



## “CASO JOAQUÍN” (o cómo los lagartos sobreviven aletargados en el agua fría)<sup>1</sup>

Juan Domingo Martín Fernández<sup>2</sup>

Psicólogo clínico, IPR.

El artículo es la -amplia- síntesis del trabajo final del Máster de Psicoterapia Psicoanalítica Relacional del autor, en el cual se analiza el caso clínico de un paciente varón de 64 años tratado por él durante un año, a lo largo de 15 sesiones, en un *setting* de la salud mental pública. El texto tiene cuatro partes: la primera narra el caso y describe todo el material clínico; la segunda aplica los ejes diagnósticos del OPD-2 (Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado) para evaluar lo anterior de acuerdo a este sistema nosológico y nosográfico; la tercera recorre ideas y aportaciones de los autores relacionales principales que resultan pertinentes en el análisis y explicación del cuadro del paciente; la cuarta se dedica a la técnica y terapéutica del caso, más la discusión final.

La sintomatología del paciente pertenece a un cuadro de neurosis obsesiva dentro de una dinámica progresivamente melancólica, con una conflictiva que el análisis centra en la culpa, la sexualidad y las relaciones. La acogida del terapeuta se caracteriza por la “hermenéutica de la confianza”, la franqueza y la actitud empática. Se trata de un caso complejo, interesante y sofisticado que puede dar lugar también a otras lecturas convincentes.

**Palabras clave:** Compulsión, enactment, fantasía, insight, intersubjetividad, Psicoanálisis Relacional. Self.

The article is the -large- summary of the author's final work for the Master of Relational Psychoanalytic Psychotherapy, in which he analyzes the clinical case of a male patient, 64 years old, who was treated during one year, over 15 sessions, on a public mental health setting. The text has four parts: the first recounts the case and describes all the clinical material; the second applies the diagnostic axis of the OPD-2 (Operationalized Psychodynamic Diagnosis) to evaluate the above according to this nosological and nosographic system; the third runs through ideas and contributions of the main relational authors who are relevant in the analysis and explanation of the patient's clinic; the fourth is devoted to the technique and therapeutic of the case, and then the last discussion.

The symptoms of the patient belong to the obsessive neurosis clinic, within a progressively melancholic dynamic, with a conflict that the analysis focuses on the guilt, the sexuality and the relationships. The reception of the therapist is characterized by the “hermeneutic of trust”, the openness and the empathetic attitude. This is a complex, interesting and sophisticated case which may also lead to convincing other readings.

**Key Words:** Compulsion, enactment, fantasy insight, Intersubjectivity, Relational Psychoanalysis. Self.

*English Title:* "Joaquin's case" (or how lizards survive dormant in cold water).

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

Martín Fernández, J. D. (2014). “Caso Joaquín” (o cómo los lagartos sobreviven aletargados en el agua fría). *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (1): 195-236. [ISSN 1988-2939]

[Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es) ]

## 1. El caso clínico y la historia personal de Joaquín

Joaquín -nombre ficticio-, varón de 64 años en la actualidad, tenía historia abierta en el CSM un año antes de yo lo conociera. En ella se podía leer que la demanda real de este paciente consistía en poder desahogarse de los problemas y sufrimientos que padecía en la convivencia con “la amiga” que el primer día le había acompañado a consulta; ésta le responsabilizaba enteramente a él y le había dado el ultimátum de pedir ayuda si no quería que la relación finalizase. La mujer refería que él estaba muy irritable, impertinente, insoportable, de repente explotaba con enfados incontrolados y agresivos, y con temblores; Joaquín se quejaba de que no le dejaban hablar nunca, no le escuchaban, a veces se daba cuenta que estaba hablando solo sin nadie al otro lado. Esta situación se arrastraba al parecer desde 10 años atrás, confesaba el paciente. No había síntoma de apetito ni de sueño, y ningún hábito tóxico. Joaquín sólo aceptaba medicación homeopática, e informaba de que su padre había muerto con Alzheimer; en el pasado había solicitado varios tratamientos psicológicos, particulares, de distinta orientación.

Los dos psicólogos que habían tratado a Joaquín en el CSM antes que yo -pues la plaza que ocupaba respondía a contratación temporal sujeta a puntuación estricta en la bolsa de empleo- habían anotado, a lo largo de las 5 sesiones llevadas a efecto, que este paciente, soltero, con orígenes en un pueblo manchego, vivía con su “amiga Nina” en habitaciones separadas; se describía como solitario, sujeto a depresiones continuas influidas según él por la presión atmosférica; se quejaba de que nadie le escuchaba y le temblaba la voz; sufría episodios en los que se enfadaba mucho y estallaba en una cólera incontrolable. “Él le ha propuesto varias veces casarse, y ella no ha querido”; “ella se va a Francia a trabajar en temporadas”.

También aparece un grave antecedente de depresión a los 23 años de vida de Joaquín. Uno de los psicólogos -de orientación CC- le interroga por las conductas compulsivas masturbatorias que retroalimentan las ideas depresivas, lo que hace pensar en una posible disfunción sexual (hay registro cuantitativo a partir de lo que el paciente responde: “5/6 veces durante 2/3 días seguidos cada 15/20 días”); también queda consignada “la ideación mítico-religiosa”. A mí me llega el paciente -por “herencia” de los casos asignados a esta plaza, uno entre tantos- en noviembre de 2012.

Conmigo la presentación del paciente empezó muy centrada en el presente, en la actualidad de su vida y la sintomatología por la que demandaba ayuda. Joaquín presentaba la esfera de su vida que consideraba enferma, patológica, síntomas ansiosos y depresivos que él mismo identificaba con su carácter, con su forma de ser, pues le habían acompañado desde la infancia. En la exploración psicopatológica del paciente registré lo siguiente: ideas depresivas, anhedonia, apatía, sensaciones de futilidad y de fatalidad con la vida, desesperanza, agotamiento e indiferencia; se intercalan fases depresivas con cambios bruscos del estado de

ánimo y cierta positividad, sin llegar a un estado de euforia, ni siquiera hipomanía; dependencia de otros que le apoyen, animen y den pautas -no las demandaba en sesión, pero parecía esperarlas-; ambivalencia en las relaciones con los demás; numerosos proyectos que no llega a poner en marcha o lo hace erráticamente.

También confiesa, en los comienzos de la sesión, el síntoma íntimo que más le atormenta: los rituales masturbatorios compulsivos y desbordantes, que le llegan a agotar, y fantasías sádico-masoquistas “que daría pavor poner en práctica”. No habla de la culpa por todo esto, pero la transmite en la transferencia. Hay un punto de sufrimiento pero también de goce, un peligro atenuado y una impulsión dentro de la fantasía y en la masturbación, pero no parece trasladarse a otras esferas de la vida, y los planes de acción iniciados y luego interrumpidos por falta de deseo o de constancia pertenecen más a la estructura obsesiva que, desde el primer momento, asoma. El paciente cuenta ciertos detalles biográficos, escuetos y aislados, que ponen a la pista: cumplió la voluntad del padre en cuanto a estudiar magisterio, pero no quiso condicionarse con una oposición y plaza fija y cada cierto tiempo cambiaba de actividad laboral: maestro, forestal, cooperante, escritor... En la actualidad vivía de una pensión que no entraba a detallar, pero que le permitía tener suficientes ingresos sin incertidumbre y asemejarse a un jubilado que busca en qué ocupar el tiempo (contactos con un museo para un proyecto, o algunas ideas para escribir, pero ninguna llevaba a cabo). Porque el aburrimiento y la tentación sexual le llevaba a la masturbación, y de ahí al desgaste personal, físico y moral.

El paciente tenía casi hecha la carrera de psicología a distancia, y en la contratransferencia me quedaba claro que Joaquín se estaba guardando detalles, cosas, intimidades y reflexiones que contaba a medias, o insinuaba, para conocer mi reacción y mi experiencia clínica. Me tanteaba y exploraba mi actitud, y mi aptitud, con él. El paciente explicaba que le desanimaban los análisis interminables y las dudas insalvables sobre el inconsciente, así como las teorías fatalistas de las compulsiones de repetición y la incurabilidad de los síntomas. Mostraba buena introspección y lenguaje, inteligencia y habilidades para el autoanálisis y el *insight*. En la contratransferencia me parecía una mezcla de discurso controlado, estratégico inicial, y otro más sintomático, caracterial, fallido. La expresión emocional parecía adecuada y honesta, pero contenida.

Joaquín solicitaba tratamiento con una frecuencia quincenal, si fuera posible, y a mí me pareció correcto y saludable. Los comienzos del tratamiento relacional fueron positivos y yo, inquirido por él, le revelé mi orientación psicodinámica amplia, confiado -por mi experiencia, formación y actitud ante la vida- al libre desarrollo de la terapia, los encuentros intersubjetivos y la providencia, trabajando los temas que el paciente trajera a sesión, según su iniciativa y demanda; buscando entre ambos un significado a los materiales, una perspectiva distinta de las realidades y un intercambio de visiones de las cosas, las experiencias y los dolores. En cierto modo, percibía sintonía con él e identificación transferencial.

En las siguientes sesiones refirió encontrarse en una etapa madura de autoexploración como persona, como sujeto, divagando en el discurso con circunloquios y circunstancias que recordaban ciertamente a la neurosis obsesiva -y así se percibía en la contratransferencia, desde luego-. Le preocupaba mucho lo que él llamaba “la depresión endógena”, lo que él refería a la parte depresiva caracterial, personal, incontrolable e inexplicable que no conseguía vencer (la melancolía, podemos nosotros decir). “Porque la depresión exógena, reactiva, es algo habitual de la vida y las puedo afrontar mejor”.

A la tercera sesión se presentó -equivocado de fecha- mostrando signos de recaída: más desaseado, cierto abandono en la ropa, la barba, la cara... con algo más de tristeza, pero más bien era rabia y frustración, comentando que había estado en Suiza la semana anterior visitando una “antigua amistad”, dando muy pocos detalles de esta persona que sin embargo parecía ejercer gran influencia en su vida, y así sesión a sesión se iba revelando.

A Suiza se había trasladado la misteriosa mujer con la que Joaquín había convivido bien o mal en Lorca los últimos años. Al cabo, podemos nombrar a esta mujer como Nina -que tampoco se llama así-, mujer sudamericana de la que más tarde el paciente contaría detalles del comienzo de su relación y afectos. Nina, 17 años más joven que Joaquín, era mujer casada por la Iglesia en su país, madre y separada.

El paciente tenía estado civil soltero. Según expresaba en la sesión, durante un tiempo había planeado casarse con Nina, pero sus creencias religiosas le obligaban a hacerlo por la Iglesia, como sacramento. Y claro, eso no era posible porque la mujer era divorciada, y esto era todo un dilema moral para él. Refería que la relación se había atascado en ese punto, además de la disparidad de caracteres entre ambos, discusiones, etc. Nina desde Suiza le reclamaba que se fuera a vivir con ella de nuevo, y Joaquín no quería. A su regreso a España el paciente había sufrido una crisis depresiva de encamamiento, sin ducharse ni casi comer, con masturbaciones compulsivas y fantasías terribles, que no obstante no detallaba ni su discurso resultaba desagradable. Como creía que ese día tenía consulta conmigo, había conseguido apenas ducharse y conducirse hasta el CSM.

Ciertamente había extrañezas en el paciente, y no todas parecían regresiones o compulsiones; alguna daba la sensación de algo estereotipado, fabricado, algo más comediente y seductor hacia mí, su interlocutor, que solamente hacia él mismo. El falso *self* del paciente era complejo, infantil y profundo a la vez, ambivalente entre la independencia y la dependencia a esta mujer; también en los vínculos ambivalentes con el entorno infantil del paciente, como la relación con su único hermano que seguía residiendo en el pueblo natal (dilema de aceptar la invitación navideña a visitarle o no). También el inconsciente de Joaquín arrojaba al terapeuta un contenido libidinal, pulsional, sexual tan claro, tan de descarga fantasiosa y conductual masturbatoria, que intrigaba mucho como fenómeno neurótico. El paciente a veces aludía a que, si tuviera compañía femenina, encontraría el equilibrio sexual, pero a la par lo

rechazaba, por el fracaso sentimental vivido con Nina, y las dudas respecto a la reconciliación. "Una vez estuve a punto de ir a un *night-club*, pero fui valiente y lo evité"; la moral del paciente parecía vigilar bien sus fronteras.

A la siguiente sesión Joaquín trae más material nuevo a consulta, y no sólo verbal como hasta entonces, sino que ahora me entrega 7 hojas escritas a mano de corrido, en fotocopias reutilizadas, mal escritas y con desorden, los renglones torcidos y multitud de abreviaturas confusas que dificultan la lectura del receptor. Esta entrega de documentos manuscritos, personales, se repetirá un par de veces más en otras sesiones, y el paciente lo justifica como una defensa creativa, terapéutica, para atajar días interminables de crisis depresiva, encamamiento y masturbaciones, y como gesto de presentación hacia mí. En esta primera ocasión, Joaquín me lee lo escrito, que narra la historia de su infancia. El papel lleva por título "LA CLAVE", y luego un epígrafe principal: "CRECEMOS: LA Hª DE MI SEXUALIDAD Y SUS ESCENARIOS", y tres flechas llevan a tantos guiones: "familia ("dulce mamá"), seminario, cama".

La infancia el paciente la describe como terrible, en su pueblo natal de La Mancha, a la sombra de un padre exigente y vigilante que inspiraba temor, y con una madre afable y cariñosa, pero que instruía en "el temor de Dios" y el rechazo de una sexualidad propia desordenada: "evita tocarte ahí".

Joaquín ingresó en el seminario menor de su tierra a los 10 años, y allí descubrió "la masturbación". Le instaban a utilizar la cama nada más que para dormir, pocas horas, pero él sabía arreglárselas para estar allí más tiempo (enfermedades, evitar exámenes o el frío, etc.). Expresa -sigue leyendo su escrito, pero también intercala en su narración comentarios subjetivos, anotaciones, ejemplos, como notas a pie de página- el contraste entre la frialdad de la casa paterna, y del seminario, con la "temperatura cálida de los días en que recuerdo, con todo detalle, que me masturbaba, con gran cantidad de semen"; "podría dar todos los detalles" -no los daba, menos mal-. Los pecados iban acompañados de las confesiones pertinentes.

A los 16 años contrajo hepatitis en el seminario, y fue trasladado a casa mientras se curaba para evitar que contagiara a otros compañeros. En la cama continuó con los hábitos masturbatorios diarios, añadidos a la misma experiencia de encamamiento que desde entonces ha arrastrado como mecanismo evitativo de relaciones y compromisos. Al año siguiente en el seminario le recomendaron madurar en un ambiente distinto para facilitar su aprendizaje del mundo y de la vida, porque "ya me veían inmaduro y dependiente". Pasó a vivir en su casa y ya no regresó al seminario: "fracasé y acepté mi dependencia hacia mi madre". "La experiencia en el seminario fue positiva", y cuenta varias escenas egosintónicas; "teníamos que dar un puñetazo en la mesa y llevar a cabo con toda firmeza nuestra voluntad, la que hubiéramos elegido", pero él veía que no era capaz.

En su pueblo nunca se atrevió a decirle nada a una chica que le gustaba, y con otra con la

que sí llegó a ser novio de ella, “nunca hice nada, y la decepcioné”; “le prohibí que dijera que éramos novios”, y dejaron la relación cuando ella se mudó con la familia a otro lugar. Reconoce que entonces se masturbaba con imágenes mentales de estas mujeres, y que aunque hiciera esfuerzos de abstinencia durante una temporada, en días “calurosos” “caía en la tentación” y aquello “fue el comienzo de mi hábito patológico”.

El servicio militar lo hizo para satisfacer el deseo de su padre. A continuación sufrió una DEPRESIÓN grave (así lo escribe en el texto, con mayúsculas). En aquel momento trabajaba de empleado de banca a instancias del padre, en otro pueblo donde tenía “pretendientes evidentes, pero también las decepcioné; siempre eludí comprometerme aunque las chicas me gustaran y yo les gustara a ellas”. Luego se opuso al padre, y renunció a ese trabajo para ingresar de novicio en un monasterio trapense muy lejos de su casa; allí también padecía de fantasías y conductas masturbatorias, intercaladas por períodos de sacrificio y abstinencia.

Quiso hacerse monje, pero le mandaron a Madrid “a pasar muchas pruebas psicológicas”, que no fueron del todo favorables: “no podía ser casto”. “El maestro de novicios del monasterio, como otro psicólogo de Ecuador años después, me recomendaron que saliera al mundo y me echara novia”. En aquel momento lo veía de una forma más metafórica y menos literal, como una forma de “meditar la vida mundana para luego abandonarla por la vocación”, pero ahora lo veía de una manera más literal, como una necesidad de establecer una relación sentimental satisfactoria para canalizar su impulso sexual.

Como en el monasterio no podía seguir, decidió trabajar de maestro de educación especial en pueblos de Madrid, pero sufría algunos días de encamamiento y masturbaciones compulsivas, y faltaba al trabajo. El hábito se amplió por influencia de otro compañero deprimido, y Joaquín se excusaba con enfermedades orgánicas para justificar sus ausencias frecuentes, que provocaban que desde la dirección le cambiaran de destino cada año.

El paciente concluía lúcidamente su relato -la duración propia de la sesión se había agotado tiempo ha- con el siguiente *insight*: “siempre que he tenido el contacto afectuoso de alguna mujer (no entra en el sexual, nada sabemos en verdad acerca de ello) no me he masturbado ni he tenido tentación de hacerlo”. Mas, si al parecer tuvo novias juveniles, a las que *decepcionaba*, y con cuyo recuerdo luego se masturbaba... la realidad debía ser mucho más compleja... -pensaba yo-.

A la quinta sesión vuelve a acudir desaseado y con actitud y transferencia resistente, señal inequívoca de síntomas depresivos y encamamiento. En el *interín* había regresado a su pueblo natal, queriendo hacer reencuentros y gestiones, pero le pudo más el encamamiento después de visitar a su hermano y por la vergüenza del abandono personal. Sin embargo sí había reunido la fuerza suficiente para venir a consulta. Me entrega otro material escrito, esta vez una fotocopia de una página del libro “El lector” de un autor alemán que no acierta a nombrar, y que expresa algo con lo que él se identifica y que pasa a leerme:

“Reconozco hoy el mismo esquema por medio del cual el pensamiento y la acción se han conjuntado o han divergido durante toda mi vida. Pienso, llego a una conclusión, la conclusión cristaliza en una decisión, y entonces me doy cuenta de que la acción es algo aparte, algo que puede seguir a la decisión, pero no necesariamente. A lo largo de mi vida, he hecho muchas veces cosas que era incapaz de decidirme a hacer y he dejado de hacer otras que había decidido firmemente. Hay algo en mí, sea lo que sea, que actúa; algo que se pone en camino para ir a ver a una mujer a la que no quiero volver a ver más...”

Joaquín quiere en ese momento rememorar otra etapa de su vida posterior a lo ya expuesto: vivió dos años en una especie de comunidad rural alternativa en una sierra, cuando tenía 35 o 40 años. Al principio eran sólo siete varones, y el grupo funcionaba bien, pero luego aparecieron las mujeres, y con ellas los conflictos en la comunidad, explica. Más tarde vinieron a vivir dos homosexuales, y de un modo extraño este pueblo alternativo fue convertido “en un pueblo *gay*, cambiaron normas y expulsaron a mis amistades”. La experiencia positiva anterior acabó siendo insatisfacción, decepción, enfrentamiento y desengaño...

A la siguiente consulta Joaquín se presentó con un ánimo distinto: el discurso había mudado a formas positivas y satisfactorias de vivencia, y refería que había podido ejecutar actividades planeadas, aunque no las pendientes de atrás. Había buen humor en el paciente, sin caer en rasgos hipomaníacos clínicos, y él lo valoraba en el signo objetivo/subjetivo más revelador para su *self*: en ese tiempo había conseguido no masturbarse, ni sufrir la abstinencia y el desgaste psicológico de evitar la compulsión sexual.

Por primera vez abordaba, con libre iniciativa y espontaneidad -y causándome grata sorpresa a mí- la clave de su situación vital, esto es, la relación actual con la mujer *suiza*, con Nina. Había decidido viajar en Semana Santa a encontrarse con ella para, al regreso, consultar en Madrid a “varios teólogos cómo proceder, si casarme con ella por la Iglesia o no, para cumplir la voluntad de Dios”. Refería estar dispuesto a cumplir el dictamen de estas personas, fuera favorable o desfavorable a su deseo -cual fuera éste, lo que seguía sin estar claro-, y aceptaría casarse con ella pese a “ser de caracteres incompatibles”, “porque de visita me trata bien, tolera mis manías más que yo las suyas”.

Sin embargo, la Semana Santa y las exigencias penitenciales, más la experiencia agrídulce sufrida en Suiza (“Nina es inestable, no es buena para mí”), hicieron mella en el paciente, como pudimos comprobar en la siguiente sesión. Joaquín se culpaba de nuevo por la incapacidad -*impotencia*- para controlar los impulsos sexuales; el síntoma parecía la reacción depresiva comprensible a la gran excitación sexual, sentimental, afectiva y también moral vivida la semana anterior, que no pudo satisfacer las expectativas previas. El plan de consulta a los teólogos quedaba pospuesto sin fecha. El paciente se conformaba -implícitamente- con la relación actual en la distancia, con el deseo colmado en la fantasía, ocasionalmente en la realidad, y sin demasiado desgaste ni frustración.

La fase depresiva y compulsiva de Joaquín se alargó los siguientes dos meses, entre mayo y julio de 2013. Joaquín analizaba las fantasías, sin entrar en detalles morbosos o espeluznantes de las mismas, como “un deseo no de mujeres, sino de cuerpos femeninos”, como una especie de reflexión que le permitía distinguir moralmente entre ambos conceptos. Al parecer Nina le estaba presionando desde Suiza a un mayor compromiso, y él se resentía, y el síntoma tomaba el lugar de la voluntad dudosa o pusilánime. Era el tiempo del verano lorquino, *cálido* y sin embargo sofocante, propicio a la compulsión a la repetición.

A mitad de verano Nina le visita -a él y a su familia sudamericana que reside en España-, y el paciente se anima de pronto. Expresa, por primera vez de forma abnegada y segura -coherente con su estado de ánimo elevado-, que ha tenido “experiencias de amor verdadero, completo, y puedo dar testimonio de él”; en definitiva, “que he sido feliz en el pasado”. No le habíamos escuchado tal afirmación antes.

En la sesión posterior al regreso de Nina a Suiza, Joaquín refiere que la convivencia ha sido difícil, por el oposicionismo recíproco, los caracteres poco compatibles... pero la valoración global es satisfactoria, ha notado más capacidad en él y en ella que otras veces, más tolerancia y resistencia en el intercambio; así como más reparación mutua y afectos compartidos, más vivencias de pareja.

Después del verano, en una de las últimas sesiones -mi contrato de trabajo tocaba a su fin y era incierta la renovación-, el paciente decide compartir conmigo, por fin, las escenas que hasta entonces se había reservado contar: cómo conoció a Nina y se enamoró de ella.

Catorce años atrás, él vivía en un pueblo donde trabajaba de maestro, y tenía una relación sentimental con una antigua alumna suya, sin saber si avanzar en la convivencia o no. El padre viudo de Joaquín necesitaba cuidados asistenciales, y el hermano se los encargó al paciente, “pues era soltero y sin hijos”, y Joaquín refiere que se responsabilizó de estos cuidados voluntariamente. Se trasladó a la casa familiar, al hogar de la infancia, a vivir con el padre y solicitó una pensión que le concedieron, y de la que vive desde entonces. El hermano también contrataba a otras personas para ayudarle a Joaquín en la asistencia al padre, y recuerda que uno de éstos era ecuatoriano y no le gustaba al paciente, “era buena persona pero yo lo trataba mal”. Al final fue Joaquín quien se responsabilizó de contratar directamente a la ayuda que quería, pues iba a tener que convivir con él. Puso un anuncio y aceptó a la primera mujer que se presentó para el puesto, que era Nina, una mujer recién emigrada de Ecuador a España.

Esta mujer le llamó la atención desde el primer momento, no tanto por el físico, sino por su carácter y las libertades que al poco tiempo empezó a tomarse con él: horarios, normas, órdenes... Nina parecía saltarse los límites que Joaquín le pedía, le daba las vueltas a las cosas, no le importaba discutir con él pese a ser una empleada... y salía victoriosa de los quites. El paciente se daba cuenta de todo esto, pero al final accedía, empezaba a fantasear con ella, a verla... mientras también pensaba en su amiga del otro pueblo con la que seguía en contacto.



Un día quiso buscarle Joaquín a Nina amistades en el pueblo, porque ella era nueva y sola, y fue ese día cuando, tras ciertas peripecias -que relata con pormenores, como si estuviera narrando una novela romántica-, terminaron los dos solos en una habitación, en la casa del padre, mientras fuera estaba éste. De repente Joaquín la besó, y “ella me devolvió el beso, y yo en ese momento le dije que la amaría para siempre y nunca me separaría de ella, si ella quería”. Ahí, espontáneamente, neuróticamente, le surgió esa fidelidad y amor cristiano hacia esta mujer, que desde entonces marca su vida. Ella escuchó, asintió, pero no correspondió de igual manera con el paciente; tiempo después le diría: “yo te besé porque tú me besaste, era un beso de amor y lo devolví”. Más adelante el paciente descubriría que Nina era casada por la Iglesia y divorciada.

Más tarde “por otros motivos que nos alargáramos” Nina dejó ese empleo de cuidadora del padre de Joaquín, se trasladó a Andalucía a trabajar y le puso al paciente en el dilema de “o vienes conmigo o no me verás más, no me busques si me voy”. Él, tras pensarlo y sentirlo mucho, decidió irse con ella y dejar de atender al padre, que pasó al cuidado del hermano y la mujer de éste. El padre murió al mes siguiente: “pienso que fui responsable de la muerte de mi padre, porque tenían que haberlo llevado al hospital y por no estar yo allí no se encargaron bien”.

Por último, el paciente cuenta que la noche anterior a esa sesión había querido realizar alguna actividad pendiente, de escritura, y había tomado café como suele ser habitual en él, pero “mis facultades intelectuales no me respondían, estaban bloqueadas, encarceladas en la estrecha celda oscura”. Dejó de intentar escribir y se puso a ver la tele, con satisfacción y largo rato hasta que terminó el programa, y en ese momento se percató de que él “realmente estaba *depre*”, y esto “le afectaba el intelecto”. Y esto lo enlaza con la siguiente escena: quince años atrás, en aquel pueblo en el que trabajaba de maestro, Joaquín se encontraba en una huerta y de repente sufrió un ataque depresivo fulminante, tal que no pudo sostenerse en pie ni moverse, y tuvo que dormir allí en la huerta esa noche; una especie quizás de catatonía -o de conversión histérica-. El paciente había meditado desde entonces, con diversos especialistas, si en aquella situación no podía moverse, de verdad, o en realidad no quería hacerlo.

En la que sería la última sesión de nuestro tratamiento -aún no sabía yo que *no* iba a haber renovación del contrato a causa de la bolsa de empleo, y que otra persona iba a ocupar mi lugar-, Joaquín justificaba cómo podía sortear él ese *temor* de Dios presente desde la infancia: “pienso que Dios es quien ha puesto en mi vida a esta mujer, pero también nos ha hecho a todos libres, y no puede pedirnos que no lo seamos, sino que ejerzamos nuestra libertad conociendo y asumiendo las consecuencias”. La solución analítica, aunque vacilante, parece bastante saludable como fórmula que cumple la transacción entre el deseo y la defensa del ideal moral. El paciente la expresaba con serena profundidad, con templanza interior; porque se trataba un plan todavía a materializar -esto no lo obviaba-, que faltaba llevarlo a la práctica y

realizarlo fuera del *self*.

Comentaba también la firmeza con la que podía detener las fantasías que a veces le tentaban a contactar con prostitutas -alentadas por algún terapeuta del pasado, decía-, y la tristeza que le producía pensar en una relación sexual que tomara a la mujer como objeto, como instrumento para descargar solamente una pulsión sexual individual. No quería que esto le pasase con Nina; él tenía claro que prefería la masturbación antes que esta utilización objetal, y el razonamiento también le satisfacía moralmente.

Y a este respecto, en el dilema tantas veces expuesto entre una parte y otra de su personalidad, la biológica y la volitiva de su ser, Joaquín nos ofreció en esta última sesión dos bellas metáforas -de su cosecha, afirmó- que ilustraban su pensamiento más actual en torno a la aporía, y que a mí me parecen bonitos ejemplos de melancolía. Una es semejar el aparato psíquico a una cañería de agua, que desemboca en un fregadero que tiene un sumidero. La cañería tiene una llave, y cuando está más abierta deja pasar más agua, y mientras se cierra el agua va aminorando hasta que se corta. La depresión aparece cuando hay demasiada agua en el fregadero, la llave está abierta y el desagüe no da abasto para tragar ese agua; la curación viene cuando “alguien” corta el paso de la llave, no del todo, pero sí lo suficiente para que siga pasando agua y colándose por el fregadero.

“Si el agua se acumula, la persona se siente más y más deprimida”, cada vez peor según va desbordándose el nivel. “Pero un día, fortuitamente y sin esperarlo, alguien cierra la llave, y la persona va recuperando el ánimo despacio, como el sumidero va tragando el agua restante”. Joaquín no mencionó en ningún momento la pulsión de muerte, pero la analogía llama la atención.

El segundo ejemplo resulta tan sugerente -es, de hecho, una parábola- que he querido llevarlo al subtítulo del caso de Joaquín: “cómo los lagartos sobreviven aletargados en el agua fría”. Un bello broche que cierra la narración de la clínica.

Cuenta el paciente cómo una vez, trabajando en la huerta, pudo observar cómo el cuerpo inerte de un lagarto estaba obstruyendo el desagüe de una pequeña corriente de agua -fría, claro-. El lagarto estaba sumergido y taponaba la acequia; el paciente lo cogió de la cola, lo puso en su mano caliente, pensando que estaba muerto.... y el animal, poco a poco, fue reviviendo, recuperando calor, *desaletargándose...* hasta que se escapó de la mano y se puso a correr, completamente vivo. Él sabía que los lagartos, que son reptiles, son animales de sangre fría, y necesitan de la temperatura adecuada para sobrevivir. Cuando caen al agua fría, su cuerpo entra en estado de letargo -o cuando llega el invierno, en hibernación-, parecen muertos pero no lo están, y cuando regresa el calor, estos animales recuperan *paulatinamente* todas las funciones vitales, anímicas, y reviven. Pero la escena le sorprendió tanto, que casi parecía una *resurrección*.

Le devolví a Joaquín hasta qué punto creía en la presencia de un agente externo, “una

mano” providencial que cerraba la llave del paso del agua, o sacaba al lagarto de la acequia y le daba calor. Él meditaba que ésta era una posibilidad, y que la otra era la mera naturaleza del animal, o el diseño predeterminado del organismo, “como las luces que funcionan con célula fotoeléctrica, que se encienden cuando uno pasa, y luego se apagan solas”; el sujeto no es quien las enciende, pero ellas se activan sólo a su paso, de forma automática.

“Yo lo que busco es ese *clic*, ese mecanismo o dispositivo que existe en mi interior que me hace de pronto cambiar, mejorar de ánimo, sin que sepa por qué”. “Alguien tiene que buscarlo y encontrarlo, y yo me presto voluntario a que me estudien en experimentos”. Yo anoto que esta última vez le encuentro más melancólico que obsesivo, de mejor humor y a la vez más pesimista, profundo, existencial, más conformista con esa encrucijada extraña y alienante entre lo fisiológico y lo psicológico, más lo espiritual. El paciente parecía albergar una esperanza en la ciencia psicológica para encontrar ese quid que pretendía fuera universal, como una razón objetiva que pudiera dar cuenta fehaciente de unos fenómenos subjetivos tan desbordantes que hasta ahora no habían tenido explicación lógica posible. Debe haber algún determinismo desconocido, inmanente, es el mensaje que creo entender, y que a mí me suena a melancolía.

Comentamos en sesión esta posibilidad, este ideal científico, moderno, positivista y nomotético. Y la otra opción que habíamos trabajado en la psicoterapia, la razón más subjetiva, idiográfica, posibilista, posmoderna... más intersubjetiva y relacional que evidente sin más. El paciente repetía este dilema, esta yuxtaposición entre su ser natural y la voluntad, el misterio de su albedrío y de los cambios de humor que vivía con más pasividad que actividad, pese al esfuerzo por buscar razones, motivos y significados. El ideal continuaba vigente: llegar a maniobrar con el mal humor, con los afectos depresivos y las tentaciones sexuales, para alcanzar un autocontrol suficiente, un sentido de la propia vida más allá de comportarse uno sujeto a los ciclos del ánimo.

La duda intrigante sobre la verdad de estas cosas, de lo más íntimo de su ser, persiste, y la visión que Joaquín va reflexionando de estas vivencias, de estas representaciones y afectos que jalonan su vida entera, sesión a sesión yo la he ido sintiendo más profunda, autónoma y a la par distante, sensible pero desde el campo de la tristeza, de la conformidad, de la resignación...

Lo cual, en cierto modo, nos conecta de nuevo con una de las claves del caso, de este complejo y fascinante paciente neurótico, cuyas muchas aristas a continuación pasamos a analizar desde el campo propio de la psicopatología y el diagnóstico clínico estructural.

## 2. Psicopatología y diagnóstico clínico del caso

El análisis del caso lo vamos a realizar desde la perspectiva nosográfica y clínica más cercana al Psicoanálisis Relacional, esto es, siguiendo el protocolo del manual OPD-2 (Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado) que trata de discriminar los distintos factores y

variables analíticas, inconscientes, conscientes y relacionales, implicadas en un determinado caso psiquiátrico. A continuación presentamos y completamos los diferentes ejes y apartados que permiten caracterizar lo que le ocurre a Joaquín según este estándar psicoanalítico, a saber:

**OPD-2 EJE I.-Vivencia de la patología y pre-requisitos para el tratamiento:**

*Gravedad actual de la patología o problema:* Joaquín se presenta a sí mismo como un enfermo grave, cronicado, fracasado en varias terapias previas, estabilizado y habituado a unos síntomas que vive de manera muy egodistónica, adversa, ansiosa, sin capacidad de dominio y evitación de los mismos. Los síntomas son múltiples, y varían en su gravedad y valor de unos a otros, calificando el paciente como los peores las masturbaciones y fantasías sádico-masoquistas, y sus precipitantes -y consecuentes- ligados a la abulia, astenia, apatía y encamamiento, e incluso formas volubles y confusas de la catatonia; mientras que valora como más leves y tolerables los enfados, irritaciones con la pareja, soliloquios, dubitaciones, tristezas y ensimismaciones en los defectos del *self*, así como otros rasgos personales de la esfera obsesiva (procastinación, racionalismo a veces mórbido, ideas existencialistas...).

*Duración de la patología o problema:* Como tal el sufrimiento relacional aparece cuando conoce personalmente a su “amiga” Nina, hace 14 años, momento desde el cual se ha ido gestando este patrón relacional sintomático que luego cristalizó en enamoramiento, seducción, formalización de la relación, convivencia y más tarde -más bien a la par- conflicto conyugal, en diferentes fases y percances, hasta el momento presente.

La duración de los otros síntomas más individuales, íntimos y egodistónicos es variable, según el relato del paciente que se puede entresacar del curso de las sesiones. El paciente descubrió la masturbación a los 10 años, pero no sabemos exactamente cuándo este hábito puede considerarse subjetivamente compulsivo, quizás desde la experiencia del seminario o cuando tuvo que regresar a casa por la hepatitis, a los 16 años, cuando Joaquín refiere que le tomó “gusto a la cama”; más tarde el hábito iría fortaleciéndose como vía de escape o evitación de relaciones y compromisos.

*Vivencia, presentación y concepto de enfermedad del paciente:* El sujeto vive el síntoma consigo mismo, con la personalidad y rasgos caracteriales, las dinámicas inconscientes del deseo y las elecciones, las defensas y temores, las características del *self* que le convierten en una persona depresiva y frágil. Todo ello aderezado con las conductas compulsivas que moral y subjetivamente tanto le lesionan y querría eliminar. En la relación de pareja se siente más inocente, la responsabilidad aparece más diluida en ambos; Joaquín se queja de la ignorancia de la que es víctima, cuando no la pasividad y sumisión a la que Nina le fuerza, que le hace rabiar por dentro y explotar de forma incontrolada e imprudente.

*Conceptos de cambio en el paciente:* Valoramos positivamente la elección firme del paciente y su compromiso con la psicoterapia hablada, no directiva, de orientación dinámica, y la confianza mostrada en la relación analítica y personal conmigo, que se transmite cálidamente en la transferencia. El único tratamiento somático de elección es el homeopático, y el paciente recela de cualquier psicofarmacología, por ideología y alguna experiencia previa confusa.

Distintas son las expectativas de cambio clínico de Joaquín, las cuales varían entre distintos grados de pesimismo -alguno de optimismo cuando el buen humor le embriaga-, que sin embargo alumbran un cierto margen de maniobra y capacidad de mejora clínica y de responsabilidad subjetiva en el manejo de los síntomas, razón por la que viene a terapia y demanda ayuda. El dilema entre “poder” y “querer” es la simbolización ambigua y obsesiva de estos conceptos de cambio, más fantasiosos y neuróticos que reales, circunscritos a un conservado juicio de realidad.

La demanda que realiza del tratamiento puede considerarse múltiple, dirigida tanto a reducir, controlar y adaptar síntomas y relaciones, como a explorar y determinar motivaciones y causas subyacentes y a elaborar estos conflictos personales. La cuestión del apoyo emocional como base del vínculo relacional parece más secundaria, dado que el paciente no parece buscarlo explícitamente ni necesitar de la validación del analista para reparar su *self*. La demanda de pautas e intervención directiva del terapeuta también es secundaria, limitada a momentos puntuales de devolución, que muchas veces parecen encubrir más bien retórica.

*Recursos para el cambio:* El esfuerzo del paciente por acudir a terapia, aprovechar las sesiones y traer material para trabajar, expresar emociones, buscar significados y elaboraciones, confiar en el otro y meditar las cuestiones importantes de la vida, son recursos subjetivos a valorar. Son pruebas de una capacidad de introspección notable. También hay que tener en cuenta el apoyo que recibe de su compañera Nina, que desde Suiza le anima, y presiona, a mantenerse en tratamiento y revisar aquellos aspectos deficitarios de su personalidad y funcionamiento relacional con ella. Así como la propia experiencia del paciente, su carrera vital y aprendizajes adquiridos a lo largo de un amplio ciclo (64 años) desarrollado en ambientes, círculos sociales y profesiones bien variadas, y los conocimientos teóricos y prácticos, biográficos y técnicos que ha podido atesorar en los contactos previos con el mundo de la psicología y la psicoterapia privada.

*Obstáculos para el cambio:* Hay una importante ganancia primaria en la descarga libidinal que significan los síntomas sexuales compulsivos, que generan tal placer y goce pulsional que justifica su mantenimiento y cronificación, a pesar del contexto relacional afectivo de la pareja y el aparato moral represor. Y la propia dinámica conyugal -ahora en la distancia- con Nina, permite vislumbrar un beneficio secundario de los síntomas en la propia victimización que recibe el paciente, que le justifica recibir atenciones, ayudas y compensaciones en el transcurso del tratamiento.

**OPD-2 EJE II.-Diagnóstico relacional (temas y recursos relacionales, patrones relacionales conflictivos):**

*Conceder libertad / dirigir a otros:* El paciente clama por su libertad, por su autonomía y margen de maniobra en la relación y en los demás contextos de la vida. No quiere dirigir a otros, sino encontrarse con ellos en un terreno común, en el amor y la fraternidad. Pero, siguiendo un patrón obsesivo forjado en la infancia, hay determinados mandatos familiares que siente el dilema de responder, para seguirlos o saber cómo oponerse: tales fueron los deseos paternos de las profesiones fracasadas en su vida -que al final pudo sortear- y los maternos de la represión de la sexualidad desordenada -que sufre moralmente por ella y aspira a respetar-; desde que conoció a Nina actúa sobre todo el mandato moral cristiano de santificar la relación de pareja.

*Valorar a otros / responsabilizar a otros:* Joaquín tiende a responsabilizar más a las figuras del pasado (padre y madre) respecto a la influencia, condiciones y expectativas que, sumadas, explican subjetivamente la germinación y fortalecimiento en él de los rasgos singulares de su carácter y los síntomas neuróticos que sufre; mientras que en las relaciones actuales se responsabiliza más él de los problemas sin llegar a exculpar del todo a su pareja, a la que también achaca participación importante en los contextos diádicos donde aparece el conflicto (no le escucha, le ignora, etc.).

En cuanto a mí, su terapeuta, en la contratransferencia no me siento acusado o responsable cuando el paciente acude deprimido, con quejas anímicas o desaseado, no me transmite queja contra mí, sino más bien al contrario, aprecio por el espacio de escucha, expresión y libertad que aquí tiene, por recibir atención tal cual se presente. Su sufrimiento psíquico es real, pero también se muestra como adaptado en el seno mismo de su fuero interno, de su espacio propio sin necesidad o deseo de proyectarlo sobre el exterior o sobre mí.

*Demostrar afecto / demostrar agresividad:* Al paciente le acusaba la pareja de ser agresivo, irritable, insoportable, y así lo reconocía él aunque a veces se defendiera como el niño que no consigue llamar la atención que necesita de la figura de apego. En la transferencia conmigo no ha demostrado esta agresividad o irritabilidad, sino más bien lo contrario, el afecto, la reflexión, la empatía en el encuentro con el *self* del otro, en la búsqueda del amor y la voluntad del otro, sea Nina o Dios. La agresividad suele mostrarla consigo mismo, despreciando su faceta sexual autoerótica y luchando contra esta naturaleza libidinal, en pos de un ideal exigente de abstinencia.

*Cuidar a otros / establecer contacto:* Creo que hay una preferencia del paciente por establecer contacto, por buscar afectos y vínculos para mantener una relación confiable, separada, respetuosa, una relación libre de escucha y respuesta, de intercambio desde la simetría. Así pasa en la transferencia de la terapia, y parece aspirar a ello también en la relación con Nina; el

carácter independiente de ésta es aquello que -refiere- más le atrajo de ella, en lo laboral y en lo sentimental. De hecho, después de liberarse del mandato paterno de trabajar en la banca, las demás ocupaciones del paciente han tenido un cierto signo social: trabajos de maestro, cooperante...

*Desenvolverse / adaptarse:* Difícil resulta situar a Joaquín en este continuo relacional. Sí puedo decir que ambos objetivos forman parte de la terapia, quizás más la adaptación funcional al contexto por creerla más asumible y realista en el contexto de la sanidad pública, que trabajar una competencia personal y una desenvoltura relacional que muchas veces requiere más aptitudes que las que permiten las defensas y rasgos caracteriales del paciente. Por otro lado, creo que el paciente tampoco lo demanda: si bien puede manejar la fantasía ideal de llegar a convertirse en otra persona desenvuelta en la vida, en el contexto real de su existencia a lo que aspira es a poder adaptarse, saludablemente, a la relación que ha elegido con Nina y a una sexualidad controlada.

*Valorarse / reconocer la culpa:* Este apartado parece ser complementario a valorar o responsabilizar a los otros de los sufrimientos, problemas y defectos propios. Queda dicho que el paciente intenta explicarse su *self*, su funcionamiento relacional y neurótico, en el dilema entre la capacidad y la voluntad, el organismo y la psique, que juegan en una aporía de la propia estructura obsesiva. A los padres los responsabiliza de la gestación infantil de sus defensas e ideales, de sus temores y debilidades, pero también asume la *culpa* de haber contraído esos hábitos, haberse dejado vencer tantas veces por la cama, la astenia y la tentación sexual. De ahí la vivencia de vergüenza y culpa que sufre, y los esfuerzos que hace por no rendirse a las compulsiones y luchar por el dominio de sí mismo. En la relación con Nina reclama su propia valía a veces tapada por las acusaciones y proyecciones de la pareja.

*Abrirse al afecto / protegerse:* Éste es uno de los conflictos relacionales básicos del paciente, objeto de sus dudas, sufrimientos, compulsiones de descarga sexual y sentimental... Si quiere apostar por la relación con Nina, por buscar y profundizar en los afectos de esta mujer, o bien este riesgo le supone demasiado vértigo a Joaquín, demasiada vivencia confusa y equivocación en la elección, o en los modos de vivir el amor con ella -en la difícil yuxtaposición con las razones morales-.

¿Dónde situar al paciente en este continuo? Esto precisamente es lo que hemos trabajado en psicoterapia, y parece que el deseo y el esfuerzo de Joaquín le han llevado a caminar más hacia el primer polo -la apertura, la confianza, la expresión de los sentimientos y encuentro con el otro deseante-, tras sufrir durante gran parte de su vida las restricciones, temores y corsés del segundo: tantas veces en su juventud como sintió la atracción por las mujeres, o la respuesta seductora de éstas, y él se echó atrás, se reprimió, se inhibió "y las decepcioné". Si ahora continúa con ella, o sopesa crecer y dejarla atrás, parece que priman más los afectos honestos y diádicos que le inspira esa persona, que la mera protección regresiva neurótica,

solipsista, del *self*.

*Apoyarse / permitir contacto:* El paciente permite bien el contacto personal, el afecto y el vínculo de la palabra durante las sesiones. Los síntomas padecidos por el paciente en este transcurso de tiempo han sido revividos en el seno de la relación terapéutica con honestidad, espontaneidad, con confianza y apertura al espacio intersubjetivo.

*Variantes disfuncionales “demasiado poco”:*

- Desenvolverse frente a los otros de forma libre y autónoma,
- Valorar y reconocer a los otros (variante poco disfuncional),
- Hacer notar a los otros el propio valor en forma adecuada,
- Demostrarle a otros su afecto,
- Demostrar las necesidades, confiar, apoyarse,
- Adaptarse, amoldarse en forma adecuada (acorde con el rol),
- Guiar, dirigir a los otros en forma adecuada (acorde con el rol) (variante poco disfuncional),
- Demostrar rechazo y agresión en forma adecuada,
- Establecer contacto con los otros en forma adecuada,
- Abrirse y/o establecer distancias adecuadas en el contacto (variante poco disfuncional).

*Variantes disfuncionales “demasiado”:*

- Permitirle a los otros espacios de libertad / permitir a otros hacer las cosas a su manera (variante poco disfuncional),
  - Aceptar al otro cuando le demuestra su afecto (variante poco disfuncional),
  - Preocuparse y cuidar de los otros en forma adecuada (variante poco disfuncional),
  - Responsabilizar a los otros en forma adecuada de sus culpas,
  - Reconocer la propia culpa en forma adecuada,
  - Protegerse en forma adecuada de ataques / peligros.

### **OPD-2 EJE III: Los conflictos de las personas (conflictos disfuncionales repetitivos):**

*Individuación versus dependencia:* Podemos calificar de “significativo” este conflicto en el caso de Joaquín, pues la dinámica actual de los síntomas gira en torno a la relación con Nina, al proceso de encuentro y convergencia con otra persona, a la que desea pero con quien no sabe convivir bien, o no puede. En el pasado no paraban de discutir; ahora, en la distancia, siguen manteniendo la relación, las visitas y encuentros, y de ella Joaquín recibe ánimo y apoyo para activarse... Mas también teme caer en la dependencia hacia esta mujer; hay un rechazo - voluble- de la pérdida de individuación que conlleva toda entrega y disponibilidad para el otro amado.

*Sumisión versus control:* Complemento del anterior, la cuestión del poder y la independencia



también resultan “significativas” para el paciente, ya desde su infancia: la obediencia a un padre autoritario, exigente, y a una madre tierna pero represora de la sexualidad. Los síntomas depresivos y masturbatorios bien pueden entenderse como escapatorias de esa tensión sexual acumulada, y el desarrollo de la carrera del paciente también es significativo al respecto: buscando cumplir el ideal ascético y religioso -especulamos que de inspiración materna- en el seminario y el monasterio, y luego el ideal paterno de las responsabilidades en el banco con el dinero y los clientes, para al final romper con uno y otro y dedicarse a actividades humanitarias o comunitarias de distinto signo.

Con Nina, este conflicto entre la sumisión y el control adquiere un primer plano: de ella le atrajo su insumisión y autonomía, y en el primer beso el paciente le prometió fidelidad *para siempre*; la convivencia ha sido oscilante por el choque de dos personalidades distintas, y Joaquín se ha sentido ninguneado e ignorado en el ejercicio de sus potestades en la pareja. No obstante, en el terreno psicológico y en el moral no quiere dominar a esta mujer, ni poner trabas a su libertad, mientras que en el campo de la fantasía estas imágenes sadomasoquistas le desbordan, el poder y la humillación reviven y causan goce al paciente, y culpa después.

*Deseo de protección y cuidado versus autarquía (autosuficiencia):* Calificamos de “poco significativo” este tema para el paciente, en comparación con el resto del sistema psicopatológico de Joaquín, aun observando signos claros de la presencia de tal conflicto en la neurosis del paciente. La aspiración de éste parece ser la autosuficiencia, la individuación, pero también en consonancia con un vínculo saludable con el entorno. En la transferencia no percibo un especial empeño en protegerme, cuidarme, tratarme desde una posición de figura de apego o autoridad... sino que me transmite bastante simetría, respeto a la individualidad de cada uno, libertad y cortesía guardando un espacio propio y aceptando el espacio ajeno, mientras nos encontramos en el campo intermedio e intersubjetivo.

*Conflictos de autoestima (self versus objetos):* Como sujeto depresivo que es, la autoestima del paciente también ocupa un lugar en la conflictiva neurótica, pero a juzgar por el discurso de Joaquín, la imagen y la contratransferencia que me transmite, y su capacidad y rendimiento en la introspección y el autoanálisis, me atrevo a evaluar esta variable como “poco significativa”. Y ello porque el paciente parece tener una imagen estable de sí mismo, razonable, realista, de virtudes y defectos, capacidades y debilidades, y no creo que sus obsesiones y dubitaciones giren alrededor de esta imagen narcisista, sino de otras variables más acuciantes relacionadas con la moral y la culpa.

*Conflicto de culpa:* A mi modo de ver es el conflicto principal de la dialéctica neurótica de Joaquín, el único al que cabe evaluar de “muy significativo”. El paciente siente culpa cada vez que se masturba, que fantasea con cuerpos de mujeres en formas morbosas y perversas, cada vez que no satisface el ideal de la abstinencia sexual y sublimación cristiana de la libido.

Los ideales forjados en la infancia, de contenido religioso y continente, y la fuerza de los obstáculos alzados para impedir su satisfacción (empezando por la propia naturaleza pulsional del individuo, forzando las costuras de su aparato psíquico y sexual en ambientes caracterizados por la represión, la culpabilización, la penitencia y finalmente la decepción), construyeron un edificio psíquico donde la culpa era uno de los motores de la conducta, de las creencias, de los afectos: no ceder al deseo voluntariamente, sino en momentos de máxima tensión, y luego sufrir el desbordamiento del impulso sexual y el encamamiento sin consideración a la propia responsabilidad. La vida de la fantasía se convirtió en la caldera de estas pasiones, ahí contenidas para no salir afuera y dar lugar a perversiones.

La inhibición sentimental con varias mujeres en la juventud, se lea como barrera ante la sexualidad, boicot del propio deseo o descarte ante mejores objetos o futuros más providenciales, siempre aparece cargada de culpa y disgusto por la desaprobación del otro, por la decepción causada y sólo al *self* achacada. La apuesta del enamoramiento por Nina, emergente y sorprendente para el propio sujeto, puso los ojos en una mujer independiente, insumisa, aparentemente invulnerable a la culpa, una especie de encarnación de un ideal cuasi-absoluto, paterno y materno a la vez: mujer cuidadora y dominante al mismo tiempo, segura y cariñosa, activa y humanitaria, responsable de sí misma y de otros sin aparentemente la neurosis de la culpa y la contricción. La promesa del paciente en el momento de la seducción, de fidelizarse al amor de Nina para siempre, nuevamente parece la penitencia anticipada por un amor que no se merece, por el amor femenino a una persona culpable que necesita la reconciliación con su objeto para tolerar la soledad del desamparado, del fracasado por su propia causa.

Desde entonces, la dialéctica relacional del paciente con su pareja dibuja las muchas tonalidades de estas variables: por ejemplo, la sumisión y progresiva acumulación de tensión con el objeto, queriendo complacerlo sin sufrir desindividuación por ello, y luego la condescendencia y la inhibición que llega hasta el enfado malhumorado y la explosión agresiva contra la mujer; con el consiguiente remordimiento por esta defección, por la fragilidad constatada de quien no puede satisfacer el ideal que había prometido y moralmente quiere respetar. Y vuelta a empezar, esta vez demandando ayuda terapéutica y probando la relación en la distancia, la cual subjetivamente evoluciona mejor porque la mirada del juez, de la otra persona está más lejos, pero la de uno mismo sigue inquisidora contra el precio de la carne, en el peaje que el cuerpo le cobra al ideal de la abstinencia.

*Conflictos sexuales edípicos:* Por el pasado del paciente, los relatos de la infancia aportados como material en las sesiones -leídos desde la transferencia-, y la propia neurosis obsesiva que asoma a cada rato, vamos a catalogar esta problemática del paciente como “significativa”, aunque en el presente el padre y la madre del paciente hayan fallecido y sólo tenga vínculos familiares estrechos con el hermano, sin denotar mucha ambivalencia con él -pero sí alguna, de

ahí las vacilaciones en visitarlo o no-. La propia elección como objeto sexual-sentimental de Nina, y los pormenores de esta “historia de amor”, relatados de manera romántica por el paciente, implican un componente edípico importante, al que ya se ha aludido.

*Conflictos de identidad:* También pasa con la identidad del sujeto que siempre aparece esta cuestión en todo análisis y en toda función explicativa del síntoma, como ocurría con la autoestima, las relaciones (o la culpa también), pero en el caso de Joaquín podemos describir este conflicto como “poco significativo”, pues no parece albergar dudas o angustias acerca de su identidad personal. El sujeto acepta la imagen de sí mismo, que en varios aspectos aspira a cambiar -movido por la moral y la culpa, hemos explicado- y en otros se resigna a tolerar, pero ello no lo desgarran o fragmenta a la manera *borderline* o psicótica, y las relaciones de objeto de Joaquín pueden considerarse suficientemente totales, integradas, reflexivas y reguladas.

*Percepción limitada de conflictos y sentimientos:* De todo lo dicho hemos de recalcar, a este respecto, la capacidad introspectiva del paciente, la reflexividad y sentido del *self* que ha mostrado en amplios momentos de las sesiones. Evidentemente la razón subyacente de sus conductas, sentimientos, palabras o actos fallidos no las conoce, son inconscientes, pero le intrigan y busca algún significado, alguna clave que dé respuesta o guión y conduzca a una solución definida, satisfactoria.

#### **OPD-2 EJE IV: Estructura psíquica y funcionamiento mental:**

*Capacidades cognitivas: percepción de sí mismo y percepción del objeto:* Por todo lo anteriormente comentado, valoramos como “buenas” ambas percepciones separadas, integrantes de las relaciones de objeto totales que el paciente muestra consigo mismo y con el mundo exterior, sin rastro de fragmentos de objeto confusos, amenazantes, persecutorios o desapegados del adecuado juicio de la realidad.

*Capacidad de manejo: autorregulación & regulación de la relación con el objeto:* Aquí ya detectamos, con suficiente evidencia, un déficit de tales capacidades, de autocontrol de los impulsos sexuales -onanismo compulsivo y fantasías perversas- y de los agresivos en relación con el objeto amado, con Nina, con la que sabemos que muchas veces ha explotado en rabia, enfados, críticas o reacciones pasivo-agresivas. Corresponde, por tanto, calificar a tales facultades reguladoras como “moderadas”, no queriendo menoscabar más la capacidad del paciente que, en la relación con el objeto amoroso, ha mantenido durante años una vinculación efectiva, satisfactoria en suma a la vez que precaria, la cual ha llegado al momento presente y de momento continúa, aunque sea en la distancia y la incertidumbre del futuro común.

*Capacidad emocional: comunicación hacia dentro y comunicación hacia afuera:* Queda dicho que la emocionalidad del paciente es algo que sorprende bastante en la transferencia, cuando ésta se introduce desde el primer momento en la tónica obsesiva, y más adelante se va

adentrando en parámetros más vivenciales, sensibles, emotivos y sentimentales. En todo caso, lo correcto va a ser calificar estas capacidades en un grado intermedio entre “moderadas” y “buenas”, para justificar también el contexto en el cual la variable comunicadora con el objeto, con Nina, es criticada por ésta como insuficiente, a veces indiferente, insoportable... aunque en la transferencia no aparezca tanto así.

*Capacidad de vinculación: objetos internos y objetos externos:* Aquí hay conflicto, como hemos dicho, con las vacilaciones y dudas obsesivas respecto a profundizar o desanudar la relación con los objetos amorosos. Esta variable podemos evaluarla en términos medios, como “moderada”, por estas dificultades una y otra vez repetidas en el ciclo de la vida, bien antes de Nina con el patrón de la inhibición, bien después con el de la relación errática, circular, malhumorada y vacilante con esta mujer; más luego todo el correlato complementario de las compulsiones sexuales que discurre en paralelo a unas y otras. Por otro lado, la vinculación con los objetos internos (imagos de los padres) ha terminado por madurar de una forma relativamente saludable, sin agresiones ni represiones patentes que atrapen al paciente en un conflicto propiamente edípico (aunque sí con la culpa, que es la herencia del Edipo a través de las formaciones sustitutivas de los ideales paternos, como son los escrúpulos religiosos).

*Defensas:* El nivel de defensas del paciente es difícil de evaluar y calificar en esta escala cualitativa: el sentido común orienta a valorarlas como “moderadas”, dado el resultado transaccional del paciente entre los impulsos y estas defensas, que arroja un cuadro neurótico obsesivo, con importantes síntomas compulsivos egodistónicos y afecto depresivo que raya en la melancolía clásica.

Existe ciertamente un aislamiento de los afectos sexuales, que puede explicar la carga erótica de las fantasías del paciente y la descarga libidinal compulsiva, ligada a la repetición pulsional; mas creo que este aislamiento sexual no invade -en el presente- la esfera de las relaciones sentimentales. Éstas se viven y transmiten con la suficiente madurez expresiva y relacional, con la templanza y reflexividad que posibilitan la capacidad introspectiva, el esfuerzo de autodominio y la actitud moral favorable al intercambio amoroso recíproco y abnegado con el otro (favorecido también por la distancia física y emocional entre sujeto y objeto, que alivia la tensión diaria y acumulada de la convivencia). Esto significa que la transferencia refleja la emotividad y empatía del sujeto, su esfuerzo en no deshumanizar a las mujeres de su vida y del pasado, ni satisfacer fantasías sexuales autoeróticas con ellas (razón para separar claramente este caso de la clínica perversa, porque el paso al acto está efectivamente prohibido por la moral del paciente, y esto ha sido fielmente cumplido hasta ahora).

El estilo de apego, ya en la edad adulta -y la retrospección que especularmente podemos hacer a su patrón infantil- se encuadra mayormente en la forma “ansiosa-ambivalente”, por los motivos ya citados respecto a la dialéctica conflictiva, ansiosa y vacilante con la pareja, y por la

inseguridad característica del sujeto obsesivo y del depresivo; sin embargo, no se llegan a adoptar los rasgos evitativos de apego que pertenecen más al espectro esquizoide (indiferente al objeto).

De hecho, el afecto depresivo de Joaquín también hay que entenderlo en relación a alguna defensa, como antecedente, factor o consecuente de ella, y de esta manera avala la calificación deficitaria del sistema defensivo del paciente, que no es capaz de remediar su tristeza -o cuando lo hace, lo atribuye a factores aleatorios emergentes, ajenos a su voluntad consciente-. El componente evitativo o fóbico suele ser correlativo de la estructura obsesiva, pues el afán de seguridad y pleno convencimiento para tomar una decisión, hace de cobertura y coartada para postergar esta decisión indefinidamente, lo que constituye un claro síntoma de inhibición (de una identificación con la castración, si se quiere nombrar así, y con toda la moral platónica, filantrópica y asexual consiguiente).

En cuanto a la vergüenza, en la transferencia su función sólo se observa en el lenguaje habitualmente preciso, elegante, aséptico y educado del paciente, no tanto en la inhibición a hablar de ciertos temas o guardar reserva en torno a las intimidades -algo de esto hay, pero menos conforme la relación transferencial se iba asentando y abriéndose a la confianza mutua. *Valoración global: estructura total:* En conjunto, y por los motivos expuestos y razonados con más o menos fortuna, evaluamos la estructura psíquica de Joaquín como “integrada a un nivel moderado”, puesto que tal etiqueta se corresponde cuando las capacidades cognitivas (espacio mental interno y objetal) y emocionales (afectos, empatía, comunicación) están correctamente asentadas y establecidas, pero no lo están tanto las facultades de la autorregulación de los impulsos y relaciones con los objetos, y la vinculación con los mismos. El déficit del paciente, por tanto, corre más a cuenta de su funcionamiento relacional, y afectivo consigo mismo -y la depresión constituye un ejemplo paradigmático de ambos, en su faceta ínter e intrapsíquica, así como la culpa que impera desde un *Ideal del yo* inmaduro-, que del intelectual, volitivo, lingüístico o emotivo con los objetos internos o externos.

#### **OPD-2 EJE V: Diagnóstico sindrómico según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).**

El paciente tiene un diagnóstico impreciso de acuerdo a las clasificaciones internacionales. Parece correcto situarlo en la categoría de los “trastornos de la personalidad”, pero va a ser difícil el consenso respecto al epígrafe. Los impulsos del paciente no parecen responder a la dialéctica *borderline* o parapsicótica, no creo que se expliquen como pasos al acto ante afectos angustiosos que carecen de representación o mediación simbólica, ni sean impulsos incontrolables o puramente destructivos. Tampoco se adscribe el paciente fácilmente a la estirpe histérica de los síntomas, que caracterizan a la tipología límite; no observo en él una estructura porosa en el *self* que tienda a pegarse y desprenderse continuamente del objeto. El

espacio mental de Joaquín parece bien establecido, separado del objeto, resguardado en su intimidad y confiado en sí mismo y el entorno, no sometido a penetraciones persecutorias ni a rivalidades castradoras. Reitero que la dialéctica me parece más madura, más intelectual y sentimental en la esfera del autocontrol, la reflexividad y la existencia, más en la índole del ideal, los valores, la moral y el sentido del ser y de la vida.

Por tanto, más en la esfera de la neurosis obsesiva clásica, que desde el comienzo del tratamiento ha sido el diagnóstico de primera elección para el paciente, y su correlato en la CIE más cercano que es el “trastorno anancástico de la personalidad” (F60.5).

Sin embargo, a medida que la psicoterapia avanza y el conocimiento mutuo es mayor, este paciente me va pareciendo más melancólico que obsesivo, o bien un término medio de ambos -o una confluencia de ambos, como teorizó Tellenbach-. La melancolía puede constituirse en una entidad neurótica, no delirante, cuando el sujeto vive en una especie de existencialismo cotidiano, consigo mismo y con los objetos, un pesimismo no morboso y tampoco inocente, caracterizado por una tónica depresiva generalizada, pero bien asimilada y razonada, que parece casi normalizada; una impotencia voluble insertada en esa aporía que, situada a medio camino entre la ciencia y la filosofía, suele divagar en torno a los límites entre cuerpo y mente, y preguntarse por el lugar donde se encuentra el ser del sujeto, el *self* y su poder frente a la naturaleza, por el alcance del albedrío.

Ésta es la dialéctica entre el “poder” y el “querer” que siempre dice Joaquín, la falta de control que le abruma, que le produce culpa y le insufla el deseo de dominar, de saber, de buscar, de crear, y a la vez el escepticismo de hallar respuesta, solución, fe en sí mismo y seguridad en el *self*. De modo que espera, en los ratos de abulia, pacientemente una salida que le llega de una manera que le sorprende, que emerge, arbitraria, extraña, como alienada, como parte de su organismo y de su mente y de ninguno de los dos; como ese lagarto aletargado que revive cuando siente en su cuerpo el calor providencial de la mano ajena. De alguna manera, esto me transmite cada vez más el caso de Joaquín, de quien veo que, sin escaparse de la clínica obsesiva, va metiéndose paulatinamente en el universo -confuso, profundo- de la melancolía.

## Conclusiones de la evaluación clínica del caso

### ***Relación entre el conflicto y la estructura y su expresión relacional:***

En la clasificación de Killingmö, entre la patología por déficit y la patología por conflicto, habríamos de inclinarnos más en la balanza por este segundo término que por el primero, aun asumiendo que en todos los casos clínicos existe una combinación de ambos factores.

### **Focos de tratamiento proyectados o desarrollados:**

*Foco de la relación:* Dadas las características del formato terapéutico, en el contexto de la sanidad pública, con una frecuencia máxima quincenal de sesiones, de media hora de duración y en formato no directivo, la relación a focalizar a partir del compromiso terapéutico entre paciente y analista ha de ser la relación afectiva actual, con Nina.

*Foco del conflicto:* El conflicto principal en Joaquín pertenece a la función de la culpa, el remordimiento y la reparación con el objeto y consigo mismo, como transacción ante un Superyó muy exigente en lo moral y en lo sexual, un guión ideal de encuentro total con el objeto sin mancha de erotización primaria o perversión de la relación sentimental. Ello es herencia y continuación de los fantasmas infantiles, del *temor* de Dios y el autodominio de la voluntad inculcados por madre y padre, y por otros agentes sucesivos, y la inhibición pasada del paciente ante una sexualidad desordenada de acuerdo a ese patrón restrictivo. Joaquín sufre un síntoma neurótico obsesivo-compulsivo que toma la forma de descargas libidinales masturbatorias, fantasías eróticas sadomasoquistas y afectos depresivos que se desbordan con abulia, inapetencia total e incluso catatonía.

*Foco estructural:* La integración del *self* de Joaquín es moderada, y alta en los campos de la cognición y también de la emoción, mientras que falla en la autorregulación y la vinculación.

### **Estrategias de tratamiento proyectadas o desarrolladas:**

La línea de tratamiento puesta en práctica desde el comienzo ha consistido en conjugar la base de la relación analítica, de la confianza y la apertura recíproca al espacio intersubjetivo, al pensamiento y la expresión emocional en sesión uno con el otro, con los materiales producidos o evocados por el paciente y compartidos por el terapeuta; con los instrumentos precisos, emergentes, convenientes y oportunos de la devolución, señalamiento, esclarecimiento e interpretación que correspondan; los cuales permiten comprender y discriminar los significados y los afectos implicados en el contenido que el paciente trae a sesión, o que más bien surgen en ella -los *enactments*-, en el contexto de un espacio intersubjetivo de trabajo.

### **3. Aportaciones teóricas de los autores del Psicoanálisis Relacional**

Vamos ahora con diferentes hipótesis y conjeturas que los autores del Psicoanálisis Relacional han aportado a lo largo del desarrollo de esta disciplina analítica, y que permiten explicar desde la teoría algunos aspectos, síntomas, mecanismos o patrones que hallamos en el caso clínico de Joaquín.

Empezaremos por **Sándor Ferenczi**, primer autor relacional. El trabajo característico y pionero con la “transferencia recíproca” (que llamamos más comúnmente contratransferencia), con la mutualidad y simetría en el análisis, y el espíritu experimentador en terapia constituyen diferentes líneas técnicas que, desde esta óptica, también han

convergiendo ampliamente en el tratamiento de este paciente mío y en sus elaboraciones en el transcurso del mismo.

Para Ferenczi el origen de los síntomas ha de ser siempre real, traumático, producto de una interacción confusa y abusiva ocurrida en ambiente real, entre los padres y el infante, por medio de alguna introyección que el bebé toma de lo que percibe, siente o aprende de los objetos parentales. El bebé está hambriento de objetos y de afectos, devora todo lo que los padres le dan, y por esta razón puede ser fácilmente *envenenado* si estos contenidos son dependientes, narcisistas, perversos, masoquistas... La pulsión de vida no busca la sola descarga, sino que busca preferentemente el objeto, a la madre, y está dispuesta a hacer las identificaciones que sean necesarias para asegurarse ese afecto y esa relación estable.

Atribuir los traumatismos exógenos y las relaciones de abuso a factores constitucionales, a la propia compulsión a la repetición por un mecanismo pulsional de muerte (que es la conclusión freudiana final), es en sí mismo un acto sádico y encubridor del daño causado por el otro. No son tanto los deseos incestuosos del bebé con la madre o el padre (descubrimiento primigenio de Freud), sino las acciones incestuosas de éstos -camufladas e intelectualizadas como muestras de ternura- sobre el cuerpo y la mente indefensas del bebé, los causantes de la génesis del síntoma, del sufrimiento, de la voluntad de no ser (para ser lo que demandan o necesitan los demás).

Más aún: los niños mal acogidos o recibidos con frialdad, sin deseo materno y sin cariño, dice Ferenczi que, o mueren fácilmente de propia voluntad o, si permanecen vivos, les queda un "disgusto por la vida" (una *melancolía*, diremos nosotros, no sabemos si como la que va adoptando Joaquín) que les dificulta siempre adaptarse al entorno y llevar una vida normalizada.

Cabe preguntarse, en el caso de nuestro paciente, cuáles pudieron ser estos traumas infantiles, esos mandatos maternos y paternos que el bebé tuvo que introyectar, en una situación de desamparo inicial para lograr la vinculación efectiva con tales objetos. Con el padre autoritario, exigente, frío, formal... el paciente aprendió a trazar una relación ambivalente, obsesiva, respetuosa y en el fondo temida, siguiendo sus orientaciones a medias, buscando la complacencia y a la vez rebelándose contra estas cortapisas, que desde la infancia había introyectado como expectativas paternas. Estas identificaciones, que fueron muy fuertes en la juventud y adultez temprana del paciente, parece que en el momento actual han madurado bastante y no son conflicto principal en el inconsciente de Joaquín, que planea sus actividades vocacionales o instrumentales con bastante autonomía (aunque persiste el erratismo y con frecuencia la abulia y la indolencia).

No ocurre lo mismo con el legado de la madre, sus condicionantes afectivos -incestuosos, podría pensarse- que sobreviven en la mente de Joaquín. La deferencia a esta figura es distinta; no tanto a su apego (que se recuerda con cariño), sino a los ideales que esta madre inspiró en



la infancia y que se conservan con gran diligencia: los escrúpulos religiosos que provienen del *temor* de Dios. La represión de la sexualidad ("no te toques ahí") y el esfuerzo del niño por obedecer a la madre para apaciguar la culpa y la mirada inquisidora sobre el onanismo, fueron introyecciones muy importantes que siguen funcionando como síntomas neuróticos, de signo compulsivo.

Ferenczi hablaba de los dos polos pulsionales en el Eros: el "impulso de hacerse valer", que es el afán narcisista e individualista que Joaquín muestra cuando quiere evolucionar de la dependencia con las mujeres -con el sexo-, y labrarse una vida autónoma; y el "impulso de conciliación" que se dirige al objeto, se acerca a él, busca congeniar, compartir, entenderse con él, adaptarse recíprocamente... La vida se encuentra en el interjuego entre uno y otro polo, y el ciclo se renueva en un sentido normalizado cuando ambas posiciones colaboran, se entrecruzan, no cuando están enfrentadas de forma dilemática y opositora, dando lugar a la patología.

Luego este impulso narcisista no es primario, constitucional o automático por sí mismo, no es algo pulsional sin objeto, sino que para el Psicoanálisis Relacional está estrechamente ligado a las características y respuesta del objeto, de la madre, y el resultado del *temor escrupuloso* de Dios es la consecuencia directa de inocular en el niño estos fantasmas maternos (de origen transgeneracional, por supuesto, que no es responsabilidad consciente de la madre, sino también factor cultural y sociológico de primer orden).

Si el "impulso de hacerse valer" no ha sido permitido suficientemente por la madre, porque el bebé se complacía espontáneamente de formas que ella desaprobaba (y más cuando la tónica erótica era la que impregnaba esta interacción hijo-madre imaginaria o simbólica), la tendencia del sujeto es más a la inhibición, la acomodación, a mimetizarse y adaptarse al entorno, interiorizando de paso los ideales externos bajo la forma del "todo o nada" (estructura obsesiva). El mecanismo que Ferenczi fue el primero en describir, de la "identificación con el agresor" (correlato desgraciado del "impulso de conciliación"), tiene también su reflejo en el grado en que Joaquín preserva y ensalza las creencias religiosas y morales inculcadas por su madre; la cual funciona como esa especie de "trasplante extraño o escindido" que, de origen externo, se aloja en el inconsciente del paciente y se complace desde el principio en culparlo y dejarle contrito (una de las muchas formulaciones que encontraremos para describir a la *instancia crítica* o Superyó). El agresor ya no es externo, sino intrapsíquico, y el dolor traumático desaparece porque el sujeto asimila la acción agresiva como propia, y la transforma en sentimientos de culpa.

Además, la gravedad aumenta cuando se justifican muchas prácticas fustigadoras, represoras o masoquistas en nombre de algo sublimado y altruista, como la *voluntad de Dios*. El tratamiento ha de ser el espacio para retomar esos esquemas desde una flexibilidad más libre, más espontánea y catártica, para buscarle más significados subjetivos a la moral de los

aparentes o los permitidos por los padres. Las cosas que duelen no pueden encubrirse bajo la clásica fórmula de “son para hacer bien”, denunciaba Ferenczi.

**Ronald Fairbairn** coincidió con muchos de estos postulados y añadió otros nuevos de cosecha propia: “la pulsión es una estructura psíquica en acción”, algo por tanto complementario y secundario a la búsqueda del objeto por sí mismo, lo cual constituye el elemento primario del psiquismo: las relaciones objetales. El aparato psíquico, organizado en torno al Yo investido desde el primer momento por la libido y gestor de las relaciones con los objetos externos imprescindibles, también es el resultado de la interiorización de estos objetos. Pero la clave de este autor está en que la introyección comienza siempre por los objetos frustrantes: por la madre rechazante que no complace al niño como éste necesita, o que el bebé percibe que no le quiere como a una persona independiente, sino como a un objeto parcial, decepcionante.

El niño no puede controlar este factor exógeno abusivo y arbitrario; tampoco puede destruirlo porque acarrearía su propia muerte, ni rechazarlo porque lo necesita para vivir. Para defenderse, lo que su inconsciente va a hacer es interiorizarlo y controlarlo como objeto interno. Mas, para Fairbairn, éste será un “objeto interno escindido”, disociado en una parte *libidinal*, necesaria y atrayente, y otra *antilibidinal*, rechazante y “saboteador interno”. A su vez, el Yo se fragmenta para identificarse con cada una de esas partes, para establecer relaciones parciales de objeto con esos objetos fragmentados; y así el “Yo central” original se disocia en *múltiples yoes*, en dos bandos: el *antilibidinal* que canaliza la agresión, como rechazo del abandono y de la carencia de cuidados o necesidades insatisfechas, y el *libidinal* que *catectiza* los objetos buenos y plenos. Resta hablar de un “objeto ideal”, neutral, observador, ambivalente y completo, que es internalizado por el “Yo central”, integrado.

Las funciones del Yo no son sólo de supervivencia y satisfacción, sino de integración, de superación de las tensiones y carencias para formar la estabilidad y la armonía psíquicas. Porque aparecen las frustraciones, los riesgos, las amenazas a la supervivencia del bebé, y éste se defiende a través del mecanismo de la represión; pero no se reprime la pulsión, sino que se reprimen los objetos catectizados, y además se reprime la parte del Yo fragmentado que ha catectizado esos objetos, y la relación misma entre el Yo *libidinal* y el objeto *libidinal*, o entre el Yo *antilibidinal* y el objeto *antilibidinal*. En esto insiste mucho Fairbairn, en que la instancia represora es el propio Yo, no el Superyó como teorizaba Freud.

De hecho, para este autor el Superyó no es una instancia, sino un conglomerado funcional de distintos elementos estructurales del Yo, en concreto estos tres: objeto *antilibidinal*, Yo *antilibidinal* y objeto ideal. Y la fuerza agresiva, reactiva, no es algo primario como en Freud (pulsión de muerte), sino que es una defensa secundaria ante la ansiedad por la separación, la desaprobación del objeto o la pérdida del amor de éste. Y se dirige al objeto internalizado, para

no poner en riesgo la presencia del objeto externo rechazante, que sigue siendo necesario y puede perderse si se le agrade directamente. “Es preferible ser uno malo en un mundo presidido por Dios, que bueno en un mundo liderado por el Diablo”: para idealizar al objeto materno (o paterno), el sujeto tiene que acusarse a sí mismo.

Así explica Fairbairn el apego a los objetos dolorosos, por pura necesidad, y la agresividad interior, bajo la forma de una culpa sin escapatoria. Joaquín es claro exponente de todo esto, y esta teoría puede explicar bastante de su componente obsesivo y melancólico, si en las fórmulas anteriores descubrimos que el objeto *antilibidinal* es con toda seguridad el objeto materno -y componentes rígidos del paterno-: los escrúpulos morales y religiosos, la represión de la sexualidad, que genera tensiones que no se dirigen al exterior, sino al objeto parcial introyectado en el Yo *antilibidinal*. El objeto ideal en el caso de Joaquín habría que buscarlo en el ideal religioso, la voluntad de Dios, la moral entendida no desde la represión y el sufrimiento, sino desde la paz, felicidad, amor, placidez... en *comunidad* con el Yo, con el *self*.

La otra parte del objeto ajena al Superyó, la *libidinal*, también puede proceder de la madre, y expresarse en el momento presente en Nina. El Yo central, integrado, es el que busca el paciente acudiendo a terapia, y hasta ahora no ha tenido la suficiente fuerza para madurar defensas adaptativas que sinteticen ambos polos en una fórmula viable y estable, flexible con los síntomas y emancipada de la compulsión a la repetición (la onanista y la consecuente culpa y depresión). La génesis inicial del síntoma, como transacción necesaria para lograr una vinculación efectiva al padre exigente y la madre escrupulosa, marcó la estructura que constituye el Yo escindido del paciente, que lucha en conciencia contra sí mismo, y en sí mismo encuentra también consuelo y deseo de una autonomía eficaz y una mayor libertad de esos objetos, una pugna menos tensa y costosa entre las partes *libidinales* y las *antilibidinales*.

En Fairbairn la depresión del sujeto tiene una significación diferente a la melancolía narcisista; es una elección subjetiva más ligada a las relaciones de objeto, al trauma del que ha sido víctima real, al temor a la pérdida y la carencia, a la agresión contra uno mismo y los objetos internalizados para proteger siempre el objeto externo vital (o su reemplazo, o su símbolo y recuerdo). La realidad externa es consciente, y la interna inconsciente, y en la terapia se trata de hacer consciente lo inconsciente, que es llevando lo interno al exterior y a las relaciones reales con las figuras del entorno -con Nina y lo que ello implica, en relación con otros objetos precedentes.

**Enrique Pichón Rivière** también sustituye la noción de impulso freudiano por una relación propositiva con el objeto, bajo la forma de una “estructura vincular”, y focaliza el análisis y la terapia en los niveles conscientes y preconscientes del sujeto, más que en el inconsciente. También sitúa a la posición esquizoide como la básica de la relación transferencial, y habla de una dialéctica de circuitos cerrados, asfixiantes, “dilemáticos”, “congelados”, que son

expresión enfermiza de la neurosis, y la necesidad de trabajar la apertura a otros circuitos de “espiral dialéctica”, abiertos, ampliados, “descongelados”, donde haya inclusiones de terceros, explicitaciones de lo implícito, exteriorizaciones de lo interno, nuevas socializaciones y transformaciones grupales, sistémicas y también económicas.

Una idea clave de Pichón Rivière, que también ha difundido profusamente **Jorge E. García Badaracco** -autor relacional inequívoco a mi juicio-, es la de la “enfermedad única”; esto es: que cualesquiera que sean los síntomas, patologías, estructuras vinculares, diagnósticos y pacientes, la etiopatogenia del trastorno del vínculo es siempre la misma: la “situación depresiva básica” de saberse en la tierna infancia rechazado por la madre (por la figura de apego), no querido, no amado por cómo uno es y decepcionado; y la necesidad por consiguiente de ganarse el amor condicional de la madre a través de defensas, construcciones, síntomas e imágenes que tapan al exterior un interior de vacío y fragmentación, un pozo de angustia y soledad. Se trata de una idea en cierto punto convergente con los que postulan la psicosis universal, la psicosis única, o el fondo melancólico inconsciente en todos los seres humanos, y que puede explicar esta tendencia subyacente de nuestro paciente, más allá de su estructura obsesiva y escrupulosa con la moral.

**Harry Stack Sullivan** también entiende el síntoma desde la perspectiva relacional, que él llama “psiquiatría interpersonal” y que tiene un significado holista en la manera de concebir al sujeto: todo él es resultado de la interacción social, del intercambio originario entre el bebé y la madre, de modo que no hay ninguna personalidad o *self* que resida *en* un interior corporal, sino que el *self* del sujeto se manifiesta siempre en la interacción con los demás, *entre* el espacio social (paradigma interpersonal o *intersubjetivo*).

En el espacio interpersonal o comunitario rige el “principio de adaptación” del bebé a las exigencias y condiciones de los adultos para mantener los vínculos imprescindibles de relación; el bebé aprenderá desde el principio a evitar la tensión con la madre y la reprobación emocional, empleando el mecanismo selectivo de la *disociación*, como una de las “operaciones de seguridad” -término análogo a los mecanismos de defensa-, como también lo pueden ser la “desatención selectiva” o el “otro ilusorio” (la representación del otro intersubjetivo distorsionada, sesgada, ilusoriamente segura y satisfactoria: una madre tierna e indulgente, por ejemplo).

La “ansiedad de la ansiedad”, la angustia anticipada, constituye el principal mecanismo patógeno porque lleva inconscientemente al paciente a establecer patrones restringidos de relación (llamados “patrones yo-tú”) que sesgan la realidad para crear una sensación suficiente de seguridad, resguardada en patrones mistificados, ficticios, ilusoriamente libres de angustia, cualitativamente agradables al “yo bueno” (para Joaquín éstos serían el deber moral, religioso, marital, la dependencia del objeto y de la voluntad de éste). El sujeto se aleja

espontáneamente de los “puntos de inseguridad” -la libertad y la emancipación- para acercarse a terrenos intersubjetivos seguros, aunque revestidos de patología (rigidez, inflexibilidad, repetición). La restricción de las posibilidades de búsqueda de satisfacción, en beneficio de sensaciones ilusorias de seguridad, es el punto de partida de la psicopatología.

“La historia del desarrollo de la personalidad es, en realidad, la historia del desarrollo de las posibilidades de las relaciones interpersonales”. La idea clínica de Sullivan es la de ampliar los datos reales de la vida del paciente, de todas sus interrelaciones, que estaban restringidos en la conciencia por efecto de la patología mental, por esas “operaciones de seguridad” construidas en el contexto relacional para gestionar la angustia. Se persigue trabajar una “expansión del *self*” dirigida a tomar conciencia de todo lo necesario para servir al duro esfuerzo de la asimilación (adaptación).

La obra de **Donald Woods Winnicott** también vuelve a hablarnos de la madre, más si cabe que los autores previos: nos interroga cómo pudo ser la madre del paciente, aquella función maternal que modela la constitución psicológica del bebé del nacimiento en adelante, y que Winnicott presenta en la triple dimensión ya célebre: el sostén *-holding-*, tanto físico como mental (contención de los impulsos del bebé, de las angustias persecutorias, los miedos fragmentadores, las ideas de muerte o de perplejidad); el manipuleo o manoseo *-handling-*, que no es más que libidinizar el cuerpo del bebé con el contacto físico para procurar en la pequeña criatura la integración psique/soma y su individuación; y la presentación de objeto *-object-presenting-* para introducir al bebé paulatinamente en el mundo exterior, guardándole saludablemente la omnipotencia narcisista mientras él va devorando su curiosidad y digiriendo todo un mundo de novedades y misterios en torno y fuera de su cuerpo.

Todas estas variables pretéritas, fundamentales para la gestación del *self* de Joaquín, reconocemos que han sido poco exploradas porque nos hemos centrado en las relaciones más actuales; pero en las sesiones sí aparecían numerosas alusiones que correspondían más al objeto femenino que en el presente sostiene, manosea y conecta al paciente con el mundo relacional, que es Nina. Además, las tres mismas funciones que marcan el *ser o no ser suficientemente bueno de la madre (de la mujer)*, son las que ha de repetir el terapeuta con el paciente en el curso del tratamiento, y nosotros hemos tratado de seguirlas con honestidad y espontaneidad según lo indicara cada momento vivencial.

Mas existen dos grandes aportaciones teóricas de Winnicott al caso, que son específicas de este genial autor inglés. Una es la consideración del análisis no como una técnica reglada, cerrada, rígida y estereotipada de partida (un *game*), sino como un encuentro relacional que se desarrolla en forma de *play*: juego abierto, creativo, emergente, negociado con el paciente, menos asimétrico con el otro de la relación y más implicado en las vivencias conjuntas, las representaciones, las devoluciones del terapeuta a la otra persona; y no un trabajo

unidireccional a la manera ortodoxa. He de decir que este formato de *play* lo hemos seguido desde el primer momento, pues el contexto terapéutico se ha ido construyendo sesión a sesión, sin materiales o reglas previas, en el producto intersubjetivo que creábamos cada día entre los dos, de una manera ciertamente *transicional* para uno y para otro; un psicoanálisis relacional que no era de uno u otro sujeto, sino de los dos, y de ninguno (de hecho éste es el *fenómeno transicional* del que habla Winnicott).

La interpretación del analista es parte de este juego también: es una apuesta, un ofrecimiento, una sugerencia, una tentativa para ver qué pasa o como elaboran la siguiente jugada entre los dos; es algo a negociar entre las partes. Hay una mutualidad entre paciente y terapeuta, una bidireccionalidad, conservando no obstante una asimetría; como terapeuta he revelado a veces contenidos personales míos, ideas propias, creencias, recuerdos o fantasías, con el fin de aportar desde mí al análisis que estábamos construyendo los dos sobre la vida y producciones de Joaquín.

Y, cuando he sentido que era oportuno, también he dejado que el paciente me usara como objeto -así lo recomienda el autor y su discípulo entusiasta **Christopher Bollas**, y estoy de acuerdo con esto que para mí siempre ha sido algo “sabido no pensado”-; dejaba que Joaquín me utilizara para sus necesidades saludables de la sesión, como interlocutor y observador de su intimidad y elecciones, participe del juego abierto y el modelaje, un par suyo en el proceso de transición a una realidad más flexible, confiable, recíproca y maleable. He de decir que en absoluto me siento *abusado* o agredido de esta instrumentalización, sino bien acogido por Joaquín. En la transferencia recíproca no he percibido que conmigo el paciente estuviera enfadado, irritable o se mostrara pasivo-agresivo, como sí se quejaba de él Nina; mi actitud de acogida, escucha y empatía hacia él y sus temores sin duda han facilitado este cauce saludable de la mutua confianza y validación, en cierto modo un “objeto transformacional” para el *self* del paciente, que también lo ha sido en gran medida para mí.

La otra cuestión que remite tanto a Winnicott como a Bollas, y que es sustancial al caso, es la creencia franca en la existencia de un verdadero *self* en el paciente, y la atribución de los síntomas y las defensas a la armadura de su *alter* falso.

El falso *self* de Joaquín -el *personaje* que diría Badaracco, el disfraz que resguarda tras de sí a la *persona*- tiene una naturaleza esencialmente defensiva, conservadora, depresiva; tapa y escapa de un vacío, personal y familiar, al cual se vería abocado el paciente si no tuviera esa coraza protectora. El *self* verdadero habita detrás del falso, pero es tan inmaduro, que no ha podido ser desarrollado -apenas lo vemos-, y no podría sobrevivir ante el mundo sin el parapeto del falso. El *self* verdadero sólo puede desarrollarse desde la capacidad de la madre, por la respuesta de ésta al gesto espontáneo del bebé, a su pretendida omnipotencia; si la madre no sabe o no puede respetar esta omnipotencia porque la suya también está en juego (su ser falso-materno no permite concesiones ni rivalidades y vive en la ilusión del goce

materno, en los escrúpulos religiosos y la sublimación sexual, podemos nosotros pensar), entonces anula y frustra la omnipotencia infantil antes de tiempo, le devuelve mala imagen, mala mirada al bebé, ansiedad, peligro, dolor, *temor*. Y, paradójicamente, el falso *self* que desde aquí edifica el bebé progresivamente se agarra a la ilusión defensiva, a la pretendida omnipotencia, y a una vida mental irreal. Joaquín desarrolló una fantasía sadomasoquista, desapegada del mundo, entregada al goce materno, a otros síntomas, al narcisismo... y así llegó a la vida adulta, al momento de las relaciones con otras mujeres, y finalmente a la demanda de los tratamientos.

Bollas afirmaba que el *self* es "objeto de nosotros mismos", que nos tratamos como hemos sido tratados por nuestros objetos parentales. Y Joaquín en efecto se califica y trata a sí mismo como intuimos que la madre se dirigía hacia él, con recelo y temor de la sexualidad, vacilando de sus elecciones y de su misma subjetividad.

La labor en la terapia entonces ha de ser la exploración del verdadero *self* de Joaquín, en el espacio intersubjetivo de las sesiones y en las verbalizaciones y emociones del paciente, para traerlo a la conciencia, descubrirlo, ejercitarlo, fortalecerlo, ganar confianza... con la esperanza de la transferencia al ambiente real, a las relaciones contextuales del sujeto que le permitan comportarse, sentir, pensar de otra manera, más profunda y libre, más independiente y satisfactoria con el entorno, con Nina y cualesquiera otras personas, menos dependiente de la mirada o el afecto de ellos, de los valores ajenos, de la abstinencia o la repetición de impulsos sin sentido.

**Wilfred R. Bion** llama *función alfa* a la función de pensar *no saturada* que se caracteriza por ser creativa, manipulativa, inventiva, divergente, nueva (el correlato intelectual del *play* de Winnicott), frente a la saturación de la inercia, las *partículas beta* que mantienen los esquemas ya sabidos y creídos *desde siempre*, repetitivos, conservadores, identificados con los objetos parentales y la norma familiar o ambiental. En Joaquín bien podríamos leer sus escrúpulos morales, compulsiones sexuales de repetición y ataques depresivos fulminantes, con abulia y astenia extrema, como *partículas beta* que ante todo le impiden pensar (*thinking*).

Sin embargo, la función *alfa* se desarrolla principalmente a partir de las experiencias frustrantes, porque las experiencias de satisfacción refuerzan los esquemas conservadores y por tanto no generan *thinking*. Esto significa que a la hora de la terapia, hay que trabajar y aprender de las experiencias negativas -también de las positivas-, y ampliar los modelos de la mente a partir de las experiencias y valores que se tienen, que son reales y verdaderos. Adoptar visiones más poliédricas, binoculares, menos saturadas, no siempre lo mismo que se repite una y otra vez -que es la demanda y la vergüenza de nuestro paciente.

La escuela de **Heinz Kohut** recibe el nombre de Psicología del *Self*. De acuerdo a esta

teoría, durante el período del narcisismo primario el Yo se mira en el espejo, que es el *objeto arcaico* (o sea, la madre de Joaquín), y se construye por la mirada que éste le devuelve, por lo que ve en él, transmite, dice, toca, quiere... El objeto del *self* va a ser quien conforme el propio *self*. Tales objetos, por tanto, serán percibidos como una extensión del *self*, como objetos de la propia omnipotencia infantil, donde se descarga la libido primitiva. Son objetos que, al ser vivenciados intrapsíquicamente, proporcionan la experiencia de cohesión al *self* y de continuidad en el tiempo.

En el proceso de diferenciación Yo-no Yo, *self*-objeto, la libido narcisista, primitiva, tendrá dos caminos paralelos y simultáneos para desplegarse en la vida del deseo, en la búsqueda del objeto y la conformación del *self*. El primero es el que proporciona el objeto internalizado, la representación del objeto del *self*, que de externa (la madre arcaica o especular -y también el padre-) se hace interna, se introyecta como *imago parental idealizada*, como un objeto del *self* omnipotente que seguirá su curso para constituir el *Ideal del Yo* y la instancia crítica, censora y represora del Superyó. Es idealizada porque necesita para su supervivencia preservar la omnipotencia, que desde su origen interno narcisista se proyecta sobre el objeto, sobre los padres de Joaquín (especialmente la madre y su respuesta al *temor* de Dios y la abstinencia sexual). Así permite la edificación de un *self* al principio precario, débil, que irá fortaleciéndose tratando de imitar el modelo perfecto que él mismo ha proyectado en el exterior, y que guarda copia en el interior de la psique, en la *imago* parental.

Aunque partamos de objetos del *self* reales y competentes -madre y padre suficientemente buenos, figuras de apego seguro, quién sabe si lo fueron de Joaquín-, como las *imago*s parentales primitivas son necesariamente idealizadas, perfectas para mantener a salvo la omnipotencia proyectada del narcisismo infantil, y como siempre van a existir perturbaciones inevitables en esta *imago* parental idealizada, siempre va a haber fallos paternos o maternos en el espejo, descuidos y limitación en los cuidados. Y como el narcisismo además empuja para ser algo diferente al modelo parental, algo singular y propio, el *self* también se va a constituir en un punto de ruptura con la *imago* parental idealizada, y ese punto Kohut lo llama *self* grandioso.

Así tendremos, por tanto, la diversificación primitiva de la libido narcisista, que especularizada en la *imago* parental idealizada se dirigirá hacia el amor objetal, la investidura de los objetos externos y los ideales, proyectos, deseos de objetos, etc.; e investida en el *self* grandioso, en el sí mismo como sujeto, se abrirá a la autoestima y a la propia idealización. La tendencia a la auto-idealización, en lugar de idealizar el objeto -y la *imago* proveniente de él-, ocurre cuando, siguiendo el modelo de la tensión de Freud, hay carencia de amor objetal, por fracaso de los padres en su función de modelos objetales, o de cualquier modo porque la idealización parental ha resultado frustrada en el contacto del *self* con la realidad del objeto, y por tanto se produce un exceso de libido narcisista, de *self* grandioso que trata de suplir las



insuficiencias de los objetos del *self*.

Podemos especular con el carácter de la madre de Joaquín: una mujer tierna pero quizás también depresiva, inhibida, regresiva, conservadora, replegada en sí misma en un narcisismo defensivo; un *self* grandioso que le restaba amor objetal, un *self* que no necesitaba ni le estimulaba a complementarse con otro objeto, con su hijo, sino mantenerse más entera ella misma, con los escrúpulos morales estrictos ajenos a las necesidades y deseos libidinales del hijo.

Y también con el padre, pues ante estas inhibiciones y represiones de la madre, respecto a la crianza del hijo, él parece que mantenía una rigidez autoritaria, más fría e indiferente, quién sabe si arbitraria y ambivalente, si vacilante o incoherente en los afectos e insuficiente en la cercanía, la comprensión y complementariedad con los demás objetos. El resultado de una y otra identificación fue la estructura obsesiva que hemos diagnosticado en el paciente, con una base melancólica.

La función del terapeuta consiste en suplir tales deficiencias de los objetos del *self* y ayudar al paciente a reencontrarse con esa especularización mal elaborada en el pasado, a alimentar la autoestima. Y, muy importante: no desde la artificialidad o la compasión, sino desde el origen, desde la empatía, el sentimiento compartido y auténtico del *self* de la persona, hasta la confianza de paciente y terapeuta en los respectivos *Sí mismos* y en los respectivos objetos del *self*, haciendo que estos se vuelvan confiables para sostener adecuadamente las *imágenes* parentales, los modelos de la identificación. La teoría dice que el analista primero satisfará provisoriamente las necesidades primitivas de *objeto arcaico* del *self* -la madre, el espejo de la fusión y la cohesión del *self*-, y posteriormente, si todo evoluciona bien, atenderá las necesidades secundarias de la *imagen* parental idealizada -el padre, los ideales normativos, los límites, la interacción con los objetos diferentes de la realidad.

En el caso de Joaquín, ambas partes aparecen algo confusas, pues la cohesión del *self* está bastante consolidada, a nuestro juicio, mientras que la *imagen* más deteriorada es -paradójicamente- la materna, la femenina que acarrea conflictos con la sexualidad y con las mujeres, cuando la *imagen* parental y las elecciones autónomas y funcionales de la vida han llegado a cotas de suficiente éxito personal. De hecho, resulta curioso que de las cinco transformaciones del narcisismo que el autor concibe como logros del Yo y actitudes saludables ante la vida (creatividad, habilidad para ser empático, capacidad para contemplar la propia finitud, sentido del humor y sabiduría), Joaquín puntúa positivamente en todas ellas.

**Stephen A. Mitchell** formulaba la metáfora básica de la teoría que sintetiza todo lo visto hasta ahora en un esquema sencillo: la *matriz relacional* del sujeto, la configuración de las relaciones que lo constituyen, se erige como la forma actual que trasciende todas las dicotomías pensadas previamente para separar a los sujetos de los objetos (y tantos otros

fenómenos dicotomizados: biológico y psicológico, intra e ínter-psíquico, afectivo y cognitivo, pulsional y relacional.... también la *naturaleza* y la *voluntad* de Joaquín...), y que no son otra cosa que bandas de Moebius donde la cara interna pronto se vuelve ella misma externa, para más tarde volver a internalizarse, y viceversa. No hay que ceder ante las categorías, sino replantear el problema fundamental de la existencia humana en nuevos términos, y estos nuevos términos sólo pueden ser relacionales.

El intercambio interpersonal no es simplemente la puesta en acto *-enactment-* de las representaciones internas adquiridas del objeto, de los escenarios intrapsíquicos y relaciones de objeto internas, pero tampoco es el mero reflejo de relaciones interpersonales actuales. Los seres no somos cuerpos físicos independientes que entran en contacto con otros cuerpos físicos, y la mente no existe en aislamiento, individualidad, separada de cualquier otra mente. Tampoco somos seres instrumentales que utilizamos los objetos como estímulos o receptores de nuestros esquemas conductuales aprendidos, ni como fines de pura descarga pulsional; realmente no usamos los objetos para satisfacer nuestras necesidades, sino que tenemos necesidad primaria de relacionarnos con los objetos (con las otras personas), fines en sí mismos y parte de nosotros mismos. Nos estructuramos a partir del vínculo con el otro, y las necesidades biológicas cobran sentido en la estructura de la relación primaria y en la predisposición biológica y psicológica a “estar-con” el objeto.

Así pues, todo esto se cristaliza en la *matriz relacional* de un sujeto, que para Mitchell se compone de tres polos o dimensiones: el polo objeto, el polo *self* y el polo de la interacción – transacción – intercambio. Además, hay un cuarto elemento fundamental añadido, que es el rol agente (*agency*): el sentimiento subjetivo de ser agente de la propia acción, protagonista potente del *self*; es el rol activo del sujeto en la recreación interna de su propia experiencia.

El analista se situará siempre dentro de la matriz relacional del paciente, no pretenderá salirse fuera, y buscará con las distintas herramientas analíticas “tender puentes” entre las experiencias del paciente y del terapeuta, respetando la dignidad y subjetividad de unas y de otras, en plano de virtual igualdad. Es lo que hemos intentado con Joaquín: trabajar tanto el pasado del paciente con sus figuras de apego y relaciones juveniles, como especialmente el presente con su pareja Nina, las relaciones del *self* con estos objetos, desde el interior de cada uno y sin atender a normas o modelos de fuera, ideales o autoridades, que no sean las que ya forman parte de la matriz que trae el paciente a sesión y la que nosotros tejemos con él a cada momento. Hemos evitado una deslegitimación de los escrúpulos religiosos, por ejemplo, o de las vacilaciones neuróticas en tantos campos, comprendiendo que son aspectos del *self* que cumplen su función y tienen un valor subjetivo y necesario, y deben encontrar el vínculo y la transformación viable en el curso del tratamiento, con paciencia y buen análisis, para pasar de ser *hándicaps* del ánimo del paciente a constituirse en metas saludables de su deseo y conducta.

El objetivo terapéutico para Mitchell es ensanchar esta matriz relacional para permitirle al *self* del paciente nuevas experiencias en sus relaciones con los demás, eligiendo permanentemente nuevas opciones creativas, constructivas, que puedan convivir saludablemente con los significados que ya acumula, que le confieren singularidad y pasado, continuidad a su *self*. Hay un rechazo tajante a los modelos clínicos normativos que categorizan la realidad en salud y enfermedad, y a los modelos prescriptivos que trazan una psicogénesis defectuosa en comparación con un desarrollo virtual supuestamente saludable. Joaquín sufre patología, es cierto, pero no es ningún enfermo obsesivo o depresivo, pongamos por caso, pese a que la reflexión subjetiva acerca de la naturaleza de su organismo paulatinamente le esté llevando a pensar y conformarse con esto. Es tarea del tratamiento no dejarle caer ahí.

Terminamos el recorrido con las aportaciones de los autores de la *Teoría de los Sistemas Intersubjetivos*: el grupo de **Robert D. Stolorow, Donna Orange y George E. Atwood**, más el afín **Bernard Brandchaft**. De este último se ha dicho que ha fundado una suerte de “psicoanálisis emancipatorio”, porque todos estos principios técnicos, relacionales, derivados e interconectados con los trabajos posteriores a Mitchell, no están llamados a ser complementos accesorios de una sola corriente psicoanalítica, sino que -en términos paradigmáticos- quieren caracterizar globalmente a toda la práctica analítica.

La revolución de los autores *intersubjetivos* consiste nada menos que en desechar clínica y teóricamente de raíz la “hermenéutica de la sospecha”, ingrediente fundamental de la ética freudiana desde el comienzo del psicoanálisis, la que lee e interpreta en el discurso del paciente, por todas partes, negaciones y distorsiones inconscientes, *lapsus* y actos fallidos, siempre con un signo negativista, pulsional, mecanicista, narcisista, sintomático, como nota característica y deficitaria de los procesos primarios inconscientes. En su lugar, la nueva clínica relacional aboga por la inédita “hermenéutica de la confianza”: la posición técnica ha de ser más igualitaria entre terapeuta y paciente, más recíproca, bidireccional, sistémica en definitiva; hay que generar conocimiento por medio del intercambio, del interjuego simultáneo y emergente, la intersubjetividad entre una y otra persona, no sólo mediante la transmisión unidireccional o alternante de uno hacia otro.

Ambos tienen algo que enseñar al otro, y es el paciente quien probablemente tiene más razón que el analista a la hora de juzgar su propia experiencia personal, como ya dijo Kohut. La relación, por tanto, ha de basarse en la confianza mutua, entera de uno en el otro y viceversa, la verdadera alianza.

Si se produce resistencia, por ejemplo, ello no es por culpa y déficit del paciente, sino que éste muestra una actitud “heroica” ante la opresión de la que es objeto por parte de un analista demasiado invasivo, brusco, seco, falto de empatía o precipitado en sus devoluciones o inquisiciones. El paciente en realidad está luchando por su supervivencia, por el respeto a su

intimidad y su dolor, por el rol agente de su propio inconsciente y la directividad en la terapia.

La relación analítica de confianza en el otro (el paciente en mí, y yo en él, en su honestidad, franqueza, inteligencia) es la propia herramienta para solventar estos contratiempos, las tensiones dialécticas inherentes a todo sistema intersubjetivo, el juego entre las varias partes donde mayormente se confía en el otro y se le respeta, en lugar de alojar sospechas. La ética de la responsabilidad expone también la figura del terapeuta por completo al encuentro con el otro, con la parte sana y potencial, estimulante y desafiante del otro; no es la autoridad técnica del psicólogo clínico la que entra en juego, sino la persona entera de éste, tal como se halla en terapia la persona entera de Joaquín.

Es, por tanto, una visión existencial muy distinta del paradigma clásico del animal pulsional que se angustia terriblemente para adaptarse a la realidad, sufre persecuciones y amenazas de muerte, de fragmentación y aniquilación, antes de integrar los objetos en un todo amoroso y favorable, antes de constituirse como un sujeto independiente y separado. Este mito de la mente aislada y separada del exterior, la concepción *cartesiana* -dicen los autores intersubjetivos- de una mente autónoma y singular, de un Yo y *self* constitucionalmente separados del resto ambiental, es la principal base del pensamiento pulsional, del motor psicobiológico interno en los humanos que busca satisfacerse en objetos externos.

Por tanto, no cabe la dicotomía en el paciente -en la intersubjetividad que existe entre Joaquín y yo- de resignarse a la naturaleza depresiva, abúlica y compulsiva, o bien confiar decididamente en una voluntad narcisista y animosa. No hay barreras que fuercen a elegir un solo plato de la balanza, ni manos salvadoras que sean ajenas al cuerpo/mente/alma de los sujetos, ni corrientes de agua fría o lámparas encendidas separadas realmente del *self*, del otro, del campo intersubjetivo de la psicoterapia, de la existencia humana misma de Joaquín en medio de su entorno relacional y sentimental, presente y pasado. En adelante hay que buscar, desear, pensar, sentir, trabajar... por todo ello y a la par, en pos de la verdad (ínter)subjetiva más allá de la apariencia *cartesiana* de los objetos y de la Ciencia.

#### 4. Técnica y terapéutica del caso. Discusión final

Con Joaquín mi actitud clínica ha querido ser desde el comienzo la que Donna Orange ilustra con la imagen de la “tienda de Abraham”: la que en el desierto aloja al forastero en todos sus lados, en todos los rincones del *self* del analista, para dar la confianza al extraño, al alienado, de que ahí puede pasar la noche con la suficiente seguridad; la empatía, la honestidad y la acogida como persona, más allá de los síntomas y las intimidades.

Esto es algo que conecta con mi propia actitud ante la vida, de la que es una extensión la forma de trabajar en terapia, y mi misma formación psicoanalítica, que ha alternado a lo largo de los años distintos paradigmas (freudiano, lacaniano, relacional) para encontrar un sitio

singular, propio, ecléctico en la forma pero asentado firmemente en la raíz -teórica, metafísica, vivencial- de la creencia en el otro -en uno mismo también-, en el verdadero *self* del otro que existe escondido, agazapado, aletargado detrás de la coraza de la patología mental, del síntoma. La creencia subjetiva de que el *pathos* es ante todo sufrimiento, y no enfermedad o déficit, y que es una realidad verdadera, íntima de la naturaleza humana, vínculo común de todos con todos, de los pacientes con nosotros y nosotros con ellos, a través de la herramienta -más bien la actitud- de la empatía. Y más aún, la creencia profunda en la trascendencia del ser humano, en la providencia más allá de los simples -o complejos- determinismos, la fe en que la relación con los demás, desde los padres hasta los hijos pasando por la pareja y los amigos, por el terapeuta y por -digamos- el Otro; esto es lo que salva a los sujetos de la alienación, de la soledad (la melancolía) y de la misma locura.

En fin. Pude ver que Joaquín, por su forma de expresarse, mirar, maniobrar con los músculos faciales o con las manos, por el material que relataba, recordaba, asociaba, interpelaba, meditaba... por estas y tantas otras cosas que emergían de la ocurrencia o concurrencia de los *enactments* en sesión, era un paciente propicio para el paradigma relacional, y su consiguiente *setting*: terapia hablada, no directiva, emotiva, libre asociativa, vivencial, espontánea, empática, franca, honesta, lúdica, interpersonal... en resumen: intersubjetiva. Ni uno ni otro sujeto, sino los dos en interacción terapéutica, en transferencia recíproca, en juego creativo y abierto, transicional y transformacional, en sintonía y acompañamiento mutuo, en *fronesis* y no bajo mandatos o cánones "técnicos" de cualquier índole -analíticos, cognitivos, conductuales, *gestálticos*... daría lo mismo-.

Cuando el paciente acudía a sesión yo no percibía que él buscara análisis como tal, ni tampoco afirmación y validación. Sentía que quería otra cosa: la relación confiable con el profesional para encontrar respuestas a los misterios de su vida, de su afecto, de su ánimo, más allá del intelecto y de una supuesta *verdad* individual. Buscaba vínculo, orientación y ayuda para meditar y alcanzar la libertad de sí mismo, la continencia de las compulsiones sexuales, la maduración de sus relaciones afectivas; en realidad buscaba una especie de *verdad comunitaria*, posibilista, proactiva y prosocial, que trascendiera de sí y llegara a ese otro que él quiere proteger, cuidar, amar, pero que no lo consigue sin tratarse a sí mismo de una manera culposa, vergonzosa, desesperanzada, prisionero de sí mismo. Es la clave relacional la que Joaquín está demandando, la que integra lo que él siente, piensa, actúa, vive, con lo que quiere compartir, dar y recibir de los objetos, en un marco de albedrío, independencia, libre voluntad y responsabilidad cristiana a la vez; en un sentido no sólo del bienestar y el poder positivos, sino también en el reverso depresivo de la vida: el sufrimiento propio y vicario, y el *compadecimiento* consigo mismo y con el otro del afecto y la relación.

La apuesta mutua de los dos -implícita todo este tiempo, pero real- consistía en poner en práctica, en el pensamiento, el afecto y la acción, la *nueva hermenéutica* del paradigma

relacional, la que descansa tranquila en la confianza en la persona y deja atrás las sospechas mientras tenga motivos por los que fiarse del otro -que es un extraño, sí, pero honesto y paciente-, y darle la hospitalidad que ansía en nuestra propia tienda. Repito, así uno con el otro, uno confía en el otro y viceversa, el clínico con el paciente y el paciente con el clínico.

Frente a la sospecha psicoanalítica inculcada y prescrita sistemáticamente por Freud, en el paradigma relacional es necesario que el analista atempere un grado mínimo de duda, de cierta sospecha respecto a la “verdad” consciente que aporta el paciente, a la vez que muestra una confianza plena en el *self* verdadero, bueno, sano, responsable y honesto del sujeto que está sufriendo, aquello que va más allá del síntoma. La sospecha puede servir, si acaso, para leer el síntoma, pero no para negar, ignorar o humillar más a la parte sana del paciente -su verdadero *self*, su auténtica *verdad*-. Por eso, en el fondo hemos de hacer compatibles ambas perspectivas, y en esta solución constructiva hallaremos la clave del análisis del caso y de la relación terapéutica fructífera.

Por la vía de la confianza y la humildad, pronto nos toparemos con el sufrimiento del otro, con el drama de esa existencia, los traumas acumulados, las angustias a veces desgarradoras, los dolores no elaborados y a flor de piel, las defensas precarias e insuficientes que han ido jalando la historia de la psicopatología de Joaquín. Que confluye también con la nuestra en ese momento, y lo seguirá haciendo en adelante. Y ahí es donde se pone a prueba nuestra sensibilidad, nuestra ética, donde el paciente nos conoce a nosotros, más que le conocemos nosotros a él; donde nos pone a prueba y hemos de salir airosos para poder profundizar en el análisis, a riesgo de perder al paciente, o retraumatizarlo inapropiadamente -como advertía Ferenczi.

Joaquín podría parecer una persona que, *comparativamente*, no ha sufrido tanto en su vida, que ha sabido llevarla con bastante autonomía y libertad, inhibiéndose de contactos personales dolorosos o pasionales, cuidándose de las relaciones conflictivas hasta dar con Nina, e incluso desde entonces da el aspecto de haber llevado una vida mayormente apacible, complaciente, sin arriesgar, contemporizaba con los problemas ajenos sin padecer ninguno en profundidad.... Bueno. Una mínima mirada comprensiva, empática, incisiva sobre las fallas del paciente, sobre las heridas de su vida y las consecuencias que arrastra, sobre los traumas que revela, o que tapa, y los síntomas que padece... nos convence de la arrogancia y falsedad de nuestro aserto, de la intimidad real del sufrimiento de Joaquín, del vacío de su historia relacional, la culpa aterradora de sus fantasías y sus compulsiones, y la depresión contumaz, despiadada, que le castiga en contra de su voluntad y albedrío.

A poco que le íbamos conociendo, en la sesión se palpaba el sufrimiento, la dolencia, la referencia a momentos de muerte, de desesperación, de melancolía.... de aletargamiento en una corriente fría, hibernando, abúlico, como muerto, necesitando de manos cálidas que le rescataran de la inercia. La emocionalidad y la honestidad del paciente en sesión constituían las

mejores pruebas que daban testimonio y fe de su dolor anímico, o tanto más, moral.

Ahora bien: todos tenemos la capacidad -que es nuestro verdadero *self* de terapeutas- para conectar ese sufrimiento que nos evoca el paciente, con la misma terapia -y nuestra misma vida- de una manera que sentimos, profundamente, que queremos y vamos a ayudar al paciente como éste lo espera o lo necesita de nosotros; y que realmente así lo estamos haciendo en el momento oportuno con él, en sesión, de la forma en la que podemos en esa especie de *enactment* que está concurriendo en ese momento.

Para llegar al sufrimiento del otro, percibirlo, acogerlo, contenerlo, validarlo, acompañarlo, elaborarlo... para curarlo de alguna manera, incidental del momento y terapéutica en el curso de la relación confiable, la vía de acceso más importante, útil y *verdadera* no es más que *nuestro mismo sufrimiento*, nuestra experiencia deficitaria, insuficiente, temerosa, vulnerable, acoplejada ante el mundo; y junto con ella la fuerza de nuestra lucha, el emprendimiento para no conformarnos con nuestro sino, sino querer cambiarlo a mejor y buscarlo en los demás. Que nuestra ética individual nos impulse a responsabilizarnos de la vida de los otros, de los otros disponibles y accesibles a nosotros, no para satisfacción narcisista de nuestro ego, sino más allá, para satisfacción -narcisista o simplemente existencial- del ego de los demás, que redunde en un circuito intersubjetivo en el que somos origen, parte y resultado, y más aún, esperanza y realización, e incluso me atrevería a confiar que también trascendencia y providencia para el otro y para nosotros mismos.

Si la realidad desbordable del sufrimiento nos puede hacer caer en una ética -llamémosla así- “depresiva” (*melancólica*, como Joaquín parece ir meditando y asumiendo con pesar), el esfuerzo por llegar al otro y trascender esta realidad, por aspirar a un cambio para el que se necesitan ambas partes, transmuta esta “depresión” en acción, el drama es razón de ser del movimiento dialéctico y de la lucha para mejorar. Desde la filosofía y desde cualquier corriente psicoanalítica, sabemos que lo que no tenemos, lo buscamos fuera, en los demás, y eso pasa con nuestro deseo de paz, de esperanza, de felicidad y relación. Y, dándole la vuelta a la reflexión existencial, lo que tenemos, es lo que aportamos para entablar una relación de iguales con los otros: nuestra experiencia y sufrimiento, nuestros traumas y luchas, nuestra verdad que aspira a una verdad mejor en contacto con el otro, y más allá.

Un *eslogan* intersubjetivo dice que “nuestros recursos provienen, en general, de nuestro pasado traumático”, y en esto no nos diferenciamos esencialmente los terapeutas de los pacientes -aunque las experiencias traumáticas de unos y otros hayan sido enormemente distintas, las pérdidas o los daños.

Alejandro Ávila tiene otra bella metáfora que viene al caso: “artesano de necesidades y tiempos, el psicoterapeuta realiza sus obras con restos de naufragios”. El analista trabaja para enderezar una nave que parece que va a la deriva -en aguas frías, añado yo-, tal como es la relación terapéutica con un paciente grave, traumatizado, defendido, obsesivo, melancólico,

reacio al cambio o asqueado de los ciclos de la vida, de las servidumbres naturales y artificiales del supuesto albedrío, inserto en un tratamiento psicológico de sesiones de media hora demasiado espaciadas entre sí, como es este caso. El combinado de paciente y terapeuta estamos remando juntos en la misma barca, en un mar embravecido y convulso, sin saber bien el rumbo ni el destino de la navegación, a dónde vamos a parar, pero siempre con la actitud saludable y emergente de mantenernos a flote y buscar tierra.

La botella del naufrago (Joaquín) es el continente duro y al mismo tiempo frágil -el falso *self*, en verdad como cristal- que guarda los preciosos contenidos y significados del sujeto, y que debemos aprender, tantear y trabajar en equipo con el paciente para abrirla, en las dosis adecuadas, y tratar de leerla a lo largo de las sesiones de la terapia. Cómo el paciente grave, desesperado, confundido, deprimido, cansado... puede, con nuestra ayuda y esperanza, encontrar su propia voz en un mundo de ecos, de reverberaciones y mensajes ajenos, en una oscuridad espesa que nos esforzamos Joaquín y yo por atravesar juntos.

El objetivo es que el paciente nunca llegue a estar, aunque lo sienta y lo parezca, “fuera de sí”, fuera de la barca y ahogándose en el mar, perdido en la oscuridad o solo en el camino -en el caso de Joaquín: catatónico, melancólico, abandonado, sumergido cual lagarto en agua fría, inerte en vida y vivo sólo para tener fantasías y masturbarse-. A pesar de todas las metáforas y símbolos que tratan de acotar la incertidumbre y la ambigüedad, la verdadera inefabilidad de la terapia, la espontaneidad y vivencia inmaterial, dinámica, impredecible y emergente del tratamiento, se da en esa dimensión del *juego*, de lo lúdico y abierto que no sabe qué deparará más adelante, qué tierra espera a esta pareja de naufragos y dónde arribará -en cada momento, en cada *enactment*- la barca del tratamiento. Cada sesión con Joaquín parece haber albergado un *espejismo* distinto, un paraje singular y mutable entre la selva de la naturaleza biológica individual, de la melancolía conformista del sujeto, y la civilización sugerente, industriosa pero inescrutable, de esa voluntad relacional, animosa y emprendedora del *self*.

Decía Winnicott que si un paciente no es capaz de *jugar*, difícilmente podremos hacer terapia con él, y que antes hemos de proveerle de las herramientas necesarias (confianza, seguridad, relación, empatía, emoción... dejando aparte provisoriamente vergüenzas o culpas dañinas) para desplegar esa actitud lúdica, abierta, confiada, ambivalente y creativa, con la que se puede sacar verdadero partido a la terapia relacional. Joaquín es uno de estos pacientes que, a pesar del sufrimiento culposo y la astenia depresiva, de las inhibiciones relacionales que jalonan su historia vital, en las sesiones, desde el principio, se ha prestado al *juego*, a pensar, divagar, razonar, especular, imaginar, compartir, elaborar, leer, subrayar, comparar, evocar, asociar, buscar... De no ser así, nos tendríamos que haber conformado con un sucedáneo de tratamiento pedagógico, o psicoeducativo, o psicológico de formato conductual y cognitivo, que no habría llegado a la intimidad del *self* del paciente, donde no habría verdadera transformación ni subjetivación, porque la habilidad clínica y empática del profesional sólo



habría podido conectar con la parte mecánica, racional, ejecutiva del sujeto, y no con la intimidad más sensible.

De hecho el psicoanálisis, como método terapéutico, se puede reconfigurar como un “proceso de transformación de los *enactments*”, como la sucesión de experiencias vinculares en sesión, reparadoras de heridas y traumas pasados, que permiten la vivencia primero, y la elaboración afectiva y cognitiva después, de las viejas escenas dolorosas en nuevas escenas satisfactorias. Algo de esto creemos que Joaquín puede estar transfiriendo a su relación con Nina... o al menos con su objeto interno, y también con ese otro gran Objeto que es Dios en el *self* del paciente -y en el campo intersubjetivo, no lo olvidemos-.

La psicoterapia relacional de Joaquín conmigo tuvo que interrumpirse, bruscamente, al cabo del año de haberse iniciado, por razón de mi sustitución en el puesto de trabajo (al no corresponderme la renovación del contrato por la puntuación en la bolsa de empleo). Seguramente el paciente -y la terapia misma, claro está- se encuentran ahora mismo en un *impasse*, en la encrucijada de qué puede pasar con muchas cosas, y con la vida animosa de Joaquín en definitiva. Recuerdo una frase de Mitchell, al respecto de la metáfora de las escaleras que cuesta un montón subirlas, se van subiendo poco a poco, pero en realidad parece que no llevan ninguna parte, y a veces ni siquiera sabes si estás subiendo o bajando: “cuando el paciente comienza a apreciar el sistema de escaleras, su *impasse*, no como un obstáculo sino como un modo de vida, las escaleras mismas se enriquecen y emergen nuevas posibilidades”.

En esto confiamos, no en la *curación* espontánea o *milagrosa* del paciente por medio del análisis y la relación interpersonal, sino en la ampliación de su *self* gracias a ésta -y las siguientes que vengan-, la vivencia más positiva y enriquecedora de los contextos personales y existenciales de Joaquín, y por último una adaptación funcional del sujeto a su síntoma, a sus elecciones y condiciones de vida, desarrollando una calidad de la misma lo suficientemente satisfactoria y *libre*.

Lo que sí puedo decir, es que su reverso, la afectación positiva y saludable de la psicoterapia relacional en *mi self* de clínico, la vivencia de mi trabajo y de mi misma vida, valores y expectativas; en esto yo he recibido un claro beneficio psicológico, subjetivo, emocional, experiencial, que ha contribuido positivamente a mi crecimiento personal. Y espero, y creo de corazón, que esto también es un producto simétrico, recíproco, interdependiente, sensible en la otra parte como lo es en la mía, como corresponde a dos personas que se aprecian, se acompañan en una relación confiable, y *trabajan intersubjetivamente*.

## REFERENCIAS

Ávila Espada, A. (2009). Artesano de necesidades y tiempos, el psicoterapeuta realiza sus obras con restos de naufragios. *Clínica E Investigación Relacional*, 3 (3): 582-592.

- Bion, W.R. (1977). *Volviendo a Pensar*. Buenos Aires: Hormé (original de 1957).
- Bollas, C. (1991). *La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires: Amorrortu (original de 1987).
- Cierpka, M. & cols. (Grupo de trabajo OPD-2) (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) – Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder (original de 2006).
- Cierpka, M. & cols. (2010). La evaluación de las primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Clínica E Investigación Relacional*, 4 (1): 221-235.
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional (segunda edición corregida, 2011).
- Fairbairn, W.R.D. (1978). *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Hormé.
- Ferenczi, S. (1997). *Sin empatía no hay curación. El Diario Clínico de 1932*. Buenos Aires: Amorrortu.
- García Badaracco, J.E. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid: Julián Yébenes Editores.
- Kohut, H. (1986). *¿Cómo cura el análisis?* Buenos Aires: Paidós (original de 1984).
- Mitchell, S.A. (1990). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. México: Siglo XXI (original de 1988).
- Orange, D. (2011). “La actitud de los héroes”. Bernard Brandchaft y la hermenéutica de la confianza. *Clínica E Investigación Relacional*, 5 (3): 507-515.
- Orange, D., Atwood, G.E. & Stolorow, R.D. (2012): *Trabajando intersubjetivamente. Contextualismo en la práctica psicoanalítica*. Madrid: Ágora Relacional (original de 1997).
- Pichón Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Stolorow, R.D. & Atwood, G.E. (2004). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder (original de 1992).
- Sullivan, H.S. (1964). *La teoría interpersonal de la Psiquiatría*. Buenos Aires: Horme (original de 1953).
- Winnicott, D.W. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D.W. (1992). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós.
- Zaretsky, E. (2012). *Secretos del alma. Historia social y cultural del psicoanálisis*. Madrid: Siglo XXI (original de 2004).

Original recibido con fecha: 15-1-2014 Revisado: 23-2-2014 Aceptado para publicación: 28-2-2014

## NOTAS

<sup>1</sup> Extracto del trabajo presentado por el autor como Trabajo Fin de Máster en Psicoterapia Relacional, valorado por el Jurado calificador en Enero 2014 con la mención de Sobresaliente.

<sup>2</sup> Juan Domingo Martín Fernández es Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Miembro Adherente del Instituto de Psicoterapia Relacional.