

## El arrepentimiento en el Paciente y en el Clínico, y la Búsqueda del Perdón<sup>1</sup>

Sandra Buechler, Ph.D.<sup>2</sup>

New York, USA

Este trabajo explora el papel del arrepentimiento en el tratamiento psicoterapéutico, que se señala como una de las áreas más desatendidas en la literatura teórica. Después se centra en la búsqueda del perdón, la piedad y la posible reparación. ¿Qué papel juega la necesidad del paciente de perdonar a otros y de ser perdonado en el tratamiento clínico? ¿Y qué hay de la necesidad del analista de perdonar a otros y ser perdonado? ¿Cuáles son los papeles de la piedad y la reparación en tratamiento, y en general en nuestras vidas?. Estos temas se ilustran con experiencias de la autora.

**Palabras clave:** Arrepentimiento, Paciente, Clínico, Perdón, Práctica Clínica, Jubilación

This paper explores the role of regret in psychotherapeutic treatment, which is noted as one of the most neglected areas in the theoretical literature. Then he focuses on the search for forgiveness, mercy and possible reparation. What role does the patient's need to forgive others and to be forgiven play in clinical treatment? And what about the analyst's need to forgive others and be forgiven? What are the roles of mercy and reparation in treatment, and in general in our lives? These themes are illustrated with experiences of the author.

**Key Words:** Regret, Patient, Clinician, Forgiveness, Clinical Practice, Retire

**English Title:** Regrets of the Patient and Clinician and the Search for Forgiveness

### **Cita bibliográfica / Reference citation:**

Buechler, S. (2022). El arrepentimiento en el paciente y en el clínico, y la búsqueda del perdón. *Clínica e Investigación Relacional*, 16 (1): 21-42. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info) ]  
DOI: 10.21110/19882939.2021.160102

<sup>1</sup> Este Texto fue la base para un seminario clínico para el Programa Intensivo de Formación en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional impartido el 15 de Enero de 2022, mediante videoconferencia desde Nueva York, para la sede de ÁGORA RELACIONAL (Madrid, España). Traducción castellana de María Hernández Gázquez, revisada por Alejandro Ávila Espada.

<sup>2</sup> Sandra Buechler, Ph.D. (New York) Supervisora en el *William Alanson White Institute*, en el Programa postdoctoral del *Columbia Presbyterian Hospital*, y en el *Institute for Contemporary Psychotherapy*, actualmente retirada de la práctica clínica. Entre sus obras: *Valores de la Clínica: Emociones que guían el tratamiento psicoanalítico* (2004, v. castellana: 2018); *Marcando la diferencia en la vida de los pacientes: Experiencia emocional en el contexto terapéutico* (2008, v. castellana: 2015); *Permanezco ejerciendo: Las alegrías y angustias de una carrera clínica* (2012); *Comprendiendo y tratando pacientes en Psicoanálisis Clínico: Lecciones desde la Literatura* (2015, v. castellana: 2019); *Reflexiones psicoanalíticas. Formación y práctica* (2018) y *Aproximaciones psicoanalíticas a los problemas del vivir* (2019). En la e-revista CeIR ([www.ceir.info](http://www.ceir.info)) encontrará varios trabajos de esta autora.

Me jubilé del trabajo clínico a finales de mayo de 2019. En los últimos 2 años he pensado mucho sobre mi carrera. Mientras hay muchos buenos recuerdos, también hay muchas cosas de las que me arrepiento. En nuestro campo hablamos mucho más sobre nuestros éxitos que sobre nuestros fracasos. En nuestros trabajos, conferencias, enseñanzas, a veces parece que hemos ido de una efectiva y provechosa sesión a otra. Creo que esto puede dar una impresión equivocada a los relativamente recién llegados al campo clínico. Pueden sentirse inadecuados, comparados con la que habla. Pueden cuestionarse si su personalidad y su intelecto son los adecuados para esta profesión. A veces pueden sentir un desánimo sin esperanza, otras veces vergüenza por las limitaciones de su propio trabajo, y en otras culpabilidades por no poder dar a sus pacientes el tipo de tratamiento que podría darles la que habla.

Así que es importante para mí, y para otros que enseñan, escriben, y exponen, compartir mis experiencias de trabajo clínico que han sido menos exitosas y/o fallidas. Por supuesto cada uno de nosotros es un instrumento clínico distinto, y mis fracasos son en parte un producto de mi particular historia, carácter, circunstancias y el encaje entre el paciente y yo. Para mí esto significa que nadie puede aprender de mi experiencia exactamente qué hacer o no para lograr el éxito en su propio trabajo. El tratamiento debe ser un intercambio vivo, donde cada momento, cada intervención, es una respuesta al momento anterior. No hay fórmulas para el éxito o el fracaso. Pero aun así, espero que al exponer algunas de las cosas de las que me arrepiento, algunos de los momentos que ahora hubiera deseado vivir de forma distinta, pueda aportar nuevas preguntas a tu propio trabajo.

La primera parte de esta charla se centra en las emociones. Abordaré el aspecto extremadamente significativo del arrepentimiento y su papel en nuestras vidas. Hablaré sobre el papel del arrepentimiento en el tratamiento, tal y como yo lo veo. Los pacientes con frecuencia acuden a tratamiento, principalmente, o bien porque se arrepienten de algo o porque temen que se arrepentirán en el futuro. Según mi punto de vista, el papel del arrepentimiento en el tratamiento es una de las áreas más desatendidas en nuestra literatura teórica.

Luego me centraré en la búsqueda del perdón, la piedad y la reparación. ¿Qué papel juega la necesidad del paciente de perdonar a otros y de ser perdonado en el tratamiento clínico? ¿Y qué hay de la necesidad del analista de perdonar a otros y ser perdonado? ¿Cuáles son los papeles de la piedad y la reparación en tratamiento, y en general en nuestras vidas?

En la segunda parte de esta discusión, compartiré algunos de las cosas de las que me arrepiento y búsquedas de perdón. Empezaré comentando cómo me ha afectado mi

jubilación a estas emociones de arrepentimiento. Luego describiré momentos, intercambios y resultados de tratamiento de los que ahora me arrepiento. Finalmente hablaré sobre el significado que la reparación tiene para mí.

Mi esperanza al compartir estos comentarios es que pueda ayudar a algunos participantes a anticipar aquello de lo que se van a arrepentir. Espero que mis pensamientos puedan aclarar cómo el tener las mejores intenciones no garantiza buenos resultados, lo complicada que es la relación en el tratamiento, y lo importante que es pensar en los *recuerdos que estamos generando* para nosotros cada día de nuestras vidas. Quizás, más importante aún, quiero subrayar el papel del arrepentimiento y el perdón en la vida de nuestros pacientes, en momentos durante el tratamiento, y en nuestra propia experiencia. A veces desearía haber podido hablarle a una Sandra Buechler más joven y aconsejarla sobre qué hacer de forma distinta y sobre qué es lo que finalmente funcionará. Creo que esta charla es lo más que me puedo aproximar a eso.

## Parte I - El arrepentimiento

La jubilación es una oportunidad para comprender mis propios patrones, en el lenguaje que utilicé ayer<sup>3</sup>, los "hilos" o temas que se repiten y recorren mi vida interpersonal. Al jubilarme he perdido la estructura que ha dado forma a mis días laborables durante toda mi vida adulta. Prepararse para ir a trabajar, trabajar, volver a casa, cenar, la velada y dormir. Ahora sólo hay mañana, tarde y noche. No hay citas que den forma al día. Es un alivio de la presión, pero también una ausencia de propósito. Así que para mí, un propósito ha sido el mirar atrás e intentar darle sentido a mi vida profesional. Con ello viene tanto la gratitud como el arrepentimiento.

Hay muchas formas de pensar en el arrepentimiento. Yo divido el arrepentimiento entre las cosas de las que nos arrepentimos por haberlas hecho y aquellas que desearíamos no haber hecho. Puedes pensar en ello como en el pecado por acción u omisión, si te gusta ese tipo de lenguaje. Pienso en el arrepentimiento como en una combinación de tristeza y culpa. Podemos simplemente sentir la tristeza de una pérdida. No es exactamente lo mismo que el arrepentimiento, al menos tal y como yo utilizo la palabra. El arrepentimiento o la lamentación implica una sensación de agencia, es decir, que yo he tomado parte en causar aquello de lo que me arrepiento. La culpa es la emoción que sentimos cuando nuestro comportamiento no alcanza el estándar que nos fijamos. Así que cuando me arrepiento de algo, siento tanto una sensación de pérdida como una

---

<sup>3</sup> N. de T: En la conferencia del 14-1-2022 "Fuentes de inspiración para los clínicos"

responsabilidad personal por la pérdida. Para mí el arrepentimiento que sentimos por las cosas que no hacemos es tan importante como arrepentirse por las acciones tomadas. Incluso, diría que la mayoría de mis lamentaciones pertenecen a la categoría de oportunidades que he dejado pasar, o momentos que no he vivido al completo.

Al pensar que el arrepentimiento incluye tanto tristeza como culpa, vivirlo incluye tanto el duelo como la reparación. Por tanto, el tratamiento debe dirigirse tanto al duelo de la persona por la pérdida como a la necesidad de poder reparar.

En otro lugar (2008)<sup>4</sup> he descrito una forma particular de arrepentimiento, el del superviviente de una relación de abuso por la pérdida del self tal y como era antes de haber sido dañado. Mi experiencia con las personas que han sufrido abuso sexual por ejemplo, con frecuencia ellas tienen una imagen de cómo hubiera podido ser su vida si no hubiera ocurrido el abuso. Se imaginan un self más libre, saludable y contento. Este self imaginado es como un objeto internalizado que pueden llevar todas sus vidas. Si sienten, como hacen muchos supervivientes, que tienen algún tipo de responsabilidad por el abuso, como si hubieran tenido un papel en que ocurriera, pueden sentir una forma especialmente intensa de arrepentimiento. Imaginar la persona que hubieras podido ser, una persona más a gusto en el mundo, que se siente seguro y sin embargo nunca llegarás a ser esa persona, puede causar un dolor terrible. Creo que no hay mucho que podamos hacer para alterar la tristeza en el tratamiento. Se tiene que hacer el duelo de cualquier pérdida, incluyendo la pérdida del self no dañado. Creo que el trabajo del clínico es ser testigo y acompañar en ese duelo, y no intentar desviar, disminuir o eliminarlo. Pero la culpa es otra cuestión. Merece la pena explorarlo. ¿Qué es lo que hace que la persona se sienta responsable? ¿Acaso es en realidad más vergüenza que culpa? Brevemente, la vergüenza es la sensación que tenemos cuando hemos sido de alguna forma insuficientes. No somos suficientemente fuertes, o inteligentes, o con suficiente valor, etc. El ejemplo que siempre utilizo para diferenciar vergüenza y culpa es preguntarte si te imaginas suspendiendo un examen. Si no has estudiado, y crees que es correcto estudiar para los exámenes puedes sentir culpa (entre otras emociones). Pero si estudiaste y aun así has suspendido es probable que sientas vergüenza. Por supuesto, puedes también sentirte ansioso por la situación. Normalmente sentimos más de una sola emoción. Pero puede haber emociones que predominan. Cuando la culpa y la tristeza predominan, podemos decir que sentimos arrepentimiento (lamento).

Pienso que nuestras emociones existen siempre en equilibrio. Las emociones forman un sistema, y los cambios en la intensidad de cualquier emoción afecta todas las demás

---

<sup>4</sup> *Marcando la diferencia en la vida de los pacientes*, Madrid: Ágora Relacional, 2015

emociones que sentimos. Así, por ejemplo, si una persona se vuelve más curiosa, afectará su nivel de ira, tristeza, ansiedad, arrepentimiento, etc. Para mí este es un punto extremadamente importante. Si creemos en esta idea, tenemos muchas opciones en el tratamiento. Podemos centrarnos en las emociones que parecen estar ausentes, así como en aquellas presentes. ¿Acaso el paciente siente soledad además de arrepentimiento? ¿Son capaces de sentir curiosidad sobre ellos mismos? ¿Sienten también el confort de la relación, e incluso, alguna alegría en sus conexiones con el clínico y con otros? Pueden movilizar la ira hacia el autor del abuso, y hacia aquellos que no les protegieron? Cada una de estas emociones pueden cambiar el equilibrio general. No tenemos que perdernos al centrarnos únicamente en el arrepentimiento en sí. Esto tiene gran significado para mí. En mi libro del 2008<sup>5</sup> escribí sobre un paciente que era invadida sexualmente por su madre, pero siempre había culpado de todo a su padre, que era abusador, incluso culpaba a su padre por privar emocionalmente a su madre hasta tal punto, que ésta se veía obligada a emplear un comportamiento abusivo con mi paciente. Como contratransferencia, yo sentía y daba voz a mi ira contra ambos progenitores. Con el tiempo, también lo empecé a hacer mi paciente, lo que cambió el equilibrio de sus emociones. Básicamente se culpaba a sí misma menos, resultando en menor vergüenza y culpa, pero aun sintiendo tristeza. También yo sentía curiosidad sobre su experiencia, y especialmente por qué no le parecía que su madre era al menos parcialmente responsable. Esto impactó el enfoque en el material de las sesiones, y con el tiempo, en la curiosidad de la paciente y su enfoque. Siempre estoy interesada en las emociones que están ausentes tanto en mí como en el paciente, así como aquellas que sí lo están. Creo que dos personas en cualquier intercambio siempre afectan las emociones en el otro, en parte debido al énfasis de la interacción.

Siempre hay muchas posibilidades para elegir en qué nos centramos, en qué no, a qué respondemos, recordamos posteriormente, enlazamos con otras experiencias, sueños, conflictos, etc. Cada aspecto del intercambio emocional interpersonal afecta el equilibrio de las emociones en ambas personas. Así, podemos afectar el lamento que cada uno nos llevaremos de una sesión al centrarnos en ese lamento, así como también al centrarnos en cualquiera de las otras emociones que cualquiera de nosotros puede estar sintiendo.

La idea de que las emociones tienen funciones, y existen en un sistema de emociones me resulta muy importante. Generalmente el trabajo del clínico no es disminuir nuestras propias emociones o las del paciente, sino reconocerlas, darles voz, y entre ambos encontrar formas de utilizarlas. Nuestro objetivo es una vida emocional más completa y rica, para ambos. Por supuesto hay veces que las emociones dolorosas son problemáticas.

---

<sup>5</sup> N. de T: *Marcando la diferencia en la vida de los pacientes*, Madrid: Ágora Relacional, 2015

Necesitamos poder ser capaces de reconocerlo. Pero es vital explorar el rango completo de las emociones de la persona, ayudarles a conocerlas y en algún grado al menos, darle valor como información. Aquí hay un poema sobre esto, escrito por Jelaluddin Rumi<sup>6</sup>, un profesor místico turco del siglo XIII.

### **La casa de Huéspedes**

Por Rumi (traducido al inglés por Coleman Barks)

Este ser humano es una casa de huéspedes.  
Cada mañana una llegada nueva.

Una alegría, una depresión, una maldad,  
Un momento de conciencia llega  
Como un visitante inesperado.

¡Dales la bienvenida y entretén a todos!  
Aunque sean un montón de tristes,  
Que violentamente barren tu casa  
Y arrasan hasta con los muebles,  
Aun así, trata con honores a todo huésped.  
Puede estar dejándote limpio  
Para una nueva alegría.

El pensamiento oscuro, la vergüenza, la malicia,  
Recíbelos en la puerta riendo  
E invítales a pasar.

Agradece la llegada de cualquiera  
Ya que cada uno ha sido enviado  
Como guía del más allá.

---

<sup>6</sup> N. de T: Para más información, véase: [https://es.wikipedia.org/wiki/Yalal\\_ad-Din\\_Muhammad\\_Rumi](https://es.wikipedia.org/wiki/Yalal_ad-Din_Muhammad_Rumi)

A veces lo que parece y suena como arrepentimiento, resulta ser principalmente otra cosa. Me viene a la mente una paciente aparentemente sumida en la lamentación. Hace muchos años tomé parte en el proyecto de mi instituto de ofrecer tratamiento de bajo coste a pacientes mayores. La paciente que se me asignó me doblaba en edad, era muy ansiosa, obsesiva y más centrada en cómo quería cambiar a su marido y su hijo que en cambiar su propia vida interior. Al principio dudaba de poder ayudarla. Pero a lo largo de décadas de horas de tratamiento forjamos una fuerte conexión. La acompañé a través de un continuo flujo de pérdidas: amigos, padres, y otros familiares. Pero la muerte de su marido fue de lejos el golpe más grande y me pareció que sobrepasaba sus recursos emocionales. Cayó en (lo que yo pensaba) un estado de gran arrepentimiento y dura autocrítica sobre su recuerdo de cómo cuidó a su marido. Desde mi punto de visto no estaba justificado. A medida que su vida se apagaba, me parecieron maravillosos sus cuidados. A medida que iban pasando los meses con la paciente rumiando una y otra vez sobre su culpa y lamento en cada sesión, me preguntaba (a mí misma y luego en voz alta) acerca de por qué necesitaba esta postura. Yo estaba muy desconcertada.

Era llamativa la tenacidad de sus duras auto acusaciones. No era la primera vez que yo experimentaba la futilidad de las "interpretaciones" de la "realidad". Estaba claro que mi paciente estaba sufriendo tanto de su devastadora pérdida así como de su profunda culpa y un arrepentimiento que yo no podía comprender. Intenté abordarlo de varias formas, empatizando con su necesidad de que la muerte de su marido tuviera un sentido, incluso si ello significaba soportar el peso de la culpa. Pensé en cómo una vida entera de defensas obsesivas posiblemente podría estar convirtiendo su duelo en una lucha por sentirse en control, sin importar el coste a su autoestima.

Gradualmente observé y escuché algo que me producía un extremado dolor afrontar. El ritual de cantos de reproche de mi paciente era lo único que mantenía su mente unida. Con cada sesión se me hacía más evidente que la demencia se estaba apoderando de ella. Mientras yo me esforzaba por encontrar sentido a sus palabras, para ella lo más importante era la repetición en sí. Yo quería que sus mensajes hacia ella misma fueran más compasivos para ella y su dolor, más en línea con lo que me parecía la realidad de los cuidados de su marido, con menos lamento, pero lo que ella más deseaba es que sus palabras de hoy fueran las mismas de ayer. En la superficie la paciente estaba expresando su arrepentimiento, pero internamente estaba luchando por sostener su fragmentada mente. Por supuesto, el verdadero reto para mí era dejar de intentar controlar las emociones de la paciente. De alguna forma ambas estábamos siendo obsesivamente controladoras. La paciente quería continuar dando voz a sus lamentaciones porque así sentía que no había cambiado nada y que ella aún podía pensar y expresarse. Mientras yo quería que ella se

diera crédito a sí misma por el esfuerzo que había realizado con su marido y sentir su duelo sin estar mezclado con lo que yo veía como un arrepentimiento injustificado.

Tras un tiempo la paciente decidió finalizar el tratamiento. Nunca le dije los pensamientos que estoy compartiendo con vosotros. No la animé a irse, pero no creo que hiciera gran esfuerzo por mantenerla. Pensé que quizás las sesiones de tratamiento le estaban pesando mucho. Fue una terminación poco limpia, lejos de ser un final ideal. Una vez más, un ejemplo de mis buenas intenciones que no necesariamente llevan a un buen resultado. Yo tenía buenas intenciones. Quería que esta persona dulce, trabajadora, leal y cariñosa sintiera menos arrepentimiento. Su dolor era inevitable, me parecía, pero ¿era necesario que estuviera acompañado de unas auto acusaciones tan profundas? Ahora pienso que me quedé atrapada en mi contratransferencia. No estoy segura de cómo lo abordaría hoy, pero sí que lamento que me llevara tanto tiempo comprender qué era lo que estaba ocurriendo. Si lo hubiera entendido antes, ¿hubiera sido terapéutico intentar hablar con ella sobre sus fallos de memoria y otras capacidades cognitivas? No lo sé, y creo que nunca lo sabré, y este es el tipo de legado que algunos tratamientos dejan en la mente y en el corazón del clínico.

Una distinción que ha llegado a ser muy importante para mí es si me parece que de lo que me arrepiento se deriva directamente de quién soy. Es decir, cuando el resultado no es bueno y lo que hice es algo muy característico mío, entonces siento mi arrepentimiento más profundamente. Por supuesto me arrepiento de cualquier resultado malo. Y por supuesto de alguna manera todos los resultados de tratamiento se deben de parcialmente a quien soy. Pero echar la mirada atrás, lo que sobresale son las acciones que hice, o que no hice, debido (según lo veo ahora) a mis defensas particulares y los temas de mi carácter.

### **Ayudar a los pacientes (y a mí misma) a la reparación.**

Distingo entre los conceptos de perdón y de reparación. Para mí, el reto más importante es perdonar a la vida misma, por lo que me hace a mí y a quienes quiero. En otro lugar (2019)<sup>7</sup> he escrito sobre mi lucha por amar la vida en todo caso, aun ante las muchas pérdidas y situaciones dolorosas a las que todos nos enfrentamos en algún momento. Perdonar a la vida, o a otra persona, o a uno mismo no necesariamente significa olvidar, excusar, ni tan siquiera reconciliar. Por ejemplo, a veces en un matrimonio, las personas no están dispuestas a señalar que perdonan al otro porque desde su punto de vista lo ven como una debilidad o bien que están dando su consentimiento para que se vuelva a abusar de

---

<sup>7</sup> *Aproximaciones psicoanalíticas a los problemas del vivir* (2019). Obra publicada en inglés (Routledge)

ellos. Así hay personas que mantienen el rencor, negándose a perdonar. Estoy dispuesta a darle vueltas a la pregunta de si es más saludable perdonar a la otra persona, sea cual sea la situación. Quizás algunos comportamientos, como por ejemplo el incesto, no se pueda ni se deba perdonar en ningún caso. Pero tengo más claro que en general necesitamos poder perdonarnos, la mayoría de las veces, y creo que siempre necesitamos ser capaces de perdonar a la vida.

El perdón es claramente más saludable cuando pensamos en perdonar a la otra persona más por beneficio propio que por el suyo. Muchos consideran el acto de perdonar al otro como un acto liberador, permitiendo a la persona a avanzar en su vida. En ese caso, el perdón no está basado en si la persona perdonada lo merece o no, sino en si perdonar es mejor para la persona que perdona. En muchos de los escritos de Shakespeare el perdón, y el mostrar clemencia son moralmente superiores a no perdonar. Es como si al perdonar, nos ganamos el derecho a ser perdonados nosotros mismos, por cualquier error que hayamos cometido. Para mí el perdón significa darle prioridad a la merced, incluso más que a la justicia. El perdón es disculpar, estar dispuesto a pasar por alto, no sentir la necesidad de castigar. Lo veo como dar prioridad a un conjunto de valores, el valor de dejar de lado el resentimiento, sobre otro conjunto, el valor de la justicia ojo por ojo. Para mí, la única instancia cuando el perdón no es más saludable es cuando el perdón es falso, un acto de acato a la autoridad. Si la persona se siente presionada a mostrar un perdón que realmente no siente, no es liberador.

El concepto de la reparación (atonement<sup>8</sup>) se ha comprendido literalmente como ser "a uno", es decir, integrarse internamente así como unirse a otros para formar una comunidad de seres. Para mí la reparación es algo más que simplemente el perdón. Significa un esfuerzo para compensar por lo que nos arrepentimos. Para mí, es un concepto más satisfactorio.

Sean cuales sean los sentimientos personales del clínico sobre el perdón, creo que es útil examinar el tema de forma consciente. En caso contrario, podemos no ser conscientes de lo que podemos estar poniendo en escena en una sesión. Para cada uno de nosotros, ¿cuáles son nuestras presunciones subyacentes sobre si el perdón es más saludable? Aun cuando estamos intentando ser neutros, y no imponer nuestros valores, creo que podemos afectar el enfoque en el material, por lo que es mejor, ser lo más claro posible sobre nuestras creencias.

Algunos llegamos este trabajo a través de una necesidad personal, con profundas raíces en nuestra vida temprana para el perdón y la reparación. Creo que con frecuencia el

---

<sup>8</sup> N. de T.: *Atonement* como unidad o reconciliación. La autora cita a Bokser (1978)

tratamiento clínico nos ofrece la oportunidad de sentir que hemos “igualado la balanza”, es decir, en paralelo con lo que sea de lo que nos arrepentimos, al ayudar a nuestros pacientes hacemos también algo bueno para la humanidad. Sin embargo, por otro lado, con el tratamiento clínico estamos también añadiendo más cosas sobre las que arrepentimos, como estoy demostrando con mis propias reflexiones sobre mi carrera profesional. Podemos sentir que hemos herido al paciente, tanto con lo que hemos fallado como con lo que no hemos hecho. Así que la necesidad de ser perdonados y quizás, reparar, puede aumentar en vez de disminuir a lo largo de los años de práctica. Personalmente para mi creo que la necesidad de reparar a veces ha fortalecido mi determinación por ser de ayuda. Aunque el comportamiento del que me arrepiento haya sido con otro paciente, en el pasado, creo que puede aumentar mi necesidad de hacer el bien con alguien hoy. Para algunos esto puede ser una contratransferencia problemática. A veces creo que probablemente me ha dado más impulso del que haya sido bueno para mi o para mis pacientes. Pero también creo que hay veces que ha contribuido a mi pasión por el trabajo de forma positiva.

Un ejemplo muy normal como clínicos, es ¿qué valores ponemos en escena cuando cometemos un error? De vez en cuando he olvidado una sesión de un paciente, o he terminado demasiado pronto, o he dicho algo de lo que me he arrepentido, o no me he dado cuenta de algo que, en retrospectiva, me parece importante. Estos momentos pueden ser oportunidades para conocerse mejor. Creo que, como clínicos, no es suficiente con pedir perdón. También necesito estar abierta a analizar el significado de lo ocurrido. Por ejemplo cuando he cometido el error de terminar una sesión antes de tiempo, siempre llamo al paciente en cuanto me doy cuenta. No espero a la próxima sesión para decir algo al respecto. No exploro sus posibles significados por teléfono. Para eso espero a la próxima sesión. Pero no quiero que el paciente se esté preguntando en soledad sobre lo ocurrido hasta la próxima sesión. De alguna manera se podría decir que estoy intentando reparar. He hecho algo que podría doler o crear confusión, así que estoy intentando reconocer lo que hice y dar un paso hacia la aclaración de lo ocurrido.

Creo que los rituales de la reparación judía son muy interesantes y pueden sugerir alguna comprensión con aplicación clínica. La fiesta del Yom Kippur, o día de la Expiación, del arrepentimiento y del perdón, prescribe ritos que simbolizan la unidad del pueblo judío. Por ejemplo, en ese día más santo<sup>9</sup>, en algunas comunidades el alto sacerdote realiza una ofrenda de incienso llamado “ketoret”. El Ketoret se hace con once especias distintas, de las cuales una por si sola es fétida. Incluirla simboliza la unidad y la interconexión entre

---

<sup>9</sup> N.de T.: La autora cita “según describe Frankel (2003, p. 161)”

todos nosotros. Debemos dar la bienvenida a lo vulnerable, así como nuestras propias debilidades personales para no fragmentarnos ni como pueblo ni solos, en nuestros self interior. Lo que rechazamos o negamos se convierte en una fuerza adversa, que restará de nuestra fuerza. Frankel concluye (p. 163) que, "A pesar de lo que se haya roto o resquebrajado por nuestros propios errores o por el destino mismo, Yom Kippur, el día del arrepentimiento, nos da la oportunidad para reparar y ser uno de nuevo". Así, según esta forma de pensamiento, *la reparación personal es la integración de lo "fétido" que hay dentro de nosotros mismos, y la reparación interpersonal es la inclusión de los miembros más débiles a la comunidad humana.* Entonces la pregunta es, ¿qué es lo que nos hace capaces de buscar una forma de reparar aquello de lo que nos arrepentimos?

## Parte II – Mis arrepentimientos

### *El arrepentimiento por cosas del principio de mi carrera*

Un grupo de mis arrepentimientos tiene su raíz en procurar obedecer demasiado a la autoridad y avanzar en mi carrera. Tres ejemplos me vienen a la mente. En el primero, soy una becaria muy joven en el Hospital de Veteranos, durante la Guerra de Vietnam. Mi primer caso de prueba fue un joven que había sido reclutado para la guerra. No quería ir. Durante el combate perdió su brazo derecho y él era diestro. Me habían enseñado recientemente cómo administrar una "batería completa" de pruebas, es decir, una serie de test empezando con el *Test Gestalt de Bender*, luego unas pruebas de capacidad intelectual y finalmente unas pruebas proyectivas que estudian los procesos inconscientes. El Gestalt test de Bender es básicamente una prueba de coordinación ojo-mano. La persona que está realizando el test tiene que dibujar unas figuras. Me habían enseñado a administrar los test en un orden muy determinado, y dar las instrucciones para cada test exactamente como están escritas, palabra por palabra. El personal estaba preocupado por mi administración del test ya que se consideraba que el paciente era agresivo. Era un hombre muy grande, con una prótesis en forma de gancho de acero en el lugar de su brazo derecho. La Administración de los Veteranos le había suministrado este espantoso gancho en vez de una prótesis más natural porque era más barata.

Así que tenemos aquí un hombre que no quería ir a la guerra, la cual muchos en mi país consideraban ilegítima, que había perdido su mano derecha y a quien habían suministrado una prótesis barata, lo que aumentaba su alarmante apariencia. Con él estaba yo, pequeña, una becaria inexperta, en una sala de pruebas a puerta cerrada, con un guardia esperando fuera para estar atento a si necesitaba ayuda.

Este incidente ocurrió hace más de cincuenta años, así que mi recuerdo de aquello dista de ser perfecto. Pero sé que le pasé el Test Gestalt Bender como primera prueba, tal y como se me había instruido. No pensé, sólo hice lo que se me había dicho. Por supuesto esta prueba era de máxima frustración para el paciente, quien no había desarrollado aún la habilidad para sustituir su ausente mano derecha por su mano izquierda.

Estoy segura de que mi rigidez se debía en parte a que estaba realmente asustada. Pero no creo que haya sido sólo eso. Como dije anteriormente, los momentos de los que más me arrepiento son aquellos que expresan algo sobre mi carácter. Tengo tendencia a obedecer a la autoridad, al menos hasta cierto punto. Por el lado positivo, con el tiempo conseguí crear una relación terapéutica con este paciente, y después conseguí que el psiquiatra de la unidad revirtiera la orden de tenerlo en una unidad bajo llave, apoyándome en los miedos del paciente. Quizás podamos verlo como un ejemplo temprano de encontrar una forma de reparar el rígido comportamiento que estoy segura lamenté casi de inmediato.

Unos años más tarde era psicóloga en una unidad en el Hospital Estatal de Nueva York, donde la estancia media de los pacientes era de 20 años. Habéis oído bien. Veinte años. Y eso era una media, así que muchos estaban allí aún más tiempo. Eran los años 70, una época en que los hospitales del Estado de Nueva York habían iniciado un programa para intentar darle el alta a los pacientes de estos hospitales. Fui la primera jefe de equipo no médico del estado, a cargo de una unidad, con un equipo de médicos, enfermeras y auxiliares psiquiatras. Yo creía en los objetivos del programa. Quería ayudar a los pacientes a salir del hospital y llevar vidas más normales. No tengo ningún arrepentimiento sobre estas motivaciones, y tuvimos éxito con algunos pacientes. Pero más aún, este ejemplo demuestra que las buenas intenciones no garantizan buenos resultados. Yo era demasiado inexperta para comprender que la única forma en que el programa podía tener éxito era si el Estado adjudicaba fondos sustanciales para servicios ambulatorios para los pacientes, adjudicación de puestos de empleo y alojamiento. No estaban dispuestos a ello, a pesar de que en realidad fuera menos costoso, a largo plazo, mantener a estos pacientes fuera de los hospitales. Muchos de los pacientes estaban tan acostumbrados a estar en el hospital que no tenían idea alguna sobre cómo manejarse fuera de él. Sus amigos y familia o bien habían fallecido o habían perdido el interés en ellos. No tenían habilidades para ningún empleo ni experiencia. No tenían ahorros.

Lo que ocurrió se ha venido a llamar "política de puerta giratoria". Dábamos el alta a un paciente, con algún tipo de plan limitado para su supervivencia, y al poco tiempo el paciente se topaba con problemas y volvía al hospital. Recuerdo que un paciente encendía

un fuego cada vez que le dábamos el alta. Esto era bueno para las estadísticas de nuestra unidad, parecía que nos iba bien, admitiendo y dando el alta a muchos pacientes. Pero en realidad eran los mismos.

Me arrepiento de mi participación en hacer que estos seres humanos pasaran una prueba que no podían superar. De nuevo, no cuestiono mi motivación. Mientras, una vez más, estaba siguiendo la política del hospital, esta vez realmente creía en lo que estaba haciendo, y sí que ayudó a algunas personas a llevar vidas más normales. Recuerdo una mujer a mediana edad, que había estado en hospitales toda su vida adulta, por, según yo pude ver, ninguna razón válida excepto que probablemente se habría comportado mal de adolescente y porque tenía limitaciones cognitivas y era muy pasiva, por lo que era más fácil para todos mantenerla donde estaba. Era implacable en mis esfuerzos para buscarle trabajo y conseguí sacarla. El programa si funcionaba a veces. Pero la mayoría de las veces, no lo hacía. Acabamos inundando la comunidad de Long Island con pacientes ambulatorios aturcidos, sin dinero ni habilidades, y que sobrevivieron lo suficiente para darle a la comunidad una mala reputación y forzar a los propietarios a vender sus propiedades. Para mí, la lección incluía que una idea en la teoría no necesariamente es buena en la práctica. También que es importante centrarse en el seguimiento, en los muchos pasos por delante y no sólo en el primer paso de un plan. Pero, en ese momento, creo que sólo asimilé una lección – que era inexperta y no sabía lo que estaba haciendo, y que no debía de haber tenido la posición que tuve. Y ahora pienso que era cierto también, pero soy capaz de perdonarme por lo que me arrepiento en este instante. Desde luego no estaba sola en creer en (lo positivo de) la lucha por una mayor oportunidad para estos pacientes, y creo que tuvimos un impacto positivo sobre algunas vidas.

Cuando trabajaba en el Hospital Estatal mis días empezaban muy temprano, con un largo camino en una autovía frenéticamente repleta. Tenía que entrar a trabajar a las 8 a.m. Cada mañana al llegar al aparcamiento del hospital, Tommy estaba esperándome. Tommy era un hombre triste, de mucho sobrepeso y con limitaciones en su desarrollo cognitivo. Me seguía al trabajo, llorosamente diciéndome que uno de los auxiliares psiquiátricos nocturnos le había pegado. Recuerdo que le creía. Conocía al auxiliar y le creía capaz de tal comportamiento. Y Tommy podía ser muy molesto. Pero, en retrospectiva, lamento profundamente no hacer nada para ayudar a Tommy. No investigué sus quejas. De alguna forma no me los tomaba en serio. Quizás se puede decir que no tomaba a Tommy en serio. Probablemente parte de la razón sea que yo también estaba molesta con Tommy. Por supuesto nunca le pegaría, no hay ninguna justificación para tal comportamiento. Lo único que puedo pensar es que yo quería mi taza de café y un momento de tranquilidad antes de realizar la transición de un trayecto horrible a un día

muy difícil de trabajo. Podemos decir una vez más que no me enfrenté al sistema. Esto es cierto, pero en este caso creo que parte de la razón es cómo me sentía sobre este paciente. Y más en general, por razones que en parte tenían que ver con mi carácter, pero también con la cultura en la que me crié, intenté duramente parecer competente, lo cual quiere decir que intentaba disimular cuando estaba sobrepasada. Intenté ignorar emociones que podían ser señales de necesitar menos estrés. En parte porque las personas de mi país, especialmente en ese periodo, habían aprendido a sentirse orgullosos de ser fuerte, capaz, de poder con, no podía admitir que necesitaba ayuda ni nada que pudiera indicar "debilidad". También, en ese momento, yo parecía aún más joven que la edad que tenía. No me podía permitir (en muchos sentidos financieramente además de emocionalmente) que alguien decidiera que yo estaba mal equipada para mi trabajo. Tenía que parecer competente, segura de mí misma, a pesar de lo que sintiera.

MI trabajo como jefe de equipo significaba que cuando un paciente era admitido yo entrevistaba al paciente y luego dirigía una reunión de equipo para decidir sobre el plan de su tratamiento. En otro lugar he escrito sobre el paciente que llamé James, quien dijo poco en nuestra sesión inicial. Mientras yo dirigía la reunión de equipo, un auxiliar interrumpió para decirme que James se había colgado en el baño y había fallecido. Cuando escribí sobre esto en mi primer libro "*Valores de la Clínica*"<sup>10</sup>, expresé mi sensación de que mi remordimiento era aún mayor por mi creencia de que había acelerado entrevista inicial para poder llegar a tiempo a la reunión de equipo. Reflexioné que siempre he tenido mucha prisa. En general la impaciencia es uno de mis fallos. Mayormente, en mi carrera, he trabajado muy duro, y me he forzado al máximo. No me arrepiento de todo en ese respecto, pero sí creo que a la larga ha tenido algunos resultados desafortunados para algunos, y para mí. Nunca sabré si pude haber notado las señales de que James era suicida, y haberle puesto en bajo vigilancia de su ideación suicida, si hubiera sido más minuciosa en la entrevista. Pero sabiendo lo impaciente y determinada que soy, siempre me lo preguntaré. De nuevo, lamentaría la muerte de James bajo cualquier circunstancia. Pero me duele más profundamente por cómo veo mi participación en la situación como algo característico mío.

Con el tiempo, mi trabajo me llevó a la clínica ambulatoria de nuestro hospital. Un día, tenía una cita en la agenda para la primera sesión de una paciente tras su alta del hospital. Visiblemente incómoda y llorosa, me dijo titubeante que durante su cita con el psiquiatra del equipo él la había tocado de forma indebida y le sugirió que mantuvieran contacto sexual con él. Su marido estaba en la sala de espera, y estaba demasiado avergonzada y

---

<sup>10</sup> N. de T: *Valores de la Clínica*, Madrid: ágora Relacional, 2018

asustada para contarle lo ocurrido. ¿Acaso él (o cualquiera) le iba a creer? Le propuse que se lo contáramos juntas, y así lo hicimos.

Cuando informé del incidente al director asistente del hospital, sentí que su reacción estaba entre estar molesto (conmigo) y preocupado (por la posibilidad de publicidad adversa o de acciones legales). Lo que estaba ausente era la preocupación por una paciente frágil y desconsolada. Mi próximo paso era preguntar a otros miembros del equipo. Varias mujeres empleadas me contaron que el mismo psiquiatra las había abordado indebidamente. Armada con esta información regresé al director asistente, quien aún parecía estar molesto conmigo, pero acordó abordar el tema con el psiquiatra. Con el tiempo (para mi horror), al psiquiatra le transfirieron a otro hospital estatal, no fue despedido ni amonestado formalmente de ninguna manera. Este incidente ocurrió hace casi cincuenta años. Ni que decir que hoy en día sería capaz de luchar por un resultado más acorde. Pero una vez más, me pregunto ¿qué me frenó entonces? Acaso ¿tenía miedo de perder mi empleo (financieramente muy necesario)? ¿Estaba condicionada socialmente para evitar “montar una escena”? Acaso ¿tenía tanta sed por la aprobación que no podía arriesgar la ira del director? Creo que todos éstos y probablemente algunos otros factores, estaban presentes. En retrospectiva estoy contenta de haber hecho lo que hice para validar la experiencia de la paciente, ayudarla a comunicarlo a su marido, y obtener alguna respuesta de la administración. Pero lamento mucho no haber hecho más. De alguna forma, esa paciente puede tener sus propias lamentaciones, no muy distintas a la mías, de no haber sido ella más asertiva. Solo puedo imaginar cómo la paciente (que había acudido al hospital luchando con una severa depresión) haya integrado esta experiencia. Mi recuerdo de los hechos subsiguientes en el tratamiento es limitado. Pienso que la situación personal de esta mujer, su reciente alta del hospital psiquiátrico, su escasa auto estima, su sensación de que nadie iba a darle crédito a la percepción de la realidad de un “paciente psiquiátrico”, y sus miedos de que su situación marital no soportaría más estrés, todo sumaba a su desesperación sobre que se la creyera. Pero su sensación de desesperación es eco de aquella expresada durante siglos por seres humanos violados sexualmente. Se preguntan, “¿Quién me va a creer a mí, y no a la figura de autoridad que niega lo ocurrido?” Ayudé a esa paciente con su lamentación que perduraba, en tanto en cuanto añadí mi fuerza a la suya, al confrontar lo ocurrido. Creo que si le ayudé a ser validada. Así que tengo el mérito parcial por esto. Así se me hace más fácil perdonarme por lo que no hice.

En muchos de mis escritos, especialmente en mi libro *Still Practicing* (Routledge, 2012), discuto el concepto del “coro interno”. Este el nombre que le doy a los profesores, analistas, supervisores, paciente y otros, que hemos interiorizado a lo largo de los años, y a los que nos dirigimos internamente cuando estamos en momentos difíciles. Esperamos

que estas voces nos guíen en momentos de confusión y nos ayuden a perdonarnos por aquello de lo que nos arrepentimos. Por ejemplo, personalmente cuando me siento perdida en una sesión, me imagino lo que diría mi primer supervisor psicoanalítico, Ralph Crowley, si él estuviera tratando al paciente, y si estuviera supervisando mi trabajo. La voz de Ralph, en mi cabeza, a veces me ha guiado, me ha dado una idea, y me ha ayudado a lidiar con el arrepentimiento.

Para resumir esta sección, la mayoría de mis lamentaciones del periodo temprano de mi carrera son sobre situaciones donde no llegué a vivir algo por completo, tomando todo lo que se podía de la experiencia, para enfrentarme totalmente a algo, o defender a alguien. Me perdono más por aquellas ocasiones en las que al menos lo intenté.

### ***El arrepentimiento a mediados de mi carrera: La práctica privada***

Inicié mi práctica privada a tiempo completo en 1979, al regresar a Nueva York a formarme en el *William Alanson White Institute*. En esta sección relataré algunas situaciones clínicas que me han dejado con un persistente pesar, o a veces simplemente dudas sobre cómo las manejé. En muchas de estas situaciones tuve que afrontar difíciles y conscientes decisiones. Desde mi punto de vista nuestra profesión no ha examinado adecuadamente el impacto de estas decisiones en una vida de práctica clínica. Para mí al menos, han tenido un gran coste.

Como podéis predecir, la lucha en mi práctica privada era con frecuencia similar en algunos sentidos a mis dificultades iniciales. Cuando fue distinta, cuando me he arriesgado a una ruptura, a un conflicto que pone fin a una relación; este un tema que se ha puesto en juego de muchas formas. Por ejemplo, una paciente, que atendí durante décadas de psicoterapia, tenía gran dificultad en limitar su ingesta de alcohol. Muchos clínicos hubieran insistido en que asistiera a Alcohólicos Anónimos. Sentí que sabía que no iría, así que aunque se lo recomendé, no se lo exigí. Cuando iniciamos nuestro trabajo ella tenía una hija pequeña. Cuando me jubilé y finalizamos, ella tenía tres hijos adultos. Por el lado positivo, fuimos capaces de mantener un tratamiento muy difícil que incluyó claras amenazas suicidas. Sin embargo en los inicios casi constantemente tenía dudas sobre qué hacer, cuando me contaba incidentes donde perdía los estribos con unos de sus niños. Su relación con su marido era terrible, siempre al borde del divorcio, lo cual con el tiempo ocurrió. Perdía amiga tras amiga, y un miembro familiar tras otro, habitualmente porque ellos habían dicho o hecho algo que a ella le parecía insultante. Mi conflicto al principio era si debiera de hacer más que sólo tratarla. Es decir, ¿debía informar de su comportamiento a las autoridades de atención a menores? ¿Era lo suficientemente grave como para

justificarlo? ¿Qué haría yo si ella amenazara con dejar el tratamiento, o si me ponía una demanda? Ambos resultados me parecían plausibles. Pero tras unos años de trabajo juntas, yo era prácticamente la única persona con la que hablaba con algún tipo de profundidad. Según su relato su marido no era un gran padre. ¿Qué le pasaría a sus tres hijos pequeños si la denunciaba?, y ¿qué ocurriría si no lo hacía? Creo que mi paciente tenía cuidado de no contarme muchos detalles de lo que le hacía a los niños. Mi impresión era que a veces les pegaba bofetadas, especialmente si había estado bebiendo. No creo que haya ido más allá de eso, pero estoy segura de que esto asustaba a los niños.

Recuerdo estar despierta por la noche, preguntándome qué hacer. Si insistía en informar a los Servicios de Protección al Menor o a su marido, habría una horrible batalla legal sobre la custodia de los hijos. Y mi paciente, sin lugar a duda, era la progenitora más involucrada en su crianza. Los niños parecían estar muy apegados a ella, pero uno de ellos en particular, me parecía que tomaba más el papel parental con su madre, calmándola, como predice la literatura sobre los hijos de alcohólicos.

Así que continué viéndola, utilizando cualquier influencia que yo pudiera tener en ayudarla a controlar su ingesta y a que saliera de la habitación cuando empezaba a sentir ira hacia alguno de los hijos, y más en general, a mejorar su vida emocional e interpersonal. Si que observé una mejora, pero no sé cuánto se debe al tratamiento. Lamento el precio que los niños hayan pagado por mi decisión de preservar el tratamiento como la prioridad más alta. Al proteger el tratamiento estaba, en parte, intentando protegerles de sufrir daños, tanto a ellos como a la paciente. Pero también estaba intentando protegerme a mí misma. No creo que por esto esté equivocada. Pero siempre tengo dudas sobre cómo manejé este tratamiento. Vivir con estas dudas, durante muchas décadas, no es fácil.

Más en general, muchas de mis dudas y pesares tienen que ver con soportar algunas sesiones, más que vivirlas al completo. Irwin Hirsch ha llamado este esfuerzo de dejar pasar, de evitar el conflicto, "navegar en la contratransferencia". En retrospectiva me veo haciéndolo durante muchas sesiones.

Otro grupo de pesares tiene que ver con lo que ahora llamo mi tendencia a meterme en debates intelectuales con algunos pacientes que invitan a este tipo de respuesta. Por ejemplo uno de mis pacientes era un paciente psicoanalítico de largo recorrido. Inicialmente a sus cuarenta años, y estando en una profesión altamente especializada, vino a verme porque estaba insatisfecho con un análisis freudiano clásico anterior. Había estado en tratamiento durante muchos años, pero sentía que no le estaba sacando nada. El paciente sufría una profunda inseguridad sobre el dinero, aunque no era pobre, preocupación sobre su vida personal y una incapacidad de mantener una relación de larga

duración, y la preocupación de que podría tener un brote psicótico. Tenía fantasías paranoicas de que le seguían y torturaban, pero sabía que eran fantasías.

Esta persona extremadamente inteligente y bien educada, a quien llamaré Bill, vino a muchas sesiones armado con las últimas investigaciones, que en su mente, demostraban que el psicoanálisis era inútil. Con frecuencia expresaba de alguna forma su desprecio hacia mí. De forma implícita o directamente decía que yo era maja pero no muy lista. Insistía que el "insight" nunca le había ayudado y que lo único que le podía ofrecer era lo maja que era como persona. Lo que ahora lamento es las veces que me dejé atrapar en algún tipo de argumento sobre el psicoanálisis, o el valor que yo le podía ofrecer frente al *insight*. Aunque nunca me inmiscuí en estas discusiones sin intentar entender su significado, lo que estábamos poniendo en escena) y por qué me sentía atraída por ello, me vi inmersa en ello más de lo que ahora hubiera deseado.

El arrepentimiento, para mí, con frecuencia tiene que ver con algún tipo de desperdicio, de tiempo, de oportunidad, de vida. Probablemente está en el centro de mis lamentos más profundos. Con Bill a veces sentía que nuestros debates era una forma adulta de terapia de juego, y que por tanto una parte legítima del trabajo. Imaginaba que al poder estar en desacuerdo conmigo, sin "matarme" con su desprecio, podría ser terapéutico. Quizás le ayudaría a mantener una relación larga con una amiga o pareja de vida. Pienso que sí que tenía algún valor, pero desearía haber explorado más el significado de la interacción de lo que lo hice.

Y tras muchos años (y algún progreso significativo en la disminución sus síntomas y el que hubiera sido capaz de mantener una relación amorosa y casarse) Bill vino tras mis vacaciones de agosto para decirme que estaba enfadado porque yo le mantenía en tratamiento. Por supuesto, intenté explorar esto de todas las formas que pude. Bill no lo podía explicar. Era lo que sentía. Las mismas quejas llenaban cada sesión. ¿Estaba proyectando su propia incapacidad de dejar el tratamiento? Era este un deseo, el que yo evitara que se fuera? Había acaso una repetición de puesta en escena de una experiencia interpersonal anterior? Y así sucesivamente. Y como me había advertido Bill mismo, el "insight", la interpretación, la exploración no parecían conseguir nada bueno. Finalmente, con el espíritu del trabajo de Freud sobre el análisis terminable e interminable, le dije a Bill que deberíamos continuar trabajando juntos el resto del año académico (unos siete meses según recuerdo) y entonces terminar. Le dije que estaba intentando encontrar una forma en que pudiera hablar sobre el tema más allá de que yo le retuviera. Le dije que pensaba que si iniciaba la terminación, el tema no nos preocuparía, como lo estaba haciendo. Lo que lamento, en retrospectiva, es que siento que evité una confrontación real de lo que

estaba ocurriendo entre nosotros. Nunca lo sabré seguro (escucharéis por qué en breve) pero ahora pienso que Bill estaba diciendo realmente (al menos inconscientemente, y quizás incluso conscientemente) que me amaba, y que eso le mantenía en tratamiento. Lamento que ninguno de los dos hayamos sido capaces de explorar realmente esa posibilidad.

El tratamiento de Bill finalizó muy cordialmente y Bill regresaba unas pocas veces cada año para sesiones sueltas, y me escribía preciosas tarjetas de navidad. Tras unos años recibí una llamada desesperada de su mujer. Bill tenía un tipo agresivo de cáncer en el cerebro. Se negaba a comer. El pronóstico era terrible. Aun con cirugía probablemente se quedaría ciego y sufriría limitaciones cognitivas. No quería seguir con vida. Su mujer sabía de nuestro trabajo y pensó que quizás podría influir sobre él. ¿Podría hablar con él? Le dije que por supuesto estaba dispuesta a hablar con él, y fijamos una cita. Pero le dije que no estaba dispuesta a decirle que intentaría persuadir a Bill a comer o a someterse a la cirugía y al procedimiento. Según recuerdo fijamos una hora para la llamada, pero no llamó. Poco después oí que había fallecido.

Os podéis imaginar el dolor con el que me quedé. Parte del dolor es simplemente dolor por un hombre cuya vida se había truncado, que había fallecido de manera tan terrible. También me lamento de las limitaciones de nuestro trabajo, aunque estoy muy agradecida por el trabajo que logramos realizar juntos. Puede ser duro llevar el peso de esas experiencias a largo plazo. En mi experiencia tampoco se hace más fácil sobrellevarlo con el tiempo.

Algunas de las cosas de las que me arrepiento se agrupan con mi dificultad de manejar el narcisismo en los demás, y sin duda, en mí misma. A veces me siento impaciente con las personas que se comportan, desde mi punto de vista, con derecho a todo. Creo que he mejorado, después de que un buen amigo me hiciera unas interpretaciones muy clarificadoras sobre mis temas, pero al mirar atrás, me arrepiento del papel que este tema ha jugado en parte de mi trabajo.

Me viene a la mente una mujer, a la que llamaré Nancy. La tuve en psicoterapia de una sesión semanal durante un buen número de años. Ella tenía solo un objetivo – encontrar un hombre para casarse. De forma implícita, y a veces, bastante explícitamente, me adjudicaba la responsabilidad de lograrlo. En realidad, vi a más de una mujer que se sentía así. Creo que sería adecuado para un freudiano clásico escuchar los temas de Edipo maternos. Para algunos de estos pacientes, yo era la madre que podía estar casada con un hombre, pero no compartía ese estado, ni las ayudaba a encontrar pareja.

Nancy me culpaba a mí, a sus amigas, y especialmente a los hombres por fallarle. Cada semana tenía un nuevo relato sobre un intento fallido de conocer, mantener y con el tiempo casarse. Los hombres no eran fiables, de forma misteriosa dejaban de llamar para proponer citas, conocían a otras mujeres, o simplemente desaparecían. Por muchas razones intenté que Nancy pudiera ver su propia participación en estas interacciones. Realmente sentía que lo necesitaba. Sentí que iba a seguir perdiendo a una persona tras otra si no miraba cómo trataba a la gente, y el impacto que tenía. Siempre se consideraba la víctima del otro y no estaba dispuesta a ver la situación desde la perspectiva de la otra persona. Pero no creo que yo siempre viera mis propias necesidades en ese momento. Yo necesitaba no ser responsable de su vida, por sucesos que yo no podía controlar. En ese momento si pude ver la ira de Nancy, pero no creo que yo comprendiera completamente lo enfadada que estaba yo porque Nancy me hiciera responsable de su vida, por limitar de forma muy estricta sobre qué podíamos trabajar, y luego pedirme cuentas por los resultados del trabajo. Creo que mi contratransferencia ante su derecho jugó un papel mayor de lo que yo me percataba, y por eso me arrepiento.

Nancy y yo si trabajamos sobre nuestra relación, pero diría que no lo suficiente. Terminamos por consentimiento mutuo, y le di referencias de otro terapeuta. Creo que ambas estábamos exhaustas. Sé que por mi parte lo estaba. Nunca más supe de ella.

Lo que ahora siento es que el comportamiento de los que se creen con derecho, motivados por su autoestima, me suscita sentimientos negativos sobre dichas emociones. Esto mezclado también con mis intensos sentimientos sobre lo desperdiciado, como ya he mencionado. Sentía que Nancy y yo estábamos perdiendo el tiempo, buscando cada fallo en cada hombre para demostrar que era culpable por el fracaso de la relación. En retrospectiva puedo ver mi impaciencia, incapaz de tratar estos temas como lo principal de nuestro trabajo, en lugar de ser obstáculos para nuestro verdadero trabajo. Ahora puedo ver que este era nuestro verdadero trabajo, pero creo que mi contratransferencia negativa lo hacía más difícil. Me arrepiento de esto.

### ***Últimos años de mi carrera profesional***

Probablemente la situación de mayor reto a la que me he enfrentado clínicamente ha sido la jubilación. Mis pacientes no querían que me jubilara. A diferencia de mi comportamiento habitual, en el cual intentaba buscar un compromiso entre mis propias necesidades y las necesidades del paciente, al retirarme estaba tomando una decisión unilateral sobre lo que sentía que era lo mejor para mí, sin tener en cuenta cómo afectaba al paciente. En septiembre le dije a mis pacientes que me iba a retirar el próximo junio. Así

que teníamos casi un año completo para hablar sobre ello, y ayudar al paciente con referencias, si quería continuar el tratamiento con otra persona tras mi jubilación. Al principio muchos dijeron que no querían eso, pero algunos luego cambiaron de idea al acercarse la fecha de mi jubilación.

Puedo ver gran parte de este último capítulo de mi carrera clínica en términos de arrepentimiento, perdón y reparación. Los pacientes y yo teníamos una forma de aceptar las limitaciones de nuestro trabajo conjunto, en varios sentidos. Teníamos que aceptar, de forma muy latente que hay una diferencia entre una relación de tratamiento y una relación personal. Mis relaciones personales continuarían pero no las relaciones que tenía con mis pacientes. Por supuesto esta diferencia siempre había estado ahí, pero por alguna razón se había hecho más patente con mi jubilación.

También nos reconciamos con el limitado impacto que el tratamiento había tenido en sus vidas. Ambos podemos arrepentirnos sobre eso. Quizás ambos necesitamos perdonar al otro, y de alguna forma posible bajo las circunstancias, reparar, en parte al dar al otro la comprensión que podíamos. No esperaba que mis pacientes aceptaran mi decisión, lo aprobaran, o que tuvieran emociones positivas hacia mí. Intenté darles el regalo, de alguna forma, de estar dispuesta a escuchar cualquier cosa que realmente sintieran, aun cuando hiciera que me sintiera mal. A su vez, muchos llegaron a aceptar mi necesidad de retirarme, en parte como resultado del estado de mi espalda (sobre lo cual ya muchos tenían conocimiento) y mi envejecimiento. Para muchos, este era su regalo para mí: que les importara mi calidad de vida, aun cuando significaba algo doloroso para ellos. Algunos también pudieron darme el regalo de dar voz a su gratitud por nuestros años de trabajo conjunto, y por lo que obtuvieron de él. Creo que hay una forma de amor en esta respuesta; amor en el sentido de importarle los sentimientos de la otra persona. Mientras teníamos que afrontar las limitaciones del tratamiento, también reconocimos sus logros. Muchos pacientes me obsequiaron regalos muy pensados, que tenían un significado que expresaba el trabajo que habíamos realizado. Los valoro, y valoro el recuerdo de muchas personas que tuve el privilegio de conocer en mi trabajo clínico.

Hace 20 años, escribí un trabajo, "La alegría en el encuentro analítico"<sup>11</sup>, que expresaba algunas fuentes de alegría que encontré ofreciendo tratamiento. No me he centrado hoy en la alegría, pero quiero terminar haciendo mención de ello. La curiosidad, la esperanza, el amor, y la alegría han sido los mayores aspectos de la experiencia de mi trabajo clínico. Podemos pensar en la alegría como la emoción que tenemos cuando superamos

---

<sup>11</sup> *Contemporary Psychoanalysis*, 2002, 38:4, pp. 613-622, y re-editado en *Psychoanalytic Reflections*, IP Books, 2017

obstáculos, o cuando nos sentimos conectados con los demás, o con la vida misma, o cuando somos capaces de vivir más expansivamente, con mayor libertad. En estos sentidos siento muchos momentos de alegría al participar en las sesiones de tratamiento. A lo largo de los más de cincuenta años de mi trabajo clínico, estos momentos de alegría me han ayudado a sobrellevar el arrepentimiento, la tristeza y otras emociones dolorosas. Para mí es importante intentar mantener un equilibrio y tener las alegrías en el corazón al afrontar las dificultades.

Para terminar, quiero utilizar la cita del epílogo de mi libro *Reflexiones Psicoanalíticas* (IP Book, 2017). Cité al columnista del New York Times David Brooks, quien dijo, “una vocación significa enamorarse de algo, tener una convicción sobre ello, y hacerlo parte de tu identidad personal”. En ese sentido, la práctica clínica ha sido para mí una vocación. Tengo una gran convicción sobre su valía, y se ha hecho una parte significativa de mi identidad. Mientras hay mucho que lamentar, hay mucho que perdonar y reparar. Sobre todo, el trabajo clínico me ha vinculado a numerosas exploraciones de las emociones humanas, tanto en mí misma como en los demás. Me ha otorgado muchas oportunidades para sentir amor, curiosidad y las alegrías de la resiliencia, el crecimiento, y las interrelaciones. Me ha ayudado a conectarme más completamente con la fuerza vital en mí misma y en los demás. Estaré siempre agradecida.

Original recibido con fecha: 13/1/2022

Revisado: 28/2/2022

Aceptado: 30/03/2022