



Stephen Grosz

**La mujer
que no
quería amar**

**Y otras historias
sobre el inconsciente**

DEBATE

La mujer que no quería amar

Y otras historias sobre el inconsciente

STEPHEN GROSZ

Traducción de
Jordi Soler

www.megustaleerebooks.com

A Nicola, Clara y Samuel

Recibimos y perdemos, y debemos tratar de alcanzar la gratitud; y con esa gratitud, abrazar con todo el corazón lo que quede de la vida después de las pérdidas.

ANDRE DUBUS II,
Broken Vessels

Prefacio

Durante los últimos veinticinco años he trabajado como psicoanalista. He tratado a pacientes en hospitales psiquiátricos, en clínicas de psicoterapia y de psicoterapia forense, en unidades infantiles y de adolescentes, y he ejercido la práctica privada. He visitado a niños, adolescentes y adultos para pasar consulta, derivarlos o para su psicoterapia semanal. Sin embargo, la mayor parte de mi trabajo ha sido el psicoanálisis de adultos: sesiones de cincuenta minutos con una persona, cuatro o cinco veces a la semana, durante algunos años. He pasado más de cincuenta mil horas con pacientes. La sustancia de todo ese trabajo es la sustancia de este libro.

Lo que sigue son episodios extraídos de la práctica diaria. Aun cuando he alterado algunos detalles en aras de la confidencialidad, me he mantenido fiel a los hechos: estas historias son verdaderas.

En algún momento, la mayoría de nosotros nos hemos sentido atrapados por cosas que nos descubrimos pensando o haciendo, atrapados por nuestros propios impulsos o decisiones insensatas; cautivos de cierto miedo o infelicidad; prisioneros de nuestra propia historia. Nos sentimos incapaces de seguir avanzando y, sin embargo, creemos que tiene que haber una manera de hacerlo. «Quiero cambiar, pero no si eso supone un cambio», me dijo una vez un paciente con toda la inocencia. Como mi trabajo tiene que ver con ayudar a la gente a cambiar, este libro trata sobre la transformación. Y puesto que el cambio y la pérdida están profundamente conectados —no hay transformación sin pérdida—, la pérdida está muy presente en las páginas de este libro.

La filósofa Simone Weil cuenta cómo dos prisioneros en celdas contiguas aprenden, durante un período muy largo de tiempo, a comunicarse dando golpecitos en la pared. «El muro es la cosa que

los separa, pero también es su medio de comunicación —escribe—. Cada separación es un vínculo.»

Este libro trata de esa pared. Trata de nuestro deseo de hablar, de comprender y de ser comprendidos. Y versa sobre escucharnos mutuamente, no solo las palabras, sino también los silencios que hay entre estas. Lo que describo aquí no es un proceso mágico, sino algo que forma parte de nuestra vida cotidiana: golpeamos la pared, escuchamos.

COMIENZOS

Cómo podemos vernos atrapados por una historia que no puede contarse

Quiero contarles una historia acerca de un paciente que me impactó mucho.

Cuando estaba comenzando como psicoanalista, alquilé una pequeña consulta en la avenida Fitzjohns, una amplia calle arbolada en Hampstead. En la zona había varias clínicas de psicoanálisis bastante conocidas, y se hallaba a unos minutos a pie de la Casa Museo Freud. En el extremo sur de la avenida Fitzjohns hay una gran estatua de bronce de Freud.

Mi consulta era amplia y austera. Había un escritorio lo suficientemente grande para tomar notas y preparar las facturas mensuales, pero no había estanterías ni archivos; no era un despacho para leer o investigar. Al igual que en la mayoría de las consultas, el diván no era un diván, sino una cama individual cubierta con una colcha oscura. En la cabecera de la cama había un almohadón de plumas y, encima de este, una servilleta de lino blanco que cambiaba entre paciente y paciente. La psicoanalista que me alquilaba el despacho tenía colgada en la pared una pieza de arte popular africano. Ella seguía usando la consulta por las mañanas y yo iba por las tardes. Por esta razón era un lugar impersonal, incluso ascético.

Yo trabajaba a media jornada en la clínica Portman, un servicio externo de medicina legal. En general, los pacientes derivados a la clínica habían infringido la ley; algunos habían cometido crímenes sexuales o violentos. Veía a pacientes de todas las edades y escribía algunos informes judiciales. Al mismo tiempo, trataba de establecer mi consulta privada. Mi plan era trabajar en la clínica por las mañanas y dedicar las tardes a mis pacientes de la consulta, que tenían problemas menos extremos o acuciantes.

Pero resultó que mis primeros pacientes también me exigieron

mucha más dedicación de lo que me esperaba. En retrospectiva, entiendo muchas de las razones por las que aquellos casos me resultaron tan difíciles. En parte se debía a mi inexperiencia. Creo que lleva tiempo —a mí me lo llevó— darse cuenta de lo muy diferentes que son unas personas de otras. Y probablemente no ayudó que psiquiatras y psicoanalistas ya veteranos me enviaran a sus pacientes para ayudarme a comenzar. Los doctores suelen derivar a los analistas más jóvenes aquellos casos que ya no quieren o no pueden atender. De manera que tuve que vérmelas con:

La señorita A., universitaria de veinte años. Aunque el psicoanalista que la había evaluado escribió en su informe que «sufre incontrollables accesos de llanto, depresión y un sentimiento dominante de inadaptación», la señorita A. se presentó como una joven alegre que insistía en que no necesitaba tratamiento. Sin embargo, con el tiempo descubrí que era bulímica y que, de forma regular y compulsiva, se hacía cortes en la piel. Como solo asistía esporádicamente a las sesiones, otros dos terapeutas habían renunciado a tratarla.

El profesor B., investigador científico de cuarenta años, casado y con dos hijos. Recientemente había sido acusado de plagio por uno de sus colegas. El vicerrector había trasladado su caso al comité disciplinario. Si era considerado culpable —y el profesor B. me había dicho que era probable que así fuera—, le darían la oportunidad de dimitir discretamente. Su médico le había recetado antidepresivos y me había pedido que lo psicoanalizara. El profesor B. oscilaba violentamente entre estados de triunfalismo frenético —por ejemplo, se mofaba de sus colegas del comité disciplinario— y de abatimiento extremo.

La señora C., que tenía un pequeño restaurante con su marido y era madre de tres hijos. Necesitaba ayuda porque sufría ansiedad y ataques de pánico. En nuestra primera sesión me dijo que «le resultaba difícil hablar francamente», pero no fue hasta después de varios meses de terapia cuando me contó que tenía una relación sentimental con la niñera de sus hijos, una mujer que llevaba trabajando con ellos siete años, desde poco después que naciera su primer hi-

jo. En contra de lo que había acordado con su marido, la señora C. trataba ahora en secreto de quedarse embarazada, ya que no podía soportar la idea de perder a la niñera.

Otro de mis primeros pacientes era un joven llamado Peter. Estaba bajo tratamiento en un gran hospital psiquiátrico cercano. Tres meses antes de conocernos, Peter se había escondido en la sacristía de una iglesia del barrio y había tratado de suicidarse tomándose una sobredosis de varios medicamentos, y luego cortándose las venas. También se había hecho heridas en el cuello, el pecho y los brazos con una navaja. Fue descubierto por la mujer de la limpieza. Aunque estaba muy asustada, la mujer lo sostuvo entre sus brazos mientras esperaban a la ambulancia. «¿Quién te ha hecho esto? —le preguntaba—. Dime, ¿quién te ha hecho esto?»

La psiquiatra del hospital me pidió que viera a Peter cinco veces a la semana para psicoanalizarlo. Ella pensaba que la terapia diaria, más una sesión a la semana con ella, era la mejor forma de que Peter se recuperara, regresara a casa con su novia y se reincorporara al trabajo.

Peter tenía veintisiete años y trabajaba como ingeniero de estructuras. Antes de su hospitalización, él y su novia habían comprado un piso de una habitación en las afueras de Londres. Estaba teniendo dificultades en el trabajo y le angustiaba el tema del dinero, aunque nada de eso parecía explicar la violencia que había desplegado contra sí mismo. En ese momento, una parte de mi trabajo era tratar de conseguir que Peter identificara las causas de su intento de suicidio; si no lográbamos entender las fuerzas que lo habían empujado a hacerlo, había razones de sobra para pensar que podría volver a intentarlo.

Peter era alto y desgarbado, pero su porte era el de una persona depresiva, caminaba con los hombros encorvados y la cabeza gacha. Su actitud y comportamiento también eran propios de alguien depresivo: titubeaba al hablar y no miraba a los ojos de su interlocutor. Una vez que se tumbaba en el diván, apenas se movía.

Peter asistía a todas las sesiones y casi nunca llegaba tarde. Al ca-

bo de varios meses, dejó el hospital y pudo regresar a su casa. Pero durante nuestras sesiones, de manera cada vez más acusada, pude percibir cómo se iba perdiendo en algún lugar que yo no podía identificar, mucho menos entender.

—Lleva mucho tiempo en silencio. ¿Puede decirme en qué ha estado pensando? —le pregunté en una sesión.

—En unas vacaciones en Devon, cuando era pequeño —me respondió.

Hubo una larga pausa. ¿Podía contarme más? Me respondió que no estaba pensando en nada en particular, que únicamente pensaba en estar solo.

Se me ocurrió que quería alejarse de mí, tomarse un descanso del psicoanálisis, y se lo hice saber.

—Puede ser —respondió.

Era como si Peter tratara de protegerse de mi intrusión, como si estuviera cumpliendo con las convenciones del psicoanálisis —por ejemplo, llegando puntual a las sesiones y respondiendo a mis preguntas—, pero de una forma que buscaba evitar que se desarrollara cualquier conexión significativa entre nosotros. Parecía tener muy poca fe en nuestras conversaciones.

Aun así, llegué a enterarme de que Peter tenía facilidad para hacer amigos, pero que siempre acababa dándoles la espalda. Y en su vida profesional sucedía lo mismo: asistía normalmente al trabajo hasta que, de pronto, se peleaba con su jefe y renunciaba. Esto había ocurrido varias veces. Traté de usar esta información para explicarle a Peter que parecía encontrarse ante dos posiciones psicológicas: la aceptación o el rechazo general. Pareció mostrarse de acuerdo, pero no sentí que esa idea tuviera ninguna importancia para él. Y, pronto, ese patrón de comportamiento empezó a surgir también durante nuestras sesiones. Peter pasó de llevarse bien conmigo a burlarse de mí. Después de una semana particularmente conflictiva, Peter dejó de asistir a terapia. Le escribí pidiéndole que me hablara de su decisión de poner fin al tratamiento, pero no recibí respuesta.

Me puse en contacto con la psiquiatra del hospital y me dijo que

Peter también había dejado de visitarla.

Al cabo de dos meses llegó una carta de su novia, en la que me informaba de que Peter se había suicidado. Me contaba que, durante el mes anterior a su muerte, Peter se había mostrado cada vez más alterado y retraído. La familia había celebrado el funeral la semana anterior en un crematorio del oeste de Londres. Me dijo que estaba muy agradecida por los esfuerzos que había hecho para ayudar a Peter. Le escribí una carta para darle el pésame, y después informé a la psiquiatra.

Yo sabía que Peter era un paciente de alto riesgo. Cuando acepté su caso, pedí ayuda a un supervisor, un experimentado psicoanalista que había escrito un libro sobre el suicidio. Él me había señalado repetidamente las múltiples formas en que Peter parecía idealizar la muerte. Después de que se suicidara, fui a verlo, angustiado por la idea de que se me hubiera pasado algo por alto. Mi supervisor trató de tranquilizarme. «¿Quién sabe? —me dijo—. Quizá ir contigo a psicoanálisis evitó que se suicidara el año pasado.» Aun así, la muerte de Peter me afectó profundamente. Claro que soy consciente de que todos tenemos capacidad para actuar de forma autodestructiva, pero en cierto modo siempre había tenido fe en que el deseo de vivir era mucho más poderoso. En ese momento, sin embargo, percibí su fragilidad. El suicidio de Peter me hizo sentir que la batalla entre las fuerzas de la vida y la muerte estaba mucho más igualada de lo que creía.

Seis meses más tarde recibí un mensaje en el contestador. Oí los ruidos inconfundibles de un teléfono público —los pitidos, las monedas cayendo—, y luego la voz de Peter: «Soy yo. No estoy muerto. Me preguntaba si podría ir a hablar con usted. Sigo teniendo el mismo número».

En el instante en que oí la voz de Peter, me sentí aturdido, confuso. Por un momento me convencí de que el contestador funcionaba mal, que acababa de escuchar un viejo mensaje de Peter que no había borrado. Y entonces me eché a reír... de rabia, de alivio. Y de estupor.

Aquella noche, cuando escribí a la psiquiatra para comunicarle que Peter no estaba muerto, hice lo que suele hacer mucha gente cuando está enfadada: una broma. «A menos que haya cabinas en el infierno —escribí—, Peter está vivo. Hace un rato ha dejado un mensaje en mi contestador pidiéndome una cita.»

Peter vino a verme a la semana siguiente. Con total naturalidad, me dijo que había sido él, y no su novia, quien había escrito para informarme de su muerte. También había interceptado mi carta de pésame. «Muy conmovedora», me dijo.

—Oh, esto es muy interesante —comentó mi supervisor—. Es sorprendente que esto no ocurra más a menudo. Cuando piensas en todos esos adolescentes que dicen «cuando me suicide vas a lamentarlo»... muchos de ellos podrían fingir su propia muerte.

Decidimos que solo debería volver a tratar a Peter si sentía que estaba preparado para comprometerse en serio.

Después de varios encuentros, Peter y yo acordamos reanudar la terapia. Al final, su desaparición y posterior retorno terminaron siendo muy útiles, ya que aclararon algo que no había entendido con anterioridad: su necesidad de conmocionar a los demás.

En las siguientes sesiones, fui confirmando paulatinamente que Peter disfrutaba pensando en la angustia que causaba cuando de repente dejaba el trabajo o terminaba con una amistad. Había abandonado dos veces la terapia: la primera, cuando dejó de venir a las sesiones; la segunda, cuando fingió su suicidio. Durante la primera fase del psicoanálisis no me había dado cuenta de la fuerte necesidad que tenía Peter de trastornar violentamente a los demás. Pero ¿por qué?

Los padres de Peter se divorciaron cuando él tenía dos años, y su madre volvió a casarse enseguida. Durante esa segunda fase de su psicoanálisis, Peter buscó a su padre biológico y habló seriamente con su madre. Descubrió que su madre había mantenido una relación extramatrimonial con el hombre que luego se convertiría en su padrastro, y que su padre y su madre solían beber mucho. También descubrió que sus dos primeros años de vida fueron muy distintos a

como se los habían contado. Su padre y su madre reconocieron que su nacimiento fue algo que les superó por completo y que ambos lo habían maltratado cuando era un bebé.

Peter me contó que su padre no recordaba mucho, tan solo que había sido una época terrible y desdichada dentro de un matrimonio infeliz.

—Mi madre lloró, no paraba de decir que lo sentía mucho —me explicó Peter—. Tenía solo veinte años cuando nací y no tenía a nadie que la ayudara. Me dijo que a veces le daba la sensación de que iba a volverse loca.

La confesión de su madre produjo cierto alivio en Peter. Desde que podía recordar, Peter se había sentido atemorizado. Me dijo que le ayudaba saber que se sentía asustado por algo. Para un niño pequeño, la violencia es una experiencia abrumadora, incontrolable y terrible, y sus efectos emocionales pueden permanecer durante toda la vida. El trauma se interioriza y se apodera de nosotros al no poder empatizar con el prójimo. Entonces, ¿por qué Peter daba la espalda a los que estaban cerca de él?

La conducta de Peter dejaba claro que no podía permitirse mostrar ninguna debilidad. La dependencia era peligrosa para él. Su historia podría resumirse así: «Soy el agresor que provoca traumas, no el bebé al que se lastima». Pero Peter también sentía esa tendencia destructiva hacia sí mismo. Cuando intentó suicidarse en la iglesia, estaba reviviendo la misma historia. Según me contó:

—Pensé: «Bebé quejica y patético... puedo hacerte esto y no puedes detenerme».

Creo que todos intentamos dar sentido a nuestra vida contando nuestra historia, pero Peter estaba atrapado por una historia que no podía contar. Al no tener las palabras, se expresaba por otros medios. Con el tiempo he aprendido que el comportamiento de Peter era el lenguaje que utilizaba para hablar conmigo. Peter me contó su historia haciéndome sentir cómo era ser como él, haciéndome sentir la angustia, la confusión y la conmoción que debió de sentir cuando era pequeño.

La escritora Karen Blixen dijo: «Todas las penas pueden soportarse si se ponen dentro de una historia, o se cuenta una historia acerca de ellas». Pero ¿y si una persona no puede contar una historia acerca de sus penas? ¿Y si es su historia la que cuenta a la persona?

La experiencia me ha enseñado que nuestra infancia nos deja multitud de historias como esta: historias que nunca encuentran su voz, porque nadie nos ayudó a encontrar las palabras. Cuando no encontramos la manera de contar nuestra historia, esa historia nos cuenta a nosotros: soñamos con esas historias, desarrollamos síntomas, o nos descubrimos actuando de maneras que no podemos explicarnos.

Dos años después de que Peter dejara su mensaje en mi contestador, acordamos poner fin a la terapia. Yo pensaba que aún quedaba trabajo por hacer, pero él sentía que era el momento de dejarlo.

Todo esto sucedió hace muchos años. Desde entonces Peter no ha vuelto a llamar para pedir cita, pero recientemente nos encontramos por casualidad en el cine. Nos reconocimos de lejos, en el vestíbulo. Peter le dijo algo a la mujer que estaba con él y caminaron hacia mí. Me dio la mano y después me presentó a su mujer.