

## A propósito de un cuento terapéutico [Lazar, R., 2016; Seligman, S., 2016; Gerson, S., 2016 y Bass, A., 2016]

### About a therapeutic tale

[Lazar, R., 2016; Seligman, S., 2016; Gerson, S., 2016 y Bass, A., 2016]

Diana Torres Ruíz

Fundación Manantial. Centros de Atención Social Para Personas con Enfermedad Mental Fuenlabrada.  
Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad

Reseña basada en los siguientes artículos:

- Rina Lazar (2016). What are we doing there? A therapeutic tale. *Psychoanalytic Dialogues*, 26(3), 248-258, <https://doi.org/10.1080/10481885.2016.1169017>
- Stephen Seligman (2016). Regression, dissociation, *self*-states, and the developmental dimension in therapeutic action. *Psychoanalytic Dialogues*, 26(3), 273-279. <https://doi.org/10.1080/10481885.2016.1169021>
- Sam Gerson (2016). The anxious amalgam of the wish for “recognition/ revenge/reparation”: Discussion of Rina Lazar’s “What are we doing there? A therapeutic tale”. *Psychoanalytic Dialogues*, 26(3), 267-272. <https://doi.org/10.1080/10481885.2016.1169020>
- Anthony Bass (2016). Regression, *self* state work, and the developmental perspective: The application of diverse theoretical perspectives to working with trauma. *Psychoanalytic Dialogues*, 26(3), 259-266, <https://doi.org/10.1080/10481885.2016.1169018>

El artículo central de Rina Lazar es el punto de partida de las reflexiones de los diferentes autores sobre las implicaciones y la complejidad que conlleva la relación terapéutica. Esta discusión surge a raíz de una propuesta de la IARPP (Asociación Internacional para la Psicoterapia y Psicoanálisis Relacional), entidad comprometida con el desarrollo de perspectivas relacionales y la exploración de similitudes y diferencias con otros enfoques de análisis y psicoterapia.

El proceso terapéutico de Rina Lazar, expuesto de manera abierta y franca, es el eje conductor del análisis y reflexión sobre el trabajo clínico y teórico que posibilita entender la experiencia del proceso analítico. Esta discusión se realiza desde diversas perspectivas de trabajo con trauma, desde perspectivas del desarrollo, los estados del *self*, disociación, regresión en el contexto del proceso terapéutico relacional e intersubjetivo, asentando algunas bases conceptuales y prácticas del trabajo con pacientes que han sufrido trauma.

## **Reflexiones y material clínico de Rina Lazar ¿Qué estamos haciendo? Un cuento terapéutico**

En este artículo Rina Lazar presenta su experiencia de trabajo con Sheli y sus reflexiones acerca del trabajo intersubjetivo en terapia. Propone que todo lo que acontece en el espacio terapéutico es material para reflexionar desde el afecto, el análisis, pero también con la persona, reconociéndola y permitiéndole vernos, conocernos, siendo la terapia un proceso de movimiento del que formamos parte. En ella, y en especial en el trabajo con trauma, la posición interna e interpersonal del terapeuta se pone en juego de manera importante en la construcción de la relación terapéutica.

El dilema que plantea es cómo estar presente, cuestión que hace referencia no solo al contenido y contexto del desarrollo del trauma, sino también al propio proceso, a la necesidad de responder al inconsciente del paciente, a los propios anhelos de reconocimiento, reparación, venganza, al deseo de mantener o contener la flexibilidad y multiplicidad del mundo interno, a la vez que se confrontan contenidos poderosos, así como las resistencias o esfuerzos inconscientes para mantener una dinámica de interacción estancada, que dejan al paciente y terapeutas inmovilizados, para cuidar al paciente desde diferentes estados de sí mismo.

En los pacientes con trauma, al trabajar en el espacio del caos, es necesario ser cuidadoso, dejar fuera la interpretación para poder estar presente, disponible para el paciente de otro modo, para “vivir una experiencia juntos” (Winnicott 1954/1992, p. 152) y no retraumatizar.

Rina relata el proceso de dos años de intenso trabajo con Sheli, dolorosos, profundos e íntimos. Cuando se conocieron, Sheli tenía más de cuarenta años y la demanda inicial tenía relación con un cambio profesional. Se mostraba como una mujer brillante, autosuficiente, eficiente en todo lo que hacía, como madre, esposa, ejecutiva. En el transcurso del primer mes, aparece como una niña de 6-8 años abusada. Rina describe un movimiento regresivo que fue empeorando con el tiempo, apareciendo síntomas de anorexia, náuseas y alcoholismo. Al poco tiempo se recluye, se mete en cama durante semanas. Y después de año y medio, tienen lugar bruscos cambios vitales también en el ámbito laboral, en el que abandona su puesto de ejecutiva en una empresa y comienza a estudiar enfermería.

Sus padres eran una pareja que se amaba, pero que principalmente se preocupaban de sí mismos. Su madre, una mujer de éxito que se volcaba en apoyar a su marido; este, su padre, era un hombre exigente con sus hijos, había que seguir sus reglas, exigía obediencia sin prestar atención al estado emocional de sus hijos, “un tirano de buen corazón” lo describe Sheli. Su propio esposo era un tirano en cierto sentido, no omnipotente como su padre, sino impotente, una persona dependiente, malhumorado, también exigente desde el no poder. En su pasado familiar se encuentra el grave trauma de su propia madre como niña superviviente del Holocausto y el reciente suicidio de su padre medio año antes de empezar ella la terapia, con una enfermedad terminal.

El encuadre de trabajo fue cambiando de una a tres sesiones en semana. Cuando se derrumbó y recluyó en casa, a modo de hospitalización domiciliaria, Rina utiliza la comunicación por *WhatsApp*, casi a diario.

La relación terapéutica fue muy intensa, cercana, a pesar de lo cual Rina no tenía la sensación de conocerla desde hacía tanto tiempo. Su dependencia no la desgastaba. Las necesidades y cualidades de ambas parecían ensamblarse. Sheli, dolorida, considerada y cautelosa, provocaba en Rina una conexión emocional intensa de apertura, contribuyendo todo ello a esa sensación alterada del tiempo.

Un aspecto importante del que da cuenta en su escrito son los sueños que Sheli llevó al espacio terapéutico. En el primero de ellos, Sheli se encuentra en la piscina con su hija de 6 años. Hay otro niño en el agua que está en peligro, pero ni su madre ni el socorrista se percatan de ello. Sheli lo saca del agua y presiona el pecho del niño hasta que este comienza a respirar nuevamente.

Este sueño parece abrir el recuerdo de los dos años de abusos que sufrió cuando era niña por parte del novio de su niñera, de la falta de atención de sus padres ante sus sollozos cuando iban a su salida semanal. Abusos que cesaron tras nacer su hermano ya que sus padres dejaron de salir para cuidar del bebé.

Relata un segundo sueño meses después. Sheli se encuentra en una prisión abierta de la que no puede salir, aunque conoce al guardián. Su hijo le pide que salga, pero no puede, parece haberse dado por vencida. Ha visto a otra prisionera que, tras escapar, retornó y ahora se encuentra encadenada. Esto le aterroriza.

Refiere que en este período Sheli se encontraba muy insegura emocionalmente y la frecuencia de las sesiones aumentó de una a tres veces por semana. Su paciente parecía aferrarse a cualquier línea de vida que pudiera amortiguar su caída. En un inicio se planteó compartir con su madre y su hermano los abusos que padeció en la infancia y acudir al psiquiatra. Pero la fuerza de la regresión y la angustia fue devastadora. Sheli se rompe.

En respuesta a ello, la madre de Sheli le dice “No puedes deprimirte, todos dependemos de ti”. El no encontrar a esa madre que acogiera lo que sentía hace que reaccione con furia. Parece devastar todo a su paso y deja de comportarse como se esperaba de ella, de satisfacer las necesidades de los demás, como hija, esposa o paciente, como hasta ahora había hecho. Lo único que parece salvarla de esta turbulencia emocional es la maternidad. Rina sostiene esta base sobre la que Sheli pueda apoyarse, mientras esta intenta salir de su mundo interno, esa prisión de la niña traumatizada.

Sheli manifiesta sus anhelos de dependencia y su gratitud hacia Rina por no desesperarse con ella a pesar de su conducta. Hace esfuerzos para salir adelante y afrontar el alcoholismo, su agresividad emergente y su temor a actuar tiránicamente como su propio padre había hecho con sus hijos. Se sucedieron sueños de guerras, violencia, accidentes, hospitalizaciones. Una escalada de angustia invade a Sheli. Rina entiende de ello que la paciente se encuentra más conectada consigo misma, más en sintonía, pero esto abre la puerta a horribles pesadillas.

En el siguiente sueño que relata Sheli, se encuentra en la casa de sus padres con su propia familia. Se han instalado trabajadores extranjeros, también en la calle, que está repleta de pollos sacrificados, serpientes y deshechos. Ella está desesperada, disgustada.

Una semana después se aísla, se queda en cama, deja de comer y aparece de manera obsesiva ideación suicida. En este momento Rina está absolutamente disponible para ella, a través de las sesiones y del *WhatsApp* mantiene un contacto diario. Sheli pasó de ser el pilar de la familia a ser absolutamente dependiente, algo que su marido no supo ni pudo afrontar y el matrimonio se resquebraja de un modo que ya no es reparable, incluso tras su recuperación.

De ello Rina relata que cuando la necesidad de dependencia de Sheli aparece como un intento de reparar a la niña interior rota, su entorno significativo no responde, niega su derecho a derrumbarse y no la sostiene. Rina siente que parece ser entonces para ella ese padre, esa madre y ese marido que anhelaba, con el que podía contar; una terapeuta disciplinada, valiente pero también suave, afectiva, que resuena con sus emociones. Esto era una nueva experiencia para su paciente.

Sheli toma conciencia de su posición en las relaciones, de su actitud servil altamente funcional con su madre y su esposo, siendo obediente, eficiente, sin molestar a los demás. Aparece entonces una nueva narrativa de su vida, un deseo que la empuja a luchar por otra forma de estar en las relaciones, por sus derechos.

Después de unos meses de baja, retoma paulatinamente su trabajo para meses después dejarlo y empezar a desarrollar estudios de enfermería. Rina describe esto como un intento de reparación, de seguir un camino propio y no el que se le marcó.

Al comenzar los estudios de enfermería deciden reducir la frecuencia de las sesiones. La exigencia de los estudios y la vida familiar parecen la razón para ello, sin embargo Rina, por su parte, siente cierta ambivalencia al respecto, siente que a su vez es algo necesario para ambas, un respiro tras todo este periodo convulso de intenso dolor. En ese momento se agudiza el sentimiento de soledad de Sheli. Rina reflexiona sobre la relación entre la regresión y la retirada. Desea y espera que esta retirada sea un signo de una progresión en la terapia, pero se plantea, a su vez, si en realidad es una huida.

Sheli no encuentra el apoyo esperado en su marido para el desarrollo de su formación y nueva faceta profesional. Comienza a plantearse la posibilidad de una separación, al mismo tiempo que siente difícil y doloroso separar a la familia. Permanecer en la relación es simplemente sobrevivir. Siente ira, dolor, anhelo. Rina parece sentir cierto temor a lo que pueda acontecer y le expresa, entonces, que es una relación que Sheli la siente asimétrica y que le recuerda su infancia de relaciones asimétricas, que tiene anhelo de la pareja que fueron y que extraña a su marido de entonces. Intervención que posteriormente Rina se cuestiona.

Sheli continúa tratando de vivir su vida sin romperse. Sin separar a la familia intenta encontrar un lugar en la vida, elegir lo que quiere y no solo lo que se le impone. Rina puede empatizar con el limitado alcance de su elección. Toda su vida ha estado tratando de hacer lo correcto para todos. Pero ¿no es esto un “como si” un modo de autocalmarse de manera pasajera?

Rina como terapeuta está a su lado, ahí donde ella la necesita, dibujando el panorama, estando de guardia. Se mueve con cautela, se mantiene reverberando con todas estas emociones, conmovida, cautelosa, atenta, comprensiva. Sale de su lugar interpretativo al lugar de estar en la relación, de crear un cierto baile, de entrar, en vez de interpretar la experiencia disociativa de Sheli. A su vez, se piensa en ocasiones proyectada en los

objetos malos y con el temor a una inminente ruptura. Y por otra parte se encuentra moviéndose con fuerza para permitir buenos objetos, o estados de ánimo benignos, que están constantemente amenazados. Posicionándose en diferentes estados respecto a Sheli.

Dos semanas antes Sheli casi se derrumba ante el hecho de que se despertó en la noche y le pareció ver a su marido masturbándose. Esto suscita en ella el recuerdo de haber sido despertada como niña por el abusador. Por aquel entonces, solo se veían en terapia una vez a la semana y esto parecía insuficiente.

Según Davies y Frawley (1992) la transferencia y contratransferencia puede entenderse conceptualizada en cuatro roles principales: abusador, víctima, rescatador omnipotente o idealizado y madre no comprometida, que se pueden poner en juego en el proceso de terapia con pacientes con trauma. En este sentido Rina se encuentra en constante análisis sobre su situación interna, su posición interpersonal y se interroga sobre en qué polo se ubica en cada momento, el polo del rescatador idealizado o de la madre no comprometida. Cuando Sheli se enfada con sus hijos, trata de representar a una madre cariñosa, la voz de la moderación, realizando una reparación en acción (Odgen,1994). Cuando Sheli se confronta con la exigencia de su madre, la paciente posiciona a Rina dentro de la fantasía de la madre ideal. Un modo de poner los distintos estados disociados en el mismo plano espacio-tiempo.

Poco después Rina se compromete a exponer una comunicación sobre un trabajo clínico en la Conferencia Internacional IARPP en Toronto. Se plantea hacerlo en relación a su experiencia de trabajo con Sheli, pero teme pedirselo y debate consigo misma cómo hacerlo durante la sesión en que Sheli habla de unas escenas con su jefe, una discusión con su hijo y el recuerdo de su padre acerca de cómo este se solía anteponer o dar la razón a otras personas antes que a su hija, por ejemplo cuando ella deja un empleo y su padre se manifiesta a favor del jefe que en cierto modo la explotaba. Rina se cuestiona ¿de qué lado está ella? ¿Está en la posición del padre al pedirle permiso para presentar su trabajo clínico ante un público profesional?, ¿está de parte del sistema y no con Sheli?, ¿está abusando de su paciente? Sin embargo, Sheli acepta la propuesta de Rina, para ella es una oportunidad de presentar su dolor ante el público profesional, ese que nadie escuchó, lo siente un acto reparador en su lucha interna con su historia de abuso traumático. Una perspectiva que Rina no había contemplado, ser un equipo en la lucha contra su vivencia de trauma a través de esta presentación. ¿Quién ocupaba ahora ese lugar de padre en esa reparación en acción?

En la siguiente sesión, la ansiedad invade nuevamente a Sheli, la ansiedad de pensarse como una madre abusiva hacia sus hijos, no de manera directa, sino por su historia y su crisis del año anterior. Las pesadillas que su hija menor le cuenta son muestra de sus miedos y esta requiere de los cuidados y la protección de su madre en el ritual del baño, de su cariño, su presencia. Esta situación despierta el temor de ambas, paciente y terapeuta, al precipicio, al espacio del trauma, al abuso infantil. Pero Rina expresa que ahora no está sola, sino acompañada por un testigo atento, en un lugar relativamente seguro, la audiencia. ¿Serán en esta ocasión el ritual del baño y la presentación del caso un camino diferente para elaborar el trauma?

Un mes después de que Sheli leyera la comunicación de Rina, ambas estaban nuevamente sumergidas en un mar de dolor, volviendo a dos sesiones semanales, en una especie de compromiso terapéutico entre sus necesidades terapéuticas, su horario y las necesidades defensivas. Mientras Sheli hacia lo posible por castigarse ante lo que llamaba su piloto

automático, su modo automático de funcionar, Rina transitaba por sentimientos de preocupación y culpa. Hacía lo posible para dejar un espacio abierto para hablar del autocastigo como modo de mitigar el dolor y para estar atenta a las fases amenazadoras.

La presentación de su caso imprimió un cambio, una apertura a nuevas áreas a explorar con respecto a los procesos de individuación y separación, también posiblemente de su marido y en la relación terapéutica.

### **Réplica de Stephen Seligman al material clínico de Rina Lazar. Regresión, disociación, estados del *self* y la dimensión del desarrollo en la acción terapéutica**

Seligman plantea que el concepto de regresión está en el centro de las explicaciones psicoanalíticas de lo que sucede en el análisis de Sheli y cómo este concepto, aunque originario del psicoanálisis más clásico, puede aportar matices que se pasarían por alto en el psicoanálisis relacional. Afirma que la manera en que los relacionales teorizan sobre las actuaciones en el espacio terapéutico lleva implícita, o se basa en la teoría de la regresión como parte central del análisis y la acción terapéutica. Refiere que, al definir las diferencias con las teorías freudianas, los intersubjetivos y los teóricos de las relaciones objetales pasan por alto áreas de convergencia que ofrecen matices que permiten dar cuenta del proceso terapéutico.

Describe que hay una tendencia por parte del psicoanálisis relacional a subestimar el concepto de regresión, la idea de retorno a etapas de desarrollo anteriores, a modos de experiencias menos organizadas, en favor del concepto de disociación en el trauma. Tanto la disociación como la regresión, afirma, sirven para muchos de los mismos propósitos en la explicación de la psicopatología, siendo que en el relato del material clínico se hace referencia a los estados disociados y a los procesos regresivos simultáneamente. Aclara que la regresión se mantiene en un registro temporal mientras que la disociación lo hace en una dimensión espacial. Para ello se apoya en la importancia del sentido del tiempo en el relato de Rina. Y refiere que la regresión abre espacio al concepto de fijación y al enfoque evolutivo. Explica que la cautela del psicoanálisis relacional hacia estos conceptos se vincula con la crítica a los modelos del desarrollo (Mitchell, 1988) y más ampliamente con sus raíces en el psicoanálisis interpersonal (Seligman, 2003).

El concepto de regresión se basa en el interés freudiano por la fluidez de lo intrapsíquico y los diferentes niveles de funcionamiento psíquico que evolucionan en el desarrollo. Como ya es conocido, desde el psicoanálisis clásico se hace referencia a cómo los pacientes que han sufrido trauma parecen fijados a determinado fragmento del pasado, siéndoles imposible desligarse de él. Las teorías freudianas describen cómo se reproduce en sueños lo traumático. Para la persona no ha pasado el momento del trauma que se actualiza en el presente.

Sheli retrocede temporalmente para vivir en el espacio de los traumas de su infancia, dado que Rina es confiable, cuidadosa y no traumatiza, lo que puede ser reconocido como una experiencia de dependencia infantil nueva. En un momento de su relato Rina explica ese movimiento terapéutico como diferentes estados del *self*, las regresiones que son centrales aquí describen el movimiento general en la relación. Lo que Sheli experimenta, diferentes estados, no lo son sin más en una secuencia cualquiera, sino de una forma en que distintas modalidades relacionales e intersubjetivas están presentes simultáneamente.

En este desarrollo de lo relacional e intersubjetivo se está activando la provisión de apoyos que no están disponibles de otra manera. Llama la atención la mezcla de pasado y presente, de los objetos internos y externos, fantasía y realidad, en que la terapeuta está facilitando la experiencia de múltiples combinaciones de modos de experiencia, de modo que emergen y pueden ser reelaborados de muchas maneras.

En la narrativa de este cuento terapéutico, el movimiento temporal desde el que emerge, como un viaje en el tiempo, con un sentido sesgado del mismo y la sensación de presencia que Sheli tiene en Rina como una experiencia interna subjetiva desapegada del tiempo, son aspectos de una experiencia interna a veces muy común en pacientes con trauma, que nos lleva a pensar en los vínculos, en divisiones, desorientación temporal, vinculando la regresión y la disociación. Aspectos todos ellos que aparecen incrustado en las ideas freudianas en la exploración de lo postraumático (Freud, 1900/1964).

Seligman explica la distinción que hace Freud entre la regresión temporal -con lo que se refiere al movimiento hacia el principio de las etapas del desarrollo, aspecto relacionado con la fijación- y regresión formal -como movimiento alejado de la realidad, a las fantasías, el desplazamiento (una imagen o idea que puede intercambiarse con otra) o la condensación (una imagen o idea puede representar a muchas al mismo tiempo) en la que no hay distinción de la fantasía, los objetos internos y a menudo proyección, donde la identificación se basa en estas formas de subjetividad. Ese lado formal de la regresión suele ser más visible en los sueños. Sueños que Freud consideraba el camino real hacia el inconsciente (Freud, 1900/).

Los sueños son centrales en el desarrollo del análisis clínico de Rina y Sheli, donde su extraño simbolismo y narrativa hacen referencia a los traumas anteriores. Aquí la concepción clásica de la transferencia gira en torno a una regresión temporal, a la experiencia inconsciente que la paciente tiene de la analista como una figura del pasado, y por desplazamiento, a la experiencia interna de la analista, o desplazando el terror y el caos en esas imágenes tan poderosas en las que pasado y presente se expresan en las metáforas de lo simbólico a través de los sueños. Esto parece confirmarle a Seligman que el psicoanálisis relacional hace referencia o se asienta en conceptos procedentes de perspectivas clásicas del psicoanálisis, quizá sin tomarse conciencia de ello.

Los sueños de Sheli surgen como respuesta a la sintonía con su analista, apareciendo sus miedos latentes. El concepto de regresión es aquí útil para moldear el sentido de la empatía, el desarrollo de esa sintonía que surge del encuentro con esa niña herida para luego buscar una forma de comunicarse con ella.

Seligman expresa que en el desarrollo de la práctica vemos cómo este tipo de contacto con la paciente parece proporcionar una experiencia que faltaba en el desarrollo de la paciente. Bajo las condiciones de seguridad y reconocimiento, las agonías pueden tomar forma y ser manejadas de manera que se promueva un desarrollo general.

Lo que plantea con su análisis es aprovechar el poder conceptual que se ofrece desde las teorías freudianas. El trauma como un lugar para lo que no puede ser hablado, donde falta el lenguaje, cuando lo social fracasa en su obligación de ofrecer cuidado, protección, respeto, y reconocimiento. La regresión apunta en esta dirección de cambio radical del modo de pensar, junto con un registro discontinuo en la forma, entre lo que está en la conciencia y lo que no es y que conlleva una serie de artilugios en la memoria. Todo ello lo ve ejemplificado en el complejo diálogo interno que mantiene Rina, especulando

acerca de los significados y roles que podría suponer exponer el trabajo clínico con Sheli, donde se muestra cómo el pasado parece estar bastante presente, y el impacto total de la regresión y la fijación al trauma anterior son impresionantes y obvios. Ahí, afirma, parece fluir entre desplazamientos, proyecciones, pasado y presente, representaciones del pasado, necesidades, temores, transitando tanto por la recreación como la reelaboración del pasado.

Seligman concluye diciendo que la teoría relacional depende de una serie de procesos regresivos impulsados por la fijación del desarrollo, entremezclándose con el lado profundo del análisis freudiano.

### **Réplica de Sam Gerson al material clínico de Rina Iazar. La ansiosa amalgama del deseo de reconocimiento/venganza /reparación**

En este artículo, el autor pone en relación, a través del material clínico de Rina, la noción de uso del objeto de Winnicott (1954/1992) y la disponibilidad del objeto para ser utilizado frente al trauma.

Se plantea la relación entre el deseo de reconocimiento/venganza/reparación y la regresión y la disposición de Rina Iazar para ser usada frente al trauma, en tanto objeto de uso en el encuadre terapéutico. Como objeto para sus deseos/anhelos y como receptora de los estados vulnerables de la paciente. Pone en juego el papel del otro en el trauma, en tanto que constituye el trauma, así como de mejora en los efectos que puede tener la regresión, para poder dar algunos significados al trabajo clínico realizado.

Por mi parte remito en este punto a la perspectiva de Winnicott (1954/1992), quien puso el énfasis en la implicación del analista como sujeto. El analista pone en juego su subjetividad y propia singularidad, y al espacio intersubjetivo como un espacio transicional. De modo que el lugar del analista como objeto a ser usado, permite que el paciente despliegue su subjetividad sin temor a los efectos que pueda causar su destructividad. La agresividad se aloja y escenifica. El analista está ahí para ser usado y sobrevive a los avatares de la agresividad y, por ello mismo, es usable. Esto es pasar de los fenómenos subjetivos a los compartidos con otros o, lo que es lo mismo, de la relación al uso del objeto. Estos conceptos remiten a experiencias tempranas en donde el ambiente facilitador habilitó esa vivencia de destructividad, con funciones específicas de cuidado y desarrollo. El analista hace presencia de sostén (*holding*) y usabilidad, permitiendo la experiencia de la otredad. De modo que la función del analista más que desempeñar una labor de interpretación tiene que facilitar al paciente una experiencia nueva, con elementos positivos y a la vez permitir que se encuentre con las fallas de su vida, un analista que a su vez en determinados momentos es insuficientemente bueno, por lo tanto falla al paciente.

Ante la imagen de una mujer autosuficiente que al poco tiempo da paso a una “niña desgarrada”, el autor refiere que contiene una serie de anhelos “reconocimiento, venganza, reparación”. Gerson se pregunta: ¿qué fue lo que precipitó que emergiera esta convulsa dinámica?, ¿qué hizo vehículo entre el deseo, la angustia y los estados regresivos posteriores?, ¿qué lugar tuvo Rina como objeto de Sheli? El autor refiere que la amalgama que generan estos deseos reconocimiento/venganza/reparación se intrincan de un modo que satura por la angustia de un imposible, son imposibles de satisfacer.



Entiende que antes de comenzar la terapia, estos anhelos permanecían compartimentados en diferentes estados del *self*. En esta soledad la paciente avanza y retrocede a estados de autosuficiencia hasta que, con la llegada del espacio terapéutico intersubjetivo, pueden darse el miedo, el deseo, la esperanza, la angustia y transitar por ello. Por una parte, el anhelo de Sheli de encontrar a un otro que pueda mantener y contener con flexibilidad y multiplicidad su mundo interno. Alguien que pueda contenerle desde los distintos estados del *self*. Al encontrarse con Rina, un otro y su subjetividad, que transmite el deseo de satisfacer estos anhelos incumplidos, emerge todo ello con fuerza, desatando una dinámica poderosa y desestabilizadora. Esto trae consigo toda su vida y su infancia, momentos traumáticos y otros que no, en los que no pudieron reconocer o responder a las necesidades que tenía, a sus anhelos de dependencia y con ello también la necesidad normal de destruir al otro que, ya sea real o imaginado, ignora la dependencia, siendo en la terapia, en la transferencia, la ocasión.

Fluye en la relación el miedo, el deseo, la esperanza, la ansiedad... entre el conflicto desesperado de Sheli y los intentos de Rina por permanecer. Ante la expresión de Rina “omnipresente en mi vida y al mismo tiempo realmente no adquiere un sentido de presencia” (p. 250), Gerson se plantea si no es esto un indicador de que la paciente se relaciona con el objeto, pero no lo usa. Si es esto una disociación o la consecuencia de la intensa transferencia, o de las pulsiones de vida y muerte. O es la presencia de un otro dispuesto a acogerlo todo, los deseos, los miedos, lo que despierta el miedo a la fantasía.

Los sueños que Sheli le relata son para Gerson una descripción de lo que crea lo traumático. El peligro sin nadie que la socorra (sueño del niño que se ahoga, o de la prisión, o sueño en el jardín familiar, un espacio familiar lleno de traumas que no la sostiene lo suficiente).

No hay testigos que permanecen en el hecho traumático, nadie la rescata, nadie la cuida y está ahí para protegerla, mientras lucha sola para salvarse, sobrevivir, y esto no tiene testigo, lo que aterroriza se vuelve traumático porque no hay nadie para escuchar ese terror y dar cuenta de él. Su supervivencia sin testigos es un trauma. Esto hace que una situación terrorífica se convierta en un estado en una condición atemporal, sin representación y condenado a la repetición (Gerson, 2009).

El autor se pregunta por esta ausencia, y ante la falta de datos clínicos al respecto, ahonda en el concepto del trauma intergeneracional. La madre de Sheli era una niña superviviente del Holocausto, quizás también su padre. En este sentido la madre de Sheli era una madre con trauma, algo que parece ejercer una transmisión.

Me permito aquí mencionar a Cyrulnik (2009), quien afirma que la transmisión es inevitable puesto que no es posible amarse y relacionarse sin transmitir algo. Refiere que la mayoría de los supervivientes del Holocausto se han reintegrado socialmente, son resilientes de un modo en el que los contextos familiares y sociales toman una gran importancia. Sin embargo, aun así, a veces no han podido elaborar su herida, de modo que salen adelante con un mundo íntimo que en ocasiones se revela doloroso y con un estilo existencial particular, que induce una vinculación y desarrollo característicos en sus hijos. Relata además que muchos de ellos vivieron la prohibición cultural de dar testimonio de algo tan atroz.

En este sentido Gerson refiere que tal vez la propia experiencia del Holocausto de sus padres conlleva que la tragedia sea tan familiar, lo que explicaría que no fuese atendida o

fuese negada su experiencia y de ahí la ausencia de alguien que presencie su sufrimiento, como precursor de la incapacidad de la propia paciente, para representar y procesar su infancia y sus miedos actuales.

El trauma, explica el autor, es un fracaso relativo a la dependencia. Un proceso en el que se rompe la fantasía de un todo que protege y la dependencia en sí misma se convierte en una amenaza. Aparece la angustia de quedarse sola cuando necesita de otro, de arremeter y agredir a aquel que no pudo estar cuando ella lo necesitaba. El trauma irradia más allá del evento en sí mismo y causa estragos en la relación de la persona con el mundo.

El deseo y el temor a la dependencia, así como el deseo de agredir al objeto de la misma, desatan ansiedades tan intensas que llevan a la regresión y que van más allá del deseo de ser atendido. Esta angustia se ve intensificada por la respuesta materna ante su crisis, que desautoriza que pueda ponerse mala. Al no poder contener su rabia por el fracaso del deseo de dependencia, o más bien, la fantasía de la omnipotencia y el miedo a que la dependencia la mate a sí misma o a su madre, destruye los objetos buenos y la deja poblada de rabia. La cuestión que plantea el autor aquí es que este cambio es fruto del giro de sus angustias persecutorias. Una amenaza que parece querer evitar al alejarse, ya que la dependencia puede vivirse insoportable y el temor a que la destrucción del objeto de paso a un vacío inhabitable es el mayor terror de todos. Puesto que Sheli no podría tolerarlo, se retira en una posición omnipotente, donde ella podría ser enfermera en lugar de la enferma, alejándose de la angustia persecutoria.

Gerson se plantea en su artículo, al igual que Rina, si esta retirada es un avance en el proceso de la paciente, al darse una reducción de lo regresivo y vislumbrarse una posible estabilización, o es una oportunidad perdida para el surgimiento de un yo más integrado.

### **Replica de Anthony Bass al material clínico de Rina Lazar. Regresión, estados del *self* y perspectiva del desarrollo y su aplicación al trabajo con trauma**

El autor realiza una comprensión del trabajo terapéutico presentado a través de las teorías del desarrollo, la regresión y los estados del *self*.

Emplea el material clínico como punto de partida para representar momentos en su propio imaginario, en la relación con Sheli, y reflexionar sobre qué temores tendría, qué haría e intentaría como terapeuta. Desde su perspectiva, pone la atención en los cambios en estos estados de *self*, tanto del paciente como de sí mismo, herramienta de orientación en el proceso y de autoconciencia para cada uno de los implicados en la terapia. De este modo imagina un posible encuentro con su propia Sheli y las partes de sí mismo que ella activaría.

Como terapeutas que compartimos una relación con los pacientes, se ponen en juego facetas de nuestra persona a medida que entran en contacto con cualidades de nuestros pacientes. El autor recalca la importancia de permanecer presentes y trabajar creativamente, más que ceñirse a una perspectiva teórica concreta, aprendiendo a ser mejores terapeutas a través de la experiencia. Un tipo de sabiduría clínica que se adquiere a través de un especial tipo de experiencia que incluye llegar a conocerse cada vez más plenamente, a través de los encuentros con otros yoes. Es un esfuerzo por contactar con nuestros pacientes e, inevitablemente, con nosotros mismos.

Bass hace referencia a la existencia de cierta controversia o discusión entre las teorías del desarrollo en el psicoanálisis de orientaciones más clásicas con aquellas más contemporáneas. Las primeras centradas en las pulsiones y por lo tanto en el retorno a fases anteriores del desarrollo, en contraposición a las teorías más interpersonales o relacionales que contemplan los cambios en el estado del *self*, tanto en pacientes y terapeutas, de manera no lineal, asociadas a experiencias inconscientes o disociadas, enraizadas en diversos períodos del desarrollo, y que fomentan estados de ánimo discontinuos, a veces perturbadores.

La terapia, así como otras relaciones profundas e íntimas, implica ser conocido en formas que tienen su origen en muchas épocas de la vida, desde la infancia hasta la edad adulta, en las que refiere que nos experimentamos de diferentes maneras. A medida que se evocan diferentes etapas, algunos yoos encuentran expresión en la forma en que somos, en estados corporales, en estados afectivos y representan formas de ser que traen partes de nosotros de manera sorprendente y conmovedora. En el proceso terapéutico, el paciente empieza a desarrollar un sentido de quién puede ser con su terapeuta, a la vez que va construyendo un saber sobre su terapeuta también. Y es en este proceso del paciente conociendo a su terapeuta, que aparecen partes de éste, del terapeuta, que de otro modo no tendrían lugar.

Entiende que la regresión es inherente al proceso terapéutico y ejerce un papel cuyos objetivos incluyen crecimiento y progresión. El desarrollo personal, la realización de los potenciales que han sido comprometidos en el curso del desarrollo del paciente, es algo de eso a lo que nos dedicamos, refiere el autor. Ayudar a nuestro paciente a reanudar el desarrollo cuando este se ha atascado; en ocasiones permitir que retorne al lugar donde se detuvo el desarrollo, con el fin de establecer las condiciones para poder seguir (Balint, 1979). El progreso psicoanalítico, como el desarrollo en sí mismo, no es lineal. En este sentido, una regresión a formas anteriores de ser y sentir puede ser un paso a una sensación de progreso renovado.

En ese imaginario, Bass refiere que el propio sentido del tiempo se siente inestable, cambios en la propia experiencia subjetiva del tiempo que desconciertan. Como en una danza inconsciente o disociada, con cambios propios en los estados mentales que se mueven en esa coreografía con los propios cambios en los estados de *self* de Sheli. No lo define como una proyección, sino como un espacio en el que paciente y terapeuta comparten un potencial para estas experiencias. Una oportunidad para vivirlas juntos y con efectos en cada uno de ellos. Aspectos de sí mismos que quizás no hubieran conocido antes, llevando a expandir el sentido de quién se es ahora.

En el primer sueño, Sheli ve a un niño en peligro de muerte bajo el agua, el socorrista no se inmuta, ella lo salva. El autor se pregunta si no es esta una comunicación para él, el socorrista, que no se hace cargo del peligro, de que la propia vida está en riesgo y no hace su trabajo. Ella tiene que salvar su propia vida. Se plantea si es un sueño creado en colaboración, en cierto modo una experiencia o un temor basado en experiencias pasadas, también compartidas y presentes en el campo de la transferencia y contratransferencia que crean juntos. ¿Estará él, como terapeuta, preparado para ella? ¿Tendrá lo necesario para salvarla o le fallará? Esto coloca a Bass como un reflejo de aquellos padres que ignorarían el abuso sexual de su hija, generándose en ella un sentimiento de estar presa.

Su siguiente sueño, esa prisión con barrotes invisibles de la que no se puede escapar, parece mostrar a Sheli apegada a sus objetos malos. ¿Y si escapara?, ¿terminarían

retornando los objetos malos? Una advertencia quizás, sobre la esperanza como una compañera peligrosa si se es ajeno al posible peligro que esta entraña.

Mientras que Rina habla de movimientos regresivos, en una concepción más lineal, oscilando con otros movimientos progresivos durante la terapia, como portales a experiencias pasadas, distantes en el tiempo, que ahora tienen la oportunidad de ser procesadas, reelaboradas, Bass se refiere a una construcción alternativa de cambios en los estados del yo, en la que muchas y diferentes voces, de diferentes partes del paciente comparten el escenario en el trabajo con el trauma. El terapeuta es un compañero de escena, intentando establecer comunicación y relación con cada uno.

Se pregunta si, a través de los mensajes de texto, Sheli trae otros estados del *self* que no puede llevar a la terapia directamente. Se plantea la posibilidad de abordarlo con ella, o si estarían de mutuo acuerdo en dejar una parte de ella fuera, como escondida detrás de los muros de la prisión. Piensa que tal vez, con este artilugio, Sheli le protege de las partes malas de ella misma; el padre tiránico, por ejemplo, a quien solo podría exponerle a distancia.

Sugiere que la sintonía de ambas podría haber hecho que accediera a sus experiencias más temidas, una vez que se había sentido suficientemente reconocida para arriesgarse a sacarlas. Esa sintonía y reconocimiento es lo que posibilita que se pueda transitar y procesar a través de un continuo movimiento. Transitar por la angustia extrema, la regresión desorganizadora, para poder procesar, metabolizar la experiencia después. Lo que conduce a un mayor reconocimiento y luego otra vez a la ansiedad extrema y así sucesivamente.

En otro de sus sueños en el jardín seco de sus padres, que la nutre lo suficiente, Sheli necesita encontrar una manera de atender su propio jardín, pero duda de si podrá escapar por mucho tiempo. Seguido de este sueño vienen otros sobre violaciones, asesinatos. Reduce las sesiones terapéuticas y se siente más sola, aunque comienza a poner sus necesidades por delante de las de los demás. Sheli se pregunta si encontrará fuerzas para separarse o solo para poder sobrevivir. ¿Es esto un camino para realizar nuevos descubrimientos o es un tapar los conflictos sin más? Ante esta escena, Bass expresa cómo en su imaginario tendría una lucha entre las partes de sí mismo, entre aquellas que sienten que esta separación sería una progresión, una separación de los objetos malos para encontrar una vida mas completa fuera de la prisión, y las partes de sí mismo que sienten que esta separación podría ser un desastre. Y cómo probablemente se sentiría aliviado al decirle a Sheli que extrañaría a su marido, como si quisiera convencer a Sheli de que es más seguro permanecer en esa prisión, preocupado de que la ruptura de la pareja reforzara los muros de la prisión interna de Sheli en una confabulación con su destrucción final. La decisión correcta podría ser la única esperanza, pero se debate sabiendo que no puede tomar una decisión, ¿no sería esta una falsa esperanza para encontrar una salida?

Dilemas que aparecen en ese imaginario con la esperanza de aprender algo más sobre cómo las diferentes partes de uno mismo están involucradas en las diferentes partes de los pacientes, de las cuales, quizás ahora, se es más consciente de lo que se había estado antes.

## Comentario

El desarrollo de estos artículos partiendo de trabajo clínico de Rina Lazar expuesto con detalle y sin adornos es una deliciosa oportunidad para pensar desde nuestra propia experiencia y desarrollo profesional lo complejo del proceso terapéutico en los pacientes con trauma.

La discusión resulta de gran interés por la revisión que hacen los autores de las diferentes aportaciones teóricas y técnicas del psicoanálisis. En este sentido, el desarrollo del proceso analítico actual cuenta con múltiples posibilidades teóricas que dan cuenta del trabajo clínico con los pacientes. Las perspectivas relacionales se han visto fuertemente influidas por el pensamiento de las relaciones objetales y por los psicólogos del *self*, que de algún modo situaron el foco en los traumas tempranos y los apoyos terapéuticos necesarios. A diferencia de los intersubjetivistas, se acogieron a la idea de regresión y la capacidad de reparar dentro del encuadre analítico. Formulaciones clínicas que fueron surgiendo en respuesta a las perspectivas más clásicas del psicoanálisis, es decir de sus predecesores freudianos, que centrados en los modelos del desarrollo planteaban a un analista abstinente, neutro e interpretativo. Al poner el énfasis en la exploración y elaboración mutua de lo puesto en escena, se revela que en el proceso ambos, analista y paciente, están involucrados en una experiencia que se construye juntos, con las particularidades y subjetividades de ambos, descubriendo nuevas maneras de ser.

En esta discusión se ponen en relación todas estas perspectivas, las teorías freudianas, interpersonales y de relaciones objetales, las dinámicas transferenciales y contratransferenciales, incorporando el concepto de regresión de las teorías freudianas, y de disociación desde los estados del *self*, así como la capacidad de usar el objeto a partir de la regresión, existiendo aspectos convergentes de las perspectivas y conceptos que aportan matices reveladores a la comprensión de trabajo clínico. Estas perspectivas son ricas en matices clínicos y el potencial para la integración de lo analítico y lo terapéutico. En este sentido dar cuenta de este proceso terapéutico desde diferentes conceptos y perspectivas proporciona una visión más rica de la multiplicidad de modelos internos de comprensión y de dimensiones de lo que tiene lugar en el proceso terapéutico. No existe, pues, una plantilla única para comprender dicho proceso.

Las personas que han sufrido trauma en ocasiones pueden hablar sobre ello, en otras no, sin embargo estas experiencias de trauma no son enterradas enteramente, de algún modo continúan reverberando. El abordaje de los pacientes con trauma es conmovedor, desgarrador, y nos interpela a su vez. Los pacientes con trauma generan reacciones contratransferenciales muy intensas. En todo ello las teorías o perspectivas parecen calmarnos.

El abordaje con el trauma tal y como se ve en el trabajo clínico de Rina Lazar, requiere de una presencia, una escucha particular del otro y de uno mismo, en construcción mutua. La ruptura de sentido que proviene del trauma hace que no pueda ser relatado en un lenguaje y una temporalidad convencionales y resulta un absoluto desafío personal y profesional.

En base a lo expuesto, esto requiere de la presencia de otro que permita seguir siendo, aun cuando la experiencia este fragmentada. En definitiva, establecer una relación que permita desarrollarse. En mi opinión, esto solo se puede hacer cuando nos podemos desarrollar ambos en este encuentro, en este vínculo terapéutico. Solo así estará bañado

en el deseo de conectar con el otro para que esto nos mueva o conmueva y poder desarrollarnos mutuamente.

En este encuentro nuestra subjetividad y nuestras propias necesidades están implicadas. Nos acercamos al otro desde lo que tenemos, desde nuestra particularidad que también está cargada de experiencias personales, de miedos, fragilidad, vulnerabilidad, fantasía, de renunciadas, de duelos. Por ello es importante poder ahondar en lo que nos pasa a nosotros mismos en la relación, lo que sentimos. A veces para reflexionar sobre ello, a veces para poderlo revelar a la otra persona, permitiendo que nos vea, nos reconozca al mismo tiempo que la vemos, la reconocemos.

Ser conscientes de que no sabemos lo que le pasa al otro y con frecuencia tampoco a nosotros mismos, hace que se pueda generar un espacio mental de construcción mutua.

### Referencias

- Balint, M. (1979). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. Londres, Reino Unido: Tavistock.
- Bass, A. (2016). Regression, self state work, and the developmental perspective: The application of diverse theoretical perspectives to working with trauma. *Psychoanalytic Dialogues*, 26(3), 259-266, <https://doi.org/10.1080/10481885.2016.1169018>
- Cyrulnik, B. (2009). *El amor que nos cura*. Barcelona, España: Gedisa.
- Davies, J. M. y Frawley, M. G. (1992). Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 5–36. <https://doi.org/10.1080/10481889209538920>
- Freud, S. (1964). The interpretation of dreams. En *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 4-5, pp. ix –627). Londres, Reino Unido: Hogarth Press. (Obra original publicada en 1900).
- Gerson, S. (2009). When the third is dead: Memory, mourning, and witnessing in the aftermath of the Holocaust. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 1341–1357. [https://doi.org/10.1111/\(ISSN\)1745-8315](https://doi.org/10.1111/(ISSN)1745-8315)
- Gerson, S. (2016). The anxious amalgam of the wish for “recognition/ revenge/reparation”: Discussion of Rina Lazar’s “what are we doing there? A therapeutic tale”. *Psychoanalytic Dialogues*, 26(3), 267-272. <https://doi.org/10.1080/10481885.2016.1169020>
- Lazar, R. (2016). What are we doing there? A therapeutic tale. *Psychoanalytic Dialogues*, 26(3), 248-258. <https://doi.org/10.1080/10481885.2016.1169017>
- Mitchell, S. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge, Estados Unidos. Harvard University Press.
- Seligman, S. (2003). The developmental perspective in relational psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 39, 477–508. <https://doi.org/10.1080/00107530.2003.10747216>
- Seligman, S. (2016). Regression, dissociation, self-states, and the developmental dimension in therapeutic action. *Psychoanalytic Dialogues*, 26(3), 273-279. <https://doi.org/10.1080/10481885.2016.1169021>
- Winnicott, D. W. (1992). Primitive emotional development. En D. W. Winnicott (Ed.), *Through pediatrics to psychoanalysis. Collected papers* (pp. 145–156). Londres, Reino Unido: Karnac Books. (Obra original publicada en 1954).