

ANÁLISIS DE LOS MÚLTIPLES CONDICIONANTES DEL PROCESO TERAPÉUTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alejandro Muriel Hermosilla¹

En este trabajo presentaré un caso que, por motivos de confidencialidad, denominaré con las iniciales C.P. El objetivo es, en primer lugar, poder realizar una exposición detallada del mismo, así como, posteriormente, un análisis de la dinámica psíquica de la paciente, de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales que aparecieron en el marco de su tratamiento. Todo ello nos servirá para reflexionar sobre algunos determinantes del propio proceso terapéutico.

La paciente C.P. llega a la consulta por la derivación de un colega que, al no conocer a la paciente, no me proporciona ninguna información clínica respecto al caso. Cuando C.P. se pone en contacto telefónico conmigo para fijar la primera entrevista se nota desbordada, llorando prácticamente durante toda la llamada y diciendo que necesita una cita lo antes posible porque está atravesando una época muy difícil. En nuestro primer encuentro, me llama la atención que, tras presentarme en la sala de espera, entra al despacho muy sonriente. Toma asiento y se sitúa en la sala con gran naturalidad, como si ya hubiera estado en consulta, viste con elegancia en tonos oscuros y viene peinada con mucho cuidado. Una vez sentados, me fijo con más detalle y percibo que posiblemente se haya realizado una operación estética en su nariz y labios. A continuación, comienza a explicarme por qué ha decidido acudir.

Visiblemente emocionada, me explica que, tras una época de desavenencias con su cuñado, su hermana ha cancelado un viaje que tenían todos juntos y llevan meses sin hablarse, ninguna de las dos

¹ Psicólogo adjunto del IPS Gregorio Marañón, donde trabaja en el servicio de Interconsulta de Psicología Clínica; a.murielhermosilla@gmail.com

se ha puesto en contacto con la otra. En todo momento C.P. se muestra muy respetuosa conmigo, aunque intenta despertar mi atención haciendo constantes referencias a mi nombre o buscando mi aprobación de su postura ante la conflictiva familiar. Yo intento intervenir lo menos posible porque tengo la sensación de que tiene mucha necesidad de descargarse y hablar en esta primera sesión. Tras explicarme esta situación, me cuenta que, desde hace tiempo, unido al problema familiar, nota que sus amigas ya no la apoyan ni la entienden como antes. Aparentemente es ella la que cuida de todas, recogiénolas en coche o cediendo a sus intereses, pero cuando se trata de que ella pueda expresar su opinión o apetencias, la rechazan. A esto se suma que, recientemente, una de sus mejores amigas tuvo un grave conflicto con ella, deteriorándose su relación con esta y afectando también a cómo la percibe el resto del grupo, pues cree que su amiga le ha criticado a sus espaldas.

Durante toda la entrevista noto que C.P. se muestra muy emocionada, llorando con frecuencia, saltando de un tema a otro y haciéndome muy partícipe de todo lo que le ocurre. Para entender más allá del conflicto inmediato, le pregunto por su situación personal y familiar. Me dice que tiene 62 años, está divorciada y tiene dos hijos: una hija de 29 años y un hijo de 32 años. Ambos viven independizados, su hija es fiscal y su hijo es ingeniero, y trabaja en la empresa del padre.

En relación a su exmarido, me explica una situación que me llama poderosamente la atención. Lo describe como un empresario de mucho éxito, que ha levantado un imperio con mucho trabajo y “desde abajo”. Comenta que eran una familia tradicional, ella inicialmente trabajaba como modista en una conocida marca de ropa, donde apreciaban mucho su trabajo, pero al ir bien la empresa de su marido este le pidió que lo dejara para tener más tiempo y así ocuparse de la crianza de los hijos. Es una decisión que, según me explica, tomó encantada porque ella creía que era fundamental que sus hijos crecieran y fueran educados por su madre, no por “una extraña”.

El ambiente en casa lo describe como muy apacible, señala que apenas discutían y que, aunque su marido pasaba gran parte del día trabajando, siempre tenían tiempo para los dos. Comenta con satis-

facción que le halagaba con regalos, viajes, cenas en buenos restaurantes y que siempre se mostró muy apasionado con ella en el plano sexual. Mientras me explica esto, hace constantes alusiones a “cómo son los hombres” viéndolos como poderosos, con capacidad de emprender, aunque “una no se puede fiar de ellos” o “cómo las mujeres deben comportarse” con connotaciones de sumisión y docilidad, aunque siempre excusándose porque yo —aun siendo hombre— podía ser diferente. No obstante, al poco de comenzar a vivir juntos, me explica que ella notaba ciertos detalles en su comportamiento que le hacía tener sospechas fundadas de que le estuviera siendo infiel.

Cuando ella le preguntaba por esto siempre negaba lo que C.P. veía y le convencía de que eran fantasías suyas. Me cuenta con rabia que la situación fue escalando hasta el punto de que ella contrató a un detective para comprobar si lo que ella intuía era realmente así, pero admite que este tomaba muchas precauciones porque ningún detective pudo darle ningún dato definitivo. No obstante, y a pesar de múltiples situaciones que le hacían dudar de su sinceridad, le producía gran desesperación no haberle visto nunca directamente con otra mujer, por lo que ella acababa autoconvenciéndose de que quizá las cosas no eran como parecían. Era así hasta que una noche descubre en el móvil de su marido mensajes de una mujer en los que claramente percibe que este ha tenido relaciones y encuentros con ella. Con indignación me cuenta que, aunque se enfadó y le pidió que le explicara qué ocurría, este continuó negándolo todo.

Finalmente, tras pensarlo varios días, acudió a un abogado y le mostró a su marido la carta de divorcio para que llegaran a un acuerdo. Le llamó la atención que lo aceptara sin mayor dificultad y sin mostrar especial dolor, a lo que añade que, pese a que tenía un plazo de un número de días para abandonar el domicilio, le explicó a su abogado que quería que abandonara su casa sin prisas, prolongándose por unas semanas el traslado. Pese a todo, me explica con gran alegría que siempre han tenido muy buena relación, continúan quedando para cenar juntos, se llaman a diario, hacen viajes al extranjero en familia, se reúnen todos para celebrar el día del padre, los cumpleaños o algún evento importante como la Navidad. Además, me cuenta que, como deferencia con ella, este le pasa una pensión

mucho mayor que la que le correspondería por ley y que le cede la casa en la que actualmente vive. En este primer momento, me sorprende la actitud de sumisión de C.P. ante su exmarido, pero por el momento decido no realizar ninguna intervención hasta tener más material y conocer más sobre sus dinámicas relacionales.

Le pregunto qué es lo que ella buscaría en esta terapia, ante lo que me contesta que necesita ayuda porque se siente muy triste, sin ganas de nada, llora constantemente y no sabe qué hacer. Me comenta que tenía pedida cita con un psiquiatra de su seguro para que le recetara algo que “le pudiera ayudar”, pero en último momento la canceló porque no le gusta tomarse nada de medicación. Añade que es una persona muy asustadiza con los fármacos y las enfermedades, “creo que soy hipocondríaca” dice. Por mi parte, le explico que, efectivamente, creo que se beneficiaría de comenzar una terapia y que creo que es prudente darse un tiempo para evaluar si es apropiado introducir algún tipo de fármaco en cuyo caso podría recomendarle algún compañero con quien también poder coordinarme. Acordamos comenzar con dos sesiones por semana.

Inicialmente, el tema que ocupó las sesiones fue el conflicto con su hermana. Su actitud, aunque siempre respetuosa y cálida, era de preguntarme qué posición debía ella tomar, qué debía hacer. Le devolvía la importancia de que ella pudiera pensar libremente sobre qué pensaba que estaba ocurriendo para que ella misma viera qué creía que podría hacer. El tener un lugar de reflexión sobre esta conflictiva le permitió superarla al poco tiempo, colocarse desde otra postura y retomar el contacto con ella.

Solventar esta situación movió el foco hacia cuestiones de su vida personal y de su propia historia que parecían haber quedado desplazadas por este conflicto de mayor urgencia para ella. Dado que, pese a encontrarse algo mejor anímicamente, se encontraba todavía triste y le pregunté qué era lo que ella creía que podía estar haciéndole sentir así. Comenzó hablando de la relación con su madre, que ya anteriormente me había explicado que ocasionó su primera visita a psicología. Explicaba una situación paradójica, donde parecían moverse muchas cuestiones que tenían gran importancia en sus

conflictos posteriores. Durante su infancia vivieron en un pequeño pueblo de Andalucía antes de mudarse a vivir a Madrid y recuerda que no tuvo una “infancia fácil”, oía cómo su padre maltrataba física y verbalmente a su madre. Mientras me lo cuenta, con un gesto de arrepentimiento por su parte, admite que su padre era muy cariñoso con ella y sentía que la quería mucho.

Se pregunta entonces cómo era posible que alguien que era tan abusador con su madre pudiera tratarla a ella con tanto cariño. Por otra parte, recuerda a su madre siempre enferma, describiendo lo que parecen ser crisis de conversión histéricas en las que esta se desmayaba simulando una crisis epiléptica, siempre en situaciones muy particulares donde estaba presente su padre. Ante esto, C.P., presa del pánico, intentaba evitar que se cayera subiéndose sobre ella o agarrándola, pero no podía hacer nada. Asimismo, recuerda que su madre siempre manifestaba estar muy triste y desesperanzada. La relación con su madre era conflictiva y me explica que su madre siempre le reñía y frecuentemente utilizaba castigos físicos contra ella, algo que le hace emocionarse y llorar mientras lo verbaliza.

Cuenta cómo un día llegó llorando a casa porque unos niños le habían pegado y la madre, en lugar de consolarla, le pegó por haberse peleado con ellos porque eran vecinos y conocía a sus padres. Otras veces, le pedía tareas en las que sabía que ella se iba a equivocar por ser complejas para su edad, para así tener una excusa para pegarle. Espontáneamente dice: “creo que toda la rabia que mi madre tenía contra mi padre la pagaba conmigo”. Cuando le pregunto qué pensaba ella en estas situaciones, me dice que pensaba que su madre no la quería, que la odiaba por algún motivo, pero no entiende por qué si siempre intentó ayudarla y cuidarla, incluso ya estando casada.

Explica que los últimos años antes de que su madre falleciera fueron especialmente difíciles y que, tras su muerte, se derrumbó anímicamente por completo. Fue esta situación con su madre la que motivó su primera visita al psicólogo. Según cuenta, estando ya casada y con sus hijos, su madre reclamaba su atención llamándola y diciendo que estaba enferma para que la fuera a visitar urgentemente. Esto motivó muchas visitas a urgencias donde, repetidamente, los

profesionales que la atendían explicaban que no había motivo para acudir. Otras veces, cuando C.P. visitaba a su madre, esta expresaba quejas de lo triste que se encontraba o de que le dolía algún miembro del cuerpo, a la par que reprochaba a C.P. no estar prestándole atención ni cuidándola adecuadamente.

Ella, pese a que era consciente de la manipulación a la que su madre la sometía, acababa cediendo a los chantajes emocionales y llamadas de atención de su madre, algo que no sólo le acarrea un notable malestar por saberse manipulada, sino por las constantes quejas de falta de cuidado de su madre. Me cuenta con indignación que este comportamiento lo tenía su madre sólo con ella, pues habitualmente sus hermanos no la visitaban ni estaban pendientes de ella, a lo que su madre restaba importancia. La situación fue empeorando hasta que decide comenzar a visitar a un primer psicólogo que, por lo que C.P. cuenta, le muestra cómo la atención que presta a su madre ante quejas inadecuadas acaba reforzando este comportamiento indeseado.

Cuando, pasado un tiempo, su madre fallece, C.P. me cuenta que sufrió mucho con su pérdida, describiéndome síntomas depresivos considerables. Considera que, a pesar de las diferencias que tenían, su madre era muy importante para ella, aunque no entiende cómo lo pasó peor con la muerte de esta que con la de su padre, con quien tenía mejor relación. Expresa en varias ocasiones: “Con todo lo que ella hizo por mí, no supe cuidarla ni estar a su altura”. Comentario que llama mi atención por lo que supone de internalización del discurso materno culpabilizante y de una posible culpa antigua sobre la que más adelante volveremos. Esta situación hizo que volviera a pedir consulta con otro psicólogo, con el que estuvo en tratamiento durante aproximadamente 3 meses.

Durante nuestras sesiones, C.P. repite constantemente entre lágrimas: “No quiero ser como ella, me lo hizo pasar fatal y me da miedo estar comportándome como mi madre ahora con mis hijos”. Cuando le pregunto qué le hace pensar que eso pueda ser así me explica la situación que realmente le impulsó a venir a terapia, más allá del conflicto con su hermana. Cuenta que se sentía muy sola, pues sus

hijos hacen una vida independiente y ella no tiene mucho contacto con sus amigas. Esto le producía gran tristeza y se sumaba que, en ocasiones, tenía dolores que le preocupaban en exceso, pues ella se considera muy hipocondríaca. En estas situaciones, aunque intentaba evitarlo, acababa llamando a alguno de sus hijos, especialmente a su hijo, para contarle lo que le pasaba y cómo se encontraba. Me cuenta que llegó un momento en que, en una de sus visitas, su hijo le dijo que no podía ayudarle más con lo que le ocurría porque excedía a lo que él podía hacer y le recomendaba pedir ayuda profesional. Además, le hizo un comentario que despertó todas sus alarmas, le dijo que se estaba pareciendo a su madre, que siempre estaba triste y quejándose.

En la actualidad tiene buena relación con sus hijos, describe a su hijo varón como más atento a cómo ella se encuentra y más familiar que su hija, que cree que es más independiente y desligada del núcleo familiar. Recuerda que su hijo, una vez divorciada, estuvo durmiendo con ella hasta cerca de los dieciocho años. Argumenta que él pasaba miedo por las noches y que a ella le resultaba agradable la compañía de su hijo por las noches porque así se sentía menos sola. Por otra parte, se muestra preocupada por la cantidad de conflictos que tiene con su hija, tiene la sensación de que discuten por cualquier cosa y de que esta necesita llevarle la contraria constantemente. Al profundizar algo más en la relación con su hija, acaba admitiendo que, por detrás de todos estos conflictos, está el hecho de que su hija no está de acuerdo en cómo su padre le trataba antes de divorciarse y posteriormente. Siente que su hija quiere ser diferente a ella, que tiene más carácter que ella y defiende siempre “a los más débiles”.

Sin embargo, si hay un tema que toma la mayor parte de su terapia, este es el de su tristeza y su soledad. Me llama la atención que, tras más de 15 años separada, continúe teniendo una relación tan particular con su exmarido. Algo que, como después aparecerá, le impide tomar sus decisiones y ser libre de conocer a otras personas. A medida que avanza la terapia, explica con mayor detalle cómo es la relación actual con su exmarido y cuáles son sus fantasías. Describe un vínculo nada habitual y, en muchos sentidos, de dominación-sometimiento. Cada día, este le llama a la misma hora para saber cómo

le ha ido el día, organizan comidas y eventos con sus hijos, como viajes al extranjero o actividades en común.

Por otra parte, siempre que realiza alguna visita médica este se interesa por ella, pues sabe que los asuntos de salud los vive con preocupación. Si, por algún motivo, él no la llama, a ella le cuesta continuar con su día, apareciendo un estado de tristeza y angustia por este desinterés. Pero esta relación tiene un detalle de gran relevancia, pues muestra en qué terreno se mueve C.P.: no sabe ni puede saber detalles básicos de la vida de su exmarido, como dónde vive o a qué dedica su tiempo libre. Aparece así una relación profundamente desigual, pues él no solo hace constantes visitas a su casa, sino que le hace preguntas destinadas a saber si ella ha conocido a otra persona y le dice qué decisiones debe tomar en diversos asuntos.

En una ocasión, me cuenta que este, tras haber cenado con ella y su hija por el día del padre, le acompaña a casa y, mientras se despide, le dice, mientras le agarra de la cintura, que tenga cuidado con qué personas conoce, pues está “de buen ver”. Posteriormente, entra a casa de C.P. y se queda durante un buen rato en el sofá viendo la televisión hasta que decide marcharse. Escena que muestra todo un despliegue de control y sometimiento a partes iguales. Piensa que, de algún modo, su exmarido se siente culpable por todo lo que ha hecho y es por eso que se interesa por ella constantemente y que intenta reemplazar con el extra económico sus propios errores. Sin embargo, detecta que él tiene la necesidad de darle detalles falsos de viajes o actividades que realiza en los que busca que esta piense que va con compañeros de trabajo y nunca con otra mujer. Ella me dice con tono sarcástico que hace como que le da la razón, aunque en realidad duda que eso sea cierto.

Cuando le devuelvo mi sorpresa por la relación tan aparentemente amistosa con su exmarido, teniendo en consideración los motivos que provocaron su indignación y la posterior ruptura, me responde que son muchas las personas que le han hecho notar esto. Cuando sus amigas se lo comentan creen que es porque si ella buscara un mayor distanciamiento, este podría retirarle la aportación económica extra que le permite vivir tan cómodamente, algo que ella misma se ha

planteado, pero no cree que sea esta la razón. Por mi parte, le señalo algo que, a mi modo de ver, puede afectar a su continuidad. Dado que el exmarido es quien paga su psicoterapia y él puede sospechar que aquí se desvelarían ciertos aspectos que le pueden hacer cuestionar su relación, este podría retirar dicha aportación. Ante esto, me dice que todos los días, tras nuestra sesión, le llama para conocer qué asuntos ha tratado, aunque me adelanta que no da mayores detalles. En este sentido, le digo que, si por algún motivo, sus medios económicos variasen a lo largo de la terapia, eso no debería ser motivo de abandono de sus sesiones, pues se reevaluaría su situación para que pudiera aportar en función de sus posibilidades.

Aparece en estos momentos un hecho importante y es que, frecuentemente, en las sesiones en las que habla de su exmarido criticándole o cuestionando su relación de sometimiento, me pide cancelar la siguiente sesión porque tiene fuertes dolores de cabeza o porque se encuentra repentinamente mucho más triste. Es algo que le hago notar y le devuelvo la importancia de poder entender qué puede estar ocurriendo para que aparezcan estos síntomas. Inicialmente no los asocia con nada en particular, aunque, progresivamente es capaz de hacer cierta vinculación con asuntos que, de un modo u otro, le afectan anímicamente, como el de su exmarido.

Una de sus quejas es que, pese a estar divorciada desde hace tantos años, confiesa no sentirse libre de decidir qué hacer, pues siempre necesita consultar con su exmarido cuando tiene un plan, como un viaje, una compra importante o, la última ocasión, una reforma en su propia casa. Expresa también que no siente que tenga la libertad de poder conocer a otro hombre, aunque apresuradamente matiza —como si el propio marido pudiera escuchar su deseo— que no ha conocido a nadie de quien sentirse enamorada. Tras reflexionar y, en un cambio súbito de actitud, me dice espontáneamente y con gran alegría que ya tiene claro cuál es el objetivo de su psicoterapia: quiere recuperar su libertad para hacer lo que ella decida. El día posterior a comunicarme esto y antes de la siguiente cita, vuelve a llamarme diciéndome que tiene un fuerte dolor de cabeza y no podrá venir.

Apoyándose en su deseo de “recuperar su libertad”, se plantea si ella es libre en sus relaciones actuales, con sus amigas o con su marido. Tiene la sensación de que todo el mundo acaba aprovechándose de ella y, sistemáticamente, acaba recibiendo un trato desfavorable por parte del resto de personas. Por otra parte, intento poner el foco en ver cuáles son los motivos que pueden haber contribuido a sostener la relación con su exmarido en el pasado y en la actualidad. Una de las cuestiones que más me llaman la atención es por qué, a pesar de tener muchos indicios de las infidelidades de este desde el inicio de su matrimonio, no fue hasta pasados muchos años que tomó la decisión de separarse de él. Ella lo relaciona con la actitud de cercanía que este le demostraba y con los detalles que tenía con ella, que le parecía incompatible con la conducta de la que sospechaba. Cuando le pregunto si en algún momento se planteó por qué su marido podía estar siéndole infiel, responde que nunca se hizo esa pregunta, ya que ella considera que era una esposa ejemplar en todos los sentidos. A esto se une la importancia que para ella tenía la familia: siente que es “lo más importante en la vida” y pensar que no hubiera salido bien, dice vivirlo como “un fracaso personal”.

Tras un descanso por vacaciones, me comunica con alegría que ha dado un paso muy importante. Durante la Semana Santa ha estado en su localidad natal, donde vive una persona a la que en las últimas sesiones me había hecho referencia y se planteaba si darle o no continuidad a esa posible relación. Me cuenta que las cosas están mejor con esta persona y que durante los días que estuvo allí con sus hermanos tomó la decisión de presentárselo a ellos, aunque no como pareja formal. Asimismo, al inicio de esa sesión me entrega un regalo típico de la zona. Lo acepto como muestra del vínculo que entiendo que ella valora, pues lo refuerza diciendo estar muy contenta con la psicoterapia, que “le ayuda a ver muchas cosas”. No obstante, a las pocas semanas y al final de una de las sesiones, me plantea bajar la frecuencia de las sesiones de dos a una por semana, aludiendo motivos económicos.

Le planteo, evitando reproducir de nuevo un rol autoritario que le impone una forma de funcionar, que ella en todo momento es libre de tomar esta decisión, aunque le expongo los motivos por los

que, en mi opinión, sería beneficioso continuar con esta frecuencia. Decide continuar con dos sesiones, aunque le explico que —como anteriormente le había comunicado— si económicamente fuera un problema se podría ver cuáles son sus posibilidades. No dejaba de llamarme la atención que hiciera referencia a motivos económicos cuando, por otro lado, presentaba un muy alto nivel de vida. Por tanto, pensaba que podría ser una resistencia, aunque quise dejar la puerta abierta a negociar las tarifas ante un eventual empeoramiento de su situación financiera.

Al explorar sus aficiones y la parte laboral, me comenta que hace un tiempo estuvo considerando reincorporarse al mundo de la alta costura en el que trabajó hace años, creía que podía sentirse útil y desarrollar un aspecto que, según refiere, era muy valorado por sus compañeros de trabajo. Por otra parte, me habla del gusto que tenía por la escritura y el dibujo, aficiones que hace años abandonó por las tareas familiares y que tampoco ha retomado. Esto revela cómo, progresivamente, ha ido descuidando todas aquellas áreas donde se sentía útil y donde su capacidad creativa se manifestaba. Para mi sorpresa, en una de las sesiones me comenta que ha decidido volver a buscar trabajo en el departamento de confección de una conocida marca. Esta idea se la comunicó a su exmarido, que le desaconsejó comenzar a trabajar tras tantos años, pero aún así continuó adelante con su decisión.

Pasados unos 5 meses desde el inicio de la terapia, el tema recurrente que traía a las sesiones era la relación con su exmarido y su decisión de querer ser libre, de decidir qué tipo de relación tener con él. Exploramos cómo las relaciones familiares que ella vivió desde su infancia pudieron haber condicionado el que, posteriormente, acabara admitiendo ciertas situaciones que invariablemente la colocaban en un lugar donde se percibía tratada injustamente. En este sentido, apareció material de gran relevancia cuando cae en la cuenta de cómo su madre vivía la relación tan especial que tenía con su padre, del que recuerda que daba paseos a solas con ella o le hacía pequeños regalos a escondidas que no tenía con el resto de hermanos, explica que ese era el motivo por el que su madre era tan agresiva contra ella. Piensa que se comportaba así por la envidia que su

madre tenía de la relación de favoritismo que su padre tenía con ella, diciendo explícitamente: “tenía celos de la relación que tenía con mi padre”. Creció con la sensación de ser “la favorita” de su padre, “su ojito derecho”, pero, a la vez, con el sentimiento de culpa de estar desplazando a su madre y la hostilidad hacia esta. Asimismo, en casa rara vez tenía la oportunidad de expresar sus preferencias o sus deseos, ya que el ambiente familiar estaba muy cargado de dificultades económicas y de la conflictiva de los propios padres.

Pese a ello, refiere haber sido siempre muy independiente e incluso haber desafiado las normas que le ponía su padre cuando era adolescente. Recuerda que cuando quedaba con algún chico, aunque su padre le fijara una hora para regresar a casa, ella le desobedecía y llegaba más tarde. Tampoco le pedía permiso para salir, sino que se lo decía como una decisión ya tomada. Posteriormente, cuando se trasladan a Madrid, tuvo que dejar los estudios unas semanas porque, aparentemente, cuando leía le dolía la cabeza. En ese momento, su madre aprovechó para decirle que no servía para estudiar y que debía comenzar a trabajar para ayudar a la economía familiar. Ella deseaba continuar estudiando, pero tuvo mayor peso la situación familiar de la cual ella se sentía responsable.

Por otra parte, durante todo este tiempo de terapia aparecen preocupaciones de tipo hipocondríaco ante los dolores que presenta intermitentemente. Pese a que dice haber pasado épocas mucho peores, en las que la preocupación por padecer una enfermedad era mayor, siempre cree que determinadas señales corporales esconden una enfermedad terminal. Es algo que relaciona con cómo su madre vivía las enfermedades y sus constantes quejas somáticas, que crearon un caldo de cultivo en que estas sensaciones eran vividas como algo amenazante. Tiene recuerdos vívidos de cómo ella se angustiaba enormemente al ver las dramáticas crisis que la madre desplegaba frente al padre.

Era especialmente notorio que, a medida que abordaba su relación de dependencia con su exmarido, así como su deseo de libertad, tenía periodos de empeoramiento anímico y dolores de diversa índole (principalmente en cabeza y cuello), seguidos de periodos en

los que se encontraba enérgica y con un ánimo más elevado. En el último periodo, solía referir que se notaba con mayor libertad para tomar decisiones, con menor peso de lo que sus hijos o exmarido pudieran pensar, funcionando estos como una suerte de súper-yo crítico auxiliar. No obstante, lo que parecía un avance acabó desvelándose como una negación y la aparición de claras resistencias. Volvió a pedir una disminución de la frecuencia de las sesiones, ante lo que le volví a decir que era una decisión suya y que, tras el descanso de Semana Santa, podíamos empezar con una sesión semanal si así lo estimaba. Aún así, me preguntaba qué creía que era lo mejor para ella, ante lo que le explicaba cuál era mi opinión, pero le devolvía que no había problema en comenzar con una sesión y, si ella veía que no era suficiente, volver a cambiar a dos.

A pesar de habérmelo propuesto ella, en la siguiente sesión cambió de opinión y me dijo que prefería continuar con dos por un tiempo más. Continuamos durante unos días más, pero me llamó la atención que, en una de las sesiones, hizo un pequeño discurso que tenía un cierto tono de despedida y agradecimiento. Me expresó que quería dejar claro cuánto le había ayudado tener estas sesiones y que se encontraba mucho mejor. Como sospeché que fuera así y, dado que coincidía con la petición de disminuir el número de sesiones, le pregunté si estaba planteándose continuar o no con la terapia, ante lo que me respondió que quería seguir, que cuando ella decidiera dejarlo me avisaría.

Pasados unos días me llamó alarmada informándome de que, tras una visita al hospital por los dolores que presentaba, le habían explicado que, si quería evitar una intervención quirúrgica, tendría que acudir durante tres semanas a recibir unas inyecciones para paliar el dolor. Según le habían comunicado, esto no le permitía coger el coche o hacer esfuerzos, por lo que debía interrumpir la terapia. El equipo médico consideraba que los dolores que presentaba podrían ser parte de un cuadro de fibromialgia, algo que le asustaba porque no conocía de qué se trataba. Le manifesté la importancia de los factores emocionales en la evolución de dicha enfermedad, aunque continuara con su tratamiento médico. Inicialmente, sospeché que, aunque las limitaciones que comentaba por parte del equipo médico

podían ser reales, podía estar aprovechando la coyuntura para no continuar con un proceso en el que, sin duda, estaba enfrentando resistencias al abordar asuntos nada fáciles para ella.

No obstante, le expliqué que, pasado ese tiempo podría ponerse en contacto conmigo para retomar la terapia, pero esto nunca tuvo lugar. Debido a un cambio de centro, tuve que ponerme en contacto con ella para pedirle autorización sobre el traslado de su historia clínica. Cuando le pregunté cómo se encontraba y si había tomado alguna decisión, me respondió en tono amable que se encontraba muy bien y que, en este momento, creía que no necesitaba continuar la terapia, aunque si en el futuro lo necesitara se pondría en contacto conmigo, pues estaba muy agradecida.

Reflexiones sobre el caso y la evolución de su tratamiento

De los múltiples aspectos que se podrían analizar de este caso, comenzaremos por analizar cómo está organizada la personalidad de C.P.

Se podría decir que C.P. tiene un estilo de personalidad *histérico*, dentro de que tiene un nivel de funcionamiento razonablemente elevado frente a lo que Kernberg denomina *histeroide* o *histriónico* (McWilliams, 2011). No obstante, hacemos énfasis en el término “estilo” a diferencia del término “trastorno” para señalar que existen tendencias de tipo histriónico que no tiene por qué corresponder a lo que el DSM actualmente denomina como “trastorno de personalidad histriónico”. Las personas con una personalidad histérica presentan alta ansiedad, alta intensidad y alta reactividad, especialmente en lo interpersonal. Son personas cálidas, enérgicas e intuitivas. Su emocionalidad puede parecer superficial y exagerada, con cambios rápidos (McWilliams, 2011).

Desde un primer momento, C.P. se mostró así en consulta y en su relación conmigo, cuando entra en el despacho de forma tan natural y, desde un primer momento, su afecto oscila entre un llanto desconsolado a sonrisas y una cierta actitud seductora en la que busca mi atención al interpelarme en los diferentes sucesos que me narra.

Por otra parte, a lo largo de las sesiones, ella misma tenía intuiciones muy acertadas acerca del funcionamiento de sus hijos, su marido u otras personas significativas que aparecían.

Son personas que suelen destacar por ser imaginativas y creativas (McWilliams, 2011), algo que apareció también en las sesiones con C.P. cuando me explicaba cómo siempre le gustó la moda y la confección, dedicándose profesionalmente a este sector. Asimismo, tuvo un periodo en el que escribía pequeños relatos, aunque fue algo que abandonó. A nivel de desarrollo, Freud en sus trabajos sobre la feminidad y sobre de las consecuencias psíquicas de la distinción anatómica entre sexos, así como a posteriores psicoanalistas, sugiere la existencia de una doble fijación en la histeria: a nivel edípico y oral (citado en McWilliams, 2001). Como expone McWilliams (2001, pág. 314):

Una niña sensible y hambrienta necesita cuidado materno, particularmente responsivo en la infancia. Se muestra decepcionada con su madre que falla en hacerle sentir suficientemente segura, saciada y apreciada. A medida que se acerca a la fase edípica, consigue separarse de su madre devaluándola. Dirige su intenso amor hacia su padre, un objeto más excitante, especialmente por sus necesidades orales no cubiertas, combinadas con sus posteriores preocupaciones genitales, que magnifican la dinámica edípica.

El dilema, como vemos que ocurre en la paciente y que analizaremos a continuación, es el siguiente, según prosigue McWilliams (2001, pág. 314):

El dilema le atrapa a nivel edípico [...] continúa viendo a los hombres como fuertes y excitantes y a las mujeres, ella misma incluida, como débiles e insignificantes. Debido a que percibe el poder como un atributo inherentemente masculino admira a los hombres, pero también —inconscientemente— los odia y los envidia. Intenta aumentar su autoestima apegándose a los hombres, pero a la vez les castiga sutilmente por su imaginada superioridad. Usa su sexualidad, el poder que siente que su género dispone, junto con artimañas femeninas para acceder a la fuerza masculina.

Pese a que no tuve oportunidad para realizar un análisis más profundo de su desarrollo, aparece en primer plano la imagen de su madre maltratada y enferma a la que, implícitamente, justifica que su padre maltratara por “su carácter y sus provocaciones”. Todo ello frente a un padre que percibe como poderoso y cercano a la vez que temido, siendo algo que, si tenemos en cuenta el contexto patriarcal mencionado anteriormente, magnifica aún más este efecto. Ella siente que ha conquistado a su padre, como pone de manifiesto cuando dice “era su ojito derecho” o “mi madre sentía envidia de la relación que él tenía conmigo”. Esto último posiblemente tendría relación con los retos que le planteaba al padre cuando volvía más tarde de la hora fijada por este cuando tenía una cita con un chico, a la par que suponía una autoafirmación de su feminidad y de su desarrollo sexual.

Asimismo, hay constantes referencias en su discurso a cómo los hombres aparecen como poderosos y dignos de admiración, a la vez que impredecibles o no confiables, de los que teme su rechazo, mientras que las mujeres siempre como sumisas y débiles, aunque con ciertas “artimañas e intuiciones femeninas”. En el caso de C.P., parece existir una identificación con su madre —vista como débil, enferma y maltratada— a la vez que compite con ella, posible foco de una culpa inconsciente que aparece en las situaciones de la paciente y que trataremos más adelante.

En ese sentido, es llamativa la actuación contrafóbica que ella presenta con su marido, frecuente en personalidades con organización histérica frente a sus preocupaciones y ante las fantasías de poder y peligro que aparecen con el sexo opuesto (McWilliams, 2011). Concretamente, C.P. a pesar de temer el rechazo de su exmarido, ya manifestado implícitamente con las diversas infidelidades que culminaron con el divorcio, no sólo no se aleja de él, sino que continúa teniendo una suerte de pseudorelación con este en la que busca de diversas formas su afecto, embarcándose en viajes juntos o en comidas familiares.

Por otra parte, podemos señalar también la presencia de mecanismos de defensa disociativos, otro de los elementos que aparecen en

personalidades histéricas cuando se exponen a experiencias abrumadoras emocionalmente, llegando al extremo de *la belle indifférence*. Un ejemplo en el caso de C.P. tiene lugar en la escena en la que su exmarido le acompaña a casa, le hace un comentario claramente seductor antes de pasar a casa y, posteriormente, le pregunta si puede pasar, quedándose un rato en su salón mientras ella le lleva algo de comer. A pesar de haber estado criticando en la terapia la actitud que él mantiene con ella, de cómo se llegó a sentir aprovechada por él y su deseo de ser libre, cuando se produjo esta situación, disocia su capacidad de poder ponerle un límite. Posiblemente, esta actitud tenga que ver con las experiencias con un padre seductor y los constantes mensajes de que la necesidad del otro debe ser satisfecha en primer lugar.

Cuando C.P. se encontraba peor, se mostraba mucho más demandante, pidiéndome soluciones para calmarse y mejorar, mostrando una gran ansiedad en consulta en lo que parecía ser una crisis repentina. Además, en algunos momentos de la terapia, con problemas físicos —dolores de cabeza o cuello— que le limitaban. Es especialmente llamativo el análisis de los dolores de cabeza que aparecían casi invariablemente tras hablar de la compleja situación con su exmarido.

Como explica McWilliams (2001), parecía ser una forma de alcanzar una ganancia primaria al resolver un conflicto entre un deseo (pensar) y una prohibición (no pensar en determinados asuntos), algo que también tendría ganancias secundarias, como la preocupación de su exmarido y de sus hijos. No obstante, aquí cabe considerar su propia historia personal, en la que su propia madre se valía —de forma posiblemente inconscientemente— del sufrimiento físico para expresar demandas de atención y quejas. Si tenemos en cuenta que desde su infancia C.P. presentaba ya dolores de cabeza, podemos hipotetizar —ya que no tuve la oportunidad de explorarlo en mayor profundidad con la paciente— que, al igual que tal vez no podía pensar sobre la relación especial que tenía con el padre mientras este maltrataba a su madre y el trato que, a su vez, esta tenía con ella, ahora no podía pensar en el porqué del comportamiento de su marido. Esto último, preguntarse los motivos por los que el marido

podía estar siéndole infiel, es algo que ella siempre negó haberse planteado, más allá de querer descubrirlo. Uno de los motivos es que le pondría en contacto con una imagen de sí misma devaluada, algo contra lo que ella reaccionaba de forma contrafóbica, buscando una mayor cercanía en lugar de alejándose.

Analicemos ahora la transferencia de C.P. durante su tratamiento. Ella se muestra desde un primer momento como cercana, cálida, con gran expresión de sus emociones y, a lo largo de la terapia, de sus sentimientos respecto a esta. Se hizo patente también su dificultad en expresar sus necesidades y su tendencia a cuidar del objeto, algo que mostraba siempre que se acercaba la hora del final de la sesión o que me prolongaba algo más, ella me recordaba que había pasado “su tiempo” y no quería quitarme más. A la vez que esto, desplegaba un comportamiento seductor, tal vez por miedo al eventual rechazo. Lo central en la actitud hacia mí durante su terapia era su constante necesidad de que aprobara sus decisiones, que le mostrara qué debía hacer o que verificara la exactitud de las conclusiones a las que ella iba llegando. Se mostraba como alguien insegura, incapaz de ver las cosas por ella misma y aparecía la necesidad de que alguien a quien ella consideraba en una posición de superioridad ratificara sus ideas. En este sentido, mi objetivo durante su terapia era doble: por un lado, incentivar el que ella pudiera simbolizar qué le estaba ocurriendo y, por otro, mostrarle que lo importante es que ella pudiera ponerse en contacto consigo misma, que pudiera manifestar sus deseos e ilusiones y, en última instancia, tomar sus propias decisiones, independientemente de que después cambiara de parecer.

El porqué perseguía ambos objetivos en su tratamiento tiene que ver con la propia biografía de la paciente. Las dificultades de C.P. tienen relación con la identificación con una madre que no podía pensar sobre aspectos traumáticos de su propia vida y que, por otra parte, no estimuló ni estructuró suficientemente en el psiquismo de C.P. la capacidad para simbolizar determinadas situaciones emocionalmente cargadas. En este sentido, queremos hacer referencia a lo planteado por Bleichmar (1997), cuando critica el naturalismo que afirma que el otro simplemente facilita funciones preexistentes en el sujeto, siendo más bien el otro quien “provee” dichas capacidades.

Abundando en este punto, Cruz Roche (2001) señala cómo, a partir de los años veinte, en la obra de Freud se va afianzando cada vez más la idea de la necesidad del otro como fundador y estructurador del psiquismo. Muestra cómo Freud siempre fue consciente del desamparo producido por la neotenia y las implicaciones del desamparo para el desarrollo del sujeto.

Sin embargo, como el autor puntualiza, esta necesidad del otro para el desarrollo del psiquismo constituye la principal dificultad del ser humano en su esencia misma y tiene importantes implicaciones para el tratamiento analítico: el riesgo gravísimo que supone perder la propia individuación en la necesidad del otro. Es en esta dinámica, entre la necesidad del otro y su distanciamiento, en la que transcurre también la tarea del analista, la fluctuación tan sumamente delicada entre demasía y carencia. Medida de influencia del analista que, como apunta Bleichmar (1997), estará determinada tanto por las peculiaridades del paciente como por el momento del tratamiento.

Retomando la idea de que es el otro quien estructura el desarrollo del psiquismo, podemos pensar que la madre de C.P. no pudo proveerla de una mayor capacidad de simbolización ni de un sentimiento de potencia y seguridad puesto que ella misma posiblemente no lo tenía. Por otra parte, la relación con un padre al que necesita admirar y al que considera poderoso, pero una madre —con la que se identifica— como débil e inferior inscribe en su inconsciente una imagen de sí misma de debilidad e inferioridad en tanto que mujer, así como no se pudo inscribir su contrario: una imagen de confianza y seguridad. Y, por otra parte, una inscripción del hombre como poderoso a la vez que temido.

Ahora bien, ¿por qué considerar las vivencias y necesidades del paciente para determinar cómo actuar en la terapia? ¿No bastaría con devolverle interpretaciones sobre el material que apareciera en el curso de la terapia? Como señala Bleichmar (1997, pág. 185), si aceptamos que el inconsciente es el que determina en última instancia la vida del sujeto, ¿no es contradictorio poner todo el peso de la terapia en hacer consciente lo inconsciente? Esto parecería trasladar un excesivo peso a la conciencia, algo que, sin duda tiene relevan-

cia, pero se muestra insuficiente para el resultado del tratamiento. A esto se suma el problema de la doble inscripción, la existencia de inscripciones en el inconsciente que no desaparecen porque se las traduzca a la conciencia. En este sentido, lo decisivo no sería lo que dice el analista, su contenido semántico, sino qué hace: su actitud emocional (Bleichmar, 1997). Por este motivo, se trata de adaptar nuestra intervención y actitud a las características del paciente y de su patología para modificarla y no consolidarla con actitudes que repitan las experiencias vividas por este. Se busca poder modificar el inconsciente y crear algo que no existió.

Como explica Cruz Roche (2001 pág. 61): “Es la posibilidad de cortocircuito inconsciente a inconsciente la que subtiende la idea terapéutica del segundo periodo de Freud [...], en la que lo fundamental recae en la profunda actitud emocional inconsciente del analista sobre su paciente, que este inconscientemente percibiría”. A esto se suma el hecho de que no puede existir una única actitud ni técnica ante todos los pacientes, algo ya planteado por Freud (1918) en Los caminos de la terapia psicoanalítica, cuando afirmaba que las distintas formas patológicas tratadas no pueden ser curadas con la misma técnica, exponiendo a continuación el caso de la agorafobia leve y grave, así como el de los pacientes obsesivos, desaconsejando en estos últimos la “actitud expectante pasiva” (pág. 2461), alertando que podrá surgir gran material sin que esto modifique el estado patológico.

Otro punto fundamental es el cambio de concepción de la actitud del analista. Se pasa de sostener una actitud supuestamente neutral del analista a conceder una gran importancia a la relación establecida con este. Freud (1920), en Más allá del principio de placer, indica cómo “adivinar lo inconsciente oculto para el enfermo, reunirlo y comunicárselo en el momento debido” (pág. 2514) no resolvía la cuestión terapéutica. Uno de los obstáculos que aparecían eran las resistencias, destinadas a evitar afectos displacenteros. Por tanto, para que la interpretación de estas compitiera con evitar el cambio, debe existir *la promesa* de una gratificación mayor. Lo que decide hacia dónde se decanta dicho conflicto no es su penetración intelectual, sino únicamente la sugestión actuante como transferencia, es decir, justamente la relación con el analista (Bleichmar, 1997).

Si consideramos lo expuesto anteriormente, se trataría no sólo de evitar repetir en la situación analítica lo experimentado por la paciente en su infancia para no fomentar su patología, sino también de proveer de aquellas experiencias que no quedaron inscritas en su inconsciente. Este objetivo no podía obtenerse únicamente a través de interpretaciones, sino examinando lo que ocurre en la relación y procurando ofrecer una actitud que potenciara y constituyera dichos aspectos. En el caso de C.P., se trataba, por una parte, de permitir una simbolización cada vez mayor, pues su mayor dificultad residía en poder darle un sentido a las emociones que le embargaban y que, finalmente, acababa actuando o somatizando. Sin embargo, en mi opinión, de nada hubiera servido que realizara interpretaciones sobre lo que C.P. manifestaba sin dejar lugar a que ella llegara a sus propias conclusiones, porque con mi desconfianza sobre su capacidad estaría repitiendo la misma actitud emocional experimentada por la paciente con sus figuras significativas y reforzando su imagen de inseguridad y debilidad.

Una de las principales dificultades consistió precisamente en que ella constantemente buscaba en mí la respuesta a qué decisiones tomar, que yo tomara el control de sus sentimientos que ella veía que, en ocasiones, le desbordaban. Lo complejo de esta situación era, ante esta actitud, no distanciarme tanto que estuviera ausente ni acabar dirigiendo su vida o juzgando sus decisiones, tal como me pedía, infantilizándola, y, de nuevo, devolviéndole una imagen de debilidad. Aunque yo confiara en su capacidad para encontrar sus propias respuestas y hacerse responsable de su propia vida, ella esto frecuentemente lo vivía con angustia. Con algunas diferencias, esto recuerda a la idea de *Zona de Desarrollo Próximo* de Vygotsky (1978, pág. 86) en la que el alumno puede aprender en la medida que hay un otro que proporciona un estímulo adaptado a las características de este y, gradualmente, mediante esta interacción social, va pudiendo realizar tareas de forma autónoma que antes no podía. En este caso, no se trata de un aprendizaje académico, sino más bien de que ella pudiera sentir una imagen de sí misma de mayor solidez y confianza, a la par que pueda secundarizar el material que fuera trayendo, fomentando así su propio autoanálisis.

Llegados a este punto, detengámonos a analizar uno de los temas que resultan más complejos en la vida de C.P. por cómo condicionan su vida y decisiones: el duelo patológico tras su divorcio. En *Duelo y Melancolía*, explica Freud (1917, pág. 2091): “El duelo es la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente [...]”. Y prosigue describiendo la labor del duelo: “El examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo” (pág. 2092). Sin embargo, como hemos explicado, C.P. queda fijada al objeto perdido. Vemos que, tras el divorcio, ha continuado una relación muy cercana con su expareja, lo que no sólo ha creado una enorme dificultad para dirigirse a encontrar nuevas parejas, sino que todas las personas que conocía le resultaban insatisfactorias por diversos motivos, lo que le hacía volver a recordar e idealizar el vínculo que tenía con su exmarido. Es decir, había una fijación primaria que dificultaba dirigirse a un objeto sustitutivo y una fijación secundaria por la cual, al no poder vincularse a dicho objeto sustitutivo, vuelve al objeto perdido, idealizándolo secundariamente (Bleichmar, 1997).

Existen varios factores que, desde un primer momento, favorecieron una fijación primaria. Los sentimientos de culpa, son por lo general uno de estos motivos, pensar cómo no se cuidó adecuadamente al objeto perdido, el daño que le infligió o los placeres de que queda privado hace que se vuelva una y otra vez al recuerdo del objeto, provocando una identificación compleja con este. Por otra parte, dejar de pensar en el objeto es sentido como una traición. (Bleichmar, 1997). En el caso de C.P., estos sentimientos de culpa aparecen cuando se plantea qué más hubiera podido hacer para que su matrimonio funcionara, si ella era la esposa perfecta de la cual él no podía tener queja. Por otra parte, cuando explica la dificultad que supondría para ella que sus hijos supieran que está conociendo a otra persona, da cuenta del grado de culpabilidad que le subyuga.

Bleichmar (1997) indica que, cuando la pérdida es vivida como ofensa narcisista, el odio que se activa impide quitar al objeto de la mente. En este caso, existe este componente en algún grado, aunque no parece que sea el principal. Aparece en la medida en que la pérdida y los motivos de dicha pérdida —múltiples infidelidades— ponen

a C.P. en contacto con una imagen desvalorizada de sí misma. Esto se une a la idea de que el objeto cumplía una función narcisizante para C.P., era sostenedor para su autoestima por lo que simbolizaba de poder y estar unida a él le daba una sensación de adecuación y cohesión interna. Por otra parte, en la medida en que su exmarido era visto como alguien poderoso y admirado también funcionaba como objeto transformacional, creando una mayor vitalidad. Si hay dos sentimientos que vertebran sus primeras sesiones estos son la tristeza y soledad, que limitan los planes que realiza o que, aquellos que hace, no le parecen satisfactorios. Por último, dado que “el otro masculino” —su exmarido— era una forma de sostener su valía, su pérdida parece también haber contribuido a perder un sentimiento de coherencia identitaria porque le daba sentido a su proyecto vital, algo que sin él se desestabilizó. Las pocas personas que había considerado como posibles objetos sustitutivos siempre presentaban defectos y presentaba una actitud muy recelosa ante ellos. Ella decía: “He perdido la capacidad de enamorarme y ahora que conozco a una persona que realmente me demuestra cosas positivas, le trato fatal, es como si pagara con él todo lo que me pasó con mi ex.”

El abordaje de esta situación de duelo patológico tuvo un doble componente desarrollado en dos momentos diferentes de la terapia. La mayor parte de las sesiones se centraron en que pudiera superar la fijación primaria, desprenderse del objeto, algo dificultado por la propia relación que mantenía con su exmarido, con el que hablaba diariamente y quedaban con frecuencia. Analizar sus sentimientos de culpa, qué le llevó a tomar la decisión de divorciarse, intentar conocer qué le había impedido rehacer su vida y qué le llevaba a mantener la relación con él. Todo ello ponía en cuestión su propia autoimagen y la vivencia de la separación como un fracaso personal, especialmente considerando que ella se hacía responsable de sostener la familia. A medida que fue pudiendo ver aspectos negativos que se correspondían a la realidad y que cuestionaban la imagen idealizada de su exmarido, fue cuestionándose su libertad de elección. Fue así hasta que ella llegó a la conclusión y al deseo de tener la posibilidad de elegir libremente qué hacer. Esto permitió poder trabajar con la fijación secundaria, con los motivos por los que las

personas que aparecían le hacían desconfiar o no podía vincularse a ellas, atacándoles. Tras un tiempo trabajando ambas partes, pudo dar pasos significativos en esta dirección, como permitirse conocer a otra persona e, incluso, presentárselo a sus hermanos.

Antes de continuar, hay una pregunta que me formulé repetidamente durante su tratamiento, ¿por qué, si sospechaba de las infidelidades de su pareja prácticamente desde el inicio de la relación, decidió mantenerla durante tanto tiempo? No creo que exista una fácil respuesta, pero a nivel de hipótesis, me planteo dos factores principales. En primer lugar, no podemos olvidar el contexto social e histórico de donde procede C.P., profundamente patriarcal y donde la mujer quedaba relegada al cuidado del hogar y de los hijos sin gran opción a decidir sobre su identidad. Por otra parte, me planteo por qué parece producirse siempre una misma dinámica en la que los demás siente que se aprovechan de ella, pero no es capaz de alejarse de estas personas, sean amigos, pareja o familiares. Sería lógico plantearse hasta qué punto no existiría una culpa inconsciente antigua que dé forma a esta dinámica, una culpa por la que se sienta merecedora de un castigo.

No podemos olvidar la situación edípica de C.P., en la que existe una clara rivalidad con la madre y un trato preferencial con el padre, ella ve cómo su madre es maltratada por su padre, algo que le hace plantearse hasta qué punto es lícita esa relación con su padre. Lo manifiesta claramente cuando expresa que cree que su madre le pegaba porque sentía “celos de la relación que tenía con su padre”. La respuesta que ella encontró a dicho conflicto fue fundamentalmente devaluar y criticar a su madre, es decir, desarrolló un sentimiento de hostilidad hacia su madre. Dado que este sentimiento de hostilidad es transgresor, generaría en ella un sentimiento de culpa. Posiblemente, tanto la culpa inconsciente inscrita en la situación edípica como la identificación con una madre maltratada que le hacía responsable de su sufrimiento —lo cual inoculaba aún más culpa— le hacía repetir relaciones donde esto se ponía de manifiesto. Tampoco podemos olvidar la presencia de un padre seductor con marcados rasgos narcisistas, algo que se reedita con la elección de pareja, que no fomentaba su independencia, sino que ella com-

placía sus necesidades y este la percibía como una extensión de sí mismo.

Sin lugar a dudas, la relación que C.P. tuvo con su madre fue determinante en múltiples aspectos de su identidad. Esto nos lleva a plantearnos qué pudo ocurrir tras el fallecimiento de la madre de C.P. para que esa situación le llevara a pedir ayuda psicológica por encontrarse tan sumamente deprimida. Uno de los factores que estaba muy presente en la relación con su madre era la agresividad; por una parte, existía una identificación con su madre, pero, por otra, la madre había creado una relación abusiva hacia su hija que esta, posiblemente por los sentimientos de culpa previamente mencionados, permitía. Ella era consciente de esta situación, lo que provocaba una constante crítica hacia su madre. Lo expresaba claramente diciendo: “No quiero ser como ella, sería mi peor pesadilla”. En la medida en que la identificación con su madre hacía que esta fuera fundamental para su autoestima, con cada crítica destruía al objeto en tanto valorizado, como estimulante y, en última instancia, estas críticas minaban su propia identidad, pues se reconocía en aquello que criticaba (Bleichmar, 1997). Esta agresividad se enlazaba con intensos sentimientos de culpa, donde veía a su madre como víctima, sufriente, mientras que ella gozaba de una mejor posición. En esto sentía que ella tenía un papel decisivo, tanto en su infancia ante los malos tratos del padre, como posteriormente, cuando su madre se quejaba de soledad y falta de atención mientras ella vivía con su marido y con sus hijos, sintiendo que desatendía a una madre desvalida.

Se daba un tercer componente fundamental para la aparición del sentimiento de culpa: la identificación (Bleichmar, 1997). Manifestaba en múltiples ocasiones lo mal que lo tuvo que pasar su madre soportando los malos tratos y vejaciones de su padre o, posteriormente, estando sola. Esto último le recordaba a su propia situación de soledad y le hacía plantearse hasta qué punto le estaría pasando lo mismo que a su madre. Asimismo, la propia madre de C.P. siempre vio el comportamiento de su hija como inadecuado, desafiante y le hacía responsable de la penosa situación en que se encontraba. Es decir, inculcaba una imagen de ella como inadecuada y culpable,

pues cuando estaba feliz en casa con sus hijos recordaba a su madre sufriendo en soledad, de lo que se sentía responsable.

Finalmente, resulta importante subrayar el papel que debió tener la identificación con una madre depresiva, con rasgos de personalidad patológicos. El propio sentimiento de impotencia y desesperanza que transmitía la madre quedó inscrito en el inconsciente de C.P., como decíamos previamente, hasta el punto de que ella se preguntaba si no se estaría reproduciendo en ella lo mismo que le ocurrió a su madre. Estos componentes, entrelazados entre sí, daban lugar a un sentimiento de impotencia al cual ella quedaría fijada en distintos momentos de su vida.

Para terminar, quedaría plantearse cuáles pueden haber sido los motivos por los que C.P. abandonó su tratamiento, algo difícil de saber y sólo podemos establecer hipótesis de cuáles son algunas de las causas. Es llamativo que el abandono coincida con el inicio del tratamiento mediante inyecciones para sus dolores y, en cualquier caso, que tras finalizarlo, no se pusiera en contacto para retomar las sesiones. El motivo alegado inicialmente era la imposibilidad de conducir durante el periodo de tres semanas en que le aplicarían las inyecciones, ante lo que me explicó que era su exmarido el que la acompañaría al hospital cada dos días. Considerando esta situación, sería posible pensar en la ganancia primaria que obtendría nuevamente al tener un mayor acercamiento con su exmarido, dada su situación de mayor vulnerabilidad y de posible retorno a un rol de enferma. Todo ello, tendría un peso mayor que el trabajo que ella describía como “ser libre para decidir”, donde, como es lógico, uno de los asuntos centrales era justamente la relación con su expareja. La resistencia despertada para seguir trabajando en esta dirección era evidente. No obstante, pensó que el hecho de que C.P. haya podido pensar en determinados asuntos de su biografía en los que no había reparado y, posiblemente, percibirse desde otra situación de mayor solidez también condicionarán de una u otra manera la forma en que resuelva sus situaciones vitales a partir de ahora.

RESUMEN

A través de un singular material clínico, el autor realiza un análisis de los diferentes componentes que han determinado los distintos momentos de la terapia, tanto a nivel intrapsíquico como a nivel de funcionamiento en el marco transferencial. En este sentido, aparece como eje fundamental la comprensión de la estructura de personalidad del sujeto y su inscripción biográfica, así como el planteamiento de una terapia construida en función de las vivencias y necesidades particulares de este. A propósito del caso, se reflexiona sobre la plurideterminación de la vida psíquica inconsciente y su influencia en el recorrido vital del sujeto, en la función de determinados fenómenos psicosomáticos y el impacto de todo ello en el desarrollo del proceso terapéutico.

Palabras clave

Subjetividad. Intersubjetivo. Intrapsíquico. Personalidades histéricas. Metapsicología.

BIBLIOGRAFÍA

- Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- Cruz Roche, R. (2001). Para una metapsicología de la cura. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 35: 49-80.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En *Obras Completas*, tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1919). Los caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas*, tomo VII. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas*, tomo VII. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- McWilliams, N. (2001). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: The Guildford Press.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.