



## La bondat en la subjectivitat femenina: Implicacions per a la clínica i per a la sexualitat

Concepció Garriga<sup>1</sup>

IARPP, Forum

*El mandat femení de tenir cura (Levinton, 2000) porta a moltes dones a “gairebé sucumbir sota la seva càrrega de privacions” (Freud, 1918). La ètica de la cura (Gilligan, 2013a,b; Layton, 2006, 2009a,b) sota el patriarcat és femenina. Actualment “extraiem” la cura de les Dones Globals (Ehrenreich & Hochschild, 2003, 2006). A més el DSM-V elimina el “desig” dels trastorns femenins i el substitueix per “interès/excitació” d’aquesta manera les dones continuen rebent missatges de subordinació (Spurgas, 2013a,b; Angel, 2013) o d’hipersexualització pornogràfica (Bergner, Dimen, Eichenbaum, Lieberman & Feldman, 2012; Orbach, 2013). S’inclouen dos exemples de “Psicoteràpia per al poble” (Aron & Starr, 2013), per dir-ho d’alguna manera.*

**Paraules clau:** Ètica de la cura, desig, interès/excitació, hipersexualització.

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 (Ehrenreich & 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 bibliogràfica / Reference citation:**

Garriga, C. (2014). La bondat en la subjectivitat femenina: implicacions per a la clínica i per a la sexualitat. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (2): 382-396. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es) ]

Un dels primers conceptes que acostumo a haver de deconstruir en molts tractaments, particularment de dones, és el d'"egoisme". Quant m'interesso per algun assoliment, dedicació o acció a favor d'"una", molt sovint em trobo amb el comentari : "però això és ser egoista". Gilligan (1982/1985) ja va descriure aquest fenomen mostrant que **les noies qualificaven d'"egoista" allò que volien fer, mentre consideraven "bo" allò que els/les altres volien que fessin**. La seva moralitat els ordenava tornar-se "abnegades" en nom de la bondat (Gilligan, 2013a). Amb raó, una de les primeres proclames del moviment feminista va ser: "Les noies bones van al cel , les dolentes a tot arreu".

Exposo una vinyeta d'entre les moltes possibles: es tracta de l'Anna, 21 anys, un any i mig de tractament amb interrupcions per viatges. Ara la veig per Skype, està a Ginebra. Quan va arribar estava sense menstruació des de feia un any per anorèxia. Als 3 mesos de tractament em comenta que ella fa més les coses pels i les altres que per ella mateixa. I que s'ha adonat que "només acabo tenint control sobre el menjar".

El dimecres quan la veig em diu que ha estat amb una "amiga" que ha viatjat a Ginebra pel cap de setmana, però que no la volia convidar a casa seva; que el que ha fet quan s'han vist és que **s'ha resistit** a parlar d'allotjament durant la conversa. Està contenta perquè s'adona que no ha fet el que volia l'altra sinó el que ella desitjava. Reconeix que quan va venir això no ho podia fer, i que ara valida més el que desitja gràcies a la feina que fem juntes. Ens felicitem per aquesta fita: deixa de fer el que esperen d'ella per focalitzar-se en el que ella vol, que no és poca cosa tenint en compte com va venir.

Dues paraules per posar l'Anna en context: és la gran de cinc germans d'una família acomodada. Els seus pares es van separar quan ella tenia 7 anys. Als 13 la van enviar a estudiar als Estats Units on es va estar fins als 17. El seu pare té una nova parella, sense fills. La seva mare té colitis ulcerosa des que se li va buidant el niu. Els seus altres germans també són fora del país. L'Anna va venir amb molta sensació de solitud i sentia al seu pare i a la seva mare com amenaçants. Al cap de poc es va trencar el maluc, de manera que va haver de deixar els seus estudis a Ginebra durant un any, que va passar aquí amb ells, i va poder seguir la psicoteràpia amb més regularitat. Encara va estar sense la menstruació durant un any més. La va recuperar després de moltes sessions: amb mi, de jo amb el seu pare, jo amb la seva mare, amb el seu ginecòleg, amb una endocrinòloga, una dietista, ... tots i totes vam estar d'acord en que aquest trencament havia estat providencial per evitar que **ella** es trenqués.

Orbach (2012) afirma, en aquesta mateixa direcció, que després d'anys de feminisme "el desig segueix sent problemàtic per a les dones". Hi segueix havent "dificultats per actuar en el propi interès, fins i tot per identificar el propi interès i desig (inclòs el sexual)". Una altra pacient, la Joana, m'ho expressa directament, "no sé el que vull en la meua vida i llavors m'és més difícil actuar en conseqüència", això m'ho diu després d'haver-se ficat al llit amb un home

que no li acabava de fer el pes. També està molt confusa respecte a quina direcció professional prendre. Una referència breu per situar-la: és d'un país de l'òrbita soviètica (tercera filla de pares metges) i viu sola a Barcelona, té estudis d'empresarials i fa d'encarregada en una botiga de roba de luxe.

Levinton (2000) argumentava que, en la constitució del superjò, l'heroïna femenina primerenca és la "gran cuidadora", amb atributs morals de bondat, abnegació, i consideració a la vida i a les relacions. Diu textualment : "Una de les condicions que exerceixen més opressió sobre la subjectivitat femenina és que no hi ha cap fre simbòlic per disminuir la culpabilitat de les dones al voltant del desinterès o la transgressió d'aquesta dedicació a la cura".

Freud (1918) ja esmentava explícitament a "**les dones que gairebé han sucumbit sota la seva càrrega de privacions**" (citada a Aron & Starr, 2013). Desitjo parlar d'aquesta càrrega de privacions de les dones, que deriva de la seva "bondat", abnegació i sacrifici, i que Gilligan (2013a) anomena "ètica de la cura ". La meua visió és que a la realitat actual de la vida de moltes dones hi ha hagut pocs canvis en el sentit que segueixen sent elles les que porten majorment el treball de cura: de les criatures, de les llars, de les relacions, de les persones grans, ... La "parentalitat dual" (Benjamin, 1988) o "el nou contracte sexual" (Berbel, 2004) existeixen i augmenten, però amb extrema lentitud. Quan els dos membres de la parella treballen a temps complet solen trobar solucions en el contracte de personal, que més i més freqüentment prové del tercer món, com ampliaré més endavant en referència a un debat de *Studies in Gender and Sexuality* de 2006.

Gilligan (2013a) afirma que **en un context patriarcal** la cura és una ètica femenina, **en un context democràtic**, la cura és una ètica humana. Tenir cura és el que fan els éssers humans: tenir cura d'un mateix i dels altres. La comprensió mútua - una estructura horitzontal - és intrínsecament democràtica i és **innata** (neurones mirall, empatia, ...). Per tal que allò horitzontal esdevingui vertical - jeràrquic, patriarcal -, cal que es produeixin **escissions**. Fonamentant-se en els treballs de de Waal (2009/2011) , Hrdy (2009) i Damasio (1995/2001, 2000/2011), Gilligan (2013b) afirma que en els darrers 40 anys ha tingut lloc un canvi de paradigma que sosté de manera inequívoca que "**l'escissió** entre pensament i emocions **és indicativa d'un dany o de reaccions a un trauma**", que és patològica.

A la inversa, una psique sana és **resilient** i aconsegueix **resistir** les pressions a les que se la sotmet perquè **separi** la ment del cos. Hrdy (2009) descriu que les condicions òptimes per criar criatures amb **empatia i comprensió** són aquelles en què aquestes disposen de com a mínim tres relacions properes i segures (del sexe que siguin) que transmeten clarament: "Et

cuidarem, passi el que passi".

La **resistència** és la capacitat que permet no acceptar les pressions per actuar d'acord a les normes, es fonamenta en la **capacitat d'acció** (*agency*) i és un denominador comú de totes les pensadores (Kristeva, 1979/1995; Benjamin, 1988; Butler, 2004; Izquierdo, 2010; Dimen, 2012) que la propugnen com la força necessària per **oposar-se a la dominació**. Aquestes pensadores proposen que les dones, com a subjectes actius, es facin responsables de les seves vides, del que donen i del que es priven, en la seva dimensió performativa (Butler, 2004).

Som, per naturalesa, *homo empathicus* en lloc d'*homo lupus*. La cooperació està programada en els nostres sistemes nerviosos (Gilligan, 2013a). Si al llarg del desenvolupament perdem l'ètica de la cura i la nostra humanitat els hem de readquirir. El treball terapèutic és clar: ajudar a unir el que està escindit -la ment i el cos. Per a les dones, que la cura del/a altre/a no exclouï la cura d'elles mateixes. Per als homes que independència no exclouï necessitat. Laugier & Papperman (2005) deixen clar que juntament amb l'evolució personal també cal una transformació social i que són els diferents moviments socials els que l'empenyen: amb el feminista al capdavant.

Quan treballa jo acostumo a tenir en ment el model modular transformacional (Bleichmar, 1997), que formulo de la següent manera: tota persona adulta madura dóna satisfacció a les necessitats/desitjos dels següents mòduls motivacions: el **d'afecció**, que inclou les relacions íntimes (parella, fill@s, figures parentals, amics...), el de **l'auto/heteroconseqüència**, és a dir, la capacitat de proporcionar-se i/o proporcionar als/les que depenen de un@ els mitjans indispensables per a la conservació de la qualitat de vida que cada un@ pugui assolir, el de **l'autoestima**: és a dir la sensació subjectiva d'autosatisfacció pel que un@ és i del que és capaç; el de **regulació psicobiològica**, és a dir, la capacitat de saber-se regular les emocions i el cos, proporcionant-se el tipus d'experiències, d'aliment, d'exercici, la regulació de tòxics, ... que li senten bé a un@. I el **sensual/sexual**, reconeixent allò que a un@ li dóna gust o plaer per tal de mirar de proporcionar-s'ho. Per tant acostumo a monitoritzar a cada persona que atenc respecte a aquestes cinc variables, que tinc en ment contínuament en ment i que explico ocasionalment, de forma parcial o global segons el cas i el moment .

### L'ètica de la cura

El 2006, la revista *Studies in Gender and Sexuality*, va publicar una taula rodona sobre el llibre *Dones Globals: cangurs, serventes i treballadores sexuals a la nova economia*. (Ehrenreich, B. & Hochschild, A., 2003, 2006). Crec que val la pena exposar els termes d'aquest debat aquí perquè demostren que en el món occidental la cura segueix "feminitzada", en el sentit de menysvalorada, i que, literalment, segueix en mans de les dones, i que en el moment que les dones blanques de classe mitjana i alta no volen seguir-la

proporcionant, acudeixen a les "dones globals", emigrades, de les que "s'extreu " - amb la mateixa terminologia de l'extracció de recursos naturals - les funcions relacionals, íntimes i de cura.

Sovint aquestes dones deixen als seus fills i filles i als seus marits en atur per fer la feina relacional del Primer Món: cuidar criatures i gent gran; proporcionar criatures a parelles infèrtils a vegades de maneres criminals (robades); proporcionar sexe i/o esdevenir esclaves sexuals d'alguna màfia; proporcionar esposes "exòtiques" obtingudes per correu a homes occidentals que així s'asseguren que siguin "menys alliberades" que les autòctones en la mesura que dependran d'ells. Per tant, aquesta desigualtat econòmica i cultural crea relacions de dominació i submissió en moltes esferes i contribueix a modificar i devaluar els vincles de tot tipus: comunitaris, entre les parelles i entre pares i fills. La barreja d'amor i negoci es torna més complexa en temps de globalització. Amb aquest treball Ehrenreich & Hochschild (2006) pretenen contribuir a empènyer els canvis polítics i socials que hem de fer per tal de dotar-nos d'un món més habitable. Però a més Layton (2006) ens recorda que moltes "dones globals" porten experiències traumàtiques que inevitablement transmetran .

D'altra banda, a " Qui és responsable? Les nostres implicacions mútues en el sofriment de cadascú", Layton (2009a) descriu, en l'altre extrem, el que anomena la "subjectivitat neoliberal" com una versió de la subjectivitat contemporània, disponible tant per a homes com per a dones de certa classe, marcada per un repudi a la vulnerabilitat, que promou l'activitat maníaca, devalua la cura, i nega tant la dependència com la interdependència. És una formació reactiva contra la bondat i l'abnegació femenina devaluades, que limita la capacitat d'empatia i disponibilitat. Aquesta subjectivitat neoliberal, amb una autonomia que repudia la seva inserció en la connexió, és una versió que condemna a les persones que l'escullen a una vida de solitud i d'aridesa. Malgrat que les persones- desconnectades - que aconseguen aquesta posició pateixen, es defensen tenaçment contra exposar-se a anhels relacionals agafant-se als plaers que els proporciona la "distinció", la posició cultural que els marca com a superiors i allunyats de necessitats i vulnerabilitat.

Sacsejar aquesta posició en la teràpia és molt difícil, perquè conté elements psíquics i socials. El dany, és a dir, l'efecte traumàtic que ha produït el capitalisme amb la desigualtat de classes, el sexisme amb la desigualtat de gènere, el racisme i l'homofòbia al llarg d'anys, fan molt difícil el treball terapèutic perquè la capacitat de poder tenir una altra perspectiva està molt malmesa en moltes persones. No obstant això la psicoteràpia és una de les poques *possibilitats* institucionals de donar resposta a algunes d'aquestes tendències destructives actuals: l'evitació del dol, l'activitat maníaca, la instrumentalització de les relacions, ... (Layton, 2009b).

En el neoliberalisme, en comptes d'una política preocupada pel benestar comú, trobem un "mercat de la cura" emergent que es confabula amb els sentiments omnipotents

d'invulnerabilitat -la cultura que "jo puc comprar una 'seguretat' fantasiejada per a mi i per la meva família" (Layton, 2009a).

### La bondat i sexualitat

En un altre ordre de coses, com he argumentat àmpliament (Garriga, 2013) en moltes dones encara hi ha moltes dificultats per a una sexualitat joiosa, relacionades amb la "bondat" femenina. Per sort comença a haver-hi altres models de sexualitat femenina. La fantàstica pel·lícula "La vida d'Adèle" amb la naturalització d'una altra visió de la sexualitat de les dones en general, i de les relacions lesbianes en particular, que ha guanyat la Palma d'Or 2013 del Festival de Cannes, i també el Premi de la Crítica Internacional.

En sentit contrari, la publicació i l'enorme èxit d'obres com "Les 50 ombres de Grey", "Crepuscle" i, ara, de "Casa't i sigues submissa", advoquen per models de relació que segueixen fomentant la desigualtat, i d'aquí el malestar psicològic i/o les diverses patologies que treballem contínuament.

També vull mostrar com la "bondat" femenina en la sexualitat és "induïda" per una cultura que es va impregnant del "saber" popular que ara pretén eliminar el concepte de "desig" dels trastorns de la sexualitat de les dones i, en canvi, atribuir-los a la seva falta d'"interès/excitació", amb les implicacions que suposa a nivell conceptual i legal. Reprodueixo un altre debat al voltant de com el DSM-V contribueix a la seva difusió que va tenir lloc en un extraordinari exemplar de "Studies in Gender and Sexuality" [Vol 14 (3), 2013].

### Reptes a què ens enfronta el DSM-V

SGS va donar el Symonds Prize 2013 a A. K. Spurgas, de la City University de NY, per "Interès, Excitació, i els Diagnòstics Canviants de la Disfunció Sexual de les Dones, o: Com les Dones Aprenen sobre el Desig". El treball de Spurgas (2013a) qüestiona el nou DSM -V dient que introdueix i uneix els termes "interès" i "excitació" i elimina "desig" del llenguatge de la disfunció sexual femenina diagnosticada amb més freqüència i explora el canvi de "Trastorn del Desig Sexual Hipoactiu" a "Trastorn Femení de l'Interès/Excitació Sexual".

Mentre que tradicionalment s'ha associat "complexa", "reactiva" i "receptiva" a la feminitat, ara aquests descriptors es consideren característiques essencials de la sexualitat de les dones, on **la falta de resposta als avanços de la parella** es considera un criteri de diagnòstic de la disfunció sexual en les dones. Per tant el canvi de diagnòstic posa en evidència **l'eradicació del desig** com un component constitutiu de la sexualitat femenina. Aquests canvis diagnòstics i terapèutics influeixen la manera com les dones es relacionen amb el seu cos sexual i amb el de la seva parella i tenen conseqüències biopolítiques, vivencials i psicorelacional. Aquestes narratives donen ales a un moviment retrògrad de les relacions de gènere i sexuals.

Amb el canvi de segle han sorgit molts treballs, que inspiren els desenvolupaments del DSM-V, que proposen que les dones viuen la sexualitat de manera diferent que els homes (Basson, 2001; Heiman, 2002; Brotto, 2010). Els treballs de Basson (2001), per exemple, afirmen: a) que les dones, pel fet que no tenen tanta testosterona com els homes, no tenen l'impuls biològic de descarregar la tensió sexual, b) que les dones tenen diverses motivacions per implicar-se en el sexe, fins i tot incentius i recompenses que no són estrictament sexuals i que poden tenir més pes en la seva disposició que qualsevol impuls biològic (contribuir a la intimitat, complaure a la parella, evitar discòrdia relacional), c) experimenten una excitació mental subjectiva que pot estar, o no, acompanyada d'excitació genital (o poden no percebre la seva excitació genital) i, d) no sempre tenen orgasmes; tot i que siguin orgàsmiques no sempre tenen l'impuls d'aconseguir un orgasme.

El model d'incentius relacionals té fins i tot investigadors que afirmen que el desig sexual "espontani" no existeix en les dones (Graham, 2010) [citada per Angel, 2013].

Spurgas (2013a) qüestiona que es tipifiqui la sexualitat de les dones com una desviació del model lineal de la resposta sexual humana, i que es marqui aquest tipus de desviació com únicament femenina. De fet el diagnòstic de Trastorn femení d'Interès/Excitació Sexual és només per a dones, als homes amb poc desig se'ls segueix diagnosticant de "Trastorn del Desig Sexual Hipoactiu". Encara que Brotto (2010) argumenti que "interès" descriu millor que "desig" a les dones perquè "emfatitza un constructe més ampli que les connotacions més biològiques d'impuls del desig sexual", l'acceptació d'una flexibilitat i receptivitat sanes de les dones demana preguntar-se quina és la línia entre flexible i confusa. Quina és la veritat del desig d'una dona. Ha de confiar en el seu estat "psicològic" o en el "físic" (com si fossin separables per a tothom)? Ha de confiar en la seva parella per fer-li saber quan ser sexual? Els discursos al voltant de la receptivitat "sana" i de la desconexió femenina natural entre l'excitació objectiva i la subjectiva són problemàtics, sobretot quan hi ha qui parla de violacions "legítimes" per propugnar que determinats embarassos no avortin (El candidat republicà al Senat Todd Akin, el 2012; la llei contra l'avortament de Gallardón, que no admet supòsits), perquè aquests discursos són interpretats com evidències de la "complementarietat" del desig entre homes i dones, on per complementarietat s'entén que l'home inicia i la dona respon.

Aquestes narratives poden ser perjudicials per a les dones. Si contemplem la formulació de receptivitat femenina com una "propensió a posar-se a [l'activitat sexual] malgrat l'absència de desig sexual en aquest instant" llavors utilitzar la receptivitat com a senyal de desig sexual pot reforçar les demandes dels homes i fomentar el sexe coactiu en les relacions heterosexuales, també pot promoure experiències sexuals traumàtiques, i devaluar encara més la ja tèrbola noció del consentiment.

Aquestes narratives que defineixen la patologia tenen implicacions per al que entenem

que és **normal**. La noció de receptivitat femenina en qualificar de trastornades a les que no responen adequadament, ens informa de què entenem per feminitat "sana". Sense una anàlisi del poder, ni una anàlisi de les relacions històricament opressives entre els homes i les dones, ni de la devaluació de la feminitat, aquestes nocions van naturalitzant i promovent una posició de submissió de les dones, de nou. Un sol treball, el de Bancroft (2003), suggereix que una resposta lògica i apresada seria no estar interessada en el sexe si el sexe que està evitant no és plaent per a ella, o si realment és dolor sexual (dolor físic i psíquic: dolor vulvar, dispareúnia, o coit dolorós) (Spurgas, 2013b). Tiefer (2008) suggereix que potser els "problemes" de sexualitat femenina siguin el resultat de factors socials, culturals i polítics (manca de comunicació en la parella, esgotament a causa de les desigualtats en la criança i en el treball de la casa; ansietats sobre la imatge corporal, violència de la parella, i malentesos de l'anatomia femenina ). A les dones se les col·loca en una posició de pressió perquè experimentin desig i s'acompleixin sexualment quan les realitats de les seves vides -estructurades en la desigualtat- poden fer comprensibles les seves "dificultats" sexuals, i fins i tot inevitables (Citat, Angel, 2013)

Spurgas (2013a) denuncia que aquesta manera d'entendre la sexualitat femenina esdevé **normativa**, i per tant l'acaba constituint. Angel (2013) afegeix que la decanta cap a una resignació -i reinscripció- del menor desig sexual de les dones.

Spurgas (2013b) hi respon: el desig llavors -entenen per desig l'aspecte de la sexualitat més subjectiu i el més elusiu- pot ser la inversió més valuosa, davant la pressió per conformar-se a la submissió. Perquè, què és la frigidesa (Cryle & Moore, 2011) sinó el producte de la manca de coneixement del cos de les dones i dels seus plaers diferents? El concepte de frigidesa -per sort avui en desús- normalment suposa intolerància a formes de gaudi que no es conformen a la narrativa del coit heterosexual, en què tot tipus d'actes sexuals, excepte la penetració vaginal amb el penis, són concebuts com a perifèrics o preparatoris.

O el contrari, no tenir desig en una relació insatisfactòria, o en una situació de vida estressant, pot ser "**adaptatiu**". També pot ser que algunes dones experimentin poc desig i no els importi. Però conformar-se amb això en una anàlisi és rebaixar les possibilitats d'accés al desig o a la pròpia sexualitat. Una pèrdua de desig pot ser una forma de patiment que hem d'explorar. Per a algunes la sexualitat i el desig pot ser font de vergonya i caldrà elaborar-ho en el tractament (Angel, 2013).

En direcció oposada, ha sorgit preocupació per la "**hipersexualització**" de les dones i les nenes davant la incorporació de la **pornografia** (Dines, 2010; Walter, 2010; Bergner, Dimen, Eichenbaum, Lieberman & Feldmann, 2012; Orbach, 2013). Es posa excessiva pressió en les dones i les nenes perquè exerceixin una sexualitat artificial, inautèntica: complaent, entusiasta, ... De la mateixa manera que ens resistim a una redefinició de la sexualitat de les



dones com menys desitjosa i més responsiva que la dels homes, també ens resistim a les pressions a les dones perquè estiguin sexualment actives contínuament, perquè tinguin determinat tipus de sexe, perquè se sentin culpables quan no es conformen a un discurs sexual hiperactiu i inflat (Angel, 2013).

En les nostres anàlisis hem de prendre curosament en consideració els mecanismes específics que intervenen en les realitats sexuals de cada dia (inclosa la vivència de la *cultura de la violació* que moltes dones experimenten la major part del temps), que es manifesten en diagnòstics diferenciats, com "els homes tenen problemes físics, les dones psicològics". Hem de prendre en consideració les **estructures traumatitzants** mateixes, tenint una mirada clara al context cultural més ampli en el que tenen lloc les relacions sexuals, on es castiga amb experiències sexuals traumàtiques de manera desproporcionada moltes dones. Hem de ser honest@s respecte a les estructures hegemòniques de dominació que malauradament influeixen en els nostres cossos i en les nostres relacions. També hem d'atendre el dolor de les persones *queer* o no normatives, a les que rarament es dóna veu al parlar dels diagnòstics de gènere. La dificultat rau, precisament, en empatitzar amb múltiples formes de patiment sexual i en reconèixer les arrels profundes i tortuoses de la seva psicogènesi, que es prenguin molt seriosament les estructures de dominació de gèneres i la naturalesa sociopolítica del trauma, per tal de trobar un mètode per poder tractar i fins i tot curar (Spurgas, 2013b).

També tindrem en compte que la manera com fem sexe i el que volem sexualment està culturalment après en un context de poder que crea unes forces, unes estructures i unes relacions que perpetuen la dominació no consensual i els traumes de gènere (afegits, als de raça, de classe, i altres) que posen en perill la possibilitat de l'**autodeterminació** per enormes quantitats de persones (Spurgas, 2013b), sabent que les persones "som sempre més les nostres contingències i casualitats que les nostres eleccions" (Marquard, 2000).

### Transformació social

Torno a Aron i Star (2013), que argumenten que el desenvolupament de la psicoanàlisi ha estat "acoblat suaument" (Harris, 2005), amb una trajectòria no lineal, ja que "va néixer del trauma" i per tant contenia aspectes dissociats que van ser reelaborats per les següents generacions de psicoanalistes. La psicoanàlisi estava situada en un context de prejudici i organitzat jeràrquicament (Garriga, 2010), i va incorporar en la seva estructura el llegat problemàtic de l'antisemitisme, el racisme, la misogínia i l'homofòbia.

La psicoanàlisi ha canviat, de ser una professió dominada per homes a ser-ho progressivament per dones, també ha virat de ser primàriament heterosexual (o aparentar-ho) a estar oberta a acceptar terapeutes gais, lesbianes, bisexuals i transsexuals [El programa Postdoctoral de la NYU, que presumeix de ser un dels instituts més democràtics i oberts, no els va incloure fins als 90]. I jo hi afegeixo: i ara que hi són, i fora de l'armari, ens regalen

meravelles com " Implicacions Clínicas de l'Experiència de Vida dels i les Psicoanalistes" (Kuchuck, S. 2013). Aron i Starr segueixen: "la psicoanàlisi no pot ni ha de seguir sent blanca, jueva, elitista, urbana, o lligada exclusivament a la pràctica privada. Si ha de sobreviure s'ha de transformar progressivament en més accessible, aplicada de forma àmplia, i diversa". En realitat apel·len a la no distinció entre psicoanàlisi i psicoteràpia com a forma de trencar la jerarquia binària que anomenava psicoteràpia allò que la cultura considerava femení: la dependència, el suport, la provisió, la subjectivitat, allò matern, femení, relacional, mentre reservava el mot psicoanàlisi per allò marcat com a masculí: la independència, l'autonomia, la individualitat i l'objectivitat científica. En aquesta direcció jo em qualifico de psicoterapeuta psicoanalítica.

La psicoanàlisi té una llarga història de clíniques gratuïtes i d'activisme social. La psicoanàlisi va ser tant un mètode de tractament com un moviment social, un moviment per a la reforma de l'educació, una política social i una cultura (Danto, 2005). Els primers psicoanalistes eren marginals. En aquest sentit desitjo compartir alguns "altres" àmbits en què participo: superviso equips d'atenció a dones maltractades, i desitjo aportar un treball exquisit d'una mestra que està desenvolupant una pedagogia relacional.

Porto el meu treball en els SIE (Servei d'Intervenció Especialitzat en violència masclista) com a exemple de treball psicoterapèutic gratuït i heterodox que m'ha ensenyat moltíssim a estar oberta a la multiciplicitat. Allà l'equip és interdisciplinari, compost per: directora, treballadora social, inseridora laboral, diverses educadores i educadors socials, psicòloga d'adultes i psicòloga de nens i nenes; i els "processos de recuperació" que realitzen, magnífics. Diuen en la seva memòria: "Teoria -i- pràctica vinculades i travessades per la singularitat de cadascuna. Ens interroguem des del saber que ens constitueix singularment, el que no només permet obrir el "punt de vista" i acollir la diferència-i-el-saber de l'altra sinó que ahora manté viu el desig d'avançar. En una **relació horitzontal** de cada disciplina i funció, que, en lloc de fer-nos sentir envaïdes o desqualificades per l'altra, permet incorporar l'"alteritat" al treball".

"La violència masclista és l'eix estructural que configura les relacions amoroses entre homes i dones... Cadascuna de les dones a qui acompanyem, com nosaltres mateixes, estan/estem constituïdes en aquestes pràctiques culturals. Hem de saber escoltar i ser respectuoses amb com cada dona reproduceix els discursos i les pràctiques amoroses, però sobretot, possibilitar i donar eines perquè cadascuna s'autoritzi a "qüestionar-les" perquè és una normalitat imposada basada en la injustícia i en la desigualtat".

"Això ho fem articulant espais de reconeixement i respecte mutus que generin vincles de

cura i tendresa entre unes i altres. Creant espais serens i tranquils on s'interroguin, parlin i debatin, s'acompanyin i riguin i es lamentin i ... On puguin imaginar i crear nous vincles, perquè la solitud, la indiferència i l'abandonament -el desert afectiu en el qual es troben- es van diluint a mesura que es vinculen. Espai d'experiència on el/l'altr@ no és algú amb qui cal competir, a qui cal combatre, ni és un obstacle a demolir, sinó algú que, vulnerable com cadascuna de nosaltres, per *ser* necessita confiança i reconeixement. Compartint l'espai del cos, de les paraules, de la comprensió, sense desposseir-se del propi".

He copiat literalment alguns aspectes de la definició del projecte perquè em permet traslladar-vos allò que intento comunicar, que hi ha espais on tenen lloc tractaments, anomenats amb tot el respecte **acompanyaments**, que reuneixen molts dels requisits d'"Una psicoteràpia per al poble" (Aron & Starr, 2013) i que fan una feina extraordinària -en condicions bastant precàries per a les treballadores, tot s'ha de dir, -on contemplo la meua tasca com a supervisora en el mateix sentit: el de proporcionar un espai per a la cura i el suport mutu que afavoreixin la reflexió i l'intercanvi d'informació en un entorn el més respectuós i menys persecutori possible, el resultat de la qual és **una comunitat terapèutica empàtica, horitzontal i democràtica**.

També vull referir-me al treball de la Marisol (Anguita, 2013), una mestra que des de fa anys pertany a un grup d'indagació en formació de mestres i en innovació pedagògica. Una persona que va tenir una llicència d'estudis i ha pogut dedicar un curs escolar a investigar i un altre a completar un màster amb un assaig que va titular: "*Anda, deja que te acompañe: o de cómo se fundamenta una relación pedagógica como acompañamiento*". Marisol es defineix com a investigadora narrativa i mestra relacional, i sent aquesta pertinença com un cercle més en l'acompanyament mutu que va transformant els seus membres en autors de sabers entreteixits buscant inventar la seva "veritat" (Preciado, 2013), perquè "una altra escola és possible".

Marisol publica regularment a Cuadernos de Pedagogía. Mantenim un contacte ocasional molt afectuós. Vaig rebre la seva col·lecció de columnes "*Historias Mínimas*" amb entusiasme i li vaig demanar permís per citar-la, perquè em vaig adonar immediatament de la connexió entre la nostra visió, com a terapeutes relacionals, i la seva. Comença les seves *Historias* narrant com en un viatge a la Xina una àvia es va oferir a acompanyar-la a creuar un riu. Li va passar el braç per l'esquena, van començar a compassar els passos, i la va guiar, experta i ferma, per la inestabilitat del pont. Li va regalar la seva experiència per creuar juntes per la incertesa del vaivé. Marisol de seguida va fer el paral·lelisme amb la seva posició a l'aula i va observar que desitjava que aquest fos el seu lloc, el d'acompanyada-acompanyant. Va

descobrir com a mestra que no volia anar davant sinó al costat, de bracet i donant la mà. Des d'aquí, l'aprenentatge es genera i construeix a través de les relacions i la col·laboració mútua en un lloc de trobada, i la Marisol contempla la relació pedagògica com "el que ens passa junts" entre ella i els nens i nenes de 3 a 6 anys amb els que treballa com a educadora infantil.

La Marisol s'atreveix a parlar de "Las cosas importantes" (cançó homònima de Fito i Fitipaldis) amb "les seves" criatures de 4 anys, que "son las que están detrás de la piel" (lletra), com ara la por, i com perdre-la i transformar-la; dels monstres interiors de cadascú. A l'aula de la Marisol cada dia s'asseuen en cercle a conversar, es deixen "tocar" els uns pels altres, i prenen decisions sobre el quefer pedagògic. Construeixen relacions horitzontals que els permeten dir: "aquí tots som presidents, perquè tots manem". Tot i que reconeixen que hi ha "manaires" al món, s'esforcen per no construir relacions de poder entre ells. Però això no els impedeix dirigir-se al president si així ho consideren oportú, com van fer en enviar una carta al President de la Generalitat que els va contestar agraït de tenir ciutadans de 5 anys tan compromesos .

Marisol percep a través de la lletra "Todo se transforma" (Jorge Drexler, 2005) que és així, que mai havia pensat que aquesta **vida compartida** fora tan rica, que "cada uno da lo que recibe y después recibe lo que da" que "nada se pierde, todo se transforma". En realitat també fa participar a les mares i els pares a la vida de l'aula, i estan encantats amb les transformacions que han tingut lloc: una pel sorgiment de la seva filla, un altre perquè capta allò "polític" d'aquesta manera d'"estar junts", i fins i tot una altra perquè a través de la seva filla s'ha descobert a si mateixa.

## REFERENCIAS

- Angel, K. (2013). Comentary 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 resitencia 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<sup>a</sup> 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 30<sup>th</sup> 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

---

<sup>1</sup> [concepgarriga@gmail.com](mailto:concepgarriga@gmail.com); <http://personal.ilimit.cat/cgarriga>