

CREACIÓN E IDENTIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO: EL LUTO DEL GUIONISTA.

MANUEL HERNÁNDEZ BLÁZQUEZ



*XXII Congreso Nacional del Centro Psicoanalítico de Madrid
III Encuentro Regional Mediterráneo de la Internacional
Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS).*

Salamanca, 25 y 26 de octubre de 2019.

Agradecimientos...

La psicoterapia aplicada a las áreas de la salud no cuenta con un marco epistemológico único ni exclusivo. Las distintas concepciones desarrolladas para comprender y atender la morbilidad psicológica asociada con un diagnóstico de cáncer, reflejan la variedad de marcos y enfoques teóricos que han aparecido en la psicología a lo largo de los años [1]. Uno de esos marcos teóricos es el psicoanálisis. Sus concepciones teóricas y las prácticas que de él derivaron, ocupan un lugar pionero en la historia de la Psicooncología, como señala Jimmie Holland [2], orientando los primeros centros

y unidades de psiquiatría en los hospitales generales [3], y el trabajo con pacientes con enfermedad avanzada; y sigue inspirando el trabajo actual en las unidades de consulta e interconsulta de psiquiatría y psicología clínica [4][5][6].

Quien se enfrenta a la realidad del cáncer, incluso a la palabra cáncer por sí misma, vive un intenso trauma, que se manifiesta generalmente en un conjunto de manifestaciones emocionales y clínicas, como reacción a esa realidad, y la serie de pérdidas que conlleva. Independientemente de que sean reacciones adaptativas, o que alcancen intensidad patológica, la persona que las sufre requiere

[1] Strada, EA, Sourkes BM Principles of Psychotherapy. En: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R. Psycho-Oncology. 2ª ed. New York, Oxford University Press, 2010; 397-407.

[2] Holland JC, Weiss TR. History of Psycho-Oncology. En: Holland HC, Breitbart W, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R. Psycho-Oncology. 2ª ed. New York, Oxford University Press, 2010; 3-12.

[3] Sutherland A.M. Psychological impact of cancer and its therapy. Medical Clinics of North America. 1956; 40(3): 705-720.

[4] Ferrari H, Luchina N, Luchina I. La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario, Buenos Aires, Nueva Visión, 1980.

[5] Hernández M, Arana Z, Sánchez E, Touza R. Psicología de enlace en un servicio de psiquiatría. La interconsulta con pacientes con cáncer. Reflexiones desde la psicosomática. C. Med. Psicosom 2008; 86/87: 23-28.

[6] Hernández M. Nuestro encuentro con el paciente con cáncer: Una orientación psicoanalítica. En Maria do Rosário Dias y Estrella Durá. Territórios da psicología oncológica. Vol. 2. Lisboa: Climepsi editores, 2014.

un trabajo de elaboración, de simbolización, que permita integrar el trauma, lo que como psicoterapeutas, podemos favorecer.

Ese es el campo para nuestra intervención, ayudar a estas personas con un dispositivo fundamentalmente simbólico – con la palabra como herramienta - para solucionar o mitigar su sufrimiento.

Al hablar de psicoterapia psicodinámica, hay que dejar claro que no se trata de hacer psicoanálisis con los pacientes oncológicos, pero sí de lo que el psicoanálisis aporta a la orientación conceptual y a la intervención técnica en Psicooncología, que guía nuestro trato y terapéutica con los pacientes que aceptan dicho dispositivo, lo cual no quiere decir que sean todos, ni de que intervengamos solamente con dicha orientación.

Sin descuidar el deber asistencial con la demanda y la clínica de los pacientes, hay una serie de principios que diferencian nuestra intervención:

No se trata inicialmente de buscar la normalidad clínica, para favorecer, por ejemplo, su adherencia a las indicaciones o tratamientos médicos.

Sí se trata de tener en cuenta la subjetividad de cada paciente, su estructura psíquica, la mejor herramienta para comprender y actuar en cada caso. Entendemos que los recursos que pone en marcha cada paciente dependen de dicha estructura, que permite - y limita a la vez - la posible elaboración, y mejoría o estabilidad clínica, así como la forma en que intervenimos. **No actuamos igual con una persona que ante el trauma y la pérdida se melancoliza, y responde con un delirio de ruina y negación, que con una persona con estructura neurótica, que está atascado en una clínica de duelo.**

Presento aquí el **resumen de un tratamiento bre-**

ve, apenas 3 meses, del que **se han omitido o desfigurado los datos de identificación**, mantenido aquellos imprescindibles para la comprensión de caso.

Antonio es un **hombre de 65 años, diagnosticado de un cáncer hematológico**, tratado durante dos años antes de acudir a mi consulta, circunstancia que coincide con uno de sus controles médicos, generalmente acompañados – según me informa de un **incremento de angustia y temor a la muerte**. Igualmente ha consultado a diversos médicos por **pesadillas**.

Desde la entrevista de acogida resalta la modalidad transferencial que establece. Viene a la consulta derivado por el hematólogo, pero con la idea propia de que hablando puede, según sus palabras **“colocar la enfermedad en otra perspectiva”**. Habla de su temor a la muerte, pero también de su amor por el cine, donde ha trabajado como guionista, tarea esta paralizada desde hace años, porque –dice - *“eso requiere hacer proyectos para el futuro, y ahora no soy capaz”*.

Dos años antes de su enfermedad había muerto su madre, persona muy querida y con quien él hablaba mucho; y varios años atrás había muerto el padre, hombre muy angustiado y atormentado por recuerdos terribles sobre el ajusticiamiento de oficiales juzgados tras la Gran Guerra por crímenes cometidos en su país de origen. El padre relataba a menudo al hijo esas escenas, aunque, según éste, *“lo hacía como una manera de liberar su propia angustia”*.

Antonio **ha sufrido pesadillas desde la adolescencia, y ahora vuelven junto a fantasías de violencia, de ajusticiamientos, en las que él – alega como justificándose - nunca es violento, sino que se imagina dentro del grupo de las víctimas**. Pesadillas y fantasías que asocia espontáneamente con su padre: *“él nunca pasó una noche sin tener miedos, relacionados con aquellos juicios sumarísimos. No podía hablar de ello con naturalidad, sin angustiarse... y me angustiaba también a mí”*.

- *Tengo pánico a hablar de ello* - añade, deteniendo bruscamente su relato - *es como abrir un armario*

en el que hay una bestia que te va a comer.

Y expresa su duda de si estas consultas podrán ayudarlo. Nunca antes había hablado de esto, ni siquiera con un psicoterapeuta que tuvo anteriormente en otro país:

- *Temo* – me explica, como interrogándome - *que si se lo cuento a alguien, esa persona también sufrirá pesadillas.*

Tras un breve silencio, le señalo que precisamente eso le traído a consulta, y que puede hablar de ello si quiere.

Esta primera entrevista refleja un modo habitual de la demanda del paciente hacia el psicooncólogo: **la de alguien que viene decidido a consultar, pidiendo ayuda**, y muestra de paso una transferencia positiva, tomando el concepto en el sentido lacaniano, de atribución o suposición de un saber [7], supone al psicoterapeuta un saber sobre lo que le pasa, y por tanto puede esperar ayuda: para colocar en otra perspectiva la enfermedad.

Refleja también algo en común con otros pacientes con cáncer: por un lado, una experiencia de pérdidas: en su caso la de la salud, ligada a su angustia de muerte; la del padre, cuya historia parece ligada a sus pesadillas y fantasías agresivas; y la de la madre, cuyo cariño, **y el dolor de su falta, son la fuente del duelo o el luto en el que se encuentra.**

Por otro lado, es común observar cómo el discurso, una vez facilitado, se organiza en torno a otros temas de importancia para el sujeto, a la par que el de la enfermedad queda desplazado a un segundo plano.

Un día Antonio acude a sesión diciendo que habló con un amigo sobre un video de maltrato a animales que vio en Internet, y que éste le dijo: *“No me cuentas nada; prefiero no saber nada de eso, para no pensar”.*

Dice que esa respuesta del amigo le alivió, al ver

que no es el único al que este tipo de cosas se le quedan luego dando vueltas en la mente... Ante lo cual, yo le señalo: *“¡Pero usted estuvo viendo ese video!”*

- *Sí, y lo he pasado mal* – responde - *pero luego, pensando que iba a venir donde usted, las imágenes y el miedo iban perdiendo fuerza.*

Insisto, interpretando: *“¡Usted no fue un espectador pasivo, pulsó el dedo en el video, para verlo!”*

Tras un momento de **gran sorpresa, recuerda de pronto** que en algún momento de su vida, **sin ser un hombre violento, había sido agresivo verbalmente con sus parejas.**

El efecto de sorpresa duraba aún al volver a la siguiente sesión, que comienza así: *“Lo del otro día fue como una explosión, era como si no fuera yo mismo: ver que yo también soy agresivo”.* Luego añade, *“¡claro: en mis fantasías hay una sentencia de muerte, todo el mundo sabe lo que va a pasar, pero nadie lo evita, ¿no?!”.*

Efecto de apertura del inconsciente, que él explica así: *“Es como si hubiera habido una represión de esa parte de mi vida, y ahora salió con fuerza”*, refiriéndose al recuerdo de haber sido agresivo con su pareja.

Añade, de nuevo como justificándose, que aquello coincidía con momentos malos de su vida laboral, en los que se sentía destruido y fracasado.

Fue en aquel **tiempo cuando inició la anterior psicoterapia**, con un sueño muy significativo, en el que él ejecutaba a su padre, indefenso.

Como entonces interrogara a su psicoterapeuta, ahora **me pregunta a mí sobre su sueño, como si yo tuviera la clave para interpretarlo.** Guardo un largo silencio, y finalmente digo: *“¡Antonio, el sue-*

[7] Lacan J. El Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis [1964]. Buenos Aires, Paidós, 1987. Clases 3 y 24 de junio de 1964, pp 233 y 277.

ño es suyo, es usted el que sueña estas cosas!". Intervención que **le dejó de nuevo muy sorprendido**, momento en el que decido terminar la sesión.

En la sesión posterior acude mostrando una mejoría: *"Estoy mucho más tranquilo, con menos angustia, no he vuelto a tener aquellas pesadillas"*. Hablamos de su momento actual, dice sentirse solo, es, según explica *"un estado de soledad emocional"*, que no ha vuelto a tener una pareja estable desde hace 4 años, fecha de la pérdida de la madre.

La intervención del terapeuta, favorecida por la transferencia inicial, permite entender cómo esta mejoría clínica, la disminución sintomática de la angustia y de las pesadillas, así como el levantamiento de la represión de sus recuerdos agresivos, derivan de asumir que él mismo es agente activo de su sufrimiento, dueño de sus fantasías, de sus pesadillas y sus sueños.

La **intervención del analista ha favorecido que se implique subjetivamente**, - primer paso para la psicoterapia, como decía Freud al hablar de Dora - **que sienta que es suyo, aquello de lo que hasta ahora se quejaba**, un factor de gran importancia diagnóstica y terapéutica; es **algo así como hacerse responsable de los propios síntomas**, y de lo que éstos *'dicen'* sobre él mismo; algo propio de la estructura neurótica.

Dicho de otro modo:

El discurso del paciente se desplaza desde la queja inicial por el síntoma y el malestar, hacia las razones subjetivas que lo generan y sostienen, elementos del pasado, en los que él se descubre implicado.

El *sabe* de estas razones de su padecimiento, solo que **es un saber que angustia**, y ante ello **se defendía tejiendo una realidad, a modo de un velo, en la que atribuye a un otro** la causa de su padecer: el padre, por ejemplo con sus relatos, o la madre, con su ausencia.

Con esa nueva *mirada* hacia sí mismo, se inicia otro tipo de sesiones, más reflexivas; reducida la angustia, el foco discursivo se desplaza hacia otros recuerdos de su vida, en especial los relacionados con su querida madre y la ambivalencia de sentimientos hacia su padre. Temas que no desarrollaré aquí, porque me interesa más mostrar la finalización de este tratamiento.

Un dato destacable de ese final,

es la salida de su inhibición y del duelo.

En una de las últimas sesiones había recordado unas palabras que la madre solía decirle tras el fallecimiento del padre: *"Ahora estamos solos..."*, y que le repitió antes de su muerte, *"Ahora tienes que seguir tú solo"*. Es la realidad que **le toca asumir**. Poco después, Antonio **me plantea si podría ir dejando estas consultas..** A mi pregunta sobre qué le permite plantear esa despedida, contesta que cree que ya está haciendo el luto por su madre: ha retomado la escritura de su novela.

Le pregunto si esa novela es su luto. Y responde - sonriendo - que así era; que tras morir la madre, había empezado a escribir un relato en el que el protagonista partía de la casa familiar para hacer su vida, dejando allá a sus padres *"muy enfermos"*. Hacia la parte media del texto el protagonista - él mismo - dudaba si seguir adelante, o retomar el tema de la enfermedad grave de los padres, volviendo a visitarles, por ejemplo. No sabía qué hacer, y la novela quedó detenida.

- *¿Qué le ha decidido a retomarla?* -le pregunto, y responde:

- *Pienso ahora que esa novela habla de mí, que el protagonista inicia su viaje sabiendo en el fondo, que sus padres ya han muerto; es decir, volver sería mantenerles como enfermos, por no atreverse*

a plantear su muerte. ¡Pero han muerto. No tiene sentido volver! Tiene que aceptar que es así, y seguir adelante sólo.

- ¡Seguir usted sólo - le recuerdo -, como le decía su madre!

Antonio responde: “*Por eso digo que ese viaje, el protagonista lo inicia sabiendo que ya está solo, y que esa detención era que no quería hacer el luto.*”

Me despido de él. No le doy más sesiones. Nos separamos, dejándole abierta la posibilidad de retomar en otro momento las consultas, si lo necesitara.

Para concluir, he querido mostrar con **un caso de paciente oncológico**, alguno de los **elementos básicos que orientan nuestra intervención**. Tal es por ejemplo, el conocimiento de la estructura psíquica del paciente – en el caso elegido, un sujeto neurótico, **atrapado en un duelo**.

En este caso, **las intervenciones del analista, bajo el paraguas benéfico de la transferencia, los señalamientos, la interpretación, incluso el manejo calculado del silencio, llevan al paciente a tomar conciencia de las condiciones de aparición de sus síntomas**; apuntan a la causa. **La eficacia de esa intervención radica en que conlleva cambios duraderos en la posición subjetiva**, incluso en un tiempo breve, además de producir alivio en su padecimiento. Es cierto que **no todos** los pacientes que nos llegan con un cáncer, **muestran la capacidad para analizar que tiene este hombre, pero los principios que guían nuestra posición e intervención como psicoterapeutas orientados por el psicoanálisis juegan un papel determinante**.

Muchas gracias.

MANUEL
HERNÁNDEZ BLÁZQUEZ
