



SESIÓN CLÍNICA

Exposición de Pilar Fernández Peces

Comentario de Rosario Castaño Catalá

Presentación de Ariel Liberman y Augusto Abello

Hace años que tenemos el placer de coordinar las sesiones clínicas que se vienen desarrollando en el *Instituto de Psicoterapia Relacional* de Madrid (IPR).

A través de este espacio proponemos asomarnos juntos -ya que en solitario todos lo hacemos- a la complejidad de la clínica, que el encuentro con los colegas asistentes, *los pacientes* y las teorías con sus múltiples divergencias y coincidencias nos permita enriquecernos mutuamente, y con un objetivo fundamental, que es plantear nuevas preguntas y nuevas reflexiones para una mayor comprensión del marco teórico que nos acompaña. Mucho de lo que aparece en cada sesión es lo que denomina Faimberg *la escucha de la escucha*, donde cada participante recibe y devuelve su propia escucha, se escucha escuchando gracias a los comentarios de los otros, pues todo ejercicio clínico, como lo ha señalado Sandler, está atravesado por teorías explícitas e implícitas, por lo que deliberada y reflexivamente pensamos sobre la clínica y por lo sabido no pensado en nuestro propio hacer (Bollas).

La idea que organiza dichas sesiones es que el material clínico presentado sea lo más literal posible, dejando las líneas teóricas y los planteamientos personales para el diálogo abierto con el conjunto de los presentes. Una vez leído el material, un colega lo comenta desde las opciones teóricas que considera más pertinentes, tratando de proponer el mayor abanico comprensivo posible para que, en el tercer tiempo, se debatan o se tomen algunas de las líneas esbozadas por el comentador, lo que facilita y enriquece el diálogo entre los asistentes; en este momento posterior el presentador del caso puede, como todos los asistentes, incluir las explicaciones del abordaje del caso, si así lo considera necesario, desde qué enfoque lo ha hecho, el por qué de sus intervenciones, qué objetivos terapéuticos persigue si es que los tiene, qué es lo que se propone y el por qué de sus planteamientos, así como otras muchas cuestiones.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Fernández Peces, Pilar y Castaño Catalá, Rosario (2013). Sesión Clínica. *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (1): 193-208. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

El caso que hoy presenta Pilar Fernández Peces y comenta Rosario Castaño son dos ejemplos rigurosos de los objetivos que persiguen estas sesiones.

Agradecemos a las colegas que nos brindan su material para su difusión y a la Revista CEIR el espacio para que esto sea posible.

Ariel Liberman y Augusto Abello Blanco (Coordinadores Sesión Clínica IPR), Febrero 2013

Presentación de material clínico a cargo de Pilar Fernández Peces¹

José Francisco de cuarenta y cinco años de edad acude a consulta en Enero del 2012, llega por medio de una ex paciente, que es una amiga suya, le dio mi teléfono porque pensaba que podría ayudarle.

En la primera sesión veo a un chico joven, alto, delgado, con muchas ojeras, un poco demacrado, dice sentir mucho frío, odia el invierno y se siente encogido y paralizado, piensa que ya ha tocado fondo y no puede más, dice que está muy mal; *estoy de baja desde hace varias semanas, pierdo hierro y no se sabe por qué, he adelgazado 7 Kg. Llevo cinco años con una carga de vida muy mala, tengo un caos mental... la autoestima muy baja, no me gusta conocer gente nueva, no me gusta el diálogo para besugos. Con las mujeres soy un desastre, soy cero de toda mi vida, incapaz de ligar.*

Su mujer, Laura, falleció hace aproximadamente un año y al día siguiente del entierro (incineración), ingresó de urgencias a su tía, a la que considera su segunda madre. Su tía falleció casi un año después, era una señora muy mayor *se fue apagando como una velita*, esta misma expresión la usa en varias ocasiones cuando se refiere a la enfermedad y fallecimiento de su mujer. La madre de José Francisco se rompió una cadera hace diez años y *está destrozada, coja*, la describe como una mujer muy miedosa, que no quiere quedarse sola, con muy mal genio e inaguantable.

El médico le receta pastillas para dormir, antidepresivo por las mañanas y ansiolítico por la mañana y a mediodía. A lo largo de estos meses le ha ido reduciendo la medicación.

A su mujer le diagnosticaron una enfermedad neuromuscular degenerativa, *me la encontré yo solo muerta, estaba tumbada hacia un lado y es una imagen que no me la puedo borrar de la retina*, una frase que repite en muchas ocasiones y habla de esta experiencia con sentimiento de culpa, todo lo que hizo por ella le parece poco, como si su presencia hubiera evitado la muerte, sabía que iba a ocurrir pero también pensaba que ella viviría más tiempo.

Siente que para qué está ya, aquí, hace un gesto de indiferencia, levantando los hombros y simulando un balbuceo con la boca. Dice que vive como una persona mayor que se sienta en un banco y ve pasar los coches, sin importarle nada de nada y sin ilusión por nada, *duermo muy mal, ahora estoy en casa de mi madre, la casa de mi madre para mí ha sido una jaula, la casa de mi tía un refugio.*

Vive con su madre y su hermana, un año y medio menor que él, su padre falleció a los cuarenta y siete años de edad de una trombosis, estuvo tiempo en una silla de ruedas porque tenía medio cuerpo paralizado como consecuencia de una primera trombosis, que sucedió cuando José Francisco contaba con un año de edad aproximadamente. Recuerda una anécdota del fallecimiento de su padre y se levanta para contármela, de pie frente a mí, con ojos entreabiertos y apagados escenifica: *yo estaba agarrado de la mano de mi prima María y dije se ha muerto mi papá*, le pregunto su edad en aquel momento y contesta alrededor de tres años.

A partir de la enfermedad de mi mujer, dejé el atletismo y sigo fumando, lo quiero dejar pero ahora no puedo, estoy muy débil, siento algo especial por la hija de mi mujer, mi cabeza es una batidora, tengo dolores de cabeza porque es una batidora y no sé cómo parar, poca estabilidad emocional, tengo una timidez absoluta. Cuando tenía veinte años me enamoré de una mujer, compañera de trabajo, estaba casada y era cuatro años mayor que yo, no era amor era obsesión, así estuve hasta los veintinueve años que conocí a mi mujer, también en el trabajo.

Cuando falleció su padre hubo problemas con la herencia. Su familia paterna tiene un negocio familiar del que no quiere hablar porque dice *no saber*, pero cree que a su madre le sugirieron firmar una renuncia a la herencia. Desde la muerte de su padre hasta los catorce ó quince años de edad vivieron con huéspedes.

Estudió hasta COU pero, en los últimos años de Instituto, empezó a tener problemas con los estudios, a los diecinueve años empezó a trabajar, hasta que le hicieron contrato indefinido y sigue en el mismo trabajo que le parece aburrido y monótono, *en el trabajo se me pone una pelota en el estómago y no puedo, la pelota empieza cuando me monto en el autobús, es una sensación de apretón, de hinchazón, antes de que me dieran la baja, tenía diarreas muy frecuentes*. El médico le prescribe una gastroscopia y una colonoscopia. Los dolores de estómago empezaron hace mucho tiempo, recuerda que cuando tenía exámenes también le ocurría lo mismo. *Yo soy un flojo, yo siempre he estado cansado, me faltan fuerzas, me faltan ganas, me canso, me canso, siempre me canso, cuando salgo de trabajar sólo tengo ganas de llegar a casa, comer y acostarme, siempre he sido melancólico, tristón, un tipo aburrido, triste, encerrado en mí mismo, con tendencia a llorar y ¡pobrecito de mí que nadie me quiere!, lo que más temo ahora es el concurso de traslado porque pienso y yo solo ¿dónde voy? A veces quiero irme lejos, a un sitio cálido. Yo creo que soy un llorón ¡qué pena me doy a mí mismo!. Soy un tío activo y a la vez como muerto, no me muevo por mí, me muevo por los demás, no me entiendo, yo creo que todo en mi vida ha sido una obligación. Me gusta reírme, que me hagan reír. Estaba con mi mujer, con la persona que quería. Estoy en un callejón sin salida, me gustaría haber sido el típico... siento desilusión con las mujeres, ninguna se ha acercado. Se me ha quitado la ilusión por todo.*

A los dieciocho años ya no puede jugar al fútbol, porque *tengo los tobillos destrozados*, cuenta que muchas veces ha padecido esguinces en el tobillo derecho. Le gustaba mucho jugar al fútbol, se sentía libre, dice que su primer golpe en la vida fue cuando le dijeron que

parase y expresa: *me calmaba pensar que no podía ser un cojo ó un inútil para mi madre.*

A través del *Facebook*, se da cuenta que Aldara² se relaciona con chicos, le provoca dolor de cabeza, *hay un distanciamiento entre nosotros, las hijas de Laura son como la noche y el día, a Berta la conocí con ocho o nueve años, a mí siempre me ha visto como un rival, un día me echó de la casa de Laura antes de que nos fuéramos a vivir juntos, cuando Laura falleció, Berta me dijo que yo no era nada, ni era nadie*

Nosotros nos casamos un mes de Julio y ella falleció en Diciembre, empezamos a vivir juntos un año antes, mi mujer ya estaba en silla de ruedas, nos conocimos hace más de dieciseis años, al poco tiempo de morir mi tío, que ha sido como mi padre, era el marido de mi tía, ellos eran mis tíos abuelos, mi tía era hermana de mi abuelo materno. A mi madre la criaron sus abuelos, en ese sentido se parece a mi mujer, que también la criaron sus abuelos y la historia que yo he vivido con mi mujer, es muy parecida a la que mi madre vivió con mi padre. Me refiero a que los dos estaban en silla de ruedas y había que hacerles todo.

Tengo un dolor de cabeza que me cubre hasta la sien, me pasa con mucha frecuencia, cada vez más. Hago todo con desgana, noto vacío enorme y una soledad inmensa. No sé qué hacer con mi vida, enamorarme ahora es una locura, tengo caos mental. He pasado tanto que no le saco jugo a las cosas, ahora una relación con una mujer la destrozaría, me encuentro muy solo, vacío y veo el futuro muy negro.

Fue por primera vez al psiquiatra cuatro años antes de venir a mi consulta, *tenía mucha carga de trabajo, estaba en un centro muy estresante, había días que entraba a las nueve y salía a las nueve de la noche, Laura manifestaba muchos síntomas de su enfermedad aunque todavía trabajaba, en el trabajo me dio el tarantantán, me entró una taquicardia, me mareaba y a una compañera la veía doble, llamaron al médico forense y le dijeron que era un ataque de ansiedad, tomé ansiolíticos durante cuatro meses, se me caía el pelo, fue cuando mi mujer presentó los primeros síntomas de inmovilidad.*

A mí el frío me mata, el frío me aturde un montón. Esta noche voy a un cumpleaños es la primera vez que salgo desde hace un montón, una vez mi mujer me dijo ¡vete a tomar una cerveza! con este grupo, con los que quedo para los conciertos, me gusta sentirme libre para poder expresarme en el baile. Hoy no sé cómo me voy a sentir ha pasado mucho tiempo, me entrará la ansiedad de fumar y estaré cada veinte minutos en la calle. Sus amigos de siempre son los del instituto, tenemos la costumbre de quedar una vez a la semana para tomar unas cervezas, también a veces viene mi amigo, a quién tú conoces. A partir de este momento hacemos el encuadre, dos sesiones por semana de cuarenta y cinco ó cincuenta minutos, si algún día no puede venir y avisa con tiempo se cambia la hora. Si no asiste a la sesión deberá pagarla. Está de acuerdo y le parece lógico. También concretamos los honorarios.

La casa de su madre la describe como muy deprimente, *me deprime como está la casa, siempre hemos tenido cosas de prestado, la mujer ha sufrido tanto durante toda la vida que ya le da igual todo.* Vuelve a describir a su madre como una mujer muy, muy miedosa, le provoca miedo todo. No le gusta lo que ha vivido, no le gusta el carácter de su madre

porque ha querido transmitirles ese miedo, *¡ten cuidado!, ¡no vayas!, ¡no hagas!*, repite no me gusta el carácter de mi madre, *cuando vivían las huéspedes discutía muchísimo con ellas, gastáis mucha luz, mucho agua... en fin, yo procuraba estar en la calle jugando al fútbol o en casa de mis tíos-abuelos, que siempre han vivido muy cerca. Mis tíos también decían que mi madre era muy especial, cogía ataques de rabia y de ira, rompía platos y tiraba la cubertería al suelo. Mi madre ha sido un machaque continuo, no me dejaba vivir, no me ha dejado en paz, me agobia mucho, por ejemplo ahora, que estoy de baja, por las mañanas cuando me levanto, que me levanto fatal, me dice ¿otro día sin ir al trabajo?, ¡hay qué ver, como está todo y tú sin trabajar! ¡te van a echar! le contesto: mamá ¡déjame en paz!, ¡déjame vivir!* y ella continúa con su retahíla, *da igual que le diga que mi puesto es estable porque no lo entienden hace poco me la encontré llorando porque decía que me iban a echar del trabajo.*

Ha arreglado el piso de su tía, está esperando que terminen los pintores y cree que pronto podrá mudarse, aunque necesita ir a comer a casa de su madre por cuestiones económicas, aunque dice que siempre ha gastado más de lo que debía por la situación que ha vivido en casa, le ha gustado estar fuera de casa lo más posible. Laura fue una tabla de salvación en todos los sentidos.

Está molesto porque Aldara ya no le llama, ya no tiene ganas de decirle cosas por el chat, ya no le manda mensajes de móvil, *desde que ha venido su amiga, ella pasa de mí, además su amiga piensa que yo soy un brasas, que yo hablo el típico diálogo para besugos.* Laura me pidió que cuidara de sus hijas, que les echara un ojo y que no las dejara. Le pregunto ¿y su padre? *tienen poca relación con él, yo he conocido a la pequeña, siendo una niña y la mayor una adolescente. Cuando coincidimos en el trabajo, Laura estaba casada, ya la relación entre ellos estaba muy mal, ella se separó y después se divorció, solía decir que la enfermedad era un castigo que le había enviado Dios por haberse separado.* De vez en cuando mi hermana y yo quedamos con las hijas de Laura para cenar, alguna vez voy a visitarlas a su casa, cuando se van de vacaciones me dejan su perro para que lo cuide.

El día de los enamorados, recibe una rosa azul con un osito de peluche, de Berta y Aldara, con un mensaje que lee en la consulta *mi madre te sigue queriendo, como mi madre no está, toma esta flor para que la sigas recordando, estaba muy contento, su gesto era de satisfacción, era la primera vez que le veía sonreír y su mirada tenía vida, me siento más animado, este gesto me ha llenado, me ha puesto pavo.*

Los sábados por la mañana suele quedar con Aldara para pasear a los perros, *todo empezó cuando a ella la dejó su novio, y un día se presentó en mi casa llorando que por favor la ayudara, que se sentía muy mal, que me necesitaba, empezó a llamarme con mucha frecuencia, además de pasear con los perros, quería quedar para ir al cine, hasta que un día en Diciembre, cuando me di cuenta que me estaba encariñando demasiado, le dije que había quedado con una compañera para tomar un café, aunque era mentira, pero me parecía increíble lo que me estaba pasando, empecé a verla como una mujer, claro la chavala tiene sus años y cuando vivía mi mujer, ella decía las niñas y para mí eran las niñas. A decir verdad, es una chica que está muy bien, es guapa, y a mí me gusta, pero yo empecé*

a distanciarme y centrar nuestras salidas en pasear a los perros, me sorprende cuando pasa de llamarme entro en el Facebook y veo que se relaciona con chicos, me da una punzada en el hígado, y aunque lo comprendo, lo paso muy mal porque sí siento deseo, pero claro es que es la hija de mi madre, digo de mi mujer que me he confundido. Soy un tío incapaz de arreglar mis propios asuntos, actúo por impulsos, aunque siento apatía, vaguedad, ¿esto es un duelo que tengo que pasar? Estoy completamente perdido. Ella me buscó a mi yo no estaba bien y me metí en la jaula, al venir ella a mí, a reclamar mi atención. Hace poco mientras veía una película estuvo llorando porque siente mucha pena por no haberse despedido de su mujer, le impacta ver que una pareja se abraza, siento vacío, el ya no puedo hacer y le entra pena y melancolía, necesito más cariño que sexo, alguien que me haga una caricia, estoy a falta de cariño, cariño femenino, más que de sexo.

Se convoca el concurso de traslado y decide que este año no se va, porque teme la soledad, ahora la está sintiendo, allí sin amigos imagina que será mucho peor, sin embargo solicita un cambio de puesto en la misma ciudad, un lugar que le permite salir a la calle, para no estar entre cuatro paredes y con un montón de papeles, eso le agobia mucho. Los resultados de las pruebas médicas indican que tiene una gastritis crónica, el hierro continúa bajo, le recetan pastillas de hierro y también le dicen que no se preocupe, yo sé que la bola del estómago tiene que ver con la ansiedad, ahora que no estoy trabajando no la tengo y cuando empiece a trabajar, me lo voy a tomar con más calma, se levanta para señalarme, mostrarme que su lugar de trabajo es agobiante -yo terapeuta tengo en la cabeza la casa de su madre- como si fuéramos máquinas, soy un puñetero número; hoy cuando he llevado el parte de baja, mis compañeros se alegran al verme, eso me gusta porque me siento querido, sí les tengo cariño y con la secretaria me llevo muy bien.

Comienza a hablar de su relación con el dinero, expresa que es un saco roto, que llega a final de mes con lo justo, por su mala cabeza, cuenta los viajes que hacía con Laura, antes de que ella enfermara, algunos estando ya mal, yo gastaba mucho, no me importaba tirar de tarjeta de crédito y luego claro... se fue haciendo una pelota... pero no me importa he disfrutado mucho con mi mujer, nos reíamos mucho, estábamos muy locos; habla del día de su boda definiéndola como una boda curiosa.

Yo me siento como que me he quedado en mitad del camino. Yo siento que tenía una vida hecha y a mitad del camino me la han cortado, como un chaval de veinte años, mi mujer ya no está conmigo, me siento como un chico de veinte años pero sabiendo que tengo cuarenta y cinco años. Mis relaciones con las mujeres han sido difíciles. El primer beso que le di a una chica fue a los veintiún años, sólo tuvimos besos. Yo no tengo sensación de que las mujeres me miren, de que yo guste a las mujeres, nunca la he tenido y con ella, con la primera chica, fue una auténtica frustración. Mantengo la amistad con ella no sé para qué, sólo hablamos por teléfono, mi mujer se ponía mala cuando hablaba con ella, se ponía celosa y me hacía gracia, porque yo ya no sentía nada, era ella quien me llamaba. Le he escrito una carta hace poco, mandándola a hacer puñetas porque ella me dijo que lo duro en la vida es perder a un hijo, que lo duro es que su hermano tiene un hijo pequeño con cáncer y que yo me tenía que animar porque podía tener otra mujer, me mordí la lengua

para no decirle que su hermano podía tener otro hijo y que ella no tiene ni idea de lo feliz que he sido con Laura, parece que no tengo derecho a estar mal, estoy harto de que la gente me diga que me tengo que animar. Esto lo cuenta muy enfadado. Ahora no me gustaría volver a repetir la vida que he llevado desde los veintiuno a los veintinueve, estaba muy enamorado de aquella chica, bueno obsesionado, yo salía y veía que nada más tomaba copas, incluso a veces me quedaba mirando a una chica, y la veía a ella, fueron unos años desperdiciados, tenía mucho miedo al rechazo.

Yo me considero un fracasado, me hubiese gustado tener más encuentros amorosos, tener más éxito con las mujeres, no ser tan tímido (hace una descripción muy peyorativa de su físico). Haber ganado más dinero para ayudar a mi familia (en ese momento su madre y su hermana). Cuenta que desde los veinte a los veinticuatro años montó una empresa con unos amigos, la experiencia terminó mal, uno de los amigos, el más listo, mala persona y manipulador se quedó con el negocio cuando empezaba a generar beneficios, habla de su mala experiencia trabajando en dos sitios a la vez, no quiero volver a repetir, tengo miedo que a partir de ahora me pueda pasar lo mismo.

Me pongo malo con la cara de mi madre, una expresión de enfado permanente, yo con la gente que está todo el día de mal humor no puedo, de pequeño cuando veía la cara de mi madre, ya sabía que iba a ser un día malo, no lo puedo superar, me ha marcado, su carácter es inaguantable, todo malo, todo negativo, cuando me voy a marchar me dice: ¿qué voy a hacer yo con la chica sola? La hablo más alto por favor ¡déjame vivir! Ella no quiere tener relaciones con nadie, ella quiere quedarse sola con sus hijos. Mi madre y mi hermana me excitan no puedo vivir con ellas, me empieza a dar un subidón taquicárdico, los nervios me superan, el corazón me bombea, me invade el desaliento se me pasa por la cabeza marcharme lejos donde ya no las vea y ellas no me puedan ir a buscar. Yo a mi hermana la envidio porque es muy pachona, se ríe mucho, por las mañanas trabaja en un empresa donde no tiene responsabilidades importantes, por las tardes se mete el Facebook y ya está. Tiene sobrepeso y la tensión muy alta, de ella me pone nervioso que cuando habla grita mucho.

Me cuenta que dentro de unos días tiene una fiesta, me encanta cuando las mujeres se juntan es como si los hombres no existieran. En varias sesiones su discurso se centra en Aldara, muestra la rabia, se ha sentido utilizado... no comprendo a las mujeres, no las entiendo, quiero tapar mis sentimientos. Se siente más sensible desde que está tomando las pastillas y hace terapia, antes le costaba mucho llorar y ahora llora con frecuencia. Trata de entender por qué su mujer enfermó, no se me borra la imagen de cuando entré y la vi en el sofá, lo repite en muchas ocasiones a lo largo de las sesiones.

Sueña despierto y de forma recurrente que le toca la lotería y arregla la casa de su madre, desde pequeño le han inculcado que debe cuidar de las mujeres de la casa por ser el único varón, de su hermana sólo le molestan los gritos y para su madre es como un enfermero o como un bastón, siempre he tenido algo que me ha atado. En las siguientes sesiones viene con un gesto muy triste, los ojos de sueño y parece muy cansado, habla de la soledad, algunas veces toco las cenizas de mi mujer, miro sus fotos, la echa de menos

comparándolo como cuando a un drogadicto se le quita la heroína. Su mujer daba un sentido a su vida, habla de lo bien que cuidaba a su mujer...*me la han quitado de las manos, era muy joven para marcharse, me acuerdo del sufrimiento de ella, su mente estaba metida en una jaula porque su cuerpo no reaccionaba.*

Con la llegada del buen tiempo, Aldara le pide que salgan con la bici, le dice no y piensa que va a dejar pasar el tiempo. En las siguientes sesiones comenta que empieza a poder decir que *no* a las insistentes peticiones de su madre para que la ayude en cosas cotidianas y rutinarias que podría hacer ella misma sin ningún problema. Vuelve a hablar de su mujer y dice que le puede más la rabia que la culpa. En las relaciones con su mujer hubo amor y también peleas y líos, *nos gastábamos mucho dinero y yo siempre estaba ahogado.*

Cuenta un fragmento muy corto de un sueño, solo recuerda que su mujer le decía no me abandones a la vez que quien se sentía abandonado era él, se siente desprotegido, desvalido, con su muerte pierde la protección, con su mujer se sentía protegido, *estoy asqueado de la vida, es una lucha continua, yo quiero que el mundo sea de otra manera.*

Cuando habla de la pensión de viudedad, cambia la palabra cobrar por comprar, siempre ha tenido la ilusión de comprarle una casa a su madre, para que estuviera lejos de la familia política, ya que su madre y su familia paterna viven en el mismo edificio, ha querido tener a su madre lo más atendida posible, durante mucho tiempo le ha dado el sueldo. La pensión de viudedad se la pasa a las hijas de Laura, piensa que no le corresponde y le molesta profundamente hablar de este tema, no solo porque es dinero y no le gusta hablar de dinero, sino porque cobrar por la muerte de su mujer es muy duro.

Comentario a cargo de Rosario Castaño³

Cuando Pilar Fernández me dijo que iba a presentar un caso clínico y me habló de un caso de duelo, mi primera reacción, sin haber leído nada todavía, fue de curiosidad pero también de cierto miedo.

Todas las palabras tienen significado pero algunas, además producen fuertes sensaciones y *duelo* es una de ellas. Es una palabra que suele ponernos a todos en alerta, tenemos el sentimiento de que el duelo es siempre algo malo, parece que todos los significados que provoca no nos prometen precisamente placeres sino dolor, sufrimiento y tristeza.

Me vino a la memoria la imagen de una paciente que, ya hace muchos años, se presentó delante de mí y me soltó así de pronto: *vengo porque mi hija ha muerto, he perdido a mi hija...* y se quedó callada... y me miraba con expresión de sorpresa, con una mirada de una inmensa tristeza... unos ojos suplicantes... y yo... yo... sólo quería escapar de allí... o abrazarla... o no decir nada... me quedé tan conmovida que no supe qué decir... no salía ninguna palabra de mi boca... pero... en medio del caos sentí que, al igual que sus ojos, mis ojos también hablaban, algo estaba comunicando, algo estaba pasando...

No es raro que, como psicoterapeuta, ante alguien con una pérdida importante me

plantee: yo quiero escapar de aquí, pero si miro a los ojos a esa persona, si nos miramos a los ojos, entonces... ¿cómo puedo escapar? Si ya he visto su dolor, su sufrimiento... a lo mejor necesito como dice el poema de Javier Ruiz Taboada⁴.

*Necesito un minuto
un minuto de viento.
Un minuto de luto
por tus muertos*

Y yo añadiría y... por mis muertos, todos tenemos nuestros propios duelos.

Y de este modo me dispuse a leer este caso, y agradezco a Pilar que me haya presentado a su paciente intentando mantenerse como psicoterapeuta a la sombra, que yo pueda escuchar qué es lo que trae y qué piensa sobre sí mismo y sobre su vida José Francisco, y la primera impresión que tuve fue ¡Difícil!... no paré de leer buscando más información y sobre todo un poco de esperanza, quería saber qué le había ocurrido y qué esperaba él de su vida.

Siempre me han interesado la formación, evolución y pérdida de lazos emocionales, y la amplia variedad de formas de dolor emocional tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional que se producen como consecuencia de pérdidas afectivas y separaciones indeseadas.

Y de ansiedad y angustia hay mucho en la vida de José Francisco. Freud⁵ en 1926 en *Inhibición, síntoma y angustia*, escribió: *...Podemos a cualquier nivel notar alguna de estas cosas acerca del sentimiento de angustia. Su carácter displaciente parece presentar algún rasgo especial, si bien no resulta fácil su determinación. Pero, además, de este carácter peculiar difícilmente aislable, corresponden a la angustia sensaciones físicas muy precisas que referiremos a determinados órganos...*

Freud localizaba las raíces de la angustia en un contexto metapsicológico en el cual la noción de energía, excitación, y descarga son esenciales, suponía que la angustia era consecuencia de la libido reprimida, lo que actualmente es una posición extraña a los psicoanalistas relacionales y a los psicoterapeutas psicoanalíticos contemporáneos.

En otro párrafo más adelante dice Freud: *sólo unas pocas manifestaciones de angustia en los niños son comprensibles para nosotros y debemos reducir nuestra atención a ellas. Por ejemplo cuando el niño se queda solo, o en la obscuridad, o cuando se encuentra con una persona desconocida. Estos tres casos se pueden reducir a una única condición, la de perder a alguien que es querido y añorado.*

Actualmente tenemos la influencia recíproca de formas relacionales de Psicoanálisis y Psicoterapias con el estudio de investigación de infantes y el estudio de la teoría del apego, desde Bowlby, y hoy día *El Grupo de Boston para el Estudio del Cambio Psíquico*⁶ que estudia el Conocimiento Relacional Implícito (CRI) una de las más importantes manifestaciones de la memoria implícita o de procedimiento.

Los estudios de investigación van encaminados a comprobar, entre otros aspectos, que

la ansiedad y la angustia no son una amenaza concreta a la supervivencia biológica real, sino una amenaza a la supervivencia psicológica, a la supervivencia del *self*.

Y partiendo de esta idea, de la ansiedad y la angustia como reacción a la pérdida de figuras significativas, que llevan al niño de forma implícita o explícita a creer que no es nada ante los ojos del otro significativo, es como pienso que podría atender y comprender a José Francisco.

Un hombre que está con un tratamiento farmacológico para atenuar sus síntomas de ansiedad a nivel físico, con dolores de cabeza, trastornos del sueño, diarreas y problemas de estómago... El médico le receta: un tranquilizante, un ansiolítico, un depresor del sistema nervioso central (SNC), también, un inhibidor de la recaptación de serotonina indicado para síntomas depresivos, ansiedad, angustia y fobia social, junto con un sedante y relajante muscular que alivia la tensión psíquica, la ansiedad y el nerviosismo.

Y también está con muchos síntomas psicológicos, con sentimientos penosos de inseguridad y desconfianza en sí mismo y en los demás, conducta desorganizada, y mucha confusión, así como síntomas y dificultades en las relaciones interpersonales, siempre está cansado, sin fuerzas, melancólico, tristón.

Un hombre lleno de pérdidas significativas, atendiendo a un orden cronológico, José Francisco ha perdido al padre a los tres años de edad, ya de adulto, a su tío, su mujer y a su tía, figuras que él describe como buenas, pero yo me pregunto si también perdió a su madre a los tres años (a la madre que había tenido hasta entonces) ya en el momento, que agarrado a la mano de su prima María dice... *ha muerto mi papá*.

Sí, papá ha muerto, me digo a mí misma, pero... y ¿mamá?... ¿también ha muerto? ¿dónde se queda ese niño agarrado a la mano de una prima que no sé qué edad tendría pero seguramente estaba tan asustada como lo estaba él, tal como nos lo describe Pilar, su terapeuta?.

Bion⁷, en 1967 usó el término *El terror sin nombre* para describir un estado de ansiedad sin sentido claro, que resultaba de la imposibilidad de la madre de proveer contención, o sea una respuesta de calma a las ansiedades del niño, una ansiedad de gran intensidad, un dolor al que no puede dar nombre, que no tiene un significado manifiesto, que no permite la reflexión, no puede ser procesado. José Francisco se quedó con una madre a la que ahora no aguanta, que parece estaba llena de ira, de rabia, y no podía contener la ira y la rabia del niño y nos encontramos en nuestra consulta con un hombre de apariencia joven que ya no es tan joven, y una conducta bastante desorganizada en cuanto al dinero, el trabajo y a las relaciones.

¿Cómo acercarse al paciente cuando hay tanto dolor en forma de síntomas? Alejandro Ávila⁸, en la Revista electrónica CEIR, en un artículo muy esclarecedor, hace una distinción entre dolor y sufrimiento psíquico. Se lee textualmente: *no son sinónimos ni conceptos equivalentes, El dolor psíquico, quizás mejor denominarlo dolor mental -en el que me centraré en este caso- aparece cuando se produce una herida narcisista percibida como daño al self, una experiencia en la que se mezcla lo psíquico y lo somático, cercana al miedo,*

y a la muerte; este dolor mental provoca que la persona busque ayuda, aunque no pueda reconocerlo, porque la sensación de daño es profunda, es una herida del self, no un sentimiento doloroso del yo. Muchos autores coinciden en subrayar el carácter de estado emocional difuso de sobrecogimiento, malestar y displacer, de límites borrosos entre lo psicológico y lo biológico, la persona en la que inferimos el dolor mental, sin embargo se mantiene ausente del sufrimiento, aunque hable difusamente de él, la persona está, sin estar.

Sí, así está José Francisco, sin estar, cuenta, repite, vuelve a contar pero está ausente de sí mismo, de su propia reflexión, con una narrativa ausente de palabras que doten de cierto sentido y temporalidad ese dolor que nos trae, un dolor prolongado, un duelo dilatado. Robert Stolorow⁹ habla del impacto del trauma emocional en nuestra experiencia del tiempo: *cuando el sujeto es arrancado del tejido comunitario de ser-en-el tiempo, el trauma permanece aislado del diálogo humano*. Un paciente que es capaz de relacionarse aunque de forma ambivalente, ansiosa, adhesiva, adictiva, que no esconde su vulnerabilidad sino que la manifiesta y la amplía, y a quién yo percibo muy asustado.

Me llaman la atención, además de la ansiedad, otros aspectos de la conducta del paciente, que nos confirmarían características propias de un dolor mental como son:

-Su incapacidad para estar solo, y para estar solo en compañía del otro.

-Su falta de iniciativa, en forma de la ausencia de impulso a ir hacia el otro, hacia el otro desconocido.

-Su no saber sobre sí mismo, atrapado entre *la jaula de la casa de su madre y el refugio de la casa de sus tíos*. Parece que sólo sabe sobre sí mismo si es a través de síntomas físicos, de ser o de sentirse enfermo.

Y hablo de la capacidad para estar sólo en el sentido *Winnicottiano* -se pueden leer Los procesos de maduración y el ambiente facilitador del propio Winnicott¹⁰ e Introducción a la obra de Winnicott de Augusto Abello y Ariel Liberman¹¹- *No es tanto el miedo a estar solo o el deseo de estar solo como la capacidad para estar sólo en la infancia y en la niñez en compañía de la madre, y en la vida adulta en compañía del otro.*

En la infancia es importante que haya alguien disponible, alguien que esté presente aunque sin exigir nada... para que el individuo ya de adulto sea capaz de redescubrir el impulso... los niños sanos necesitan adultos a su alrededor que sigan conservando el control, son personas hacia las que se puede sentir amor y odio, rebeldía y dependencia... esas figuras significativas no imponen al niño sus propios intereses o preocupaciones sino que responden con empatía al self verdadero, al gesto espontáneo del niño. Lo que no ha ocurrido con José Francisco, que ha tenido una madre inmersa en el caos de un duelo, *mi madre y me hermana me excitan, no puedo vivir con ellas, los nervios me superan, me invade el desaliento... estoy asqueado de la vida, es una lucha continua, yo quiero que el mundo sea de otra manera.*

También se queja de que *no sabe ligar* y debe ser cierto pues según sus propias

palabras, él se obsesiona, se queda enganchado como un drogadicto, de compañeras de trabajo, de la hija de su difunta mujer, no sale de un círculo conocido, ante lo desconocido siente el riesgo, el peligro y aumenta su ansiedad, esperando amor y cuidados mientras, al mismo tiempo, tiene miedo de volver a ser ignorado o abandonado; dice José Francisco: *necesito más cariño que sexo, alguien que me haga una caricia, estoy a falta de cariño femenino más que de sexo.*

El sistema de apego es un sistema independiente de la sexualidad o de la autoconservación pero no completamente autónomo con respecto a esas fuerzas, se refuerza a través de ellas y permite la satisfacción de las mismas. Las relaciones de pareja adquieren las características de las relaciones de apego porque implican un acceso íntimo a la vida emocional y al cuerpo del otro. Ofrecen un campo donde actúan y se reactivan los traumas de la infancia y adolescencia presentando elementos comunes entre el niño y sus figuras significativas.

Aunque el paciente se lamenta de su culpa, ¿es realmente una culpa subjetiva depresiva o es una culpa implantada?. En psicoterapia es frecuente que una de las primeras quejas en verbalizarse sea el sentimiento de culpa, un término muy común en nuestro lenguaje que muchas veces no sabemos muy bien a qué hace referencia. En la sociedad la culpa tiene una condición moral relacionada con las creencias religiosas y el castigo pero, en el mundo del Psicoanálisis este término tienen una doble condición: moral y de enfermedad.

La culpa surge en el proceso de identificación, de separación e individuación, lo que Winnicott llama *la culpa subjetiva o verdadera, o código moral del sujeto, que está íntimamente relacionada con las condiciones suficientemente buenas de la crianza, una culpa que no necesita ser enseñada, es más: no se enseña, es en gran parte inconsciente* (en el mismo libro de Augusto Abello y Ariel Liberman podemos profundizar en este concepto). Cuando falla el ambiente sostenedor, cuando el niño falla una y otra vez en sus esfuerzos por ser reconocido surge entonces, la culpa como una enfermedad, surge el sentimiento de ser enfermo, de no ser lo suficientemente valioso para el Otro¹², apareciendo lo que Winnicott llama la culpa implantada, una culpa que es falsa para el *self*, y se expresa en síntomas físicos y en el sentimiento de envidia como una herida narcisista del *self*.

El discurso pesimista del paciente nos indica, sin ánimo de realizar un escueto y apresurado diagnóstico, que estamos con una persona con el ánimo teñido de melancolía que siempre es paralizante, un alejarse emocionalmente del otro, desconfiando de la cercanía y la intimidad. Al parecer no ha habido una integración depresiva en su ciclo vital, una verdadera depresión, una verdadera culpa que es lo que le hace ser y sentirse diferente y único, en definitiva ser valioso a los ojos de los demás y de sí mismo.

Es frecuente que en la consulta nos encontramos con personas, como José Francisco, diagnosticadas médicamente como depresión clínica y/o trastorno de ansiedad, cuyo sentido de pérdida y dolor parece sobrepasar cualquier relato que puedan dar del origen de ese dolor. Sólo cuando empezamos a preguntarnos en voz alta por las pérdidas que, no

sólo han sufrido estas personas sino también su familia, nos encontramos con que cada persona que sufre lo hace en múltiples contextos que le proporcionan a la dificultad actual numerosas capas de significados, de los cuales no se ha podido liberar del todo. En este caso la enfermedad del padre, la muerte de este, el propio duelo de la madre, de la hermana, la manera de sufrir de su familia en un contexto que otorga muchos significados a ese dolor y sufrimiento.

Estamos inmersos en el marco teórico aunque es inevitable que sigamos con la pregunta que yo me hacía casi al comienzo de estas líneas: En la práctica clínica ¿cómo puedo abordar tanto dolor mental, o mejor dicho, cómo acercarme y relacionarme con un paciente con esta grave herida narcisista, que se percibe como daño al *self*, con una experiencia que se mezcla ente síntomas psíquicos y somáticos, cercana al miedo y a la muerte?.

En mi opinión, la psicoterapia combina gran dosis de formación y de estrategias donde las sesiones están repletas de palabras, guiños, miradas, gestos, actitudes, y mil detalles, que al intentar contarlos, a veces, pueden perder mucha fuerza y significado, pues es como si paciente y psicoterapeuta hablásemos dos idiomas distintos y los dos estamos traduciendo constantemente, como dos viajeros sentimentales en el que uno de ellos (el psicoterapeuta) cree que domina el idioma del otro (paciente) hasta que se percata de los malentendidos que surgen del uso del mismo idioma entendido de maneras distintas, por no hablar de costumbres, miradas y gestos equívocos.

Leyendo a Dona Orange¹³, que estuvo en Ágora los días 1 y 2 de noviembre 2012, podríamos afirmar que, una vez hecha la primera recopilación de datos de su historia biográfica, y al no trabajar con el inconsciente reprimido de Freud, no se trata de cavar en la infancia y en la historia del paciente con interpretaciones profundas. Desde el Psicoanálisis Relacional¹⁴ partimos del Conocimiento Relacional Implícito (CRI) que es, en síntesis, la manera implícita que tiene el sujeto de estar con el otro, y también partimos de que el agente primordial del proceso psicoanalítico es la interacción paciente-terapeuta, por lo tanto intentamos encontrar otras formas de mirar, de hacer sentido juntos, los aspectos de las cosas que son más importantes para nosotros están ocultos debido a su familiaridad, y en la mayoría de las ocasiones, no somos capaces de notar aquello que está siempre ante nuestros ojos.

Mientras escribía estas líneas mi hija me leía *tweets* que se envían entre adolescentes y me llamó la atención este que dice, *sé que me extrañas y yo también te extraño pero... Shshshshshshsh... sigamos fingiendo que somos fuertes ...* y pensé, justo lo contrario es lo que haría con José Francisco, con este paciente (con todos los pacientes pero especialmente con José Francisco) a mí me parecería interesante afrontar las sesiones con una actitud de:

No voy a fingir que soy fuerte, voy a sorprenderme con él y no de él, eso ya lo ha hecho su madre constantemente.

No voy a decirle lo qué le pasa, eso ya lo hace su entorno, voy a devolverle lo que él me

trae.

No voy a defenderme de él presentándome como la terapeuta perfecta e idealizada que, al no permitirse ninguna falla tampoco da lugar a que surjan la ira, el amor, el odio, la rebeldía a la vez que la dependencia y la posterior independencia.

Pero... me pregunto si el paciente confiará, si me mirará a los ojos, si me verá... si yo lo veré... si yo confiaré... si nos miraremos... si podrá haber un reconocimiento mutuo, tratando de mirar juntos qué es lo que ocurre en el aquí y ahora... qué es lo que hace él en su vida y qué es lo que hace en la sesión para que luego pueda nombrar lo que siente.

Surgen muchas dudas pero el primer paso importante ya está hecho, lo ha dado el paciente cuando decide iniciar una terapia y continúa asistiendo día tras día a las sesiones. A nosotros nos queda estar atentos y no dejarnos llevar por nuestros prejuicios y nuestros propios miedos.

El filósofo Gadamer¹⁵ escribía: *No son tanto nuestros juicios como nuestros prejuicios los que constituyen nuestro ser... los prejuicios son sesgos de nuestra apertura al mundo... son simplemente condiciones a través de las cuales experimentamos algo... con lo cual aquello que nos encontramos nos dice algo.* Los prejuicios pertenecen a la historia de cada uno de nosotros, a nuestro contexto, por ejemplo, en terapia, todo lo que tiene significado para nosotros (sean experiencias emocionales o teorías) podemos considerarlo como algo ya establecido y por tanto inamovible, cerrando la puerta a cualquier cambio o modificación, a veces de forma inconsciente, por temor a lo nuevo, a qué va a surgir, qué va a suceder, cómo me hace sentir el discurso de este paciente, a qué temo, de qué me estoy defendiendo, etcétera.

Como psicoterapeutas nunca estamos separados de la realidad que se está considerando, esto es, de las dificultades del paciente. No sólo entendemos a través de nuestra historia emocional y nuestras teorías sino también a través de nuestra implicación, y sobre todo, algo que a mí me parece muy importante, a través de nuestras dificultades para comprender.

Por lo que es interesante que cuando el paciente parece no decir nada, le podamos contestar: no entiendo lo que dices, no capto lo que me estás contando, que es diferente a no te entiendo.

Cuando repite en forma de bucle una y otra vez, que podamos interrumpir y devolverle: me sorprendes, intento entender el sentimiento que me traes, que es diferente a decir tú dolor se debe a...

Cuando disiente de nuestros planteamientos que podamos decirle: cuéntame qué te parece a ti, que es diferente a insistir en nuestro punto de vista.

Permitiendo, en cualquier caso que, como paciente y terapeuta, como dos subjetividades, nos sorprendamos mutuamente, que yo como terapeuta no me quede enganchada en mis prejuicios, que se despierte nuestra curiosidad para que entre los dos vayamos creando un espacio nuevo, un *nosotros* en el que poder encontrar otras formas de

mirar y de hacer sentido juntos.

Tarea nada fácil, pero es que la práctica clínica no lo es, entre otras razones, como dice Joan Coderch¹⁶ porque el tipo y la calidad afectiva, no es algo que viene dado desde el principio por el contrato terapéutico, sino algo que se va construyendo en continua tensión, inmersos paciente y terapeuta en una constante dialéctica de construcción, destrucción, nueva construcción...y teniendo en cuenta que el paciente siempre escucha las intervenciones del analista como un acto de relación. Por lo tanto, quedémonos con la cita de Gadamer¹⁷ en Verdad y Método: *Desde el diálogo que somos, tratamos de acercarnos a la oscuridad del lenguaje.*

Muchas gracias.

Original recibido con fecha: 10-2-2013 Revisado: 17-2-2013 Aceptado para publicación: 22-2-2013

NOTAS

¹ **Pilar Fernández Peces** es Psicóloga experta en duelo. Psicoterapeuta en consulta privada, en Madrid, C/. Doctor Castelo, 12 y en el Policlínico Salud 4. Desarrolla un proyecto de estimulación cognitiva con personas mayores www.positivamenteestimulacioncognitiva.com Como novedad en su trabajo aplica técnicas de coaching sistémico para lograr objetivos de desarrollo personal y de equipos.

² Aldara es la hija mayor de su mujer que tiene en este momento treinta años y Berta es la hija pequeña, que tiene veintidós años.

³ **Rosario Castaño** es psicoanalista, vice-presidenta del IPR, miembro de IARPP-España, del Colectivo de Investigación GRITA, consultora del Instituto Palacios y autora del libro *La terapia, una mirada relacional*.

⁴ Ruiz Taboada, J. (2012). Tierra Mojada. Ed. Renacimiento.

⁵ Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas, Amorrortu Editores.

⁶ El Grupo de Boston (en inglés BCPSG) formado por: N. Bruscheiler; A.M.Harrison; K Lyons Ruth, A.C.Morgan; J.Nahum; L.Sender; D.N. Sern; y E. Tronkick).

⁷ Bion, W.R. (2009). A theory of thinking. International Journal of Psycho-Analysis, 43, 306-310, citado en Mario Marrone, La teoría del apego, un enfoque actual, ed. Psimática, 2ª edición.

⁸ Ávila, A. (2011). Revista electrónica CEIR, Vol.5 (1) Febrero, pp. 129-145

⁹ Storolow, R. D. (2012). En papeles internos del programa de formación en el Ágora.

¹⁰ Winnicott, D.W. (2002). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Ed. Paidós Psicología Profunda.

¹¹ Abello, A. Liberman, A. (2011). Una Introducción a la obra de Winnicott, contribuciones al Pensamiento Relacional. Vol. 3 de la Col. Pensamiento Relacional; Ed. Ágora Relacional.

¹² El Otro, con mayúsculas lo utilizo para referirme a la figura significativa, a ese otro que se vive como otro real y fantaseado a la vez, que no es ni tan otro ni tan diferente a nosotros. El Otro hace referencia a la alteridad, como concepto filosófico (E. Lévinas) se aplica al descubrimiento que el yo hace del Otro, produciendo una amplia gama de imágenes del Otro, del nosotros y de imágenes múltiples del yo.

¹³ Orange, D.M. (2011). The suffering Stranger, Hermeutics for Eeveryday Clinical Practice. Ed. Routledge.

¹⁴ El Psicoanálisis Relacional: formado por dos grupos: a) El Grupo liderado por S.Mitchell, (entre los más conocidos Aron, Benjamin etcétera) que se centra especialmente en el estudio de la interacción entre los padres y el niño en tanto que elemento esencial para la creación y desarrollo de la mente de éste y se dirige a la investigación entre paciente y terapeuta, consideran que al campo intersubjetivo se llega a través del reconocimiento del otro; y b) El Grupo centrado en La teoría de la intersubjetividad, derivada de la Psicología del self de Kohut (entre los más conocidos Orange, Storolow, Atwood, Lachmann etcétera) que se centran en

que el campo intersubjetivo se produce siempre en el encuentro entre dos subjetividades, en cualesquiera condiciones y circunstancias, no sólo en el reconocimiento del otro.

¹⁵ Gadamer, HG. (2012). Citado en el libro *Orange D.M; Pensar la práctica clínica. Ed. Cuatro Vientos. (en el capítulo Pasar por la situación junto al otro, dedicado a este filósofo)*

¹⁶ Coderch, J. (2010). La práctica de la Psicoterapia Relacional. El modelo interactivo en el campo del Psicoanálisis. Vol. 2 Colección Pensamiento Relacional, ed. Ágora Relacional..

¹⁷ Gadamer, Hans.Georg, *Verdad y método*; Citado por Joan Coderch (2012) en La relación paciente-terapeuta. El campo del Psicoanálisis y la Psicoterapia Psicoanalítica. Colección Salud mental. Dirigida por Fundació Vidal y Barraquer.