que personas que tienen padres moralistas, rígidos y fríos busquen el afecto en personas con tendencias psicopáticas que les muestren afecto, el cual se transforma en manipulación. Ana buscó lo contrario de su madre y fracasó, luego buscó el amor en otra mujer de edad semejante a la suya pero la agorafobia dificultó esa relación hasta romperse. La madre le retiraba su apoyo si Ana buscaba un vínculo exterior y traicionaba su pacto secreto de lealtad.

La agorafobia surge en este contexto, juicios, relaciones extrafamiliares..., la calle se convierte en un lugar peligroso donde puede tener problemas, el que le vean por el barrio es una vergüenza para la madre, una mujer "honrada y muy considerada". Teme a la calle, teme dejar a su madre sola, viuda por segunda vez. La agorafobia evita que se rompa esa relación y protege a ambas, a la hija del mundo exterior, (aquí la madre es la fuerte), y a la madre de la soledad, (aquí la hija es la fuerte que sacrifica su vida por no dejar a su madre sola). A su vez Ana necesita una persona que le acompañe cuando sale, pero no acepta a la madre, busca un tercero que le ayude a romper esa simbiosis con la madre, alguien con quien establecer un vínculo en el que encontrar lo que necesita para autonomizarse. El síntoma sirve para mantenerle al lado de su madre, pero simultáneamente es un pedido de ayuda para que alguien intervenga portando la Ley que le separará de su madre. Finalmente, podemos decir que a través de la relación con las figuras de origen se va construyendo la personalidad, junto con la visión que se hace de sí mismo y del mundo, y desde ahí el sujeto se relaciona en un contexto dado. Lo que sucede dentro del sujeto y cómo interrelaciona, son dos niveles de análisis que se complementan y permiten entender y abordar la agorafobia desde una perspectiva más amplia. El tratamiento en este caso debe necesariamente incluir a la madre y la hija, ayudarles a romper la simbiosis y la relación colusiva, de manera que ambas puedan desarrollarse en lo instrumental y lo expresivo. En este caso se realizó una terapia sistémica, en la que también se utilizaron "lecturas dinámicas", para ir abordando los conflictos antes descritos, lo cual permitió, no sólo que cediera el cuadro, sino que se pudiera dar ese proceso de separación-individuación que estaba detenido y que cada una se hiciera cargo de sus necesidades progresivas y regresivas.

En este trabajo los autores describen en primer lugar, algunos conceptos psicoanalíticos y relacionales, como son el apego, la colusión, el pasaje de la relación diádica a la triangulación edípica y la comprensión de los síntomas desde la perspectiva interaccional. En segundo lugar se aborda el estudio de la agorafobia desde el psicoanálisis y la teoría de la comunicación y, finalmente, se estudian dos casos de agorafobia desde los modelos teóricos expuestos.

Referencias bibliográficas

- ABRAHAM, K. (1913). On the psychogenesis of agoraphobia in children. En K. Abraham (Ed.) *Clinical papers and essays on psycho-analysis*. London. Hogarth.
- AINSWORTH, M.D. y BELL, S.M. (1970). Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behaviour of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.
- AINSWORTH, M.D., BLEHAR, M.C., WATER, E., WALL, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss. Vol.1. Attachment*. London. Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss. Vol 2. Separation, anxiety and anger*. London. Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3. Loss, sadness and depression*. London. Hogarth Press.
- CATHERALL, D.R. (1992) Working with projective identification in couples. *Family Process*, 31, 355-367.
- DICKS, H. (1967). *Marital tensions*. London. The Hogarth Press.
- DEUTSCH, H. (1929). The genesis of agoraphobia. *International Journal of Psycho-analysis*, 10, 51-69.
- FAIRBAIRN, V. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London. Tavistock.
- FREUD, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de 5 años. *O.C.* Buenos Aires. Amorrortu.
- FRY, W. F. (1962) The marital context of an anxiety syndrome. *Family Process*, 1, 245-252.
- KLEIN, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. En M.Klein (Ed.) *Developments in Psychoanalysis*. London. Hogarth Press.
- KLEIN, M. (1952). *Developments in Psychoanalysis*. London. Hogarth Press. [Versión castellana, Buenos Aires. Hormé]
- LACAN, J. (1966). *Écrits*. Paris. Seuil.
- LACAN, J. (1994). *Le séminaire de Jacques Lacan. Livre IV: La relation d'objet*. Paris. Editions du Seuil.
- MADANES, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco. Jossey-Bass. [Versión castellana. Buenos Aires. Amorrortu].
- MAHLER, M.S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York. Basic Books.
- MAHLER, M.S. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York. Basic Books.
- MARKS, I.M. (1987). Agoraphobia, panic disorders and related conditions in the DSM-III-R and ICD-10. *Journal of Psychopharmacology*, 1, 6-12.
- MARKS, I.M. (1990). Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico. IX Cursos de Verano de la UPV.
- POPPER, K. (1976). *La ricerca non ha fine. Autobiografia intellettuale*. Roma. Armando.
- ROTH, M. (1959). The phobic anxiety-despersonalization syndrome. citado por Bowlby, op. cit.
- SASSAROLI, S. y LORENZINI, R. (1990). Apego y exploración en la patogénesis de las fobias. *Revista de Psicoterapia*, 1, 2-3, 95-111.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H. and JACKSON, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. N.Y. Norton.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. H. y FISCH, R. (1976). *Change. Principles of problems formation and problems resolution*. New York. Norton.
- WEISS, E. (1964). *Agoraphobia in the light of ego psychology*. New York. Grune & Stratton.
- WILLI, J. (1975). *La pareja humana: relación y conflicto*. Madrid. Morata.
- WILLI, J. (1987). Il concetto di collusione: un'integrazione tra approccio sistemico e psicodinamico alla terapia di coppia. *Terapia Familiare*, 23: 27-39.

CURARSE A TRAVES DE LA RABIA

Giuliana Prata

Directora del Centro di Terapia Familiare Sistemica e di Ricerca. Milano.

Cinzia Raffin

Investigadora asociada en el Centro di Terapia Familiare Sistemica e di Ricerca. Milano

Through the case history and the therapy of an index patient, the authors propose an hypothesis of the "phobic game", hypothesis which underlines the relational mechanisms maintained by the "game". The intervention, centered on a new linguistic definition of the phobic experience, suggests the possibility of a therapeutic way out.

LA HIPOTESIS

A través de la historia de Fernanda y de su terapia, proponemos una hipótesis interpretativa (Raffin, 1988) del "juego fóbico" que pone de relieve los mecanismos relacionales que alimenta, e indicamos a través de una redefinición lingüística de la vivencia fóbica, una posible línea terapéutica.

Partimos de la hipótesis de que el comportamiento fóbico responde a una necesidad obsesiva de control, por parte del paciente identificado, de las relaciones que lo implican. A menudo, esta necesidad impide que se establezca una relación terapéutica adecuada costruyendo al terapeuta a modificar no tanto los comportamientos del paciente (intervención ésta que, escapándose a su control, el paciente no aceptaría) sino más bien el área semántica dentro de la cual éstos se experimentan.

LA HISTORIA

Fernanda fue enviada al nuestro Centro por la Dra. Selvini que no pudo aceptar su caso ya que tenía en terapia a su hermano mayor, esquizofrénico crónico. No sabemos si la paciente sabía o no lo de la terapia de su hermano, si conocía su diagnóstico y si nosotros lo sabíamos o no. Cuando llegó en 1977, tenía 50 años. Era alta, fea, teutónica con gafas de un centímetro de grosor: "miope como un banco". Había hecho tres análisis individuales, cada uno de los cuales duró muchos años, sin ninguna mejora. Enseñaba Física y Química en un instituto privado de Milán. Dijo que era fóbica desde la primera adolescencia y que los síntomas se habían agravado