

PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA DEL DESARROLLO MORAL
PSYCHOPATHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY OF MORAL DEVELOPMENT

Manuel Villegas Besora
Numancia, 52, 2º 2ª
08029 - Barcelona
mvillegas@ub.edu
TEL. 93.3217532

Publicado en Apuntes de Psicología.
Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental, 26, 2
Sevilla 2008

Resumen

En este artículo se considera la adquisición de la autonomía psicológica como la meta del desarrollo moral. Este pasa por distintas fases desde el nacimiento hasta la vida adulta, que se pueden describir en base al grado de aproximación a la autonomía (desde la prenomía, la anomía, la heteronimia y la socrionomía hasta a la autonomía). Los fracasos o conflictos en su consecución repercuten en distintos trastornos psicológicos de acuerdo con cada uno de los estadios o niveles de construcción moral puestos en juego. A su vez la psicoterapia se concibe como un camino orientado a la promoción de la autonomía como forma de superar dichos conflictos.

Palabras clave: *desarrollo moral, psicopatología, psicoterapia, autonomía, criteriología*

Abstract

Starting from initial stages, moral development evolves to autonomy. These stages are constructed according to the psychological development from early childhood to adult age. The different levels and criteria of regulation (prenomy, anomy, heteronomy, socionomy and autonomy) determine moral development. In this article the failures or conflicts in moral development are related with the different psychological diseases. The acquisition of autonomy is viewed as the therapeutic way to be reached.

Key words: *moral development, psychopathology, psychotherapy, autonomy, moral criteria*

LA NATURALEZA MORAL DE LA ACCIÓN HUMANA

La acción humana se caracteriza por su intencionalidad: el ser humano es un ser simbólico que se expresa a través de sus actos. Éstos, además de su funcionalidad instrumental, tienen una doble finalidad en el ámbito social, transmiten un sentido y constituyen un reclamo. Se desarrollan en un contexto relacional en el que los individuos se posicionan en función de los posicionamientos ajenos o de la estructura del sistema. Son intencionales en la medida en que tienden a un fin, la consecución de objetivos o propósitos. Están caracterizados por la multifuncionalidad que pueden ejercer simultáneamente. La acción de comprar un vestido, por ejemplo, puede estar orientada a cubrir el cuerpo y a resaltar, al mismo tiempo, la atracción sexual: puede ser una llamada a la mirada ajena para aumentar el deseo o provocar el nacimiento de una relación. Así que no existe la neutralidad o la indiferencia moral en los actos humanos.

Los escolásticos distinguían entre “*actus hominis*” y “*actus humanus*”. Los primeros están relacionados con los actos reflejos, el bostezo, por ejemplo, o los equilibrios para mantenerse en pie en el autobús. Sobre éstos no tenemos ninguna responsabilidad, son involuntarios, no elegidos intencionalmente. Los segundos, por lo contrario, se caracterizan como humanos en la medida en que son instrumentos para ejecutar un plan intencional. Cada acción es elegida entre los varios planes posibles por su real o imaginaria capacidad de conseguir el número más grande de fines deseables al mismo tiempo. Sobre este tipo de actos contraemos responsabilidades, derivadas de nuestra elección. La princesa Massako, esposa del príncipe Naruhito, heredero de la monarquía japonesa, como en el pasado Sissi o Diana de Gales, eligió ser la esposa del príncipe para llevar a cabo diferentes intentos simultáneamente: amar y ser amada, llegar a ser madre y esposa, conseguir fama, admiración, riquezas y poder. No escuchó otras voces internas que le desaconsejaban encerrarse en la jaula de oro del palacio imperial, aunque por dos veces rechazó la propuesta de matrimonio. Al final se rindió a las propuestas del príncipe que fueron motivo de sufrimiento y la llevaron hasta la depresión.

La acción humana, además de intencional, es libre, en la medida en que es la consecuencia natural de una elección. El ser humano no puede no elegir; aun si decide no hacerlo, elige no elegir. Hay diferentes niveles de libertad:

- la libertad como *ausencia de constrictión*: la “*libertas spontaneitatis*”, la libertad de reaccionar de manera natural ante estímulos diferentes, por ejemplo: quitarse la ropa para hacer frente al calor del verano (libertad externa);
- la libertad como *indeterminación*: o sea la ausencia de obligaciones, indicaciones o preferencias, como en la selección entre dos películas sobre las que no tenemos ninguna información, cuya elección podemos dejar al azar;
- la libertad como *elección* ante a una o más alternativas de acción, en base a criterios que tienen que ser elaborados, como la compra de un par de zapatos o la inscripción en un curso universitario;
- la libertad como *decisión* frente a elecciones que se excluyen recíprocamente, como en la aceptación o rechazo de las propuestas de matrimonio por parte del heredero de la casa imperial; y finalmente
- la libertad como *determinación*: creación de planes y medios para conseguir un fin deseado: quiero ser útil a los demás o quiero llegar a ser rico y famoso.

Todos los actos que derivan de estas elecciones o decisiones recaen sobre mi responsabilidad, en la medida en que soy yo quien las decide. Y todas estas acciones implican una dimensión moral en relación a las consecuencias que tienen o que pueden tener sobre mí y sobre los demás. Son precisamente los constructos de libertad y responsabilidad, sobre los cuales se apoya la posibilidad de construcción de la moral como criterio de regulación social, los que sirven como fundamento para la razón práctica (Kant, 1846, 1975). Moral es, en efecto, un concepto que hace referencia a las costumbres sociales, pero también a la conciencia de intencionalidad. Un acto es considerado moral si se conforma a los criterios que regulan el comportamiento social; pero el criterio último que puede evaluar esta conformidad es nuestra propia conciencia. Ésta tiene que elegir y hacerse responsable de sus propias elecciones y consecuencias.

LA NATURALEZA MORAL DE LAS CRISIS DE ANSIEDAD

La elección del calificativo “moral”, aplicado a la naturaleza de las crisis de ansiedad, es, sin duda, discutible, pero en la tradición psicológica y filosófica no hemos encontrado ningún otro término más apropiado. Piaget (1976), Kohlberg (1976, 1981), Gilligan (1985) y otros en la tradición del constructivismo genético lo hicieron objeto de análisis en el desarrollo psicológico del niño y Dewey (1975) lo convirtió en el eje de la formación pedagógica. Nosotros lo hemos recuperado para entender la naturaleza del conflicto psicológico. Freud entendió bien que las neurosis eran el producto de una lucha entre dos tendencias opuestas las del Ego y del Superego, o sea las tendencias anómicas (naturales, sin ley) y las represiones heteronómicas (sociales o culturales). El problema es que Freud no veía la posibilidad de poner de acuerdo estas dos tendencias (“nadie puede servir dos señores”) y, en consecuencia, el conflicto resultaba inevitable. La neurosis, entendida como estado de ansiedad aguda en sus múltiples manifestaciones, era sólo el síntoma de un conflicto que se dirimía en el inconsciente y la terapia podía disminuir únicamente su agudeza con el aumento de conciencia.

Gracias al método experimental hemos aprendido que las neurosis experimentales son el producto de condiciones de fuerte malestar producidas por estímulos y tendencias contradictorias: estimulación aversiva, tendencia a escapar, impedimentos para la huida. El animal sufre un fuerte estrés, semejante a una crisis de ansiedad, cuando se le somete a una situación de peligro o daño inminente y no puede ni huir ni atacar, viéndose privado de sus propios recursos naturales, de su repertorio de respuestas espontáneas a causa de la constrictión externa. Las situaciones de estrés sufridas por un animal en el laboratorio no tienen que ver, desde luego, con dilemas de naturaleza moral, pero tienen como consecuencia la pérdida de libertad (entendida como espontaneidad), quedando condicionado a la evitación de tales situaciones, anticipándolas con la activación del sistema de alarma que da paso a la ansiedad.

Esto ocurre también en el sujeto humano cuando se encuentra atrapado en situaciones conflictivas en las cuales no puede comportarse de manera espontánea y libre, de las que no puede escapar. Es

por esta razón que las situaciones de naturaleza física que remiten a situaciones sin salida -una autopista, la sala oscura de un cine, una multitud en la plaza o en los grandes almacenes, un semáforo rojo, la cola del autobús, la sala de espera del médico, la cabina de un ascensor, los vapores de una cocina, un restaurante, el interior de un avión, etc.- pueden provocar angustia hasta hacer estallar una crisis de ansiedad. Las características cerradas de estos espacios no son la causa de las crisis de ansiedad, sino el análogo de una ratonera en la que la persona se siente atrapada sin poder escapar. La asimilación de los espacios físicos cerrados (ascensores, aviones, salas de cine, etc.) o sociales (plazas o almacenes, colas del autobús, salas de espera, etc.) a situaciones de atrapamiento y su posterior generalización en las fobias, los convierte, una vez condicionados, en escenarios a evitar.

Los vapores de la cocina

Francisco estaba trabajando desde hacía años como cocinero en la cocina de una empresa de servicios para comedores colectivos con un equipo de más de veinte personas y nunca había tenido sensaciones de asfixia a causa de los vapores de la cocina, hasta el momento en que, convertido en jefe del equipo, empezó a experimentar ahogos y falta de aire para respirar. Se podría pensar en una reacción sintomática como una forma de rechazo de la responsabilidad inherente a su cargo, desencadenante de su crisis de angustia; pero en su caso la causa de sus ahogos se hallaba en casa, en su mujer que se había vuelto locamente celosa a causa de su condición como jefe de las chicas que trabajaban con él, amenazándolo con el divorcio y con llevarse al hijo.

Francisco que era un hombre fuerte, atlético, jugador casi profesional de fútbol, acostumbrado a viajes en avión, se volvió miedoso e incapaz de ir en coche; tuvo que dejar el trabajo y pedir la baja médica: no conseguía tranquilizar a su mujer. Los problemas de pareja eran el texto, la cocina el contexto físico o “escenario” donde se manifestaba de manera sintomática la constricción del espacio (Villegas, 1995).

Este contexto, como ya hemos comentado, no siempre es un escenario físico; puede ser también un escenario social como en la fobia social. O, sin más, un escenario mental, como sucede a menudo con pacientes obsesivos, el tener que hacer cosas de una cierta manera o en un cierto orden. Una paciente, por ejemplo, no se sentía a gusto en restaurantes donde se comía al menú o a la carta (primer plato, segundo plato, postre), en vez de bufete libre, *self service* o un bar de tapeo. El bufete libre, el *self service* o el bar de tapeo permiten la elección sólo de entremeses o tapas, comer en pequeñas cantidades o en forma más caprichosa, o levantarse de la mesa sin tener que someterse a formalidades. El menú, por el contrario, está ya determinado y no permite levantarse de la mesa cuando a uno le plazca. Por desgracia, en los casos de agorafobia y, en general, en las crisis de ansiedad, toda la atención está dirigida al escenario, o sea al contexto físico en que se produce la respuesta ansiosa, desconectada casi por completo del texto o del significado del drama, como por ejemplo la cocina de su casa.

Terremoto doméstico

Natalia, mujer de unos cincuenta años, madre de tres hijos mayores de edad, experimenta de manera muy dramática, a veces incluso durante la sesión, los síntomas de la crisis de ansiedad. Se queja de horribles sensaciones que le ocurren en la cocina: las paredes se le caen encima, el suelo se mueve bajo sus pies, como si se tratara de un terremoto doméstico. Han pasado más de veinte años desde el inicio de estos síntomas y la paciente nunca habría ido a terapia si una amiga suya no la hubiese traído. Reconstruyendo el contexto existencial en la que se produjo la aparición de los primeros síntomas, descubrimos una situación en la que la paciente se veía obligada a compartir la casa con sus cuñados. La razón era el traslado por motivos laborales del marido a otra ciudad, lo que implicaba un cambio de residencia con fuerte restricción de su libertad.

En esa época la paciente era una madre joven y no podía utilizar ni siquiera la lavadora para lavar los pañales de los niños porque “no estaba en su casa”, podía entrar en cocina sólo en los momentos en los que la cuñada se ausentaba. En esa época nunca percibió el apoyo del marido en sus propias mínimas demandas de autonomía. Pero tampoco ahora se siente libre ni apoyada por él. A lo largo de la terapia aparece con claridad la sensación de sentirse atrapada en las relaciones. En la actualidad Natalia se siente obligada, a decir verdad, violada sexualmente por parte del marido, pero no consigue expresarlo nunca claramente por miedo a la separación y a las consecuencias sobre sus hijos. Esta situación se hace evidente una semana en la que la paciente se muestra feliz y asintomática: el marido ha tenido que ausentarse por razones de trabajo y ella se siente libre y fuerte. Parece que la “enfermedad” haya desaparecido. La paciente nunca había conectado antes los síntomas con el sufrimiento, la experiencia física ligada a contextos constrictivos con el atrapamiento relacional.

El comportamiento humano se desarrolla en un laberinto de relaciones que en ciertas circunstancias puede desembocar en un callejón sin salida, quedando la persona atrapada en una trampa, sin recursos suficientes para salir de ella, motivo por el cual solicita ayuda. La ansiedad está causada por la situación de atrapamiento y sirve para remover los fundamentos del sistema, generando una crisis desestabilizadora, que puede llegar a ser destructiva e invalidante, pero que también puede convertirse en una oportunidad para el crecimiento y el cambio.

Génesis del conflicto y respuesta ansiosa

La naturaleza del conflicto moral pone a la persona ante elecciones que no consigue asumir por experimentarlas como incongruentes consigo misma, sus necesidades, deseos o valores, con la consiguiente sensación de constricción de la libertad. En ese contexto se desencadena la ansiedad. La secuencia habitual en las crisis de ansiedad sigue estos pasos:

- a) conflicto de naturaleza moral que constriñe la libertad en sus distintos niveles: espontaneidad, elección, determinación;
- b) activación (funcional) de la ansiedad para enfrentarse al conflicto;
- c) inutilidad de los intentos para liberarse de la constricción o imposibilidad de resolución del conflicto: percepción de atrapamiento;
- d) activación intensa de la ansiedad (crisis de pánico);
- e) invalidación del propio sistema o de los propios recursos (desarme general);
- f) generalización de la ansiedad o transferencia a cualquier situación sin salida (fobia);
- g) sensación de debilidad o de estar enfermo (a veces hipocondría);
- h) posible búsqueda o demanda de ayuda (terapia).

La conciencia de debilidad no es la causa de la crisis de ansiedad, sino al revés, su consecuencia. El sujeto se vuelve vulnerable cuando se ve desarmado, desprovisto de recursos de defensa, ataque o huida. Y esto ocurre cuando entra en conflicto su propia libertad. En este sentido para dar cuenta de las crisis de ansiedad no necesitamos postular una vulnerabilidad ansiógena específica de tipo genético o derivada de la historia de apego, aun sin excluirla como factor interactivo, porque cualquier persona, incluso el guerrero más valiente, puede desarrollarla en situaciones de particular conflictividad. El desarme o invalidación de los propios recursos se puede producir de forma repentina, como en el primero de los casos que veremos a continuación, o de forma insidiosa y progresiva, como veremos en el segundo.

Una insolación de verano

Una joven mujer, a la que llamaremos Cecilia, madre de dos niños, vivió la invalidación de sus propios recursos en pocos segundos. Casada a los 19 años, embarazada de su primera hija, llevaba una vida feliz e irreflexiva hasta que diez años más tarde de repente le ocurrió pensar en su responsabilidad sobre la vida y la muerte de sus hijos. Un acontecimiento banal fue el desencadenante de la aparición de este pensamiento: un ligero desmayo de su hija de diez años al volver de la playa una tarde de verano, probablemente producido por un exceso

de insolación. Este acontecimiento seguramente no habría tenido mayor importancia sino hubiera sido por la existencia de algunos antecedentes. El primero ocurrió cuando a los seis años la niña sufrió un ligero episodio de leucocitosis, que remitió en breve tiempo de manera espontánea. El segundo, mucho más reciente, se produjo a raíz de dos casos de leucemia infantil que en pocos meses de diferencia provocaron la muerte de dos niños del barrio. Cecilia, que conocía a las familias de estos niños, compañeros de colegio de su hija, se interesó mucho por ellas, buscando apoyarlas en la enfermedad y en el luto sucesivo a la muerte. Siguiendo con su comportamiento despreocupado e irreflexivo no le pasó nunca por la cabeza que estas u otras enfermedades pudieran amenazar a sus propios hijos. Pero el desmayo de la hija tuvo el poder de establecer de repente la conexión entre los acontecimientos pasados y el momento presente. Por primera vez se sintió responsable de la salud de los hijos, y de la suya propia, que hasta ese momento daba por descontado. Su sistema de construcción de la realidad se derribó dramáticamente: la irresponsabilidad se transformó en sentimiento de extrema responsabilidad, la espontaneidad en un exceso de vigilancia sobre cualquier señal corporal, desarrollando una grave hipocondría. Antes, reconoce la paciente,

“Yo era sólo yo, trabajaba, comía, dormía, me iba de paseo, me divertía, como si no tuviese un cuerpo, ahora ya no soy yo misma en el intento de controlar cualquier síntoma corporal”

La conciencia del conflicto se fraguó en pocos segundos: “no puedo continuar viviendo sin preocuparme como he hecho hasta ahora; si algo ocurriera yo sería responsable de no haber hecho nada por evitarlo; he tenido suerte hasta ahora pero no puedo seguir fiándome de la suerte; tengo que controlar continuamente y por esto tengo que aumentar mi estado de alerta, limitando mi libertad.”

Estas situaciones pueden producirse de repente, como hemos visto en el caso de Cecilia, o irse formando de manera casi imperceptible a lo largo de los años, como en el caso de Elena que veremos a continuación. Las situaciones que se producen de repente suelen ir acompañadas por crisis de pánico; las que se forman en el tiempo pueden desarrollar un trastorno de ansiedad generalizada. En ambos casos es frecuente la aparición de la agorafobia.

La araña atrapada en su tela

Elena, mujer de casi sesenta años, madre de tres hijos y abuela de cinco nietos, pide ayuda terapéutica por un síntoma muy frecuente en los trastornos de ansiedad, el miedo a coger el avión. Durante la primera entrevista habla sin interrupción durante casi toda la hora, describiendo un mundo relacional muy complejo, constituido por cinco generaciones. El abuelo que había desheredado al hijo (el padre de la paciente) nombrándola a ella su heredera. El padre que se había separado de la madre, la cual consideraba su hija (la paciente) de 9 años culpable de esta separación. El marido que se había dedicado a la administración de los bienes heredados por la esposa (la paciente), también él en relación muy conflictiva con su padre. Tres hijos, el primero de los cuales casado muy joven con una chica embarazada cuyos padres tuvieron que ayudarles para comprar una casa y tener el niño y otros dos nacidos sucesivamente. Una segunda hija también ella casada, madre poco cuidadosa de los dos niños nacidos en el matrimonio.

Al inicio de la terapia, la paciente vive con el marido, la madre de ochenta años, una antigua sirvienta de 93 años que le había hecho de “tata” y el tercero de los hijos, todavía soltero. Elena se casó con la idea de poder vivir independiente de la familia de origen, pero el marido creyó hacer un buen negocio al aceptar compartir la casa con la suegra, un piso de más de cuatrocientos metros cuadrados, ahorrándose de este modo el coste de una compra o de un alquiler. De este modo Elena, hija única, no ha salido nunca de casa y en este momento se encuentra atrapada en los lazos de deuda, culpa, protección y deber con la madre, la “tata”, el marido, los hijos y los nietos, vínculos que con el tiempo se han ido

volviendo cada vez más pesados y sofocantes. Y lo peor de todo es que la paciente no ve otra salida que la propia muerte o la de la madre. Al final de la sesión la paciente pregunta al terapeuta qué representación se ha podido hacer por cuanto le ha contado de su problema y de su historia, el cual mirando el conjunto de las flechas cruzadas sobre el dibujo de este complejísimo genograma, responde espontáneamente:

T. - *“No puedo ver otra cosa que una telaraña.*

E.: *¿Y yo ¿dónde me encuentro?*

T. - *Usted se encuentra en el medio, como la araña. La araña que teje y mantiene los hilos unidos*

E. - *Entonces, si estoy atrapada en la telaraña no puedo volar; ¿qué tengo que hacer para poder volar?*

T. - *Para volar la araña tiene que recoger todos los hilos sobre sí misma, replegándose hasta convertirse en una larva y, después de un proceso de metamorfosis que transforme los vínculos de deuda, culpabilidad, protección y deber en vínculos de cariño, respeto y desapego, convertirse en una mariposa que pueda volar libremente.*

Además del hecho que esta paciente, después de un año de terapia, pudo ya hacer dos viajes en avión, lo que interesa es subrayar la situación de atrapamiento en la cual se hallan frecuentemente las personas respecto a las relaciones más próximas.

EL DESARROLLO MORAL

Nos hemos estado refiriendo hasta ahora a los distintos niveles de desarrollo moral con el que los pacientes tratan resolver sus dilemas. Pero ¿cómo se llegan a formar estos distintos niveles de construcción moral? La respuesta a estas preguntas debe buscarse en el proceso evolutivo de formación del sistema de juicio moral. Éste, según los diversos autores, sigue básicamente los siguientes pasos en su desarrollo.

(Tabla 1)

Frente a la diversidad de criterios empleados en la denominación de los distintos niveles de desarrollo moral hemos escogido el que hace referencia al concepto de “nomos” (regla, ley, norma). El concepto de “nomos” aparece en la filosofía griega de la mano de los sofistas, los cuales frente al poder de la “físis” (la naturaleza) en la determinación de la conducta humana oponen la de “nomos” (las convenciones sociales), dado que no es la naturaleza la que establece el valor de las cosas, su dimensión axiológica o moral, sino la convención social: por su naturaleza el oro es amarillo y siempre brilla, pero su valor en el mercado es una convención social. Ni la naturaleza que se rige por fuerzas biológicas, telúricas o astronómicas, ni los dioses del Olimpo que juegan con nuestro destino se han ocupado de dotarnos de criterios de regulación moral en el ámbito psicológico y social, dejando los humanos a su suerte, desprovistos de ley interior con que regirse. En otras filosofías o religiones, a excepción del Taoísmo donde se recurre a una regulación basada en la propia esencia de las cosas, la ley proviene de una fuente revelada exterior o de una autoridad divina representada por figuras de autoridad incuestionable, caracterizadas por la ostentación de un poder político (faraones, emperadores) o moral (profetas, maestros). La suposición presente en todas ellas es que el ser humano carece por naturaleza de estructuras de regulación moral que vayan más allá de los instintos de los que, por una parte carece y, por otra, no son suficientes para garantizar su comportamiento social y personal.

La perspectiva evolutiva

Desde el punto de vista psicológico, la formación de un sistema de regulación moral exige, por tanto, la creación de una neoestructura no prevista por la naturaleza, sino sobrepuesta a ella y a veces en clara oposición a la misma, que se origina en interacción con el mundo social en el interior

de una matriz cultural determinada. De este modo el sistema de regulación moral experimenta su propio proceso evolutivo de carácter genético-estructural, desde una posición inicialmente ajena al proceso de socialización, denominada por ello pre-nomía hasta la interiorización consciente de la misma en forma de auto-nomía. Siguiendo este criterio las distintas fases del proceso serán denominadas en función de los prefijos (pre-, a-, hetero-, socio-, auto-), que mejor designan el momento evolutivo de construcción psicológica del “nomos” o criterio de regulación. Nuestra elección (Villegas, 2000 y 2001) se parece mucho a la de Bull y se diferencia a su vez de otros autores que utilizan criterios más bien descriptivos o evaluativos. Esta concepción entiende el desarrollo como un recorrido dirigido ya desde el principio hacia una autonomía que se debe ir construyendo en fases sucesivas, facilitando la socialización del ser humano en el contexto de cada sociedad. Los contextos sociales y culturales, que intervienen como variables macrosociales, ejercen evidentemente sobre los individuos influencias parecidas en parte, pero en parte también diferentes. Las variables microsociales, familia, red social, e individuales poseen igualmente una incidencia particular, pero siempre en el seno del mismo proceso.

La fase pre-nómica (periodo neonatal de 0 a 2 años)

De acuerdo con este criterio sistemático la primera fase evolutiva es la pre-nómica, anterior a cualquier forma particular de socialización. El niño empieza experimentando **necesidades** que debe satisfacer imperiosamente, independientemente de su adecuación social. Por un lado, el recién nacido no toma en consideración el bienestar de los demás: si fuera capaz de tenerlo en cuenta tal vez no se habría decidido a nacer a fin de no provocar dolor a la madre en el parto o a despertarla por la noche para mamar. Por otro lado, se encuentra en una posición pasiva, debida a la falta de recursos propios, razón por la cual se halla necesitado de protección y cuidado. La ausencia total de autonomía lo mantiene en un estado de dependencia casi absoluta de los demás; esta condición lo prepara para desarrollar una relación interpersonal que se hará imprescindible para su proceso de socialización e incluso de humanización. A este estadio que abarca los dos primeros años de vida lo hemos llamado *prenómico*, en la medida en que antecede a cualquier norma o responsabilidad; es un estadio de inocencia primordial u originaria, en la medida en que el niño no es capaz de hacer daño, de distinguir entre el bien y el mal. El criterio es **indiferenciado**.

La fase anómica (infancia de 2 a 6 años)

El desarrollo físico y psíquico llevado a cabo durante estos dos primeros años de vida permite al niño adquirir progresivamente un sentido de sí y de sus recursos: caminar, hablar, jugar, aprender, imaginar, seducir, pedir, tomar, sonreír, enfadarse, desear, rechazar, luchar, querer, amar, odiar... El mundo empieza a organizarse entorno a él y a su voluntad, su pensamiento se desarrolla desde una perspectiva **egocéntrica**, dado que no puede todavía utilizar fácilmente la perspectiva ajena. El criterio para el bien y el mal se refiere de modo casi exclusivo a las propias necesidades, caprichos y **deseos**. El criterio moral es de tipo *a-nómico*, establecido al margen de la ley, la cual resulta todavía incomprensible puesto que la percibe como ajena. Ente los dos y seis años aproximadamente el niño se convierte en rey absoluto para quien la ley, como para el rey Sol, es él mismo: “*l’Etat c’est moi*”. Mostrándose a veces cariñoso y gracioso, y otras hostil e ingobernable es capaz de aceptar obedecer en ciertas circunstancias para no perder el amor de la madre o para ganarse la estima de la maestra, o tal vez en algunos casos frente a una autoridad más severa para evitar un castigo.

La fase heteronómica (niñez de 6 a 11 años)

En su proceso de autoafirmación, buscando su satisfacción egocéntrica el niño se ha encontrado con frecuencia frente a la prohibición de la ley, con la oposición de los padres, o se ha tenido que enfrentar directamente con las voluntades o deseos opuestos de sus coetáneos. Estas circunstancias lo han llevado a asumir de forma más o menos apacible la perspectiva **ajena**, abandonando su egocentrismo mental y moral (descentramiento). Ha llegado a entender que puede aprender más y

conseguir mejor sus objetivos si acepta el mundo exterior y sus reglas. El pensamiento mágico, propio de la etapa anterior, es sólo una ilusión, los mecanismos de la realidad no son tan fantásticos como uno podría desear o imaginarse, pero son más eficientes en la práctica. La aceptación de la autoridad y de las reglas permite relacionarse, e incluso jugar con los demás de modo más satisfactorio. Diferenciándose de los criterios egoístas y asumiendo las normas externas el niño entre los seis y once años desarrolla una moral *heteró-noma*, regulada por criterios de autoridad *impersonal*. Empezará a distinguir que hay cosas que está permitido o que no está permitido hacer no tanto en función de contentar a mamá o para evitar que se enfade, sino en base a que se deben o no se deben hacer, puesto que son intrínsecamente buenas o malas. Con ello la conciencia del bien y del mal y de los sentimientos de culpa y vergüenza se instauran en el centro de su sistema de construcción moral.

La fase socionómica (pubertad, adolescencia y juventud)

Durante la infancia, antes de la adolescencia, los chicos y las chicas permanecen generalmente bajo la custodia parental y se someten habitualmente a sus criterios. Mientras percibe la necesidad de su apoyo –excepción hecha de los casos en que se presentan trastornos precoces o existen graves carencias de cuidados paternos– el niño permanece en una posición de sumisión y obediencia. Con la aparición de los primeros signos de la pubertad los jóvenes adolescentes se vuelven conscientes de su poder, de la aparición de su personalidad y de su posición o rol social. Se trata de un proceso dirigido a la individuación y a la consecución de la propia autonomía. El rechazo de la autoridad y de los criterios parentales constituye el primer paso de este proceso. Se podría llamar también libertad, “si no fuera por el hecho que esta forma de autonomía se basa también en una convención: la pertenencia al grupo” (Carotenuto, 2003). El vacío posterior a la “muerte del padre” se rellena con la formación de una neoestructura criteriológica, a la que hemos denominado *socio-nomía*. El proceso de formación de esta neoestructura resulta largo y a veces también tortuoso. En un primer momento los jóvenes adolescentes tratan de asemejarse a los otros coetáneos a fin de sentirse parte del grupo. Estos, a su vez, buscan señales de identidad para distinguirse de los demás, empezando por la forma de vestirse, peinarse o tatuarse, por el lenguaje (jerga) que usan al hablar o escribirse mensajes entre ellos, así como por la elección de sus ídolos entre músicos, deportistas o modelos. La ley de la uniformidad del grupo acaba por sustituir la ley impersonal de la fase heteronómica. La trasgresión de la ley puede convertirse también en un modo de demostrar la pertenencia al grupo que dicta sus propias reglas. Sentirse rechazado por el grupo es una de las experiencias más dolorosas, es un modo de exclusión vivido como una muerte social. Al mismo tiempo, sin embargo, se va abriendo camino la necesidad de satisfacer otra tendencia, la de convertirse en una persona diferenciada y reconocida por los demás. De ahí nacen los intentos de destacar sobre los otros, convirtiéndose en el líder, exagerando ciertas actitudes o comportamientos de provocación, desafiando a la sociedad, siguiendo modas extremas, etc. Superada esta fase inicial de rebelión y ruptura con el pasado de la infancia, mediante la identificación con el grupo, y a veces en coexistencia con ella, los jóvenes son capaces de mostrarse sensibles a problemáticas que trascienden su pequeño grupo, integrándose en movimientos sociales de acuerdo con las tendencias de la época: romanticismo, fascismo, comunismo, movimiento hippie, ecológico, *okupa*, *skin*, contracultural, etc.

En este largo proceso la aparición del amor representa otra experiencia trascendental. A diferencia de la confusión grupal, el enamoramiento nos arrebató hacia la individuación fusional. Nos encontramos en la mirada del otro, nos sentimos reconocidos como personas únicas y al mismo tiempo sentimos el deseo de confundirnos con el otro. El amor nos lleva a percibir al otro, a acoger sus deseos más insignificantes, a recubrir de belleza su persona, sus palabras, todos sus gestos. Descubrimos el sentido de nuestra existencia en ser para el otro. Las relaciones interpersonales, incluidas las de amistad, terminan por ser más significativas que las de grupo y, naturalmente, que las familiares. La actitud *socionómica* busca inicialmente **complacer** a los demás a fin de sentirse aceptado por ellos, tanto desde el punto de vista grupal como personal, sustituye las normas

impersonales de las construcciones heteronómicas por los *criterios interpersonales*. La finalidad de complacer a los demás culmina con el objetivo de crear nuevos *vínculos*, más allá de la familia de origen. A esta nueva variante de la socionomía la llamamos *vinculante*, que será la base para la formación de la pareja. Las dificultades en el proceso de formación y mantenimiento de estos nuevos vínculos darán lugar con frecuencia al desarrollo de actitudes *dependientes*, potencialmente patológicas. Con el paso de los años y a causa de las relaciones surgidas en el seno de este nuevo vínculo, hijos y familia política, junto a las derivadas de las relaciones primarias, familia de origen, la motivación vinculante puede transformarse fácilmente en *oblativa*, capaz de dar o amar sin la expectativa de correspondencia inmediata, dispuesto al sacrificio de sí mismo por el bien de los demás, como sucede con frecuencia en las relaciones de pareja, de trabajo, con los padres ancianos o enfermos, y de forma particularmente destacada con los hijos, los cuales exigen una dedicación muy especial incluso frecuentemente en perjuicio de intereses legítimos o de necesidades propias.

La autonomía (potencialmente en la edad adulta)

Esta dimensión altruista de la socionomía, que Freud veía como signo de madurez, no se compagina siempre bien con la *auto-nomía*. La autonomía se debería considerar como el punto de llegada natural de cualquier proceso de madurez: el feto adquiere un grado de madurez cuando alcanza la suficiente autonomía para desarrollar por sí mismo las funciones orgánicas que le permiten respirar, alimentarse y continuar creciendo. Este empuje hacia la autonomía lo lleva en el preciso momento de la madurez a desprenderse del útero materno, provocando el nacimiento. En los años sucesivos la tendencia hacia la autonomía lleva al niño de acuerdo con las adquisiciones de la continua maduración fisiológica a esforzarse por adquirir nuevas habilidades como caminar, hablar, aprender, etc. Habilidades que aumentan constantemente los grados de su autonomía como organismo capaz de sobrevivir en el nicho ecológico humano. La autonomía moral o psicológica, por el contrario, no constituye una consecución natural del proceso de maduración; es el resultado de un largo proceso de socialización como el que hemos descrito hasta ahora. Representa la culminación en la que se integran los diversos niveles morales, el desarrollo de un criterio *propio*. Parte de una clara percepción de las necesidades y deseos personales, de una firme voluntad de alcanzarlos, de una aceptación consciente y crítica de las leyes impersonales, establecidas y sancionadas por una sociedad, de un reconocimiento de los deseos, necesidades y voluntad ajena y trata de tomar en consideración todas estas variables conjuntamente en el momento de tomar sus decisiones. Las habilidades personales para hacer compatibles entre sí objetivos con frecuencia tan divergentes es una señal de madurez y no exige necesariamente, como suponía Freud, la represión de los propios instintos o deseos que según él se regulan sólo por el principio del placer. Más bien al contrario, la persona autónoma puede experimentar placer en dar desinteresadamente a los demás o en cumplir sus obligaciones como ciudadano (recuérdese el caso de Sócrates, aceptando beber la cicuta para mostrar su aceptación y acatamiento de las leyes, de acuerdo con sus principios).

La secuencia evolutiva descrita hasta ahora, admite, naturalmente, diferencias individuales; algunos niños muestran desde bien pequeños una gran capacidad de empatía, mientras que otros, por el contrario, incluso durante la infancia, son capaces de una gran crueldad; algunos adultos se comportan de forma absolutamente irresponsable, mientras otros niños y jóvenes pueden asumir grados importantes de responsabilidad. Finalmente, otras personas, según las influencias culturales y sociales, pueden retrasar o avanzar el momento de iniciar o terminar las fases evolutivas, o entretenerse excesivamente en alguna de ellas, o mostrar un grado más o menos evolucionado según las circunstancias.

La perspectiva estructural

Aunque desde el punto de vista evolutivo se puede hablar de fases o estadios en el sentido que hemos apuntado, desde un punto de vista estructural podemos considerarlos más bien como niveles diversos de construcción. Las personas adultas pueden continuar sirviéndose de ellos a veces simultáneamente según los diferentes contextos, o pueden considerarlos alternativamente o

debatirse con los conflictos generados por aspectos irreconciliables entre ellos a los que deben hacer frente. Solamente cuando los diversos niveles de construcción se vuelven incompatibles entre sí se desencadena el conflicto.

El malestar inevitable que suponía Freud (1923, 1930) entre las tendencias libidinales y las exigencias sociales provenía de una óptica no dialéctica en la que la lucha entre los opuestos no podía saldarse nunca con una síntesis entre tesis y antítesis. La perspectiva genético-estructural, en cambio, planteada por Piaget (1976), ilustra cómo los distintos niveles de evolución cognitivo y moral, aun manteniendo las propias características se transforman en nuevos estadios de desarrollo provocando una reorganización del sistema. De este modo un adulto es capaz de dejarse llevar por el ilusionismo de un mago, aun sabiendo que los efectos mágicos que no sabe explicar racionalmente, tiene una explicación racional. O puede abstenerse de algunos placeres inmediatos para gozar de un bienestar corporal o mental más saludable y duradero. De este modo la autonomía, entendida como capacidad de decisión libre, es el punto culminante de un largo proceso de construcción del sistema de regulación de la acción al que llamamos "moral". No es únicamente la capacidad de escoger o de querer, sino la de decidir, constituyendo el criterio último para hacer frente a los conflictos morales que se hallan en la base de la psicopatología neurótica.

PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL

La libertad puede verse limitada por elementos externos, a causa de impedimentos materiales o de condicionantes humanos, pero es fundamentalmente una dimensión interna o personal. La primera condición se refiere a la libertad de construcción, la segunda a la libertad de actuar de manera autónoma e independiente. En este sentido, implica no sólo una posibilidad física de movimientos, sino la posibilidad de una elección y el compromiso con una decisión. Este compromiso se refiere a una *responsabilidad*, que se configura no sólo por los condicionantes prácticos, sino también frente a ellos. En efecto, libertad no es sinónimo de indeterminación, sino más bien de determinación, de posición activa frente al mundo.

De acuerdo con nuestra experiencia plantear de forma explícita los dilemas morales -entendidos en términos sociocognitivos (Piaget, 1976; Selman, 1980; Kohlberg, 1976)- que con frecuencia subyacen a las patologías depresivas y ansiosas es una buena escuela para aprender lo que implica confrontarse con la libertad y un buen banco de pruebas para poner en juego todo el repertorio de mecanismos emocionales y cognitivos con que habitualmente afrontamos los conflictos.

La superación exitosa de los dilemas morales supone una afirmación, o reconquista en muchos casos, de la capacidad de decidir, una consolidación de la voluntad, un aumento de la autonomía. Al contrario, la pérdida, o mejor la renuncia a la libertad, puede desembocar en graves patologías psicológicas: sensación de falta de voluntad (depresión), pérdida de control (conductas impulsivas o compulsivas, dependencias), inhibición, evitación (fobias), inseguridad y miedo (timidez, aislamiento social). Muchas de estas manifestaciones se corresponden en general con los trastornos de ansiedad.

En la Tabla II se resumen las relaciones más habituales entre los niveles de construcción moral y las diversas modalidades psicopatológicas. Conviene subrayar que no es el nivel de construcción moral el que desencadena la ansiedad, sino el conflicto entre dos o más de ellos. Por ejemplo, pulsiones eróticas (anomía) que chocan con prohibiciones morales (heteronomía); necesidad de independencia tendente a la autonomía frente a un atrapamiento por obligación, culpa, deuda (heteronomía) o afecto (socionomía) respecto a los padres, los hijos o la pareja, etc. Si este conflicto deriva luego en un dilema irresoluble se desencadena la respuesta ansiosa inicialmente de modo agudo o se convierte más tarde al prolongarse en el tiempo en un trastorno crónico, acompañado frecuentemente por somatizaciones (insomnio, dolor, mareos...). La respuesta de ansiedad no es más que la activación fisiológica, orientada a hacer frente a las amenazas a la integridad física o psíquica. Si los intentos de resolución se demuestran inútiles la sensación de derrota o impotencia nos puede arrastrar a la depresión o, lo que es más habitual, a la alternancia entre estados ansiosos y depresivos.

TABLA II

Patologías de la prenomía

La prenomía es la posición moral de la derrota, cuya manifestación patológica es la *depresión*. El riesgo de muchos trastornos de ansiedad es la degeneración en depresión. Mientras la ansiedad está activada la lucha continúa. Cuando, sin embargo, fracasan los intentos de huir del peligro o de resolver los problemas, los organismos, aun los más simples, cesan en su actividad, se desinflan literalmente o se deprimen y en los casos más extremos se dejan morir. Es lo que le pasa a Anna Karenina, atrapada en la elección entre el amor del amante y el cuidado del hijo frente a la imposibilidad de obtener el divorcio del marido, se rinde a la muerte tirándose al tren, después de haberse consumido en el sufrimiento psíquico. Y sucede a tantas y tantas personas que abandonan la propia lucha, hasta el punto en que, a veces, el motivo para continuar alimentando un trastorno de ansiedad no es otro que el de evitar ceder a la depresión. La depresión es percepción de impotencia y desesperación. Cuando aparece en combinación con la rabia, como en el caso de Raquel, se trata todavía de una oscilación depresivo-ansiosa.

La desesperación de Raquel

Raquel, paciente de 38 años, ha sido diagnosticada desde hace dieciocho de una hepatitis C, de origen iatrogénico, a causa de una transfusión con sangre contaminada en el momento del parto. Se ha sometido voluntariamente a un tratamiento experimental, orientado a la eliminación del virus, que presenta notables efectos secundarios, tales como caída del cabello, pérdida de peso y deficiencia inmunológica, con las consiguientes complicaciones que la acompañan. Una revisión del tratamiento experimental, al cabo de un año, demuestra no haber conseguido mejora alguna ni esperanza de conseguirla respecto a su dolencia inicial, de modo que, de acuerdo con su médico, decide abandonar el tratamiento, volviendo a renacer el cabello, recuperar los niveles habituales de resistencia inmunológica y restaurar su peso natural. En el momento de entrar en el grupo de psicoterapia Raquel se halla recuperada de los efectos del tratamiento, respecto al que guarda una profunda decepción. Pero no es éste, sin embargo, el motivo que la lleva a buscar ayuda psicológica. Éste se expresa ya en la primera sesión entre sollozos de desconuelo y gestos de desesperación. Su padre, al que se halla muy apegada emocionalmente, ha sido diagnosticado hace poco de cáncer de pulmón, lo que le lleva a anticipar un ineludible y próximo final.

La razón de su apego al padre parece, a primera vista, paradójica. El padre, bebedor alcoholizado, ha sido un maltratador despiadado de la mujer durante todos los años de vida conyugal, hasta el punto de haber tenido dieciocho hijos de ella, de los que sólo han sobrevivido doce, que la paciente considera, incluida ella misma, fruto de otras tantas violaciones. Todavía recuerda con horror haber asistido a las palizas que el padre daba a la madre desde una habitación contigua, donde se encerraban todos los hermanos para no ver lo que estaba sucediendo, pero sin poder evitar oír los gritos de dolor de la madre, mezclados con los de furia del padre, mientras ella miraba consternada al resto de sus hermanos, esperando que alguien se decidiera a intervenir para evitar o poner fin a aquella degradante situación.

Reprocha, evidentemente al padre esta conducta, pero a la vez se muestra comprensiva con él, puesto que toma en consideración las circunstancias personales que rodearon su infancia y juventud. Cree en consecuencia que su padre, huérfano de guerra, fue más bien víctima de sus circunstancias que verdugo ejecutor de sus iras y se siente en la obligación de reparar la falta de amor que ha sufrido el padre, con la entrega oblativa del suyo.

Con la madre se muestra también compasiva, pero le reprocha no haber sido capaz de haberla librado a ella y a sus hermanos de aquel infierno, de haber sido cobarde por no haberse separado del marido y haber buscado una vida más conforme a las posibilidades reales de la familia, limitando el número de hijos y preocupándose por su educación. La disculpa igualmente a causa de su ignorancia, de las circunstancias de su época, de las influencias de la familia y del medio social.

En su primera sesión hace referencia a sus emociones de rabia, impotencia y confusión con estas palabras:

R.: *Últimamente me descontrolo por nada. Estoy muy mal. Lo que ha cambiado es que estoy siempre enfadada. Me enfado con mi marido. Por nada. He cambiado unas cosas por otras; antes era muy celosa; no podía soportar que mi marido mirara a otra mujer, ni por la calle, ni en la tele... No hacía más que comer. Me escondía. No estaba bien conmigo misma... Ahora eso ha cambiado por un enfado constante. Contesto mal a mi hija. No entiendo qué me está pasando. Porque debería estar bien y estoy mal... Estoy enfadada con todo, con las cosas que creía y ya no las creo (llora)...*

Antes creía mucho en Dios, y ahora no creo... Cuando estuve tan mal me aferré a la fe y me iba muy bien. Me paso todo el día pensando que no existe Dios, que qué injusto es, porque si realmente existe cómo quiere que yo crea en él. Porque ¿qué hace por mí?; no hace nada, ni por mí ni por mi padre. Porque no hace nada por nadie..... Son tonterías que me pasan por la cabeza. Y lo veo todo negativo y no puedo cambiarlo. Mi rabia es más fuerte. ¿Por qué estoy enfadada? Es que no lo sé. Es una mezcla de pena, de tristeza y rabia...

Últimamente no me quiero levantar; me quedaría durmiendo. Si no me levanto, no me entero. Y si me levanto hago lo que puedo, que me cuesta mucho hacer las cosas. Estoy en el sofá. Porque cuando vienen y me preguntan qué quiero, salto; no quiero hablar. Y no sé si las cosas que estoy pensando son reales o no lo son. No sé si veo las cosas como son o algo en mí se está volviendo loco. Y que esté tan mal. No lo entiendo. Realmente no sé por qué. (rompe a llorar amargamente, doblando todo el cuerpo, durante largos minutos). No lo soporto, no lo soporto (gimiendo) no lo soporto. Es que yo cuando estoy triste sólo pienso en Dios. Y ahora que pasa todo eso no está, no está en ningún sitio (desesperada)... ¿Cuando mi padre se muera ¿qué pasará? Eso no es justo, no es justo (se ladea, apoyándose en el brazo de la silla para llorar). No es justo. No puedo Dios mío... es que ¿por qué pienso en Él?... Yo siempre he confiado que Dios estaba y cualquier día todo tendría un sentido. Había creído en una cosa, un ser que algún día nos va dar una recompensa, después de una vida de sufrimiento; para todo el mundo. Pero ahora, para cualquiera que se muera, se acabó. No somos nada, no somos nadie. Qué más da lo que sufras hoy, si no tienes recompensa mañana. No tiene sentido; nada para mí tiene sentido ahora... ¿Para qué he tenido dos hijos? Para que sufran, para que se mueran. No puedo (rompe a llorar de nuevo largamente)... Para mí no puede ser... El caso de las torres gemelas de Nueva York no tiene nada que ver con mi vida, pero cuando sucedió empecé a rezar por esa gente que no tiene culpa de nada, para que Dios lo recoja, los abraza. A veces pienso que Dios los recoge, los atiende. Pero ahora ¿quién los va a recibir, si no hay nada? No hay nada, no hay nada (sollozando y entrecortada) no hay nada, y eso no puedo soportarlo.

Las intensas demostraciones de rabia y llanto presentes durante toda la sesión son una clara señal del pasaje del sistema epistemológico de Raquel, vacío de cualquier contenido y significado después de la pérdida de la fe, de la ansiedad hacia la depresión. En esta posición abandona cualquier compromiso moral, desarrollando una actitud pasiva: no se hace cargo de la casa, de los hijos ni del marido. No se levanta de la cama y si lo hace es para estirarse en el sofá. Ha dejado de luchar y se rinde a la desesperación. No se cuida ni así misma ni a los otros y no se deja cuidar tampoco.

Esta posición pasiva que en el niño recién nacido es natural, y por esta razón llamada prenómica, es decir, anterior a cualquier responsabilidad social, en el adulto constituye una descompensación muy grave, puesto que conlleva, además de la desaparición de cualquier deseo y forma de voluntad, una renuncia a todo tipo de responsabilidad y autonomía. La destrucción de las estructuras anómicas vuelven a la persona débil y desarmada, incapaz de luchar y defenderse por sí sola.

Patologías de la anomía

El desarrollo de las estructuras anómicas es fundamental para la constitución de un núcleo volitivo fuerte, capaz de reconocer y alcanzar los propios objetivos. En sus orígenes este núcleo se forma, como hemos visto, independientemente de las consideraciones sobre el bien y el mal; es todavía una estructura a-social, que tendrá que aprender a acoplarse con las reglas heteronómicas y con los

criterios prosociales. Los comportamientos asociales que en un niño de dos, tres, cuatro o cinco años se consideran adecuados a su estadio evolutivo, terminan por ser disfuncionales cuando el niño o la niña se convierten en un hombre o una mujer. Estos comportamientos en el adulto reciben el diagnóstico de sociopatías. La anomía sociopática se caracteriza por su falta de empatía y la absoluta carencia de respeto por el otro al que se ve como un ser inhumano, tal como dice Jimmy Massey, sargento de marines en Iraq:

“Los civiles, son una manada de ovejas, unos débiles mentales y nosotros somos guerreros, podemos morir en cualquier momento. Por eso el libertinaje está permitido y volarle a alguien la cabeza a 500 metros de distancia es una machada, lo he hecho muchas veces... Tu primer muerto se celebra, es un acto litúrgico, un bautismo de sangre. A partir de ahí, matar se convierte en un gozo casi sexual, llegas al nirvana, te sientes poderoso”.

Desde el punto de vista evolutivo las primeras crisis anómicas se superan con la integración de los criterios heteronómicos: la ausencia de estos criterios puede hallarse, en cambio, en el origen de conductas impulsivas, de adicciones y abusos de diversas clases, como revela el siguiente caso.

El sueño del accidente de tráfico

Rebeca es una joven de 22 años que lleva una vida descontrolada, en la que se entremezclan comportamientos de riesgo con consumo de drogas, salidas nocturnas, peleas entre bandas juveniles, fracaso escolar, inadaptación laboral, social y familiar, un perfil claramente sociopático. Hija única, ha sido excesivamente consentida en sus caprichos, favorecidos por el elevado poder adquisitivo inherente a la actividad empresarial de la familia: ha destrozado varios coches de alta cilindrada debido a una conducción irresponsable. Sus sueños reflejan vivencias de características paranoides en congruencia con sus síntomas y expresan a la perfección la naturaleza de su problemática moral. De entre todos ellos escogemos como más ilustrativo el sueño titulado “Jueves” denominado así por su pertenencia a un conjunto de cuatro sueños seguidos según la secuencia semanal anotados en su diario. El texto es el siguiente:

“Iba con el coche a alta velocidad y con la música muy alta. De repente vi que en medio de la carretera estaba un camión cruzado. No podía frenar el coche, no me respondía y acabé chocando contra él. Yo estaba atrapada en el coche y todo estaba lleno de sangre. Se acercó el hombre del camión y lo único que hizo fue decirme que ya era hora que me tocara a mí, a ver si aprendía. Yo no podía salir del coche y le pedía ayuda, pero no me hizo caso y se fue. Al poco rato llegó la policía y me sacaron el coche. Me miraron el coche y me dijeron que estaba detenida por llevar drogas encima y conducción temeraria. Le pedía que me llevaran al médico y me respondieron que la gente como yo debería estar pudriéndose en la cárcel”.

Entendiendo el sueño como expresión simbólica de la vivencia subjetiva, y situándolo en el contexto existencial de la persona, el viaje (en coche) es una metáfora de la vida: la vida como un viaje hacia un destino. Una vida que ella conduce de modo acelerado, como si ir más rápido fuera un modo de vivir más tiempo, y desenfrenado, como si el descontrol fuera un modo de vivir con más intensidad. En el sueño el coche va descontrolado a causa de la alta velocidad y el accidente se hace inevitable. No se dirige a ninguna parte, sólo va acelerado y sin frenos y termina por chocar: es él único modo en que se puede detener este coche, pegándose a un camión (la realidad externa) atravesado en la carretera. Es una vida desenfrenada (posición anómica), cuyos frenos no “responden” (ausencia total de responsabilidad), con la música muy alta, drogas en el maletero y conducción temeraria (*sex, drugs and rock & roll*), que acaba por sufrir un accidente en el que se desangra y queda atrapada. Ella no puede salir por sí misma y pide ayuda médica (posición prenómica), pero los demás consideran que es culpa suya y que debería aprender de una vez (posición heteronómica). El sueño contiene una llamada desde la heteronomía a la responsabilidad (posición autonómica) en forma de posibilidad de aprendizaje, que ella elude pidiendo a los demás que se hagan cargo de ella (prenomía); pero éstos se niegan a ayudarla y acaba detenida por la policía (heteronomía). Expresa, pues, un claro conflicto entre anomía y heteronomía.

Patologías de la heteronomía

Introyectar la heteronomía puede ser por tanto favorable o al menos necesario para el desarrollo moral; pero a veces, particularmente durante el periodo evolutivo correspondiente, este proceso puede llegar a suponer la destrucción o invalidación de las estructuras anómicas todavía tiernas. En la base de esta invalidación de la espontaneidad es fácil encontrar un ambiente familiar vacío de emotividad, a veces como reacción a una historia donde las pasiones han desembocado en un final destructivo. Patologías características de los conflictos de origen heteronómico son: las obsesiones, la fobia social, la claustrofobia, los trastornos alimentarios restrictivos, entre otros. Por razones de espacio nos vamos a centrar aquí únicamente en la obsesión, remitiendo al lector a otros escritos donde hemos tenido ocasión de abordar con mayor amplitud estas cuestiones (Villegas, 2005).

La invalidación de los criterios anómicos equivale a la destrucción de los criterios internos: el niño no puede saber lo que es bueno o malo para él, no puede reconocer sus necesidades y deseos, no puede fiarse de su espontaneidad. Debe controlar constantemente sus pensamientos y voliciones para adecuarlos a los criterios externos indicados por la autoridad o buscar en referentes estables la seguridad de sus actos. Los rituales, por ejemplo, sirven al obsesivo para garantizar la exactitud de cualquier procedimiento al cerrar una puerta, apagar la luz, aparcar el coche, o preparar la comida.

La función de los rituales en el caso de Alicia

Alicia, paciente obsesiva, ha conseguido hacer desaparecer casi por completo los rituales que le servían para calmar la ansiedad de la culpa y proteger los suyos de cualquier mal. Ha puesto fin a la terapia hace un año y medio, periodo durante el cual ha quedado embarazada y ha dado a luz un niño que tiene ya cinco meses y al que está alimentando al pecho. Pasadas las fiestas de Navidad llama preocupada al terapeuta: han vuelto a reaparecer de forma imprevista los rituales. Durante este año y medio ha muerto una abuela, se le ha diagnosticado un cáncer de estómago al suegro y uno de los cuñados ha sufrido un infarto de miocardio. Ninguno de estos acontecimientos, sin embargo, ha desencadenado de nuevo la crisis de ansiedad. El acontecimiento precipitante ha sido la muerte repentina del padre de setenta y cuatro años, precisamente al volver de su casa donde se había celebrado la comida de Navidad. En estas circunstancias atraviesa por su mente como un rayo el pensamiento de que todas las desgracias sucedidas después de haber dejado de practicar los rituales puedan estar conectadas con su actitud despreocupada y que tiene que retomarlos plenamente, de otro modo podría morir también el niño.

Detrás de este comportamiento se oculta el temor a cometer algún error, a inducir algún tipo de daño o el pensamiento mágico de protegerse a sí mismo o a los demás de alguna amenaza. El obsesivo debe ponerse a salvo de los errores, se siente responsable, incluso hiperresponsable como hemos visto en el caso de Cecilia, de evitar cualquier daño que pudiese acaecer a alguno de los suyos. El perfeccionismo, la limpieza extrema, la higiene absoluta, el orden riguroso, etc. sirven al obsesivo para calmar la ansiedad: de este modo se protege de la culpa y de la vergüenza. Para él es más importante no omitir lo que se puede hacer para evitar un mal que la propia comisión del mal. Ésta es, también, la función de las conductas de comprobación como veremos en el siguiente caso.

La función de las conductas de comprobación de Alberto

Alberto, paciente obsesivo de 23 años, escribe en su diario:

“Hoy como cualquier otro día, antes de salir de casa, vigilo que las conexiones eléctricas estén libres y la entrada del gas cerrada. También hago lo mismo cuando salgo del despacho con las conexiones de allí... Desconecto todos los cables, el ordenador, la impresora, la luz... separo los cables, o sea que no haya ningún papel al lado para que no pueda haber ningún chispazo y con ello un incendio. Cierro uno y cuento hasta 9, mentalmente, o sea todo esto mentalmente, nunca lo exteriorizo... Luego hay una luz, una lámpara, y entonces lo que hago es comprobar 4 veces 4, que esté bien sujeta para que no se caiga... Luego me voy para la puerta, cojo las llaves, pero antes compruebo también los

muebles, los archivadores que estén cerrados con llave. Hago otra vez lo mismo, 4 veces 4. Luego salgo y cierro la puerta y bueno tiene dos cerraduras. Para cerrar la de arriba cuento hasta 28, y la de abajo doy 9 vueltas al palo para comprobar que esté cerrado... Esto podría ser una reacción natural de prudencia y seguridad, pero se convierte en una obsesión cuando los controles de seguridad se realizan con una especie de ritual numérico. Por ejemplo, tengo que mirar la llave del gas cerrada durante 9 segundos o tengo que tocar el interruptor de la luz, una vez apagada, mientras cuento mentalmente 4 veces 4 de forma ordenada y consecutiva. Todo esto lo hago con la intención de evitar cualquier suceso negativo. Esta manera de actuar proporciona la seguridad que necesito para abandonar mi casa o el despacho sin temor a que pase nada”.

Patologías de la socomia

A causa de la necesidad imperiosa de crear vínculos en la fase socomia la persona puede caer en posiciones que fácilmente predisponen al desarrollo de patologías de naturaleza **complaciente**, **dependiente** u **oblativa**, entre ellas: los trastornos alimentarios de carácter purgativo, la dismorfofobia, la dependencia emocional, la agorafobia, la obesidad patológica.

a) Socomia complaciente

En el intento de superar la dependencia heteronómica, los adolescentes tratan de regularse por los criterios del grupo. Están dispuestos incluso a aceptar las críticas y burlas de los compañeros, con tal de no sentirse marginados. En un primer momento siguen al grupo y se adaptan a sus reglas y exigencias, tratando de ser aceptados por los coetáneos. Con el inicio de las relaciones más íntimas esta tendencia se orienta hacia características más específicas de complacencia sexual. Algunas chicas, en particular, ven un criterio de valor personal en las señales de aprobación que reciben de sus compañeras o de algún chico en relación su *sex appeal*: llegar a ser sexualmente atractiva se convierte para algunas en la razón de su propio ser. Gustar a su marido, David Beckham, es el argumento esgrimido por Victoria, la ex “*spice girl*” para rellenarse de silicona los labios, adelgazar peligrosamente o aumentar el tamaño de los pechos (Pérez, 2006). Algunas mujeres corren riesgos innecesarios, como corroboran los casos de muerte en el postoperatorio, para someterse a cambios estéticos. Jane Fonda, por su parte, reconocía en una entrevista reciente: “Fui todo lo que mis maridos quisieron: con Roger, la mujercita sexual, con Tom, la revolucionaria, y con Ted, la señora del magnate... Cuando tenía diez años me juré que haría lo que fuera para ser perfecta y que un hombre me quisiera... pero he sido una víctima de la cultura de la perfección, por eso me aumenté el pecho”. El culto actual al cuerpo, sobre todo, aunque no exclusivamente, por parte de las mujeres, como objeto de intercambio inmediato y prueba de aceptación o rechazo, constituye el epifenómeno por antonomasia de las patologías de la socomia complaciente, entre ellas los trastornos alimentarios o las dependencias emocionales.

Trastornos alimentarios de naturaleza compulsiva: la bulimia

En la búsqueda de aceptación las chicas, aunque no de modo exclusivo en relación a los chicos, pueden perder el sentido de su cuerpo como organismo que cuidar y alimentar, confundiéndolo con una imagen en el espejo, con lo que toda su atención se dirige a mantener atrayente la “figura”. En este mundo especular, donde el control de la comida se presenta como un método adecuado para obtener el objetivo prefijado de adelgazar, se desarrollan con facilidad los trastornos alimentarios: las dietas descompensadas abren rápidamente el camino a la bulimia, como dice Hornbacher (1998):

“No hay nada en el mundo que me espante más que ser bulímica. En un momento determinado para salvarse el cuerpo empieza a ingerir alimentos por su propia iniciativa. El mío empezó a hacerlo. La pasividad con la que me expreso es intencionada... Experimentas la sensación de ser poseída, de no tener una voluntad propia, de estar en lucha continua con tu cuerpo y de perder. Él quiere vivir y tú te quieres morir. No podéis

ganar los dos a la vez, de modo que se produce una escisión entre tú y tu cuerpo y acabas enloqueciendo por el miedo. La inanición es absolutamente temible: cuando finalmente se toma la venganza, se produce la sorpresa: no era esto lo que intentabas. Espera un momento: esto no, esto no. Después te reabsorbe y te hundes.

De este modo la persona se distancia de sí misma para convertirse en palabras de Jean Paul Sartre “*un être pour autrui*”, un ser para los demás que se debate locamente entre el ser y el parecer, entre el organismo y la figura, que llega a hacer de esta lucha el objetivo final de su mente, olvidando cualquier otra dimensión existencial que pueda dar sentido a su vida. En los trastornos alimentarios se puede rastrear todavía un intento egoísta, aunque fracasado, de llegar a ser uno mismo, a través del control del cuerpo y la propia sustracción al deseo de los otros como en la anorexia o mediante el reconocimiento de desiderabilidad en la bulimia, intento que empieza a diluirse cuando la socomonomía se convierte en oblativa.

b) Socionomía oblativa

La necesidad de complacer a los otros se instaura como un obstáculo que superar en el camino hacia la autonomía. A veces esta actitud realiza un giro hacia una posición más sacrificial, llamada por nosotros “oblativa”, sustitutiva del amor. Las personas, como Angélica, que se ofrecen a los demás a fin de que estos puedan realizarse, encuentran frecuentemente refugio en la obesidad, como un modo sacrificial de evitar los contactos íntimos y de proteger el propio secreto. La obesidad, a diferencia de la anorexia, sucumbe al descontrol del cuerpo y en contraposición a la bulimia renuncia al deseo masculino de un modo menos egoísta, que permite una disponibilidad hacia los otros de carácter más altruista.

La carta de Angélica: Obesidad

Angélica, de 23 años, sigue una terapia en un centro público durante unos nueve meses entre noviembre y agosto del siguiente año, fecha en la que suspende voluntariamente la terapia, después de la sesión dieciséis. Viene derivada a terapia por la dietista y por una amiga. En el mes de abril, entre la sexta y séptima sesión, envía esta carta a su terapeuta. Presenta un problema de obesidad por el que viene tratada por una dietista. Su peso ha bajado de 89 a 79 kilos después de la dieta (mide 162 cms.). También la madre sufre de obesidad. El genograma incluye el padre de 53 años; la madre de 54; un hermano de 29, y ella de 23. Vive con sus padres. A continuación sigue el texto de la carta:

¡Hola!. Soy Angélica. No sé cómo empezar esta carta ni si seré capaz de explicar con claridad cuanto quiero decir. Desde la última sesión he estado pensando en lo que tenía que hacer sin poder llegar a la conclusión de si debía continuar viniendo a terapia, o bien debía dejarlo correr, hasta que me sienta capaz de hablar de cualquier tema que me podáis preguntar, sin temor por no saber lo que puedo o no puedo responder. Sé que si no lo digo por carta no seré capaz de hacerlo cara a cara. Ni siquiera en este momento puedo saber como llegaré a terapia la próxima sesión, después de saberlo todo, porque me sentiré observada y minúscula, pero sobre todo preocupada en el caso en que mi decisión no sea correcta o bien acarree problemas a mi familia. Me dirás que éstas no son maneras de afrontar los problemas, pero aunque sé que es lo más cobarde y cómodo, es lo único de que me siento capaz.

Cuando viene por primera vez a psicoterapia no me lo pensé demasiado. Me dejé llevar simplemente por otra chica que tenía un problema de bulimia como yo, sin advertir que todo esto implicaba un montón de preguntas y respuestas a las que no podría responder. Si me sentía tan incómoda en terapia era por miedo a que me preguntaseis sobre cierto tema del que no quería ni oír hablar. Esto lo hacía todavía más complicado, porque todo terminaba por ser mentira y me hacía sentir mal.

Algún día te he engañado cuando me has preguntado si había tenido alguna relación sexual con algún chico. Sabía que cualquier cosa que yo pudiese decir sería mentira. Me inventé una historia que no sabía cómo terminar. Por suerte tuviste que salir un momento del despacho y me sirvió de solución; pero esto me hacía sentir peor.

No puedo recordar muy bien cómo ni cuando empezó todo. Tengo sólo unos pocos recuerdos y no muy agradables, por cierto, como los del último día cuando me negué. Me acababa de venir la regla y sabía que no podía continuar jugando. Tenía ya casi catorce años. Su primera reacción fue cerrarse en la habitación lleno de furor. Unos minutos más tarde volvió para decirme que no tenía que decirlo nunca a nadie, porque si llegase a saberse podría hacerle mucho daño. En aquel momento me sentí absolutamente vacía, confusa y triste, al ver que sólo se preocupaba de sí mismo. Por esto decidí no decir nunca nada a nadie.

Más tarde empecé a preocuparme. Pensaba que sabía perfectamente que lo que estaba haciendo no estaba bien; y, sin embargo, continuaba haciéndolo, sin hacer nada para frenarlo. Tal vez era yo misma que lo empezaba todo. No lo sé. He sido su campo de pruebas y el hecho que no haya llegado a oponerme, me hace sentir como una puta.

Con mi hermano tenemos una buena relación. Sólo cuando se habla de sexualidad o de algo por el estilo me siento incómoda y tensa. Parece que él lo haya olvidado todo. No le quiero ningún mal, y menos ahora que tiene una relación estable de pareja. Por esto no quería explicar nada, porque todo esto es problema mío.

Ahora ya sabes porqué se me hace tan difícil hablar de mí. No me gusta ni físicamente ni como persona; la única cosa que me gustaría es olvidarme de todo, que nadie llegase nunca a saberlo; o, mejor todavía, que no hubiese sucedido nunca.

Agorafobia: Ana sueños voladores

Otras personas desaparecen en la fusión de las relaciones íntimas; en la confusión del amor; mueren literalmente desde el punto de vista social, desarrollando una agorafobia, miedo a su expansión en el espacio público (etimológicamente a la plaza): no hay espacio para ellas en el mundo social, el mundo privado sustituye al público. Cerradas en casa, estas personas, generalmente mujeres, pueden vivir durante años sin salir nunca más allá de las inmediaciones del hogar, o hacerlo solamente acompañadas, dedicadas en cuerpo y alma a tener cuidado de los suyos. Hemos hecho ya referencia más arriba a algunos casos de agorafobia como el de Francisco, Natalia o Elena, descritos anteriormente, y a los que podríamos añadir cientos y cientos más. El motivo puede ser la imposibilidad de alejarse de una relación demasiado estrecha, con los padres o los hijos, pero sobre todo con la pareja. Víctimas de una idea equivocada del amor, estas personas pueden permanecer atrapadas en una relación durante años sacrificadas en aras del vínculo.

Este es el caso, entre miles, de Ana, paciente de 54 años en el momento de iniciar la terapia, a la que dedicamos con anterioridad un artículo titulado “*Donde vas con mantón de Manila: el proceso de convertirse en persona... autónoma*” (Villegas, 2003). Su padre, ferroviario, murió cuando los hijos eran todavía pequeños. En la actualidad vive con el segundo marido en una ciudad de provincia. Hace algunos años que trabaja en un hospital geriátrico. La madre vive independiente, en la proximidad de su casa y le ayuda en los quehaceres domésticos. Tiene una hija de veinticinco años de un primer matrimonio. Durante los años de su primer matrimonio sufrió durante algún tiempo trastornos de ansiedad con agorafobia, que desaparecieron espontáneamente al separarse del marido

Hubo una etapa de mi vida, cuando estaba casada con mi primer marido, que teníamos tanto trabajo, tanto trabajo, que estábamos metidos en la tienda desde las 9 de la mañana: hasta las 10 de la noche sin salir, porque allí comíamos y todo, y no había domingos, no había nada, y, a mí no me gustaba aquella vida, yo ya lo sabía que no me gustaba pero no sabía asociar qué era, que yo cada vez que entraba por las mañanas... me daban mareos, tenía en la cabeza un mareo, una pesadez en la cabeza... Incluso ya lo expliqué, llegué a soñar, soñaba muy seguido, que yo volaba, y no supe nunca qué era, pero ahora sí que lo sé, porque resulta que después de separarme de mi marido, no volví a soñar en volar, ni volvió la cabeza a darme mareos, era cada día, era continuamente, como un mareo... Ahora sí sé lo que era, como que aquella situación para mí, era superior a mis fuerzas, y una vez rompí con aquello, a mí no se me ha vuelto a dar esa sensación. Quizás porque yo no sabía

qué significaba, no podía romper con aquello, era algo que si me hubiese dado cuenta tampoco en aquel momento lo hubiera podido romper, no sabía romper. Ahora tengo mis cosas, por ejemplo cosas en las que no estoy satisfecha... Pero, sin embargo yo, ahora, no me vuelvo a marear, ni vuelvo a tener ansias de volar, y de alguna manera o de otra yo voy saliendo y ya esos síntomas no me han vuelto a ocurrir. O sea, yo tenía unos síntomas, que yo no sabía qué eran, pero ahora sí estoy segura qué eran: eran que yo, aquella situación, aquel encierro, aquella opresión, aquella cosa, no la soportaba, me ahogaba...

De los casos de agorafobia referidos hasta ahora, algunos de ellos ya en las primeras páginas de este escrito, puede colegirse un elemento en común: todos los protagonistas de estas historias se sienten obligados a hacerse cargo de relaciones que viven como limitadoras de la propia libertad. Todos tienen en común la consideración de incompatibilidad entre la libertad autonómica y las obligaciones contraídas por la fatalidad de un destino no escogido libremente o por relaciones que han llegado a ser sofocantes. Este aspecto fatalista y de incompatibilidad autonómica es lo que está sujeto a evolución moral a través del trabajo terapéutico. La superación de esta problemática concreta constituye además una oportunidad por su desarrollo global.

Existe a nuestro juicio en la agorafobia un desarrollo cognitivo-social incompleto en el que se equipara la independencia con la ausencia de compromiso moral, según el cual obtener la independencia conllevaría el incumplimiento de las obligaciones. La resolución de este conflicto exige la elaboración de un sistema epistemológico más complejo, a nivel tanto cognitivo como moral, en el que se vean finalmente como compatibles autonomía y compromiso moral o responsabilidad.

PSICOTERAPIA: PROMOCIÓN DE AUTONOMÍA

La promoción del desarrollo de la autonomía en el ámbito terapéutico no va dirigido a promover lo que es éticamente correcto desde el punto de vista de un código axiológico determinado, ni, por el contrario a prescindir de cualquier referencia ética actuando de un modo asocial o anómico para satisfacer únicamente las necesidades, deseos o pulsiones. Está orientada a promover la integración de los varios niveles de construcción moral de modo que la elección pueda ser decidida responsablemente. Ceder a las propias pulsiones y a los propios deseos puede ser vivido en modo anancástico, es decir obligado, no libre, patológico, del mismo modo que no tenerlos presentes en las propias elecciones lleva a la insatisfacción constante, condición que favorece las reacciones ansiosas y depresivas. Desde el punto de vista del desarrollo moral y consiguientemente terapéutico, lo que cuenta no es la elección tomada, sino la articulación de una estructura psíquica capaz de integrar en sí misma los diversos niveles de construcción moral, el tomar en consideración las propias vivencias, las necesidades y los deseos, de hacerlos compatibles dentro de los límites morales de una sociedad o, en los casos extremos, poder justificar la trasgresión, conciliarlo con el bienestar ajeno, incluso si a veces la voluntad de conciliación se demuestre imposible.

Un ejemplo de este intento de integración de todos los niveles de construcción moral en la autonomía nos parece reencontrarlo en el texto escrito por Miguel, paciente que llegó a superar una agorafobia de largo recorrido después de la separación matrimonial motivada por una experiencia homosexual (Villegas y Turco, 1999). Es una autocaracterización escrita al final del proceso psicoterapéutico en el que se puede apreciar el pasaje de la dependencia socionómica en que había crecido –el lo era todo para los demás- a la autonomía personal. Este pasaje ha sido muy costoso, por el que Miguel ha tenido que pagar un precio altísimo, que en circunstancias normales casi ninguno de nosotros estaría dispuesto a pagar: la separación de la mujer, el aislamiento social, la interrupción de las relaciones familiares, el alejamiento del hijo.

La autocaracterización de Miguel

Conocer a Miguel ha sido una empresa ardua y nada fácil. Yo como amigo, le tengo en gran estima, porque ha tenido el valor de llegar hasta el final, ha querido buscar su identidad y sólo yo puedo entender lo mucho que le ha costado, lo mucho que ha sufrido y cuán grande es, todavía hoy, su malestar por haber destruido una familia a la cual, en cierto sentido,

quería mucho. Lo veo cambiado, lo encuentro más autónomo, abrumado por mil problemas, pero testarudo y seguro de que también se las arreglará solo. No le resulta fácil, porque no tiene nadie con quien hablar, pero dice que esto lo ha querido él; por eso se debe apañar, para él será una experiencia que le ayudará a madurar. Sé que tiene momentos en que se siente perdido, es normal, porque se ha encontrado afrontando la vida de una manera distinta, intentando olvidar lo que hacía por costumbre desde hacía más de veinte años y desprendiéndose de aquel esquema tan preciso y falso que se había construido e impuesto. Finalmente ha escuchado la llamada de su identidad, y por un tiempo ha dejado de prestar oídos a las continuas demandas de atención que procedían de los demás; ha pensado por sí mismo y ha ordenado ese “puzzle” enrevesado de su vida. Volverá a escuchar a los demás, forma parte de su manera de ser, pero si primero era “confesor” ahora puede ser una “fuerza”, un punto de apoyo. He dicho que volverá a estar presente para los demás, porque ahora él está separado de todos, vive en la soledad más profunda, se ha vuelto esquivo y cerrado, no tiene relación con ningún familiar, busca de vez en cuando a su hijo, la única persona a la que se siente unido y por quien alimenta un gran sentimiento de amor; pero su hijo también forma parte del círculo de personas que le han abandonado, pero el amor que siente por él inconscientemente lo hace vivir.

Miguel dice que el tiempo madura las cosas y que los verdaderos sentimientos si lo han sido, vuelven a reverdecer. Por ahora, su hijo es la única persona que puede hacer volver la sonrisa a sus labios. Entiende que el comportamiento de Daniel es normal. Miguel era un maestro (así lo definía Daniel) y ahora se ha visto traicionado y por eso solo y en consecuencia debe pagarse un precio por estas cosas. Con su mujer, la relación está acabada, no se ven y no se hablan por teléfono. Es un paréntesis cerrado. Digámoslo francamente, el único amigo, verdadero y sincero, él único que le da las fuerzas para seguir adelante, la única persona que lo sabe entender, que lo sabe aconsejar, que lo sabe mimar en los momentos buenos y malos de la vida, la única persona que está siempre a su lado, día y noche, su verdadero y gran amigo de Miguel es él mismo. Pero Miguel tiene sentimientos y no sabe vivir sin éstos: él sabe amar y quiere amar, y ahora que ha puesto un poco de orden en su vida, a poco a poco está descubriendo la gran suerte que es dar y recibir; repito, recibir “amor”. Sentir tocar y apreciar a quien te está dando amor, a quien te ayuda a expresar lo que sientes y lo que quieres ser. Él me repite a menudo que agradece a sus padres que le hayan traído al mundo; le da gracias a Dios por la fuerza que le da y su presencia asidua y constante, da gracias a la vida por lo que le ha dado, y no por último se agradece a sí mismo, por el valor que ha tenido de buscar la verdad en su interior y da gracias también a quien ha ejercido la misión y ha tenido la paciencia de escucharlo (él no me ha dicho quien es, sólo lo puedo imaginar). Un fuerte abrazo, de quien lo conoce muy íntimamente y con mucha benevolencia.

Miguel ha tenido que enfrentarse a dilemas muy desconcertantes, relativos a lo que él llama la propia “identidad”, a la vez que ha vivido durante todo este tiempo preocupado por el bienestar de su familia, por el temor a que la mujer pudiera enfermar o intentar el suicidio. Se ha divorciado de su esposa, se ha alejado de la familia, se ha quedado solo, incluso después de poner punto final a la relación homosexual, causante de la crisis. Pero no ha dado marcha atrás, ha entendido que aquella experiencia desconcertante ha puesto de manifiesto su estructura psicológica. Ha intentado explicarse su orientación sexual de forma coherente con sus creencias heteronómicas y sus valores culturales, como una determinismo de la naturaleza y de la biografía: lo que ha sucedido, según él, es que simplemente ha descubierto que esta tendencia estaba presente en él ya desde pequeño, cuando por las condiciones familiares –padre ausente, trabajando en el extranjero, y madre alcoholizada- tuvo que asumir los papeles de mujer de su casa y madre de los otros dos hermanos. Su elección ha sido la de ser sincero y coherente consigo mismo y la de asumir la responsabilidad en esta condición. No hay pues de qué avergonzarse, sino sólo reconocer las propias necesidades y hacerlas coincidir con las propias elecciones de vida. Aunque ha tenido que pagar un precio muy

alto por esto, continuará siendo el de siempre, atento a los demás, pero habiendo aprendido además de dar amor, también a recibirlo.

Maricel: de la dependencia a la autonomía

Tal vez en ningún ámbito como en el de la dependencia emocional sea tan evidente la consecución de la autonomía como objetivo final de la terapia y la concepción epistemológica de ésta como un proceso orientado a promoverla. El caso de Maricel (Palau, 2003) puede servir de ilustración de este difícil proceso. Maricel, es una mujer de 37 años que a los 26 llegó a un centro de salud mental por problemas de ansiedad y a los pocos meses fue remitida a un grupo de terapia. Por circunstancias ajenas a su voluntad tuvo que abandonarlo al cabo de un tiempo, pero continuó la terapia en el ámbito de la terapia individual. Durante los largos años que ha durado ésta, se produjeron etapas en las que a la agorafobia y a la ansiedad generalizada de base se añadieron episodios depresivos profundos.

En su escrito relata cómo se fue adentrando insensiblemente en una relación de dependencia morbosa con un hombre diez años mayor que ella, el cual la sometía a todo tipo de vejaciones morales y se aprovechaba de ella a nivel económico compartiendo sus bienes y su casa. En el artículo referido se describe con todo detalle el proceso de posesión destructiva a que él la sometió desde el inicio de la relación a través de crear una atmósfera asfixiante y confusa, que en terapia se denominó como “luz de gas”, en referencia a la película del mismo nombre. Pero lo que nos interesa en este punto es destacar cómo la paciente fue labrando su camino hacia la independencia, recurriendo en los momentos más desesperados a la ayuda de familiares y amigos, pero sobre todo implicándose a fondo a través de la psicoterapia en un compromiso por construir su propia autonomía.

Me sentía atrapada en el espacio y el tiempo y acorralada sin salida. Una invisible soga estrangulaba mi garganta y todo mi alrededor comprimía mi mente y mi cuerpo como una camisa de fuerza. Vivía en una pesadilla de la que no podía despertar, había un muro que no lograba saltar, estaba en un pozo del que no veía salida posible. Estaba enterrada en vida. Toqué fondo y caí en una profunda depresión. A pesar de los antidepresivos y el aumento de la dosis de los ansiolíticos no conseguía mejorar; ni siquiera con hipnóticos podía dormir y evadirme una décima de segundo de aquel suplicio. Nada aliviaba un ápice aquella inexplicablemente inhumana agonía y empecé a tener las primeras ideas de suicidio. Tenía convulsiones, me tambaleaba contra las paredes y subía y bajaba las escaleras tropezando con los escalones. Era incapaz de ir a trabajar y solicité unos días de asuntos propios que pasé sin poder moverme de la cama. Llegué a pesar cuarenta y seis kilos y mis padres, desolados, cocinaban mis alimentos predilectos y me forzaban a comer. Me obligaban a levantarme, a lavarme y a vestirme, y me llevaban al único lugar donde yo quería ir: a ver el mar.

En estos momentos, mientras escribo estas líneas, recuerdo con lágrimas aquellos tremendos momentos de mi vida. Y estoy convencida de que dos cosas me salvaron y me mantuvieron viva: mi psicólogo y el mar... Mi psicólogo se convirtió en mi única referencia a pesar de que insistía en que mi referencia debía ser yo misma. Era, como un faro en un naufragio, la luz que me alumbraba mientras, a la deriva, pateaba extenuada y sin rumbo ahogada en la desesperación. Cuando le decía asustada que me estaba volviendo loca me tranquilizaba con su siempre firme actitud y su siempre sosegada voz contestándome que no, que lo que estaba sintiendo eran síntomas de conflictos que no había resuelto. Sabiamente y con inalterable ternura me ayudaba a ordenar mi trastornado pensamiento y a reestructurar mi perturbada razón... Infatigable, nunca me forzó a enfrentarme a mis propios sentimientos si yo no me sentía preparada para hacerlo. Nunca me avergonzó de mis penosas huidas de mí misma. Nunca me presionó a tomar ninguna decisión.

No sé cuál fue el momento concreto, pero sé que existió un glorioso instante en que una fuerza ya irreversible se derramó por mi cuerpo, mi mente y mi corazón. Y me dije: “Se ha

acabado". Y una tarde de domingo, alterada pero segura, le comuniqué que para mí nuestra relación había acabado definitivamente. Que le concedía un tiempo para buscar algún sitio donde instalarse, y que confeccionara una relación de todas las cosas que había aportado a la casa para poder pagárselas. Tuve la sensación de lanzarme al vacío desde un abismo sabiendo que nada podía ser peor que lo que dejaba atrás.

A partir de aquel momento todo cambió. Y a pesar del miedo y las incertidumbres, intenté reanudar mi vida. Cambié las cerraduras de las puertas y me quedé viviendo sola con mi querida perrita. Me deshice radiante de cualquier objeto que tuviera que ver o que me trajera el más mínimo recuerdo de él... Estuvo llamándome por teléfono repetidas veces con múltiples pretextos, para decirme que yo era la mujer de su vida y que me echaba de menos, prestándose para todo lo que yo necesitara. Debo admitir que en algún momento casi me dejé convencer de su espectacular afabilidad. Pero no lo logró. Yo ya había iniciado un camino sin retroceso. Después de tantas derrotas, el último combate lo gané yo.

Me quedé sola. Y me parecía que la tierra entera permanecía inmóvil y silenciosa, descansando desfallecida después de una larga y obligada guerra y esperando sin prisa mi despertar... Torpemente recogí entre las ruinas los pedazos dispersados de mí misma. Fatigada e incrédula me agarré aquella bendita paz. Y me juré a mí misma que antes de volver a perderla prefería la muerte... Cada día me encontraba mejor y más tranquila, cada vez sonreía más, se relajaban más mis facciones y enderezaba más mi cuerpo. Cada vez iba sola a más sitios y me encantaba más mi soledad. Descubrí que vivir es a veces tan sencillo como comer cuando tienes hambre, taparte cuando tienes frío, dormir cuando tienes sueño.

Mi curación fue larga y costosa. Fue un lento aprendizaje para conducir mi propia vida. Mi autoestima se había ido gestando casi imperceptiblemente, como el nacer de la primavera, y había encontrado el respeto por mí misma a fuerza de constancia y empeño. Mi recuperación fue como volver a acostumbrarme a la luz y a caminar de nuevo después de siglos en una celda. A veces me resulta increíble darme cuenta de cuán lejos estuve del mundo real y cuán cerca de la locura.

A MODO DE CONCLUSIÓN: ALGUNOS COMENTARIOS SOBRE PSICOTERAPIA Y CONSTRUCCIÓN MORAL

A Henry Ey (1976) le gustaba definir las neurosis como *patologías de la libertad*. "Si no hay libertad humana -decía- no puede haber locura". Para nosotros (Villegas, 1995, 1997, 2000, 2004) la constricción de la libertad se encuentra en la base de cualquier patología neurótica en la medida en que son los dilemas morales los que ponen en juego su ejercicio espontáneo. El miedo al juicio de los otros, las dudas referidas a los propios derechos y a la legitimidad de nuestro ser, los conflictos relacionales, los sentimientos de culpa, de obligación, el temor a traicionar, a ser infiel a quienes amamos, a no complacer a los demás, etc. se convierten con frecuencia en un freno a nuestra proyección en el mundo. En este marco conceptual hemos descrito los trastornos psicológicos de ansiedad como dificultades, vividas, a veces, como insuperables, de enfrentarse a dilemas morales. Estos tienen que ver muy a menudo con situaciones de incompatibilidad entre las tendencias anómicas y las limitaciones heteronómicas o las exigencias sacionómicas. Pero desde el punto de vista psicológico no es un problema que se pueda reconducir a una cuestión de juicio moral, de competencia filosófica o religiosa sobre el bien y el mal, sino como una cuestión que se debe considerar evolutivamente. O sea no se trata de juzgar la bondad o malicia de una acción, ni su mayor o menor adecuación a una situación social en particular, sino más bien de evaluar el grado de desarrollo de los recursos internos puestos en juego para asumir la responsabilidad sobre ella.

El proceso de psicoterapia no es la meta final en la vida de una persona: ésta se encuentra en un constante proceso de desarrollo personal relativo a la evolución de la propia existencia en la que se presentan continuamente dificultades y oportunidades para el desarrollo junto a nuevas exigencias de integración. Pero más allá de las crisis existenciales propias de cada etapa evolutiva, la persona debe hacer frente, a menudo, a problemáticas y dilemas que vienen de los conflictos entre deseos y

obligaciones, necesidades y prohibiciones, expectativas y fracasos, pérdidas de diferentes grados de libertad (espontaneidad, elección, decisión), condicionamientos internos y externos que se establecen como un obstáculo en el camino hacia la estabilidad del sistema.

Estas crisis constituyen momentos particularmente propicios para la reorganización y el desarrollo del sistema. Al principio las crisis del sistema introducen una desorganización que puede ser vivida como una amenaza a la supervivencia. En frente a esta amenaza el sistema atraviesa períodos oscilatorios en los cuales los diferentes subsistemas toman la iniciativa de la situación de forma alterna o predominante con el objetivo de alcanzar una nueva organización coherente. La intensidad de las crisis puede hacer que sea necesaria o por lo menos conveniente la intervención psicoterapéutica.

La psicoterapia crea un contexto dirigido a facilitar este proceso de reorganización espontáneo o guiado hacia un mayor desarrollo del sistema en el que se integran los diferentes subsistemas de construcción moral, regulado por la autonomía.

La intervención psicoterapéutica orientada a la consecución de la autonomía requiere operaciones dirigidas a las tareas características de los diferentes niveles de desarrollo moral, en busca de la integración de los diferentes subsistemas, como:

- a) identificación y reconocimiento de las propias necesidades, sentimientos y deseos (*anomía*);
- b) reconocimiento respetuoso de los límites establecidos por la ley o la sociedad (*heteronomía*);
- c) capacidad de descentramiento de las propias necesidades para poder interactuar con los otros en modo empático y solidario (*socionomía*);
- d) integración de todos los niveles precedentes en una acción responsable, capaz de asumir las decisiones y los compromisos de modo que sobre la base del reconocimiento de las propias necesidades se alcance la capacidad de hacerlas compatibles con el respeto hacia las normas sociales y los objetivos prosociales (*autonomía*).

Referencias Bibliográficas

- Carotenuto, A. (2003). *Il gioco delle passioni*. Milano: Bompiani.
- Dewey, J. (1975). *Moral principles in education*. London: Lefer & Simons
- Donati, M (1998). *Angeli senza ali: Incontri e storie di anoressia e bulimia*. Milano: Positive.
- Ey, H. (1976). *La conciencia*. Madrid: Gredos
- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es (El yo y el ello)*. En Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1930). *Das Unbehagen in der Kultur (El malestar en la cultura)*. En Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1932). *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (Nuevas lecciones introductorias al Psicoanálisis)*. En Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría: Psicología del desarrollo femenino*. México: FCE
- Kant, I. (1946). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Espasa-Calpe
- Kant, I. (1975). *Crítica de la razón práctica*. Madrid: Espasa-Calpe
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization. En T. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior*. New York: Holt, Rienhard & Winston.
- Kohlberg, L (1981). *Essays on moral development. The philosophy of moral development*. San Francisco: Harper & Row.
- Palau, M. (2003). Luz de Gas: historia de un secuestro emocional. *Revista de Psicoterapia*, 54/55, 103-121.
- Pérez, N. (2006). Los Beckham se retocan. *La Vanguardia*, 24 de diciembre, 2006. Vivir, 13.
- Piaget, J. (1976). *The grasp of consciousness*. Cambridge: Harvard University Pres.
- Selman, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.
- Villegas, M. (1981). *La psicoterapia existencial*. Tesis doctoral no publicada. Barcelona: Universidad de Barcelona
- Villegas, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87

- Villegas, M. (1995). Psicopatologías de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia*, 21, 17-40.
- Villegas, M. (1997). Psicopatologías de la libertad (II). La anorexia o la restricción de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 30/31, 19-92.
- Villegas, M. (1999). Un caso de reorientación sexual en el ciclo medio de la vida. *Revista de Psicoterapia*, 40, 75-102.
- Villegas, M. (2000). Psicopatologías de la libertad (III): La obsesión o la constricción de la espontaneidad. *Revista de Psicoterapia*, 42/43, 49-134.
- Villegas, M. (2003). Dónde vas con mantón de Manila: el proceso de convertirse en persona... autónoma. *Revista de Psicoterapia*, 50/51, 101-162.
- Villegas, M. (2004). Psicopatologías de la libertad (IV): Anorexia purgativa y bulimia o el descontrol de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia*, 58/59, 93-143.
- Villegas, M. (2005). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Revista de Psicoterapia*, 63/64, 59-132.

TABLA I

PIAGET	KOHLBERG	LOEVING ER	BULL	VILLEGAS	SELMAN	KEGAN
Sensorio/motor		Presocial		Prenomía	Indiferenciado	Incorporativo
Preoperatorio	Castigo y obediencia	Impulsivo	Anomía	Anomía	Egocentrado	Impulsivo
Concreto	Hedonismo instrumental ingenuo	Oportunista	Heteronomía	Heteronomía	Reciprocidad	Autoritario
Formal inicial	Buena relación	Conformista	Socionomía enajenada	Socionomía Complaciente	Mutualidad	Interpersonal
Formal completo	Ley y orden	Consciente	Socionomía altruista	Socionomía Vinculante	Socialidad	Institucional
Post-formal	Orientación por principios	Autónomo	Autonomía	Autonomía		Interindividual

Tabla II **CUADRO DESARROLLO MORAL**

