

¿AGRESOR O AGREDIDO? EL TRABAJO CON EL PACIENTE SIN DEMANDA*

Javier Ramos García**

RESUMEN

Se presenta el trabajo con un paciente condenado por la violación de su hija de tres años, que cumple pena de prisión por el delito que se le imputa y que acude a instancias de la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario. A partir del caso, se reflexiona sobre las posibilidades de establecer un vínculo y de llevar a cabo una psicoterapia con un paciente que no lo demanda.

Palabras clave: Abuso sexual, tratamiento involuntario, trabajo sin demanda.

ABSTRACT

The work with a patient, found guilty of his three-year-old daughter's rape, is presented. The patient is in prison, and the Treatment Board remanded him to be attended by us. From this case, the possibilities of establishing a therapeutic relationship and developing a psychotherapy with a patient who's not requesting this treatment are discussed.

Key words: Sexual injury, involuntary treatment, work without request.

* Comunicación Libre presentada en XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título "Psicopatología de la violencia en el niño y en el adolescente", se celebró en Granada los días 8 y 9 de noviembre de 2002.

** Psicólogo Clínico.

“La psicoterapia, cualquiera que sea su forma, trata de la reactivación de la mentalización. Tanto si miramos al protocolo de terapia dialéctica de comportamiento de Marcia Linehan, a las recomendaciones de John Clarkin y Otto Kernberg para la psicoterapia psicoanalítica, o a la terapia cognitivo-analítica de Anthony Ryle, todos: (1) intentan establecer una relación de apego con el paciente; (2) intentan utilizarla para crear un contexto interpersonal donde la comprensión de los estados mentales se convierta en un foco; (3) intentan (principalmente de forma implícita) recrear una situación donde se reconoce al self como intencional y real para el terapeuta y que este reconocimiento sea claramente percibido por el paciente.”

PETER FONAGY

Presentamos en la siguiente comunicación el trabajo con un paciente condenado por la violación de su hija de tres años. El paciente cumple pena de prisión por el delito que se le imputa y, siendo inminente el momento en que se ha de decidir la posible concesión de su libertad condicional, es instado por la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario (medida ratificada por el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria) a iniciar un tratamiento psicoterapéutico.

La demanda, que procede del Centro Penitenciario y no del paciente, llega a nuestra Unidad como una petición incómoda. El paciente debe, en puridad, ser atendido por nosotros, pero no se descarta en la reunión de equipo, hacer un intento de inhibirnos a la espera de que otro servicio público se haga cargo.

El paciente, objeto (y no sujeto) de la demanda, acude compelido por instancias penitenciarias y judiciales, y siente, probablemente con razón, que de su colaboración en el inicio de una psicoterapia, depende que le sea concedida o no la libertad condicional.

Se plantea así un (des)encuentro al que concurren terapeuta y paciente, ambos, con un sentimiento de incomodidad,

de obligación, en el que un sistema que les excede los convierte en piezas del mismo, siendo muy difícil limpiar el campo de artefactos que interfieren y que complican sobremanera un espacio que, supuestamente, ha de convertirse en terapéutico.

Como explicarán el paciente y su actual pareja en la primera entrevista, aquél, durante años, desde los momentos en que cumplía prisión preventiva, después, a lo largo del juicio y, posteriormente, durante la condena, ha sido objeto de una presión constante para que reconozca el delito que se le imputa y del que se ha declarado siempre inocente. Los agentes de dicha presión (vivida como enormemente persecutoria) han sido, fundamentalmente, asistentes sociales y psicólogos de la prisión. Ello contribuye, aún más, a que yo mismo sea vivido como un nuevo perseguidor, integrante de un sistema maltratador, carente del más mínimo interés por ayudarle realmente, más preocupado por arrancarle una confesión.

Las circunstancias que se dan en la posible apertura del tratamiento son así, probablemente, las peores posibles. Y más si añadimos que el régimen de visitas no será determinado de modo libre por nosotros (terapeuta y paciente) sino que vendrá impuesto desde el Centro Penitenciario, quien fijará unos permisos, cada mes y medio aproximadamente, a fin de que el paciente acuda a consulta. Así, el objetivo de ir construyendo un vínculo que el paciente pueda vivir como mínimamente confiable se complica aún más.

Ello nos deja en una compleja y casi imposible situación en la que no queda sino plantearnos, armándonos de paciencia, objetivos que se concretarían en: desmarcarnos del sistema penitenciario y judicial; proponer al paciente, desde el reconocimiento explícito de las dificultades que rodean al posible tratamiento, que tratemos de aprovechar lo más posible lo que tenemos de forma que a él pueda servirle de algo; ofertar un espacio que se caracterizará por la autenticidad de la ayuda, el genuino interés, en el que se buscará no juzgar al paciente sino ayudarle en todo aquello que ha de afrontar y que dista mucho de ser fácil.

EL PACIENTE

Asustadizo y nervioso, razonablemente desconfiado, con un discurso pobre, escueto y que parece costarle mucho articular, acude a la primera entrevista (que tiene lugar en la primavera de 2000) con su pareja actual, con la que impresiona de tener una muy buena relación y quien desarrolla con él una actitud de cuidado y protección. Viven juntos desde 1996 y tienen una hija de tres años, la misma edad que tenía su hija mayor cuando se produjo la supuesta violación.

Cuenta con poco más de 40 años cuando llega a consulta. Natural de una de las ciudades que constituyen el cinturón industrial de Madrid, donde siempre ha vivido, es el mayor de dos hermanos. Sus padres, fallecidos, constituían un matrimonio crispado. Su padre, bebedor y violento, descargaba con frecuencia su rabia (sobre todo verbalmente) sobre la madre del paciente, sumisa y pasiva. El paciente sentía que debía asumir el cuidado de aquella, básicamente con su presencia, a modo de hijo colchón. Cuenta así que salía poco, que le daba miedo no estar en casa y que pasase algo. Responde con una negativa cuando se le pregunta si hubo malos tratos físicos o abusos sexuales. Vivió la muerte de su padre como una liberación. Tenía entonces 14 años. Mal estudiante. No rendía, aun cuando invertía tiempo y dedicación. Estudió FP desde la asunción de que no podría dar más de sí. Hizo la mili en Barcelona sin problemas de adaptación. Se encontró bien allí. Hizo amigos con los que luego fue perdiendo el contacto. A la vuelta se matricula en Ingeniería Aeronáutica, pero abandona. Empieza a trabajar (desarrolla la misma profesión que su padre, su hermano y su actual pareja) en un principio con un contrato. Ganará su plaza por oposición en 1993. Conoce a su primera mujer. Se casan en 1990 tras dos años de noviazgo. Habla de este período con escasa implicación emocional. Se coloca como sujeto pasivo. Fue ella la que se interesó por él, la que tomó la iniciativa. Se casan al quedarse ella embarazada. Cree que la relación no hubiese prosperado de otro

modo. La convivencia era poco gratificante, aunque mínimamente conflictiva, sin peleas, sin discusiones, silenciosa. Con permanentes interferencias por parte de la madre de ella. El matrimonio se rompe a iniciativa de su mujer. Poco tiempo después, tras un período “malísimo”, inicia la relación con su actual pareja. Una vez más, el deseo es colocado en el otro. “Era ella quien le tenía echado el ojo”. Atribuye a su ex-mujer un gran resentimiento por el inicio de esta nueva relación. Siente que, desde ahí, tiene lugar la denuncia de violación, que se produce en un fin de semana en el que su hija queda a su cargo. Era el cumpleaños de la niña. Siempre ha negado rotundamente su culpabilidad. Las pruebas parecen sólidas aunque, desde su versión, fueron manipuladas. Es incapaz de explicar cómo. Se encuentra semen del paciente en la vagina de la niña (lo cual se verificó con pruebas de ADN a las que el paciente se sometió voluntariamente). En su momento, cuando se le planteó la posibilidad de amnesia de los hechos, llegó, asustado, sintiendo que quizás se había vuelto loco, a barajar esa explicación, pero, posteriormente, la ha ido descartando. “Cada vez está más convencido de que él no hizo nada”. Desde el momento en que se produce la denuncia recibe un apoyo cerrado y una confianza absoluta por parte de su familia de origen (especialmente su hermano) y de su pareja. Siente que su abogado se esforzó poco y que, después, le abandonó. Ha vivido el sistema como absolutamente maltratador. Pese a ello nunca se ha mostrado conflictivo. En prisión, su conducta ha sido “excelente”. “Sumamente responsable en el trabajo”, “con total respeto hacia normas y funcionarios”. “Ha tendido al aislamiento, comunicándose poco con otros internos, aprovechando el tiempo libre en actividades solitarias (estudio, escritura,...)”. Ha perdido todo contacto con su hija mayor, lo que asume resignadamente como algo ya irreversible. “Ella habrá crecido con la historia que la madre le haya contado”. Esa misma resignación, quizás con un punto de rabia escasamente apreciable, es la que me sorprende cuando hablamos de todo lo que le ha sucedido, de la acusación, la detención, el encar-

celamiento, el juicio, la condena, la estancia en prisión, la insistencia para que se declare culpable. Desde su insistencia en la propia inocencia resulta difícil de concebir que no se apodere de él una furia inmensa.

Establecer un vínculo. Construir una demanda que no existe. Comprometernos psicoterapéuticamente con el paciente.

Contratransferencialmente siento que me encuentro ante un hombre carenciado y necesitado de ayuda. Acusado y condenado por un delito terrible y que él niega haber cometido, lo cierto es que ha de enfrentarse a la vuelta a la vida en libertad, reencontrarse con su mujer y con una niña cuya edad es la que tenía su hija mayor cuando se produjo la supuesta violación.

Siguiendo el planteamiento de Fonagy, con el que abría esta comunicación, nuestro primer objetivo ha de ser el establecimiento de una relación de apego con el paciente, con un paciente al que cabe atribuir una grave alteración en los patrones de apego. Es preciso ofrecerle un vínculo “bueno” desde la empatía y desde un auténtico compromiso por comprender.

El paciente llega sin una demanda propia y con una importante sensación de maltrato por parte de las instancias teóricamente terapéuticas o asistenciales. No reconoce un sufrimiento más allá que el que le ocasiona la persecución de los diferentes elementos de un sistema que siente como hostil.

Hemos de definirnos como algo distinto. Construir una demanda con el paciente. Identificar su sufrimiento, reconocerlo con él. Trabajar desde ahí. Pese a la magnitud de la latencia en las entrevistas (inicialmente mes y medio, cuando no más) creo que ha sido posible alcanzar este objetivo, lo que se ha visto favorecido por la posibilidad de vernos quincenalmente desde el momento en que el paciente accede a la libertad condicional hace unos meses. También a partir de ese punto podemos distanciarnos un poco más de la prisión y del juzgado. El paciente puede ir haciéndose cargo de la motiva-

ción para acudir a sesión. Va difuminándose la relación entre su compromiso con el tratamiento y el acceso a beneficios secundarios.

Si, como sugiere Fonagy, es posible establecer una conexión entre ciertas formas de violencia y la presencia de un self no mentalizante, es desde este punto que hemos de abordar la reactivación de la mentalización en el paciente.

Señala Ph. Jeammet que la violencia comporta «la destrucción del vínculo con el objeto y la negación de la dimensión subjetiva del otro». Resulta perturbador y ha de mover a la reflexión el hecho de que tal destrucción, tal negación se lleve a cabo con una hija propia, de corta edad. Si el paciente es culpable. E independientemente de si lo es o no, cabe preguntarse por la destrucción, la alteración de sus formas de apego, por la negación de la subjetividad de la que él ha sido víctima.

BIBLIOGRAFÍA

- FONAGY, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. Aperturas Psicoanalíticas, No. 4 (Trabajo presentado en el “Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo”, reunión de la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC, 13 de Mayo de 1999. Traducido con autorización del autor.)
- JEAMMET, Ph. (1997) La violence à l’adolescence, *Adolescence*, 1997, 15, 2, 1-26.