



**“VIVO COMO UN NIÑO DE 10 AÑOS...  
SALDRÍA DE CASA PERO...  
NO LO VEO CLARO”**

**Una supervisión clínica con Robert D. Stolorow<sup>1</sup>**

**Carlamarina Rodríguez Pereira<sup>2</sup>**

*Instituto de Psicoterapia Relacional*



**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Rodríguez Pereira, C. (2012). “Vivo como un niño de 10 años... Saldría de casa pero ... no lo veo claro” Una supervisión clínica con Robert D. Stolorow. *Clinica e Investigación Relacional*, 6 (3): 418-433. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es) ]

*Desde un punto de vista clínico, la intersubjetividad es más una sensibilidad que una teoría. Es una actitud que supone una continua sensibilidad al inevitable interjuego entre el observador y lo observado. Asume que, en vez de entrar y sumergirnos en la experiencia de otro, nos unimos al otro en el espacio intersubjetivo.*  
(Stolorow, 2012)

El Dr. Stolorow propone hacer la presentación del caso de la misma forma que él supervisa habitualmente, es decir, preguntando al supervisado, clarificando y señalando aspectos importantes de forma simultánea a la exposición del caso por lo que he preferido mantener este formato, introduciendo los comentarios del Dr. Stolorow<sup>3</sup> (en cursiva) en la narración del caso que le presenté. Esta será la primera parte del trabajo a la que añado un resumen de las reflexiones y conclusiones que produjo esta supervisión y la resolución del caso a partir de esta.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Veo a R desde Febrero de 2010, cuando la enfermera me entrega su historia recién abierta comentando “viene con su madre y está muy nervioso<sup>4</sup>. Al verle sentado junto a su madre mirando al suelo necesité echar un rápido vistazo a la historia clínica para confirmar que tenía más de 18 años<sup>5</sup>, mientras pensaba “¡parece un niño!”. Cuando le nombré ambos se abalanzaron hacia la puerta del despacho, su madre iba a pasar decidida y yo, quizá demasiado tajante, la detuve y le pregunté a él si le permitía estar presente en la entrevista. Él susurró “No, entro yo solo”. Aún así, su madre vuelve a insistir y entonces soy yo la que le indico que, como adulto, es él quién debe decidir esto y le impido finalmente la entrada en el despacho.

*En este primer momento con el paciente, el Dr. Stolorow se detiene para identificar los indicios de la transferencia que podía empezar a generarse ya entre nosotros como pareja terapéutica. Explica que cuando el paciente se atreve a susurrar que no quiere que su madre entre muestra como él tiene un deseo de diferenciarse de su madre y mi respuesta implica una intención de aliarme con el paciente en esa diferenciación de su madre.*

Se trata de un joven de 21 años sin antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica que no ha consultado nunca con Salud Mental. No hay consumo de tóxicos, las analíticas son normales y no hay ningún síntoma físico actualmente. Su médico de atención primaria, ante la negativa del paciente decide no pautar ningún tratamiento farmacológico para mitigar la ansiedad y le remite directamente a Psicología Clínica para valorar la posibilidad de una psicoterapia. El motivo de consulta es su “miedo a salir de casa” que le mantiene prácticamente aislado desde hace años y absolutamente encerrado desde hace al

menos 5 meses.

R se sienta cabizbajo y algo ladeado en la silla, evitando el contacto ocular con todo su cuerpo, no me mirará en ningún momento de la entrevista.

*En este momento el Dr. Stolorow señala cómo es la vergüenza la emoción predominante, el miedo de R a ver el desprecio en mi mirada siendo este el motivo de evitarla a toda costa.*

Está muy nervioso, inquieto, no puede parar de mover las piernas, y se ve obligado a secar sus manos una y otra vez en el pantalón, gotas de sudor comienzan a resbalar por su cara, cubierta de un acné que contribuye a mi sensación de estar frente a un adolescente.

*En este punto continúa explicando cómo para entender una fobia hay que explicar no sólo la ansiedad ante la situación fóbica si no también la ansiedad ante la exposición o expresión de esta ansiedad frente a otro (frente a mí en este caso), que sería también motivo de vergüenza y, de nuevo, más ansiedad.*

Habla muy bajo, con voz entrecortada y con algún signo de tartamudez. La consulta ha sido idea de su madre pero él reconoce que "algo me pasa, esto no es normal". Con "esto" se refiere a que lleva más de dos años sin apenas salir con amigos, en realidad sin apenas salir de su habitación, la visita a su médico de cabecera ha sido la primera salida en cinco meses.

R es el único hijo de un matrimonio mayor, "me hubiese gustado tener un hermano" se queja. Su madre, que siempre ha sido ama de casa le tuvo a los 40 años. De ella dice "siempre está en casa, trabajando, siempre mira por mí, está siempre".

*Como señala el Dr. Stolorow, con esta definición, el paciente nos trasmite de forma bastante gráfica la invasión y la intrusividad de su madre. A este elemento le otorga especial importancia. Recuerda un sueño que le relató un paciente en el que aparecía la madre como un enorme monstruo que abría sus brazos exclamando "¡You are mine!" y utiliza esta imagen para referirse a la sensación de opresión que puede estar sintiendo el paciente y a las ocasiones en las que yo podría representar también esa madre posesiva. Además vuelve al tema de la vergüenza para señalar que un posible origen de la misma podría ser el que su madre siempre este (podemos pensar en que sitios está y en qué situaciones).*

Su padre tiene 63 años y está prejubilado desde hace dos. R no es capaz de explicar a que se dedicaba y lo define como "terco, cabezón, levanta la voz". Su prejubilación coincide con la mayor reclusión en casa de R, quien se autodefine como "muy tímido, indeciso, vivo como un niño de diez años". Los cuatro abuelos han fallecido ya. No llegó a conocer a su abuelo materno pero tuvo mucha relación con su abuela materna que vivía con ellos y falleció cuando él tenía 8 años, "era muy cariñosa, estaba ciega". A sus abuelos paternos apenas los veía. Su madre tiene un hermano mayor divorciado con el que R tiene una estrecha relación (a mí me parece la figura paterna real). En casa, su familia no habla nunca sobre la ex mujer de su tío pero parece que está ingresada en un Hospital

Psiquiátrico. No tiene relación con la familia de su padre. Tiene tres primos, uno de ellos con Síndrome de Down. No conoce la razón de que la relación con su familia paterna sea tan pobre.

R manifiesta su incapacidad para *"responsabilizarse de su vida y de su futuro"* pero, ni siquiera algunos aspectos de su autonomía personal más básicos están plenamente conquistados y mantiene la firme convicción de que sin sus padres *"no podría subsistir"*.

*En este comentario del paciente, el Dr. Stolorow, encuentra la forma en la que, a pesar de los deseos de diferenciación, una parte del paciente se acomoda a la intrusividad de la madre, a modo de "Acomodación Patológica", utilizando el término de Brandchaft.*

Sólo ha pasado cinco días fuera de casa en una excursión del colegio durante el cual perdió bastante peso, *"también soy rarito con la comida"*, aclara, *"soy delicadito"*, explica con un tono de burla y desprecio hacia sí mismo. Su madre le prepara comida "especial" para él, porque no come de todo. Pero, además, es incapaz de comer algo que no haya hecho su madre, hasta el punto de hacer cuatro viajes diarios en tren para comer en casa. Incluso cuando expresa su deseo de viajar fuera de España aclara rápidamente como sobresaltado de pronto por su propio deseo, *"¿Pero cómo me voy con mis padres?"* y se plantea esta pregunta porque sin ellos no concibe ir a ninguna parte (*"siempre he vivido bajo el mismo techo que mis padres"*). El tema de una futura emancipación de R se considera motivo de risas y bromas en su casa. Cuando inicia los estudios universitarios se le plantea la posibilidad de que él se traslade a vivir a la misma ciudad en la que estudia pero él se niega.

Según él, el problema comienza el día en que fue a matricularse en la Facultad de Ingeniería, en una ciudad a 34 km de la suya. Acude acompañado por su madre y sufre un episodio puntual de diarrea, a raíz del cual se desencadenan el miedo a que vuelva a ocurrir y la evitación de todos aquellos sitios en los que desconozca la ubicación de los servicios o no le sea fácil "escapar".

En el primer curso universitario aprueba lo justo para poder matricularse de nuevo, en el segundo aprueba solo cuatro asignaturas y en el tercero finalmente abandona la Universidad sin presentarse a los exámenes (*"me ponía muy nervioso cuando preguntaban los profesores"*, *"no sé lo que quiero hacer con mi vida"*, *"no me responsabilizo"*). Dice R resumiendo, *"todo lo de fuera de casa me da mucho miedo"*, y cuando toca hablar de futuro; *"no me lo imagino, no tengo imágenes en la cabeza"*.

Pero, en mi opinión, su problema se inicia bastante antes. En el Instituto de repente suspende todas las asignaturas y repite segundo de Bachillerato. A pesar de este fracaso escolar inesperado en un chico hasta el momento brillante, no es hasta que se encierra totalmente en casa cuando su entorno ha considerado que puede existir un problema, o al menos, cuando se plantean la necesidad de una intervención externa.

Hasta los 14 años, aunque tímido e introvertido, mantiene relaciones adecuadas con su grupo de amigos que conoce *"de toda la vida"*. Ya con esa edad evita apuntarse a una

Academia de Idiomas porque "sería con gente desconocida". A partir de ese momento han ido disminuyendo progresivamente los días en los que sale. Con 17 años aun tenía dos amigos con los que salía todos los fines de semana, con los que deja de verse sin saber explicar el motivo, al igual que no puede explicar que de pronto tuviese que repetir curso. Sin embargo, sí relaciona el hecho de pasar a una clase con chicos más jóvenes y desconocidos con el agravamiento de sus dificultades de relación. Relata situaciones en el instituto en las que se sintió rechazado y señalado, con cierto carácter autorreferencial ("cuchicheaban sobre mí, se reían...").

No ha vuelto a sufrir un episodio de diarrea en estos años y niega haber sufrido crisis de ansiedad, debido a la evitación total de situaciones que le provoquen ansiedad (multitudes, autobús, tren...). Hace ya un año y medio que hace su aparición la tristeza ("menudo bagaje...soy una inutilidad total, una calamidad") que él intenta evitar no pensando, distrayéndose, leyendo foros de economía y jugando durante horas con videojuegos.

### Inicio del Tratamiento: Febrero-Septiembre de 2010

#### Creación de un encuadre y una relación positiva.

En contra de lo que yo esperaba, la ansiedad no disminuye a lo largo de la primera entrevista si no que se incrementa progresivamente por lo cual finalizo antes del tiempo disponible. Me quedo con la sensación de haber sido demasiado brusca en la forma de evitar que entrase su madre, perdiendo información relevante y el apoyo de su madre. Me preocupaba la idea de que "no le van a traer" (de nuevo como si se tratase de un menor). Pero finalmente, el hecho de que la madre no participe en ningún momento en el tratamiento ha posibilitado el enganche y el establecimiento de un lugar "solo para él", donde no pueda ser invadido por su madre y diferente de todos los demás espacios incluidas otras consultas médicas. En un momento posterior, él mismo me pide que su madre siga fuera del tratamiento. Su madre, en contra de lo que yo esperaba, tampoco hace ningún otro intento de contacto conmigo en todo este tiempo.

Mi primera impresión fue la necesidad de tratamiento farmacológico e incluso la posibilidad de que el carácter de su ansiedad fuese psicótico. Al principio insistí pero más adelante viendo que R comenzaba a salir de casa acompañado y acudía a las citas olvide el tema de la medicación, que sólo ha surgido en momentos puntuales de elevada ansiedad y él ha vuelto a rechazar esta posibilidad.

*En este punto el Dr. Stolorow me pregunta si aún albergo dudas sobre la posibilidad de que se tratase de un trastorno psicótico. Está duda surgió de una primera impresión en la que el nivel de ansiedad y sufrimiento del paciente así como su aislamiento me hizo planteármelo pero la descarte en las primeras entrevistas. A pesar de esto, continúe planteándome la intervención de psiquiatría ocasionalmente, quizá para calmar mi propia angustia ante su sufrimiento. Aquí R mostró una gran "heroica resistencia" a su favor.*

R comienza a venir una vez al mes, después quincenalmente, y más tarde con frecuencia semanal...primero 15 minutos, después 25 y actualmente 40 minutos, según él lo fue tolerando. Primero acompañado por su madre, y después solo. Hay una clara mejoría en el contacto a partir de la cuarta entrevista, la cual inicia diciendo “*no me siento demasiado mal viniendo, estoy nervioso pero me encuentro bien*”, aún evitará el contacto visual la mayor parte del tiempo en los siguientes dos años.

*Vuelve a aparecer la vergüenza como afecto clave en este paciente.*

En Julio se matricula en un módulo de FP que comenzará en Septiembre. Habla de forma más fluida y surgen los temas que estarán presentes durante todo este tiempo. Intensos sentimientos de vergüenza propia y ajena cuando su madre habla de cosas “*banales*”, el mal manejo del tiempo, esperando a contestar un examen hasta que le queda el tiempo justo, saliendo de casa...el deseo de seguir siendo un niño (verbalizado literalmente) no viendo ninguna ventaja en madurar. Al mismo tiempo le preocupa no avanzar y no aportar lo suficiente al tratamiento. Cuando se plantea el futuro dice “*pienso hacerlo como aquí, al principio me costaba pero ahora no*”, sin embargo me advierte “*el cambio radical no tiene por qué ser la meta*”. En Agosto se incrementa el temor a que yo me aburra como otras personas que se cansaron de él, “*porque yo o no contaba nada o contaba lo mismo, se aburrían y se iban*”. En relación a esto comienza a dar muestras de querer abandonar el tratamiento.

*Al inicio de la presentación de casos, el Dr. Stolorow nos explica las dos dimensiones que los intersubjetivistas tienen en cuenta. En este momento me explica que en este momento del tratamiento estaría apareciendo con mucha fuerza una dimensión intensa repetitiva, que más adelante se explica mejor, en la cual se repiten dos cosas: por una parte la vergüenza y visión de sí mismo despreciativa y, por otra, la obligación de hacer algo para mantener mi interés: surge la necesidad de satisfacer mi narcisismo. Efectivamente, me doy cuenta de que hay una necesidad propia de que él mejore (además según mis criterios de mejoría) ya que es un caso que está siendo supervisado.*

### **Mejoría y Primeros Cambios: Septiembre-Diciembre de 2010**

En septiembre está más triste; “*tengo tantas cosas en la cabeza, intento seleccionar lo que voy a decir pero no puedo...y entonces me bloqueo*”. Este mes hay una interrupción debida a mis vacaciones (la primera interrupción desde que viene semanalmente) y pasan 20 días entre sesión y sesión. A la vuelta inicia diciendo que va a dejar de venir (como planteará tras cada interrupción o modificación de cita, posteriormente) debido a las clases “*antes venía porque no salía de casa pero ahora ya estoy bien*”. Propongo continuar hablando de esto pero él dice estar muy confuso y se va aceptando venir a hablar una vez que tenga los horarios. Finalmente, establecemos que venga cada quince días al final de la mañana. Rechaza la posibilidad de venir con mayor frecuencia.

Esto coincide con el inicio de la supervisión del caso desde una orientación

psicoanalítica. Mi supervisora me explica que aceptando las sesiones quincenales actúo su miedo al abandono y debería haber impuesto las semanales porque en el caso de este chico el tratamiento es más importante que las clases, pero ya hemos llegado a ese acuerdo. Tras el inicio de la supervisión soy capaz de señalarle a R que quizá esa reticencia a continuar este relacionada con el miedo a que la relación sea importante y entonces me contesta "en algún momento sentí que quería venir y me fastidió mucho que pasase tanto tiempo para la cita porque quería contarte muchas cosas". A partir de este momento se inicia una notable mejoría, tanto en lo externo (acude a clase con éxito e inicia tímidos intentos de relación con compañeros) como en las sesiones en las que empieza a traer fantasías (fantasea con que es un escritor famoso, con que le nacen alas y puede volar...).

*Como decía antes, al escuchar el comentario del Dr. Stolorow sobre el movimiento del paciente a satisfacer mi narcisismo, el que aparezca una necesidad mía, lo relaciono con mi necesidad narcisista de que este caso fuese bien, por distintos motivos, pero en parte el hecho de ponerlo en supervisión y después de que mi supervisora viese el avance esto debió intensificarse. Supongo que es una zona en la que mi paciente y yo coincidimos, aparece la necesidad de buscar la aprobación externa.*

A pesar de que me sentía incapaz de interpretar tanto como mi supervisora sugería, con su ayuda puede dar mayor sentido al material que traía R. Manteniendo una actitud más de escucha y sostén que interpretativa. La mayor seguridad en la relación que habíamos conseguido me permite a partir de este momento hacer progresivamente más intervenciones pero con mucha cautela, plegándome a lo que yo entendía que él necesitaba. Por ejemplo, en algún momento de estos meses me pide que no deje que haya silencios largos porque le cuesta mucho aguantarlo y accedo, por lo que durante mucho tiempo le ayudo cuando inicia él la conversación o le pregunto más de lo habitual los días que hace demasiados silencios, ahora esto prácticamente no es necesario y es él mismo el que los rompe.

*Durante el tratamiento he tratado de, como explica el Dr. Stolorow en su último libro, construir progresivamente un campo intersubjetivo cada vez más seguro, permitiendo así "la exploración, la indagación, el juego, y el desarrollo de una organización psicológica nueva o revisada". Ahora me doy cuenta también cómo ha tenido que evolucionar mi propio sentimiento de seguridad personal e intersubjetiva. Esto se expresaría en la medida que elegimos que decirle o no a un paciente. Aquí se ha visto como esto ha sido una lenta conquista, ya que, probablemente más que en otros casos he estado casi constantemente preguntándome a mí misma si era seguro o no decir esto o lo otro con esta persona en concreto.*

*El Dr. Stolorow me explica la visión que él tiene de estos silencios de R, como un momento en el que empieza a sentir la enorme necesidad de decir algo (que yo espero de él) de cumplir con algo...y se vuelven inquietantes.*

## Evolución del Tratamiento: Enero 2011 a Marzo de 2012

Durante 2011 continúan los cambios en su vida diaria, aprobando el curso con muy buenas notas, entablando cierta relación con sus compañeros, aprueba el teórico del carnet de conducir y realiza sin demasiadas dificultades las clases prácticas (reconozco que para mi sorpresa), ha comenzado a probar nuevos alimentos (para lo que ha tenido que pedirle expresamente a su madre que cocine para él lo mismo que para ellos) y mejora visiblemente su estado de ánimo. En las sesiones aparece el sentido del humor, la ironía, se enfada conmigo, se burla y se permite un discurso más espontáneo (siempre con mucho miedo a la incoherencia, a que yo no le entienda y a que yo me enfade).

Me doy cuenta que cualquier alusión que hago a "nosotros" genera una gran ansiedad ante lo cual se distrae y me contesta con un "¿perdona me lo puedes repetir?". Y comienza a corregirme "estás tirando del hilo que no es", "a veces creo que deberías borrar todo lo que escribes...no es importante". Progresivamente dejo de tomar notas de las sesiones (siempre las tomo fuera de la sesión pero él ve su historia y sabe que escribo).

*Esta ansiedad ante el "nosotros" que yo percibo, en su opinión vuelve a remitir claramente a la angustia de invasión materna, está vez por mi parte, "¡tú eres mío!"*

Suspende tres veces el examen práctico de conducir y esto le perturba mucho, empieza a poder hablar de su "ideal", de su deseo de "ser el mejor", "ser especial en algo" y los sentimientos de absoluta desvalorización con los que se alternan sus fantasías grandiosas.

*Habría que preguntar para quién es el ser el mejor; para el narcisismo de su madre, para el mío, o para el suyo o quizá ambos.*

Empieza a reconocer que sí le ocurre algo, que no quiere seguir viviendo así y aparecen tímidamente las ganas de crecer y hacer "otras cosas".

A finales de 2011 suspende un examen del módulo,

Yo: *¿Cómo te sientes? ¿Qué ha ocurrido?*

Él: se encoje de hombros, *"no sé qué ha pasado...a lo mejor no apruebo todo"*

Yo: *Y ¿Qué ocurriría si no apruebas todo ahora?*

Él: no podría hacer las prácticas y tendría que estar otro año esperando a las prácticas...

Yo: y viniendo aquí... (El se ha puesto como límite o meta del tratamiento hacer las prácticas momento en el que él considera que ya puede/debe dejar de venir porque hay gente que lo necesita más, a pesar de que lo hemos discutido en varias ocasiones él mantiene este límite)

Él: sí, se ríe, y viniendo aquí...

Yo: claro, porque ese es el límite que tú has puesto, ya hemos hablado otras veces que yo pienso que no tienes que dejar de venir porque hayas podido hacer las prácticas aunque esto desde luego supondría una gran mejoría.

Él: ya pero yo no voy a molesta más si no consigo ir a las prácticas y si no puedo pues vuelvo a venir aquí.

Yo: y si suspendes no tienes que pasar por la ansiedad de las prácticas, ni dejar de venir.

Él: ya lo pilló.

### SITUACIÓN ACTUAL Y PLANTEAMIENTO DE CUESTIONES

En Marzo de 2012, R aprueba todos los exámenes del módulo y le plantean inicio de las prácticas. El día que se lo comunican viene a su cita y me explica "*Tengo que dejar de venir hasta que acabe las prácticas que duran tres meses*". Las prácticas son de mañana y tarde en otra ciudad y no quiere faltar tan a menudo ni que se enteren de que acude a Salud Mental y me dice "*pero el 28 de Mayo es fiesta allí y no aquí, puedo venir ese día*". Acordamos que venga a otra cita más antes de iniciar las prácticas.

Cuando me dice esto pienso/siento varias cosas al mismo tiempo. Mi primera reacción es alegrarme porque finalmente haya aprobado todo (tuve dudas de que no saboteara de nuevo su proyecto) y me parece que puede enfrentarse a las prácticas con éxito. Él ya me había explicado que para él este era el objetivo por el cual venía. Mi segunda reacción es interpretarlo como un abandono del tratamiento que debo evitar. Doy varias opciones para mantener el contacto durante las prácticas pero las rechaza. Por una parte, niega que le importe o que lo vaya a echar en falta y al mismo tiempo ha buscado en el calendario el único día que puede venir. Me contengo de insistir o interpretar más. ¿Cómo respetar su deseo de terminar sin que pueda sentirlo como un abandono? Pienso que si insisto estoy reproduciendo la trampa en su casa, "*crece de una vez pero no te vayas nunca*". Finalmente le digo que estoy segura de que puede hacerlo, que puede ponerse en contacto si lo necesita y que espero verle el 28 de Mayo. Me dice "*sabes que yo no voy a ponerme en contacto*". Tras dudarlo mucho, y viendo que no ha cogido la cita del día 28, unos días más tarde le enví una carta con la cita.

Este fue el material que presenté al Dr. Stolorow con un mes de antelación a la conferencia, sin saber ni siquiera si R acudiría o no a la cita que le envíe por correo, lo cual finalmente hizo, tras tres meses de interrupción me cuenta que está bastante bien, las prácticas han ido muy bien y que incluso tiene alguna posibilidad de quedarse con un contrato en la empresa en las que las ha realizado. Ha entablado una buena relación con uno de los compañeros y la ansiedad a viajar en tren ha disminuido progresivamente hasta hacerlo sin problemas.

Algo que no mencioné en la presentación del caso es que precisamente el día que R me planteó esta interrupción yo acababa de recibir la noticia de mi embarazo. Estoy segura

de que este hecho también influyó en la confusión inicial esa sesión, ya que probablemente, como también pensé después, mi estado emocional y mi disposición mental inevitablemente no eran las habituales. Ahora, tras esta pausa teníamos que hablar de mi futura baja por maternidad. El 28 de Mayo el embarazo era evidente, a pesar de esto R pareció ignorarlo, sin embargo, de pronto comenzamos a hablar del motivo de que él fuese hijo único (tema que yo había tratado de explorar previamente sin éxito) y me dijo que *"mi madre lo paso tan mal durante mi embarazo que no quiso tener más"*, *"le hice daño"*, *"a mí me hubiese gustado, a lo mejor mi madre no me hubiese protegido tanto si yo tuviese hermanos"*. Finalmente abordé el tema de mi próxima ausencia debido a la baja de maternidad. Afirmó rotundamente que no continuaría el tratamiento con un sustituto. Continuamos con el tratamiento.



Robert D. Stolorow y Carlamarina Rodríguez Pereira al final de la sesión de presentación y discusión del material clínico, Madrid, 30 de Junio de 2012

## REFLEXIONES SURGIDAS A PARTIR DEL TRABAJO CON EL DR. STOLOROW

### E INFLUENCIA EN EL CIERRE DEL TRATAMIENTO

*El campo intersubjetivo del análisis, hecho posible por la disponibilidad emocional tanto del analista como del paciente, se convierte en una segunda oportunidad evolutiva para el paciente (Orange, 1995)*

Ahora puedo añadir cuál ha sido la respuesta del Dr. Stolorow a las preguntas que le planteé y la influencia que este encuentro ha tenido en este caso concreto y tendrá en otros casos.

Uno de los motivos más importantes que me ha llevado a presentar este caso en este contexto ha sido la coincidencia, desde mi punto de vista, de las dificultades de este paciente con las descripciones de Kohut acerca de las personalidades narcisistas, en contraste con otras teorizaciones. Las dificultades, defectos o desviaciones en la formación del self es un tema central para los intersubjetivistas. Orange y Stolorow, en su último libro (Orange, Atwood y Stolorow, 2012), explican algunas diferencias entre las conceptualizaciones de Kohut y las de ellos. Para Kohut, el niño se ve obligado a aislar la experiencia de *grandiosidad arcaica* para evitar la retraumatización ante la falta de responsividad de los cuidadores (escisión horizontal). Para Kohut, en el tipo de personalidad narcisista más común, los sentimientos de desvalorización y vacío resultantes de esta escisión horizontal se alternaban con estados de grandiosidad consciente. Estos dos estados, que he podido observar en estos dos años de tratamiento con R, estarían separados por una “escisión vertical”. Stolorow y sus colaboradores denominan *expansividad arcaica* a lo que fue reprimido bajo la escisión horizontal, una denominación que se refiere a un amplio rango de experiencias afectivas alegres que acompañan al progreso evolutivo. En el caso de mi paciente esto es lo que está en primera línea; los efectos de la represión de esta *expansividad arcaica*, es decir, profundos sentimientos de desvalorización. Atendiendo a estos sentimientos es fácil pensar en que en el contexto intersubjetivo en el que R se ha desarrollado los vínculos con los cuidadores han estado repetidamente perturbados. R ha mantenido un sentimiento de conexión “*adscribiéndose vergonzosamente las perturbaciones a un defecto dentro de él*”. Mucho menos frecuentes han sido las actitudes arrogantes y de desprecio (*grandiosidad defensiva*); apareciendo preferentemente de una forma defensiva en el sentido de represión de los anhelos evolutivos de conexión y renegar el dolor afectivo.

Los intersubjetivistas sitúan el origen de la vergüenza en una falta de sintonía con *cualquier* aspecto significativo de la afectividad del niño, incluyendo tanto las experiencias afectivas alegres que acompañan los progresos en el desarrollo como los estados afectivos reactivos provocados por injurias y interrupciones. Es decir, las reacciones de intensa vergüenza, que vemos claramente en R, pueden ser provocadas junto con cualquiera de las escisiones comentadas. La aparición de *expansividad arcaica* en la experiencia consciente estaría normalmente acompañada por *vergüenza anticipatoria* a causa de que la persona

espera encontrar las mismas frustraciones traumáticas que la expansividad originalmente recibió de los cuidadores. Generalmente, desafiar la grandiosidad defensiva, o "pincharla", también produce vergüenza, porque amenaza con exponer la vulnerabilidad y el dolor que han sido denegados y que han llegado a ser organizados como una prueba irrefutable de un defecto subyacente inmodificable. Es en este punto en donde entran a escena la rabia narcisista y la destructividad en un desesperado intento de restaurar la grandiosidad defensiva y librarse así de la experiencia de insoportable vergüenza (Kohut, 1972; Stolorow, 1984; Morrison, 1989). Quizá el motivo de que la rabia narcisista o la destructividad no haya surgido en este tiempo, al menos de forma manifiesta, haya estado en la evitación más o menos consciente por mi parte de desafiar estas defensas. Hubo momentos de contacto con intensos sentimientos depresivos, efectivamente acompañados de intensa vergüenza, angustia y confusión.

Aunque Stolorow hace mucho más énfasis en aspectos transferenciales que en aquellos aspectos relativos al diagnóstico o la técnica, uno de los primeros aspectos sobre los que se detiene es en el papel de la vergüenza en este paciente. Aunque es cierto que siempre he tenido en cuenta la vergüenza como uno de los aspectos centrales del sufrimiento de R, y de la fobia social en general, este primer señalamiento del papel de la vergüenza en los trastornos fóbicos me ha llevado a una mayor reflexión sobre el tema. Efectivamente, puedo ver el círculo creado entre el miedo ante la vergüenza anticipada y la vergüenza que a su vez produce el hecho en sí mismo de mostrar este miedo. Estos autores advierten que trabajar contextual e intersubjetivamente significa trabajar desde un punto de vista evolutivo. Siendo el afecto el primer organizador de la experiencia de sí dentro del sistema evolutivo no es de extrañar que se priorice el afecto en los tratamientos seguidos desde una perspectiva intersubjetiva. Quizá en otros casos pueda revisar también el papel de la vergüenza y sobretodo hasta que punto me enfoco en investigar, interpretar y elaborar esta vergüenza y los principios organizativos de los que deriva.

Otro motivo para presentar el caso es que, coincidiendo con esta oportunidad, aparece esta propuesta de pausa en el tratamiento por parte del paciente, y me encuentro con dificultades para manejar esta situación. La forma en la que se interrumpen y/o finalizan los tratamientos es un área de especial interés para mí y por lo tanto, está es la principal pregunta con la que me dirijo al Dr. Stolorow. Aunque por una parte el paciente haya mejorado mucho, por otra, en el momento en el que preparaba el caso no podía evitar pensar que sería una terminación precipitada, poco preparada o incorrecta. Ni si quiera estoy segura de poder definir la situación como una pausa, un proceso de despedida, un abandono o una terminación en sí misma. Tengo muchas dudas sobre cómo podría hacer un cierre adecuado de este caso.

Lo primero que queda patente en este intercambio es la postura del Dr. Stolorow acerca de la supervisión, que representa también la postura de la perspectiva subjetivista desde la cual *"cada participante en el campo psicoanalítico trae al proceso una historia emocional organizada y organizadora. Esto significa que aunque el análisis es siempre para el paciente, para la comprensión de cualquier intercambio clínico son tan importantes la*

*organización psicológica y la historia emocional tanto del paciente como el analista. Lo que exploramos, lo que interpretamos o dejamos pasar, depende de quienes seamos”.* (Orange, Atwood y Stolorow, 2012). Continúan explicando en su último libro *“Desde nuestro punto de vista, no existe ni un cuerpo distintivo de teoría clínica ni recomendaciones “técnicas” que puedan ser derivadas de la teoría intersubjetiva. Más bien la perspectiva intersubjetiva introduce una caracterización más general de todo el trabajo psicoanalítico dentro de cualquier teoría clínica específica.”* (Orange, Atwood y Stolorow, 2012). Por ello, como aclara antes de empezar, en lo que se centra es en toda aquella información que le sugiere relaciones con la transferencia, tal y como ellos la entienden, es decir, como una actividad organizadora inconsciente y no como un desplazamiento, regresión, proyección o distorsión (Stolorow y Lachmann, 1984/1985). Desde esta perspectiva la transferencia es co-determinada tanto por las contribuciones del analista como por las estructuras de significado en las cuales son asimiladas por el paciente. La transferencia, en otras palabras, es evocada siempre por alguna cualidad o actividad del analista que la lleva a ser interpretado por el paciente de acuerdo a algún principio organizador formado en el curso de su desarrollo. Juntas, transferencia y contratransferencia, forman un sistema intersubjetivo de influencia mutuamente recíproca (Stolorow, Brandchaft y Atwood, 1987).

Tampoco consideran el self como una estructura concreta que necesita alimentarse de sus objetos del self, de forma que entienden que el término *“transferencia selfobject”*, introducido por Kohut, en realidad se refiere a dos tipos de experiencias relacionales con diferentes significados y diferentes orígenes. En una de ellas, la transferencia selfobject de Kohut, el paciente anhela que el vínculo con el analista le proporcione experiencias evolutivas de las que carece. En el otro tipo de experiencia relacional el paciente busca respuestas del analista que puedan contrarrestar principios organizadores invariantes que son la manifestación de una dimensión repetitiva de la transferencia (Stolorow, Brandchaft y Atwood, 1987). En la primera (dimensión del desarrollo), el paciente busca algo que le falta (anhelos evolutivos, experiencias de las que ha carecido o ha perdido prematuramente) y lo busca en el psicoterapeuta (que debe ser capaz de proporcionárselo); en la segunda, el paciente busca un antídoto para algo opresivamente presente (en esta dimensión el paciente tiene miedo, espera o experimenta realmente una repetición por parte del analista de traumas sufridos durante el desarrollo). Todo esto se aplica también al psicoterapeuta en el que aparecería dimensiones de desarrollo y repetitivas. Esta combinación de transferencias, o este sistema intersubjetivo es el que busca Stolorow en sus supervisiones. Por eso es diferente como interpretemos lo que está ocurriendo en la transferencia con el paciente. Reproduzco aquí esta explicación porque es importante para entender la forma en la que él entiende el caso que le presenté. En todas las interacciones que se van mostrando en la presentación del caso el Dr. Stolorow trata de analizar que dimensión de la transferencia se está poniendo en juego. Teniendo en cuenta la posibilidad de múltiples dimensiones tanto de desarrollo como repetitivas. A eso se refiere cuando me señala que se está jugando con fuerza dimensiones repetitivas, cuando R preocupado por aportar al tratamiento, porque yo no me aburra, por cumplir con mis deseos narcisistas, al igual que se amoldó o adaptó al de sus padres previamente. Ante esto

aparecen los deseos de abandonar el tratamiento, que no se permite sin mi “consentimiento”.

Este comentario puede haber sido el más esclarecedor para mí, además de hacerme ver la posible “acomodación” de R a mis necesidades narcisistas y la posibilidad de una dimensión repetitiva jugándose en esta interacción, me remite al concepto de “*estructuras de acomodo patológico*” de Bernard Brandchaft que puede entenderse como la exigencia internalizada de abandonar nuestro camino para proteger un vínculo de apego imprescindible. Un concepto que me resuena muy similar al “falso self” de Winnicott (Winnicott, 1960) pero al que añade una visión diferente de las “resistencias” del paciente. Otro descubrimiento que debo agradecer y que me ha ayudado a pensar en este caso. Sobre todo de cara a una de las preguntas que me hacía y que yo planteada en términos de *¿resistencia o acto de autonomía?* Una parte mía capta como puedo estar repitiendo un patrón conocido para él, dificultándole su “emancipación”. Si lo planteo desde la perspectiva de Brandchaft no existe tal diferencia, la resistencia estaría precisamente expresando su necesidad de autonomía.

Orange (2011), en un trabajo acerca de las aportaciones de Brandchaft, explica que él enseña a los que quieren aprender a trabajar de forma intersubjetiva a tener *cuidadosamente en cuenta* todas aquellas acciones especialmente irritantes para los clínicos (saltarse sesiones, llegar tarde...) como mecanismos de autoprotección de los pacientes. Estos mecanismos de autoprotección son necesarios para poder rebelarse de nuestras expectativas de conformidad, para que les entendamos o para empezar a valerse por sí mismos. Para Brandchaft estas “resistencias” se convirtieron en la “vía regia” hacia el inconsciente prerreflexivo. En este inconsciente prerreflexivo mantienen el control principios organizativos acerca del peligro de elegir por uno mismo, “*si no me someto me abandonarás, rehuirás o despreciarás. Me quedaré finalmente solo*”.

Para Brandchaft es necesario conectar con el derecho a la resistencia y afirmarlo y no solo proporcionar aquello de lo que han carecido. Quizá nos resulte más fácil apoyar las “resistencias heroicas” hacia los cuidadores principales, aliarnos con los pacientes en esa emancipación pero nos cuesta más captar nuestras peticiones de amoldarse a nosotros. Me ha impresionado tanto el título del trabajo de Brandchaft en el que explica esto; “*Cómo liberar al espíritu de su Cárcel*” (Brandchaft, 1993), como la metáfora que va desarrollando acerca del encarcelamiento (“presos en el Gulag”) porque uno de los sueños e incluso algunas de las fantasías que R trajo a las sesiones en un momento bastante avanzado del tratamiento estaban relacionadas con una cárcel, viéndose él en la cárcel. Yo estaba interpretando esto como un apresamiento en su propia mente, sin darme cuenta de que en lugar de ayudarlo a liberarse estaba contribuyendo, de alguna forma, a mantenerlo “preso” en las acomodaciones patológicas. Creo que puedo recoger el párrafo literalmente para describir lo que estaba ocurriendo en ese momento del tratamiento “*Nuestros pacientes acuden a nosotros esperando un vínculo que les permita entrar en posesión de sus propias vidas, pero en lugar de eso se topan una y otra vez con que deben renunciar a sí mismos para unirse a nosotros. En plena sintonía con cualquier indicio de que nos sentimos*

*decepcionados por su progreso, por nuestro propio sentido del fracaso o por los planes concretos que tenemos en relación con ellos, se ven de nuevo a sí mismos "presos en el Gulag" no sólo de su propia mente sino también de la relación analítica". (Orange, 2011).*

Solo cuando nos damos correcta cuenta de nuestra participación contra-transferencial en su encarcelamiento continuado pueden liberarse progresivamente. En palabras de Brandchaft *"este aspecto del proceso terapéutico, según mi experiencia, promueve en el paciente de forma específica el desarrollo de un centro independiente de iniciativa y un entusiasmo duradero con un propósito de crecimiento como expresión de su propia individualidad"* (Brandchaft, 1991, p. 105). Este proceso supondrá inevitablemente por parte del analista un *"escrutinio sincero de sí mismo"*.

Para los intersubjetivistas no existiría un procedimiento psicoterapéutico estándar, por lo que desde su punto de vista no puede llegarse a la conclusión de que una intervención concreta es mejor o peor sin explorar el significado particular que tiene para esta persona en particular en el contexto de este tratamiento en particular. Nos dice Orange *"Desde un punto de vista intersubjetivo, no hay una "respuesta correcta" a las preguntas relacionadas con la auto-revelación u otros temas de lo que muchos llaman "técnica". Hay dos personas juntas, un analista y un paciente, tratando de encontrar la comprensión que permita una reorganización de la experiencia o quizá una segunda oportunidad evolutiva"* (Orange, 1995)

Esto hace que la respuesta a mis preguntas, especialmente la pregunta relacionada con un aspecto técnico concreto (envío de la cita), se responda con una invitación a la exploración de lo que está ocurriendo entre los dos. Desde su posición, escuchando el relato, no está seguro si en este movimiento se está movilizando más una dimensión de crecimiento o una dimensión repetitiva, o como ocurre en muchas ocasiones una amalgama de ambas. Sin embargo, esto no le impide darme una clave para poder resolverlo explicándome que en aquellas situaciones en las que no está del todo claro o lo que se produce, como podría ser este caso, es una amalgama de ambas dimensiones, él prefiere optar por la dimensión de crecimiento. Es decir, ante la duda, apoyar el intento de autonomía del paciente. Tras la supervisión y reflexión posterior, la posibilidad de que R necesitase dejar el tratamiento para reafirmar su autonomía y su capacidad de hacer las cosas sólo quedo patente. En las siguientes citas, R vuelve a insistir en que se encuentra bien. Me comenta que va a examinarse de nuevo del práctico de conducir *"y mi padre está muy pesado"*, *"está empeñado en que practique más pero ya he practicado bastante, no se trata de eso si no de que yo consiga controlar mi ansiedad"*, *"pero me siento mal porque se enfadan encima de que lo hacemos por ti!"*. Aquí me habla de ambos padres *"y es cierto todo lo hacen por mí"* (frase que expresa al mismo tiempo que lo que hacen es por su bien pero también que hacen por él cosas que el mismo debería hacer).

Entonces yo le respondo *"creo que aquí puede estar pasando algo parecido, te está costando que yo entienda que quieres dejar de venir y enfrentarte a la ansiedad tu solo como lo has hecho estos tres meses"*, *"sí, pero sé que lo haces por mi bien"* y entonces yo le digo *"como tus padres, encima de que lo hago por ti"*. Se ríe, entonces le explico que tiene

razón y nos despedimos, de forma que esta despedida está relacionada con su deseo y no con mi descanso por maternidad. Espero que pudiéndole transmitir que su decisión no destruye el vínculo que puede volver a venir o simplemente mantenerlo así. Espero haber aprendido esto a tiempo para poder contribuir a que R pueda finalmente recorrer verdaderamente su propio camino.

## REFERENCIAS

- Brandchaft, B. (1991). Countertransference in the Analytic Process. *Progress Self Psychology*, 7, 99-105
- Brandchaft, B. (1993). Chapter 16 To Free the Spirit from Its Cell. *Progress Self Psychology*, 9, 209-230.
- Brandchaft, B. (2007). Systems of pathological accommodation and change in analysis. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 667-687.
- Doctors, S.R. (2011). Liberando a los pacientes de los residuos de traumas relacionales: la búsqueda de Brandchaft. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (3): 517-523.
- Kohut, H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 27:360-400. New Haven CT: Yale University Press.
- Morrison, A. (1989). *Shame: The Underside of Narcissism*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Orange, D. (1995). *Emotional Understanding: Studies in Psychoanalytic Epistemology*. New York: Guilford.
- Orange, D., Atwood, G., y Stolorow, D. (2012). *Trabajando Intersubjetivamente. Contextualismo en la práctica psicoanalítica*. Madrid: Agora Relacional S.L.
- Orange, D.M. (2011). "La actitud de los héroes": Bernad Brandchaft y la hermenéutica de la confianza. *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (3): 507-515.
- Stolorow, R. & Lachmann, F. (1984/1985). Transference: The future of an illusion. *The Annual of Psychoanalysis*, 12/13: 19-38. Madison, CT: International Universities Press
- Stolorow, R., Brandchaft B. & Atwood, G. (1987). *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Winnicott, D. (1960). Ego distortion in terms of true and false self. In: the Maturational Processes and the Facilitating Environment. Madison, CT: International Universities Press, 1965, pp.140-152.

Original recibido con fecha: 2-9-2012 Revisado:24-10-2012 Aceptado para publicación: 24-10-2012

## NOTAS

<sup>1</sup> Elaborado a partir del material clínico presentado a Robert D. Stolorow en Madrid, el 30 de Junio de 2012, en una sesión organizada por Ágora Relacional.

<sup>2</sup> Carlamarina Rodríguez Pereira es FEA de Psicología Clínica de los Servicios de Salud Mental de Castilla- La Mancha. Miembro del Instituto de Psicoterapia Relacional y de IARPP-España

<sup>3</sup> Las intervenciones del Dr. Stolorow no son transcripciones de una grabación y, por lo tanto no son literales, es la forma en la que yo entendí lo que él me estaba señalando, explicando o transmitiendo durante la supervisión.

<sup>4</sup> En nuestro Centro son las enfermeras las que realizan la acogida de los pacientes nuevos.

<sup>5</sup> En nuestro Centro atendemos exclusivamente personas mayores de edad.