



La bondad en la subjetividad femenina: Implicaciones para la clínica y para la sexualidad¹

Concepció Garriga²

IARPP, Forum

El mandato femenino de cuidar (Levinton, 2000) lleva a muchas mujeres a “casi sucumbir bajo su carga de privaciones” (Freud, 1918). La ética del cuidado (Gilligan, 2013a,b; Layton, 2006, 2009a,b) bajo el patriarcado es femenina. Ahora “extraemos” los cuidados de las Mujeres Globales (Erhenreich & Hochschild, 2003, 2006). Además el DSM-V elimina el “deseo” de los trastornos femeninos y lo sustituye por “interés/excitación” con lo que las mujeres siguen recibiendo mensajes de subordinación (Spurgas, 2013a,b; Angel, 2013) o de hipersexualización pornográfica (Bergner, Dimen, Eichenbaum, Lieberman & Feldman, 2012; Orbach, 2013). Se incluyen dos ejemplos de “Psicoterapia para el pueblo” (Aron & Starr, 2013), por así decirlo.

Palabras clave: Ética del cuidado, deseo, interés/excitación, hipersexualización.

Female mandate to care (Levinton, 2000) leads many women to "almost succumb under its load of deprivation" (Freud, 1918). The ethics of care (Gilligan, 2013a, b; Layton, 2006, 2009a, b) under patriarchy is feminine. Now we "extract" the care of the Global Women (Erhenreich & Hochschild, 2003, 2006). Besides, the DSM-V eliminates "desire" of female disorders and replaces it with "interest /arousal" whereby women are receiving messages of subordination (Spurgas, 2013a, b; Angel, 2013) or of pornographic hypersexualization (Bergner, Dimen, Eichenbaum, Lieberman & Feldman, 2012; Orbach, 2013). Two examples of "Psychotherapy for the people" (Aron & Starr, 2013), are included, so to say.

Key Words: Ethics of care, desire, interest / excitement, hypersexualization.

English Title: The goodness in female subjectivity: implications for treatment and sexuality.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Garriga, C. (2014). La bondad en la subjetividad femenina: implicaciones para la clínica y para la sexualidad. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (2): 382-396. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

Uno de los primeros conceptos que suelo tener que deconstruir en muchos tratamientos, particularmente con mujeres, es el de “egoísmo”. En cuanto me intereso por algún logro, dedicación o acción a favor de “una”, me encuentro muy a menudo con el comentario: “pero esto es ser egoísta”. Gilligan (1982/1985) ya describió este fenómeno mostrando que **las chicas calificaban de “egoísta” lo que querían hacer, mientras consideraban “bueno” lo que los otros querían que hicieran**. Su moralidad les ordenaba volverse “abnegadas” en nombre de la bondad (Gilligan, 2013a). No en vano, una de las primeras proclamas del movimiento feminista fue: “Las chicas buenas van al cielo, las malas a todas partes”.

Voy a poner una viñeta de entre muchas posibles: se trata de Ana, 21 años, un año y medio de tratamiento con interrupciones por viajes. Ahora la veo por Skype, está en Ginebra. Llegó sin menstruación desde hacía un año por anorexia. A los 3 meses de tratamiento me comenta que ella hace más las cosas para l@s demás que para si misma. Y que se ha dado cuenta que “solo acabo teniendo control sobre la comida”.

El miércoles cuando la veo me habla de que ha estado con una “amiga” que ha viajado a Ginebra para el fin de semana, pero que no la quería invitar a su casa, que lo que ha hecho cuando se han visto es que **se ha resistido** a hablar de alojamiento en la conversación. Estaba contenta porque se daba cuenta de que no había hecho lo que quería la otra sino lo que ella deseaba. Reconocía que cuando vino esto no lo podía hacer, y que ahora **valida más lo que desea** gracias al trabajo que hacemos juntas. Nos congratulamos por este logro: deja de hacer lo que esperan de ella para focalizarse en lo que ella quiere, que no es poca cosa atendiendo a cómo vino.

Dos palabras para poner a Ana en contexto: Es la mayor de cinco hermanos de una familia acomodada. Sus padres se separaron cuando ella tenía 7 años. A los 13 la mandaron a estudiar a Estados Unidos donde estuvo hasta los 17. Su padre tiene una nueva pareja, sin hijos. Su madre tiene colitis ulcerosa desde que le fue quedando el nido vacío. Sus otros hermanos también están fuera del país. Ana vino con mucha sensación de soledad y vivía a su padre y a su madre como amenazadores. Al poco tiempo se rompió la cadera, con lo que tuvo que dejar sus estudios en Ginebra durante un año, que pasó aquí con ellos, y pudo seguir el tratamiento con más regularidad. Siguió sin la menstruación durante un año. La recuperó después de muchas sesiones: conmigo, de yo con su padre, yo con su madre, con su ginecólogo, con una endocrinóloga, una dietista,... tod@s estuvimos de acuerdo en que esta rotura fue providencial para evitar que **ella** se rompiera.

Orbach (2012) afirma, en esta misma dirección que después de años de feminismo “el deseo

sigue siendo problemático para las mujeres”. Sigue habiendo “dificultad para actuar en el propio interés, incluso para identificar el propio interés y deseo (incluido el sexual)”. Otra paciente, Juana, me lo expresa directamente, “no sé lo que quiero en mi vida y entonces me es más difícil actuar en consecuencia”; esto me lo dice después de haberse acostado con un hombre que al que no acababa de desear. También está muy confusa respecto a que dirección profesional tomar. Una referencia breve respecto a ella: es de un país de la órbita soviética (tercera hija de padres médicos) y vive sola en Barcelona; tiene estudios de empresariales y hace de encargada en una tienda de ropa de lujo.

Levinton (2000) argumentaba que, en la constitución del superyo, la heroína femenina temprana es la “gran cuidadora”, con atributos morales de bondad, entrega, y consideración a la vida y a las relaciones. Dice textualmente: “Una de las condiciones que ejercen más opresión sobre la subjetividad femenina es que no existe freno simbólico alguno para disminuir la culpabilidad de las mujeres en torno al desinterés o transgresión de esta dedicación al cuidado”.

Freud (1918) ya mencionaba explícitamente a “**las mujeres que casi han sucumbido bajo su carga de privaciones**” (citado en Aron & Starr, 2013). Deseo hablar de esta carga de privaciones de las mujeres, que deriva de su “bondad”, abnegación y sacrificio, y que Gilligan (2013a) denomina “ética del cuidado”. Mi visión es que si miramos la realidad actual de la vida de muchas mujeres, ha habido pocos cambios en el sentido que siguen siendo ellas que llevan mayormente el trabajo de cuidado: de las criaturas, de las casas, de las relaciones, de las personas mayores,... La “parentalidad dual” (Benjamin, 1988) o “el nuevo contrato sexual” (Berbel, 2004) existen y aumentan, pero con extrema lentitud. Cuando ambos miembros de la pareja trabajan a tiempo completo suelen encontrar soluciones en el contrato de personal, que más y más frecuentemente proviene del tercer mundo, como ampliaré más adelante en referencia a un debate de *Studies in Gender and Sexuality* de 2006.

Gilligan (2013a) afirma que **en un contexto patriarcal** el cuidado es una ética femenina; **en un contexto democrático**, el cuidado es una ética humana. Cuidar es lo que hacen los seres humanos: cuidar de uno mismo y de los demás. La comprensión mutua -una estructura horizontal- es intrínsecamente democrática y es **innata** (neuronas espejo, empatía,...). Para que lo horizontal se convierta en vertical –jerárquico, patriarcal-, hace falta que se produzcan **escisiones**. Fundamentándose en los trabajos de de Waal (2009/2011), Hrdy (2009) y Damasio (1995/2001, 2000/2011), Gilligan (2013b) afirma que en los últimos 40 años ha tenido lugar un cambio de paradigma que sostiene de forma inequívoca que “**la escisión** entre pensamiento y emociones **es indicativa de un daño o de reacciones a un trauma**”; que es patológica.

A la inversa, una psique sana es **resiliente** y logra **resistir** las presiones a las que se la somete para que **separe** la mente del cuerpo. Hrdy (2009) describe que las condiciones óptimas para criar criaturas con **empatía y comprensión** son aquellas en que éstas disponen de al menos tres relaciones próximas y seguras (del sexo que sean) que transmiten claramente: “Te vamos a cuidar, pase lo que pase”.

La **resistencia** es la capacidad que permite no aceptar las presiones para actuar de acuerdo a las normas, se funda en la **capacidad de acción (agency)** y es un denominador común de todas las pensadoras (Kristeva, 1979/1995; Benjamin, 1988; Butler, 2004; Izquierdo, 2010; Dimen, 2012) que la propugnan como la fuerza necesaria para **oponerse a la dominación**. Estas pensadoras proponen que las mujeres, en tanto que **sujetos activos**, se hagan responsables de sus vidas, de lo que se dan y de lo que se privan, en su dimensión preformativa (Butler, 2004).

Somos, por naturaleza, *homo empathicus* en vez de *homo lupus*. La cooperación está programada en nuestros sistemas nerviosos (Gilligan, 2013a). Si a lo largo del desarrollo perdemos la ética del cuidado y nuestra humanidad los tenemos que readquirir. El trabajo terapéutico es claro: ayudar a unir lo que está escindido - la mente y el cuerpo. Para las mujeres, que el cuidado del/a otro/a no excluya el cuidado de sí mismas. Para los hombres que independencia no excluya necesidad. Laugier & Papperman (2005) dejan claro que junto con la evolución personal también hace falta una transformación social y que son los distintos movimientos sociales los que la empujan: con el feminista en cabeza.

Cuando trabajo yo suelo tener en mente el modelo modular transformacional (Bleichmar, 1997), que formulo de la siguiente manera: toda persona adulta madura da satisfacción a las necesidades/deseos de los siguientes módulos motivaciones: el de **apego**, que incluye las relaciones íntimas (pareja, hij@s, figuras parentales, amig@s...), el de la **auto/heteroconsecución**, es decir, la capacidad de proporcionarse i/o proporcionar a l@s que dependen de un@ los medios indispensables para la conservación de la calidad de vida que cada un@ alcance; el de la **autoestima**: es decir la sensación subjetiva de autosatisfacción por lo que un@ es y es capaz de lograr; el de regulación **psicobiológica**, esto es, la capacidad de saberse regular las emociones y el cuerpo, proporcionándose el tipo de experiencias, de alimento, de ejercicio, la regulación de tóxicos,... que le sienten bien a un@. Y el **sensual/sexual**, reconociendo que le da gusto o placer a un@ a fin de tratar de proporcionárselo. Por lo tanto suelo monitorear a cada persona que atiendo respecto a estas cinco variables, que tengo en mente continuamente y que explicito ocasionalmente, de forma parcial o global según el caso y el momento.

La ética del cuidado

En 2006, la revista *Studies in Gender and Sexuality*, publicó una mesa redonda acerca del libro *Mujeres Globales: canguros, sirvientas, y trabajadoras sexuales en la nueva economía*. (Ehrenreich, B. & Hochschild, A., 2003, 2006). Me parece que vale la pena exponer los temas de este debate aquí porque demuestran que en el mundo occidental el cuidado sigue “feminizado”, en el sentido de minusvalorado, y, literalmente, que sigue en manos de las mujeres, y que en el momento que las mujeres blancas de clase media y alta no desean seguir proporcionándolo, acuden a las “mujeres globales”, emigradas, de las que se “extrae” –con la misma terminología de la extracción de recursos naturales- las funciones relacionales, íntimas y de cuidado.

A menudo estas mujeres dejan a sus hijos e hijas y a sus maridos en paro para hacer el trabajo relacional del Primer Mundo: cuidar a criaturas y personas mayores; proporcionar criaturas a parejas infértiles a veces de maneras criminales (robadas); proporcionar sexo y/o devenir esclavas sexuales de alguna mafia; proporcionar esposas “exóticas” obtenidas por correo a hombres occidentales para asegurarse que sean “menos liberadas” que las autóctonas en la medida que dependerán de ellos. Por lo tanto, esta desigualdad económica y cultural creará relaciones de dominación y sumisión en muchas esferas y contribuirá a modificar y devaluar los vínculos de todo tipo: comunitarios, entre las parejas y entre padres e hijos. La mezcla de amor y negocio se vuelve más compleja en tiempos de globalización. Con este trabajo Ehrenreich & Hochschild (2006) pretenden contribuir a empujar los cambios políticos y sociales que tenemos que hacer para dotarnos de un mundo más habitable. Pero además Layton (2006) nos recuerda que muchas “mujeres globales” traen experiencias traumáticas que inevitablemente transmitirán.

Por otro lado, en “¿Quién es responsable? Nuestras implicaciones mutuas en el sufrimiento de cada cual”, Layton (2009a) describe, en el otro extremo, lo que llama la “subjetividad neoliberal” como una versión de la subjetividad contemporánea, disponible tanto para hombres como para mujeres de cierta clase, marcada por un repudio a la vulnerabilidad, que promueve la actividad maniaca, devalúa el cuidado, y niega tanto la dependencia como la interdependencia. Es la formación reactiva contra la bondad y abnegación femenina devaluadas, que limita la capacidad de empatía y disponibilidad. Esta subjetividad neoliberal, con una autonomía que repudia su inserción en la conexión, es una versión que condena a las personas que la escogen a una vida de soledad y de aridez. Aunque las personas – desconectadas- que logran esta posición sufren, sin embargo se defienden tenazmente contra exponerse a anhelos relacionales, agarrándose a los placeres que les proporciona la “distinción”, la posición cultural que los marca como superiores y alejados de necesidades y vulnerabilidad.

Sacudir esta posición en la terapia es muy difícil, porque contiene elementos psíquicos y sociales. El daño, es decir, el efecto traumático que ha producido el capitalismo con la desigualdad de clases, el sexismo con la desigualdad de género, el racismo y la homofobia a lo largo de años, hacen muy difícil el trabajo terapéutico porque la capacidad de poder tener otra perspectiva está muy maltrecha en muchas personas. Sin embargo la psicoterapia es una de las pocas *posibilidades* institucionales de dar respuesta a algunas de estas tendencias destructivas actuales: la evitación del duelo, la actividad maniaca, la instrumentalización de las relaciones,... (Layton, 2009b).

En el neoliberalismo, en vez de una política preocupada por el bienestar común, encontramos un emergente “mercado del cuidado” que se confabula con los sentimientos omnipotentes de invulnerabilidad -la cultura de que “yo puedo comprar una ‘seguridad’ fantaseada para mí y para mi familia” (Layton, 2009a).

La bondad y sexualidad

En otro orden de cosas, como he argumentado ampliamente (Garriga, 2013) todavía hay muchas dificultades para una sexualidad gozosa en muchas mujeres, relacionadas con la “bondad” femenina. Por suerte empieza a haber otros modelos de sexualidad femenina. La fantástica película “La vida de Adèle” con la naturalización de otra visión de la sexualidad de las mujeres en general, y de las relaciones lesbianas en particular, que ha ganado La Palma de Oro 2013 del Festival de Cannes, y también el Premio de la Crítica Internacional.

En sentido contrario la publicación y el enorme éxito de obras como “Las 50 sombras de Grey”, “Crepúsculo” y, ahora, de “Cásate y sé sumisa”, abogan por modelos de relación que siguen fomentando la desigualdad, y de ahí el malestar psicológico y/o las diversas patologías que trabajamos continuamente.

También deseo mostrar como la “bondad” femenina en la sexualidad es “inducida” por una cultura que se va impregnando del “saber” popular que ahora pretende eliminar el concepto de “deseo” de los trastornos de la sexualidad de las mujeres y, en cambio, atribuir estos a su falta de “interés/excitación”, con las implicaciones que supone a nivel conceptual y legal. Reproduzco otro debate alrededor de cómo el DSM-V contribuye a su difusión que tuvo lugar en un extraordinario número de “Studies in Gender and Sexuality” [Vol. 14 (3), 2013].

Retos a que nos enfrenta el DSM-V

SGS dio el Symonds Prize 2013 a A. K. Spurgas, de la City University de NY, por “Interés, Excitación, y los Diagnósticos Cambiantes de la Disfunción Sexual de las Mujeres, o: Cómo las Mujeres Aprenden sobre el Deseo”. El trabajo de Spurgas (2013a) cuestiona el nuevo DSM-V diciendo que introduce y junta los términos “interés” y “excitación” y elimina “deseo” del

lenguaje de la disfunción sexual femenina diagnosticada con más frecuencia y explora el cambio de “Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo” a “Trastorno Femenino del Interés/Excitación Sexual”.

Mientras que tradicionalmente se ha asociado “compleja”, “reactiva” y “receptiva” a la feminidad, ahora estos descriptores se consideran características esenciales de la sexualidad de las mujeres, donde **la falta de respuesta a los avances de la pareja** se considera un criterio de diagnóstico de la disfunción sexual en las mujeres. Por lo tanto **el cambio de diagnóstico pone en evidencia la erradicación del deseo como un componente constitutivo de la sexualidad femenina**. Estos cambios diagnósticos y terapéuticos influyen la manera como las mujeres se relacionan con su cuerpo sexual y con el de su pareja y tienen consecuencias biopolíticas, vivenciales y psicorelacionales. Estas narrativas dan alas a un movimiento retrogrado de las relaciones de género y sexuales.

Con el cambio de siglo han surgido muchos trabajos, que inspiran los desarrollos del DSM-V, que proponen que las mujeres viven la sexualidad de manera distinta que los hombres (Basson, 2001; Heiman, 2002; Brotto, 2010). Los trabajos de Basson (2001), por ejemplo, afirman: a) que las mujeres, debido a que no tienen tanta testosterona como los hombres, no tienen el impulso biológico de descargar la tensión sexual; b) que las mujeres tienen diversas motivaciones para implicarse en el sexo, incluso incentivos y recompensas que no son estrictamente sexuales y que pueden tener más peso en su disposición que cualquier impulso biológico (contribuir a la intimidad, complacer a la pareja, evitar discordia relacional); c) experimentan una excitación mental subjetiva que puede estar, o no, acompañada de excitación genital (o pueden no percibir su excitación genital) y; d) no siempre tienen orgasmos; aun cuando sean orgásmicas no siempre tienen el impulso de lograr un orgasmo.

El modelo de incentivos relacionales tiene incluso investigadores que afirman que el deseo sexual “espontáneo” no existe en las mujeres (Graham, 2010) [citado por Angel, 2013].

Spurgas (2013a) cuestiona que se tipifique la sexualidad de las mujeres como una desviación del modelo lineal de la respuesta sexual humana, y que se marque este tipo de desviación como únicamente femenina. De hecho el diagnóstico de Trastorno femenino de Interés/Excitación Sexual es solo para mujeres; a los hombres con poco deseo se los sigue diagnosticando de “Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo”. Aunque Brotto (2010) argumenta que “interés” describe mejor que “deseo” a las mujeres porque “enfatisa un constructo más amplio que las connotaciones más biológicas de ‘impulso’ del deseo sexual”, la aceptación de una flexibilidad y receptividad sanas de las mujeres pide preguntarse cuál es la línea entre flexible y confusa. Cuál es la verdad del deseo de una mujer. ¿Tiene que confiar en su estado

“psicológico” o en el “físico” (como si fueran separables para todo el mundo)? ¿Tiene que confiar en su pareja para hacerle saber cuándo ser sexual? Los discursos alrededor de la *receptividad* “sana” y de la desconexión femenina natural entre la excitación objetiva y la subjetiva son problemáticos, sobre todo cuando hay quien habla de violaciones “legítimas” para propugnar que determinados embarazos no aborten (El candidato republicano al Senado Todd Akin, en 2012; la ley contra el aborto de Gallardón, que no admite supuestos), porque estos discursos son interpretados como evidencias de la “complementariedad” del deseo entre hombres y mujeres, donde por complementariedad se entiende que el hombre inicia y la mujer responde.

Estas narrativas pueden ser dañinas para las mujeres. Si contemplamos la formulación de receptividad femenina como una “propensión a ponerse a [la actividad sexual] a pesar de la ausencia de deseo sexual en este instante” entonces utilizar la receptividad como señal de deseo sexual puede reforzar las demandas de los hombres y fomentar el sexo coactivo en las relaciones heterosexuales, también puede promover experiencias sexuales traumáticas, y devaluar aun más la ya turbia noción del consentimiento.

Estas narrativas que definen la patología tienen implicaciones para lo que entendemos que es **normal**. La noción de receptividad femenina al calificar de trastornadas a las que no responden adecuadamente, nos informa de qué entendemos por feminidad “sana”. Sin un análisis del poder, ni un análisis de las relaciones históricamente opresivas entre hombres y mujeres, ni de la devaluación de la feminidad estas nociones van naturalizando y promoviendo, de nuevo, una posición de sumisión de las mujeres. Un solo trabajo, el de Bancroft (2003), sugiere que una respuesta lógica y aprendida sería no estar interesada en el sexo si el sexo que está evitando no es placentero para ella, o si es, realmente, dolor sexual (dolor físico y psíquico: dolor vulvar; dispareunia, o coito doloroso) (Spurgas, 2013b). Tiefer (2008) sugiere que tal vez los “problemas” de sexualidad femenina sean el resultado de factores sociales, culturales y políticos (falta de comunicación en la pareja, agotamiento debido a las desigualdades en la crianza y en el trabajo de la casa; ansiedades acerca de la imagen corporal; violencia de la pareja; y malentendidos de la anatomía femenina). A las mujeres se las coloca en una posición de presión para que experimenten deseo y se desempeñen sexualmente cuando las realidades de sus vidas –estructuradas en la desigualdad- pueden hacer comprensibles sus “dificultades” sexuales, e incluso inevitables (Citado, Angel, 2013)

Spurgas (2013a) denuncia que esta manera de entender la sexualidad femenina se convierte en **normativa**, y por lo tanto la acaba constituyendo. Angel (2013) añade que la decanta hacia una resignación –y reinscripción- del menor deseo sexual de las mujeres.

A lo que Spurgas (2013b) responde: el deseo entonces – entendiéndolo por deseo el aspecto de la sexualidad más subjetivo y el más elusivo- puede ser la inversión más valiosa, ante la

presión para conformarse a la sumisión. Porque, ¿qué es la frigidez (Cryle & Moore, 2011) sino el producto de la falta de conocimiento del cuerpo de las mujeres y de sus placeres distintos? El concepto de frigidez –por suerte hoy en desuso- normalmente supone intolerancia a formas de gozo que no se conforman a la narrativa del coito heterosexual, en la que todo tipo de actos sexuales, excepto la penetración vaginal con el pene, son concebidos como periféricos o preparatorios.

O lo contrario, no tener deseo en una relación insatisfactoria, o en una situación de vida estresante, puede ser “**adaptativo**”. También puede ser que algunas mujeres experimenten poco deseo y no les importe. Pero conformarse con eso en un análisis es rebajar las posibilidades de acceso al deseo o a la propia sexualidad. Una pérdida de deseo puede ser una forma de sufrimiento que tenemos que explorar. Para algunas la sexualidad y el deseo puede ser fuente de vergüenza y habrá que elaborarlas en el tratamiento (Angel, 2013).

En dirección opuesta, ha surgido preocupación por la “**hipersexualización**” de mujeres y niñas ante la incorporación de la **pornografía** (Dines, 2010; Walter, 2010; Bergner, Dimen, Eichenbaum, Lieberman & Feldmann, 2012; Orbach, 2013). Se pone excesiva presión en las mujeres y las niñas para que desempeñen una sexualidad artificial, inauténtica: complaciente, entusiasta,... De la misma manera que nos resistimos a una redefinición de la sexualidad de las mujeres como menos deseosa y más responsiva que la de los hombres, también nos resistimos a las presiones a las mujeres para que estén sexualmente activas continuamente, para que tengan determinado tipo de sexo, para que se sientan culpables cuando no se conforman a un discurso sexual hiperactivo e hinchado (Angel, 2013).

En nuestros análisis tenemos que tomar cuidadosamente en consideración los mecanismos específicos que intervienen en las realidades sexuales de cada día (incluida la vivencia de la *cultura de la violación* que muchas mujeres experimentan la mayor parte del tiempo), que se manifiestan en diagnósticos diferenciados, como “los hombres tienen problemas físicos, las mujeres psicológicos”. Tenemos que tomar en consideración las mismas **estructuras traumatizantes**, teniendo una mirada clara al contexto cultural más amplio en el que tienen lugar las relaciones sexuales, donde se castiga con experiencias sexuales traumáticas de manera desproporcionada a muchas mujeres. Tenemos que ser honest@s respecto a las estructuras hegemónicas de dominación que desgraciadamente influyen en nuestros cuerpos y en nuestras relaciones. También tenemos que atender el dolor de las personas *queer* o no normativas, a las que raramente se da voz al hablar de los diagnósticos de género. La dificultad está, precisamente, en empatizar con múltiples formas de sufrimiento sexual y en reconocer las raíces profundas y tortuosas de su psicogénesis, que se tomen muy en serio las estructuras de dominación de géneros y la naturaleza sociopolítica del trauma, para encontrar un método

para poder tratar e incluso curar (Spurgas, 2013b).

También tendremos en cuenta que la manera como hacemos sexo y lo que queremos sexualmente está culturalmente aprendido en un contexto de poder que crea unas fuerzas, unas estructuras y unas relaciones que perpetúan la dominación no consensual y los traumas de género (añadidos, a los de raza, de clase, y otros) que ponen en peligro la posibilidad de la **autodeterminación** para enormes cantidades de personas (Spurgas, 2013b), a sabiendas que las personas “somos siempre más nuestras contingencias y casualidades que nuestras elecciones” (Marquard, 2000).

Transformación social

Vuelvo a Aron y Star (2013), que argumentan que el desarrollo del psicoanálisis ha sido “ensamblado suavemente” (Harris, 2005), con una trayectoria no lineal, puesto que “nació del trauma” y por lo tanto contenía aspectos disociados que fueron reelaborados por las siguientes generaciones de psicoanalistas. El psicoanálisis estaba situado en un contexto de prejuicio y organizado jerárquicamente (Garriga, 2010), e incorporó en su estructura el legado problemático del antisemitismo, el racismo, la misoginia y la homofobia.

El psicoanálisis ha cambiado, de ser una profesión dominada por hombres a serlo progresivamente por mujeres, también ha virado de ser primariamente heterosexual (o aparentarlo) a estar abierto a aceptar a terapeutas gays, lesbianas, bisexuales y transexuales [El programa Postdoctoral de la NYU que se precia de ser uno de los institutos más democráticos y abiertos no los incluyó hasta los 90]. Y yo añado: ahora que están, y fuera del armario, nos regalan con maravillas como “Implicaciones Clínicas de la Experiencia de Vida de I@s Psicoanalistas” (Kuchuck, S. 2013). Aron y Starr siguen: “el psicoanálisis no puede ni debe seguir siendo blanco, judío, elitista, urbano, o ligado exclusivamente a la práctica privada. Si va a sobrevivir tiene que transformarse progresivamente en más accesible, aplicado de forma amplia, y diverso”. En realidad apelan a la no distinción entre psicoanálisis y psicoterapia como forma de romper la jerarquía binaria que nombraba psicoterapia aquello que la cultura consideraba femenino: la dependencia, el apoyo, la provisión, la subjetividad, lo materno, lo femenino, lo relacional, mientras reservaba el psicoanálisis para aquello marcado como masculino: la independencia, la autonomía, la individualidad y la objetividad científica. En esta dirección yo me califico de psicoterapeuta psicoanalítica.

El psicoanálisis tiene una larga historia de clínicas gratuitas y de activismo social. El psicoanálisis fue tanto un método de tratamiento como un movimiento social, un movimiento para la reforma de la educación, una política social y una cultura (Danto, 2005). Los primeros

psicoanalistas eran marginales. En este sentido deseo compartir algunos “otros” ámbitos en los que participo: superviso equipos de atención a mujeres maltratadas, y deseo aportar un trabajo exquisito de una maestra que está desarrollando una pedagogía relacional.

Traigo mi trabajo en los SIE (Servicio de Intervención Especializado en violencia machista) como ejemplo de trabajo psicoterapéutico gratuito y heterodoxo que me ha enseñado muchísimo a estar abierta a la multiplicidad. Allí el equipo es interdisciplinar, compuesto por: directora, trabajadora social, insertora laboral, varias educadoras y educadores sociales, psicóloga de adultas y psicóloga de niños y niñas, y los “procesos de recuperación” que realizan, magníficos. Dicen en su memoria (traduzco del catalán):

“Teoría-y-práctica vinculadas y atravesadas por la singularidad de cada una. Nos interrogamos desde el saber que nos constituye singularmente, lo que no solo permite abrir el “punto de vista” y acoger la diferencia-y-el-saber de la otra sino que a la vez mantiene vivo el deseo de avanzar. En una **relación horizontal** de cada disciplina y función, que, en vez de hacernos sentir invadidas o descalificadas por la otra, permite incorporar la ‘alteridad’ en el trabajo”.

“La violencia machista es el eje estructural que configura las relaciones amorosas entre hombres y mujeres... Cada una de las mujeres a las que acompañamos, como nosotras mismas, están/estamos constituidas en estas prácticas culturales. Tenemos que saber escuchar y ser respetuosas en cómo cada mujer reproduce los discursos y las prácticas amorosas, pero sobretodo, posibilitar y dar herramientas para que cada una se autorice a “cuestionarlos” porque es una normalidad impuesta basada en la injusticia y en la desigualdad”.

“Esto lo hacemos articulando espacios de reconocimiento y respeto mutuos que generen vínculos de cuidado y ternura entre unas y otras. Creando espacios serenos y tranquilos donde se interroguen, hablen y debatan; se acompañen y se rían y se lamenten y... Donde puedan imaginar y crear nuevos vínculos, porqué la soledad, la indiferencia y el abandono –el desierto afectivo en el que se encuentran- se van diluyendo a medida que se vinculan. Espacio de experiencia donde el/la otra/o no es alguien con quien hay que competir, a quien hay que combatir, ni es un obstáculo a demoler, sino alguien que, vulnerable como cada una de nosotras, para *ser* necesita confianza y reconocimiento. Compartiendo el espacio del cuerpo, de las palabras, de la comprensión, sin desposeernos del propio”.

He copiado literalmente algunos aspectos de la definición del proyecto porque me permite trasladaros lo que trato de comunicar, que hay espacios donde tienen lugar tratamientos,

llamados con todo respeto **acompañamientos**, que reúnen muchos de los requisitos de “Una psicoterapia para el pueblo” (Aron & Starr, 2013) y que hacen un trabajo extraordinario -en condiciones bastante precarias para las trabajadoras, también hay que decirlo,- donde contemplo mi tarea como supervisora en el mismo sentido: el de proporcionar un espacio para el cuidado y el apoyo mutuos que favorezcan la reflexión y el intercambio de información en un entorno lo más respetuoso y menos persecutorio posible, cuyo resultado es **una comunidad terapéutica empática, horizontal y democrática**.

También deseo referirme al trabajo de Marisol (Anguita, 2013), una maestra que desde hace años pertenece a un grupo de indagación en formación de maestros y en innovación pedagógica. Una persona que tuvo una licencia de estudios y ha podido dedicar un curso escolar a investigar y otro a completar un master con un ensayo que tituló: “Anda, deja que te acompañe: o de cómo se fundamenta una relación pedagógica como acompañamiento”. Marisol se define como investigadora narrativa y maestra relacional, y siente esta pertenencia como otro círculo en el acompañamiento mutuo que va transformando a sus miembros en autores de saberes entrelazados buscando inventar su “verdad” (Preciado, 2013), porque “otra escuela es posible”.

Marisol publica regularmente en Cuadernos de Pedagogía. Mantenemos un contacto ocasional muy afectuoso. Recibí su colección de columnas “Historias Mínimas” con entusiasmo y le pedí permiso para citarla, porque vi de inmediato la conexión entre nuestra visión, la de terapeutas relacionales, y la suya. Empieza sus Historias narrando como en un viaje a la China una abuela se ofreció a acompañarla a cruzar un río. Le pasó el brazo por la espalda, empezaron a acompasar los pasos, y la guió, experta y firme, por la inestabilidad del puente. Le regaló su experiencia para cruzar juntas por la incertidumbre del vaivén. Marisol enseguida hizo el paralelismo con su posición en el aula y observó que deseaba que este fuera su lugar, el de acompañada-acompañante. Descubrió como maestra que no quería ir delante sino al lado, del brazo y tendiendo la mano. Desde ahí, el aprendizaje se genera y construye a través de las relaciones y la colaboración mutua en un lugar de encuentro, y Marisol contempla la relación pedagógica como “lo que nos pasa juntos” entre ella y los niños y niñas de 3 a 6 años con los que trabaja como educadora infantil.

Marisol se atreve a hablar de “Las cosas importantes” (canción homónima de Fito y Fitipaldís) con “sus” criaturas de 4 años, que, “son las que están detrás de la piel” (letra), como del miedo, y como perderlo y transformarlo; de los monstruos interiores de cada cual. En el aula de Marisol todos los días se sientan en círculo a conversar, se dejan “tocar” los unos por los otros, y toman decisiones sobre el quehacer pedagógico. Construyen relaciones horizontales que les permiten decir: “aquí todos somos presidentes, porque todos mandamos”.

Aunque reconocen que hay “mandones” en el mundo, se esfuerzan por no construir relaciones de poder entre ellos. Pero esto no les impide dirigirse al presidente si así lo consideran, como hicieron al mandar una carta al President de la Generalitat que les contestó agradecido de tener ciudadanos de 5 años tan comprometidos.

Marisol percibe a través de la letra “Todo se Transforma” (Jorge Drexler, 2005) que es así, que nunca había pensado que esa **vida compartida** sería tan rica, que “cada uno da lo que recibe y luego recibe lo que da” que “nada se pierde, todo se transforma”. En realidad también hace participar a las madres y los padres en la vida del aula, y están encantados con las transformaciones que han tenido lugar: una por la emergencia de su hija, otro por captar lo “político” de esta manera de “estar juntos”, y aun otra porqué a través de su hija se ha descubierto a sí misma.

REFERENCIAS

- Angel, K. (2013). Comentario on Spurgas’s ‘Interest, Arousal, and Shifting Diagnoses of Female Sexual Dysfunction’. *Studies in Gender and Sexuality*, 14, 206-216.
- Anguita, M. (2013). Historias mínimas. *Cuadernos de Pedagogía*, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 437, 438 y 439.
- Aron, L. & Starr, K. (2013). *A psychotherapy for the People*. New York: Routledge.
- Bancroft, J, Loftus, J. & Scott Long, J., (2003), “Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 193-208.
- Basson, R. (2001). Using a different model for females sexual response to address women’s problematic low sexual desire. *Journal of Sex Sex & Marital Therapy*, 27, 395-208.
- Benjamin, J. (1988/1996). *Los Lazos de Amor*. Barcelona: Paidós.
- Benjamin, J. (2004). Beyond Doer and Done-to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 63(1), 5-46.
- Berbel, S. (2004). *Sin Cadenas*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Bergner, D., Dimen, M., Eichenbaum, L., Lieberman, J. and Feldmann, M., (2012). The Changing Landscape of Female Desire: The Growing Chasm between ‘Hotness’ and Sexual Obsolescence in a Digitized, Surgicized, and Pornographized World. *Psychoanalytic Perspectives*, 9: 163-202.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Brotto, L. A. (2010). The DSM diagnostic criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in women. *Archives of Sexual bBehavior*, 39, 221-239.
- Butler, J. (2004/2006). *Deshacer el Género*. Barcelona: Paidós.
- Cryle, P. & Moore, A. (2011). *Frigidity: An Intellectual History*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.

- Damasio, A. R. (2001). *La sensación de lo que ocurre. Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Madrid: Debate.
- Damasio, A. R. (2011). *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Destino.
- Danto, E. A. (2005). *Freud's free clinics*, New York: NY: Columbia University Press.
- De Waal, F. (2009/2011). *La edad de la empatía*. Barcelona: Tusquets.
- Dimen, M. (2012). Reply to Bjorklund and Orbach: Female Sexuality Roundtable. *Psychoanalytic Perspectives*, 9:217-219.
- Dines, G. (2010). *PornLand: How Porn has Hijacked Our Sexuality*, Boston, MA: Beacon Press.
- Ehrenreich, B. & Hochschild, A. (2003). *Global Women: Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*. New York: Metropolitan Books.
- Ehrenreich, B. & Hochschild, A. (2006). Response to Commentaries in Roundtable. *Studies in Gender & Sexuality*, Vol. 7(1), 81-87.
- Freud, S. (1918). Letter from Sigmund Freud to Oskar Pfister. *International Psychoanalysis Library*, 59, 61-63.
- Garriga, C. (2010). Vicisitudes del concepto de género en psicoanálisis. *CeIR*, Vol. 4(1): 104-141.
- Garriga, C. (2013). La parentalidad y la sexualidad en el desarrollo adolescente sano. *CeIR*, Vol. 7(2): 288-295.
- Gilligan, C. (1982/1985). *In a different voice* (Traducido como: *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*). Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Gilligan, C. (2013a). *La resistencia a la injusticia: una ética feminista del cuidado*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Núm. 30. Barcelona, 2013.
- Gilligan, C. (2013b). *El daño moral y la ética del cuidado*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Núm. 30. Barcelona, 2013.
- Graham, C. (2010). The DSM diagnostic criteria for Female Sexual Arousal Disorder. *Archives of Sexual Behaviour*, 39, 240-255.
- Harris, A. (2005). *Gender as Soft Assembly*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Heiman, J. (2002). Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors. And treatments. *Journal of Sex Research*, 39, 73-78.
- Hrdy, S. B. (2009). *Mothers and Others: The Evolutionary Origins of Mutual Understanding*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Izquierdo, M^a J. (2010). Las dos caras de la desigualdad entre mujeres y hombres: explotación económica y libidinal. *Quaderns de Psicologia*, Vol. 12(2): 117-129.
- Kristeva, J. (1979/1995). *Tiempo de mujeres. Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Cátedra.
- Kuchuck, S. (2013). *Clinical Implications of the Psychoanalyst's Life Experience*, New York: Roudledge.

- Laugier, S y Papperman, P. (2005). *Le souci des autres: Étique et politique du care*. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Layton, L. (2006). Introduction to Roundtable on Global Women. *Studies in Gender & Sexuality*, Vol. 7(1), 7-13.
- Layton, L. (2009a). Who's Responsible? Our Mutual Implication in Each Other's Suffering. *Psychoanalytic Dialogues*, 19:105-120.
- Layton, L. (2009b). Reply to Commentaries. *Psychoanalytic Dialogues*, 19:148-154.
- Levinton, N. (2000). *El superyo femenino*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Marquard, O. (2000). *Apología de lo contingente*, València: Alfons el Magnànim. [Citado en Birulés, F. (2014). *Entre actes*, Canet de Rosselló: Trabucaire.]
- Memoria de 2011 del SIE de Salt (Girona) Dept. Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya.
- Orbach, S. (2012). Coming into Desire. *Psychoanalytic Perspectives*, 9: 209-214.
- Orbach, S. (2013). Como los Imperativos Culturales se convierten en Tragedias Psicológicas que distorsionan la Corporeidad en la Adolescencia. *CeIR*, 7(2):272-281.
- Orange, D. (2007). *Kohut Memorial Lecture. Attitudes, values, and intersubjective vulnerability*. Paper presented at the 30th Annual Conference on the Psychology of the Self: Self & Systems. Los Angeles, October, 2007.
- Preciado, B. (2013). RTVE, "Pienso, luego Existo", programa emitido el 12/08/2013 en La 2.
- Spurgas, A. K. (2013a). Interest, Arousal, and Shifting Diagnoses of Female Sexual Dysfunction, or: How Women Learn About Desire. *Studies in Gender & Sexuality*, 14:187-205.
- Spurgas, A. K. (2013b). Gendered Populations and Trauma Beyond Oedipus: Reply to Angel's Commentary. *Studies in Gender & Sexuality*, 14:217-223.
- Tiefer, L. ed. (2008). New View Campaign against the medicalization of sex. Special Issue, *Feminism and Psychology*, 18(4).

Original recibido con fecha: 10-5-2014 Revisado: 30-5-2014 Aceptado para publicación: 28-6-2014

NOTAS

¹ Presentado en Cáceres, 9 y 10 de Mayo de 2014, en el marco de la 1ª Conferencia Ibérica de Psicoanálisis Relacional

² concep Garriga@gmail.com <http://personal.ilimit.cat/cgarriga>